

Edukácia dospelého pacienta s artériovou hypertenziou – voľba najvhodnejších postupov

^{1,3}**PhDr. Zuzana Gavalierová, MPH**

^{2,3}**MUDr. Ahmadullah Fathi**

¹*Predsedníčka Odbornej sekcie ambulantných sestier a pôrodných asistentiek SKSaPA*

²*Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých Svit*

³*Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých Šuňava*

Abstrakt

Artériová hypertenzia (AH) patrí medzi najzávažnejšie, ale liečiteľné rizikové faktory chorôb obehovej sústavy (CHOS). Ak sa u pacienta podarí dosiahnuť cieľové hodnoty tlaku krvi (TK), prognóza ochorenia je dobrá a dobre liečení pacienti majú takmer rovnaké životné šance ako zdravé osoby bez AH. Pre dobrú kontrolu TK je potrebná adherencia a perzistencia pacienta k liečbe, čomu môže napomôcť intervencia v podobe edukácie sestrou. Autori v článku prezentujú spôsob, ako pacienta s AH motivovať k želanej zmene správania, k dodržiavaniu liečebného režimu a ako vybudovať dobrý terapeutický vzťah medzi ošetrojúcim zdravotníckym personálom a pacientom.



Kľúčové slová

Adherencia k liečbe. Artériová hypertenzia. Dodržiavanie liečebného režimu. Dospelý pacient. Edukácia sestrou. Želaná zmena správania sa.

Úvod

AH patrí k najvýznamnejším rizikovým faktorom CHOS. Zákernosť ochorenia spočíva v tom, že nemá charakteristické klinické príznaky, často prebieha asymptomaticky a väčšinu ľudí trápi ako celoživotné ochorenie. Medzi najzávažnejšie komplikácie patrí poškodenie ciev v mozgu, v srdci, poškodenie obličiek a cievneho systému dolných končatín. Predpokladá sa, že správnu a včasnou liečbou je možné znížiť celkové riziko kardiovaskulárnej chorobnosti a úmrtnosti, ako aj predísť možným komplikáciám

spôsobených neliečenou AH. Viaceré štúdie potvrdzujú, že intervencie v tejto oblasti v podobe edukácie pacienta zlepšujú výsledky tak v redukcii očakávaných komplikácií, ako i odvrátiteľných úmrtí. Pri AH je nevyhnutné, aby sestry boli erudované a ovládali patofyziológiu, klasifikáciu, cieľové hodnoty TK, nefarmakologické opatrenia, farmakoterapiu, správnu techniku merania TK v ambulancii, ako aj v domácom alebo inom prirodzenom prostredí pacienta, kontrolu dodržiavania liečebného plánu a postupy, ako správne pacienta motivovať k želanej zmene správania sa.

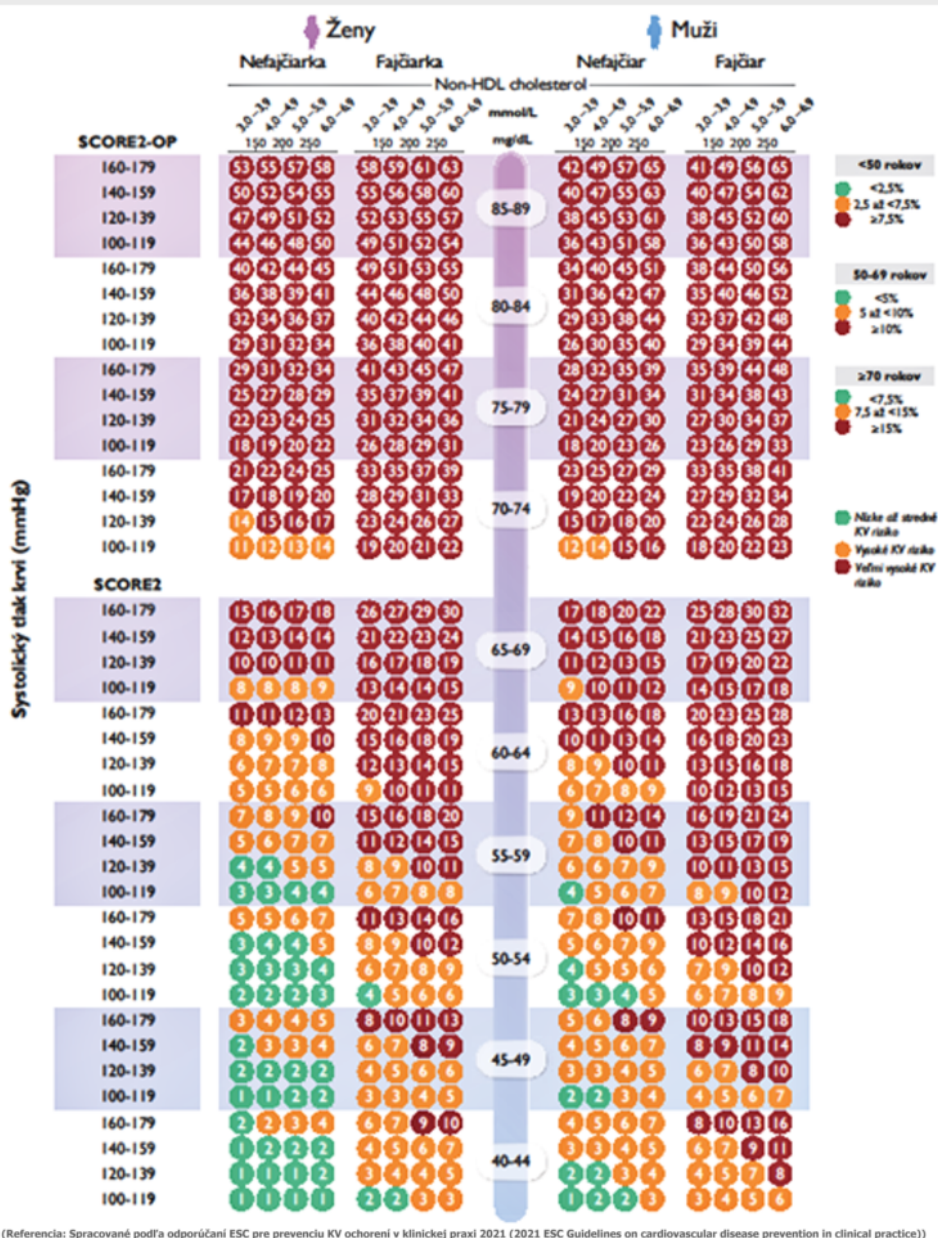
Voľba najvhodnejšieho postupu

Správnou edukáciou vie kompetentný zdravotnícky pracovník sprostredkovať vedomosti o rizikách AH, ktoré môžu viesť k závažným komplikáciám tohto ochorenia. Edukácia má nezastupiteľné miesto pri zmene vnímania a správania sa u jednotlivcov, rodín či komunít, pri podpore, udržiavaní zdravia a predchádzaní chorôb.¹ Klinická prax potvrdzuje, že edukovaný pacient má lepšiu compliance (súlady s odporúčaniami), adhérenciu a perzistenciu (vytrvalosť) k liečbe.² Pre manažment chronických ochorení, k akým AH patrí, je adhérenca k farmakologickej liečbe a nefarmakologickým opatreniam kľúčová. Pri edukácii pacienta s AH ako dôležitý argument používame cieľové hodnoty TK. Je potrebné pacientovi vysvetliť, aké má mať cieľové hodnoty TK podľa veku. Podľa najnovších odporúčaní ESC/ESH z roku 2018 pre manažment AH je pri liečbe snaha dosiahnuť cieľové hodnoty TK u pacientov vo veku 18 – 65 rokov: 120 – 129/ < 80 mmHg a u 65 a viacročných TK: 130 – 139/ < 80 mmHg. Mnohé štúdie potvrdzujú, že každý druhý hypertonik má zároveň aj dyslipoproteinémiu. Podobne sú určené cieľové hodnoty lipidov, ktoré sú stanovené na základe stratifikácie kardiovaskulárneho rizika (**tabuľka 1**).³ Pacientovi nestačí len užívať lieky, ale liečba má prejsť kontrolou, tzv. auditom, či sú dosiahnuté práve cieľové hodnoty.

Ďalším nástrojom motivácie pacienta pri edukácii k zmene rizikového správania je využitie skórovacích tabuliek (**obrázok 1**),⁴ na základe ktorých vizualizujeme pacientovi jeho riziko. Názorne ukážeme pacientovi, že ak zmení svoje rizikové správanie, poklesne mu 10-ročné riziko fatálnych KV príhod (infarkt myokardu, cievna mozgová príhoda), ale aj nefatálnych príhod napr. z červenej zóny na oranžovú. Nová stratifikácia v praxi používa non-HDL cholesterol, ktorý vypočítame: **nonHDL cholesterol = celkový cholesterol - HDL cholesterol**. V súlade s predchádzajúcimi odporúčaniami ostáva LDL-C primárnym liečebným cieľom.³

Obrázok č.1: SCORE2 (upravené podľa 4)

Stratifikačný systém SCORE2 a SCORE2-OP na odhad kardiovaskulárneho (KV) rizika
10-ročné riziko fatálnej a nefatálnej KV príhody v populácii s vysokým rizikom KV ochorení.¹



Aj malá zmena môže mať veľký účinok. Každé ďalšie zníženie sTK o 10 mmHg alebo dTK o 5 mmHg prinesie pacientom s AH signifikantnú redukciu všetkých kardiovaskulárnych a koronárnych príhod o 20 %, celkovej mortality o 10 – 15 %, cievnych mozgových príhod o 35 % a srdcového zlyhávania o 40 %.⁵

Starostlivosť o dospelého pacienta s AH sa začína jeho motiváciou k dodržiavaniu liečebného režimu a vybudovaním dobrého terapeutického vzťahu medzi ošetroujúcim zdravotníckym personálom a pacientom.¹ Stálou otázkou však ostáva, ako motivovať pacienta k tomu, aby v liečbe zotrval, dodržiaval liečebný režim a mal kontrolovanú AH. Jednou z možností, ako dosiahnuť cieľ, je zlepšiť adhérenciu a perzistenciu k nefarmakologickým opatreniam a farmakologickej liečbe. To je možné dosiahnuť zjednodušením terapeutického režimu, ale aj správnou edukáciou. Kompetentní zdravotnícki pracovníci (lekár, sestra) majú mnohokrát problém správne osloviť pacienta k edukácii, alebo použiť vhodné argumenty na zmenu jeho postoja.¹ Dnešná ľahká dostupnosť množstva informácií z neregulovaných zdrojov predstavuje závažný problém, a preto musí L/S disponovať presvedčivými argumentmi, ako ovládať spôsoby a postupy edukácie na základe medicíny založenej na dôkazoch (*Evidence based medicine* (EBM)). Z psychologického hľadiska je pre edukáciu významným momentom schopnosť motivovať osoby či skupiny primerane ich zdravotnému stavu, vôľovej a rozumovej vyspelosti. Dôležité je vedieť získať jednotlivcov nielen pre konkrétnu edukačnú aktivitu, ale dosiahnuť aj to, aby v celom edukačnom procese zotrvali, a tým

minimalizovať riziko relapsu. Nižšie uvedená teória psychoterapie v podobe Transteoretického modelu (TTM) je podľa autorov najvhodnejšou voľbou postupu.

Transteoretický model

Voľba čo najvhodnejších postupov pri edukácii pacienta s cieľom dosiahnuť trvalú zmenu v jeho správaní a odnaučenie sa od problémového správania predstavuje vážny problém v každodennej praxi. Medzi úspešné stratégie patrí TTM (obrázok 2) vychádzajúci z viacerých teórií psychoterapie a zmeny správania sa, ktorý uviedli do praxe profesori psychológie Carlo DiClemente a James Prochaska (univerzita Rhode Island, 1982). TTM zohľadňuje štyri základné aspekty: štádium zmeny, proces zmeny, rozhodovanie a pokušenie. Dôraz je kladený na proces rozhodovania sa jednotlivca vykonať želanú zmenu. Výskumy poukazujú na to, že prístup pri terapii, ktorý nezohľadňuje jednotlivé štádiá zmeny, môže pôsobiť kontraproduktívne, až spôsobiť odmietavý postoj pacienta k akejkolvek požadovanej zmene správania sa.¹ Tento psychotherapeutický model pozostáva z piatich po sebe nasledujúcich štádií, kde jednotlivé štádiá pozostávajú z procesov zmeny, ktoré pacient podstupuje. Pre aplikáciu v praxi je dôležité zistiť, v ktorom štádiu zmeny sa pacient nachádza a tomu prispôbiť ďalšie kroky a správne edukačné postupy, pretože len správne edukovaný pacient sa vie správne rozhodnúť. Jednotlivé štádiá ponúkajú príležitosť na aplikáciu vhodného, individuálne prispôbeného terapeutického plánu, čo napomáha nielen ukončeniu problémového správania, ale aj predchádzaniu prípadným relapsom.¹ Podľa stavu motivácie s cieľom efektívnej komunikácie k želanej zmene správania zaradujeme pacienta do nasledujúcich piatich štádií.

1. Nestotožnený pacient – prekontemplácia

Vo fáze prekontemplácie nemajú pacienti v úmysle počas nasledujúcich šiestich mesiacov podniknúť kroky k zmene svojho rizikového správania sa. Uvedomenie si negatív vlastného správania je prvým krokom k zmene.¹ Od pacienta počujeme: „Nechcem, neurobím, neviem o tom, nemám dôvod...“. V tejto fáze sa od L/S očakáva intervencia v podobe motivačného rozhovoru, ktorého cieľom je pomáhať pacientovi poznať svoj existujúci alebo blížiaci sa problém rizikového správania a byť mu nápomocný pri postupe na ceste k želanej zmene.¹

Príklad rozhovoru:

L/S: „Vaše opakovane namerané hodnoty TK zodpovedajú definícii AH. Všetko nasvedčuje tomu, že máte ochorenie AH, čo znamená vysoký krvný tlak.“

P: „Takže podľa vás nemám ideálny tlak, ale ja sa cítim dobre.“

L/S: „Vysoký krvný tlak nemusí mať žiadne charakteristické príznaky ani nebolí, preto je tomu ťažké uveriť. Aj z toho dôvodu sa tomu ochoreniu hovorí tichý zabijak.“ Alebo „AH poškodzuje orgány. Vysoký krvný tlak je jedným z najvýznamnejších faktorov aterosklerózy, kôrnatenia tepien. Pri neliečenom vysokom TK môžu vzniknúť komplikácie ako poškodenie ciev v mozgu, v srdci, poškodenie obličiek a cievneho systému dolných končatín.“

L/S: „Vaše hodnoty tlaku ešte nie sú na lieky, preto odporúčame nefarmakologické opatrenia vo forme úpravy životosprávy, pravidelnej fyzickej aktivity, vyhýbanie sa stresu, dostatočný čas na relax a odpočinok, dostatok spánku.“¹

2. Pacient zvažujúci zmenu – kontemplácia

Pacient v tomto štádiu si je vedomý problému, uvažuje o jeho prekonaní, ale zatiaľ nie je odhodlaný s tým nič urobiť (chýba nápad ako na to alebo aj keď vie, necíti záväzok to vykonať). Kontemplácia je charakterizovaná úmyslom pacienta zmeniť svoje rizikové správanie v nasledujúcich šiestich mesiacoch. L/S utvrďujú pacienta k pozitívnemu vzťahu k zdraviu a sebestačnosti. Do procesu zapájajú aj rodinných príslušníkov a priateľov. Výberom vhodných argumentov smerujú pacienta k uvedomovaniu si závažnosti správania sa, k rizikám neliečenej AH a pod. L/S pristupujú k pacientovi individuálne s ohľadom na jednotlivé odvrátené riziká CHOS.⁶

Príklad rozhovoru:

L/S: „Riziká neliečenej AH sú závažné a dnešné lieky na AH sú bezpečné. Viem, že je pre vás ťažké si pripustiť, že neliečená AH má vážne zdravotné následky. Pri liečbe je snahou podľa najnovších usmernení dosiahnuť tzv. cieľové hodnoty krvného tlaku vo veku od 18 do 65 rokov: 120 – 129/ < 80 mmHg a u pacientov 65 a viac 130 – 139/ < 80 mmHg. Ak sa podarí tieto hodnoty dosiahnuť, prognóza je dobrá a dobre liečení pacienti majú takmer rovnaké životné šance ako zdravé osoby bez vysokého tlaku. Určite budete mať z nefarmakologickej a farmakologickej liečby pozitívny prínos. Vy viete najlepšie posúdiť, čo je pre vás dôležité. Ak sa rozhodnete, môžeme po čase znova zhodnotiť váš zdravotný stav.“

P: „Ja si myslím, že len tu mám vysoký TK, doma mám asi dobrý.“

L/S: „Dáme vám záznamník TK, kde si môžete zapisovať hodnoty namerané doma, aby sme vedeli posúdiť, aký TK máte v domácich podmienkach, či nejde o hypertenziu z bieleho pláštá“.¹

3. Pacient plánujúci zmenu – príprava

Charakteristickými črtami štádia prípravy je úmysel pacienta vykonať zmenu v najbližšom období (uvádza sa 30 dní). Až v tomto štádiu si jedinec nielen uvedomuje, že jeho správanie je rizikové, ale aj začína robiť drobné zmeny (napr. namiesto 30 cigariet fajčí 15 a pod).¹

Príklad rozhovoru:

L/S: „Pri nákupe potravín sledujte, aké množstvo soli výrobok obsahuje, odporúčané množstvo je u dospelého 5 g denne. Všímajte si údaje na etikete alebo nálepke na obale výrobku. Dávajte pozor na skrytú soľ v potravinách, najmä v údeninách, konzervovaných výrobkoch, sladkostiach a pod.“ (napr. sladké keksy obsahujú 1,1 g soli/100 g, chlieb 1,1 – 1,3 g soli/100 g)“ alebo „Zvýšte príjem horčička/magnézia v strave. Jedným z najlepších zdrojov horčička je kakao, ale aj celozrnné výrobky, banány, zemiaky, pomaranče alebo špenát. Vyhýbajte sa potravinám, ktoré sťažujú využitie horčička zo stravy, napr. biele pečivo, údeniny a alkohol. Môžete si dať kocku horkej čokolády, ktorá má obsah kakaa 80 % a viac, obsahuje organický horčík, ktorý je dôležitý, pretože stabilizuje bunkovú membránu a priaznivo pôsobí aj na nervovo-svalový systém...“¹

Je nevyhnutné dať pacientovi behaviorálne, tzn. opisné a konkrétne kroky. Pomenovanie konkrétnych krokov, čo robiť: Napr. pri obezite: L/S: „Keď pôjdete do kaviarne na kávu a koláč, môžete si dať iba kávu, prípadne nesladené nápoje, čaj. Ak predsa len neodoláte, skúste to potom kompenzovať chôdzou, bicyklovaním, poklusom, skúste si dať 2 – 3 kolá okolo bytovky, len sa hýbte aspoň 30 minút a pod. (Návrh konkrétnych okamžite uskutočniteľných riešení)“.¹

4. Pacient v akcii – akcia

Charakterizuje ho konkrétna zmena životného štýlu pacienta a zvyčajne trvá 3 až 6 mesiacov, až kým nedôjde k osvojeniu si novovzniknutých vzorcov správania. Úlohou L/S je pacienta podporovať, pochváliť a pomôcť mu dosiahnuť presne stanovené ciele. Samotný úspech z dosiahnutej zmeny prináša pozitívne pocity a motivuje pacienta k ďalším krokom.¹

Príklad rozhovoru:

S: „Ako sa vám darí?“

P: „Pravidelne si doma meriam tlak, sledujem v potravinách množstvo soli, pravidelne užívam lieky.“

S: „Povedzte to aj pánovi doktorovi, určite ho potešíte. Sme na vás pyšní. Robíte nám radosť. Je chvályhodné, že okrem tlaku krvi si zapisujete aj hodnoty pulzov, čo je tiež dôležitý údaj pre kontrolu“. ¹

5. Pacient zotrúva v želanej zmene správania sa – zotrvanie

Piate štádium nastáva v prípade, že zmena správania trvá dlhšie ako 6 mesiacov. Pacient dodržiava rady lekára, akceptuje a pravidelne užíva lieky, dodržiava nefarmakologickú liečbu. Zotrvanie sa nedá považovať za statické štádium. Preto ak sa raz niekto stane abstinentom, tak ide o doživotné štádium zmeny správania sa, v ktorom relaps, aj keď minimálne, stále predstavuje riziko. Úlohou L/S je nachádzať postupy zabráňujúce relapsu, objektívne zhodnotiť podmienky, ktoré môžu podnecovať návrat.¹

Zlyhávanie – relaps

Relaps predstavuje regresiu z vyššieho štádia na nižšie. TTM chápe relaps ako neoddeliteľnú súčasť procesu. Štádiá akcie a zotrvania sú najrizikovejšie z hľadiska výskytu relapsov, čo je často sprevádzané pocitom rezignácie. Špirálový model znázorňuje, že ak dôjde k relapsu, návrat na cestu zmeny je zo štádia kontemplácie, resp. prípravy, nie od úplného začiatku (prekontemplácie).¹

Budovanie terapeutického vzťahu

L/S sa zameriava na prežívanie pacienta, počúva ho, pôsobí empaticky a komunikuje s porozumením jeho vnútorného prežívania. Aktívne vedie rozhovor k úmyselnej zmene problémového správania pacienta a jeho akceptácii rizika. Ak je L/S stotožnený/á s názormi pacienta, pochváli ho. Ak nie, skúsi argumentovať EBM, aby si pacient uvedomil situáciu, realitu, prijal fakt, že potrebuje pomoc a vydal sa na cestu k želanej zmene. Ak pacient prejavuje odpor k snahám, L/S zmierňuje argumenty a ustupuje, aby predišli agresívnemu prístupu pacienta. Odpor z jeho strany je vnímaný ako očakávaný jav. Pri edukácii pacienta je dôležité si uvedomiť, že prvý rozhovor je kľúčový, L/S si všíma, ako pacient reaguje na negatívne dôsledky rizikového správania (popiera, mlčí, háda sa...) a v rozhovore sa snaží uzavrieť dohodu, že pacient chce niečo aktívne urobiť.¹

Využitie TTM v praxi

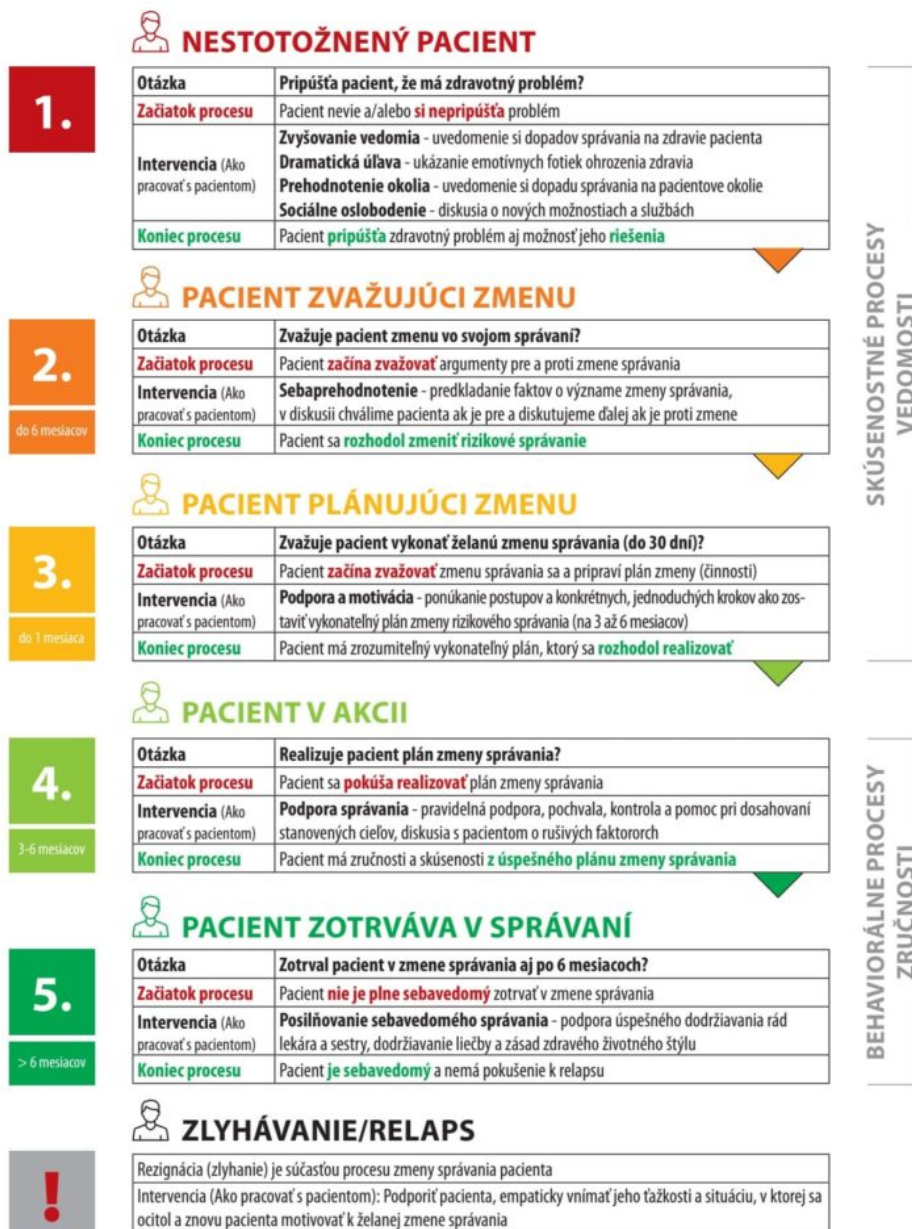
V roku 2020 bola vydaná odborná publikácia Odvrátiteľné riziká chorôb obehovej sústavy, edukácia sestrou. V tejto publikácii sú vypracované formy vzorových príkladov rozhovoru, ako komunikovať s

pacientom, ako predchádzať neúčinným komunikačným taktikám a edukácia rizikových faktorov CHOS na základe TTM. Snahou autorov je TTM spopularizovať a zaviesť do komunikácie pri liečbe chronických ochorení medzi lekárom – pacientom a sestrou – pacientom s cieľom dosiahnuť želanú zmenu správania. Aby fajčiar nefajčil, aby hypertonik dodržiaval liečebný režim, aby obézny pacient nezanedbal fyzickú aktivitu a podobne.¹ Kompetentní zdravotnícki pracovníci majú možnosť vzdelávať sa o edukácii pacienta s AH aj na webovej stránke občianskeho združenia Infodoktor, kde sú edukačné listy vypracované v prehľadnej infografickej podobe.⁶ Na to, aby lekár/sestra mohli adekvátne s pacientom komunikovať, vznikla brožúra Edukácia sestrou, starostlivosť o dospelého pacienta s AH, v ktorej sú uvedené v štruktúrovanej podobe jednotlivé typy rozhovoru vo všetkých fázach TTM. Zmyslom TTM je poskytnúť pacientovi správne informácie v správnom čase. Pretože podľa mnohých štúdií má každý druhý hypertonik často dyslipoproteinémiu (DLP), vznikla aj brožúra Edukácia sestrou, starostlivosť o dospelého pacienta s DLP. Je potrebné manažovať a liečiť viaceré tieto rizikové faktory súčasne. Ovládať správnu edukáciu dospelého pacienta s AH, DLP a/alebo obezitou je dôležité, pretože historicky po prvýkrát je sestrám pracujúcim v ambulanciách všeobecného lekára pre dospelých uznávaná edukácia ako výkon hrazený zo zdravotného poistenia. Sestry v ambulanciách VLD sú kompetentným zdravotníckym pracovníkom pri edukácii dospelých pacientov s artériovou hypertenziou, dyslipoproteinémiou a/alebo obezitou. Aj keď reálne je platba viazaná na fakturáciu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, dosiahli sme to, že výkon edukácie je viazaný na vysokoškolsky vzdelanú sestru, a nie na zdravotníckeho asistenta, čo posilňuje pozíciu sestier v ambulanciách VLD. „Výkon sa vykazuje ako pripočítateľná položka jedenkrát za kalendárny rok k výkonu H0003 a trikrát za kalendárny rok k výkonu H0004. Za edukáciu pacienta s artériovou hypertenziou, dyslipoproteinémiou a/alebo obezitou pri poučení o úprave životného štýlu a/alebo farmakoterapie sa považuje jeho poučenie sestrou alebo lekárom.“ (Zmluva s poisťovňou Union).

Obrázok č. 2: Transteoretický model (upravené podľa 6)

TRANSTEORETICKÝ MODEL (TTM)

Zaradte pacienta podľa stavu motivácie s cieľom efektívnej komunikácie k želanej zmene správania



(zdroj: Fathi, A a kol, *Odvratiteľné riziká chorôb obehovej sústavy, edukácia sestrou. Infodoktor, 2020. s. 40-67(286s.), ISBN:978-80-660-0-1*)

Záver

Primárnym cieľom povolania lekár a sestra je uzdravenie pacientov, zmierňovanie utrpenia, bolesti, ako aj všetkých patologických prejavov chorôb. Tak ako v minulosti, aj v súčasnosti je problematika adherencie k farmakoterapii vysoko aktuálnou témou verejného zdravia. Za vhodný nástroj na zlepšenie adherencie pacientov k liečbe nielen AH, ale všetkých chronických ochorení sa považuje edukácia s cieľom motivovať pacienta k dodržiavaniu liečebného režimu.⁷ Predpokladá sa, že zavedením TTM do praxe sa zefektívni komunikácia medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom s cieľom vyhýbať sa nevhodným a neúčinným komunikačným taktikám. Včasná intervencia k zlepšeniu adherencie spolu s adekvátnou liečbou viacerých rizikových faktorov súčasne je rozhodujúcim faktorom na zníženie odvrátiteľných úmrtí. Účasťou sestier v starostlivosti o pacientov s AH sa očakáva zlepšenie preventívnej zdravotnej starostlivosti, ako i zníženie ukazovateľa odvrátiteľných úmrtí. Úlohou sestry je viesť pacienta správne

edukovať o nefarmakologických opatreniach, motivovať pacienta k adherencii k farmakologickej liečbe a poučiť pacienta o prípadnom výskyte varovných príznakov, keď je potrebné stav bezodkladne konzultovať s lekárom.

Literatúra

1. FATHI, A. a kol. 2020. Odvrátiteľné riziká chorôb obehovej sústavy, edukácia sestrou. Infodoktor. 2020. s. 287 ISBN978-80-660-0-1
2. GAVALIEROVÁ, Z., FATHI, A. Prevencia chorôb obehovej sústavy – edukácia sestrou. In Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencia. In E-časopis, 2017; 01, s.39-44. ISSN 1993-5920
3. SOŠKA, V. et al: Společné stanovisko českých odborných společností ke konsensu EAS a EFLM k vyšetřování krevních lipidů a k interpretaci jejich hodnot. Klinická Biochemie a Metabolismus 2017 (25:1), p.36-42.
4. FARSKÝ, Š. Systematický monitoring kardiovaskulárneho rizika v primárnej sfére s cieľom znížiť mieru výskytu preventabilných ochorení srdca a ciev. Štandardné postupy. 2022.[online]. [cit. 2022-09-02]. Dostupné na internete: <https://www.standardnepostupy.sk/novy-zoznam-schvalenych-preventivnych-postupov-ppv-p/>
5. WILIAMS, B. et al. Eur Heart J. 2018;39(3);3021 – 3104
6. INFODOKTOR. 2021. Artériová hypertenzia-brožúra, dotazníky a ošetrovateľský záznam.[online]. [cit. 2022-09-01]. Dostupné na internete: <http://www.infodoktor.sk/brozura/>.
7. FATHI, A, GAVALIEROVÁ, Z. 2022. Intervencia na zlepšeníu adherencie k liečbe artériovej hypertenzie. In Via practica.s.78-84.