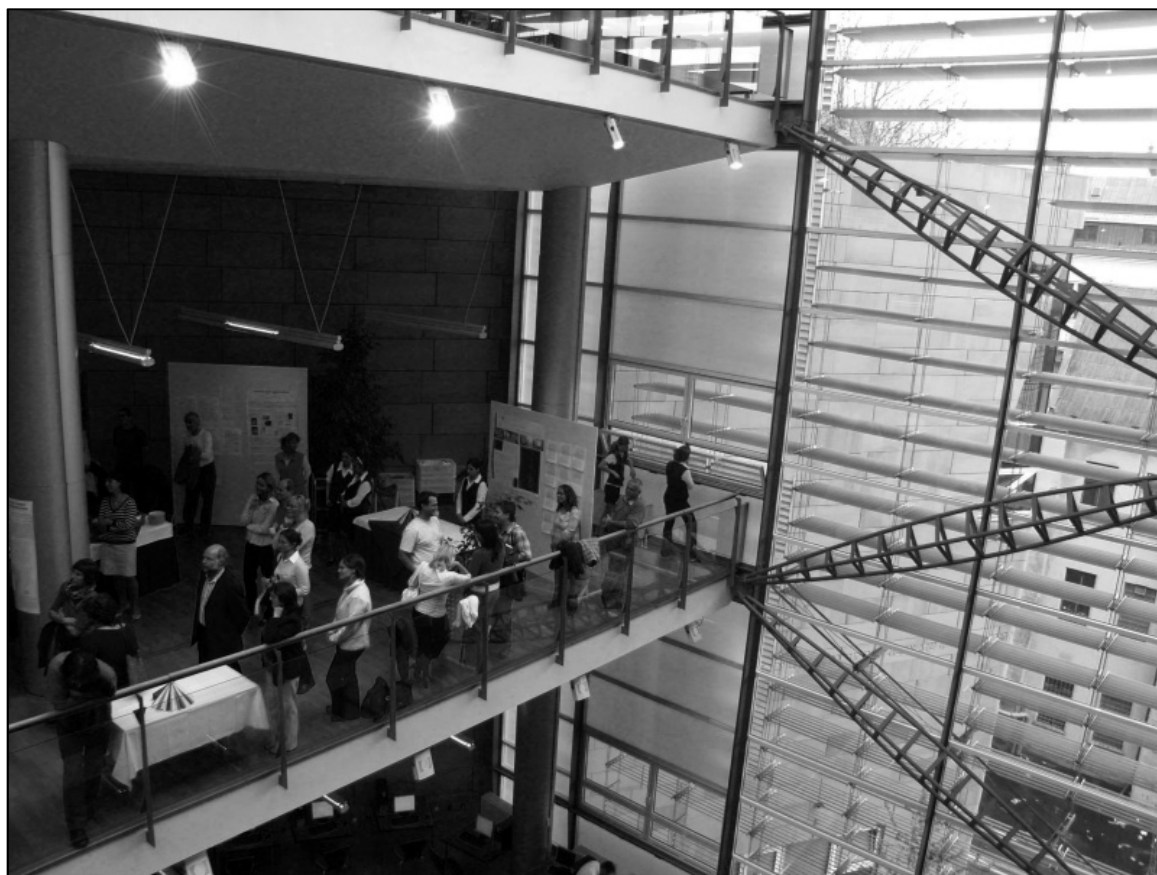


TEORIE



JÁNIŠ M.: KOMPLIANCE (ČÁST III.) – TEORETICKÉ MODELY

SOUHRN: Jániš M.: Kompliance (část III.) – Teoretické modely. PSYCHOSOM, 2012;10(3), s. 166-175

Pacienti považují své případné nekompliantní chování za poměrně srozumitelné. Zdravotníci je naopak často vnímají jako nepochopitelné. Vědci proto objevují různé teoretické modely, kterými se snaží vysvětlit a předpovědět lidské jednání ve vztahu ke zdraví. Mezi nejvýznamnější vysvětlení nekompliantního chování patří „model zdravotního přesvědčení“, „behaviorální modely“, „transteoretický model“ a „teorie reaktance“. Každý z uvedených přístupů přispívá svým dílem k porozumění chování pacientů (a také zdravotníků, protože i jejich chování lze se stejnou mírou vnímat jako nekompliantní). Většinu modelů spojuje neobviňující přístup k nekompliantnímu člověku; optimismus, že neexistuje z hlediska compliance žádný beznadějný pacient, a zájem o pacientova očekávání, představy, přesvědčení a hodnoty.

Klíčová slova: compliance, adherence, model zdravotního přesvědčení, transteoretický model, teorie reaktance

SUMMARY: Jáníš M.: Compliance (part III) – Theoretical models. PSYCHOSOM, 2012;10(3), pp. 166-175

Patients perceive their non-compliant behavior as quite clear. On the other hand, health-care providers often consider it to be incomprehensible. Therefore scientists think of various theoretical models explaining patients' behavior and predicting it. Among the most important explanations we can find the "health belief model", "behavioral model", "transtheoretical model" and "reactance theory". Each of these approaches contribute to making patients' behavior more understandable (and health-care providers' behavior as well, because it can be also perceived as noncompliant). Most of the models agree on not accusing person of his/her noncompliant behavior. They are optimistic regarding the success of the compliance promoting activities. And they are interested in patients' expectations, ideas, beliefs, and values.

Key words: compliance, adherence, health belief model, transtheoretical model, reactance theory

ÚVOD

Ačkoliv se pacientům zdá jejich případně nekompliantní chování poměrně srozumitelné, zdravotníci je naopak často vnímají jako nepochopitelné. Vědci proto objevují různé teoretické modely, kterými se snaží vysvětlit a předpovědět lidské jednání ve vztahu ke zdraví.

BIOMEDICÍNSKÝ MODEL

Tento model je nejstarším a základním způsobem, jak porozumět problému compliance. Podle J. Křivohlavého (2002) se zmiňovaný model soustřeďuje na přehled statisticky zjištěných vztahů mezi různými demografickými aspekty (věkem, pohlavím) a dodržováním léčebných doporučení. Podle B. Blackwella (1997a) se soustřeďuje i na faktory léčebného režimu (vliv druhu

onemocnění, vážnosti zdravotního stavu, používaných léků, vedlejších účinků, přístupnosti léčby, porozumění způsobu léčení atd. na komplianci). Ve zdůraznění těchto skutečností spočívá přínos biomedicínského modelu.

Jeho nevýhodou je, že vychází z pojetí experta (zdravotníka) a toho, kdo se má nechat poučit (pacienta). Nekompliance může být při této perspektivě vnímána jako chyba pacienta (nedostatek jeho porozumění, motivace či vůle). Předpoklady tohoto modelu také mohou znesnadňovat vytvoření terapeutického vztahu mezi pacientem a zdravotníkem (Leventhal et al., 1997).

Podle některých autorů (DiMateo, DiNicola, 1982) je pro pacienty často obtížné změnit své chování ve prospěch chování kompliantního, protože jsou na původní chování dlouhodobě navyklí. Změna by pro ně znamenala překonat mocnou sílu zvyku. M. H. Becker a L. A. Maiman (1980; in DiMateo, DiNicola, 1982) považují proto za nezbytné naučit pacienta sebeovládání – tedy schopnosti vzdát se takového chování, jako je přejídání, excesivní pití alkoholu, kouření či nevhodné vyjadřování emocí. Sebeovládání je schopnost, kterou si lze osvojit. Jakmile pacient vyjádří úmysl změnit své chování a jeho odhodlání ke změně je zřejmé, je potřeba mu pomoci, aby změnil své prostředí („to alter his own environment“) a získal vládu nad svým vlastním zpevněním („to control his own reinforcement“) (DiMateo, DiNicola, 1982).

Obě rady vycházejí ze způsobu, jakými model učení vysvětluje ne/komplianci (DiMateo, DiNicola, 1982):

- klasickým podmiňováním – např. pacient, který má problémy s přejídáním, pocítí touhu po nekompliantním chování tehdy, když ucítí vůni jídla; pacient s problematickým užíváním medikace má pokušení si léky nevézt tehdy, když ho zaplaví jistý fatalismus vycházející z nesprávného přesvědčení o léčbě;

- operantním podmiňováním – úleva od bolesti způsobuje větší komplianci s léky proti bolesti; užívání antacidů ukončí žaludeční potíže způsobené určitou medikací a pacient může být více kompliantní v jejich užívání; vedlejší příznaky snižují komplianci ohledně daného léku.

Pacientovo chování je ovlivněno tím, co tomuto chování předcházelo, i tím, co po něm následovalo (anebo co pacient očekával, že bude následovat). V druhém případě můžeme mluvit o odměnách a trestech následujících po určitém jednání. Odměny a tresty mohou následovat hned po chování (pacient bude více kompliantní, bude-li za to ihned pochválen, druhými oceněn, zejména blízkými lidmi, když mu kompliance přinese příjemný zážitek, když se tím vyhne kritice), anebo po určité době (pacient bude více kompliantní s léčbou, když bude vědět, že se tím vyhne finanční ztrátě způsobené případnou pracovní neschopností, naopak může být nekompliantní, když mu hrozí ztráta sekundárních zisků z nemoci atd.).

Modely učení rovněž zdůrazňují zjišťování, pozorování a ovlivňování toho, co předcházelo a co následovalo. Nejen to – zaměřují se i na míru dovedností a zdrojů, které pacient potřebuje, aby mohl být kompliantní (DiMateo, DiNicola, 1982).

Modely učení jsou oblíbené v uvažování o komplianci (zejména kvůli optimismu, že vše se dá naučit a že neexistuje z hlediska kompliance žádný beznadějný pacient, jakož ani pacient líný či nemotivovaný). Další výhodou tohoto modelu je, že se soustřeďuje na konkrétní lidské jednání (co pacient dělá, kdy, kde, s kým atd.) – vyhýbá se tak nepřesným a urážejícím zevšeobecněním („nekompliantní pacient“). Model učení bývá však i (často nespravedlivě) kritizován za to, že zjednodušuje složitost lidské bytosti a že navrhuje jednotný přístup ke všem lidem (Rapoff, 1999; DiMateo, DiNicola, 1982).

MODEL ZDRAVOTNÍHO PŘESVĚDČENÍ („THE HEALTH BELIEF MODEL“)

Model zdravotního přesvědčení (Rosenstock, 1966; in DiMateo, DiNicola, 1982; Becker, 1974; in DiMateo, DiNicola, 1982) tvrdí, že lidé vyhledávají zdravotní péči a jsou s ní kompliantní pouze za určitých specifických podmínek. A ty jsou následující (DiMateo, DiNicola, 1982):

- když mají alespoň minimální zdravotní znalosti a minimální motivaci být zdraví – když si např. dělají starosti o zdraví svých blízkých, mají doma teploměr, chtějí v případě potřeby navštívit lékaře, užívají vitaminy, cvičí, relaxují atd. („zájem o zdravotní problematiku /všeobecně/, ochota vyhledat lékařskou pomoc“);

- když věří, že jsou zranitelní pro případné hrozící onemocnění – že by např. mohli dostat nějaké nádorové onemocnění, že by se u nich mohl znovu opakovat astmatický záchvat a jiné situace, které považují za vážné ve vztahu ke svému zdraví i ve vztahu k takovým sociálním skutečnostem, jako je účast v práci, postavení v rodině atd. („přesvědčení o své zranitelnosti, přesvědčení o vážnosti onemocnění“);

- když jsou přesvědčeni, že je teoreticky možné dostat nemoc pod svou vládu a že i oni sami jsou toho schopni – že je např. léčba penicilinem schopna odvrátit revmatickou horečku a že oni jsou schopni takovou léčbu absolvovat („přesvědčení o účinnosti léčby, víra v osobní zdatnost /self-efficacy/“ dle A. Bandury /1977; in Donohue. Levensky, 2006/);

- a že cena, kterou zaplatí za tuto léčbu (ve smyslu vynaloženého času, peněz, energie, strachu, studu, bolesti, nepohody, rizika atd.), není příliš vysoká ve srovnání s přínosy oné léčby – např. zvažují, zda navrhovaná vakcína je bezpečná, zda ji zaplatí, zda nebudou zakoušet příliš mnoho vedlejších účinků, zda nebudou muset obětovat příliš mnoho ze svého volného času, zda to nebude bolet atd. („cena léčby, přínosy a ztráty“).

Model zdravotních přesvědčení je v oblasti vysvětlení nekompliance jedním z nejčastěji přijímaných výkladů. Kritizován je ovšem také. Zejména proto, že vyzdvihuje podíl rozhodování na komplianci, a tím jakoby přehlížel podíl návykové složky (kdy člověk jedná téměř automaticky – např. u kouření, u čištění zubů). Je také kritizován za samozřejmé vyzdvižení „zdraví“ jako nejvyšší hodnoty a za spojení všech aktivit s touto nejvyšší hodnotou. Zdraví ale nemusí být u všech tou nejvyšší hodnotou a také mnohé aktivity zdánlivě související se zdravím mohou souviset s jinými hodnotami (dodržování zdravé výživy pro zvýšení atraktivity, jogging pro setkání s přáteli atd.). V takových případech by se popisovaný model ukázal jako neúčinný. Uvedený model rovněž nebere v úvahu proměnné z lidského prostředí, vše spojuje jen s hodnotou zdraví – ačkoliv např. nedodržování zdraví prospěšných aktivit nemusí souviset s odmítáním zdraví jako spíše s bariérami v prostředí (člověk nejde běhat, protože ovzduší kolem je znečištěné) (Clark, Becker, 1998).

SEBEREGULAČNÍ MODEL („SELF-REGULATORY MODEL“)

Tento model považuje pacienta za jakéhosi „vědce“ ohledně sebe a svého zdraví. Zmíněný „vědec“ si sám pro sebe formuluje hypotézy, jak funguje jeho tělo, jak na něho nemoc působí a co má dělat, aby zabránil nemoci nebo ji vyléčil. Používá u toho svou „logiku zdravého rozumu“.

Model podtrhuje důležitost kognitivních reprezentací (představ, přesvědčení), které si pacient zmiňovanou logikou vytváří. Současně zdůrazňuje potřebu shody mezi pacientovou představou o nemoci, léčbě atd. na jedné straně a zdravotníkovou představou téhož na straně druhé – tvrdí totiž, že čím větší je rozdíl mezi jejich představami, tím je nekompliance výraznější. Jako klíčové pak zastánci tohoto modelu vidí postupně tvarování toho, jak si pacient interpretuje své zkušenosti s nemocí. A to v následujících oblastech (Leventhal et al., 1997):

- jak si vykládá své symptomy (a jak je vlastně nazývá);
- v čem vidí příčinu svého stavu (např. u psychiatrických poruch: je příčinou infekce? vrozená slabost? chemická porucha? prokletí?);
- co si myslí o průběhu svého stavu (např. jak dlouho bude trvat; jak se bude stav vyvíjet během oné doby);

- jak vnímá možné somatické, sociální i finanční důsledky toho, co se s ním nyní děje;

- v čem spatřuje možnou pomoc (a zda mu mohou být užitečné pokusy pomoci ze strany jeho samotného, rodiny, blízkých či zdravotníků).

Je třeba si uvědomit, že pacientova přesvědčení jsou spíše v čase se proměňujícími hypotézami než trvale platnými zásadami. V kontaktu se zdravotníkem se mohou proměňovat, sblížovat s tím, čemu věří zdravotník. To může vést k větší komplianci. Nekompliance je naopak plodem rozporu mezi přesvědčeními zdravotníka a pacienta. Je běžným jevem, protože pacientova přesvědčení často vycházejí z mylných – i když pochopitelných – předpokladů např. o tom, že nemoc je jen krátkodobá, časově omezená (přičemž ona může být chronická), že se účinek léků pozná hned (v případě antidepressiv to však může trvat i několik týdnů, než si na ně tělo „zvykne“), že příčinou bylo jen časové nakupení stresu, kterého se může snadno vyvarovat (v případě psychózy to ale může být endogenní proces) apod. Přesvědčení o nemoci ovlivňují i to, jak pacient vnímá léčbu. Pokud je přesvědčen, že nemocí netrpí (např. psychózou), pak nemá potřebu vyhledávat lékaře – anebo ho od jeho návštěv odradí i nepatrný neúspěch léčby.

SOCIÁLNĚ KOGNITIVNÍ MODEL

Zda lidé dosáhnou změny svého chování a zda si tuto změnu udrží, je ovlivněno také tím, co si o této změně myslí (tj. kognitivními faktory). Např. podle G. C. Davisona a S. Valinse (1969; in DiMateo,

DiNicola, 1982) hraje důležitou roli skutečnost, komu lidé přičítají rozhodující podíl na změně svého chování – zda sami sobě, nebo nějakému externímu činiteli (zdravotníkovi).

Pokud sami sobě, vítají pak možnost participovat na léčbě a jsou v udržení změny mnohem vytrvalejší (můžeme u nich mluvit o vnitřním místě řízení – „locus of control“ – v otázkách zdraví). Pokud přičítají podíl na změně zejména externímu činiteli (zdravotníkovi), pak jim vyhovuje léčba, kdy rozhodnutí spočívají spíše na zdravotníkovi (vnější místo řízení v otázkách zdraví).

Podobně významné je i to, zda je pacient přesvědčen, že on sám dokáže zvládnout situaci. Mluvíme o tzv. „self-efficacy“ (Křivohlavý, 2002; Bandura, 1977; in Donohue, Levensky, 2006). Nestačí tedy jen schopnost situaci zvládat, ale i osobní přesvědčení daného člověka, že dokáže své schopnosti účinně využít. Takový člověk chápe komplianci jako

TRANSTEORETICKÝ MODEL

Všechny zatím zmíněné modely předpokládají, že pacient je pro léčbu motivovaný. Praxe však ukazuje, že tomu tak často není. Transteoretický model byl navržen, aby překonal limity zmiňovaných teorií. Jeho pilíři jsou čtyři konstrukty (Prochaska, Prochaska, Johnson, 2006; Miller, Rollnick, 2003; Prochaska, Norcross, 1999):

- fáze změny;
- zvažování rozhodnutí, ambivalence ve vztahu ke změně;
- self-efficacy;
- procesy změny.

Podle transteoretického přístupu prochází člověk na cestě ke změně chování (a takovou změnou je každé kompliantní chování) pěti fázemi:

- fázi prekontemplační, kdy popírá, že by měl problém, a nechce se proto změnit, nevidí negativa svého dosavadního chování, a pokud nějaká vidí, tak je považuje za bezvýznamná,

výzvu (spíše než skutečnost, za kterou se skrývá mnoho hrozeb), je vytrvalý a hned tak jej něco neodradí. Míra self-efficacy se u člověka vyvíjí v souvislosti s tím, jak se mu dařilo překonávat pro něj obtížné úkoly a jak se totéž dařilo jeho vzorům, které mohl pozorovat (Rapoff, 1999).

M. A. Rapoff (1999) uvádí i kritické připomínky vůči sociálně kognitivnímu přístupu. Zejména se ptá (vzhledem k využitelnosti zmiňovaného modelu), zda se self-efficacy dá vůbec měřit a zda se dá i nějak měnit. Zamýšlí se také nad tím, zda sociálně kognitivní teorie nepřehlíží vlivy okolí.

vzdal se myšlenky na změnu (aspoň v následujících šesti měsících), myšlenky na změnu ho dokonce oslabují vzhledem k mnoha pádům zpět do původního chování, které v minulosti zažil;

- fázi kontemplační, kdy již začíná zvažovat přínosy a nároky změny, ale zatím přeceňuje ony nároky;

- přípravnou, kdy si pacient už plánuje, že se v nejbližších třiceti dnech změní, a začíná pro to dělat drobné krůčky;

- fázi jednání či akce, kdy pacient již jedná a dělá ve svém chování změny směrem ke zdravějšímu způsobu života, anebo je v uplynulých šesti měsících už udělal;

- fázi udržovací, kdy již vydržel jednat zdravějším způsobem života po šest měsíců a vlastně se udržuje před návratem do nižších fází.

Většina pacientů je podle mnohých výzkumů (Prochaska, Prochaska, Johnson, 2006) ve fázi prekontemplační a kontemplační. Zvažují důvody, proč být kompliantní či proč takový nebýt. K tomu, aby své chování změnili, zatím připraveni nejsou. Když tedy navrhneme pacientům, jaké změny svého chování mohou učinit, často se míjíme s hlavní potřebou většiny z nich – potřebou zvážit plusy a mínusy případného kompliantního chování, být otevřený vůči důsledkům chování kompliantního i nekompliantního a poznat někoho, kdo již kompliantní je. A pokud to navíc činíme formou přednášky, formou hrozeb nebo nucením ke kompliantnímu jednání, mohou být naše snahy doslova kontraproduktivní.

J. M. Prochaska, J. O. Prochaska a S. S. Johnson (2006) uvádějí ještě deset základních procesů, kterými se lidé mění (např. i směrem ke kompliantnímu chování). Autoři tvrdí o těchto procesech, že vznikly „vydestilováním“

toho nejspolehlivějšího z 24 hlavních terapeutických systémů. Mezi tyto procesy změny patří: zvyšování poznání o komplianci; zážitek nepříjemných stavů v případě nekompliantního chování; zjištění, jaký pozitivní vliv má moje kompliantní chování na mé blízké; ujasnění si svých hodnot v životě, jejichž dosažení by kompliance mohla pomáhat; učinění závazku před druhými, že budu kompliantní; odměňování (se) za komplianci; zkušenost se vztahy, které člověka na této cestě podporují; propojení nového chování s příjemnými podněty; vláda nad podněty, které by mohly vést k nekomplianci; zjištění, že i společnost podporuje komplianci.

Popisovaný model je jedním z nejvíce uznávaných výkladů cesty ke kompliantnímu chování. Je však i kritizován – např. M. A. Rapoff (1999) kritizuje jeho malou propojenost s empirií.

TEORIE REAKTANCE

Tato teorie vychází z premisy, že každý člověk má právo se rozhodovat o svém chování v konkrétní situaci. Anebo že každý člověk alespoň věří, že by to tak mělo být. Pokud daná osoba vnímá ohrožení tohoto práva, reaguje snahou ho opět získat. Její snaha je tím větší, čím významnější je pro ni situace, o kterou jde, a čím větší možnost na úspěch takového úsilí vidí. Pokud je ve své snaze neúspěšná, upadá do stavu bezmocnosti (Kuhlman, 1997).

Pokud zdravotník nabízí pacientovi nějaká doporučení, mohou nastat dvě krajní situace:

- pacient přijímá doporučení, bere na sebe roli pacienta a zdravotníkovi přisoudí roli experta (pak se může objevit mocná síla „placebo efektu“);
- pacient cítí ohrožení svého konkrétního práva (čímž se objevuje mocná síla reaktance /nekompliance/).

Podle T. L. Kuhlmana (1997) reaktance (nekompliance) není (většinou) osobnostní charakteristikou pacienta – je spíše plodem interakčního procesu (podobně jako placebo). Její síla je nepřímo úměrná míře svobody a dobrovolnosti pacienta ve vztahu se zdravotníkem. Objevuje se tehdy, když

jsou ohroženy některé svobody a práva pacienta – např. tehdy, když dochází k nesouladu „náhledu“ zdravotníka a pacienta a oba zmiňovaní nedokážou spolu vytvořit neohrožující vztah (další náznak toho, že reaktance /nekompliance/ je plodem interakční výměny).

Když člověk přijímá roli pacienta v určité léčbě, zdá se mu (a mnohdy to tak i bývá), že se vzdává některých svobod (musí si sám sebe představovat jako nemocného, musí dodržovat dietu,

absolvovat krevní testy, navštěvovat lékaře, zažívat vedlejší účinky léku apod.). Možná časem nalezne jiné hodnoty, které mu ty ztracené nahradí. Do té doby ale setrvává v roli kompliantního pacienta jen potud, pokud bude přesvědčen o smyslu nabízené léčby. Pokud se mu smysl léčby vytratí, bude usilovat o znovudosažení svých svobod (dosažení pocitu, že je zdravý, že může žít bez diet, bez krevních testů, bez návštěv lékaře, bez léků) a nabízenou léčbu ukončí (Kuhlman, 1997).

SOCIÁLNĚ PSYCHOLOGICKÝ MODEL

M. R. DiMateo a D. D. DiNicola (1982) spatřují podstatu compliance ve struktuře a povaze vztahu mezi zdravotníkem a pacientem. Compliance je podle nich procesem sociálního vlivu, kdy přítomnost jedné osoby (zdravotníka) ovlivňuje chování jiné osoby (pacienta).

Další premisou tohoto modelu je přesvědčení, že pacienti se nepoddávají vlivu zdravotníka, jak by se na první pohled mohlo zdát. Oba dva – zdravotník i pacient – se pokoušejí pomocí různých strategií ovlivnit vzájemné setkání podle svých přání. Chtějí, aby druhý účastník komunikace přijal jejich pohled na zdravotnický problém. Jejich setkání je vlastně vyjednáváním – které často není reflektované – z pozic rozdílných představ, hodnot, cílů, očekávání apod.

Kompliance je pravděpodobnější, když pacient a zdravotník komunikují, když je mezi pacientem a zdravotníkem důvěra, otevřenost a naděje. Rovněž je důležité, aby léčba odpovídala pacientovým představám a hodnotám. Žádný pacient nebude zachovávat zdravotnická doporučení, o kterých si myslí, že nejsou účinná; která vedou k cíli, jež pro něj nemá hodnotu; která jsou v rozporu s tím, co si přeje jeho rodina a přátelé; či jen kvůli zdravotníkovi, kterého nemá rád a neváží si ho.

Vyjednávání má za cíl uznat pacientovy pohledy na léčbu a zaangažovat pacienta do jejího plánování a uskutečňování. Tím je zajištěna i větší spokojenost obou účastníků komunikace, stejně tak jako větší pravděpodobnost compliance (DiMateo, DiNicola, 1982).

ZÁVĚR

Zjišťujeme, že pacientovo jednání se s radami zdravotníků neshoduje, spíše než shoduje (Levensky, Donohue, 2006). Samotní pacienti považují své případné

nekompliantní chování za poměrně srozumitelné. Zdravotníci je naopak často vnímají jako nepochopitelné.

Je několik teorií, které se snaží vysvětlit principy kompliance:

Biomedicínský model (Blackwell, 1997a) zjišťuje vztahy mezi různými demografickými aspekty (věkem, pohlavím) a dodržováním léčebných doporučení. Soustřeďuje se i na faktory léčebného režimu (vliv druhu onemocnění, vážnosti zdravotního stavu, používaných léků, vedlejších účinků, přístupnosti léčby, porozumění způsobu léčení atd. na komplianci).

Modely učení (behaviorální modely kompliance) vysvětlují ne/komplianci klasickým a operantním podmiňováním. Rovněž zdůrazňují zjišťování, pozorování a ovlivňování toho, co takovému chování předcházelo a co po něm následovalo (Rapoff, 1999).

Zastánci modelu zdravotního přesvědčení tvrdí, že lidé vyhledávají zdravotní péči a jsou s ní kompliantní pouze za určitých specifických podmínek: když mají alespoň minimální zdravotní znalosti a minimální motivaci být zdraví; když věří, že jsou zranitelní pro případné hrozící onemocnění; když jsou přesvědčeni, že je teoreticky možné dostat nemoc pod svou vládu a že i oni sami jsou toho schopni, a že cena, kterou zaplatí, není příliš vysoká ve srovnání s přínosy oné léčby (Rosenstock, 1966; in DiMateo, DiNicola, 1982).

Seberegulační model považuje pacienta za jakéhosi „vědce“ ohledně sebe a svého zdraví. Tento „vědec“ si sám pro sebe formuluje hypotézy, jak funguje jeho tělo, jak na něho nemoc působí a co má dělat, aby zabránil nemoci nebo ji vyléčil. Používá u toho svou „logiku zdravého rozumu“. Model podtrhuje důležitost kognitivních reprezentací (představ, přesvědčení), které si pacient zmiňovanou logikou vytváří. Model současně zdůrazňuje potřebu shody mezi

pacientovou představou o nemoci, léčbě atd. na jedné straně a zdravotníkovou představou téhož na straně druhé (Leventhal et al., 1997).

Podle sociálně kognitivních modelů je skutečnost, zda lidé dosáhnou změny svého chování a zda si tuto změnu udrží, ovlivněna také tím, co si o této změně myslí (tj. kognitivními faktory) – např. komu přičítají rozhodující podíl na změně svého chování a zda jsou přesvědčeni, že oni sami dokážou situaci zvládnout (Davison, Valins, 1969; in DiMateo, DiNicola, 1982; Bandura, 1977; in Donohue, Levensky, 2006).

Transteoretický model upozorňuje na to, že mnozí pacienti zvažují důvody, proč být kompliantní, či naopak nebýt. K tomu, aby své chování změnili, zatím připraveni nejsou. Když tedy zdravotníci navrhnou pacientům, jaké změny svého chování mohou učinit, často se míjejí s hlavní potřebou většiny z nich – potřebou zvážit plusy a mínusy případného kompliantního chování, být otevřený vůči důsledkům chování kompliantního i nekompliantního a poznat někoho, kdo již kompliantní je (Prochaska, Prochaska, Johnson, 2006).

Zastánci teorie reaktance považují nekomplianci nikoliv za osobnostní charakteristiku pacienta, jako spíše za plod interakčního procesu (podobně jako placebo) mezi pacientem a zdravotníkem. Síla reaktance (nekompliance) je nepřímě úměrná míře svobody a dobrovolnosti pacienta ve vztahu se zdravotníkem. Objevuje se tehdy, když jsou ohroženy některé svobody a práva pacienta – např. tehdy, když dochází k nesouladu „náhledu“ zdravotníka a pacienta a oba zmiňovaní nedokážou spolu vytvořit neohrožující vztah (Kuhlman, 1997).

Badatelé upřednostňující sociálně psychologický model vidí podstatu ne/kompliance v setkání mezi zdravotníkem a pacientem. Oba dva – zdravotník i pacient – se pokoušejí pomocí různých strategií ovlivnit vzájemné setkání podle svých přání. Chtějí, aby druhý účastník komunikace přijal jejich pohled na zdravotnický problém. Jejich setkání je vlastně vyjednáváním – které často není reflektované – z pozic rozdílných představ, hodnot, cílů, očekávání apod. Compliance je pravděpodobnější, když pacient a zdravotník komunikují, když je mezi pacientem a zdravotníkem důvěra,

otevřenost a naděje. Rovněž je důležité, aby léčba odpovídala pacientovým představám a hodnotám (DiMateo, DiNicola, 1982).

Každý z uvedených přístupů přispívá svým dílem k porozumění chování pacientů (a také zdravotníků, protože i jejich chování lze se stejnou mírou vnímat jako nekompliantní). Většinu modelů spojuje neobviňující přístup k nekompliantnímu člověku; optimismus, že neexistuje z hlediska compliance žádný beznadějný pacient, a zájem o pacientova očekávání, představy, přesvědčení a hodnoty.

Do redakce přišlo: 15. 1. 2012

Po recenzi přijato 31. 12. 2012

Do tisku zařazeno: 31. 1. 2012

Práce je rozdělena do 7 částí, které postupně uveřejňujeme

LITERATURA

1. Ajzen, I., & Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84, 888-918. In: Rapoff, M. A. (1999). *Adherence to pediatric medical regimens*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
2. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215. In: Prochaska, J. M., Prochaska, J. O., & Johnson, S. S. (2006). *Assessing readiness for adherence to treatment*. In: Donohue, W. T., & Levensky, E. R. (Eds.) (2006). *Promoting treatment adherence (A practical handbook for health care providers)*. Thousand Oaks: Sage Publications.
3. Becker, M. H. & Maiman, L. A. (1980). Strategies for enhancing patient compliance. *Journal of Community Health*, 6, 113-135. In: DiMatteo, M. R., & DiNicola, D. D. (1982). *Achieving patient compliance (The psychology of the medical practitioner's role)*. New York: Pergamon Press.
4. Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health Education Monograph*, 1974, 2, 409-419. In: DiMatteo, M. R., & DiNicola, D. D. (1982). *Achieving patient compliance (The psychology of the medical practitioner's role)*. New York: Pergamon Press.
5. Blackwell, B. (1997a). From compliance to alliance: A quarter century research. In: Blackwell, B. (Ed.) (1997b). *Treatment compliance and the therapeutic alliance*. The Netherlands: Harwood Academic Publishers.
6. Blackwell, B. (Ed.) (1997b). *Treatment compliance and the therapeutic alliance*. The Netherlands: Harwood Academic Publishers.
7. Clark, N. M., & Becker, M. H. (1998). Theoretical models and strategies for improving adherence and disease management. In: Shumaker, S. A., et al. (Eds.) (1998). *The handbook of health behavior change*. (2nd ed.) New York: Springer publishing Company.