

# Intervencie na zlepšenie adherencie k liečbe artériovej hypertenzie

MUDr. Ahmadullah Fathi, PhDr. Zuzana Gavalierová, MPH

Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých, Svit

**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 artériovej hypertenzie. Ako hlavný dôvod nedostatočnej kontroly AH sa uvádza nízky stupeň adherencie k farmakoterapii. Adherencia predstavuje mieru, v akej konanie pacienta v procese liečby zodpovedá pokynom lekára. Je dôležitým faktorom na dosiahnutie účinku cielenej liečby pri chronických ochoreniach. Pre dobrú kontrolu TK je potrebná adherencia a perzistencia pacienta, čomu môže napomôcť intervencia v podobe edukácie kompetentnými zdravotníckymi pracovníkmi. Autori v článku prezentujú spôsob, ako pacienta s AH motivovať k želaným zmenám správania – dodržiavaniu liečebného režimu vrátane farmakoterapie, a ako vybudovať dobrý terapeutický vzťah medzi ošetrojúcim zdravotníckym personálom a pacientom.**

**Kľúčové slová:** adherencia k liečbe, artériová hypertenzia, edukácia sestrou, intervencia sestry, všeobecný lekár pre dospelých

## Intervention for improving adherence to treatment in patients with high blood pressure

**Arterial hypertension (AH) is one of the most severe, although a treatable risk factor of the blood circulatory system diseases (CSD). The prognosis of the disease is good and well-treated patients have almost the same life chances as healthy people without arterial hypertension, provided the patients manage to reach the target blood pressure (BP). Low degree of adherence to pharmacotherapy is stated to be the main reason of low control of blood pressure (BP). Adherence represents the scale in which the patient's actions during the treatment process correspond with the practitioner's instructions. It is an important factor in achieving effect of targeted therapy in chronic diseases. Adherence as well as persistence of the patient to the treatment is necessary for good control of BP which can be facilitated by the intervention in the form of education by competent health care professionals. In the article, the authors present a way how to motivate a patient with high BP to a desired change in behaviour – adherence to a treatment regimen including pharmacotherapy, and how to build a good therapeutic relationship between the health care workers and patients.**

**Key words:** adherence to treatment, arterial hypertension, education by nurse, nurse's intervention, general practitioner

Via pract., 2022;19(2):78-84

## Úvod

Pre manažment chronických ochorení je adherencia k farmakologickej a nefarmakologickej liečbe kľúčová. Viaceré štúdie potvrdzujú, že intervencie v tejto oblasti v podobe edukácie pacienta zlepšujú výsledky tak v redukcii očakávaných komplikácií, ako i odvrátiteľných úmrtí. Aj v súčasnosti mnohí odborníci na základe predsudkov pripisujú nízku adherenciu k medikácii pacientovi. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) významne prispela k pochopeniu adherencie tým, že presadzovala adherenciu ako multidimenzionálny jav riadený súhrou piatich súborov faktorov, ktoré sú tiež známe ako „dimenzie“. Týchto päť dimenzií zahŕňa socioekonomické faktory, faktory súvisiace s pacientom, faktory súvisiace s klinickým stavom, faktory súvisiace s liečbou a faktory súvisiace so systémom zdravotnej starostlivosti (1). Vo väčšine štúdií sa považuje adherencia pacienta užívajúceho medikáciu viac ako na

80 % za úplnú, čiastočnú tvorí 50 – 70 % užívania medikácie, non-adherencia je užívanie 0 – 50 % predpísaných liekov (2).

Priamy vzťah medzi stúpajúcimi hodnotami TK a fatálnymi/nefatálnymi príhodami CHOS sa neustále potvrdzuje observačnými štúdiami. AH patrí k najvýznamnejším rizikovým faktorom CHOS, nemá charakteristické klinické príznaky a častokrát prebieha asymptomaticky. Intervenciou v podobe edukácie by sa mal pacient dozvedieť, že AH patrí medzi závažné, ale liečiteľné rizikové faktory CHOS, a pri nesprávnej/nedostatočne vykonanej primárnej prevencii môže viesť k závažným komplikáciám. Možnými komplikáciami sú poškodenie ciev v mozgu, v srdci, poškodenie obličiek a cievneho systému dolných končatín. Správnou a včasnou farmakologickou liečbou a nefarmakologickými opatreniami je možné znížiť celkové riziko kardiovaskulárnej chorobnosti a úmrtnosti.

V roku 2018 bola publikovaná najnovšia verzia odporúčaní Európskej kardiologickej spoločnosti (ESC)/Európskej spoločnosti pre hypertenziu (ESH) pre manažment AH. Snahou je podľa aktuálne platných usmernení z roku 2018 dosiahnuť tzv. cieľové hodnoty TK – vo veku od 18 do 65 rokov 120 – 129/< 80 mmHg a u pacientov vo veku 65 a viac rokov 130 – 139/< 80 mmHg.

Mienkotvorní odborníci si uvedomujú súčasný stav manažovania kontroly AH na Slovensku a nová verzia európskych odporúčaní bola námetom pre iniciatívu odborných spoločností pod názvom Charta 70/2023. Charta 70/2023 predstavuje výzvu, podľa ktorej by do roku 2023 malo byť na Slovensku 70 % pacientov s dobre kontrolovanou AH. Cieľom je znížiť výskyt odvrátiteľných úmrtí, vo výskyte ktorých je Slovensko dlhodobo na popredných miestach medzi krajinami v Európe (3). V Charte 70/2023 sa okrem

iného kladie dôraz na zlepšenie osvetu pacientov s AH a na zvýšenie adherencie pacienta k liečbe. Metanalýza z roku 2017 ukázala, že celkovo u viac ako 80 % pacientov s nedosiahnuteľnými hodnotami TK sa zistil problém v adherencii, t. j. títo pacienti nedodrжали lekárom odporúčanú terapeutickú stratégiu, či už v dávke liekov, čase užitia, alebo frekvencii užitia (4). V prevencii KV chorôb je zásadná včasná identifikácia rizikových faktorov a včasné začatie ich kompenzácie. Je potrebné uviesť si, že výskyt modifikovateľných KV rizikových faktorov nie je doménou vysokého veku (5).

### Intervencia na zlepšenie adherencie pacienta k liečbe AH

Jednou z najdôležitejších činností všeobecných lekárov pre dospelých je vyhľadávanie pacientov s rizikom rozvoja kardiovaskulárnych (KV) ochorení. Výhodou tradičného všeobecného lekárstva býva starostlivosť o celé rodiny a možnosť záchytu ochorenia v staršej generácii, s výhodou včasnej detekcie u mladších príbuzných (7).

WHO identifikovala non-adherenciu ako zásadný problém zdravia populácie, dôležitý a modifikovateľný faktor, ktorý znižuje účinnosť liečby a negatívnym spôsobom poznamenáva zdravotný stav populácie a znamená výrazný vzostup nákladov (2). Intervencia v podobe edukácie pacienta kompetentným zdravotníckym pracovníkom je kľúčovým faktorom na zlepšenie adherencie AH: „Nedostatočná adherencia totiž nielenže zvyšuje jeho chorobnosť, ale v konečnom dôsledku aj ovplyvňuje ekonomický dosah liečby“ (8).

Starostlivosť o dospelého pacienta s AH sa začína jeho motiváciou k želanej zmene, k dodržiavaniu liečebného režimu vybudovaním dobrého terapeutického vzťahu medzi ošetrujúcim zdravotníckym personálom a pacientom. Vzhľadom na to, že adherencia je jedným z faktorov rozhodujúcich o účinkoch liečby, je potrebné venovať jej rovnakú pozornosť ako preukázanej účinnosti jednotlivých liečiv. Oplyvnením adherencie môžeme zásadným spôsobom zmeniť účinnosť liečby a tým jej celkový výsledok (8).

**Obrázok 1.** Charta 70/2023, Slovenská kardiologická spoločnosť 2017 (6)

**Charta 70/2023**  
výzva pre lepšiu kontrolu pacientov s hypertenziou na Slovensku

Vážená kolegyňa, vážený kolega,

veľmi dobre si uvedomujeme, že dobrá kontrola hypertenzie je spojená so signifikantnou redukcíou všetkých veľkých KV príhod, ako aj celkovej mortality. Napriek tomu, že v dostupnosti diagnostiky a liečby hypertenzie patríme k svetovej špičke, situácia na Slovensku v manažovaní pacientov s hypertenziou je podobne ako v mnohých európskych krajinách alarmujúca.

Podľa ostatných epidemiologických dát, len polovica hypertonikov je diagnostikovaná a z tých, čo o svojom ochorení vedia, menej ako polovica dosahuje cieľové hodnoty tlaku krvi. Dôsledkom zle liečenej hypertenzie sú KV komplikácie (vedúce príčinky v KV mortalite, CMP), či už z dôvodu nedostatočnej osvetu, zlej adherencie pacienta k liečbe, či inercií lekára<sup>1,2</sup>.

Pretože nám záleží na tom, aby aj na Slovensku boli pacienti s hypertenziou pod kontrolou a viac pacientov bolo lepšie chránených, odborné spoločnosti, zastrešujúce lekárov manažujúcich hypertenziu (SHS, SKS, SIS, SSVPL) spolu s patientskou organizáciou (Únia pre zdravšie srdce) sa rozhodli spojiť svoje sily a vyzvať svojich členov, ktorým záleží na lepšom manažmente pacientov s hypertenziou, aby svojím podpisom symbolicky deklarovali svoje každodenné úsilie vedúce k naplneniu našej spoločnej vízie lepšej kontroly hypertenzie na Slovensku

**70% pacientov s dobre kontrolovanou hypertenziou do roku 2023**

a pripojujú sa tak k tým najlepším krajinám v Európe prostredníctvom implementácie nových Európskych odporúčaní ESC/ESH z roku 2018 pre manažment hypertenzie.

Prof. MUDr. Robert Hatala, CSc., FESC, FACC  
hlavný odborník pre kardiológiu

Doc. MUDr. Slavomír Filipovič, CSc., FESC  
prízivník Slovenskej hypertenziologickej spoločnosti

MUDr. Peter Hliviak, PhD.  
prízivník Slovenskej kardiologickej spoločnosti

MUDr. Jana Bendová, PhD.  
hlavný odborník pre všeobecné lekárstvo

MUDr. Peter Matkara  
prízivník SSVPL

Prof. MUDr. Ivica Lazarič, CSc.  
prízivník Slovenskej internistickej spoločnosti

Ing. Peter Kolbárik  
prízivník OZ Únia pre zdravšie srdce

1 OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>  
2 Williams, B. et al.: 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension, European Heart Journal (2018) 39, 1-98

Edukácia má nezastupiteľné miesto pri zmene vnímania a správania sa u jednotlivcov, rodín či komunit, pri podpore, udržiavaní zdravia a predchádzaní chorôb. Klinická prax potvrdzuje, že edukovaný pacient má lepšiu compliance (súlada s odporúčaniami), adherenciu a perzistenciu (vytrvalosť) k liečbe (9). Z hľadiska lekára najdôležitejšia možnosť na zlepšenie adherencie spočíva v snahe o motiváciu chorého s náležitým vysvetlením žiaducich a nežiaducich účinkov a tiež samozrejme v poučení o dôsledkoch nedodržiavania odporúčaní. Priamou možnosťou ovplyvnenia adherencie sú voľby takých postupov, ktoré budú cho-

rým akceptovateľné, čo najjednoduchšie a najúčinnnejšie (8).

Kompetentní zdravotníckí pracovníci majú mnohokrát problém správne pacienta na edukáciu osloviť alebo použiť vhodné argumenty na zmenu jeho postoja (10). Dnešná ľahká dostupnosť množstva informácií z nerecenzovaných zdrojov predstavuje závažný problém, a preto musí lekár/sestra (L/S) disponovať presvedčivými argumentmi, ako aj ovládať spôsoby a postupy edukácie na základe medicíny založenej na dôkazoch (EBM – Evidence Based Medicine). 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 konkrétne edukačnú aktivitu, ale dosiahnuť aj to, aby v celom edukačnom procese zotrvali a tým minimalizovať riziko relapsu: „Vzťah medzi lekárom a pacientom by mal byť priateľský, založený na dôvere a spolupráci“ (11). Správna a predovšetkým personalizovaná komunikácia lekára s pacientom má teda priamy dopad na adhérenciu pacienta k liečbe.

Mnohé štúdie preukázali, že pacienti vydržia pravidelne užívať antihypertenzíva len pomerne krátky čas. Po 2 rokoch užíva lieky len 50 % pacientov a adhérenca v ďalších rokoch postupne klesá (11). Vzostup hodnôt TK o 20/10 mmHg dvojnásobne zvyšuje kardiovaskulárnu mortalitu. Naopak, efektívna liečba AH so znížením systolického TK o 10 mmHg redukuje výskyt týchto najzávažnejších kardiovaskulárnych komplikácií o 20 % a celkovú mortalitu o 10 – 15 % (4).

### Transtoeoretický model

Volba čo najvhodnejších postupov pri edukácii pacienta s cieľom dosiahnuť trvalú zmenu v jeho správaní, odnaučenie od problémového správania, predstavuje vážny problém v každodennej praxi. Medzi úspešné stratégie patrí tzv. Transtoeoretický model (TTM) vychádzajúci z viacerých teórií psychoterapie a zmeny správania, ktorý bol uvedený do praxe profesormi psychológie Carlom DiClemente a Jamesom Prochaskom (univerzita Rhode Island, 1982). TTM zohľadňuje štyri základné aspekty: štádium zmeny, proces zmeny, rozhodovanie a pokusenie. Dôraz sa kladie 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 k akejkoľvek požadovanej zmene správania pacienta. Tento psychoterapeutický model sa úspešne využíva pri liečbe závislosti u fajčiarov. Pozostáva z piatich po sebe nasledujúcich štádií, kde jednotlivé štádiá zahŕňajú procesy zmeny, ktoré pacient podstupuje. Pre aplikáciu v praxi je dôležité zistiť, v ktorom štádiu zmeny sa pacient nachádza a tomu prispôbiť ďalšie kroky a správ-

ne edukačné postupy. Jednotlivé štádiá ponúkajú príležitosť pre aplikáciu vhodného, individuálne prispôbeného terapeutického plánu, čo napomáha nielen k ukončeniu problémového správania, ale aj predchádzať prípadným relapsom (10). Podľa stavu motivácie s cieľom efektívnej komunikácie k želanej zmene správania zaradujeme pacientov do následne uvádzaných piatich štádií.

### Nestotožnený pacient – pre-kontemplácia

Pacient, ktorý sa dozvie diagnózu, sa spočiatku bráni popieraním zistených faktov. Ochorenie si neprípúšťa. L/S vo fáze pre-kontemplácie od pacienta počuje: „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 postúpiť na ceste k želanej zmene. Nestotožnenému pacientovi je potrebné definovať pojmy súvisiace s AH, možné symptomatické prejavy a výsledky doterajších vyšetrení. L/S vysvetlí význam jednotlivých parametrov. L/S čaká na reakciu pacienta (možno hodnotenia povie sám), ako on chápe a vníma danú situáciu. Až keď pacient nerozumie závažnosti svojho stavu alebo ho popiera, je potrebné dôkladne mu objasniť jeho zdravotný stav s vymenovaním rizík neliečenej AH. Pri komunikácii s pacientom vo fáze pre-kontemplácie je dôležité vyhýbať sa neúčinným komunikačným taktikám, pretože presvedčovanie nátlakovým spôsobom je málo účinné a nesmeruje pacienta k uvedomovaniu si závažnosti zdravotného stavu (12).

### Príklad rozhovoru

L: „V celej populácii sa AH vyskytuje u 35 – 45 %, v najvyšších vekových skupinách až u 90 % ľudí. Patrí medzi najzávažnejšie, ale liečiteľné rizikové faktory KV chorôb. Vaše opakovane namerané hodnoty tlaku krvi zodpovedajú definícii AH. Všetko nasvedčuje tomu, že máte ochorenie AH, čo znamená vysoký krvný tlak.“

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

L: „Vysoký krvný tlak nemusí mať žiadne charakteristické príznaky, ani neboli, preto je tomu ťažké uveriť, aj z toho dôvodu sa tomu ochoreniu hovorí tichý zabijak.“

Alebo prípad, keď má pacient príznaky v príčinnej súvislosti s AH, napr. bolesti hlavy, závraty, šumenie v ušiach, dýchavičnosť, krvácanie z nosa...

L: „Ako si vysvetľujete príčinu vašich zdravotných ťažkostí?“

P: „Neviem...“ (10).

Kognitívna disonancia predstavuje podľa teórie L. Festingena rozpor medzi poznatkami človeka a jeho konaním. Ide o prirodzenú vlastnosť, ktorá človeka motivuje k zmene a dosiahnutiu konsonancie (súlady informácií, ktorými človek disponuje, a vlastného konania), zatiaľ čo u závislých pacientov dochádza k jej potlačaniu. Vedome popierajú informácie o nesprávosti a rizikách svojho problémového správania, aby v ňom „bez výčitiek“ naďalej zotrvali. Často nastáva situácia, že napriek edukácii a informovanosti nedochádza k zmene rizikového správania u pacienta. Spôsobujú to tzv. „únikové cesty“ pred prehlbovaním kognitívnej disonancie a prípadným vnútorným diskomfortom. Typickým príkladom je dlhoročný fajčiar, ktorý je poučený o riziku vzniku rakoviny pľúc. Aby redukoval vzniknutú disonanciu vedomia, že svojím konaním ohrozuje organizmus, môže:

1. zmeniť behaviorálne elementy (prestať fajčiť, zameniť cigarety za tie s filtrom, ktoré považuje za menej škodlivé);
2. vytvoriť si klamlivý sebareflexívny obraz, že nespadá do kategórie silných fajčiarov, a preto svoje konanie nepovažuje za rizikové;
3. bagatelizovať zdroj informácie ako nevedecký či zaujatý a tým popierať celú informáciu (10).

Uvedomenie si týchto mechanizmov popierania rizikového správania môže hrať významnú úlohu pri predchádzaní redukcii kognitívnej disonancie inými cestami a nevoľe k zmene. Preto má správne cieleňá intervencia L/S nezastupiteľné miesto v procesoch zmeny (10).

Vo všeobecnosti ľudia preukazujú odpor voči zmenám, ktorý spravidla zodpovedá presvedčeniu o správosti ich

konania. Odpor nastáva aj v situáciách, keď na dosiahnutie konsonancie a požadovanej zmeny sú potrebné príliš zásadné zmeny správania alebo chýba dostatočná motivácia k zmene. Aby človek konal v rozpore so svojimi zaužívanými postojmi, musí pre neho nové správanie predstavovať podstatné výhody alebo byť dostatočne racionálne na zmenu správania. Vo fáze pre-kontemplácie pacienti nemajú v úmysle počas nasledujúcich šiestich mesiacov podniknúť kroky smerom k zmene svojho rizikového správania. Uvedomenie si negatív vlastného správania je prvým krokom k zmene (10).

### Pacient zvažujúci zmenu – kontemplácia

Pacient 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. Príčinou chronickej kontemplácie a neprijatia záväzku býva ambivalencia, keď pacient súčasne zažíva protichodné emócie. Prežíva zároveň city stenické, ktoré sú označované ako aktívne a zvyšujú aktivitu pacienta (napr. radosť, nadšenie, láska), a city astenické, čiže pasívne, ktoré naopak aktivitu znižujú (napr. smútok, beznádej, zúfalstvo). V prvom rozhovore o zmene je vhodné namotivovať pacienta k tomu, aby zmenu chcel urobiť, a pomôcť mu porozumieť. Motivácia vykonať zmenu je nevyhnutná, ale zďaleka nepostačuje na to, aby ju bol pacient schopný uskutočniť. L/S posilňuje jeho sebadôveru a pripomína dôvody pre zmenu správania (12).

#### Príklad rozhovoru

L: „AH patrí medzi najzávažnejšie, ale liečiteľné rizikové faktory srdcovocievnych chorôb. Poškodenie ciev v mozgu, v srdci, poškodenie obličiek a cievneho systému dolných končatín sú možnými komplikáciami“

P: „Ale potom musím brať lieky doživotne?“

L: „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 naj-

novších usmernení z roku 2018 dosiahnuť tzv. cieľové hodnoty krvného tlaku vo veku od 18 do 65 rokov 120 – 129/< 80 mmHg, a u pacientov 65 a viac rokov 130 – 139/< 80 mmHg“ (10).

L/S utvrdzuje pacienta v pozitívnom vzťahu k zdraviu a sebestačnosti. Do procesu zapája aj rodinných príslušníkov a priateľov. Výberom vhodných argumentov smeruje pacienta k uvedomeniu si závažnosti správania, k rizikám neliečenej AH a pod. L/S pristupuje k pacientovi individuálne s ohľadom na jednotlivé odvrátené riziká CHOS (12).

### Pacient plánujúci zmenu – príprava

Charakteristickými črtami štádia prípravy je úmysel pacienta vykonať zmenu v najbližšom období (uvádza sa 30 dní). V tomto štádiu je potrebné identifikovať možné prekážky, napr. poučenie ohľadom vedľajších a nežiaducich účinkov liekov a podobne. Klásť otázky tak, aby pacient rozmýšľal („Znížili ste množstvo soli na 5 g denne? Dodržiavate denne pitný režim, najlepšie čistú neperlivú nemineralizovanú vodu 1,5 – 2 l denne? Meriate si pravidelne TK v domácom prostredí? Užívate pravidelne lieky?“). Dôležité je hovoriť o pozitívnych dôsledkoch zmeny, vysvetliť pacientovi, že ak zmení svoj životný štýl, ako konkrétne v pozitívnom zmysle to ovplyvní jeho kvalitu života. Až v tomto štádiu si jedinec nielen uvedomuje, že jeho správanie je rizikové, ale tiež začína robiť drobné zmeny (napr. namiesto 30 cigariet fajčí 15 a pod.).

#### Príklad rozhovoru

L: „Vymenujte aspoň dve riziká neliečenej AH...“ alebo „Aké poznáte možnosti liečby AH?“ alebo „Vymenujte mi aspoň tri dôvody, prečo ste zmenili postoj k AH?“

P: verbalizuje...

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 vstrebávanie horčička zo stravy, napr. biele pečivo, údeniny a alkohol. Môžete si dať kocku horkej čokolády, ktorá má obsah kakaa 80 % a viac. Obsahuje tiež organický horčiček, ktorý je dôležitý, pretože stabilizuje bunkovú membránu a priaznivo pôsobí aj na nervosvalový systém...“ (10).

1. V tejto fáze L/S v spolupráci s pacientom plánuje ďalšie kroky vedúce k želanej zmene (pri AH: redukcia soli na 5 g denne, pitný režim, najlepšie čistá neperlivá nemineralizovaná voda 1,5 – 2 litre denne, pravidelné meranie TK v domácom prostredí...; pri obezite: redukcia hmotnosti o 2 – 3 kg za mesiac, zvýšenie fyzickej aktivity minimálne 3 – 5-krát týždenne počas minimálne 30 minút...).
2. L/S prizýva pacienta na edukačné programy podľa rizikového správania, ktoré je potrebné zmeniť s cieľom prehĺbiť úroveň vedomostí a zručností pacienta.
3. L/S na pacienta príliš nenalieha, ale ani nie je pasívny.
4. Návyk je správanie s komplexom sociálnych vzťahov, emócií, činností až rituálov spojených s miestami, ľuďmi, denným časom, naladením pacienta. Zväčša je udržiavaný a posilňovaný dlhšie obdobie života a ťažko sa mení jedným rozhodnutím.
5. Zmena vyžaduje nielen rozhodnutie, ale najmä dlhodobé učenie sa novému správaniu a mysleniu. Ak pacient v učení vytrvá, tak si vytvorí a zároveň osvojí nové návyky, ktoré budú jeho novým životným štýlom.
6. Motivácia pacienta urobiť zmenu je nevyhnutná na dosiahnutie zmeny, ale zďaleka nepostačuje na to, aby ju bol pacient schopný uskutočniť.
7. To, že sa pacient rozhodne urobiť zmenu, ale nakoniec nič neurobí, obvykle nie je spôsobené nízkou motiváciou, ale tým, že nevie, ako má postupovať, aby návyk zmenil a vytrval v novom správaní.
8. Urobiť zmenu vyžaduje naučiť sa, ako robiť nové veci a vyhýbať sa staré-

mu, škodlivému správaniu a mysleniu. Urobiť zmenu je ľahšie, ak má pacient pravidelnú a dlhodobú podporu skupiny pacientov s rovnakým problémom a/alebo odborného sprievodcu.

9. Zmena je dlhodobý proces a má obvykle vzdialený/ťažký cieľ. Tento proces je potrebné rozložiť do časovo krátkych, čiastkových a uskutočniteľných krokov a cieľov (z pohľadu pacienta).
10. Je nevyhnutné dať pacientovi behaviorálne, tzn. opisné a konkrétne kroky. Nepomáhajú odporúčania typu: Neprejedajte sa! (to je to, čo nemá robiť, a nie, čo má robiť), ani: Vstúpte si do seba!, Správajte sa zodpovednejšie! (príliš vágne a odsudzujúce osobu).
11. Pomenovanie konkrétnych krokov, čo robiť, napr. pri obezite: „Keď pôjdete do kaviarne na kávu a koláč, môžete si dať iba kávu, prípadne nesladené nápoje, čaj. Ak predsa len neodoláte, skúste to kompenzovať potom chôdzou, bicyklovaním, poklusom, skúste si dať 2 – 3 kolá okolo bytovky, len sa hýbte aspoň 30 minút a pod.“ (návrh konkrétnych okamžite uskutočniteľných riešení) (10).

### Pacient v akcii – akcia

V tomto štádiu má pacient presný plán a zanalyzované prekážky. Charakterizuje ho konkrétna zmena pacientovho životného štýlu a zvyčajne trvá 3 až 6 mesiacov, pokiaľ dôjde k osvojeniu 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. Je potrebné prejavíť porozumenie pacientovi, čo je kľúčová taktika ovplyvňovania, a tým znížiť pocity strachu a neistoty, či to pacient dokáže, že to nepôjde a pod., ako napr. „Rozumiem, že je pre vás ťažké vykonávať pravidelnú fyzickú aktivitu a pod.“. L/S cielenými otázkami zistí, či je pacient v akcii a plánuje zotrvať v želanej zmene svojho správania. Za úspechy pacienta pochváli. Ak pacient užíva farmakoterapiu, L/S zisťuje, či pacient nepozoruje vedľajšie (nežiaduce) účinky liekov (10).

### Príklad rozhovoru

S: „Ako sa vám darí?“

P: „Pravidelne si meriam TK doma, 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 TK si zapisujete aj hodnoty pulzov, čo je tiež dôležitý údaj pre kontrolu...“(10).

Nie všetky modifikácie správania sa považujú už za konkrétnu akciu, napr. u fajčiarov je to úplná abstinencia, u obéznych to predstavuje schudnúť 10 % pôvodnej hmotnosti atď. Pribeh štádia akcie môžu narušiť rôzne faktory.

- Kognitívne – očakávanie zlyhania a prerušenia abstinencie.
- Behaviorálne – vystavenie sa pokušeniu.
- Emocionálne – depresie alebo stresová záťaž.
- Environmentálne – nedostatok podpory od partnera, problémové správanie v okolí.

Tieto faktory často potenciálne vedú k relapsu. Preto je dôležité aplikovať maximálne efektívnu stratégiu s individuálnym prístupom k jednotlivcovi, ako aj cielene zapojiť procesy zmeny, napr. protipodmieňovanie, manipulácie s následkami a ovládanie podnetov (10).

### Pacient zotráva v želanej zmene správania – zotrvanie

Piate štádium nastáva v prípade, že zmena správania trvá dlhšie ako 6 mesiacov. Charakteristické je tým, že jedinec pracuje na prevencii proti relapsu. Rastúca sebadôvera (self-efficacy) je sprevádzaná zmenšovaním pokušenia relapsu. 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, v ktorom relaps, aj keď minimálne, stále predstavuje riziko. Úlohou L/S je nachádzať postupy zabráňujúce relapsu, objektívne zhodnotiť podmienky, ktoré môžu podnecovať návrat k problémovému správaniu a pracovať na ich odstraňovaní (10).

### Príklad rozhovoru

L/S: „Sme radi, že sa riadite našimi inštrukciami a radami. Je to chvályhodné. Robíte nám tým radosť a určite aj vašim blízkym...“

L/S: „Veríme, že zotrváte v týchto zmenách. Ste silná osobnosť. Ukázali ste nám to tým, že rešpektujete naše rady. Sme na vás hrdí. Môžete byť vzorom pre ostatných.“ (10).

### Zlyhávanie – relaps

Relaps predstavuje regresiu z vyššieho štádia na nižšie. TTM chápe relaps ako neoddeliteľnú súčasť procesu. Považuje ho skôr za pravidlo ako výnimku a na ceste ku komplexnej zmene správania, napr. pri obezite alebo fajčení, dochádza spravidla k 3 – 5 relapsom. K zlyhaniu môže dôjsť kedykoľvek, dokonca aj u dlhoročných abstinentov, ktorí majú tendenciu „otestovať“ svoju pevnú vôľu. Štádiá akcie a zotrvania sú najrizikovejšie z hľadiska výskytu relapsov, čo je často sprevádzané pocitom rezignácie. Špirálový model znázorňuje, že pokiaľ dôjde k relapsu, tak návrat na cestu zmeny je zo štádia kontemplácie, resp. prípravy, nie od úplného začiatku (pre-kontemplácie) (10).

V každom štádiu dominujú jednotlivé procesy zmeny, počas ktorých dochádza k ich systematickej a efektívnej aplikácii. Proces *consciousness raising* (zvyšovanie uvedomenia) prevláda v začiatkových štádiách a reprezentuje procesy ovplyvnené skúsenosťami. *Stimulus control* (kontrola podnetov) zodpovedá behaviorálnym procesom prevládajúcim v neskorších štádiách. Správne načasovanie využitia procesov v jednotlivých štádiách maximalizuje ich efekt v terapii (10).

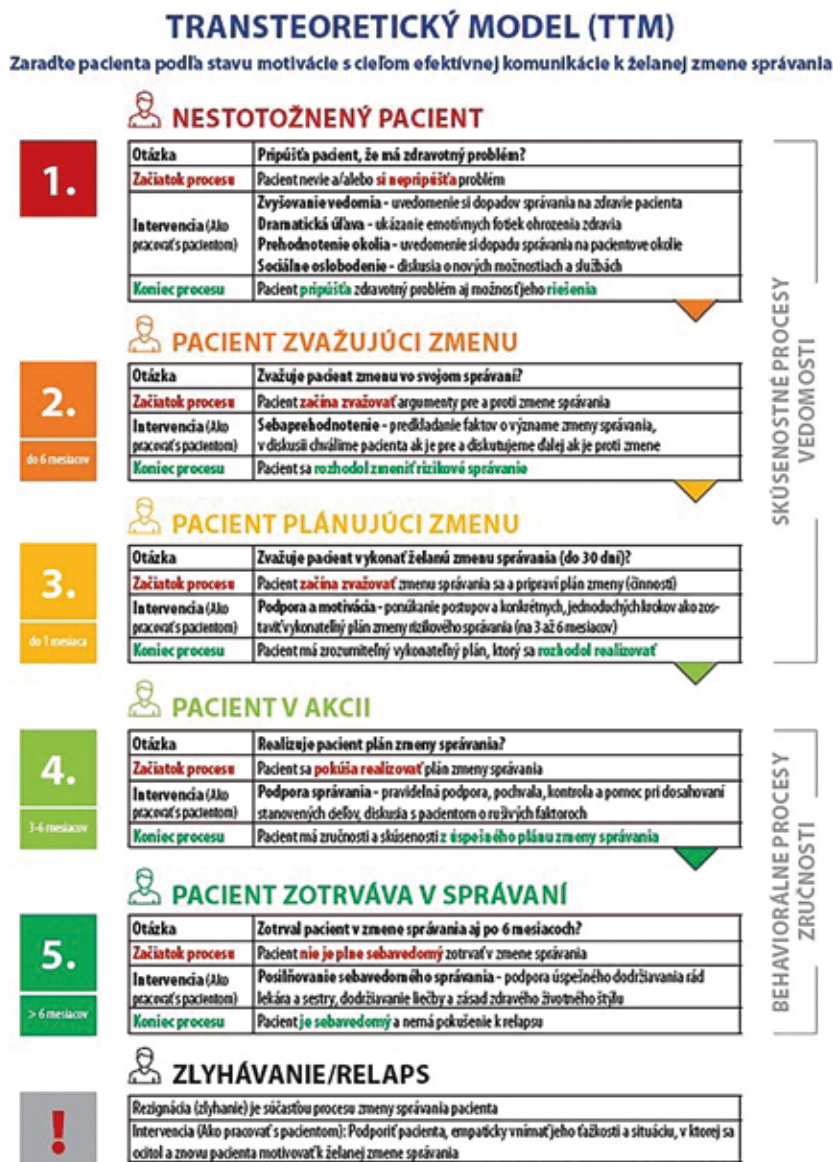
### Budovanie terapeutického vzťahu

L/S sa zameriava na prežívanie pacienta, počúva ho, pôsobí empaticky, komunikuje s porozumením jeho vnútorného prežívania. Aktívne smeruje 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 a následne prijal fakt, že potrebuje pomoc a vydal sa na cestu

k želanéj zmene. Ak pacient prejavuje odpor k snahám, L/S zmierňuje a ustupuje, aby predišiel agresívnemu prístupu pacienta. Odpor z jeho strany je vnímaný ako očakávaný jav. Pri edukácii pacienta je dôležité uvedomiť si, že prvý rozhovor je kľúčový. L/S si všima, ako reaguje pacient na negatívne dôsledky rizikového správania (popiera, mlčí, háda sa...), a v rozhovore sa snaží uzavrieť dohodu, že pacient chce niečo aktívne urobiť (10). Na zlepšenie adherencie pacienta je nevyhnutné:

1. poučiť a edukovať pacienta o nozologickej jednotke s cieľom prehĺbiť jeho vedomosti, ktoré následne vedú k akceptácii ochorenia – predpokladá sa, že edukovaný pacient je motivovaný v liečbe zotrvať,
2. poučiť pacienta o navrhovanom ďalšom diagnosticko-liečebnom postupe, o možnosti výberu liečby s prihliadnutím na denné aktivity pacienta,
3. uistiť pacienta, že pre diagnózu a diferenciálnu diagnostiku boli urobené všetky dostupné vyšetrenia podľa štandardných postupov a medicínskej praxe na Slovensku,
4. poučiť pacienta o farmakologických a nefarmakologických postupoch liečby s cieľom získať informovaný súhlas, príp. informovaný nesúhlas pacienta,
5. pacient by sa nemal pasívne podrobiť predpísanému spôsobu liečby odborníkmi, ale aktívne sa zaujímať o spôsob liečby, zároveň by mal prevziať spoluzodpovednosť pri rozhodovaní o zdravotnej starostlivosti (konkordancia: zapojenie pacienta do rozhodovania s cieľom zlepšiť compliance pacienta s lekárskej poradenstvom),
6. zaradiť pacienta do edukačného programu so zámerom prehĺbiť vedomosti a zručnosti pacienta v súvislosti s manažmentom ochorenia (self-momitoring, self-manažment) a odstránením ďalších rizikových faktorov CHOS,
7. jasne formulovať želanie pacienta (protipodmieňovanie) v procese liečby formou dohody, podporiť pacienta (motivačná stratégia),
8. zjednodušiť dávkovaciu schému liečby (preferovať fixné kombinované prípravky),

Obrázok 2. Transteoretický model (10)



Zdroj: FATH(A) a kol. 2020. Odvratiteľné riziká chorôb obehovej sústavy; edukácia sestrou. Infodoktor, 2020, s. 40-67 (206c). ISBN: 978-80-660-0-1

SLOVENSKÝ  
PACIENT

infodoktor.sk

9. preverovať možné vedľajšie a nežiaduce účinky liečby (10),
10. prediskutovať s pacientom predsudky ohľadom terapie,
11. zapojiť do nefarmakologickej a farmakologickej liečby rodinných príslušníkov alebo inú podpornú osobu,
12. vyhýbať sa neúčinným taktikám komunikácie a tým zamedziť nedorozumeniam,
13. pochváliť pacienta za dosiahnuté úspechy a pravidelne hodnotiť adherenciu a perzistenciu k liečbe (10).

Podľa Štandardného postupu (ŠDTP) by sa mala začať liečba u väčšiny pacientov fixnou kombináciou (FK) dvoch

liekov s cieľom zlepšiť rýchlosť dosiahnutia poklesu TK, účinnosť a predvídateľnosť kontroly TK. Preferovanou dvojkombináciou liekov sú blokátory renín-angiotenzín-aldosterón systému – RAAS (ACE inhibítory alebo pri jeho intolerancii blokátory angiotenzínových receptorov – ARB) s blokátorom kalciových kanálov (BKK) alebo diuretikom. Kombinácia betablokátoru a diuretika alebo iného lieku z hlavnej triedy antihypertenzív je alternatívou v prípade špecifickej indikácie pre betablokátor, napríklad angina pectoris, stav po infarkte myokardu, srdcové zlyhanie alebo kontrola srdcovej frekvencie (3). Monoterapia by sa mala

použiť pri začiatku liečby u: 1) pacientov s nízkym KV rizikom s hypertenziou 1. stupňa s hodnotou STK < 150 mmHg, 2) v prípade rozhodnutia liečiť pacienta s veľmi vysokým rizikom a s vyšším normálnym tlakom krvi alebo 3) u krehkých starších pacientov (3). Fixná trojkombinácia antihypertenzív obsahujúca blokátor RAAS + BKK + diuretikum by sa mala použiť, keď TK nie je kontrolovaný fixnou dvojkombináciou antihypertenzív (3). Spironolaktón je preferovanou začiatočnou liečbou rezistentnej hypertenzie, v prípade, že nie je kontraindikovaný (3). Ostatné skupiny antihypertenzív sa majú používať v zriedkavých situáciách, keď TK nie je kontrolovaný vyššie uvedenými liečebnými stratégiami (3).

### Využitie TTM v praxi

V roku 2020 bola vydaná odborná publikácia Odrátiteľné riziká chorôb obehovej sústavy, edukácia sestrou. V tejto publikácii je vypracované vo forme vzorových príkladov rozhovor, ako komunikovať s pacientom a predchádzať neúčinným komunikačným taktikám, a edukácia rizikových faktorov CHOS na základe TTM. Snahou autora je Transteoretický model 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 pod. (10). Ohľadom edukácie pacienta s AH sa majú kompetentní zdravotníckymi pracovníkmi L/S možnosť vzdelávať na webovej stránke občianskeho združenia Infodoktor. Na tejto stránke sú vypracované v prehľadnej infografickej podobe edukačné listy. Pozri: <http://www.infodoktor.sk/brozura/> (12).

Pacientovo uvedomenie, že jeho správanie je problémové, je prvým krokom k zmene a môže prejsť do ďalšej fázy. Časové trvanie jednotlivých štádií je individuálne, avšak každé štádium je charakterizované špecifickými procesmi zmeny a plnením úloh (12).

V edukačných listoch sa L/S dovedia konkrétne informácie k danej nozologickej jednotke (napr. AH je chronické ochorenie, ktoré si vyžaduje kon-

trolu i monitoring, je potrebné osvojiť si správnu techniku merania TK, tlakomer a jeho manžeta majú byť umiestnené na úrovni srdca bez ohľadu na polohu pacienta, manžetu je potrebné naložiť na obnažené rameno, zvoliť správnu veľkosť manžety, nezabúdať zaznamenávať aj srdcovú frekvenciu a pod.).

V každej fáze TTM je dôležité pacientovi odporučiť kroky, ktorými môže začať, pretože len správne informovaný pacient, sa vie správne rozhodnúť (13).

### Príklad edukačného listu pri AH

- Odporúča sa pitný režim, príjem tekutín 1,5 až 2,5 litra denne, v pitnom režime sa preferujú nízkomineralizované vody.
- Venovať pozornosť obsahu vlákniny v potravinách a zaradiť ich do stravovania.
- Sledovať skrytú soľ v potravinách a zisťovať obsah soli vo výrobkoch na etiketách (napr. sladké keksy obsahujú 1,1 g soli/100 g výrobku, chlieb obsahuje 1,1 – 1,3 g soli/100 g výrobku a pod.). Pokles krvného tlaku po redukcii príjmu soli možno ešte podporiť zvýšeným príjmom draslíka. Čerstvé, minimálne spracované ovocie a zelenina sú najlepším zdrojom draslíka.
- Je vhodné viesť stravovací denník z dôvodu novej konzultácie s L/S.
- V prípade, ak pacient má iný rizikový faktor (fajčiar, riziková konzumácia alkoholu, nadhmotnosť/obezita, diabetes mellitus, dyslipidémia), odporúča L/S konkrétne kroky (10).

### 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 adhérence k farmakoterapii vysoko aktuálnou témou verejného zdravia. Skúsenosti z praxe ukazujú, že zdravotníckymi pracovníkmi sa mylne domnievajú, že pacient je k liečbe motivovaný. Väčšinou je opak pravdou. Za vhodný nástroj na zlepšenie adhérence pacientov k liečbe nielen AH, ale všetkých chronických ochorení, sa považuje edukácia pacienta

kompetentným zdravotníckym pracovníkom s cieľom motivovať pacienta dodržiavať liečebný režim. Predpokladá sa, že zavedením TTM do praxe sa zefektívni komunikácia medzi zdravotníckym pracovníkom (lekár, sestra) a pacientom so zámerom vyhýbať sa nevhodným a neúčinným komunikačným taktikám. Včasná intervencia na zlepšenie adhérence spolu s adekvátnou liečbou je rozhodujúcim faktorom na zníženie odvrátiteľných úmrtí. Zlepšenie adhérence predurčuje prínos dlhodobej intervencie v podobe odstránenia rizika CHOS.

*Konflikt záujmov: Autor nie je v konflikte záujmov.*

### Literatúra

1. Alvi Y, Khalique. N, Ahmad A, Khan HS, Faizi N. World Health Organization Dimensions of Adherence to Antiretroviral Therapy: A Study at Antiretroviral Therapy Centre, Aligarh. 2019. [online]. Dostupné na: DLP <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6625256/>>. [cit. 2022-01-18].
2. Gajdošík J. Adhérence k liečbe – dôležitá súčasť dosiahnutia účinku terapie pri chronických ochoreniach. *Atherosclerosis*. 2017;2(1):15-19.
3. Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej Republiky. 2020. Komplexný manažment dospelého pacienta s arteriálnou hypertenziou v ambulantnej zdravotnej starostlivosti. [online]. Dostupné na: <<https://www.standardnepostupy.sk/standardy-vseobecne-lekarstvo/>>. [cit. 2022-01-18].
4. Gašpar L. Benefity kombinovanej liečby arteriálnej hypertenzie. *Via practica*. 2019;16(4):139-142.
5. VRABLIK, M. Efektívni komunikácie lekáre s pacientem je kľúčom k úspechu. *Med. praxi*. 2021;18(2):98-103.
6. Slovenská kardiologická spoločnosť. *Charta 70/2023*. 2017. [online]. Dostupné na: <<https://www.sks.sk/news/charta-702023>>. [cit. 2022-01-17].
7. Tůmová E. Současná intervence arteriální hypertenze a dyslipidémie. *Med. praxi* 2021;18(1):22-28.
8. Donáth V. Adhérence k liečbe scleriosis multiplex. *Via practica*. 2016;13(4):149-152.
9. Gavalierová Z, Fathi A. Prevencia chorôb obehovej sústavy – edukácia sestrou. *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencia*. *E-časopis*. 2017;01:39-44.
10. Fathi A, a kol. 2020. Odrátiteľné riziká chorôb obehovej sústavy, edukácia sestrou. *Infodoktor*; 2020: s. 287.
11. Ludka O. Motivace pacienta k celoživotnímu užívání léků u arteriální hypertenze. *Med. praxi*. 2017;14(1):11-14.
12. Infodoktor. *Arteriálna hypertenzia-brožúra, dotazníky a ošetrovateľský záznam*. 2021. [online]. Dostupné na: <<http://www.infodoktor.sk/brozura/>>. [cit. 2022-01-18].
13. Farský Š. Effectivity of Therapeutic Lifestyle Changes in Cardiology. *Archives of Cardiology and Cardiovascular Diseases*. 2019;2(2):26-32.

### MUDr. Ahmadullah Fathi

Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých  
Mierová 1, 059 21 Svit  
[mudrfathi@gmail.com](mailto:mudrfathi@gmail.com)

