

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Diplomová práce

Igor Kuta

Působení osobní příčinné orientace na adherenci v ambulantní fyzioterapii

The Effect of Personal Causality Orientation on Adherence in Outpatient
Physiotherapy

Praha 2016

Vedoucí práce: PhDr. Markéta Niederlová, Ph.D.

Děkuji všem nejmenovaným fyzioterapeutům, kteří byli ochotni obětovat svůj čas a distribuovali dotazníky svým pacientům.

Jmenovitě bych pak chtěl poděkovat dr. Niederlové za vstřícný přístup při vedení práce; z konzultací, byť nemnohých, jsem odcházel vždy s novou chutí do dalšího postupu.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracoval samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Praze, dne 14. prosince 2016

.....

Jméno a příjmení

Klíčová slova (česky)

adherence, fyzioterapie, compliance, konkordance, léčba, motivace, osobní příčinná orientace, teorie sebedeterminace

Klíčová slova (anglicky)

adherence, compliance, concordance, motivation, personal causality orientation, physiotherapy, self-determination theory, treatment

Abstrakt (česky)

Tato diplomová práce se zabývá problematikou motivace a dodržování léčebných doporučení v ambulantní fyzioterapii. V teoretické části přináší úvod do problematiky adherence spojené s rehabilitační léčbou. Osvětluje důležitost zkoumání tématu a strukturuje jeho šíři podle stanovených diagnóz a dalších kritérií. Ukazuje rozdíly v konceptech compliance, konkordance a adherence a shrnuje poznatky z nejvýznamnějších směrů zkoumání motivace v této oblasti. V části empirické si klade za cíl postihnout souvislosti mezi rozložením osobní příčinné orientace pacientů a jejich adherencí k léčbě. Na základě výsledků souboru 69 pacientů z metody DOPO, sebehodnotící škály adherence a hodnocení adherence ošetřujícím fyzioterapeutem vyvozuje, že mezi zmíněnými proměnnými nelze u tohoto souboru respondentů vypořádat statisticky významnou souvislost.

Abstract (in English)

This master thesis deals with themes of motivations and compliance to treatment recommendations in outpatient physiotherapy. In the theoretical section it brings an introduction to the issue of adherence as a part of medical rehabilitation. It sheds some light on the importance of the research in this field and structures its span according to prescribed diagnoses and other criteria. It also shows distinctions in concepts of compliance, concordance and adherence and summarizes the findings of the most relevant directions of motivation research in this area of study. The aim of the empirical part is to capture relations between the distribution of patients' personal causality orientation and their adherence to treatment. Based on the results of a DOPO method, self-assessment of adherence and evaluation of adherence by the treating physiotherapist, from the sample of 69 patients it concludes, that there is no statistically significant relation between the aforementioned variables.

OBSAH

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1 FYZIOTERAPIE	9
1.1 DEFINICE OBORU REHABILITACE A FYZIOTERAPIE	9
1.2 INDIKACE K LÉČBĚ A SPECIFIKA INDIKAČNÍCH SKUPIN	9
1.3 FAKTORY ÚČINNOSTI TERAPIE	10
1.4 POTŘEBA ZAPOJIT PACIENTA DO LÉČBY	12
1.4.1 <i>Ekonomika a efektivita ve zdravotnické péči</i>	14
1.4.2 <i>Vymezení motivace jako klíčového faktoru</i>	14
2 ADHERENCE A PŘÍBUZNÉ POJMY	16
2.1 ADHERENCE	17
2.2 KOMPLIANCE	18
2.3 KONKORDANCE	19
2.4 VYBRANÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ADHERENCI	20
2.5 ZJIŠŤOVÁNÍ A MĚŘENÍ ADHERENCE.....	24
3 TEORIE MOTIVACE V OBLASTI ZDRAVÍ	26
3.1 MODELÝ DODRŽOVÁNÍ LÉČEBNÝCH DOPORUČENÍ.....	27
3.2 BEHAVIORÁLNÍ PŘÍSTUPY VZTAŽENÉ K FYZIOTERAPII.....	28
3.3 SEBEREGULAČNÍ PŘÍSTUP VE FYZIOTERAPII	29
3.4 TEORIE PROTEKTIVNÍ MOTIVACE	31
3.5 TEORIE SEBE-DETERMINACE	32
4 OSOBNÍ PŘÍČINNÁ ORIENTACE.....	37
5 IMPLIKACE PRO PRAXI	40
EMPIRICKÁ ČÁST	44
1 OBECNÉ CÍLE VÝZKUMU	44
2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY	44
3 METODA VÝZKUMU	45
3.1 SBĚR DAT	45
3.2 CHARAKTERISTIKA SOUBORU	46
3.3 POUŽITÉ METODY	49
3.3.1 <i>Dotazník osobní příčinné orientace – DOPO</i>	49
3.3.2 <i>Dotazník adherence</i>	50
3.4 ZPRACOVÁNÍ DAT.....	51
4 VÝSLEDKY.....	51
5 DISKUSE	57
ZÁVĚR.....	64
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	66
SEZNAM ZKRATEK	72
SEZNAM PŘÍLOH.....	73

Úvod

Fyzioterapeuta lidé navštěvují z podobných důvodů, jako psychoterapeuta – obecně řečeno proto, aby se cítili lépe. Rozdíl je v tom, kde spatřují příčiny svého stavu a jaká mají od terapie očekávání. Obtíže, se kterými se fyzioterapeut v ambulantní ordinaci setkává, jdou od velmi konkrétních poúrazových či pooperačních stavů, přes chronická strukturální onemocnění, až po naopak zcela nespecifické problémy, u kterých často fyzioterapeut doplňuje práci druhé zmíněné skupiny odborníků.

Muskuloskeletální poruchy jsou dnes v rozvinutých zemích nejčastější příčinou chronické pracovní nezpůsobilosti; z toho více než polovina případů je způsobena bolestí zad. Přitom množství studií dokazuje účinnost pohybu, resp. tělesného cvičení při konzervativní léčbě subakutních i chronických bolestí dolní části zad. Ve cvičení tak máme k dispozici poměrně levnou a snadno prováděnou terapeutickou modalitu, a přestože fyzioterapeutické portfolio obsahuje mnohem širší škálu metod, právě na této je nejlépe vidět potřeba aktivní účasti pacienta (Taimela, Diederich, Hubsch & Heinrichy, 2000).

Předpokládáme, že každý fyzioterapeut, podobně jako to předpokládáme u jakékoliv jiné zdravotnické profese, má zájem pracovat s motivovanými pacienty, kteří dodržují léčebná doporučení a mají zájem udržovat nebo zlepšovat svůj zdravotní stav. Stejně tak na straně pacientů lze očekávat preferenci lepšího zdravotního stavu, co nejrychlejšího odstranění obtíží a ochotu ke spolupráci. Obě strany mají tedy zájem na tom odstraňovat překážky na cestě ke zdraví a zvyšovat pacientovu motivaci. Jak si pak vysvětlit, že se tak často setkáváme s odevzdanými pacienty bez zájmu o terapii a frustrovanými zdravotníky?

Ve většině případů onemocnění a chorob jsou základem zajištění přežití a kvalitního života dvě evidentní podmínky: správná diagnóza a účinná léčba. Stejně evidentní se ale zdá být překážka, která takové léčbě brání, a tou je pacientova neochota či neschopnost dodržovat doporučení poskytovatelů zdravotnické péče, ať už jde o lékaře, terapeuty nebo lékárníky. (Martin, Williams, Haskard & DiMatteo, 2005).

Výzkumy, které se v posledních dekáдах věnovaly tématu (ne)dodržování těchto doporučení, ukazují, že 40-60% pacientů v průběhu léčby neplní, co se od nich očekává. Týká se to bez výjimky preventivních i léčebných programů; v případě že jsou komplexní a/nebo vyžadují změnu životního stylu a návyků, vyšplhá se tento podíl snadno i přes 70 % (Martin, Williams, Haskard & DiMatteo, 2005). Zvláště doporučení zahrnující změny životního stylu ve smyslu pravidelného cvičení jsou pro pacienty ta nejobtížnější. Jednotlivé studie uvádějí míru adherence např. 19 % u chronických onemocnění (Kravitz, 1993) nebo 35 % (a 76% pro částečnou adherenci) (Sluijs, Kok & van der Zee, 1993).

Teoretická část

1 Fyzioterapie

1.1 *Definice oboru rehabilitace a fyzioterapie*

Rehabilitace není synonymem pro fyzioterapii – na společném cíli zdravotní rehabilitace, kterým je uzdravení, nebo dosažení co nejlepšího zdravotního stavu pacienta, se podílejí také ergoterapeuti, sociální pracovníci, nebo psychologové. Jejím cílem je pak sociální integrace lidí, u kterých došlo nebo může dojít k omezení aktivity nebo začleňování do společnosti v důsledku vrozené vady, onemocnění nebo úrazu.

Fyzioterapie je terapeutickým postupem využívajícím různých forem energie, včetně pohybové. Vedle aplikace fyzikálních procedur zahrnuje ovlivnění chování pacienta třemi hlavními způsoby: zaprvé, terapeut instruuje pacienta ke specifickým pohybům nebo cvičením za účelem dosažení určitých motorických dovedností nebo pohyblivosti (posilovací, protahovací a uvolňovací cvičení, posturální a koordinační cvičení, cvičení dechová atd.) Druhým způsobem je integrace nového pohybového chování do každodenní praxe – ať už formou pravidelného (ne nutně denního) cvičení, nebo např. změněného provádění běžných denních činností (nejčastějším příkladem bude zvedání břemen, nebo vstávání do stoje). Je třeba, aby si pacienti tyto návyky udrželi i po vymizení příznaků nemoci. Zatřetí pak terapeut nabízí další rady a doporučení, které mohou zlepšit pacientův zdravotní stav – sem patří například konzultace ohledně výběru vhodné obuvi, matrace na spaní, nebo úpravy pracovního místa. Všechny tři zmíněné způsoby jsou značně závislé na dodržování rad pacientem, tedy, jak si později řekneme, na komplianci (Sluijs & Knibbe, 1991).

1.2 *Indikace k léčbě a specifika indikačních skupin*

Abychom nastínili šíři a rozmanitost indikací pro rehabilitaci, můžeme je hrubě strukturovat například podle původu, jak bylo uvedeno výše, na vrozené vady, onemocnění

a úrazy, podle tělesné oblasti, můžeme postupovat podle jednotlivých lékařských oborů a soustředit se na indikace v neurologii (nejč. dětská mozková obrna, centrální mozková příhoda, periferní parézy nebo poškození míchy), v ortopedii a traumatologii (degenerativní onemocnění kloubů, přetížení šlach, zlomeniny, vertebrogenní algický syndrom), v interně, onkologii, gynekologii apod.; z jiného pohledu můžeme rozlišovat poruchy strukturální a funkční.

V návaznosti na charakter onemocnění se pak také bude měnit strategie terapie: u odstranitelných, přechodných obtíží se soustředíme na krátkodobé a většinou intenzivnější zásahy, u chronických, neodstranitelných poruch se budeme více soustředit na změnu návyků a chování. U akutnějších stavů slouží většinou symptomy jako připomenutí potřeby léčby, resp. (auto)terapeutického zásahu, a tento zásah také obvykle vede k úlevě (např. ledování u subluxe kloubu). U stavů chronických je naproti tomu symptom často přehlížen a potlačován a myšlenka na vynakládání energie ke zlepšení stavu ještě zvyšuje pocit nepohodlí. Většina chronických stavů vyžaduje preventivní pohybový režim, ale absence příznaků při jeho dodržování zvláště nepřispívá k motivaci takový režim udržovat (Bassett & Petrie, 1999).

1.3 Faktory účinnosti terapie

Účinnost rehabilitace ovlivňuje velké množství faktorů, počínaje správnou diagnostikou a včasným zahájením léčby. V jejím průběhu jsou to pak specifické faktory jako např. intenzita – jak u fyzikálních procedur, tak u pohybové léčby je třeba dávkovat intenzitu tak, aby docházelo ke stimulaci organismu, tj. intenzita nebyla příliš nízká, a zároveň organismus nebyl přetěžován, což by mohlo vést k únavě a zhoršení funkce, zvýšení otoku, bolesti, ztrátě svalové síly a rozsahu pohybu aj. Také podle motorických schopností se většinou postupně přechází od jednodušších pohybů ke komplexnějším; cíle jsou různé a prostředky k jejich dosažení jsou pochopitelně též různě efektivní u jednotlivých pacientů.

Nelze ale účinnost rehabilitace posuzovat jen podle „správné“ diagnózy a příslušně zvoleného léčebného programu. Do hry vstupují méně ovlivnitelné faktory jako podpora sociálního prostředí pacienta, faktory environmentální (jestli nemusím kvůli terapii dojíždět dvě hodiny vlakem) a v neposlední řadě faktory osobnostní. V kombinaci možností a velikosti motivace se pak odráží míra pacientovy spolupráce, to, jak se chová i mimo ordinaci a „auto-terapeuticky“ přispívá výsledku léčby, což většinou obnáší různé druhy pohybových cvičení nebo masáže a manuální techniky.

Některé principy významně ovlivňující účinek rehabilitační léčby písemnou formou uchopit téměř nelze. Je to například vztah vzájemné důvěry mezi pacientem a rehabilitačním odborníkem, který nelze nahradit vztahem klient a expert, či smlouvou o pracovním výkonu, dále význam efektivní komunikace, charismatické vystupování, sugestivní působení, také nelze dobře popsat vlastní zkušenost vzniklou sensorickými prožitky. (Kolář, 2009, p. XXXI).

Rehabilitační programy bývají pochopitelně úspěšnější v kontrolovaném prostředí, tj. na klinikách a v rehabilitačních ústavech, než ambulantní nebo domácí programy (McKelvie, Teo, Roberts, McCartney, Humen, Montague, Hendrican & Yusuf, 2002).

Taimela (2000) analyzoval účinnost vedených i samostatně prováděných tělesných cvičení vzhledem ke dlouhodobým výsledkům po ukončení ambulantní rehabilitace založené právě na cvičení. Výsledky byly měřeny pomocí výpovědí o znovuoživení se bolesti a absentérství. U obou sledovaných znaků se prokázal kladný vliv pravidelného cvičení na udržení dobrého zdravotního stavu.

Dlouhodobé výsledky rehabilitace jsou do značné míry ovlivněny také úspěchy v počátečních terapiích. Např. nedostatečné snižování bolesti v raných fázích léčby vede k nižší fyzické aktivitě a později je těžší ovlivnit pacientovo chování ve smyslu úpravy životního stylu (Taimela, Diederich, Hubsch & Heinricy, 2000).

Rozdílný přístup vyžaduje stadium aktivní léčby zaměřené na odstranění příznaků nebo příčiny a stadium léčby udržovací, stejně jako prevence. Jak bude dále podrobněji rozvedeno, přítomnost příznaků většinou slouží jako připomínka zhoršeného zdravotního

stavu a jejich odstranění přímo vede k úlevě, což napomáhá dodržování léčebných doporučení. U dlouhodobé péče se ale s postupující úzdravou snižuje odměňování žádoucího chování ve smyslu snížení bolesti nebo potlačení symptomů, a relaps do předchozích způsobů chování většinou nevede k okamžitému návratu příznaků (Sluijs & Knibbe, 1991).

1.4 Potřeba zapojit pacienta do léčby

Zatímco v „běžné“ lékařské léčbě spočívá spolupráce pacienta zejména v dodržování medikace a až v další řadě v dodržování léčebného režimu, kam patří třeba dieta nebo další úpravy životosprávy, ve fyzioterapii bývá potřeba zapojit aktivně pacienta do procesu léčby mnohem větší. Muskuloskeletální poruchy vyžadují více než jen deset aplikací ultrazvuku a vysvětlení fyzioterapeuta, jak zapojit hluboký stabilizační systém. Podstatou terapie je nejčastěji úprava pohybových stereotypů, která vyžaduje vědomé zapojení pacienta, pravidelný nácvik a skutečnou změnu návyků v běžném životě. Tradiční fyzioterapeutický přístup je nicméně stále zakotven zejména v principech biomechaniky, fyziologie a neurologie, a zaměřuje se na léčbu těla, nepříliš závislého na duši nebo mysli. Jedním z úkolů moderní fyzioterapie je překonat tuto tradiční dualitu a zaměřovat se na pacienta jako celek, brát v úvahu jeho hodnoty a přání, posilovat naději, usměrňovat očekávání a budovat pozitivní terapeutický vztah.

Pasivní či nesprávný přístup pacienta ohrožuje jeho zdraví a well-being, vede k řetězení a zhoršování obtíží, a tím také ke zvyšování zátěže zdravotnického systému. Přestože neexistuje jediná správná intervenční strategie, která by zlepšila přístup všech pacientů, řada výzkumů se pokouší identifikovat jednotlivé faktory a navrhnout vhodná řešení: za klíčové se pokládají znalosti pacientů a jejich chápání léčebného procesu, spolu s efektivní komunikací mezi terapeutem a pacientem (Martin, Williams, Haskard & DiMatteo, 2005).

Podstata muskuloskeletálních obtíží a jejich léčba jsou pochopitelně odlišné od závažných systémových onemocnění, kde se nedodržování léčebného režimu může

projevit fatálně. Na bolest v kloubech se neumírá – což je pro fyzioterapii zároveň požehnáním i prokletím. Nebude velkým zjednodušením, když řekneme, že pro řadu lidí je snesitelnější chodit do konce života s kamínkem v botě, trpět a kroutit se, než se jednou obrazně i doslova zastavit a kamínek z boty vyklepat.

Významnou částí fyzioterapie je tedy i zvědomování tělesných obtíží, edukace, ukazování možností fungování a možností léčby. V samotné terapii pak hraje zásadní roli instruktáž pacientů k tomu, jaká cvičení provádět doma a jak modifikovat své chování v běžných životních situacích.

Pro přiblížení metodického rámce můžeme uvést koncept Sluijse a Knibbeho (1991): fyzioterapeut by měl při vytváření rehabilitačního plánu věnovat pozornost třem oblastem, a to pacientovu chování, stimulům a posílení – odměnám. Na počátku fyzioterapeut instruuje pacienta co dělat, jak a kdy cvičit. To zahrnuje vysvětlení pohybů a jejich nácvik pod dohledem, u komplexnějších cvičení i rozdělení na jednodušší části a jejich postupné učení, opakování a korekci. Ve chvíli kdy pacient chápe a souhlasí s tím, co dělat, je třeba najít v jeho denním plánu vhodné okolnosti nebo podněty, které mu poslouží jako upomínky – může to být např. přednastavené upozornění na telefonu nebo cedulka na ledničce, která ho upozorní, aby něco vykonal před jídlem. Jde především o vybudování návyku: pokud má pacient provádět cviky na krční páteř před zrcadlem, může se každé vstoupení do koupelny stát pobídkou ke cvičení. Je třeba, aby pacienti chápali funkci těchto připomenutí a vzali ji za svou. Fyzioterapeut zde může pomoci s návrhy jak přijít na vhodné způsoby upomínání, ale hlavní slovo by měl mít pacient – jakožto expert na svůj denní rytmus a zvyklosti. Nakonec se pak dostáváme k tomu, jak udržet nebo posílit žádoucí chování. Fyzioterapeut může poskytovat pozitivní zpětnou vazbu k zaznamenaným pokrokům, chválit provádění cviků, oceňovat pacientovu snahu a vysvětlovat, že právě na ní závisí výsledek léčby. Některé druhy cvičení také přímo přinášejí dobrý pocit – způsobují uvolnění a/nebo snížení bolesti. Příznivě působí také podpora od blízkých. Obrácení pacientovy pozornosti ke všem těmto pozitivním

důsledkům cvičení (resp. autoterapie) zlepšuje přinejmenším krátkodobou komplianci. Zdánlivě je tedy vše poměrně jasné a úspěšné terapii nic nebrání.

1.4.1 Ekonomika a efektivita ve zdravotnické péči

„Fyzioterapeutická péče prokazatelně snižuje celkové náklady na zdravotní péči u mnoha druhů pacientů a zároveň zlepšuje její výsledky“ (Gendreau, 2015, p. 21). Zřejmým nepříznivým důsledkem nízké motivace pacientů je prodloužení a snížená efektivita léčby. Dalo by se tedy říci, že nejvíc pasivní pacienti škodí sami sobě. Je třeba ale připomenout, že neefektivní léčba s sebou nese i nepředstavitelné ekonomické dopady – od těch viditelných, kam patří přímé náklady na zdravotnickou péči spojenou s aktuálním onemocněním, po skrytější, kam můžeme zařadit absentérství, nižší pracovní výkon a v důsledku zhoršeného zdravotního stavu i v budoucnu pokračující vyšší náklady na zdravotní péči a příbuzné sociální výdaje. Velikost ročních výdajů způsobených non-adherencí je v USA odhadována na miliardy dolarů (DiMatteo, 1994). V roce 1990 byly odhady každoročních nákladů na hospitalizace v důsledku non-adherence ve výši 13,35 miliard (Sullivan, Kreling & Hazlet, 1990). Odhaduje se také, že stejná příčina vede v USA konečným důsledkem až ke 125 000 úmrtím ročně (Martin, Williams, Haskard & DiMatteo, 2005).

Studie dánských výzkumníků (Leboeuf-Yde, Lemeunier, Wedderkopp & Kjaer, 2014) uvádí, že jen 19 % jejich pracující populace nemá během roku žádnou epizodu bolestí zad. Převážné části chorob a komplikací se přitom dá předcházet vhodnou prevencí pohybovým režimem (z těch nejvíce zřejmých – obezita, osteoporóza, low back pain, pády).

1.4.2 Vymezení motivace jako klíčového faktoru

Denně se fyzioterapeut v praxi setkává s tím, že zdánlivě podobní pacienti vykazují zcela rozdílný přístup k terapii i zcela odlišné výsledky. Na jedom konci spektra si

můžeme představit člověka, jenž má zájem zbavit se příznaků, které ho do ordinace přivedly, napravit případné chyby, které onemocnění způsobily, s veškerým aktivním úsilím co nejrychleji nabýt normální funkce a zařadit se zpátky do běžného života. Na druhém konci pomyslného kontinua je pak pacient, který přichází (pokud vůbec) s nechtív, nejraději by dostal zázračnou pilulku nebo injekci a vesměs očekává, že ho fyzioterapeut dá do pořádku, aniž by pro to ještě sám pacient musel něco udělat.

Ukazuje se, že bez ohledu na intenzitu příznaků existují lidé, kteří mají dostatečnou motivaci k dodržování terapeutických doporučení. Předmětem zájmu výzkumů se tedy staly také motivační techniky, které by pacientům pomohly plnit léčebné i preventivní programy – zejména tehdy, když už nejsou přítomny symptomy, působící jako upomínky ke cvičení (Bassett & Petrie, 1999). Vyšší míra (zejména vnitřní) motivace je spojena s lepším zdravotním stavem a kvalitou života, vyšší mírou spokojenosti s rehabilitací a větší vůlí pravidelně se věnovat cvičení (Pilch, 2011).

Z našich zkušeností musíme bohužel říct, že většina lidí do větší či menší míry tíhne k druhému, pasivnímu přístupu, a do ordinací přicházejí s tím, že „jim něco nefunguje“ a „ať jim to pan doktor spraví.“ Snad je to nastavením zdravotnického systému, snad společenským dědictvím minulosti, to by už muselo být tématem jiné práce. Nás budou více zajímat rozdíly mezi jednotlivými skupinami – co motivuje pacienty, kteří jsou v rehabilitaci aktivní? Jaké jsou postoje lidí, kteří očekávají, že je fyzioterapeut napraví, zatímco oni budou dál žít svůj život jako dosud?

Dle řady výzkumů, které v dalším textu přiblížíme, je jedním z hlavních faktorů – ne-li tím nejdůležitějším – právě pacientova motivace. Motivace docházet na terapii, dodržovat léčebná doporučení, provádět pravidelně předepsané techniky. A fyzioterapeut má díky bližšímu kontaktu více možností pacientovu motivaci poznávat a ovlivňovat, a tím ovlivňovat i léčebné výsledky.

Pohyb a cvičení jsou přitom pro člověka přirozené a lidé jsou vnitřně motivováni procvičovat jak svou fyzickou, tak mentální kapacitu (Ryan, Frederick, Lepes, Rubio & Sheldon, 1997). V moderní době, kde převládá sedavý způsob života, se ale běžné

příležitosti k takovému procvičování vytrácejí a pohyb se tak častěji stává plánovanou aktivitou; na rozdíl od minulosti práce není zároveň podstatnou denní fyzickou aktivitou, ale právě naopak působí inhibujícím způsobem. Namísto radosti z pohybu je pak nejčastějším důvodem ke cvičení vylepšení vzhledu nebo povšechná představa o tom, „dělat něco pro zdraví“.

2 Adherence a příbuzné pojmy

S větší mírou zjednodušení je možné říct, že je to lékař nebo terapeut, kdo léčí pacienta – tím, že provádí vyšetření, stanovuje diferenciální diagnózu, určuje, jak má probíhat léčba a nakonec specificky instruuje pacienta, pomáhá mu a provádí manuální terapii. Je-li proces prováděn správně, zbývá k úspěšnosti léčby už jen to, aby pacient dělal, co mu odborník doporučí či nařídí: bral správné léky ve správnou dobu, vyvaroval se určitého chování či se naopak určitým činnostem věnoval. Přibližně v 50 % případů se však pacienti lékařskými radami přesně neřídí (Křivohlavý, 2002).

V této práci budeme víceméně volně zaměřovat pojmy příkaz, doporučení a rada lékaře nebo terapeuta. Na pacienta má samozřejmě vliv i to, jakým způsobem je rada formulována, to bude ale zahrnuto do kontextu komunikace mezi zdravotníkem a pacientem a z hlediska dodržování léčebného režimu můžeme tyto rozdíly zatím zanedbat; tím spíše, že uposlechnutí není jakkoliv vynutitelné.

Ptáme-li se, proč pacienti nedělají, co je jim řečeno, setkáme se s několika termíny, které jejich chování popisují a které se navzájem překrývají. Jsou jimi adherence, compliance (compliance), a konkordance (concordance). Jedná se jednak o schopnost pacienta dělat to, co mu bylo nařízeno, jednak o jeho vůli se příkazy opravdu řídit, a to i v situacích, kdy to není minimálně z krátkodobého hlediska komfortní (Křivohlavý, 2002).

Termín compliance znamená ochotu k vyhovění, povolnost, poddání se tomu, co od jedince někdo druhý žádá. Podle Křivohlavého (2002) by bylo možné jej překládat jako poslušnost v dodržování léčby. Adherence pak znamená pevné respektování toho, co mi

bylo přikázáno, lpění na dodržování příkazů lékaře. Detailněji se těmto termínům věnujeme níže.

Opakem zmíněných postojů je zdráhání se pacienta dodržovat lékařská doporučení, vyhýbání se, opomíjení či pozměňování rad terapeuta.

2.1 Adherence

Adherence se zaměřuje především na deskripci toho, zda se pacient účastní předpokládaného a žádoucího procesu léčby – od toho, zda si domluví a dostaví se na vyšetření, přes docházení na terapie, po přesné dodržování rad a instrukcí.

Duda, Smart a Tappe (1989) definovali adherenci jako tříložkovou, kde jednotlivé části jsou: účast na předepsaných sezeních (terapiích), stupeň splnění předepsaného cvičebního protokolu a míra intenzity nebo snahy vynaložené při jeho splnění. Cílem jejich studie bylo určit psychologické proměnné, které by nejlépe predikovaly adherenci v rehabilitaci zraněných atletů. Pro samotnou účast se ukázaly jako nejdůležitější tyto prediktory: schopnost sebe-motivace a silný vztah ke sportu, pocíťovaná vyšší sociální podpora k rehabilitaci a důvěra v účinnost léčby. Pro dodržování předepsaného protokolu cvičení vyšly jako nejsilnější tytéž tři faktory, plus víra, že je úspěšná rehabilitace pod jejich (pacientů) kontrolou. Co se týká míry intenzity vykonávaného předepsaného cvičení, jako nejvýznamnější prediktory vyšly následující: vyšší pocíťované fyzické schopnosti a sebe-motivace, pocíťovaná znalost ohledně léčby a silný vztah ke sportu.

V trochu specifickém odvětví fyzioterapie u sportovních úrazů můžeme při definování adherence sledovat následující proměnné v chování: dodržování doporučení týkajících se omezení fyzické aktivity (klid, omezení v tréninku), plnění plánu domácích rehabilitačních cvičení, provádění domácí kryoterapie (ledování), pravidelné užívání předepisovaných léků a účast na ambulantních rehabilitačních cvičeních a terapiích (Brewer, Cornelius, Van Raalte, Tennen & Armeli, 2013). Sportovní oblasti se věnuje velká pozornost z několika důvodů: je zde snazší zachytit reprezentativní výběr pacientů,

nacházíme u nich vyšší motivaci k léčbě a časnému návratu k aktivitám, a charakteristika obtíží bývá obvykle poměrně jasně definovaná.

Adherence pacientů k lékařským doporučením se pokládá za důležité pojítko mezi odborným názorem terapeuta a výsledky u pacienta (Hays, Kravitz, Mazel, Sherbourne, DiMatteo, Rogers & Greenfield, 1994). Dochází ovšem také k tomu, že pacienti fyzioterapeutickou léčbu vůbec nenastoupí. Touto problematikou se zabývala např. Linda Vasey (1990). Zjistila, že již domluvenou fyzioterapeutickou léčbu nezahájilo 7,9 % pacientů, a dalších 14,3 % nedokončilo celý léčebný program. Mezi hlavními důvody, které vedou k nezahájení léčby, uvádějí obavy a samovolné zlepšení zdravotního stavu.

Adherenci však v žádném případě nelze, navzdory její důležitosti, považovat za jediné měřítko úspěšnosti léčby. Vztah mezi dodržováním lékařských doporučení a zdravotními výsledky je mnohdy komplikovanější, než se předpokládá. Ve čtyřleté longitudinální studii zabývající se korelací adherence a výsledným zdravotním stavem u chronických pacientů zjistil Hays korelaci nejen pozitivní (zejména u dodržování diety a dalších úprav životního stylu), ale nečekaně i negativní, např. u depresivních pacientů dodržujících předepsanou medikaci (Hays, Kravitz, Mazel, Sherbourne, DiMatteo, Rogers & Greenfield, 1994).

2.2 Kompliance

„Kompliance je definovaná jako míra, do které si pacienti osvojí chování a léčbu doporučené svým lékařem“ (Taylor, 1995, p. 6). V termínu compliance se tedy už skrývá více prostoru pro osobnost pacienta a pole jeho vztahu s terapeutem, nicméně jeho očekávaná a posuzovaná aktivita spočívá v následování pokynů lékaře, v poslouchání a vyhovění.

Podle studie Sluijse a Knibbeho (1991) se compliance s cvičebními programy pohybuje mezi 30 a 57 procenty a snižuje se s postupujícím časem. Nacházejí rozdíl mezi očekáváním lékařů a fyzioterapeutů – zatímco lékaři mají tendenci přeceňovat chování pacientů, fyzioterapeuti mají odhady bližší skutečnosti – podle nich provádí předepsané

cvičení 64 % léčených pacientů a pouze 23 % v něm pokračuje po skončení léčby. Autoři také rozlišují několik složek léčebného procesu, vyžadujících kompliance – kromě samotných změn chování (cvičení) také už jen nastoupení léčby nebo docházení na terapie.

Vnímání compliance se u terapeutů a pacientů liší. Zatímco terapeuti vidí jako hlavní překážky v lepším dodržování léčebného režimu osobnostní charakteristiky pacientů, ti naopak častěji uvádějí důvody nedostatku času nebo přílišné bolestivosti (Kirwan, Tooth & Harkin, 2002). Bassettová a Petrie (1999) zkoumali změnu compliance při stanovování léčebných cílů. Metoda stanovování takových cílů je ve fyzioterapii poměrně často používaná (např.: zvýšení svalové síly na stupeň 5, zvýšení kloubního rozsahu flexe na 90°), přinejmenším v intuitivní formě. Navzdory očekávání se ukázalo, že mezi skupinami s a bez stanovených terapeutických cílů nebyly významné rozdíly. Druhým zjištěním bylo, že cíle stanovené ve spolupráci pacienta a terapeuta mají větší úspěšnost, než cíle určené jen terapeutem. Tento závěr nás přímo navádí k zavedení dalšího pojmu – konkordance.

2.3 Konkordance

Konkordance je novější termín, používaný zejména ve Velké Británii. Dává do popředí shodu (resp. dohodu) mezi terapeutem a pacientem ohledně toho, kdy, jak a jaká rehabilitace bude probíhat. Na rozdíl od tradičních expertních přístupů, které posuzují pacienta jako subjekt, který lépe či hůře poslouchá rady terapeuta, konkordance klade důraz na důležitost pacientova rozhodnutí, zda a jak se rehabilitaci bude věnovat. Tedy se i zkoumané a doporučované metody přesouvají více k těm, které pracují s pacientovými postoji, životním stylem, sociální podpoře okolí apod. (Chakrabarti, 2014).

„Pojem konkordance se pokouší rekonceptualizovat problém compliance. Kvituje, že pro mnoho pacientů je noncompliance racionální odpovědí na jejich osobní vnímání nemoci a léčby“ (Horne, Weinman, Barber & Kellar, 2005, p. 34).

Proti standardnímu a standardizovanému konceptu fyzioterapeutického procesu (anamnéza, vyšetření, stanovení léčebného postupu a cílů krátkodobých i dlouhodobých)

se v této souvislosti vymezuje Eisenbergová (2012); zdůrazňuje nutnost nahlédnout za obvyklou (fyzio)terapeutickou roli a opustit představu o tom, co je pro pacienty nejlepší. Tak je možné dospět k řešením, která budou na hony vzdálená „normě“, ale přesto nejvhodnější pro daného pacienta.

Ve světle tohoto přístupu si lze snadno představit, že bude non-kompliance je často výsledkem ordinace léčby, která nebere v úvahu pacientova přesvědčení, očekávání a preference. Může být tak spíše indikátorem špatné nebo nedostatečné komunikace v terapeutickém vztahu a rozdílných názorů na podstatu nemoci a léčby. Pro řadu fyzioterapeutů, jako pravděpodobně i lékařů, je takový způsob uvažování nezvyklý, neboť nezapadá do standardně vyučovaného a využívaného biomedicínského paradigmatu.

Horne et al. (2005) brojí proti zaměňování výše zmíněných pojmů. Adherence a compliance podle nich popisují vždy jen jinou úroveň stejného fenoménu – stupeň, do jakého pacientovo chování odpovídá předepsaným doporučením. Konkordanci naproti tomu vidí jako popis procesu (vztahu) a výsledku (shody) při předepisování léčby.

Pro shrnutí: komplianci tedy budeme považovat za pasivnější splňování lékařských doporučení, konkordanci za naplňování dohody mezi partnersky spolupracujícím pacientem a terapeutem a adherenci za zastřešující termín, který se zabývá výsledkem – do jaké míry dochází k dodržování zamýšleného postupu. Pro účely této práce budeme nejčastěji používat právě poslední pojem.

2.4 Vybrané faktory ovlivňující adherenci

Faktory, které ovlivňují adherenci, můžeme nejsnadněji rozdělit na osobnostní a situační (Dishman & Ickes, 1981; Grindley & Zizzi, 2005). Z nejčastěji jmenovaných osobnostních faktorů uveďme víru v účinnost terapie, sebe-motivaci (behaviorální tendence vytrvat nezávisle na situaci), toleranci bolesti, perseveranci, pocíťovanou sociální podporu, víru v kontrolovatelnost výsledků, základním protifaktorem je úzkostnost. Mezi situační vlivy patří pohodlí resp. úleva poskytovaná v klinickém prostředí, plánování

terapií, komunikace, délka onemocnění, terapeutovo očekávání pacientovy adherence a řada dalších.

Důležitost jednotlivých faktorů se liší studii od studie a je ovlivněna opět třeba indikační skupinou. Paula Byerly (1994), která sledovala přístup k rehabilitaci u atletů, identifikovala jako dva nejdůležitější faktory bolestivost procedur a emoční podporu okolí – v tomto případě jiných členů týmu, trenéra, nebo blízkých osob. U geriatrických pacientů mohou hrát větší roli překážky na kognitivní úrovni nebo situační faktory jako dostupnost péče. Samotný vyšší věk koreluje s nižší motivací, horším zdravotním stavem a nižší životní spokojeností (Pilch, 2011).

Základním a zásadním faktorem, který určuje, zda bude pacient dělat, co by měl, je jeho porozumění. Pokud pacient nechápe, co se po něm žádá, nelze očekávat, že to bude naplňovat. Míra, s jakou jsou lidé schopni přijímat a zpracovávat základní zdravotní informace a rozumět jim, aby se mohli rozhodovat ohledně vlastního zdraví, se označuje jako zdravotní gramotnost (Martin, Williams, Haskard & DiMatteo, 2005).

Podle Horneho et al. (2005) ale řada studií ukazuje, že vztah mezi adherencí a vědomostmi je spíše nízký, pokud vůbec nějaký. Poukazuje na metodologické obtíže provedených výzkumů a nejasnou kauzalitu – vykazují pacienti nižší adherenci proto, že mají málo znalostí, nebo se celkově méně zajímají o celou léčbu, a tak nevyhledávají žádné informace? Nelze tedy očekávat, že samotná edukace pacientů o průběhu onemocnění a léčbě povede ke zvýšení jejich zájmu a lepším výsledkům v terapii.

Nižší adherence může být také jednoduše následkem zapomínání: ať už půjde o zapomenutí na naplánovanou terapii, na domácí cvičení, nebo na to, jaké cviky a jak provádět.

Komplexnější režim se méně dodržuje a zjednodušení předpisu je pro pacienta výhodou, neboť usnadňuje kognitivní uchopení. To platí zvláště u pacientů, kde můžeme předpokládat i jen mírný kognitivní deficit. Minimálně stejně důležité je také to, jak naplánovaná léčba pasuje do denního režimu pacienta, jeho zvyklostí a očekávání (Horne, Weinman, Barber & Kellar, 2005).

Některé studie vyzdvihují vztah mezi pacientem a fyzioterapeutem jako nejlepší prediktor adherence k domácímu cvičení (Wright, Galtieri & Fell, 2014). Na podkladě těchto zjištění se objevují přístupy zaměřené právě na zlepšení komunikace, jako je 4 Rehab Communication Elements – na důkazech založený koncept zlepšování výsledků rehabilitace pomocí komunikačních strategií (Jesus & Silva, 2016).

Josephson et al. (2015) analyzovali jazyk užívaný v interakci (švédských a australských) pacientů a fyzioterapeutů. Zjistili, že terapeuti používají převážně posuzující a oceňující styl, když zjišťují podrobnosti o pacientově stavu. Afektivní složky popisu jejich problémů (obvykle týkající se bolesti a snížených schopností) pak častěji ignorují.

„Pacienti musí dostat příležitost, aby popsali svou jedinečnou zkušenost s onemocněním“ (Martin, Williams, Haskard & DiMatteo, 2005, p. 25).

DiMatteo (1994) zjistil, že 75% pacientů se odmítá řídit lékařem doporučeným či nařízeným plánem zdravotních opatření – např. zanechat kouření, pití alkoholu, více se hýbat apod. Dodržování léčebného režimu bylo také lepší tam, kde podle pacientova přesvědčení šlo o léčení jako zlepšování zdravotního stavu, než tam kde se pacienti domnívali, že se jedná „jen“ o prevenci.

Přesvědčení pacienta hraje zřejmě daleko závažnější roli nežli trvalá charakteristika jeho osobnosti při dodržování zdravotního režimu. Když pacient věří, že mu skutečně pomůže to, co mu lékař radí, doporučuje či nařizuje, pak to také dělá. Poslouchá. Dodržuje vše, co mu bylo řečeno. (...) Ukázalo se též, že přesvědčení (o tom, jak důležité je dodržování zdravotního režimu) zjištěné v první fázi onemocnění je nejspolehlivějším ukazatelem dodržování režimu v další fázi léčení. Důležitým momentem v tomto směru je i přesvědčení o osobní odpovědnosti pacienta za jeho vlastní zdravotní stav a přesvědčení o tom, že jeho vlastní aktivita může pomoci zlepšit jeho zdravotní stav. (Křivohlavý, 2002, pp. 46-47).

U výčtu jednotlivých faktorů, které ovlivňují pacienta v dodržování léčebného režimu, a studií na ně poukazujících, bychom mohli zůstat dlouho. Než se budeme věnovat jejich uchopení v komplexnějších konceptech, uvedeme nyní už jen jejich souhrn, upravený podle Křivohlavého (2002):

Kladně:

- přesvědčení pacienta, že mu to, co mu fyzioterapeut radí, skutečně pomůže;
- přátelský dialog s terapeutem, kde je pacient vnímán jako partner;
- terapeut se nechová nadřazeně;
- terapeut pacientovi pozorně a se zájmem naslouchá;
- dobré komunikační schopnosti – zejména na straně terapeuta;
- kladný emocionální vztah fyzioterapeuta k pacientovi;
- sociální opora pacienta – v jeho zázemí (rodině, přátelských vztazích apod.);
- když pacient chápe svůj stav jako vážný;
- když je pacient od mládí zvyklý poslouchat příkazy;
- když pacient odchází z ordinace s kladným postojem k radám fyzioterapeuta.

Záporně:

- pacient v adolescenci;
- zaujetí vyhýbavé strategie pacientem;
- odeznění hlavních příznaků;
- hledal-li pacient příliš dlouho zdravotnickou péči;
- trvá-li léčba podle pacientova úsudku příliš dlouho;
- příliš komplikovaná léčba (podle pacienta);
- když je časový rozvrh autoterapie v disharmonii s běžným členěním denního pacientova života;
- zhoršuje-li se pacientův stav navzdory jeho aktivitě;
- když rady fyzioterapeuta znamenají příliš velkou a nepříjemnou změnu pacientova životního stylu;
- když pacient nechápe smysl zadaných cvičení;
- má-li pacient velmi silný vrozený falešný optimismus (optimistic bias) a věří, že jemu se nemůže nic stát

2.5 Zjišťování a měření adherence

Jedním z hlavních problémů zjišťování adherence je, že zůstává většinou utajena: pacienti se zřídka dobrovolně hlásí k tomu, že nedodržují doporučení, a lékaři i terapeuté se málokdy ptají. A i v případě že se zeptají, nedostanou vždy pravdivou odpověď – například z důvodu pacientova studu nebo obavy, že by se tím zdravotníka dotkli. Vystává tedy potřeba zavést metody umožňující adherenci měřit otevřeně a pravdivě a stejně tak se bez odsudků o (non-)adherenci bavit (Horne, Weinman, Barber & Kellar, 2005).

Existují čtyři základní způsoby, jak v rehabilitaci zjišťovat dodržování zdravotních doporučení pacientem:

- a) je dotazován terapeut;
- b) je dotazován pacient;
- c) jsou dotazováni další lidé, např. rodinní příslušníci;
- d) zjišťují se změny objektivních charakteristik, např. rozsahu pohybu nebo svalové síly.

Podle Křivohlavého (2002) je první způsob relativně málo spolehlivý, neboť je poslušnost pacienta obvykle přeceňována. Druhý způsob se jeví jako lepší a spolehlivější, zvláště je-li mezi terapeutem a pacientem vytvořen vzájemný vztah důvěry. Ani tato metoda ale není spolehlivá dostatečně, protože se pacienti obvykle prezentují jako lépe dodržující pokyny, než tomu je ve skutečnosti. Je pochopitelné, že například ohrožující otázky typu „Tak dělal jste to cvičení, jak jsem vám minule přikázal?“, ale i méně očividné „Proč si to nepamatujete?“ povedou k méně spolehlivým odpovědím.

Objektivnější bývá rozhovor s třetí osobou, nejčastěji členy rodiny. Také vědomí, že pacienta někdo pozoruje, pak ale vede samo o sobě k lepšímu dodržování zdravotního režimu. V praxi se však k takovému sledování dostaneme pouze výjimečně. Čtvrtá metoda je výhodná jednak díky praktické využitelnosti ve fyzioterapeutické ambulanci, jednak díky poskytování objektivních dat.

Zjišťování efektu však samo o sobě nevypovídá jednoznačně o dodržování příkazů a některé změny se neprojeví dostatečně zřetelně a rychle. Rozdíly v měřitelných údajích také často nejsou signifikantní a obtížně se interpretují ve smyslu lepší-horší (s výjimkou např. míry schopnosti rotace páteře u LBP, která bývá jedním z mála signifikantních ukazatelů) (Taimela, Diederich, Hubsch & Heinricy, 2000).

Psychologické a psychosociální faktory, pacientova víra v možnost ovlivňovat bolest, nebo spokojenost s dosavadním výsledkem léčby byly důležitějšími prediktory výsledku (vč. návratu do práce) než objektivní fyzické a biomechanické nálezy z předchozích studií (Taimela, Diederich, Hubsch & Heinricy, 2000).

Je tedy zřejmé, že neexistuje přesný a zcela spolehlivý způsob, jak dodržování příkazů lékaře či terapeuta pacientem kontrolovat; jako nejvhodnější se jeví kombinace výše uvedených postupů (Křivohlavý, 2002). Měření adherence je však nutným předpokladem ke znalosti míry dodržování léčebných doporučení. Např. Bassettová (2003) proto doporučuje na konci každé terapie vyplňovat krátký dotazník SIRAS – Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale (Kolt, Brewer, Pizzari, Schoo & Garrett, 2007) a věnovat také dostatek času diskusi s pacientem v samém počátku terapie.

Jako velký příslib do budoucna se nám jeví tzv. wearables, tj. senzory detekující a zaznamenávající pohyb, které se zatím objevují nejvíce ve formě samostatných zařízení, jako např. často využívaný krokoměr, nebo ortézy snímající pohyby v kloubu včetně přesného rozsahu. Takové senzory pak umožňují v kombinaci s PC, tabletem, nebo mobilním telefonem poskytovat i v reálném čase zpětnou vazbu o rozsahu nebo přesnosti pohybu, integrovat pohyb do rehabilitačních aplikací a různými způsoby zvyšovat pacientovu účast. Technologie však začínají pronikat i do méně technicistních produktů, jako jsou pásy nebo trička se zabudovanými a téměř neviditelnými senzory, které si člověk prakticky obléká.

Jak upozorňují Hays a DiMatteo (1987), formy rad a doporučení se liší od jednoho terapeuta k druhému. Co se ve studii mnohdy shrne pod radu „pravidelně cvičte“ je v této

obecné formě značně odlišné (a v důsledku méně účinné) než specifická doporučení, jako „první tři dny využívejte oporu hole a zatěžujte do 50 %, v následujícím týdnu chodte s plnou zátěží v bytě, v dalším týdnu dvakrát denně obejděte blok.“ I zkoumání adherence tedy naráží na řadu metodologických úskalí na mnoha úrovních. Studují se pak samozřejmě způsoby, jak co nejefektivněji instrukce k domácí terapii pacientům předávat. Schoo, Morris a Bui (2005) zjistili, že verbální instrukce spolu s papírovou brožurou je stejně účinná, jako audio- či videozáznamy. Ty však můžou napomáhat ke správnějšímu provádění cviků, které jsou složitější a/nebo se hůře zapamtovávají. V praxi je nejčastější předávání instrukcí pouze v rozhovoru; ad hoc psané instrukce, malůvky či předpřipravená schémata a můžeme považovat za významnou pomůcku k lepší adherenci pacientů.

Na základě dostupných zjištění vznikají pokusy o syntézu různých poznatků do standardizovaných postupů, které by vedly k efektivnějším terapiím. Např. identifikace faktorů, které snižují adherenci, zjištěných v metaanalýze 153 intervenčních studií, vedla k vytvoření metody AIDES (Assessment, Individualization, Documentation, Education, Supervision), která v pěti zmíněných oblastech doporučuje specifické přístupy a zásahy. Stejně jako většina jiných se však, zřejmě pro svou komplikovanost, s větším ohlasem (Aronson, 2007).

Ať už nakonec budeme mluvit o adherenci, komplianci nebo konkordanci, pacientovu motivaci považujeme za její esenciální složku.

3 Teorie motivace v oblasti zdraví

Existují desítky přístupů ke studiu motivace; některé se soustřeďují více na popis chování, některé na hledání příčin, jiné na praktickou aplikaci, některé na self a jiné na sociální kontext. Většinou se spíše vzájemně doplňují, než aby se vylučovaly, ale pokusy o jejich jednotnou konceptualizaci, integraci do jednoho modelu, nebo i jen o jejich zmapování, ukazují, že jde o nesmírně rozsáhlý hypotetický konstrukt, ve kterém se stále dají objevit neprobádaná místa.

Nebudeme zde zabírat prostor vymezováním pojmu motivace nebo představováním všech známých teorií a soustředíme se na ty, které mají podle dostupných zdrojů největší zastoupení ve výzkumu adherence.

Míra motivace závisí mimo jiné na shodě nebo rozdílu mezi pacientovými životními cíli a bezprostředními cíli rehabilitačního plánu. Pacient se tedy může jevit jako pasivní a neúčastný, pokud nenachází mezi těmito dvěma oblastmi spojitost. Může být tedy kupříkladu silně motivován k úzdravě nebo zlepšení funkčních schopností, ale zároveň ne k rehabilitaci (řekněme př. dechové gymnastice), protože cíle fyzioterapeutického plánu nevidí pro uzdravení jako důležité (Härkäpää, Järvikoski & Gould, 2014).

Nejčastějšími důvody, proč se lidé více nevěnují cvičení a pohybu obecně, jsou nízký zájem a nízký pocit kompetence. První důvod spočívá v tom, že o čas a energii vynakládané na pohybové aktivity soupeří v kontextu každého člověka také jiné, často upřednostňované aktivity – studijní, kariérní a rodinné povinnosti. Druhý důvod zahrnuje představu jedince, že není dostatečně fit, případně dostatečně šikovný či schopný k tomu, aby se věnoval pohybové činnosti, nebo k ní přímo existují překážky související s jeho zdravotním stavem (Teixeira, Carraça, Markland, Silva & Ryan, 2012).

3.1 Modely dodržování léčebných doporučení

Pokusy popsat celou situaci a souvislosti mezi faktory, které pacienty ovlivňují, vedly k vytvoření různých modelů chování. Klasický biomedicínský model uvádí přehled statisticky zjištěných vztahů mezi různými demografickými aspekty a dodržováním zdravotních příkazů. Ukazuje se, že např. ženy lépe dodržují předepsaný režim než muži, mladiství lékaře poslouchají méně než děti atd. (Křivohlavý, 2002).

Dalším známým modelem je model učení. Tento model vychází ze Skinnerova pojetí operantního učení.

Podstatnou charakteristikou zde je existence kladného či negativního důsledku toho, co pacient dělá. Když jsou důsledky (chápané v celé šíři) pro pacienta kladné, pacient bude podruhé

opět dělat to, co dělal. V této souvislosti se hovoří o posilování. (...) Jsou-li důsledky pacientovy činnosti pro pacienta negativní, mluvíme o neposilování, oslabování, ba až vyhasínání toho, co mělo být děláno (Křivohlavý, 2002, p. 53).

Kámen úrazu je zde v pojmu „důsledky v celé šíři“. Rady fyzioterapeuta totiž zpravidla vyžadují větší aktivitu, než rady lékařů – nestačí spolknout prášek, nebo vynechat návštěvu cukrárny. Například pro mobilizační cvičení je třeba: obléct si pohodlné oblečení, vyndat podložku na cvičení, lehnout si, přetáčet se na záda a na břicho, namáhat se, potit se... A důsledkem může být jen matné tušení, že díky současné námaze za tři měsíce pacienta opět „nechytnou“ záda. Aktivita vložená do pravidelného braní léků je nesrovnatelně menší, než do tělesného cvičení, a přitom ani zde není dodržování samozřejmé. Vnitřní incentivy, jako zlepšení zdravotního stavu, jsou většinou časově příliš vzdálené, navíc ne zcela průkazně spojené s léčebným zásahem. Větší váhu může mít využívání incentiv vnějších, např. pochval za prokazatelné dodržování terapeutického programu.

3.2 Behaviorální přístupy vztažené k fyzioterapii

Navážeme-li na dříve zmíněný model „chování – podnět – posílení“, je ve třetí fázi potřeba, aby měl terapeut informaci o pacientovu chování – zda a jak léčebná doporučení skutečně dodržuje. Pokud vyhodnotí, že pacient není dostatečně kompliantní, je na místě zasáhnout ve všech třech bodech modelu. Pokud samo provedení pohybu nebo cvičení způsobuje obtíže, je třeba ho nahradit jiným, lehčím nebo příjemnějším, postupovat pomaleji, nebo se vrátit v léčebném procesu o krok zpět. Jedná-li se o problém ohledně podnětů, tj. častosti a pravidelnosti cvičení, je třeba hledat podněty jiné. A pokud nejsou pokroky a jejich ocenění dostatečné, dá se pacientovi vysvětlit, že výsledky nemusejí být okamžitě viditelné, nebo se dají hledat vhodnější, více motivující alternativy. Zmíněný behaviorální přístup se poněkud liší u léčebných a preventivních opatření. Jak už bylo uvedeno, při léčbě budou většinou příznaky (zejména bolest) facilitovat pacientův aktivní

přístup, protože budou sloužit jako připomínky stavu a potřeby cvičení, zatímco úleva od příznaků bude sama odměnou. Při absenci symptomů u preventivních přístupů můžeme najít jiné zdroje odměňování – např. vizualizaci pokroků na grafu nebo mapě. Ta pacientovi pomůže uvědomit si, zapamatovat a ohodnotit vlastní pokroky a nabýt tak pocit možnosti kontroly nad svým zdravotním stavem (Sluijs & Knibbe, 1991).

Mc Lean, Burton, Bradley a Littlewood (2010) uvádějí ve svém přehledu výsledků kognitivně-behaviorálních motivačních programů různé výsledky s ohledem na složku léčby: jako efektivní se podle nich jeví pro docházení k fyzioterapeutovi, ale méně jasná je role pro celkovou krátkodobou adherenci. Naopak u dlouhodobé adherence se takové programy ukazují jako neefektivní.

Poslední skupinou modelů jsou modely kognitivní, které kladou větší důraz na to pacientovo chápání situace, jeho interpretaci, představy, postoje a přesvědčení. Jako příklad uvedme Bandurův model osobního přesvědčení o schopnosti zvládat situaci, resp. vnímané osobní účinnosti (self-efficacy). Platnost toho modelu byla mnohokrát potvrzena; pacienti, kteří byli osobně přesvědčeni, že jsou schopni úspěšně projít léčbou, měli větší úspěšnost než ti, kteří o své schopnosti tak přesvědčeni nebyli (Křivohlavý, 2002).

3.3 Seberegulační přístup ve fyzioterapii

Jelikož je obtížné dosáhnout dlouhodobé kompliance bez příslušně prodlouženého dohledu, Leventhalová a Cameronová (1987) vytvořily nový přístup – teorii seberegulace nebo sebekontroly, která integruje koncepty z jiných teorií, u kterých se prokázala účinnost (health belief model, self-efficacy, self-management a behaviorální přístupy). Podle seberegulační teorie jsou pacienti aktivní činitelé, kteří si volí cíle, určované jejich vnímáním onemocnění. Aby svých cílů dosáhli, vybírají si určité reakce nebo chování a zároveň vyhodnocují, jak jsou efektivní. Dle této teorie se tedy můžeme zaměřovat na tři základní oblasti: vnímání, resp. reprezentace onemocnění, jeho zvládnání, a vyhodnocování výsledků.

Abychom porozuměli různým chorobám nebo příznakům onemocnění, označujeme je více či méně vysvětlujícími nálepkami a diagnózami. Vnímání onemocnění pacientem je založeno jak na současných symptomech, tak na dřívějších zkušenostech s nemocemi a na osobním pohledu na koncept nemoci a zdraví – který má základ v sociálních a kulturních vlivech. Toto vnímání nemoci je pak velice individuální a značně se liší mezi jednotlivými pacienty. Pro poskytovatele zdravotní péče je důležité pochopit pacientovu reprezentaci nemoci a zdraví, neboť ta zásadně ovlivňuje, jak se bude s onemocněním vyrovnávat. Co budou pacienti dělat pro zvládnání nemoci závisí na jejich očekávání, preferencích a cílech, které jsou opět založeny zejména na jejich předchozích zkušenostech. Pokud do jejich schématu nazírání na léčbu nezapadá terapeutův plán a doporučení, je dlouhodobá compliance značně nepravděpodobná. Zvládnání nemoci závisí také na pacientově repertoáru chování a vnímané účinnosti – ta je zásadní pro fázi vyhodnocení. Podle sebe-regulační teorie je pacient schopen zhodnotit celou sekvenci fází reprezentace, zvládnání a výsledku. Podstatné je, že se vyhodnocení děje tak, aby zlepšilo pacientův pocit sebeúcty nebo účinnosti – neuspokojivý výsledek je tak interpretován ne jako selhání, ale jako způsob, jak odlišit efektivní chování či přístup od neefektivního. Pacient by se podle této teorie měl vidět jako experimentátor, jehož cílem je testovat účinnost určitých druhů chování. Paralelně s tímto kognitivním procesem však probíhá podobný proces i na emocionální úrovni.

Trostle (1988) upozorňuje, že používání termínu compliance je v kontextu sebe-regulační teorie nesprávné, neboť se pacienti nepodřizují žádným doporučením ošetřujících osob, ale hledají, objevují a volí si takové způsoby chování, které jim vyhovují. „Role poskytovatele [zdravotní péče, pozn. aut.] je podporovat a stimulovat pacienty, naučit je potřebným dovednostem a předávat znalosti jakožto expert, který umožňuje pacientům vybrat si jejich vlastní vhodná řešení“ (Stone, 1979).

Behaviorální a sebe-regulační model se liší v zásadním aspektu vztahu mezi pacientem a terapeutem. U behaviorálního přístupu je kladen důraz na vedení a spolupráci, zatímco u sebe-regulačního přístupu můžeme spíše mluvit o oboustranném zapojení –

dochází tedy k posunu od experta, který vede pacienta, k expertovi, který pacienta podporuje, respektuje jeho volby a také mu přenechává úspěchy (Sluijs & Knibbe, 1991).

3.4 Teorie protektivní motivace

Předposlední teorií, o které se zmíníme, bude teorie protektivní motivace (protection motivation theory), která si získala v této oblasti značnou pozornost. Vychází z práce Rogerse (1975), který zkoumal vliv strach vzbuzující výzvy (fear appeal) a jejího kognitivního zpracování na změnu chování. Protektivní motivace, tj. záměr člověka chovat se v souladu s ochranou zdraví, je podle něj závislá na třech faktorech – míře škodlivosti dané události, pravděpodobnosti, že nastane, a vnímané účinnosti protektivního chování. Po revizích se stala teorie protektivní motivace nejpoužívanějším modelem zdraví, kterým se testovaly kognitivní procesy působící při hodnocení ohrožujících událostí. To, zda se jedinec přikloní ke zdraví podporujícímu chování, je podle něj ovlivněno dvěma faktory: zhodnocením hrozby a zhodnocením jejího zvládnutí (Hewstone & Stroebe, 2006). Každý z nich ovlivňuje dvě proměnné – závažnost stavu a zranitelnost jedince spadají pod hodnocení hrozby, účinnost reakce a self-efficacy pak patří k hodnocení vyrovnávání se s výzvou, resp. nemocí (Bassett & Prapavessis, 2011).

Bassettová a Prapavessis (2011) publikovali zajímavou studii, ve které u fyzioterapeutických pacientů zkoumali vliv intervence založené právě na teorii protektivní motivace. Zhlédnutí edukačního videa vytvořeného na základě poznatků vyvozených z této teorie vedlo k ovlivnění přesvědčení pacientů ohledně závažnosti jejich onemocnění (výron kotníku), zranitelnosti a účinnosti reakce, nicméně nezměnilo jejich úmysl do jaké míry se zapojit do terapie, jak dodržovat rehabilitační plán, na self-efficacy a ani na funkčnosti hlezenního kloubu po skončení léčby. Můžeme tedy vyvozovat, že pouhá edukace ohledně onemocnění (přestože cíleně zaměřená na všechny čtyři podstatné proměnné - závažnost stavu, zranitelnost, účinnost reakce a self-efficacy) není dostatečnou intervencí, která by vedla k signifikantní změně chování.

3.5 Teorie sebe-determinace

Zřejmě nejrobustnějším a dnes také velmi často používaným výchozím rámcem v kontextu péče o zdraví a adherence je sebe-determinační teorie. Řada studií prokázala, že je vhodným východiskem pro studium předpokladů i výsledků motivace (Ng, Ntoumanis, Thøgersen-Ntoumani, Deci, Ryan, Duda & Williams, 2012).

Sebe-determinační teorie zdůrazňuje, že lidé mají přirozenou tendenci k osobnostnímu růstu. Přestože se – zejména kvůli sociálnímu kontextu – jeden od druhého lišíme v tom, do jaké míry tyto tendence projevujeme, jsou nám společné a vrozené. Empirické výzkumy identifikují tři potřeby, které jsou základem sebe-motivace a růstu: potřebu kompetence, autonomie a vztahování se k druhým (relatedness, někdy překládáno jako „příslušnost“; týká se tendence být přijímán svým okolím, vytvářet s ostatními bezpečné společenství a navazovat pozitivní vztahy). Záležitostí seberegulace je pak způsob, jakým si lidé osvojují sociální hodnoty a vnější motivátory a přetvářejí je do vnitřních hodnot a sebemotivace (Ryan & Deci, 2000).

Sebe-determinační teorie rozlišuje mezi dvěma typy motivace: autonomní a kontrolovanou. „Autonomní motivace se skládá z vnitřní (intrinsic) motivace a vnějších (extrinsic) typů motivace, u kterých se lidé identifikují hodnotami daného úkolu a, v ideálním případě, je integrují do svého vnímání self“ (Deci & Ryan, 2008, p. 182). Je-li chování motivováno autonomně, pociťují lidé vlastní vůli (chtění) ke svým aktivitám. Často bývají takové úkoly založeny na podpoře sebe sama v této činnosti. Naopak kontrolovaná motivace je Decim a Ryanem (2008, p. 182) popisována takto:

Kontrolovaná motivace obsahuje jednak externí regulaci, kde je chování jednatelce výsledkem externího vlivu odměny nebo trestu, jednak regulaci introjickovanou, kde je regulace jednání částečně internalizována a je poháněna faktory, jako jsou motivace pochvalou, vyhnutí se hanbě, závislost sebevědomí a zapojení ega.

V případě, že jsou lidé poháněni kontrolovanou motivací, jsou nuceni přemýšlet nebo chovat se konkrétním způsobem. Oba druhy motivace energizují a směřují chování;

v kontrastu k nim pak stojí amotivace. Amotivace se vyznačuje nedostatkem zájmu a samotné motivace.

Vnější, nebo extrinsická motivace je odvozena od vnějších zdrojů (lékaře, terapeuta, rodiny) a odkazuje k vykonání činnosti s výsledkem oddělitelným od chování. Naproti tomu vnitřní či intrinsická motivace vede k vykonání činnosti, která je příjemná, zajímavá nebo odměňující sama o sobě a odvozuje se od zdrojů vnitřních – potřeby autonomie a kompetence (Deci & Ryan, 1985). Ryan a Deci (2000, p. 69) popisují intrinsickou motivaci jako „prototypické vyjádření lidské tendence k učení a kreativité“. Právě intrinsická motivace se v mnoha výzkumech ukazuje jako důležitá pro adherenci u tělesných aktivit a cvičení (Ryan, Frederick, Lipes, Rubio & Sheldon, 1997; Thøgersen-Ntoumani & Ntoumanis, 2006).

Vnitřní motivaci se zabývá subteorie sebe-determinační teorie nazývaná „kognitivně evaluační teorie“. Zaměřuje se na zkoumání faktorů, které vysvětlují variabilitu ve vnitřní motivovanosti. Kognitivně evaluační teorie ukazuje, že sociální prostředí může usnadnit nebo naopak dopředu předejít vnitřní motivaci díky podpoře nebo zamezení vrozených lidských potřeb. K posílení vnitřní motivace nestačí pouze pocit kompetence. Jako klíčový prvek se pro intrinsickou motivaci jeví naplnění pocitu autonomie: jedinec musí vnímat, že o svém jednání sám rozhoduje a je kompetentní daný úkol splnit. Z pohledu atribuční teorie bychom mohli mluvit o vnitřně pociťovaném místě kontroly. Naopak při vnímání vnějšího místa kontroly, ovlivněného např. vnějšími odměnami, příkazy, hrozbami, vnučenými termíny nebo uloženými cíli se míra vnitřní motivovanosti snižuje (Ryan & Deci, 2000).

Podle sebe-determinační teorie může být i chování motivované z vnějšku do určité míry autonomní, resp. že se jednotlivé typy extrinsicky motivovaného chování liší mírou obsažené autonomie. Pro zkoumání dynamiky externí motivace vytvořili Ryan a Deci (2000) další subteorii – organismickou integrační teorii (překládáno též jako teorie zvnitřňování), která popisuje rozdílné formy vnější motivace a kontextové faktory, které podporují nebo naopak brzdí integraci regulace takového chování.

Jednotlivé druhy motivace se dají umístit na kontinuum podle míry motivace vycházející ze self, neboli sebedeterminace (viz Tabulka 1).

Míra zvnitřnění vnější regulace, tj. nakolik je vnější regulace vnímána jako součást vlastního já, určuje, do jaké míry bude činnost vnímána jako sebedeterminovaná či kontrolovaná. Na jedné straně takového kontinua stojí amotivace, stav postrádající záměr jednat. Amotivované jednání se projevuje buď nicneděláním, nebo prací bez záměru a vynaložením velmi malého úsilí. Amotivace pramení z nepřisuzování hodnoty dané aktivitě, pocitu nekompetentnosti k jejímu zvládnutí nebo z očekávání, že činnost nepřinese požadovaný výsledek. Na druhém konci sebedeterminačního kontinua je umístěna vnitřní motivace, která je vysoce autonomní a je typickým příkladem sebedeterminace. Mezi těmito dvěma póly je umístěna vnější motivace, která variuje podle míry, do jaké je regulace chování autonomní.

Tabulka 1: Sebe-determinační teorie a motivace, upraveno podle Deciho a Ryana (2008, p. 72).

Chování	Ne-sebe-determinované			Sebe-determinované		
Motivace	Amotivace	Extrinsická motivace			Intrinsická motivace	
Regulační styly	Žádná regulace	Externí regulace	Introjиковaná regulace	Identifikovaná regulace	Integrovaná regulace	Intrinsická regulace
Pocitované ohnisko příčinnosti	Neosobní	Externí	Spíše externí	Spíše interní	Interní	Interní
Příslušné regulační procesy	Bez kontroly, záměru	Vyhovění, vnější odměny a tresty	Sebekontrola, vnitřní odměny a tresty	Vědomé posouzení důležitosti pro sebe sama	Kongruence, uvědomění, syntéza se self	Zájem, požitek, vnitřní uspokojení

Zcela z vnějšku motivované chování, obsahující nejméně autonomní regulaci činnosti, je označováno jako externě regulované. Takový typ chování funguje na základě uspokojení vnějšího požadavku nebo v souvislosti s odměnou či trestem. Lidé většinou externě regulované chování pociťují jako kontrolující nebo odcizené (Ryan & Deci, 2000).

Jako introjиковanou regulaci označují Ryan a Deci (2000) chování řízené snahou vyhnout se pocitu viny nebo úzkosti, a také tendencí posílit ego, kterou představuje např.

hrdost. Introjekce je chápána jako přijetí regulace, která zároveň ale není pociťována jako vlastní.

Nahradí-li introjekci identifikace, dostáváme se k dalšímu typu externí regulace. Je zde opět větší množství autonomie; identifikace reflektuje vědomé cenění cílů jednání a jeho kontroly a aktivita je tak vnímána jako osobně důležitá (Ryan & Deci, 2000).

Za nejvíce autonomní formu regulace je považována integrovaná regulace. K integraci dochází tehdy, jsou-li identifikované regulace plně asimilovány do vlastního já. Integrované regulace se tak dostanou do kongruence s ostatními vlastními hodnotami a potřebami. Ačkoliv se toto jednání velmi podobá vnitřně motivovanému chování, je stále považováno za vnější, protože je vykonáváno za účelem dosažení výsledku, který je oddělen od potěšení z aktivity samotné. Někdy je jsou identifikační, integrační a vnitřní forma regulace spojovány pro vytvoření souboru autonomní motivace, kdy je pociťována volba nebo vlastní schválení činnosti (Ryan & Deci, 2000).

Výhody pojící se s vyšším stupněm internalizace jsou např. vyšší subjektivní pocit pohody, vyšší efektivita, houževnatost a asimilace do sociální skupiny. Jedním z faktorů pro internalizaci je potřeba vztahování se k druhým, kdy pobízení nebo oceňování chování ze strany okolí napomáhá procesu zvnitřnění. Dále je ovlivněna vnímaným pocitem vlastní účinnosti: úkoly jsou snadněji přijímány, pokud se lidé cítí dostatečně kompetentní k jejich vykonání. Hlubší integrace regulací je umožněna vnímáním možnosti volby, vůle a svobody od vnějších tlaků, tj. pociťováním autonomie vlastního jednání. Autonomie zde však není chápána ve smyslu naprosté nezávislosti na ostatních nebo dokonce sobectví; vyjadřuje více pocit svobodné vůle v jednání, které může být i více společenské či kolektivistické než individualistické (Ryan & Deci, 2000).

Mezi nejvíce vnitřně motivované pacienty patří atleti, pro které je zranění překážkou v obvyklém způsobu života a naplňování jejich vnitřních cílů. Pokud však tuto specifickou skupinu sportovní rehabilitace vynecháme, zbyde nám jen velmi malá část pacientů, kteří budou mít dostatek intrinsické motivace pro léčbu. Je zcela přirozené, že pro většinu z nich budou rehabilitační procedury a cvičení jen prostředkem k dosažení

požadovaného – odměňujícího – stavu: snížení bolesti, lepší možnosti pohybu, nebo vyšší nezávislosti na druhých. Nedostatek intrinsické motivace tedy podle nás znamená nutnost vytvořit terapeutický koncept, který bude víc než na biomechanickou nápravu stavu zaměřený na internalizaci motivů pro léčbu a v ideálním případě na požitky ze samotných léčebných procedur – ať už to bude díky zábavě, nebo využití touhy po zažívání pocitu vlastní účinnosti a kompetentnosti. Jednou z možností je gamifikace, jejíž využívání v posledních pěti letech raketově roste, i když zatím více v jiných oblastech než v rehabilitaci. Jde o zvyšování zájmu či angažovanosti prostřednictvím užívání herních principů a designů do neherních oblastí. Příkladem mohou být cvičební programy herní konzole Nintendo Wii nebo systémy využívající virtuální nebo rozšířenou realitu.

Bylo by nicméně chybou domnívat se, že jediné intrinsická motivace je řešením otázky nedostatečné účasti pacientů na léčbě. Některé studie totiž ukazují, že lepších výsledků mohou dosahovat lidé s identifikovanou motivací. Mullanová a Markland (1997) uvádějí, že spoléhání pouze na vnitřní motivaci povede s menší pravděpodobností k dlouhodobě udržovanému pohybovému režimu, neboť nebere dostatečně v úvahu nutnost jeho organizování a závazku. Z vnějšku posilovaná snaha, disciplína a identifikování se s výsledkem může – zejména u méně záživných a repetitivních aktivit – být důležitější než pouhé potěšení z dané aktivity (Edmunds, Ntoumanis & Duda, 2006).

Příbuzným, resp. propojeným konceptem k teorii sebe-determinace je teorie osobní příčinné orientace, které se budeme věnovat v další kapitole.

4 Osobní příčinná orientace

Velkou roli v postojích (nejen) k léčbě a v míře zapojování se do ní hraje přesvědčení člověka o tom, z čeho pramení jeho stav, z čeho pramení zlepšení a zhoršení jeho zdraví, a čím jsou způsobeny vůbec všechny události, které se dějí. Mám jako jedinec možnost něco ovlivnit? Do jaké míry? Nebo jsem jen loutkou ve vleku vyšších sil, ať už náhodných, nebo předem určených? Těmito přesvědčeními se z různých úhlů zabývají například teorie atribuce, teorie místa (lokalizace) kontroly, nebo teorie příčinné orientace. Posledně jmenovaná pak přímo vychází z výše popsané sebe-determinační teorie a je jednou z jejích šesti součástí či sub-teorií (Deci & Ryan, 1985b).

Příčinná orientace označuje osobnostní dispozici přisuzovat událostem určité příčiny, resp. typ původce. Vyplyvá ze zkušenosti s rozličnými příčinami a důsledky a je vlastně generalizací řady atribucí. Podle převažujícího směru této dispozice můžeme rozlišit tři typy orientace: vnitřní, vnější a neosobní. Deci a Ryan (1985b) zavedli upravenou terminologii; argumentují, že vzhledem k širokému používání výrazů „vnitřní“ a „vnější“ může být takové označování matoucí. Kromě toho existují vnitřní pohnutky (např. „musím to udělat, abych ukázal, že za něco stojím“), které přitom slouží spíše jako vnější kontrolující podněty, a přestože tedy vycházejí „zevnitř“, nespádají do kategorie vnitřní příčinné orientace. Proto používají termíny „autonomní“ a „kontrolující“ (ovládaná, ovládající) orientace. V překladech však zůstáváme při u nás zavedeném názvosloví.

- a) Vnitřní příčinná orientace: člověk zažívá velkou možnost či volnost volby svého chování, vidí ho jako málo závislé na vnějších požadavcích, častěji se vystavuje situacím, kde může přebírat iniciativu, soustředí se více na vlastní zájmy a cíle, než na vnější incentivy; odpovědnost za stav věcí nebo danou událost přisuzuje sobě – na jeho rozhodnutí a chování je závislý výsledek, svými činy ovlivňuje svůj život i své okolí, považuje se za jakéhosi základního hybatele svého života.

- b) Vnější příčinná orientace: v tomto případě se člověk orientuje zejména podle jiných řídicích činitelů, než je jeho autonomní volba – ať už jsou tyto činitele vnitřní nebo vnější; řídí se de facto hlavně nejrůznějšími tlaky, jako mohou být očekávání nebo hrozby, což však nemusí vždy znamenat, že se jim podřizuje – naopak se tato tendence může projevit jako přesně opačné chování, než jaké je na první pohled požadováno: člověk je tedy ovládán tím, jak se vymezuje proti ovládajícímu činiteli; určujícím hybatelem událostí jsou tedy druzí lidé a vnější svět obecně – okolí rozhoduje o tom, co jedinec může a nemůže, čemu se podřídí nebo vůči čemu se vymeze, do jaké míry uspěje a v jakých hranicích se vůbec může pohybovat.
- c) Neosobní příčinná orientace: lidé s touto orientací vnímají své jednání jako ovlivňované faktory, nad kterými téměř nemají kontrolu, častěji nevěří, že by byli schopni chovat se tak, aby to vedlo k požadovanému výsledku; věci se prostě dějí a nejsou ve skutečnosti závislé na tom, co jedinec ani jeho okolí dělají – ať děláme, co děláme, naše přičinění na běhu světa nic nezmění a za důsledky není nikdo odpovědný, záleží hlavně na štěstí nebo osudu; lidé s touto převažující orientací budou častěji vykazovat známky úzkosti, deprese a demotivace (Deci & Ryan, 1985b; Soenens, Berzonsky, Vansteenkiste, Beyers & Goossens, 2005).

Jednou získaný náhled na to, proč se věci dějí právě tak, jak se dějí, má tendenci se dále potvrzovat a upevňovat v typické smyčce konfirmačního zkreslení. Všechny nové události, které se stanou, jsou viděny a vykládány v prizmatu převládající příčinné orientace a tak potvrzují její správnost; případné informace, které by danému výkladu odporovaly, jsou přehlíženy nebo bagatelizovány. Zároveň toto přesvědčení silně ovlivňuje všechny další činy daného člověka: je-li přesvědčen, že kontroluje výsledek všeho, co se děje, bude věnovat více úsilí tomu, aby požadovaného výsledku dosáhl; pokud naopak věří, že žádným způsobem nemůže běh světa ovlivnit, bude mít o to méně důvodů se o

jakýkoliv zásah pokoušet a výsledek mu znovu dá zapravdu: věci se stanou bez jeho přičinění.

Převládající příčinná orientace se v adhezenci k léčbě může projevit různými způsoby. Například výsledky léčby budou pacienti s převládající vnitřní příčinnou orientací připisovat do větší míry svému chování, které také budou průběžně upravovat. Naproti tomu pacienti se silnější vnější příčinnou orientací budou výsledky připisovat spíše terapeutům a jimi zvolenému přístupu; také jejich chování bude více motivováno tím, co od nich očekává terapeut nebo jak společensky žádoucí jejich rehabilitace je, než vnitřním přesvědčením o potřebě zdravého fungování.

U nás se osobní příčinné orientaci věnoval Balcar (1996), který publikoval původní nástroj k jejímu zjišťování – „Dotazník osobní příčinné orientace“. Ten vychází z rozšířeného pojetí místa kontroly – locus of control, někdy překládané také jako lokalizace kontroly – původně zavedeného Rotterem (1966). Zatímco Rotter uvažuje jen vnitřní a vnější lokalizaci kontroly, pozdější výzkumy ukázaly potřebu rozdělit druhou zmíněnou lokalizaci ještě dále, podle vlivů pramenících z vůle druhých lidí (kterou by mohl jedinec případně zkusit ovlivnit) a vlivů na lidské vůli zcela nezávislých. Takové trojdimezionální pojetí používá např. Levensonová (1981), nebo Wallstonovi a DeVellis (1978), kteří terminologicky uvádějí kontrolu vnitřní, mocných druhých lidí (powerful others) a náhody.

Vnímáme rozdíl v pojetí těchto jednotlivých orientací podle Balcara a podle Ryana a Deciho, což souvisí s odlišností konceptu původní lokalizace kontroly a sebe-determinační teorie. Na tento rozdíl upozorňují např. Koestner a Zuckerman (1994). Zatímco locus of control se zaměřuje na přisuzování příčin výsledkům jednání, tedy je blíž otázce „proč se co děje“, kauzální orientace se podle našeho chápání Ryana a Deciho soustřeďuje více na pocit jedince, do jaké míry je jeho chování v životních situacích ovlivňováno jimi samotnými, tedy by se blížila víc otázce „jak moc (ne)můžu ovlivnit, co se děje“. Kromě pocitu kontroly se zde tedy projevuje i pocit nebo víra ve vlastní kompetentnost. Balcarova příčinná orientace navazuje na Levensonovou, resp. Rottera, je

pak zákonitě významově poněkud odlišná od pojetí spojeného s teorií sebe-determinace. I samotné termíny místa kontroly a příčinné orientace se však nezřídka zaměňují.

5 Implikace pro praxi

Podle sebe-regulační teorie můžeme léčebný proces ovlivnit ve třech fázích – reprezentaci, zvládání a vyhodnocování. Abychom mohli léčbu přizpůsobit pacientovu referenčnímu rámci, je třeba nejprve pacientovo chápání zkoumat a objevovat. Můžeme narazit na to, že se jeho představy o zdraví a nemoci rozcházejí s vědeckými poznatky, a je pak namístě tyto představy vyvracet a opravovat; např. když pacient tvrdí, že má nemocnou páteř, protože při určitém pohybu slyší křupání, dá se mu vysvětlit, z čeho takové zvuky vycházejí a že nepředstavují pro páteř ani jiné klouby žádné nebezpečí. Změnit něčí pohled na věc bývá samozřejmě často obtížné a možné jen za cenu dlouhého a přesvědčivého vysvětlování.

Fyzioterapeut by měl věnovat pozornost tomu, jak a proč pacient vyjadřuje pochyby, nesouhlas nebo úzkost a měl by být schopen mu i v těchto věcech naslouchat. V oblasti zvládání nebo vyrovnávání se s nemocí se můžeme pacienta zeptat, co všechno obvykle sám používá jako úlevu od bolesti nebo jiných příznaků – jaké pohyby nebo intervence má ve svém „repertoáru“. Těmito intervencím pak přizpůsobí své instrukce a rehabilitační plán, což přispěje k lepší adherenci, neboť nový plán organicky navazuje na pacientovy předchozí zkušenosti.

Pokud tedy například pacient používá ke zmírnění bolesti horký obklad nebo sprchování horkou vodou, může terapeut navrhnout využití této procedury před cvičením, což ulehčí provádění a napomůže výkonu. Dalším doporučením je naučit pacienta zobecnit žádoucí chování – jednak mu poskytneme informace o jeho konkrétním problému a jeho zvládání, jednak mu můžeme osvětlit, jaké mechanismy za tímto problémem a jeho řešením stojí, a tak mu umožníme objevovat další způsoby chování, které podobného mechanismu využívají a které budou možná vhodné právě pro něj. Tedy, učíme-li pacienta tak obvyklou věc jako správné zvedání předmětů ze země, nejde jen o to, naučit ho postup,

ale také ukázat mu, proč je důležité držet pevná záda a držet zvedaný předmět co nejbližší u těla. To pacientům umožní aplikovat podobný postup v mnohem větším spektru situací, usnadní včlenění nového pohybového vzorce do běžných denních činností a navíc zlepší jeho sebe-vnímání jako kompetentního a efektivního člověka v oblasti péče o vlastní zdraví, což je také cílem fáze třetí, vyhodnocovací. Na této úrovni je úkolem fyzioterapeuta naučit pacienta průběžně interpretovat či vyhodnocovat výsledky léčby ve vztahu k předchozím intervencím. Negativní výsledky znamenají nevhodnost určitého použitého zásahu a potřebu nalezení alternativ, ale zapadají do schématu objevování fungujícího a nejsou brány jako neúspěch (Sluijs & Knibbe, 1991).

Tato teorie může znít však příliš idealisticky nejen fyzioterapeutům, ale i jejich pacientům. Od zdravotnického personálu obvykle očekáváme expertní radu a od pacientů podřízený a poslušný. Změna zavedeného rámce, jakkoliv na teoretické rovině probíhá už desetiletí, naráží v praxi na zažitá očekávání a v neposlední řadě také na časovou dotaci na terapii. Znovu je také třeba připomenout zásadní rozdíly mezi fyzioterapeutickými zásahy zaměřenými na úlevu a na prevenci.

V uvažování o akutním onemocnění hraje přítomnost příznaků, krátkodobá povaha nemoci a možnost vyléčení její původní příčiny důležitou roli. Tyto tři aspekty reprezentace nemoci jsou silně svázány s léčebnými zásahy, ale opačně svázány se zásahy preventivními. Aby byla účinná preventivní léčba, musí se věnovat pozornost změně z uvažování o akutním onemocnění na uvažování ve smyslu udržení zdraví nebo vyvarování se rizik. Musí být tedy nalézány jiné cíle, např. stát se sportovcem, cítit se zdravě a fit, vypadat pružně a silně, být nezávislý a schopný zvládat život. Osobní hodnota takových cílů může pacienta motivovat k jejich naplňování. Zároveň se tímto odkazujeme na elementární změnu od medicínského modelu – kde je kritériem zdraví absence nemoci – k modelu zdraví, kde hlavním cílem schopnost člověka udržet vlastní zdraví na přijatelné úrovni (Leventhal & Cameron, 1987).

Tabulka 2: Závěry pro praxi (Sluijs & Knibbe, 1991)

Krátkodobá compliance	
1. Podněty	společně s pacientem přizpůsobit cvičení či úkoly pacientovu dennímu fungování a nalézt podněty, které mohou sloužit jako upomínky ke cvičení
2. Odměny	zaměřit pacientovu pozornost na uspokojující efekty, jako úleva od bolesti a pokrok a odměnit jeho snahu pozitivní zpětnou vazbou
3. Ohodnocení	sledovat průběžně pacientovu complianci v atmosféře otevřenosti k řešení problémů nebo nalézání nových podnětů, pokud je třeba
Dlouhodobá compliance	
1. Pacientova reprezentace	prozkoumat pacientovy představy o zdraví a nemoci a korigovat je, je-li třeba
2. Zvládání	analyzovat pacientovy dosavadní způsoby zvládání nemoci a pokud možno je využít; vysvětlit principy, na kterých spočívá požadované chování a naučit pacienta tyto principy generalizovat; motivovat pacienta, aby objevoval chování přiměřené vlastním preferencím a životnímu stylu
3. Zhodnocení	naučit pacienta hodnotit výsledky; pokusit se zvýšit pacientův pocit kompetentnosti a účinnosti tím, že budeme výsledky interpretovat pozitivním způsobem
4. Emoce	věnovat velkou pozornost pocitům a emocím, které s sebou zvládání nemoci nese
5. Rozložit terapie (návštěvy) do relativně dlouhé doby, aby měl pacient možnost usměrňovat a vyhodnocovat své způsoby zvládání sám	

Ve svých doporučeních pro praxi se Sluijs a Knibbe (1991) soustředili na dva aspekty: jednak extrahovat z teoretických konceptů ty nejjednodušší a nejefektivnější rady, jednak volit doporučení taková, která vyžadují pokud možno minimální úsilí. Nejprve by se měl fyzioterapeut rozhodnout, jestli je jeho, resp. pacientův cíl krátkodobý nebo dlouhodobý a následně vytvořit plán a strategii toho, jak dosáhnout pacientovy compliance. Intervence bez předešlého plánování považují za předurčené k neúspěchu.

Dosud neobydleným, dokonce neprozkoumaným, územím je ve fyzioterapii oblast sociálních médií. Někteří autoři vyzývají k jejich integraci do zdravotního systému a využití pro zlepšení motivace pacientů, ale zůstávají ve fázi úvah a odhadování budoucích přínosů pro praxi (Knight, Werstine, Rasmussen-Pennington, Fitzsimmons & Petrella, 2015).

Zjištění o důležitosti intrinsické motivace posiluje teorii, že by se měl pacient aktivně podílet na vytváření rehabilitačního plánu a najít si sám takové aktivity, které ho budou bavit a kterým se bude věnovat ne proto, že mu pomůžou snížit váhu nebo ho ochrání před návratem bolestivého stavu, ale proto že v nich samotných najde potěšení. Motivace vztažená k tělesnému stavu nebo abstraktním pojmům jako fitness a well-being není obvykle dostatečná k udržení pohybového režimu (Ryan, Frederick, Lipes, Rubio & Sheldon, 1997).

Empirická část

1 Obecné cíle výzkumu

Cílem našeho výzkumu je prozkoumat, zda existuje vztah mezi převládající osobní příčinnou orientací a adherencí v ambulantní fyzioterapii. Budeme zjišťovat, zda se tento vztah případně liší u chronických pacientů, a dále jestli můžeme na základě zjištěné osobní příčinné orientace usuzovat na přeceňování či podceňování v sebehodnocení pacientů.

Doufáme, že by výsledky našeho zkoumání mohly přispět k lepšímu pochopení problematiky adherence a jejího vztahu k osobnostním charakteristikám a možná také k tvorbě efektivnějších intervenčních metod, resp. koncepce přístupu ve fyzioterapii, který by posiloval tu příčinnou orientaci, jež se ukáže jako lépe podporující adherenci.

2 Výzkumné otázky a hypotézy

Na základě poznatků prezentovaných v teoretické části a cílů našeho výzkumu jsme formulovali čtyři výzkumné otázky, ze kterých odvozujeme čtyři (nulové), resp. deset (alternativních) hypotéz.

2.1 VO₁: Jak se u pacientů liší adherence podle převládající osobní příčinné orientace?

H₁₀ Adherence nemá souvislost s převládající osobní příčinnou orientací.

H_{1A} Existuje vztah mezi adherencí a vnitřní příčinnou orientací.

H_{1B} Existuje vztah mezi adherencí a vnější příčinnou orientací.

H_{1C} Existuje vztah mezi adherencí a neosobní příčinnou orientací.

2.2 VO₂: Jak se liší adherence u skupiny chronicky nemocných a ostatních?

H₂₀ Adherence u chronicky nemocných se neliší od ostatních.

H₂₁ Adherence u chronicky nemocných se liší od ostatních.

2.3 VO₃: Převládá ve skupině chronicky nemocných jiná osobní příčinná orientace než u ostatních?

H₃₀ Osobní příčinná orientace u chronicky nemocných se neliší od ostatních.

H_{3A} Míra vnitřní příčinné orientace u chronicky nemocných se liší od ostatních.

H_{3B} Míra vnější příčinné orientace u chronicky nemocných se liší od ostatních.

H_{3C} Míra neosobní příčinné orientace u chronicky nemocných se liší od ostatních

2.4 VO₄: Je nesoulad v hodnocení sebou samým a terapeutem rozdílný podle převažující osobní příčinné orientace pacientů?

H₄₀ Rozdílné hodnocení adherence pacientem a terapeutem nemá souvislost s osobní příčinnou orientací.

H_{4A} Rozdílné hodnocení adherence pacientem a terapeutem má souvislost IO.

H_{4B} Rozdílné hodnocení adherence pacientem a terapeutem má souvislost EO.

H_{4C} Rozdílné hodnocení adherence pacientem a terapeutem má souvislost MO.

3 Metoda výzkumu

3.1 Sběr dat

Data byla sbírána na přelomu listopadu a prosince 2016. Sběr probíhal kvůli designu výzkumu (potřeba zaznamenání spárovaných výsledků jak od pacientů, tak od fyzioterapeutů) výhradně papírovou formou. Pro zlepšení reprezentativnosti výběru jsme

zvolili několik menších vzorků z různých pracovišť – ta byla nicméně kontaktována na základě dostupnosti. Jednalo se o tyto ordinace a centra:

- Centrum léčby pohybového aparátu, Praha 9
- Klinika komplexní rehabilitace Monada, s.r.o.
- Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze
- NZZ Rehafit, o.p.s.
- Rehabilitace ruky a fyzioterapie – Mgr. Kukačková
- Rehabilitace a rekondice – GeRI, s.r.o.

Formulář (Příloha 1) obsahoval stručnou anamnestickou část, standardizovaný dotazník osobní příčinné orientace (DOPO) a tři složky škály pro hodnocení adherence pacientem a fyzioterapeutem. Dotazníky byly respondentům předány fyzioterapeutem k vyplnění zpravidla v čekárně nebo doma s prosbou o vrácení do ordinace. Po obdržení vyplněného dotazníku vyplnil fyzioterapeut své hodnocení u tří škál. Návratnost dotazníku nemohla být ověřena, neboť fyzioterapeuté neměli přehled o vydaných dotaznících a na některých pracovištích si sami dělali dotisky z vyžádaných podkladů. Vrátilo se nám 88 dotazníků, z nichž 19 bylo vyřazeno na základě nesprávného vyplnění – tj. většinou chybějících údajů v některé položce, nebo nesprávného bodového součtu u položky.

3.2 Charakteristika souboru

Soubor je tvořen 69 pacienty v období ambulantní fyzioterapeutické léčby, která probíhá nejčastěji 2-3x týdně. Ženy tvoří 59 % vzorku ($n = 41$) a muži 41 % vzorku ($n = 28$). V tomto ohledu můžeme považovat soubor za relativně vyrovnaný.

Věk pacientů se pohyboval od 18 do 67 let (u mužů pak 21-63 let). Nejsilněji byla zastoupena věková kategorie 26-35 let, a to 24 pacienty, nejméně respondentů, 9, bylo ve věkové kategorii 46-55 let. Věkové rozložení je možno vyčíst z následujícího grafu:

Graf 1: Věkové rozložení vzorku (n = 69)



Detailnější informace o charakteristikách věku je možno najít v Tabulkách 3 a 4.

Tabulky 3, 4: Popis souboru pacientů

Věk		Věková kategorie	Četnost	Procentuální četnost	Kumulativní četnost
Minimum	18	18-25	10	14,5	14,5
Maximum	67	26-35	24	34,8	49,3
Průměr	38,49	36-45	15	21,7	71
Medián	36	46-55	9	13	84,1
SD	13,24	55-67	11	15,9	100
N	69	Celkem	69	100	

Nejčastějším důvodem léčby u fyzioterapeuta byl vertebrogenní algický syndrom (VAS). Ten je i podle Koláře (2009) jedním z nejčastějších důvodů návštěvy lékaře a zároveň jednou z nejčastějších příčin pracovní neschopnosti. Hlavním důvodem vysoké incidence je skutečnost, že bolest zad má řadu příčin. Mezi nejdůležitější patří:

- poranění muskuloligamentózního aparátu;
- protruze a výhřez meziobratlové ploténky;
- degenerativní změny v meziobratlových ploténkách a intervertebrálních kloubech;
- spinální stenóza;
- komprese nervu v kořenovém kanále při kostěné apozici nebo kalcifikaci ligamenta;

- spinální nebo paraspinální infekce;
- anatomické anomálie (spondylolistéza apod.)
- systémová onemocnění.

U velkého množství pacientů však není možné ani moderními zobrazovacími metodami zjistit žádné morfologické nálezy. Dochází zde k velmi složitým funkčním změnám, které nejsme schopni postihnout, a zásadní roli zde hrají také psychické faktory.

V našem souboru tvořil vertebrogenní algický syndrom 34,8 % indikací k léčbě (24 případů); u některých pacientů to však nebyl jediný důvod rehabilitace – ve dvou případech byly dalším důvodem gynekologické obtíže a v jednom artróza. U čtyř pacientů měly bolesti zad souvislost s výhřezem meziobratlové ploténky. Další významnější skupinu tvořili pacienti po úrazu, kterých bylo 17,4 %, tj. 12 případů. Neurologické indikace se skládaly především z částečných nebo úplných ztrát hybnosti končetin, stavů po cévní mozkové příhodě nebo DMO; dohromady znovu 12 pacientů. Dalšími indikacemi byly pooperační stavy (např. po plastice předního zkříženého vazů, jizvy po abdominálních operacích), bolesti kloubů, svalových úponů a hlavy – kompletní přehled podává Tabulka 5.

Pro potřeby našeho výzkumu jsme pacienty podle indikací rozdělili do dvou skupin – na ty s chronickými obtížemi a na ostatní, jejichž obtíže se dají označit – alespoň předpokládaně – jako přechodné. Téměř dvě třetiny pacientů, totiž 44, spadá do kategorie s chronickými obtížemi, 25 pak do kategorie ostatních.

Tabulka 5: Četnost indikací k léčbě

VAS	24
úrazy	12
parézy a plegie	7
pooperační stavy	6
bolesti kloubů	4
tendinopatie	4
DMO	3
CB syndrom	2
CMP	2
amputace	1
artróza	1
bolesti hlavy	1
cervikalgie	1
vadné držení těla	1
celkem	69

3.3 Použité metody

Při sběru dat byla použita jedna metoda standardizovaná a jeden dotazník vlastní konstrukce. Dotazník osobní příčinné orientace byl doplněn stručnou škálou adherence. Cílem bylo dosáhnout pokud možno co nejvyšší návratnosti, což v obvyklém rehabilitačním provozu (standardní doba terapie hrazené pojišťovnou je 30 minut) znamená zejména nevyžadovat po pacientech a terapeutech příliš mnoho času na vysvětlování a vyplňování, a námi zkompletovaný dotazník musel být tedy pokud možno stručný.

3.3.1 Dotazník osobní příčinné orientace – DOPO

Metoda zkoumá osobní styl vnímání příčin různých životních událostí a okolností – zda jejich vznik přičítají spíše sobě, vlastním rozhodnutím a svému chování, nebo druhým lidem, nebo vlivům neosobním, mimo lidskou vůli. Jak bylo zmíněno v teoretické části práce, navazuje na práce rozšiřující původní dvoudimenzionální Rotterovo pojetí Locus of Control. Dotazník obsahuje 24 položek, které se pozitivní a negativní formou ptají na 12 významných životních okolností, jako např. „vážné onemocnění“ (sesterskou položkou pak je „pevné zdraví“). Volba těchto okolností vychází z typologie obecných životních hodnot

Logo-test (Balcar, 1996). Respondent má za úkol v každé položce rozdělit tři body do tří oblastí, podle toho, ve které z nich spatřuje větší či menší míru příčinu dané okolnosti: tedy že buď má rozhodující vliv člověk sám, nebo někdo jiný, nebo jsou rozhodující příčiny mimo lidskou vůli, jako náhoda, osud apod. Vyplnění dotazníku trvá obvykle kolem 15 minut. Výsledkem jsou tři skóry na každé ze stupnic – příčinná orientace vnitřní (IO), orientace vnější (EO) a orientace neosobní (MO), které se dají podrobněji analyzovat také v souhrnu pozitivně či negativně vyjádřených okolností (PIO, NIO, PEO atd.).

Originální instrukce k dotazníku jsou poměrně obsáhlé a sám autor uvádí, že je možné si vystačit („podle chápavosti testovaných osob“) s pokyny mnohem stručněji (Balcar, 1996). Proto jsme pokyny upravili tak, že na prvním místě viděl respondent jejich stručnou verzi, a až pak následovalo plné znění, pokud by mu instrukce z kratší verze nepřípadaly dostatečně jasné.

3.3.2 Dotazník adherence

Dotazník měl za cíl jednak sebrat základní anamnestická/demografická data, jednak ohodnotit adherenci pacienta v terapii.

V první části je pacient dotazován na věk, pohlaví a důvod léčby. V části druhé, zařazené na konec celého dotazníku (za DOPO) měli pacienti za úkol vyjádřit na škále od 0 do 10, jak se dle vlastního mínění účastní rehabilitace. Konstrukce této části vycházela z definice adherence, jak ji uvádějí Duda, Smart a Tappe (1989). Má tedy tři složky, kterými jsou účast na předepsaných sezeních (terapiích), stupeň splnění předepsaného cvičebního protokolu a míra intenzity nebo snahy vynaložené při jeho splnění. Pro získání spolehlivějších údajů, méně zkreslených subjektivitou pacienta, jsme použili jednak pomocného popisu škály, jednak druhého hodnocení – pacientovým fyzioterapeutem.

Pomocný popis škály „účast na terapii“ pak kupříkladu vypadal následovně:

- 10 – chodím bez výjimky na všechny terapie;
- 1-9 – někdy se mi to nehodí a terapii vynechám;
- 0 – na terapie nikdy nechodím.

Terapeut hodnotil pacientovu spolupráci na stejných škálách a zapisoval body vedle pacientových. Jako celkové skóre adherence jsme pak vzali průměr hodnocení pacienta a terapeuta v součtu všech tří položek.

3.4 Zpracování dat

Získaná data byla zpracována pomocí statistických metod. Před samotnou analýzou byla data zanesena k tabulkovému zpracování a úpravám do programu Microsoft Excel, samotná analýza pak probíhala v desktopové verzi programu RStudio. Na úvod byla využita deskriptivní statistika pro popis zkoumaného vzorku – zejména údaje o četnostech, procentech a krajních hodnotách. V rámci deskriptivní statistiky jsme využili také testy normality pro zjišťování distribuce hodnot jednotlivých proměnných.

Hrubé skóry dotazníku DOPO jsme převedli na steny pomocí převodní tabulky, která byla vytvořena na základě jeho standardizace na studentech UK v roce 1996. Pro zjišťování vztahu mezi proměnnými jsme používali Pearsonův koeficient korelace, u normálně rozložených proměnných t-test, u nenormálního rozložení pak neparametrické metody – Mann-Whitney U test.

4 Výsledky

4.1 Deskriptivní statistika

Základní přehled dat poskytují Tabulky 6 a 7. U výstupů z dotazníku osobní příčinné orientace je zřejmé, že středové hodnoty našeho souboru jsou blízko těm, které byly použity autorem DOPO k vypracování norem. U pacientů pozorujeme převládající vnitřní osobní orientaci ($x = 46,89$), následuje osobní orientace vnější ($x = 15,93$) a nejmenší zastoupení má orientace neosobní ($x = 9,18$). Oproti souboru z norem je u našich pacientů vyšší vnitřní a vnější osobní orientace, a tedy, jelikož se škály kvůli rozdělování omezeného počtu bodů vzájemně ovlivňují, nižší neosobní příčinná orientace.

Tabulka 6: Deskriptivní statistika DOPO

Stupnice	IO (HS)	EO (HS)	MO (HS)	IO (STEN)	EO (STEN)	MO (STEN)
Průměr	46,89	15,93	9,18	5,7	6,16	4,62
Medián	46	15	8,5	5	6	4
Min	24	0	0	1	1	1
Max	72	34,5	24	10	10	10
SD	9,31	6,77	5,92	2,38	2,52	2,20

V dotazníku adherence bylo skórováno obecně spíše vysoko, zejména ve škále „Účast na terapii“, což je vzhledem ke způsobu výběru vzorku pochopitelné. Rozdíly mezi hodnocením pacienta a terapeuta uvádíme v absolutní hodnotě. Z celkového počtu 69 dotazníků vykazovalo 13 nižší hodnocení pacientem než terapeutem, ve 13 případech se celkové hodnocení shodovalo a ve 43 případech se hodnotil pacient výše, než jak ho posuzoval terapeut.

Tabulka 7: Deskriptivní statistika škál adherence

Stupnice	Adherence - pacient	Adherence - terapeut	Adherence - celková	Adherence - rozdíl
Průměr	25,19	22,91	48,10	3,23
Medián	25	24	50	2
Min	9	13	25	0
Max	30	30	60	12
SD	4,08	3,68	6,89	2,75

Při rozdělení souboru na skupinu chronických pacientů a ostatních dostáváme tato data:

Tabulka 8: Deskriptivní statistika souboru chronických pacientů a ostatních

Skupina	Chroničtí				Ostatní			
	IO	EO	MO	Adh	IO	EO	MO	Adh
Průměr	5,61	6,11	4,75	48,45	5,48	6,12	4,4	47,48
Medián	6	6	4	50	5	6	4	51
Min	1	1	1	31	2	1	1	25
Max	10	10	10	56	10	10	10	60
SD	2,44	2,63	1,93	5,66	2,31	2,39	2,63	8,74

4.2 Souvislost osobní příčinné orientace a adherence

V první výzkumné otázce hledáme odpověď na to, zda se preference té či oné příčinné orientace projeví na míře adherence. Zejména předpokládáme, že vyšší skóre u neosobní orientace by mohl vést k menšímu zapojení do terapie. Více nás pak zajímá, zda se některá ze zbylých škál projeví naopak jako související s vyšší adherencí.

Pro analýzu souvislostí mezi dotazníkem DOPO a škálou adherence jsme použili jednoduchý Pearsonův korelační koeficient. Korelace byly velmi nízké (nejvyšší $r = 0,24$ pro neosobní orientaci) a statisticky nevýznamné. Přijímáme tedy nulovou hypotézu, že adherence nemá souvislost s převládající osobní příčinnou orientací pacienta.

Tabulka 9: Korelace mezi adherencí a stupnicemi DOPO

	r	hladina významnosti
IO	0,13	0,29
EO	-0,2	0,09
MO	0,24	0,05

4.3 Rozdíl mezi adherencí u chronických a přechodných obtíží

Ve výzkumné otázce druhé se ptáme na to, zda mají různé skupiny pacientů rozdílnou adherenci. Na základě zjištění uvedených v teoretické části předpokládáme, že pacienti s přechodnými obtížemi budou na svůj zdravotní stav více reagovat, tedy budou více motivováni k jeho nápravě a to se projeví vyšší adherencí.

Nejprve jsme potřebovali zjistit, zda mají soubory chronických a ostatních pacientů normální rozložení, abychom mohli rozhodnout, jestli je vhodnější používat parametrické nebo neparametrické metody statistiky. Použili jsme Shapirův-Wilkův test, kde p-hodnota vyšší než 0,05 vede k nezamítnutí normality.

Tabulka 10: Výsledky testu normality u souboru chronických pacientů a ostatních pro škálu adherence

	W	hladina významnosti
chroničtí	0,93108	0,01139
ostatní	0,84277	0,001288

Výsledek ukazuje, že oba výběry mají nenormální rozložení. Proto pro jejich porovnání používáme Mann-Whitneyho test. Ten ukázal podobnost obou výběrů na hladině významnosti $p = 0,8904$, musíme tedy přijmout nulovou hypotézu, že adherence u chronicky nemocných pacientů se neliší od adherence u ostatních.

Tabulka 11: Výsledky Mann-Whitneyho testu

	W	hladina významnosti
adherence	538,5	0,8904

4.4 Souvislost chronicity onemocnění a převládající osobní příčinné orientace

Třetí výzkumná otázka se zabývá tím, zda chronicita onemocnění nějak souvisí s příčinnou orientací. Nelze důvodně předpokládat, že by taková orientace mohla mít vliv na chroničnost onemocnění; spíše naopak je možné, že dlouhodobější zdravotní obtíže povedou k určité formě „naučené bezmocnosti“, což bychom mohli zachytit jako zvýšený skór ve stupnici neosobní příčinné orientace, resp. snížení skóru u orientace vnitřní.

Opět nejprve pomocí Shapirova-Wilkova ověříme, zda mají jednotlivé stupnice DOPO u obou výběrů normální rozložení.

Tabulka 12: Výsledky testu normality u souboru chronických pacientů a ostatních pro jednotlivé stupnice DOPO

	stupnice DOPO	r	hladina významnosti
chroničtí	IO	0,95302	0,07132
	EO	0,92564	0,007384
	MO	0,95592	0,09155
ostatní	IO	0,91474	0,03893
	EO	0,92458	0,0652
	MO	0,91988	0,05092

Normalitu nezamítáme pro stupnici neosobní příčinné orientace, kde p-hodnota u obou výběrů přesáhla 0,05. Proto můžeme u tohoto výsledku použít pro porovnání t-test, zatímco u stupnic vnitřní a vnější orientace použijeme Mann-Whitneyho neparametrický test.

Tabulka 13: Výsledky Mann-Whitneyho testu pro IO a EO u chronických pacientů a ostatních

	W	hladina významnosti
IO	501,5	0,5449
EO	543	0,9347

Chroničtí pacienti se v míře vnitřní příčinné orientace neliší od pacientů ostatních. Stejný výsledek platí pro stupnici vnější příčinné orientace.

Pro stupnici neosobní příčinné orientace můžeme použít t-test, nejprve však musíme ověřit, zda se jejich variance signifikantně navzájem neliší. Pro to použijeme F-test.

Tabulka 14: Výsledky F-testu pro porovnání rozptylů ve stupnici MO u chronických pacientů a ostatních

	F	num df	denom df	hladina významnosti
MO	1,856	24	43	0,07595
95% konf. int.	<0,9371748; 3,9577098>			

Míra variance je 1,856, proto můžeme rozptyly považovat za shodné. Následovalo porovnání výběrů dvouvýběrovým t-testem.

Tabulka 15: Výsledky t-testu pro MO u chronických pacientů a ostatních

	t	df	hladina významnosti
MO	-0,63329	67	0,5287
95% konf. int.	<-1,4531344; 0,7531344>		

Tabulka 15 ukazuje, že výběry se příliš neliší. I zde tudíž na základě všech tří výsledků přijímáme nulovou hypotézu, tj. že se osobní příčinná orientace neliší ve skupině chronicky nemocných a ostatních pacientů.

4.5 Souvislost diskrepance v hodnocení adherence s osobní příčinnou orientací

Poslední výzkumná otázka míří na fakt, že sebehodnocení pacientem a hodnocení terapeutem bývá odlišné; zpravidla pacienti své zapojení mírně nadhodnocují. Lidé, kteří vnímají příčiny událostí jako mající původ vně, mohou mít o svém chování jinou představu než ti, kteří se považují za hlavní aktéry.

Alternativní hypotézy předpokládaly, že by se příčinná orientace mohla projevit v míře, do jaké se pacient přeceňuje nebo podhodnocuje oproti fyzioterapeutovu hodnocení adherence. Porovnávali jsme tedy soubor rozdílů v hodnocení s jednotlivými stupnicemi DOPO. Využili jsme opět Pearsonova koeficientu korelace.

Tabulka 16: Korelace mezi rozdílem hodnocení adherence a stupnicemi DOPO

	r	hladina významnosti
IO	0,02	0,89
EO	-0,17	0,16
MO	0,18	0,13

Jak ukazuje tabulka 16, korelace se projevily velmi slabě a neměly statistickou významnost. Hypotézu o neexistenci souvislosti příčinné orientace s nadhodnocováním či podhodnocováním vlastní adherence tedy nemůžeme zamítnout.

5 Diskuse

Předmětem našeho výzkumu byla adherence v rehabilitační léčbě a její vztah k osobní příčinné orientaci pacientů, zda se tento vztah nějak liší podle chronicity onemocnění a jaké jsou rozdíly v hodnocení adherence samotnými pacienty a jejich terapeuty.

První, hlavní výzkumná otázka se zabývala výsledky z dotazování metodou DOPO. V literatuře nacházíme ohledně vztahu konceptem blízké lokalizace kontroly a adherence protichůdné názory. Zatímco některé studie uvádějí, že pacienti s převahou kontroly vnitřní nebo kontroly druhých vykazují vyšší adherenci, resp. vyšší komplianci ve svém chování než skupina pacientů s převahou kontroly přisuzované náhodě, jiné nacházejí přesně opačný vztah ke komplianci (Chen, Neufeld, Feely & Skinner, 1999).

Naším hlavním předpokladem bylo, že se převažující nebo zvýšená neosobní příčinná orientace projeví ve snížené adherenci. Úvaha, že pacienti, kteří považují za hlavní příčinu událostí náhodu, štěstí nebo osud, budou méně motivovaní, méně aktivní v léčbě a budou tedy skórovat níže na škálách adherence, se nepotvrdila. Výsledná korelace spíše – i když těsně nesignifikantně – naznačuje, že by mohl existovat slabý vztah mezi touto příčinnou orientací a lepší adherencí. Tomu by ostatně nahrávala také výše zmíněná Chenova zjištění (1999). U zbývajících dvou příčinných orientací jsou pak naznačené vztahy ještě slabší, nicméně dosažená hladina významnosti vůbec neumožňuje se pouštět do interpretací souvislostí nebo dokonce závislostí.

Vyvozujeme tedy, že u našeho souboru respondentů nemůžeme pozorovat žádnou souvislost mezi výsledky DOPO a zjištěnou adherencí. Jeden z možných výkladů je takový, že míra, do jaké pacient vykazuje adherenci k rehabilitaci, jednoduše nijak (resp. ne významně) nesouvisí s tím, zda příčiny životních okolností spatřuje spíše uvnitř sebe

nebo vně. To, jestli má hmotné zabezpečení, dobrý partnerský vztah nebo životní naplnění příčiny v člověku samém, nebo jestli je přičítá jen náhodě, může být pro adherentní chování mnohem méně důležité, než schopnost tolerovat bolest nebo frustraci, nebo Dudou (1989) uváděná schopnost sebe-motivace, důvěra v účinnost léčby a sociální podpora.

Druhá výzkumná otázka vycházela z vědeckého konsenzu ohledně rozdílné povahy fyzioterapeutické léčby u chronických a akutních, resp. přechodných obtíží. Podle Bassettové (1999) se zde vždy bude lišit rehabilitační plán – zatímco u prvních budeme více pracovat se změnou chování, u těch druhých se obvykle soustředíme na krátkodobé zásahy, odstranění příčiny a pokud možno kompletní nápravu stavu. Výhodou u přechodných obtíží je bezpochyby to, že samotná manifestace příznaků pacienta upozorňuje na potřebu zásahu a ten pak často vede k úlevě, nebo ji alespoň slibuje v krátkodobém časovém horizontu. Naproti tomu pacient s chronickými obtížemi se často spíše učí příznaky ignorovat, potlačovat nebo tolerovat; přestože právě u těchto stavů je zásadně důležitý preventivní rehabilitační program, pacienti bývají často méně motivovaní ho dodržovat. Jak upozorňuje Sluijs (1991), s postupující úzdravou se snižuje odměňování žádoucích aktivit úlevou od příznaků a zanedbávání preventivního chování zpravidla nevede k jejich tak rychlému návratu, aby pacient svůj předepsaný program dodržoval.

Předpokládali jsme tedy, že se u pacientů s chronickými obtížemi projeví dlouhodobost léčby sníženou adherencí. Její rozložení však bylo shodné s kontrolní skupinou a náš předpoklad se tedy nepotvrdil. Toto zjištění neodpovídá našim dosavadním teoretickým poznatkům – kloníme se proto spíš k domněnce, že je výsledek ovlivněn jednak definicí výběrů, jednak konstrukcí dotazníku adherence. Jiná možnost je ovšem ta, že u pacientů, kteří docházejí k fyzioterapeutovi, skutečně hrají o mnoho významnější roli jiné faktory, než chronicita jejich onemocnění. Takové faktory mohou být jak osobnostní, tak situační. Nejméně pravděpodobnou variantou je pak teorie o převráceném příčinném vztahu mezi těmito dvěma zkoumanými jevy, kdy by například menší adherence způsobovala chronizaci zanedbávaných obtíží.

Také u třetí výzkumné otázky (příčinná orientace u chronických pacientů a ostatních) se dal očekávat rozdíl mezi oběma skupinami v tom smyslu, že bude chronické onemocnění působit na to, v čem pacient spatřuje příčiny životních okolností. Například u vrozených vad nebo protrahovaných bolestí zad, které nereagují na léčbu, si lze dobře představit, že se převládající osobní příčinná orientace přesune z vnitřní do zbylých dvou – vnější či neosobní, protože člověk může získat pocit ztráty kontroly nad událostmi. I zde nás ale statistika přiměla akceptovat nulovou hypotézu, tedy že mezi oběma skupinami není v tomto smyslu žádný významný rozdíl.

Nakonec jsme se pustili do hledání odpovědi na otázku, jak se osobní příčinná orientace projeví v souvislosti s nadhodnocováním nebo podhodnocováním pacientova chování v léčbě. Měřili jsme rozdíl mezi jeho vlastním hodnocením a expertním hodnocením terapeuta. Ani tentokrát nám ale výsledky neukázaly signifikantní rozdíly podle preference jednotlivých příčinných orientací. Také zde můžeme usuzovat buď na vliv malé diference dotazníku adherence, nebo na prostou nezávislost obou proměnných.

Větší význam než další pokusy o interpretaci našich nepotvrzených hypotéz bude zřejmě mít diskuse o designu výzkumu a jeho limitech, abychom získali představu o aplikovatelnosti zjištění na základní soubor.

Co se týká sběru dat, situaci komplikovala nutnost spolupráce, resp. spárování, pacienta a terapeuta. Při zachování anonymity jsme tedy nemohli využít pohodlnější a rychlejší elektronické formy. Jednou z možností bylo získat ke spolupráci rehabilitační oddělení větší nemocnice a zaangažovat všechny její fyzioterapeuty a jejich pacienty. Takové provozy však mají zároveň na pacienty obvykle nejméně času a oficiální spolupráce je administrativně náročná. Proto jsme kontaktovali dostupné fyzioterapeuty z okruhu našich známých a jejich známých. Vyhnuli jsme se tím také jisté stereotypizaci rehabilitačního programu v rámci jednoho zařízení a selekci pacientů s určitým typem diagnóz, ke které na některých pracovištích přirozeně dochází.

Náš výběr nicméně nemůžeme považovat za náhodný a dostatečně reprezentativní. Kromě poměrně nízkého konečného počtu získaných dotazníků, který komplikuje dělení souboru na další kategorie, byly všechny získány v pražských ordinacích. V Praze je lepší dostupnost fyzioterapeutických služeb než v ostatních krajích, a proto se do rukou fyzioterapeutů dostane širší spektrum případů (míněno podle závažnosti či intenzity případů) než jinde.

Jako zásadní ovlivnění vzorku respondentů je nutné brát fakt, že byli všichni v procesu rehabilitační léčby právě v okamžiku, kdy se k nim dotazník dostal. V ideálním případě by bylo třeba zachytit všechny případy od vstupního vyšetření lékařem a první indikace fyzioterapie, aby bylo možné kvantifikovat, jaké procento pacientů léčbu nenastoupí. Vasey (1990) uvádí 7,9 % lidí, kteří nenastoupí již domluvenou rehabilitaci; pro českou populaci nemáme spolehlivé odhady, nicméně vzhledem k době, kterou musí pacienti ve státních zařízeních většinou čekat na objednání na rehabilitaci, nebude toto procento ani u nás zanedbatelné a řada lidí léčbu nenastoupí, např. kvůli spontánnímu snížení symptomů. Stejná autorka uvádí, že necelých 15 % pacientů pak léčbu nedokončí.

Ani jeden z výše zmíněných případů jsme nemohli u našeho výzkumu podchytit, což se projevilo v hodnocení adherence, o kterém bude blíže referovat dále.

Heterogenita souboru ve smyslu reprezentace nejrozličnějších možných typů pacientů a indikací byla naším cílem, zároveň však patrně přispěla k zahlazení detekovatelných rozdílů mezi skupinami a pro jasnější výsledky by tedy bylo vhodnější soustředit se na užší skupinu pacientů, jak bývá v podobných výzkumech obvyklé, tedy např. stavy po CMP, sportovní úrazy nebo i významnou, i když opět ne zcela homogenní, skupinu s VAS. Kromě toho tvořili naše respondenty jak pacienti, kterým léčbu platí pojišťovna, tak ti, kteří si terapii doplácí, nebo hradí zcela sami. Předpokládáme, že pacienti zainteresovaní finanční spoluúčastí budou, stejně jako v psychoterapii, vykazovat větší míru motivace pro léčbu.

Rozdělení respondentů na chronické a ostatní vycházelo z důvodu k léčbě, který uvedli do dotazníku. Uvědomujeme si, že toto rozdělení nemusí být přesné: akutní

uskřinutí nervu může být uvedeno stejně jako trvalá paréza pod stejným názvem; chronický pacient se bude při relapsu chovat jinak než v remisi; člověk s prvním stupněm artrózy, který si možná teprve zvyká na svůj nevyhnutelně chronický stav, může mít odlišný pohled na nemoc, než jiný s artrózou stupně čtyři, jenž se už připravuje na náhradu kloubu.

Dalším limitem, na který jsme narazili, byl relativně vysoký podíl (více než pětina) chybně vyplněných dotazníků. To přičítáme zčásti ne zrovna intuitivnímu způsobu jejich vyplňování, zčásti pak prostému faktu, že se v množství políček dá přehlédnout chybějící nebo nesprávná čísla. U některých dotazníků by snad bylo možné provést korekci a odvodit předpokládanou hodnotu z ostatních položek.

V případě dotazníku DOPO představuje určité omezení ipsativní charakter jeho tří škál, tj. že se jejich výsledky nutně vzájemně ovlivňují. Sám jeho autor (Balcar, 1996) ho doporučuje spíše k intrapersonálnímu zkoumání, zřejmě také vzhledem k problematickému normování podobných dotazníků. Využívali jsme původních, dvacet let starých norem odvozených z výsledků u skupiny vysokoškoláků, které nemusí být vhodné pro náš soubor. Podobnost souborů jsme ověřovali jen letmo vizuálními porovnáními po převedení na steny a patrně by bylo vhodnější je zkontrolovat pomocí t-testu.

Při vytváření dotazníku adherence jsme vycházeli ze zjištění Dudy (1989) a rozdělili adherenci na tři měřitelné složky: účast na předepsaných terapiích, stupeň plnění předepsaného cvičebního protokolu a míru intenzity nebo snahy vynaložené při jeho splnění. Problematika měření adherence je více rozvedena v teoretické části. Jako ideální by se jevila kombinace dotazování pacienta, terapeuta, třetích osob a objektivních charakteristik změn v průběhu léčby. To by vyžadovalo přísnou standardizaci všech měření a neúměrnou zátěž pro všechny zúčastněné.

Při praktické nemožnosti získání objektivních dat měly námi vytvořené položky díky vyplnění pacientem i terapeutem alespoň částečně korigovat subjektivitu hodnocení a konzultace s několika fyzioterapeuty potvrdily předpokládanou dostatečnost takového řešení.

Jak bylo uvedeno výše, vzhledem ke způsobu, jakým se dotazníky dostávaly k respondentům, byla první položka adherence jen minimálně diferencující – její průměrná hodnota byla 9, minimální pak 5 bodů z 10 možných. U dalších položek takový problém nenastal, ale můžeme se domnívat, že navzdory anonymitě dotazníku zde hrála určitou roli sociální desirabilita, neboť pacient věděl, že bude dotazník vracet svému ošetřujícímu fyzioterapeutovi. Ten se pro změnu musel potýkat s určitým zakotvením stupnice podle záznamů svých pacientů a svůj vlastní názor tedy mohl podvědomě korigovat tak, aby se nelišil od pacientova hodnocení přespříliš.

Shrneme-li uvedenou polemiku k provedenému výzkumu, můžeme formulovat několik doporučení, jak podobná šetření provádět, abychom získali signifikantní výsledky.

U sběru dat by bylo vhodnější soustředit se na jednu charakteristickou skupinu pacientů, případně získat respondentů takové množství, abychom z nich mohli vytvořit několik specifických souborů podle typu indikace. Samotné zjišťování osobnostních rozdílů a jejich souvislost s adherencí bychom realizovali pomocí jiných metod. Spíše než na příčinnou orientaci bychom se zaměřili na typ motivace, vycházejíce ze sebe-determinační teorie – výsledky by byly pravděpodobně snáze převoditelné do návrhu intervencí ke zvýšení adherence. Co se týká jejího měření, dá se využít například již uvedený Koltův SIRAS (2007). Zásadní překážkou je ovšem u většiny metod jejich překlad a standardizace na naši populaci.

Smysl tohoto směru výzkumu nespočívá jen v tom, získat nástroje pro zvýšení adherence u pacientů, potažmo zlepšit výsledky léčby. Zkoumání osobnostních proměnných na straně pacienta, jeho životních postojů, komunikace a vztahu mezi ním a fyzioterapeutem přispívá ke změně pohledu na celý léčebný proces.

Fyzioterapeutická profese je dodnes charakteristická přístupem k člověku skrze biomechanickou perspektivu tělesného fungování (Mudge, Stretton & Kayes, 2014). Taková perspektiva vidí fyzioterapeuta jako experta a věnuje pozornost jemu jako rozhodujícímu činiteli, v jehož rukách se pacient, pokud dodržuje všechna doporučení,

úspěšně léčí. Role pacienta je tedy tradičně pasivní a podřízená; fyzioterapeut je pak především někým, kdo „vykonává léčbu“, než někým kdo komunikuje s pacientem.

Toto paradigma se však postupně mění a z mnoha směrů se dostáváme k modelu více zaměřeného na pacienta, jeho osobní preference a perspektivy a aktuální životní situaci. V souladu s poznatky právě například ze sebe-determinační teorie jsou objevovány možnosti zvyšování motivace pacientů podporou jejich autonomie, kompetence a prožívání vztahů s ostatními. To dokazuje například výzkum sledující adhezenci pacientů u různých skupin lékařů; ti, kteří podle mínění pacientů více podporovali jejich autonomii, vykazovali z pohledu adhezence lepší výsledky (Williams, McGregor, Zeldman, Freedman & Deci, 2004).

S tím, jak se projevuje ekonomický tlak na přesouvání odpovědnosti a samotného provádění terapie mimo fyzioterapeutické ordinace, jsou lidé více vedeni k domácímu a přístrojově monitorovanému cvičení. Role fyzioterapeuta se tak postupně mění z toho, kdo „něco dělá“, tedy léčí pacienta, na toho, kdo ve spolupráci s pacientem určuje možnosti rehabilitace. Těžiště vědeckého zájmu v této oblasti se tedy zřejmě bude přesouvat ke zkoumání vztahu mezi pacientem a terapeutem a obecněji k autonomii a kompetenci pacienta. Můžeme každopádně očekávat, že doba, než získáme spolehlivý nástroj, který by nám poskytl výstup typu „tento pacient je osobnost typu X a jako takový vyžaduje, abyste apelovali na jeho svědomitost“, je ještě hodně vzdálená, a tak je potřeba vnímat každého pacienta individuálně a spoléhat se na dosud získané poznatky a zkušenosti.

Závěr

V předkládané diplomové práci jsme zkoumali oblast adherence u pacientů docházejících na léčebnou rehabilitaci. Chtěli jsme zjistit, jak by bylo možné rozeznat pacienty, kteří ve fyzioterapii dobře spolupracují od těch, kteří zůstávají pasivní. Přes počáteční široké zaměření na zkoumání motivace pacientů jsme se dostali k hledání vztahu mezi jejich osobní příčinnou orientací a adherencí k léčbě.

Pojetí teoretické části mapuje cestu od obecné problematiky léčebné rehabilitace a motivace k léčbě ke specifickým konceptům z oblasti motivace, které jsme následně využívali v části empirické. Pokusili jsme se nastínit důležitost zkoumání těchto témat z hlediska zdravotního i sociálně-ekonomického. V první části jsme se zabývali tématy spojenými s fyzioterapeutickou praxí a následně jsme se dostali k možnostem zkoumání psychologických faktorů a jejich vlivu na dodržování léčebných doporučení. Blíže jsme se věnovali rozlišení pojmů compliance, konkordance a adherence, se kterými je možné se setkávat v literatuře věnované chování pacientů v léčbě. V další části jsme se pak zabývali motivací v kontextu léčby a popsali nejvyužívanější koncepty. Z teorie sebe-determinace jsme blíže uvedli její součást, teorii příčinné orientace, neboť nám posloužila jako jeden z nástrojů pro empirické zkoumání popsané dále. Na závěr teoretické části jsme se stručně věnovali také tomu, jak by bylo možné získané poznatky přenést do běžné denní praxe fyzioterapeutů.

Empirická část popisuje výzkumné cíle této práce a postup při jejich naplňování. Pro testování hypotéz jsme použili dotazník osobní příčinné orientace DOPO a dotazník adherence, vyplňovaný jak pacientem, tak terapeutem. Zkoumali jsme souvislosti mezi příčinnou orientací, adherencí a charakterem diagnózy (podle chronicity). Výsledek analýzy dat nás přiměl zamítnout všechny předem stanovené alternativní hypotézy; nepotvrdili jsme žádnou vzájemnou souvislost mezi zmíněnými proměnnými. V diskusi jsme shrnuli dosažené výsledky a nabídli jednak interpretaci ve smyslu platnosti těchto

závěrů, kdy za významné pro adherenci můžeme považovat jiné, zde nepostižené osobnostní charakteristiky, jednak polemiku ohledně vhodnosti použitých metod a jejich možného vlivu na nepředpokládaný výsledek.

Seznam použité literatury:

- Aronson, J. (2007). Compliance, concordance, adherence [Online]. *British Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 63(issue 4), 383-384. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2007.02893.x>
- Balcar, K. (1996). Dotazník osobní příčinné orientace I: Konstrukce, standardizace a psychometrická analýza. *Československá psychologie*, 40(1), 28-38.
- Bassett, S. & Petrie, K.. (1999). The Effect of Treatment Goals on Patient Compliance with Physiotherapy Exercise Programmes. *Physiotherapy*, vol. 85(issue 3), 130-137. [http://doi.org/10.1016/S0031-9406\(05\)65693-3](http://doi.org/10.1016/S0031-9406(05)65693-3)
- Bassett, S. & Prapavessis, H.. (2011). A test of an adherence-enhancing adjunct to physiotherapy steeped in the protection motivation theory [Online]. *Physiotherapy Theory*, 27(5), 360-372. <http://doi.org/10.3109/09593985.2010.507238>
- Bassett, S. (2003). The assessment of patient adherence to physiotherapy rehabilitation. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 31(2), 60-66.
- Brewer, B., Cornelius, A., Van Raalte, J., Tennen, H. & Armeli, S.. (2013). Predictors of adherence to home rehabilitation exercises following anterior cruciate ligament reconstruction [Online]. *Rehabilitation Psychology*, 58(1), 64-72. <http://doi.org/10.1037/a0031297>
- Byerly, P., Worrell, T., Gahimer, J. & Domholdt, E.. (1994). Rehabilitation compliance in an athletic training environment [Online]. *Journal of Athletic Training*, 29(4), 352-355.
- Deci, E. & Ryan, R.. (1985a). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. Boston, MA: Springer US.
- Deci, E. & Ryan, R.. (1985b). The general causality orientations scale: Self-determination in personality [Online]. *Journal of Research in Personality*, vol. 19(issue 2), 109-134. [http://doi.org/10.1016/0092-6566\(85\)90023-6](http://doi.org/10.1016/0092-6566(85)90023-6)
- Deci, E. & Ryan, R.. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health [Online]. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(3), 182-185. <http://doi.org/10.1037/a0012801>
- DiMatteo, M. (1994). Enhancing patient adherence to medical recommendations. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, vol. 271(issue 1), 79-79. <http://doi.org/10.1001/jama.271.1.79>
- DiMatteo, M. (2004). Evidence-based strategies to foster adherence and improve patient outcomes. [Online]. *JAAPA*, 17(11), 18-21.

- Dishman, R. & Ickes, W.. (1981). Self-motivation and adherence to therapeutic exercise. *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 4(issue 4), 421-438. <http://doi.org/10.1007/BF00846151>
- Duda, J., Smart, A. & Tappe, M.. (1989). Predictors of Adherence in the Rehabilitation of Athletic Injuries: An Application of Personal Investment Theory [Online]. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, vol. 11(issue 4), 367-381. <http://doi.org/10.1123/jsep.11.4.367>
- Edmunds, J., Ntoumanis, N. & Duda, J.. (2006). A Test of Self-Determination Theory in the Exercise Domain [Online]. *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 36(issue 9), 2240-2265. <http://doi.org/10.1111/j.0021-9029.2006.00102.x>
- Eisenberg, N. (2012). Post-structural conceptualizations of power relationships in physiotherapy [Online]. *Physiotherapy Theory*, 28(6), 439-446. <http://doi.org/10.3109/09593985.2012.692585>
- Gendreau, T. (2015). Physical Therapy Economics: It's Simple [Online]. In IPTCA. CA: IPCTA. Retrieved from <http://www.iptca.org/physical-therapy-economics-its-simple/>
- Grindley, E. & Zizzi, S.. (2005). Using a Multidimensional Approach to Predict Motivation and Adherence to Rehabilitation in Older Adults [Online]. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, vol. 21(issue 3), 182-193. <http://doi.org/10.1097/00013614-200507000-00004>
- Härkäpää, K., Järvikoski, A. & Gould, R.. (2014). Motivational Orientation of People Participating in Vocational Rehabilitation [Online]. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(4), 658-669.
- Hays, R. & DiMatteo, M.. (1987). Key issues and suggestions for patient compliance assessment: Sources of information, focus of measures, and nature of response options. *J. Compliance Health Care*, 2, 37-53.
- Hays, R., Kravitz, R., Mazel, R., Sherbourne, C., DiMatteo, M., Rogers, W. & Greenfield, S.. (1994). The impact of patient adherence on health outcomes for patients with chronic disease in the medical outcomes study [Online]. *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 17(issue 4), 347-360. <http://doi.org/10.1007/BF01858007>
- Hewstone, M. (ed.) & Stroebe, W. (ed.). (2006). Sociální psychologie: moderní učebnice sociální psychologie (Vyd. 1.). Praha: Portál.
- Horne, R., Weinman, J., Barber, N. & Kellar, I. (2005). *Concordance, adherence and compliance in medicine taking: Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO)* [Online]. London. Retrieved from http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1412-076_V01.pdf
- Chakrabarti, S. (2014). What's in a name? Compliance, adherence and concordance in chronic psychiatric disorders [Online]. *World Journal of Psychiatry*, vol. 4(issue 2), 30-. <http://doi.org/10.5498/wjp.v4.i2.30>

Chen, C., Neufeld, P., Feely, C. & Skinner, C.. (1999). Factors Influencing Compliance With Home Exercise Programs Among Patients With Upper-Extremity Impairment [Online]. *American Journal of Occupational Therapy*, vol. 53(issue 2), 171-180. <http://doi.org/10.5014/ajot.53.2.171>

Jesus, T. & Silva, I. (2016). Toward an evidence-based patient-provider communication in rehabilitation: linking communication elements to better rehabilitation outcomes [Online]. *Clinical Rehabilitation*, 30(4), 315-328.

Josephson, I., Woodward-Kron, R., Delany, C. & Hiller, A.. (2015). Evaluative language in physiotherapy practice: How does it contribute to the therapeutic relationship? [Online]. *Social Science*, 143, 128-136. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.08.038>

Kirwan, T., Tooth, L. & Harkin, C.. (2002). Compliance with Hand Therapy Programs: Therapists' and patients' perceptions [Online]. <http://doi.org/10.1053/hanthe.2002.v15.01531>

Knight, E., Werstine, R., Rasmussen-Pennington, D., Fitzsimmons, D. & Petrella, R.. (2015). Physical Therapy 2.0: Leveraging Social Media to Engage Patients in Rehabilitation and Health Promotion [Online]. *Physical Therapy*, 95(3), 389-396.

Koestner R. . & Zuckerman M, .. (1994). Causality orientations, failure, and achievement [Online]. *Journal Of Personality*, 62(3), 321-46.

Kolář, P.. (2009). Rehabilitace v klinické praxi (1. vyd.). Praha: Galén.

Kolt, G., Brewer, B., Pizzari, T., Schoo, A. & Garrett, N.. (2007). The Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale: a reliable scale for use in clinical physiotherapy [Online]. *Physiotherapy*, vol. 93(issue 1), 17-22. <http://doi.org/10.1016/j.physio.2006.07.002>

Kravitz, R. (1993). Recall of Recommendations and Adherence to Advice Among Patients With Chronic Medical Conditions [Online]. *Archives of Internal Medicine*, vol. 153(issue 16), 1869-. <http://doi.org/10.1001/archinte.1993.00410160029002>

Křivohlavý, J.. (2002). Psychologie nemoci (Vyd. 1.). Praha: Grada.

Leboeuf-Yde, C., Lemeunier, N., Wedderkopp, N. & Kjaer, P.. (2014). Absence of low back pain in the general population followed fortnightly over one year with automated text messages. *Chiropractic*, vol. 22(issue 1), 1-. <http://doi.org/10.1186/2045-709X-22-1>

Leventhal, H. & Cameron, L.. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance [Online]. *Patient Education and Counseling*, vol. 10(issue 2), 117-138. [http://doi.org/10.1016/0738-3991\(87\)90093-0](http://doi.org/10.1016/0738-3991(87)90093-0)

Levenson, H. (1981). Differentiating among internality, powerful others, and chance. In H. Lefcourt (Ed.), *Research with the Locus of Control Construct* (Vol. 1), New York: Academic Press, 15-63.

- Martin, L., Williams, S., Haskard, K. & DiMatteo, M.. (2005). The challenge of patient adherence. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 1(3), 189-199.
- McKelvie, R., Teo, K., Roberts, R., McCartney, N., Humen, D., Montague, T., Hendrican, K. & Yusuf, S.. (2002). Effects of exercise training in patients with heart failure: The Exercise Rehabilitation Trial (EXERT) [Online]. *American Heart Journal*, vol. 144(issue 1), 23-30. <http://doi.org/10.1067/mhj.2002.123310>
- McLean, S., Burton, M., Bradley, L. & Littlewood, C.. (2010). Interventions for enhancing adherence with physiotherapy: A systematic review [Online]. *Manual Therapy*, vol. 15(issue 6), 514-521. <http://doi.org/10.1016/j.math.2010.05.012>
- Mudge, S., Stretton, C. & Kayes, N.. (2014). Are physiotherapists comfortable with person-centred practice? An autoethnographic insight [Online]. *Disability*, 36(6), 457-463.
- Mullan, E. & Markland, D.. (1997). Variations in Self-Determination Across the Stages of Change for Exercise in Adults [Online]. *Motivation and Emotion*, vol. 21(issue 4), 349-362. <http://doi.org/10.1023/A:1024436423492>
- Ng, J., Ntoumanis, N., Thogersen-Ntoumani, C., Deci, E., Ryan, R., Duda, J. & Williams, G.. (2012). Self-Determination Theory Applied to Health Contexts: A Meta-Analysis [Online]. *Perspectives on Psychological Science*, vol. 7(issue 4), 325-340. <http://doi.org/10.1177/1745691612447309>
- Pilch, A. (2011). Motivational predictors of successful rehabilitation in elderly patients [Online]. *Physiotherapy / Fizjoterapia*, 19(4), 17-25.
- Rogers, R. (1975). A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change [Online]. *Journal of Psychology*, 91(1), 93-114.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, vol. 80(issue 1), 1-28. <http://doi.org/10.1037/h0092976>
- Ryan, R., Frederick, C., Lepas, D., Rubio, N. & Sheldon, K.. (1997). Intrinsic Motivation and Exercise Adherence. *International Journal of Sport Psychology*, 28(4), 335-354.
- Ryan, R. & Deci, E.. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being [Online]. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Schoo, A., Morris, M. & Bui, Q.. (2005). The effects of mode of exercise instruction on compliance with a home exercise program in older adults with osteoarthritis [Online]. *Physiotherapy*, vol. 91(issue 2), 79-86. <http://doi.org/10.1016/j.physio.2004.09.019>
- Sluijs, E. & Knibbe, J.. (1991). Patient compliance with exercise: Different theoretical approaches to short-term and long-term compliance. *Patient Education and Counseling*, vol. 17(issue 3), 191-204. [http://doi.org/10.1016/0738-3991\(91\)90060-I](http://doi.org/10.1016/0738-3991(91)90060-I)

Sluijs, E. M., Kok, G. J., & van der Zee, J. (1993). Correlates of Exercise Compliance in Physical Therapy. *Physical Therapy*, 73(11), 771-782. Retrieved from <http://ptjournal.apta.org/content/73/11/771>

Soenens, B., Berzonsky, M., Vansteenkiste, M., Beyers, W. & Goossens, L.. (2005). Identity styles and causality orientations: in search of the motivational underpinnings of the identity exploration process [Online]. *European Journal of Personality*, 19(5), 427-442. <http://doi.org/10.1002/per.551>

Stone, G. (1979). Patient Compliance and the Role of the Expert [Online]. *Journal of Social Issues*, vol. 35(issue 1), 34-59. <http://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1979.tb00788.x>

Sullivan, S., Kreling, D. & Hazlet, T.. (1990). Noncompliance with medication regimens and subsequent hospitalizations : a literature analysis and cost of hospitalization estimate [Online]. *Journal of research in pharmaceutical economics*, 2(2), 19-33.

Taimela, S., Diederich, C., Hubsch, M. & Heinrich, M.. (2000). The Role of Physical Exercise and Inactivity in Pain Recurrence and Absenteeism From Work After Active Outpatient Rehabilitation for Recurrent or Chronic Low Back Pain [Online]. *Spine*, vol. 25(issue 14), 1809-1816. <http://doi.org/10.1097/00007632-200007150-00012>

Taylor, S.. (1995). *Health psychology* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

Teixeira, P., Carraça, E., Markland, D., Silva, M. & Ryan, R.. (2012). Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review [Online]. *International Journal of Behavioral Nutrition*, 9, 78-107. <http://doi.org/10.1186/1479-5868-9-78>

Thøgersen-Ntoumani, C. & Ntoumanis, N.. (2006). The role of self-determined motivation in the understanding of exercise-related behaviours, cognitions and physical self-evaluations [Online]. *Journal of Sports Sciences*, vol. 24(issue 4), 393-404. <http://doi.org/10.1080/02640410500131670>

Trostle, J. (1988). Medical compliance as an ideology. *Social Science*, vol. 27(issue 12), 1299-1308. [http://doi.org/10.1016/0277-9536\(88\)90194-3](http://doi.org/10.1016/0277-9536(88)90194-3)

Vasey, L. (1990). DNAs and DNCTs — Why Do Patients Fail to Begin or to Complete a Course of Physiotherapy Treatment? [Online]. *Physiotherapy*, vol. 76(issue 9), 575-578. [http://doi.org/10.1016/S0031-9406\(10\)63052-0](http://doi.org/10.1016/S0031-9406(10)63052-0)

Wallston, K., Strudler Wallston, B. & DeVellis, R.. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales [Online]. *Health Education & Behavior*, vol. 6(issue 1), 160-170. <http://doi.org/10.1177/109019817800600107>

Williams, G., McGregor, H., Zeldman, A., Freedman, Z. & Deci, E.. (2004). Testing a Self-Determination Theory Process Model for Promoting Glycemic Control Through Diabetes Self-Management [Online]. *Health Psychology*, vol. 23(issue 1), 58-66. <http://doi.org/10.1037/0278-6133.23.1.58>

Wright, B., Galtieri, N. & Fell, M.. (2014). Non-adherence to Prescribed Home Rehabilitation Exercises for Musculoskeletal Injuries: The Role of the Patient-Practitioner Relationship. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 46(2), 153-158.

Seznam zkratk

CMP	cévní mozková příhoda
DMO	dětská mozková obrna
DOPO	dotazník osobní příčinné orientace
LBP	low-back pain, bolest dolní části zad
VAS	vertebrogenní algický syndrom

Seznam příloh

Příloha I	DOPO
Příloha II	Histogramy skóre v jednotlivých škálách příčinné orientace

Dotazník osobní příčinné orientace

Pokyny k vyplňování - krátce:

Rozdělte u každé uvedené životní okolnosti 3 body podle toho, na čem je podle vás závislá. Můžete je přidělit jedinému vysvětlení (např. 3-0-0), nebo dvěma (např. 2-1-0), případně i všem třem (1-1-1), pokud se domníváte, že jsou všechna důležitá stejnou měrou. Pokud by to bylo opravdu nutné, můžete přidělit i polovinu bodu (např. 1,5-1,5-0).

Pokyny k vyplňování – plné znění:

V životě se stále setkáváme s různými příznivými i nepříznivými situacemi a událostmi. Někdy si je působíme spíše svým vlastním chováním, někdy nám je působí spíše někdo jiný, někdy jsou následkem okolností, které nezávisí na lidské vůli.

Dále jsou vypsány příklady takových okolností v životě člověka. Prosím, vyznačte u každé z nich, zda - podle Vašeho názoru - **(a)** si je obvykle rozhodující měrou způsobuje svým chováním ČLOVĚK SÁM, zda závisí na jeho rozhodnutí a činech, nebo zda **(b)** mu je obvykle rozhodující měrou způsobuje svým chováním NĚKDO DRUHÝ, zda závisí na rozhodnutí a činech jiného člověka či jiných lidí, nebo zda **(c)** mu jsou obvykle rozhodující měrou působeny příčinami MIMO LIDSKOU VŮLI, tedy zda mu za ně "nemůže nikdo", ani on sám ani nikdo jiný, protože nezávisí na lidském rozhodnutí a snažení a vzhledem k lidským úmyslům a činům jde spíš o "náhodu", "šťěstí" či "smůlu", nebo "osud".

Víme ovšem, že rozhodující příčiny stejné životní okolnosti nebývají v různých případech vždy stejného druhu; i u jedné takové věci jsou jednou spíše v člověku samém, jindy zas spíše mimo něj. Vaše posouzení nemusí proto platit vždy; spíš máte vyjádřit svůj odhad, jak tomu asi je v průměru či ve většině takových situací v životě, i když to někdy samozřejmě může být jinak.

U každé položky jsou vypsány všechny tři možnosti vysvětlení a u každé z nich je okénko. Prosím, do každého okénka vepište počet bodů, které uvedenému vysvětlení přisoudíte, a to takto:

- Do okének u každé položky rozdělíte pokaždé celkem 3 body.
- Připadá-li Vám jedno z nabídnutých vysvětlení jako daleko nejpravděpodobnější, pak do okénka k němu vepište 3 a do ostatních dvou po 0.
- Pokud pokládáte za důležitá aspoň dvě vysvětlení, vepište 2 k tomu, kterému přičítáte větší váhu; k tomu, kterému přičítáte menší význam, vepište 1; do zbývajících vepište 0.
- Pokud pokládáte všechna vysvětlení za důležitá přibližně stejnou měrou, vepište do všech tří okének 1.
- Jen kdyby vám bylo opravdu zatěžko rozdělit mezi (a), (b) a (c) tři body v celých jednotkách, můžete je dělit až na poloviny bodu; ne však už na menší části; třeba při nemožnosti rozhodnout, který z pouze dvou druhů příčin je v průměru významnější, můžete rozdělit body třeba tak, že k nim do příslušných okének vepište po 1,5 bodu a do zbývajících 0. Menších částí než polovin bodu neužívejte.

V tomto dotazníku nás zajímají VAŠE VLASTNÍ zkušenosti a názory – tedy jak v současnosti právě Vy cítíte, na čem uvedené věci v životě nejspíše závisí. Protože různí lidé mají rozdílné zkušenosti a proto i rozdílné názory na to, co je rozhodující příčinou různých situací či událostí v životě, budou samozřejmě i odpovědi různých lidí odlišné. Snažte se, prosím, upřímně vyjádřit, jaké vysvětlení právě Vám u každé uvedené situace připadá nejpravděpodobnější; je to věc spíše osobní životní zkušenosti a osobního citění, než rozumového uvažování, protože k těmto otázkám vlastně žádné obecně naprosto správné nebo nesprávné odpovědi neexistují. – Děkuji Vám za Vaši ochotu sdílet v tomto dotazníku právě svůj vlastní dojem.

DATUM:		MUŽ - ŽENA	VĚK:	roků	
DŮVOD LÉČBY:					
Životní okolnost:		Závisí zpravidla na:	člověku samém	někom jiném	příčinách mimo lidskou vůli
1.	HMOTNÁ NOUZE (takový nedostatek či tíseň ve věcech, které člověk potřebuje k životu, že mu působí citelné strádání a značné starosti)				
2.	CITOVÁ POHODA A VYROVNANOST (zakoušet zpravidla dobrou náladu, radost ze života, žít s nadějí do budoucna a bez velkého trápení procházet i obtížemi)				
3.	ÚSPĚCH V PRÁCI NEBO VE STUDIU (dobře zvládat jejich nároky, mít v nich úspěchy a vykonávat je s potěšením)				
4.	NEPŘÁTELSTVÍ S DRUHÝM ČLOVĚKEM (vznik vztahu naplněného vzájemnou záští, nesnášenlivostí, obviňováním, popřípadě i ubližováním)				
5.	VÁŽNÉ ONEMOCNĚNÍ (utrpět nemoc či úraz, který ohrozí život člověka nebo jej dlouhodobě omezí či mu způsobí značné utrpení)				
6.	ÚČINNÉ POSKYTNUTÍ POMOCI DRUHÉMU ČLOVĚKU (podstatně někomu přispět v situaci potřeby, pomoci mu k dobrému)				
7.	DOBRÁ ORIENTACE V OKOLNÍM SVĚTĚ (vyznat se v osobně důležitých situacích; rychle a dobře poznávat, "jak to v životě chodí", a umět si v nich poradit)				
8.	POKAŽENÉ RODINNÉ SOUŽITÍ (zakoušet v rodině vztahy nepochopení, vzájemného zklamávání, podezírání a obviňování, nespolečné a nelásky)				
9.	ŽIVOTNÍ PROHRA (zakusit celoživotní selhání či neúspěch, neuspět v naplnění životních cílů)				
10.	DOBRÝ MANŽELSKÝ NEBO PARTNERSKÝ VZTAH (mít vztah naplněný důvěrou, láskou a vzájemnou podporou, který oběma partnerům dává jistotu a radost)				
11.	ZÁSADNÍ SPOKOJENOST SE SEBOU SAMÝM (přijímat se, jaký jsem i se svými omezeními, "mít se rád" bez podstatných výhrad a nedobrých pocitů či myšlenek o sobě)				
12.	POSTRÁDÁNÍ SMYSLU VE VLASTNÍM ŽIVOTĚ (pochybovat o hodnotě vlastního života nebo "nemít, pro co žít"; popřípadě zakoušet neúspěch ve snaze najít v něm smysluplné cíle)				
13.	DOBRÉ HMOTNÉ ZABEZPEČENÍ (zajištění obživy, bydlení a dalších věcí, které člověk potřebuje k životu bez hmotných starostí)				

14.	CITOVÉ TRÁPENÍ (zakoušet silné a dlouhodobé utrpení obavami, úzkostí, smutkem, zklamáním atp.)			
15.	NEÚSPĚCH V PRÁCI NEBO VE STUDIU (nezvládnout jejich nároky, selhat v nich či utrpět zásadní neúspěch)			
16.	DOBŘE PŘÁTELSTVÍ S DRUHÝM ČLOVĚKEM (vznik trvalého vztahu naplněného věrností, upřímností, vzájemnou náklonností a obětavou podporou)			
17.	PEVNÉ ZDRAVÍ (stále se těšit dobrému tělesnému a duševnímu stavu a zdatnosti, snadno a úspěšně překonávat zdravotní potíže)			
18.	NEÚMYSLNÉ UBLÍŽENÍ DRUHÉMU ČLOVĚKU (způsobit někomu nechtěně škodu nebo trápení)			
19.	ZTRÁTA ORIENTACE V OKOLNÍM SVĚTĚ (být zmaten, nevyznat se v osobně důležitých situacích a nevědět si rady s nároky okolí)			
20.	DOBŘE SOUŽITÍ V RODINĚ (zakoušet zde vztahy a ovzduší bezpečí, vzájemné vstřícnosti a tolerance, ohleduplnosti a dobré spolupráce všech)			
21.	ŽIVOTNÍ NAPLNĚNÍ (úspěšně překonat životní překážky a zažít uskutečnění svých hlavních cílů v životě)			
22.	ZKLAMÁNÍ V MANŽELSKÉM NEBO PARTNERSKÉM VZTAHU (dospět ke vztahu naplněnému vzájemnou nechutí, nedůvěrou, nesváry a zlomyslnostmi, který člověku přináší utrpení)			
23.	ZÁSADNÍ NESPOKOJENOST SE SEBOU SAMÝM (trápit se city méněcennosti, provinilosti, odmítat nebo i odsuzovat sám sebe)			
24.	SMYSLUPLNÝ VLASTNÍ ŽIVOT (žít tak, aby vlastní život měl opravdovou hodnotu - stál za to, aby jej člověk prožil)			

A na závěr prosím ohodnoťte 0 až 10 body, jak se podle svého mínění účastníte rehabilitace v těchto třech oblastech:

pomůcka k hodnocení:

body:

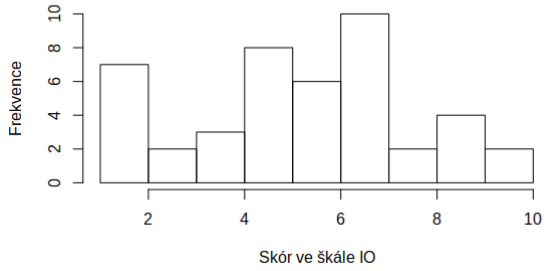
ÚČAST NA TERAPII	10 – chodím bez výjimky na všechny terapie 1 až 9 – někdy se mi to nehodí a terapii vynechám 0 – na terapie nikdy nechodím	
PLNĚNÍ ÚKOLŮ OD TERAPEUTA (cvičení doma, úprava životního stylu)	10 – pamatuji si a dělám vše co mi terapeut řekne 1 až 9 – na některou radu si vzpomenu a občas úkol vykonám 0 – rady z ordinace si nepamatuji a neřídím se jimi	
MÍRA SNAHY (intenzita cvičení, aktivní zapojení do procesu léčby)	10 – cvičím svědomitě a s velkým nasazením, snažím se přispět k rehabilitaci různými způsoby 1 až 9 – trochu se snažím, ale moc energie tomu nevěnuji 0 – nemám potřebu se snažit, ono se to nějak vyvrbí samo	

Děkujeme za spolupráci!

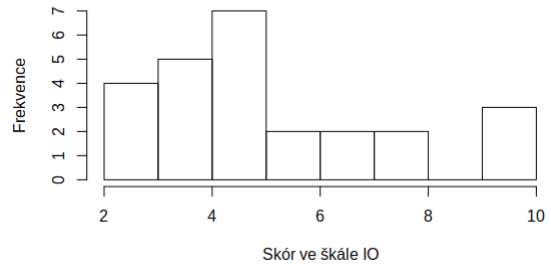
Příloha 2

Histogramy skóřů (STEN) v jednotlivých škálách příčinné orientace

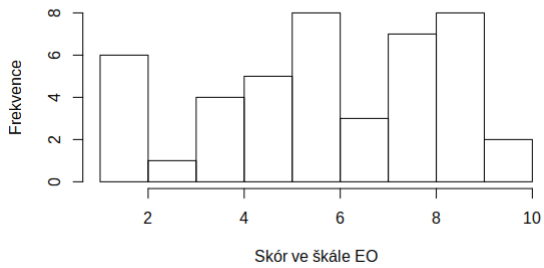
Histogram skóřů ve škále IO u chronických pacientů



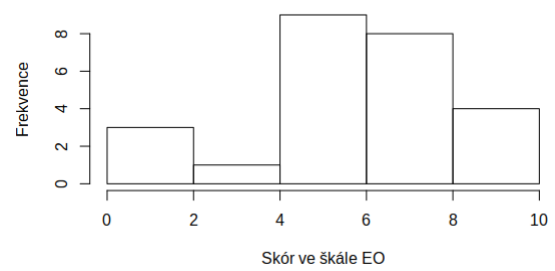
Histogram skóřů ve škále IO u ostatních pacientů



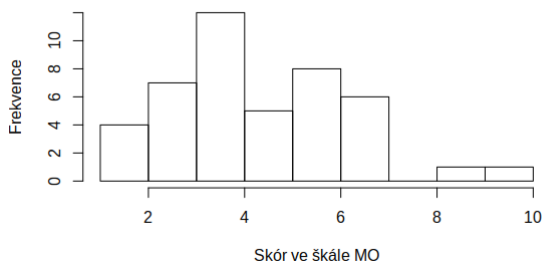
Histogram skóřů ve škále EO u chronických pacientů



Histogram skóřů ve škále EO u ostatních pacientů



Histogram skóřů ve škále MO u chronických pacientů



Histogram skóřů ve škále MO u ostatních pacientů

