

LĪDZESTĪBAS SEKMĒŠANA ANTIHIPERTENSĪVO MEDIKAMENTU LIETOŠANAI: PĒTĪJUMOS GŪTIE PIERĀDĪJUMI EFEKTĪVĀM PIEEJĀM

Gunta Freimane, Mg. psych., Mg. soc. sci.
Rīgas Stradiņa universitāte
Latvijas Diabēta asociācija
žurnāla "Diabēts un Veselība" redaktore

Paaugstināts arteriālais asinsspiediens ir apmēram 50% pieaugušo iedzīvotāju, bet pēc 60 gadu vecuma – jau apmēram 75% cilvēku, un atzīts par vienu no izplatītākajiem nāves cēloņiem pasaulē.

Hipertensija ir nozīmīgākais modificējamais riska faktors vainagartēriju slimību un to komplikāciju, kā arī sirds mazspējas, insulta, nieru mazspējas gadījumā, bet diabēta slimniekiem arī akluma cēlonis (Morrissey et al., 2017), tāpēc līdzestība antihipertensīvo medikamentu lietošanai būtiski sekmē kardiovaskulāro slimību primāro un sekundāro profilaksi. Plašos pētījumos, kas veikti hipertensijas seku vērtēšanai, secināts, ka mūsu dienās hipertensija ir nozīmīgākais veselīgu dzīvi (laiks, ko konkrēta vecuma cilvēks var nodzīvot bez invaliditātes) apdraudošais riska faktors (Lim et al., 2010).

Kaut arī hipertensijas ārstēšana jūtamī mazina saslimstību un mirstību no kardiovaskulārām slimībām (Kokreina pārskats Wring & Musini, 2009), tomēr vēl joprojām būtiska, līdz galam neatrisināta problēma un izaicinājums veselības aprūpes speciālistiem, tai skaitā

farmaceitiem, ir nelīdzestība antihipertensīvo medikamentu lietošanai, kas būtiski samazina ārstēšanas efektivitāti. Līdzestība medikamentu lietošanai ir rezultatīvas medikamentozās ārstēšanas stūrakmens, bet nelīdzestība antihipertensīvo zāļu lietošanai – būtiskākais paaugstināta arteriālā asinsspiediena (nekontrolētas arteriālās hipertensijas) cēlonis.

Līdzestības saglabāšana pacientiem ar hroniskām slimībām, kam jālieto vairāki medikamenti, jāvērtē par kompleksu pasākumu, tāpēc šajā rakstā aplūkosim pēdējos gados gūtos pierādījumus par faktoriem, kas saistīti ar līdzestību antihipertensīvo medikamentu lietošanai, un pieejām, kas sekmē efektīvas intervences līdzestības sekmēšanai.

KAS IR LĪDZESTĪBA?

Līdzestība ir pakāpe, kādā cilvēka uzvedība atbilst veselības aprūpes speciālista ieteikumiem par medikamentu lietošanu, diētu, nepieciešamām dzīvesveida pārmaiņām, par ko pacients un veselības aprūpes speciālists vienojušies (Rand, 1993). Latviešu valodā plašu informāciju par līdzestību sniedz nesen izdotā pirmā veselības psiholoģijas monogrāfija, ko izstrādājuši Rīgas Stradiņa uni-

versitātes docētāji (Mārtinsons, Sudraba, 2016).

LĪDZESTĪBA MEDIKAMENTU LIETOŠANAI UN TĀS NOZĪME HIPERTENSIJAS ĀRSTĒŠANĀ

Pēc Pasaules Veselības organizācijas apskata pētījumiem (WHO, 2003), īslaicīgai medikamentozai terapijai līdzestīgi ir 70–80% pacientu, bet ilgstošai, nepārtrauktai medikamentozai terapijai – vidēji 50% pacientu. Lielbritānijā medikamentus hipertensijas ārstēšanai vidēji 50% pacientu pārtrauc lietot pēc pusgada (DiMatteo, 2004). Puse no pacientiem pārtrauc lietot medikamentus gada laikā, 10% – samazina medikamentu devu (Elliott, 2008).

Nesen publicētas metaanalīzes dati par līdzestības pētījumiem 12 603 hipertensijas slimniekiem 15 valstīs, kas veikti no 2009. līdz 2016. gadam (Abegaz et al., 2017), izmantojot Moriskija medikamentu līdzestības aptauju (Morisky medication adherence scale-8) (Morisky et al., 2008) liecina, ka krietni daudz hipertensijas slimnieku (45,2%) un nedaudz mazāk hipertensijas slimnieku ar komorbiditāti (31,2%) ir nelīdzestīgi medikamentu lietošanai. Daudz

biežāk – 83,7% gadījumu – nelīdzestību konstatē hipertensijas slimniekiem ar paaugstinātu arteriālo asinsspiedienu.

NELĪDZESTĪBAS VEIDI UN SEKAS

Medikamentozās ārstēšanas nelīdzestības veidi ir ārsta ieteiktās zāļu devas samazināšana, retāka zāļu lietošana (piemēram, nevis divreiz, bet tikai reizi dienā), zāļu lietošana neatbilstošā laikā (piemēram, nevis pusstundu pirms ēšanas, bet gan – pēc ēdienreizes), lietošanas biežuma samazināšana vai ilguma saīsināšana (piemēram, nevis divreiz gadā pa 3 mēnešiem, bet gan – tikai reizi gadā vai – tikai vienu mēnesi).

Nelīdzestību, tendenci samazināt medikamentu devas un pārtraukt to lietošanu biežāk konstatē, ja medikamentiem ir nevēlamas blaknes (Weir et al., 2000). Ja medikamentu lietošana izraisa blaknes, pacients, novērtējot ieguvumu un zaudējumu no medikamentu lietošanas, bieži secina, ka zaudējumu ir vairāk, un tāpēc nelīdzestība palielinās. Arī medikamentu lietošanas shēmas sarežģītību pacients novērtē kā "zaudējumu", tāpēc līdz ar shēmas sarežģītību (piemēram, zāļu lietošanas biežums, vairāku medikamentu izmantošana, nepieciešamība ieņemt zāles pusstundu pirms vai pēc ēdienreizes) pieaug nelīdzestība ārstēšanai.

Nelīdzestība, kā iepriekš minēts, samazina ārstēšanas efektivitāti, pacientu bez invaliditātes nodzīvotos mūža gadus, dzīves kvalitāti, kā arī ievērojami palielina ārstēšanas izmaksas. Piemēram, ja pacientam, kas ir nelīdzestīgs antihipertensīvo medikamentu lietošanai, nepieciešama hospitalizācija, veselības aprūpes izmaksas ir par 50% lielākas nekā līdzestīgiem pacientiem, jo nepieciešama daudz komplicētāka ārstēšana un ilgāka hospitalizācija (Dragomir, 2010).

FARMACEITA NOZĪME LĪDZESTĪBAS SEKMĒŠANĀ

Pasaules Veselības organizācijas stratēģiskos dokumentos (piemēram, WHO, 2003) farmaceitu iespējamais pienesums līdzestības sekmēšanā atzīts par ļoti nozīmīgu.

Tieši medikamentozās līdzestības sekmēšanā ļoti daudz var darīt farmaceiti, jo viņi ir paši pieejamākie veselības aprūpes speciālisti un farmaceitiskās aprūpes ietvaros var sniegt gan palīdzību, gan informāciju, piemēram, par zāļu izvēli, tiesībām uz valsts noteiktām atlaidēm, blaknēm. Īpaši svarīgi ir tas, ka farmaceiti var noskaidrot pacientu uzskatus par medikamentiem un kļūdēt nezinātniskus uzskatus, kas balstās uz mītiem un kļūdainiem pieņēmumiem. Pētījumu rezultāti liecina, ka interence (mērķtiecīgi pasākumi, konsultācija) farmaceitiskā aprūpē palīdz būtiski sekmēt līdzestību. Ja šīs darbības veic farmaceits, tās ir efektīvākas, salīdzinot ar citur gūtu informāciju, jo pacienti uzskata, ka farmaceits ir eksperts zāļu lietošanā.

MEDIKAMENTU LIETOŠANAS SĀKŠANA KĀ VESELĪBAS UZVEDĪBAS UN IERADUMU MAIŅA

Medikamentu (arī antihipertensīvo līdzekļu) regulāras lietošanas sākšanu var vērtēt par uzvedības pārmaiņu, jo šai gadījumā cilvēkam jāmaina ierastie uzvedības stereotipi un ieradumi. Uzvedības pamatā ir zināšanas, uzskati un pārliecība, kas veido motivāciju (kāpēc cilvēks izvēlas kaut ko darīt vai nedarīt). Kā liecina informācija Londonas Globālās universitātes Uzvedības izmaiņu centra (ULC Centre for Behavioral Change) mājaslapā, pasaulē katru dienu tiek publicēta informācija par apmēram 100 veselības uzvedības pētījumiem.

Psihologi (Michie et al., 2005) kons-

tatējuši, ka uzvedības pārmaiņu īstenošanu, arī antihipertensīvo medikamentu lietošanas sākšanu un ilgstošu līdzestību to lietošanai, traucē šādas barjeras.

Kapacitātes barjera: nepieciešamo zināšanu un prasmju trūkums.

Nodomu barjera: motivācija, atmiņa un uzmanība (piemēram, cilvēks aizmirst iedzert zāles, neievēro, ka aptiekā saņēmis nepareizu zāļu iepakojumu), pārliecība par ārstēšanās sekām (piemēram, pārliecība, ka zāles izraisa blaknes un izraisa "atkarību"), sociālā ietekme (piemēram, nevēlēšanās, lai kolēģi uzskatītu par slimu, sabiedrībā valdošie mīti par arteriālās hipertensijas ārstēšanu), citas prioritātes (piemēram, "nav laika, lai ārstētos"), profesionālā identitāte, pārliecība par savu spēju īstenot ārstēšanos (psihologi to sauc par pašefektivitāti), stress, trauksme un depresija.

Veselības aprūpes sistēmas barjera: ārstēšanās un speciālista konsultāciju pieejamība, izdevumi par medikamentiem.

Nesen veikta metaanalīzē (Khatib et al., 2014), vērtējot veselības aprūpes sistēmas barjeras, kas samazina līdzestību antihipertensīvo medikamentu lietošanai, pētnieki secinājuši, ka izplatītākās barjeras pacientiem ir zināšanu trūkums, stress, trauksme, depresija, zāļu lietošanas aizmirstāšana.

Barjeras ietekmē hipertensijas ārstēšanas sākšanu, dzīvesveida modificēšanu un medikamentu lietošanu, regulāru ārstēšanas vērtēšanu, kā arī pārmaiņu veikšanu, ja tas nepieciešams, jo visos šajos procesos pacientiem jāpiedalās, tie jāīsteno aktīvi un mērķtiecīgi (piemēram, jāsāk lietot medikamenti, tie laikus jāiegādājas, jāapmeklē ārsts un nepieciešamības gadījumā jāpielāgo medikamentu deva vai jāmaina ārstēšanās shēma).

LĪDZESTĪBU IETEKMĒJOŠIE FAKTORI

Kā minēts šogad Latvijā izdotā pirmajā plašākajā zinātniskajā monogrāfijā par

veselības psiholoģiju, "līdzestība atkarīga no vairākiem faktoriem: veselības pārlicības (angļu *health beliefs*) un personības raksturojuma (emocionāliem, kognitīviem faktoriem un personības iezīmēm), sociālā un psihosociālā raksturojuma, organizatoriskiem un vides faktoriem un komunikācijas problēmām." (Mārtinsons, Sudraba, 2016).

PACIENTU UZSKATI PAR VESELĪBU, SLIMĪBU UN MEDIKAMENTU LIETOŠANU

Viens no būtiskiem faktoriem, kas ietekmē līdzestību medikamentu lietošanai, ir pacienta uzskati par veselību un slimību, arī par medikamentiem, viņa viedoklis par nepieciešamību ārstēties, savām spējām šo nodomu īstenot (psihologi to sauc par pašefektivitāti), ārstēšanās iespējamiem rezultātiem un ārstēšanās "izmaksām" jeb negatīvo ietekmi, kāda tai varētu būt (piemēram, finansiālās izmaksas, "atkarība" no medikamentiem, iespējamās blaknes).

Novērtējot dažādu intervenču, efektivitāti secināts, ka pacienta paša veikta asinsspiediena kontrole, mērīšana paliecinātā intervences efektivitāti (Rottman, 2017). Asinsspiediena mērīšana sniedz pacientam personisko pieredzi par asinsspiediena paaugstināšanos un sliktākas pašsajūtas cēloņiem, kā arī faktoriem, kas asinsspiedienu paaugstina vai pazemina, piemēram, medikamentu iedarbību. Līdzekus dažādiem uzskatiem par hipertensiju un tās ārstēšanu pacienta paša pieredze viņam dod iespēju pārliecināties par to, kas konkrēti viņam vajadzīgs. Pieredzes gūšana par medikamentu lietošanas/nelietošanas ietekmi ir aktīvs mācīšanās veids, kas ļauj pacientam pārliecināties, vai medikamenti strādā, vai tie tiešām nepieciešami un vai tie izraisa blaknes, kā arī koriģēt dažādus mītus, piemēram, uzskatu, ka medikamenti jālieto tikai tad, kad asinsspiediens pa-

augstinājies, ka paaugstinātu asinsspiedienu var "sajust," bažas par "atkarības veidošanos" u.c.

PAŠEFEKTIVITĀTE

Pašefektivitāte ir pacienta pārliecība par savām spējām īstenot konkrētu uzdevību, piemēram, medikamentu arteriālās hipertensijas ārstēšanu un kontroli. Augstāka pašefektivitāte sekmē līdzestību antihipertensīvo medikamentu lietošanai (McCauley, 1993). Plaša kvantitatīvo un kvalitatīvo pētījumu metaanalīze (Khatib, 2014) liecina, ka slimnieks nejūtas spējīgs pietiekami efektīvi darboties hipertensijas ārstēšanā (pašefektivitāte ir zema), tāpēc farmaceits var vērtēt savas iespējas paaugstināt pacientu pašefektivitāti (piemēram, izskaidrot, ko nozīmē paškontrolē gūtie mērījumu rezultāti, kā tos interpretēt un ko praktiski darīt, kā pareizi veikt asinsspiediena paškontroli, lai nezustu pārliecība par rezultāta precizitāti), sekmējot līdzestību.

MOTIVĀCIJA

Regulāru antihipertensīvo medikamentu lietošanu traucē arī nepietiekama motivācija, ko nosaka, piemēram, slimības simptomu trūkums. Tāpēc pacienti, kam slimības sākumā novēro noteiktus simptomus (piemēram, galvassāpes), kuri ārstēšanās ietekmē mazinās, ir līdzestīgāki medikamentu lietošanai un viņu asinsspiediens ir tuvāks mērķa rādītājiem (Scisney-Matlock, Watkins, 2003).

Uzskatāmu priekšstatu par to, kā dažādi ar ārstēšanos saistīti un psihosociāli faktori un to mijiedarbība ietekmē līdzestību, sniedz arī Jaunanglijas Veselības aprūpes institūta (New England Healthcare Institute) pētnieku izstrādātais modelis, ar ko iepazīstinājam lasītājus *Materia Medica* 2016. gada decembra numurā (Freimane, 2016).

Daudzveidīgām intervencēm, kas vērstas uz līdzestības sekmēšanu antihipertensīvo medikamentu lietošanai, ir dažādi

mērķi. Pētījumos tiek vērtēti atšķirīgi galaiznākumi (piemēram, daļā pētījumu vērtē pacienta asinsspiediena pārmaiņas, bet citos – pacienta līdzestību, izmantojot anketēšanu) un arī efektivitāte. Lai vērtētu pētījumos izmantotās intervences un pieejas un atlasītu tādas, kas visefektīvāk ietekmē līdzestību, tiek izmantotas pētījumu metaanalīzes.

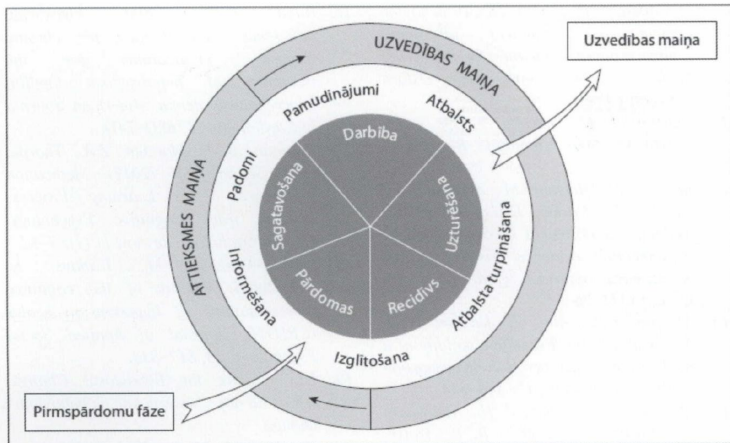
PĒTĪJUMOS GŪTIE PIERĀDĪJUMI PAR EFEKTĪVĀKAJĀM METODEM LĪDZESTĪBAS SEKMĒŠANAI

2015. gadā veiktas metaanalīzes (Conn et al., 2015) rezultāti par pētījumiem, kur izmantotas dažādas metodes līdzestības sekmēšanai 34 272 pacientiem, liecina, ka efektīvākie rezultāti bijuši šādām pieejām līdzestības sekmēšanai:

- līdzestības un ieradumu veidošanas saistīšanai;
- atgriezeniskās saites sniegšanai pacientam;
- pacientu pašu veikta asinsspiediena kontroles izmantošanai;
- īpašu jāļu kastīšu un speciāla iepakojuma izmantošanai;
- motivējošās intervences izmantošanai.

Efektīvākās intervences līdzestības sekmēšanai iekļāva vairākus komponentus un bija ilgstošas. Pētījuma rezultāti liecina, ka intervences līdzestības sekmēšanai bija efektīvākas vecākiem cilvēkiem, sievietēm un pacientiem ar vidējiem vai lieliem ienākumiem. No tā var secināt, ka izmantotās metodes ne vienmēr ir efektīvas jaunākiem cilvēkiem, vīriešiem un pacientiem ar zemiem ienākumiem.

Savukārt citā metaanalīzes pētījumā, kas aptvēra intervences ar 60 876 hipertensijas slimniekiem (Conn, 2016), konstatēts, ka lielāka efektivitāte/labāki rezultāti panākti tieši farmaceitu īstenotās intervencēs antihipertensīvo jāļu lietošanas līdzestības sekmēšanai, salīdzinot ar



Attēls. Transteorētiskais (pārmaiņu posmu) modelis

citām intervenču īstenotāju grupām.

Vēl citā plašā metaanalīzē (*New Zealand Guidelines Group, 2012*) secināts, ka efektīvas ir tās pieejas, kas balstās uz transteorētisko veselības uzvedības modeli un motivējošās intervēšanas izmantošanu. Kas ir šīs metodes, un kā varam tās izmantot ikdienas darbā?

Transteorētiskais veselības uzvedības modelis (Mārtinsons, Sudraba, 2016) attēlo iepriekš minētās veselības uzvedības pārmaiņas kā procesu, kurā ir noteikti posmi un katrā no tiem ir efektīvi lietot konkrētas metodes uzvedības pārmaiņu (arī līdzestības antihipertensīvo medikamentu lietošanai) sekmēšanai.

Ja pacients vēl nav pieņēmis lēmumu mainīt savu uzvedību (atrodas pārdomu posmā), piemēram, ir nelīdzestīgs, bet "pārlicināts par savu taisnību", efektīva taktika ir sniegt vispārīgu informāciju par hipertensiju, savukārt tad, kad pacientam jau radušās šaubas, jautājumi un viņš vēlas noskaidrot, kā varētu panākt labākus rezultātus hipertensijas ārstēšanā (sagatavošanās posms), ir lietderīgi sniegt praktisku padomu, mācīt veikt paškontroli, labāk izprast tās rezultātus, skaidrot medikamentu

iedarbību. Kad pacients sācis sava ierastā uzvedības stereotipa maiņu (lieto medikamentus, kontrolē asinsspiedienu, pieraksta mērījumu rezultātus – atrodas darbības posmā), lietderīgi ir apjautāties par grūtībām, skaidrot neskaidro un sniegt pamudinājumu turpināt iesākt, savukārt uzturēšanas posmā pacients būs pateicīgs par saņemto atbalstu (piemēram, apjautāšanos, kā veicas asinsspiediena kontrole, vai zāļu iegāde nesagādā grūtības), kā arī intereses paušanu par ārstēšanās rezultātiem.

Par motivējošo intervēšanu lasītāji var gūt informāciju žurnāla *Doctus* 2016. gada jūlija numurā, kur publicēts E. Freitas un E. Poplavskas raksts "Motivējošā intervija. Kā farmaceitam veidot efektīvu komunikāciju ar pacientu?".

KONSULTĀCIJA PAR MEDIKAMENTU LIETOŠANU

Viens no veidiem, kā sekmēt līdzestību medikamentu lietošanai, ir īpaša konsultācijas struktūra, kuras galvenais uzdevums ir izzināt pacienta uzskatus, viedokli par savu slimību, ārstēšanos un medikamentu lietošanu (angļu *Medication-*

Related Consultation Framework). Sākumā konsultants (piemēram, ārsts vai arī farmaceits) aicina pacientu atklāti pastāstīt par savu pieredzi saistībā ar slimību un ārstēšanos, kā arī galveno problēmu, kas šai laikā radusies. Pēc tam konsultants lūdz pastāstīt par zāļu lietošanu saistībā ar slimības ārstēšanu. Ir svarīgi noskaidrot, kādi ir pacienta uzskati par ārstēšanos, kas ietekmē viņa uzvedību attiecībā uz medikamentu lietošanu. Turpinājumā pacientam tiek piedāvāts noteikts ārstēšanās plāns, nosakot konkrētus mērķus, par ko jāsaņem viņa piekrišana, lai pacients justos iesaistīts ārstēšanā kā aktīvs partneris, no kura gribas un sadarbības atkarīgs ārstēšanās rezultāts. Ar pacientu jāvienojas, kā rīkoties, ja rodas grūtības ārstēšanās plāna īstenošanā (piemēram, zāļu blakusparādības), kā arī par nākamās konsultācijas laiku. Jāņem vērā, ka šādu konsultācijas struktūru izmanto, lai sāktu ārstēšanos ne tikai ar receptu, bet arī ar bezreceptu medikamentiem.

Praksē lietojams *Materia Medica* 2017. gada 3. numurā aprakstītais modelis medikamentozās līdzestības sasniegšanai (pēc Martin et al., 2010) "Informācija – Motivācija – Stratēģija" (Freimane, 2017).

Lietojot pētījumos ieteiktās metodes, farmaceits var efektīvi sekmēt līdzestību antihipertensīvo medikamentu lietošanai un palielināt savu klientu veselīgas dzīves gadu skaitu! 

Vēres

1. McCauley, E. (1993). *Self efficacy and the maintenance of exercise participation in older adults. Journal of Behavioral Medicine*, 16, 103–113.
2. Conn, V.S., Ruppert, T.M., Chase, J.A., Enriquez, M., & Cooper, P.S. (2015). *Interventions to Improve Medication Adherence in Hypertensive Patients: Systematic Review and Meta-analysis. Curr. Hypertens. Rep.* 17 (12): 94.
3. Conn, V.S., Ruppert, T.M., & Chase J.D. (2016). *Blood pressure outcomes of medication adherence interventions: systematic review and meta-analysis. J. Behav. Med.* 39 (6): 1065–1075.
4. Dragomir, A., Côté, R., Roy, L., Blais,

- L., Lalonde, L., Bérard, A., & Perreault, S. (2010). Impact of adherence to antihypertensive agents on clinical outcomes and hospitalization costs. *Med Care*, 48 (5): 418–25.
5. Elliott, W.J. (2008). What factors contribute to the inadequate control of elevated blood pressure. *The Journal of Clinical Hypertension*, 10: 20–26.
6. Freimane, G. (2017). Līdzestība antihipertensīvo medikamentu lietošanai un veidi tās sekmēšanai. *Materia Medica*, 3, 39–42. lpp.
7. Freimane, G. (2016). Līdzestība medikamentu lietošanai un tās sekmēšanas iespējas. *Materia Medica*, 12: 26–28.
8. Khatib, R., Schwalm, J.D., Yusuf, S. et al. (2014). Patient and Healthcare Provider Barriers to Hypertension Awareness, Treatment and Follow Up: A Systematic Review and Meta-Analysis of Quantitative and Qualitative Studies. *PlosOne*, 9: e84238.
9. Lim, S.S., Vos, T., Flaxman, A.D., et al. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380: 2224–2260.
10. Martin, L.R., Haskard-Zolnerek, K.B., & DiMatteo, M.R. (2010). *Health behavior change and treatment adherence: Evidence-based guidelines for improving healthcare*. New York, NY: Oxford University Press.
11. Mārtinsons, K., Sudraba, V. (Zin. red.). (2016). *Veselības psiholoģija*. Rīga: RSU, 238 lpp.
12. Michie, S., Johnston, M., Abraham, C., Lawton, R., Parker, D., et al. (2005). Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: A consensus approach. *Qual Saf Health Care*, 14 (1): 26–33.
13. Morisky, D.E., Ang, A., Krousel-Wood, M., et al. (2008). Predictive validity of a medication adherence for hypertension control. *J Hypertens*, 10: 348–354.
14. Morrissey, E.C., Durand, H., Nieuwlaat, R., Navarro, T., Haynes, R. B., Walsh, J.C., Molloy, G.J. (2017). Effectiveness and content analysis of interventions to enhance medication adherence and blood pressure control in hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Psychol Health*, 27: 1–38.
15. New Zealand Guidelines Group (2012). *Effective health behaviour change in long-term conditions: A review of New Zealand and international evidence*. Wellington: Ministry of Health of New Zealand.
16. Rand, C.S. (1993). *Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia*. *American Journal of Cardiology*, 72: 68D–74D.
17. Rottman, B.M., Marcum, Z.A., Thorpe, C.T., Gellad, W.F. (2017). *Medication Adherence as a Learning Process: Insights from Cognitive Psychology*. *Health Psychology Review*, 11 (1): 7–32.
18. Scisney-Matlock, M., Watkins, K. W. (2003). Validity of the cognitive representations of hypertension scales (CRHTN). *Journal of Applied Social Psychology*, 33, 817–832.
19. ULC Centre for Behavioral Change. Iegūts no <http://www.ucl.ac.uk/behaviour-change>
20. Wright, J.M., Musini, V.M. (2009). *First-line drugs for hypertension*. The Cochrane Library.
21. Weir, M. R., Maibach, E. W., Bakris, G. L., Black, H. R., Chawla, P., Messerli, F. H., et al. (2000). Implications of a health life style and medication analysis for improving hypertension control. *Archives of Internal Medicine*, 160, 481–490.
22. WHO (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. WHO, 211 p.