

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ А.И. ЕВДОКИМОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Сивакова Оксана Викторовна

**МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ
ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

19.00.04 – Медицинская психология (медицинские науки)

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание учёной степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Сирота Наталья Александровна

Москва – 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	6
Введение	9
ГЛАВА 1. Современное состояние проблемы медико-психологической коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний с применением дистанционных технологий (обзор литературы)	21
1.1. Распространенность сердечно-сосудистых заболеваний в России и в мире	21
1.2. Связь основных предотвратимых факторов риска с вероятностью развития сердечно-сосудистых заболеваний.....	23
1.3. Стратегии профилактики сердечно-сосудистых заболеваний	25
1.4. Биопсихосоциальная и биомедицинская модели.....	27
1.5. Мотивационное интервьюирование	31
1.6. Транстеоретическая модель изменений.....	39
1.6.1. Стадии изменений	40
1.6.2. Процессы изменений	42
1.7. Копинг-профилактика.....	45
1.8. Внутренняя картина болезни, внутренняя картина здоровья, внутренняя картина лечения.....	47
1.9. Влияние социальной поддержки на образ жизни	49
1.10. Интернальный и экстернальный локус контроля	51
1.11. Самоэффективность	51
1.12. Стресс, депрессия и тревога.....	53
1.13. Проблема приверженности пациентов профилактическому лечению	57
1.14. Подготовка специалистов в рамках биопсихосоциальной модели медицины	58
1.15. Основные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний.....	60
1.15.1. Курение	61
1.15.2. Дислипидемия.....	63
1.15.3. Повышенное артериальное давление	64
1.15.4. Повышенный уровень глюкозы крови.....	64
1.15.5. Низкий уровень физической активности.....	65

1.15.6. Избыточная масса тела и ожирение	66
1.15.7. Избыточное употребление алкоголя	67
1.15.8. Недостаточный уровень употребления овощей и фруктов	69
1.15.9. Психосоциальные факторы риска	69
1.16. Концепция сохранения здоровья и здоровьесберегающих технологий	72
1.17. Применение современных дистанционных технологий	73
1.17.1. Влияние на приверженность	79
1.17.2. Организационный аспект	80
1.17.3. Экономический аспект	81
1.17.4. Психологический аспект	82
ГЛАВА 2. Материалы и методы.....	85
2.1. Объекты и объемы исследования	85
2.2. Методы исследования.....	87
2.3. Дизайн исследования	95
2.4. Статистический анализ.....	99
ГЛАВА 3. Структура и компоненты комплексной программы медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий	101
3.1. Медико-психологические методы и подходы.....	102
3.1.1. Углубленное профилактическое консультирование	102
3.1.2. Мотивационное интервьюирование	103
3.1.3. Копинг-профилактика.....	105
3.1.4. Учет и корректировка внутренней картины болезни, совладающего с болезнью поведения, внутренней картины лечения.....	106
3.1.5. Повышение осознанности пациентов	106
3.1.6. Целенаправленное использование технологий повышения приверженности.....	107
3.2. Разработка методического аппарата для проведения и оценки эффективности комплексной программы медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий	107
ГЛАВА 4. Динамика психологических характеристик пациентов при проведении медико-психологической коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний с применением дистанционных технологий	109

4.1. Изучение влияния медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий на когнитивные представления о болезни	109
4.2. Исследование влияния медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий на локус контроля и самооффективность пациентов в отношении болезни и лечения	116
4.3. Изучение влияния медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий на особенности восприятия социальной поддержки	137
4.4. Исследование влияния медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий на способы совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями	144
4.5. Исследование влияния медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий на уровень тревоги о здоровье (по данным опросника SHAI), уровень депрессии и тревоги (по данным опросника HADS).....	159
4.6. Исследование влияния медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий на приверженность лечению	166
ГЛАВА 5. Динамика факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов при проведении медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий.....	174
5.1. Артериальное давление	174
5.2. Общий холестерин	176
5.3. Физическая активность.....	180
5.4. Уровень глюкозы крови.....	182
5.5. Уровень употребления овощей и фруктов	184
5.6. Индекс массы тела и окружность талии	187
5.7. Курение	191
5.8. Уровень употребления алкоголя.....	195
5.9. Анализ долгосрочных эффектов программы медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий	197
5.10. Корреляционный анализ	201
Заключение.....	222
Выводы.....	234

Практические рекомендации.....	236
Список литературы.....	238

Список сокращений и условных обозначений

АД – артериальное давление

ББ – безличность в отношении причин болезни

БЛ – безличность в отношении лечения

ВКБ – внутренняя картина болезни

ВКЗ – внутренняя картина здоровья

ВКЛ – внутренняя картина лечения

ВНШ ЛКБ – внешний локус контроля в отношении причин болезни

ВНШ ЛКЛ – внешний локус контроля в отношении лечения

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

МИ – мотивационное интервьюирование

ДИ – доверительный интервал

ИБ – интернальность в отношении причин болезни

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ИЛ – интернальность в отношении лечения

ИМ – инфаркт миокарда

ИМТ – индекс массы тела

НРС – нарушения ритма сердца

ОАРС (OARS) – акроним, отражающий четыре принципа МИ (открытые вопросы, аффирмации, рефлексивное слушание, суммирование)

ОИБ – общая интернальность в отношении болезни

ОИМ – острый инфаркт миокарда

ОКС – острый коронарный синдром

ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения

ОТ – окружность талии

ОХС – общий холестерин

ОШ – отношение шансов

ОЭБ – общая экстернальность в отношении болезни

ПАР – популяционный атрибутивный риск

СД – сахарный диабет

ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания

СЭ – самоэффективность в отношении болезни

ФА – физическая активность

ФР – факторы риска

ХНИЗ – хронические неинфекционные заболевания

ХС -ЛПНП – холестерин липопротеидов низкой плотности

ХСН – хроническая сердечная недостаточность

ЭБ – экстернальность в отношении причин болезни

ЭЛ – экстернальность в отношении лечения

ЭССЕ-РФ – многоцентровое наблюдательное исследование «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в регионах Российской Федерации»

Апо – аполипопротеины

COPE – шкала для оценки различных аспектов совладающего поведения

DALY - Disability-adjusted life years (годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности)

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale (Госпитальная шкала тревоги и депрессии)

INTERHEART – международное исследование «Влияние потенциально модифицируемых ФР, ассоциированных с инфарктом миокарда, в 52 странах»

INTERSTROKE – международное исследование «Глобальные и региональные эффекты потенциально изменяемых ФР, связанных с острым инсультом в 32 странах»

mAHEI – modified Alternative Healthy Eating Index (модифицированный альтернативный индекс здорового питания)

POWER - Practice-based Opportunities for Weight Reduction Hopkins Trial (Исследование Хопкинса по изучению возможностей, основанных на практике для снижения веса)

SHAI – Short Health Anxiety Inventory (Краткий опросник тревоги о здоровье)

SMS – Short Message Service (Служба коротких сообщений)

Введение

Актуальность темы исследования

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются ведущей причиной преждевременной смертности – ежегодно в мире по этой причине умирает более 17,5 млн. человек, что составляет почти половину из всех случаев смертности от неинфекционных заболеваний [77]. Российская Федерация занимает одно из ведущих мест по уровню ССЗ в мире [251]. При этом в России ССЗ занимают первое место (46,8%) среди всех причин смертности. В 2018 г. коэффициент смертности от болезней системы кровообращения среди мужчин был равен 590,9 на 100 тысяч человек, среди женщин – 576,3, что в абсолютном исчислении составило 856127 человек (402450 мужчин и 453677 женщин) [79]. Согласно А.В. Концевой и соавт. в России экономический ущерб ССЗ в 2016 г. составил 2,7 трлн. рублей (3,1% внутреннего валового продукта) [24].

Исследования показывают, что бóльшую часть данной группы заболеваний можно предотвратить [227]. Согласно Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) 80% преждевременных инфарктов и инсультов могут быть предупреждены [77].

Профилактические меры, направленные на уменьшение воздействия факторов риска (ФР) ССЗ, являются одним из трех основных компонентов концепции ВОЗ по борьбе с ССЗ [192]. Крупные популяционные исследования показывают, что программы первичной и вторичной профилактики, посвященные коррекции и контролю ФР ССЗ вносят существенный вклад в наблюдаемое снижение смертности – более двух третей такого снижения может быть объяснено изменениями основных ФР [163]. В крупном эпидемиологическом исследовании выявлено, что за период с 2003 г. по 2006 г. снижение смертности в Российской Федерации от ССЗ на 59,6% произошло за счет уменьшения степени выраженности ФР и только на 29,4% - за счет лечебных мероприятий [69]. Вместе с тем

распространенность ФР ССЗ в российской популяции все еще в несколько раз выше по сравнению со странами Европы и Северной Америки [251, 307].

К числу основных модифицируемых ФР ССЗ в настоящее время относят курение, повышенный уровень общего холестерина (ОХС) и липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП), повышенный уровень артериального давления (АД), малоподвижный образ жизни, нерациональное питание, ожирение, в особенности абдоминальное ожирение, психосоциальные факторы риска, избыточное употребление алкоголя, повышенный уровень глюкозы крови [78, 227].

В России в настоящее время изучение распространенности ФР ССЗ проводится, прежде всего, в таких масштабных популяционных исследованиях как «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в регионах Российской Федерации» (ЭССЕ-РФ), ЭССЕ-РФ2 и ЭССЕ-РФ3 [14, 71]. В рамках эпидемиологического проекта ЭССЕ-РФ выявлена высокая распространенность в российской популяции таких ФР как курение (23,5% обследованных), низкая физическая активность (ФА) (38,8%), недостаточное употребление овощей и фруктов (41,9%), гиперхолестеринемия (58,4%) и другие [2, 34]. Важной проблемой являются психосоциальные ФР, такие как тревожные и депрессивные состояния разной степени выраженности [3, 26, 57, 287]. Л.М. Барденштейн и соавт. отмечают, что согласно прогнозам ВОЗ к 2030 г. депрессия может стать ведущей причиной инвалидизации во всем мире среди всех хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) [4]. А.А. Атаманов обращает внимание на повышение риска развития тревожных расстройств при наличии соматических заболеваний [1]. Таким образом, распространенность основных ФР ССЗ в Российской Федерации чрезвычайно высока и по ряду показателей (например, ожирение, низкая ФА и др.) отмечается значительный рост в последние 20 лет [2].

Среди прочего высокая распространенность ФР ССЗ обусловлена недостаточным вниманием к психологической стороне работы с пациентами, а именно к работе по формированию оптимальных привычек и модификации паттернов поведения, обуславливающих риск ССЗ, по повышению приверженности здоровому образу жизни и профилактическим терапевтическим

вмешательствам. В.П. Зайцев и соавт. подчеркивают, что низкая готовность пациентов соблюдать рекомендации значительно уменьшает эффективность медицинской помощи, а психологические факторы во многом определяют степень участия пациентов в программах профилактики соматических заболеваний [18]. В.Д. Менделевич и соавт., О.С. Ковшова, описывают разнообразные психологические факторы, влияющие на развитие ССЗ [22, 32, 33]. Исследования Е.О. Поляковой, Б.Д. Цыганкова говорят о высокой распространенности психических расстройств разной степени выраженности у пациентов с уже имеющимися ССЗ [39]. При этом известно, что процесс имеет двухсторонний характер: с одной стороны, психические расстройства (например, тревога и депрессия) увеличивают риск развития ССЗ [217, 302], с другой стороны сами ССЗ могут способствовать развитию и усугублению тревоги и депрессии [39]. При этом Л.М. Барденштейн и соавт. отмечают, что отсутствие тревожных и депрессивных симптомов является одним из основных показателей качества жизни [3].

Система оказания медицинской помощи настроена таким образом, что пациенту с ФР ССЗ даются рекомендации в случае необходимости изменения образа жизни. Однако психологической помощи по их реализации и внедрению новых привычек в повседневную жизнь человека в подавляющем большинстве случаев не оказывается [66]. При этом А.В. Васильева и соавт. подчеркивают, что на приверженность пациента лечению в значительной степени влияет внутренняя картина болезни, которая во многом определяет поведение, эмоциональные реакции и качество жизни человека при столкновении с фактом болезни [8]. Игнорирование медико-психологической составляющей формирования мотивации к достижению целевых показателей по ФР ССЗ является одной из причин столь высокой распространенности сердечно-сосудистой патологии в Российской Федерации. Таким образом, требуется разработка новых подходов, сочетающих в себе использование современных взаимодополняющих друг друга медицинских и психологических методов работы с пациентами и их мотивацией к соблюдению здорового образа жизни и приверженности профилактической медикаментозной терапии, а также изучение возможностей и внедрение эффективных способов

обеспечения сохранения такой мотивации на высоком уровне в течение длительного времени (в идеале на протяжении всей жизни).

Исследователи подчеркивают, что роль больного при проведении профилактических и терапевтических вмешательств не может ограничиваться простым подчинением медицинским рекомендациям – пациенту важно стать активным и ответственным участником превентивного и лечебного процессов, значительную часть задач (а в случае профилактики и модификации образа жизни – основную часть) должен выполнять сам индивидуум, в частности, меры по снижению риска заболеваний и осложнений, которые зависят от его отношения к болезни, поведенческих привычек и психологического статуса [21, 59, 62, 76, 287].

В рекомендациях по профилактике ССЗ большое значение придается путям и способам формирования новых привычек у пациентов. Данная задача является непростой, в связи с тем, что многие привычки пациента, суммарно составляющие его образ жизни, усвоены им еще в детстве и продолжают активно поддерживаться его социальным окружением в настоящее время [78, 227]. О.С. Ковшова подчеркивает важность методологического подхода, в частности объединения медицинской, психологической и социальной модели на основе биопсихосоциальной парадигмы в медицине и клинической психологии [23]. Исследователи отмечают высокую эффективность мотивационного интервьюирования (МИ) и других когнитивно-поведенческих стратегий для формирования новых привычек у пациентов [58, 225]. Перспективным является использование инновационных психокоррекционных подходов, таких как учет стадии, на которой находится пациент, согласно транстеоретической модели изменений J.O. Prochaska и C.C. DiClemente; учет и корректировка, при необходимости, внутренней картины здоровья (ВКЗ), внутренней картины болезни (ВКБ) и внутренней картины лечения (ВКЛ); применение методов копинг-профилактики и др. [3, 18, 58, 61, 76, 238, 265, 287]. В частности, Л.М. Барденштейн и соавт. отмечают, что механизмы совладания со стрессом по типу отрицания проблемы и избегания ассоциированы со значительным эмоциональным дистрессом и являются ФР развития депрессии, которая в свою очередь

увеличивает риски развития ССЗ [3]. Важнейшим компонентом является создание и поддержание партнерских отношений между медицинскими сотрудниками и пациентом [20, 61, 62, 235].

В настоящее время наблюдается стремительное развитие информационных дистанционных технологий, включая мобильную связь, интернет, которые стали доступными и ежедневно используются большей частью населения; происходит активное изучение возможностей их внедрения в медицинскую практику. Появился термин «телемедицина», который используется как собирательное понятие, отражающее способ оказания медицинской помощи посредством информационных и коммуникационных технологий [44].

Ряд исследований показывают перспективность профилактического наблюдения с применением дистанционных методов [128]. Н. Saner, который является одним из ведущих экспертов в данной области, указывает, что использование современных дистанционных технологий имеет особый потенциал в профилактике ССЗ, а также в наблюдении пациентов с ХНИЗ [257].

Применение дистанционных технологий дает возможность более широко использовать уже успешно себя зарекомендовавшие специальные медико-психологические методы консультирования, такие как углубленное профилактическое консультирование, МИ и другие [20, 21, 45, 61, 62].

Исследования показывают, что более экстенсивные и длительные программы, направленные на изменение поведенческих привычек, являются более эффективными [225]. Дистанционные технологии позволяют упростить проведение регулярного профилактического, в том числе МИ в течение длительного периода наблюдения. В связи с этим можно ожидать повышения вероятности успешного достижения целей по контролю ФР ССЗ.

О.М. Драпкина и соавт. подчеркивают положительные перспективы внедрения телемедицинских технологий, которые открывают новые возможности для оптимизации системы оказания медицинской помощи, что может иметь особое значение для Российской Федерации в связи с наличием регионов с протяженными расстояниями между населенными пунктами и низкой плотностью населения [16].

A. Dible и соавт. изучили новый персонализированный подход к профилактике ССЗ, который включил оценку сердечно-сосудистого риска, информирование пациентов относительно ССЗ и их ФР, дистанционный мониторинг и персонализированный коучинг в течение года (6 телефонных сессий специально обученным медицинским сотрудником) [122]. Исследование включило 2240 участников из двух регионов Франции и показало значимое улучшение систолического АД (-3,4 мм. рт. ст.), веса (-1,5 кг), статуса курения (-2,2 сигарет в день), количества шагов (+1726 шагов в день). Положительные результаты исследования позволили в 2018 г. распространить данную программу на остальные французские регионы [122].

S. Wongvibulsin и соавт. подчеркивают важность комплексного подхода с применением современных дистанционных технологий, учитывающего индивидуальный набор ФР и персональные психологические особенности каждого человека, в профилактике ССЗ [296, 297].

Таким образом, имеются данные о потенциальной эффективности использования как отдельных медико-психологических, так и дистанционных технологий в профилактике ССЗ. Однако исследования, изучающие комплексный подход с применением современных разнообразных методов медико-психологического консультирования в сочетании с использованием дистанционных технологий и воздействием на все основные классические ФР ССЗ, практически отсутствуют. В связи с этим разработка и изучение эффективности такого комплексного подхода, объединяющего достижения медицины, психологии и сферы цифровых технологий, является актуальной и своевременной в рамках развития здравоохранения. Полученные результаты позволят расширить возможности оказания помощи пациентам с ФР ССЗ.

Цель исследования

Разработать комплексную программу медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий и изучить её эффективность.

Задачи исследования

1. Провести теоретический анализ стандартных медицинских и психологических методов коррекции ФР ССЗ, возможностей использования дистанционных технологий.

2. Разработать и адаптировать к исследовательской цели комплекс методов для проведения программы медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий, а также для оценки её эффективности.

3. Разработать структуру и компоненты комплексной программы медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий.

4. Провести экспериментальное исследование, направленное на изучение эффективности комплексной программы медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий в отношении контроля и динамики ФР ССЗ.

5. Исследовать влияние программы медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий на следующие психологические характеристики пациентов: особенности восприятия социальной поддержки, локус контроля и самоэффективность пациента в отношении болезни и лечения, когнитивные представления о болезни, способы совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями, уровень депрессии и тревоги, уровень тревоги о здоровье.

6. Проанализировать влияние медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий на приверженность профилактическому лечению.

Гипотеза исследования

Медико-психологическая коррекция с применением дистанционных технологий является более эффективным средством контроля ФР ССЗ по сравнению со стандартным наблюдением.

Медико-психологическая программа, включающая комплексное применение:

- а) дистанционного наблюдения пациентов;

б) мотивационного интервьюирования и других психологических методов;

в) врачебного профилактического консультирования и, при необходимости, фармакологической коррекции ФР ССЗ, будет являться более эффективным средством профилактики и достижения целевых значений основных ФР ССЗ по сравнению со стандартным наблюдением.

Научная новизна исследования

Впервые в РФ разработан комплекс методов медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий. При создании данного комплекса учитывались новейшие достижения медицинской и психологической науки и практики, современные возможности применения дистанционных технологий.

Впервые в отечественной медико-психологической практике с целью повышения эффективности профилактических мероприятий путем проведения сравнительного экспериментального исследования был апробирован комплекс методов медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий, основу которого составили МИ, краткое и углубленное профилактическое консультирование, копинг-профилактика, повышение осознанности пациентов, целенаправленное использования технологий повышения приверженности, учет и корректировка ВКЗ, ВКБ и ВКЛ, применение современных рекомендаций по профилактике и лечению ССЗ.

Впервые в проспективном контролируемом исследовании проведен анализ эффективности комплекса методов медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий по сравнению со стандартным наблюдением. Выполнена оценка влияния данного комплекса на степень выраженности ФР ССЗ, а также на ряд психологических характеристик пациентов.

Впервые показана большая эффективность по сравнению со стандартным наблюдением комплекса методов медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий, который дает возможность регулярного

взаимодействия медицинского персонала с пациентом, длительного экстенсивного наблюдения, отслеживания долгосрочной динамики степени выраженности ФР ССЗ и своевременной их коррекции при необходимости.

Теоретическая и практическая значимость работы

В рамках данного исследования разработан и апробирован комплекс методов медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий. Разработан методический аппарат для диагностики и проведения комплексной программы медико-психологического консультирования, а также для оценки эффективности медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий. Создан метод с применением дистанционных технологий, основанный на принципах МИ, краткого и углубленного профилактического консультирования, копинг-профилактики, повышения осознанности пациентов, учета и корректировки ВКЗ, ВКБ и ВКЛ, применении современных рекомендаций по лечению и профилактике ССЗ; способствующий повышению уровня приверженности профилактическому лечению пациентов с ФР ССЗ, интернализации локуса контроля в отношении болезни и лечения, повышению самоэффективности в отношении болезни и лечения, повышению уровня восприятия социальной поддержки, снижению уровня тревоги о здоровье, улучшению профиля ФР ССЗ, в том числе относительно уровней АД, ФА, употребления овощей и фруктов, значений окружности талии (ОТ) и индекса массы тела (ИМТ), снижению среднего количества выкуриваемых сигарет (для курящих пациентов) и снижению уровня ОХС крови.

Полученные в результате проведенного исследования данные позволили доказать эффективность комплекса методов медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий. Такой способ дает принципиально новые возможности для практического здравоохранения в плане длительного непрерывного наблюдения пациентов с ФР ССЗ и оказания своевременной эффективной медико-психологической помощи при необходимости их коррекции, что является крайне важным с точки зрения снижения вероятности развития ССЗ у данного контингента пациентов.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Медико-психологическая коррекция ФР ССЗ с применением дистанционных технологий является более эффективным методом контроля ФР ССЗ по сравнению со стандартным наблюдением.

2. Дистанционное медико-психологическое наблюдение с использованием современных достижений психологической и медицинской науки (методов МИ, трансформативной модели изменений, краткого и углубленного профилактического консультирования, копинг-профилактики, повышения осознанности пациентов, целенаправленного использования технологий повышения приверженности, учета и корректировки ВКЗ, ВКБ и ВКЛ, современных рекомендаций по профилактике и лечению ССЗ) способствует повышению приверженности пациентов с ФР ССЗ назначаемому профилактическому лечению.

3. Медико-психологическая коррекция ФР ССЗ с применением дистанционных технологий оказывает положительный эффект на психологические характеристики пациентов с ФР ССЗ: способствует интернализации локуса контроля в отношении болезни и лечения, повышению самооффективности в отношении болезни и лечения, повышению уровня восприятия социальной поддержки, снижению уровня тревоги о здоровье.

Личное участие автора

Автор, являясь ответственным исполнителем, лично участвовал в разработке дизайна и осуществлении программы исследования, разработке комплекса методов медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий, а также разработке методического аппарата для оценки эффективности данного комплекса. Автором самостоятельно выполнено клинико-психологическое, психометрическое обследование пациентов; проведена программа медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий с использованием профилактического консультирования, МИ, других психотерапевтических и фармакологических методов (гиполипидемическая и антигипертензивная терапия). Самостоятельно

проанализированы клинические, психометрические данные и их динамика в процессе наблюдения; самостоятельно проведена статистическая обработка результатов исследования.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты диссертационной работы внедрены и используются в практике лечебной работы ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России, а также в лечебной, научной и преподавательской деятельности на кафедре клинической психологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России.

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность результатов диссертационной работы подтверждается использованием объективных научных методов, проспективным наблюдением, достаточным количеством включенных в исследование пациентов ($n=140$), длительностью наблюдения, статистической обработкой полученных данных. Соискателем использованы объективные, современные и разнообразные методики; получен объем данных, позволивший получить статистически значимые результаты. Проведенный объем исследования в полной мере достаточен для обоснования полученных результатов, выводов и рекомендаций.

Основные положения, изложенные в диссертации, были доложены на российских и международных конференциях: на «XXXVIII Итоговой конференции общества молодых ученых МГМСУ имени А.И. Евдокимова» (Москва, 2016); на Международном молодежном научном форуме «Ломоносов 2016» (Москва); на «XXXIX Итоговой конференции общества молодых ученых МГМСУ им. А.И. Евдокимова» (Москва, 2017); на Европейском конгрессе профилактической кардиологии «EuroPrevent 2017» (Испания, 2017); на Международной научно-практической конференции «Неинфекционные заболевания и здоровье населения России 2017» (Москва, 2017); на X Юбилейной международной конференции «Профилактическая кардиология 2017» (Москва, 2017), на Европейском кардиологическом конгрессе «ESC Congress 2017» (Испания, 2017), на «XXXX Итоговой конференции общества молодых ученых МГМСУ им. А.И. Евдокимова» (Москва, 2018), на Европейском конгрессе профилактической кардиологии

«EuroPrevent 2018» (Словения, 2018), на «XLI Итоговой конференции общества молодых ученых МГМСУ им. А.И. Евдокимова» (Москва, 2019), на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Клиническая психология в медицине» (Москва, 2019), на XXVI Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» (Москва, 2019), на Европейском конгрессе профилактической кардиологии «EuroPrevent 2019» (Португалия, 2019), на Всероссийской конференции с международным участием "Каспийские встречи: диалоги специалистов о наджелудочковых нарушениях ритма сердца" и Форуме молодых кардиологов РКО (Астрахань 2019), на Международной научно-практической конференции «Неинфекционные заболевания и здоровье населения России 2019» (Москва, 2019), на Европейском кардиологическом конгрессе «ESC Congress 2019» (Франция, 2019), на Международной научно-практической конференции «Мультидисциплинарные аспекты персонифицированного подхода к проблемам психического здоровья» (Москва, 2019), на Научно-практической конференции «Инфекционные болезни: лучшие учебные и лечебные практики – основа электронного медицинского образования» (Москва, 2019), на XVIII Московской городской научно-практической конференции с международным участием «Терапия табачной зависимости – важная задача для медицинского сообщества» (Москва, 2019).

Публикации

Основные положения и результаты диссертации в полной степени отражены в 20 научных работах, 8 из которых опубликованы в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации, 7 – в изданиях международных баз данных.

Объем и структура работы

Диссертационная работа изложена на 274 страницах машинописного текста и состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Список литературы содержит 319 источников (79 отечественных и 240 иностранных). Работа иллюстрирована 33 рисунками и 43 таблицами.

ГЛАВА 1. Современное состояние проблемы медико-психологической коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний с применением дистанционных технологий (обзор литературы)

1.1. Распространенность сердечно-сосудистых заболеваний в России и в мире

ССЗ являются лидирующими причинами преждевременной заболеваемости и смертности на нашей планете [77]. На рисунке 1 показаны 10 ведущих причин смерти в мире (по состоянию на 2016 г.).



Рисунок 1 – 10 ведущих причин смерти в мире (2016 г.) по данным Всемирной Организации Здравоохранения [308]

Согласно оценкам ВОЗ от ССЗ в 2016 г. умерло 17,9 млн. человек, что составляет 31% от общей мировой смертности. Из них 85% смертей обусловлены инфарктами миокарда (ИМ) и инсультами [309]. Из 17 миллионов преждевременных смертей (в возрасте моложе 70 лет) по причине неинфекционных заболеваний 37% вызваны ССЗ [309].

Российская Федерация занимает одно из ведущих мест по уровню заболеваемости ССЗ в мире [307]. При этом в России ССЗ занимают первое место

(46,8%) среди всех причин смертности. В 2018 г. коэффициент смертности от болезней системы кровообращения среди мужчин был равен 590,9 на 100 тысяч человек, среди женщин – 576,3, что в абсолютном исчислении составило 856127 человек (402450 мужчин и 453677 женщин) [79]. Таким образом, в нашей стране проблема борьбы с ССЗ и их последствиями стоит очень остро.

Ряд исследователей отмечает, что в настоящее время можно говорить уже об эпидемии неинфекционных заболеваний в целом и сердечно-сосудистых в частности (Рисунок 1) [308]. Среди прочего, одной из причин такого явления служат победа над большинством инфекционных заболеваний, являвшихся основными причинами смертности в прошлом, и связанное с этим увеличение продолжительности жизни. Ранее в истории человечества люди в большинстве случаев просто не доживали до последствий неблагоприятного влияния факторов риска и развития ССЗ.

Такое положение вещей ставит перед медицинским сообществом принципиально новые задачи. Традиционно медицина, хоть и уделяла внимание профилактике, всё же в большей мере была сконцентрирована на лечении уже развившихся заболеваний. Анализ современных систем здравоохранения и их статей расходов говорит о том, что данное положение вещей актуально до сих пор [196]. Однако, все больше исследователей и ведущих специалистов в сфере ХНИЗ указывают на важность смены парадигмы и перенаправление усилий, материальных, временных и других ресурсов на профилактические мероприятия с целью недопущения или значительной отсрочки развития ССЗ и других ХНИЗ [121, 135, 310].

Таким образом, приведенные данные, а также результаты многих других исследований [118, 193, 226] говорят о том, что профилактика ССЗ должна быть приоритетным направлением развития здравоохранения в общероссийском и мировом масштабе, осуществляться на протяжении всей жизни человека и начинаться как можно в более раннем возрасте [5, 68, 121]. В связи с высоким уровнем и даже ростом некоторых показателей распространенности ФР ССЗ требуется разработка новых подходов к их коррекции.

1.2. Связь основных предотвратимых факторов риска с вероятностью развития сердечно-сосудистых заболеваний

В крупномасштабном международном исследовании «Влияние потенциально модифицируемых ФР, ассоциированных с ИМ, в 52 странах» (INTERHEART), которое было проведено на всех населенных людями континентах [302] было обследовано около 30000 человек. Были изучены: курение, гипертоническая болезнь, сахарный диабет (СД), соотношение окружностей талии/бедер, режим питания, ФА, потребление алкоголя, уровень аполипопротеинов (Аpo) в крови и психосоциальные факторы развития ИМ. Были рассчитаны отношение шансов (ОШ) и их 99% доверительный интервал (ДИ) для связи факторов риска с ИМ и их популяционных атрибутивных рисков (ПАР).

Результаты показали, что в случае курения ОШ составляет 2,87 для курящих в настоящее время по сравнению с никогда не курившими, ПАР - 35,7% для курящих в настоящее время или куривших в прошлом по сравнению с никогда не курившими; в случае повышенного АД - ОШ 1,91, ПАР 17,9%; в случае СД - ОШ 2,37, ПАР 13,7; в случае повышенного соотношения АpoB / АpoA1 – ОШ 3,25 для высшего по сравнению с низшим квинтилем, ПАР 49,2% для четырех верхних квинтилей по сравнению с низшим квинтилем; в случае абдоминального ожирения ОШ 1,62 для среднего по сравнению с низшим терцилем, ПАР 20,1 для двух верхних терцилей по сравнению с нижним; ежедневное потребление овощей и фруктов приводило к снижению риска развития ИМ (ОШ 0,70), ПАР при отсутствии ежедневного потребления составил 13,7%; в случае регулярного употребления алкоголя ОШ 0,91, ПАР 6,7%, в случае регулярной ФА ОШ 0,86, ПАР в случае недостаточной ФА 12,2% [302].

Стоит особо отметить, что среди прочего в данном исследовании изучалось влияние психосоциальных факторов на риск развития ИМ. Объединенный психосоциальный индекс был разработан путем комбинации параметров из полностью скорректированной модели многомерной логистической регрессии. Оценка психосоциального индекса была основана на комбинации наличия или отсутствия: депрессии, стресса на работе или дома (общая переменная стресса),

умеренного или серьезного финансового стресса (по сравнению с минимальным или его отсутствием), одного или несколько жизненных событий (против отсутствия таковых), и локуса контроля в трех нижних квартилях распределения по сравнению с верхним квартилем. Было выявлено, что неблагоприятный профиль психосоциальных факторов повышает риск развития ИМ в 2,67 раз, ПАР составляет 32,5% [302].

Влияние всех ФР было высоко достоверным ($p < 0,0001$ для всех ФР и $p = 0,03$ для алкоголя) [302]. Авторы отмечают, что данные ассоциации были выявлены как у мужчин, так и у женщин, у пожилых и молодых, во всех регионах мира. В совокупности ПАР всех девяти факторов повышает риск развития ИМ у мужчин на 90%, а у женщин на 94%. Результаты исследования говорят о том, что подходы к профилактике могут основываться на сходных принципах во всем мире и контроль ФР дает возможность предотвратить большую часть случаев ИМ [302].

В 2016 году были опубликованы результаты еще одного крупного исследования – «Глобальные и региональные эффекты потенциально изменяемых ФР, связанных с острым инсультом» в 32 странах» (INTERSTROKE), в рамках которого изучались модифицируемые ФР острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) или инсульта [217]. Инсульт после ишемической болезни сердца (ИБС) занимает второе место среди ведущих причин смерти в мире (Рисунок 1). Ежегодно в мире около 15 миллионов человек переносят инсульт [311]. Из них 5 миллионов умирают, еще 5 миллионов навсегда остаются инвалидами, что значительно снижает качество жизни как самого пациента, так и его семьи и ложится бременем на общество в целом [311].

Основные ФР развития инсульта сходны с ФР ИБС. В исследовании INTERSTROKE изучен вклад модифицируемых ФР инсульта в разных странах мира (в исследование вошло 26919 участников 32 стран из регионов Азия, Америка, Европа, Австралия, Ближний Восток и Африка). Были рассчитаны ОШ и ПАР с ДИ 99%. Была выявлена следующая связь ФР с инсультом: повышенное АД – ОШ 2,98, 99% ДИ 2,72–3,28; PAR 47,9%, 99% ДИ 45,1–50,6), регулярная ФА (0,60, 0,52–0,70; 35,8%, 27,7–44,7), соотношение ApoB/ApoA1 (1,84, 1,65–2,06 для

наивысшего и нижнего терциля; 26,8%, 22,2–31,9 для верхних и двух нижних терцилей), рацион (0,60, 0,53–0,67 для наивысшего или наименьшего модифицированного Альтернативного индекса здорового питания [Alternative Healthy Eating Index, mАНЕИ]; 23,2%, 18,2–28,9 для двух самых низких двух терцилей против самого высокого терциля mАНЕИ), отношение ОТ к окружности бедер (1,44, 1,27–1,64 для самого высокого против самого низкого терциля; 18,6%, 13,3–25,3 для верхних двух терцилей против нижних), психосоциальные факторы (2,20, 1,78–2,72; 17,4%, 13,1–22,6), курение в настоящее время (1,67, 1,49–1,87; 12,4%, 10,2–14,9), заболевания сердца (3,17, 2,68–3,75; 9,1%, 8,0–10,2), употребление алкоголя (2,09, 1,64–2,67 для высокого или тяжелого эпизодического потребления по сравнению с не употребляющими; 5,8%, 3,4–9,7 для текущего потребления алкоголя по сравнению с не употребляющими), и СД (1,16, 1,05–1,30; 3,9%, 1,9–7,6) были связаны со всеми видами инсульта [217]. В совокупности эти ФР составили 90,7% от ПАР для всех случаев инсульта во всем мире (91,5% для ишемического инсульта, 87,1% для внутримозгового кровоизлияния), данная закономерность сохранялась в разных регионах (в диапазоне с 82,7% в Африке до 97,4% в Юго-Восточной Азии, у лиц разного пола (90,6% у мужчин и женщин) и в разных возрастных группах (92,2% у пациентов в возрасте ≤ 55 лет, 90,0% у пациентов в возрасте > 55 лет). Таким образом, достижение целевых значений по десяти основным модифицируемым ФР ССЗ в совокупности дает возможность снизить риск развития инсульта на 90% [217].

Примечательно, что контроль основных ФР позволяет предотвратить не только подавляющее большинство ИМ и инсультов, но также и другие заболевания, входящие в список основных причин смерти – такие как СД, хроническая обструктивная болезнь легких, онкологические заболевания [143].

1.3. Стратегии профилактики сердечно-сосудистых заболеваний

Несоблюдение оптимального образа жизни пациентами широко распространено как в государствах с высоким уровнем дохода, так и в странах с низким и средним уровнем дохода. Изменения в социальной среде, урбанизация и глобализация, стресс, негативные эмоциональные состояния, ряд других факторов

и профессиональных требований могут создавать условия для начала ряда не очень полезных привычек и как следствие – для несоблюдения здорового образа жизни [309].

Под кардиоваскулярной профилактикой понимается скоординированный набор действий на уровне населения и отдельных лиц, направленный на искоренение, устранение или минимизацию влияния ССЗ и связанной с ними инвалидности [227]. Современная работа по профилактике ССЗ строится по принципу реализации стратегий – популяционной (повышение информированности населения о ФР ССЗ и мотивация к внедрению здорового образа жизни), стратегии высокого риска (выявление в популяции людей с высоким риском ССЗ и коррекция их ФР) в рамках первичной и вторичной профилактики (в ряде публикаций вторичная профилактика выделяется как отдельная стратегия) [78].

В России активно изучается распространенность ФР ССЗ в рамках крупных популяционных исследований [2, 91, 231]. Такие исследования показывают, что программы первичной и вторичной профилактики, посвященные коррекции и контролю ФР ССЗ вносят существенный вклад в наблюдаемое снижение смертности – более двух третей такого снижения может быть объяснено изменениями основных ФР [163]. Профилактические меры, направленные на уменьшение воздействия ФР ССЗ, являются одним из трех основных компонентов концепции ВОЗ по борьбе с ССЗ [192].

Популяционная стратегия профилактики определяется политикой и действиями не только Министерства Здравоохранения, но и множества других Ведомств, таких как Министерство труда, Министерство культуры, Министерство торговли, Федеральная антимонопольная служба, администрацией конкретного региона и др. Она включает в себя пропаганду здорового образа жизни, обеспечение условий, способствующих такому образу жизни (градостроительная политика, законодательные меры, регламентирование производства продуктов питания, рекламы и т.п.) [192].

Индивидуальная профилактика у лиц с наличием ФР ССЗ является одной из важнейших задач и должна быть в кругу внимания медицинских специалистов любого профиля. Раннее выявление ФР ССЗ и своевременная их коррекция являются основой сохранения здоровья граждан.

Во всех стратегиях важнейшее значение имеет активное вовлечение индивидуума в поддержание своего здоровья, в процесс коррекции ФР и четкое соблюдение им профилактических рекомендаций. Такое вовлечение как на уровне общества в целом, так и на уровне индивидуума, несомненно, требует применения достижений психологической науки.

1.4. Биопсихосоциальная и биомедицинская модели

В 1977 и 1980 годах в медицинских журналах были опубликованы две статьи доктора и исследователя G.L. Engel, посвященные описанию биопсихосоциальной модели человека [130, 131]. Взаимодействие врача и пациента во многом определяется той концептуальной моделью медицины, согласно которой организованы их знания и опыт. Однако, в большинстве случаев доктора не осознают истинную силу влияния такой модели на их поведение и образ мыслей. Скорее, доктора перенимают модель в процессе обучения и воспринимают тот или иной образ мышления и взаимодействия как нечто должное, некий культурный пласт, которому они обучаются, чтобы стать врачами. Их учителя, кураторы практических занятий, тексты учебников, навыки, которые они должны освоить, и даже медицинские учреждения и административные организации, в которых они работают – всё отражает основную концептуальную модель эпохи [130, 131].

Еще в 1980-х годах G.L. Engel отметил превалирование «биомедицинской» модели в сфере здравоохранения [130]. Биомедицинская модель представляет приложение к медицине классического фактор-аналитического подхода, который был характерен для Западной науки многие столетия. Биопсихосоциальная модель, предложенная G.L. Engel, базируется на системном подходе, разработанном в XX веке [131].

Очевидно, что медицина – это дисциплина, включающая взаимодействие двух или более людей. Роли и задачи каждого predeterminedены и

взаимокомплементарны. По мнению автора, они основаны на том, что у пациента есть потребности, согласно которым ожидаются определенные действия доктора. В широком смысле, потребностью пациента является освобождение от «дискомфорта», который верно или неверно ассоциируется у него с заболеванием. Пациент ожидает, что другая сторона, врач, обладает профессиональной компетентностью и мотивацией, чтобы освободить его от этого дискомфорта. Задача доктора, во-первых, выяснить, как и что пациент ощущает; во-вторых, сформулировать объяснения (гипотезы) согласно ощущениям пациента («почему» и «зачем»); в-третьих, вовлечь пациента в процесс дальнейшего лабораторно-инструментального обследования для проверки возникших гипотез и, наконец, в сотрудничестве с пациентом провести необходимые действия для купирования дискомфорта и коррекции вызвавших его причин. Задачи и ответственность пациента комплементарны задачам и ответственности врача [131].

В широком смысле, это описание взаимодействующих ролей и задач медицинского сотрудника и пациента применимо ко всем системам медицинской помощи и лечения, неважно, говорим ли мы о примитивной народной, или о современной научной медицине [131].

Ограничением биомедицинской модели является то, что она не рассматривает пациента с присущими ему качествами как личность, как человеческое существо. В то же время, в повседневной деятельности врач имеет дело с личностью человека и многие данные, необходимые для построения и тестирования лечебно-диагностической концепции, собираются в рамках происходящих между ними человеческих взаимоотношений и проявляются в поведенческих и психологических формах, то есть в том, как пациент себя ведет и что он докладывает о себе и о своей жизни. Биомедицинская модель не обеспечивает учета психологических и социальных данных, касающихся пациента. Согласно этой модели, сперва потребуется изучить химическую и физиологическую природу психических процессов, прежде чем доктор сможет с ними работать. А ведь в самой сущности медицинская практика остается «искусством», которое выходит за пределы науки [27].

Остановимся подробнее на описании основ биопсихосоциальной модели. Данная модель основана на системном подходе. В рамках этого подхода явления природы представляются как иерархически организованный континуум, в котором более крупные единицы включают в себя более мелкие. G.L. Engel указывает, что это может быть отображено вертикальной схемой, подчеркивающей иерархию и фигурной схемой, подчеркивающей континуум (Рисунок 2).

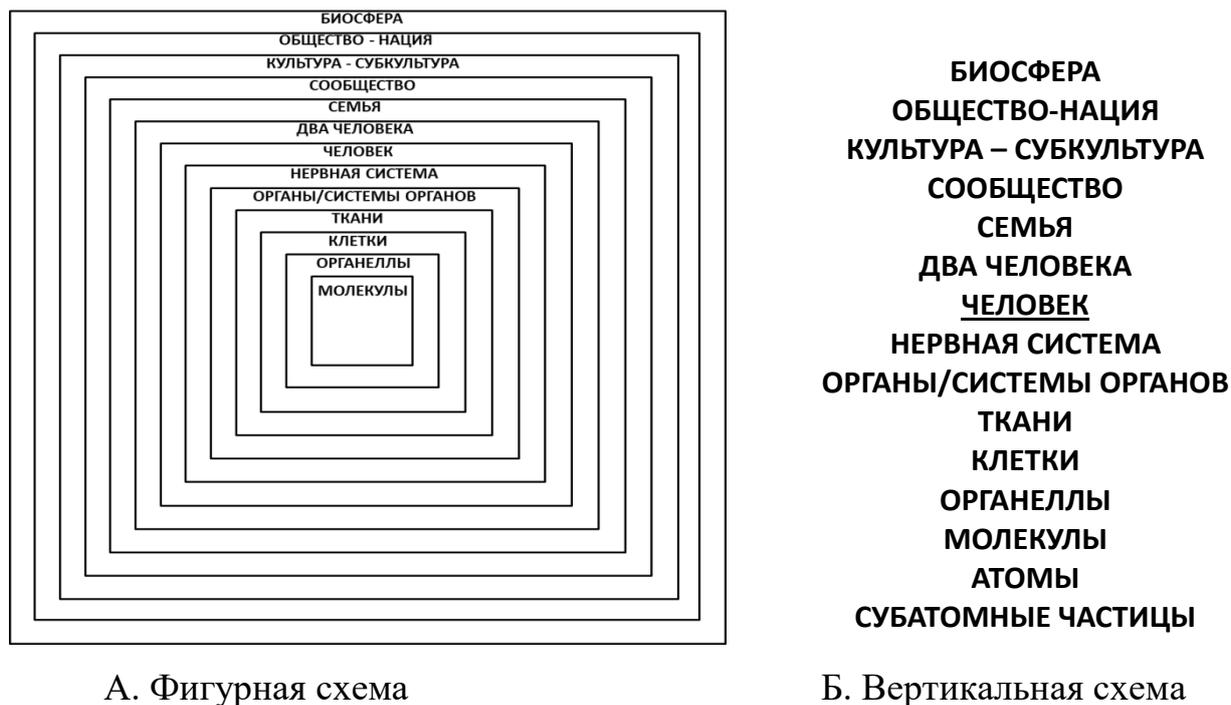


Рисунок 2 – Иерархически организованный континуум согласно биопсихосоциальной модели G.L. Engel

По сути дела, согласно G.L. Engel, существует две иерархии: индивид (личность) является высшим уровнем организменной иерархии и в то же время, низшим уровнем социальной иерархии [130, 131]. Каждый уровень представляет организованное динамическое целое, которое обладает качествами и взаимоотношениями, присущими только ему. В связи с этим требуются уникальные способы исследования и объяснения для каждого уровня иерархии. Автор утверждает, что никаким образом методы и правила, применяемые для исследования клетки как клетки не могут быть подходящими для исследования личности как личности или семьи как семьи. Важно отметить, что каждый уровень является составной частью уровня более высокого порядка.

Таким образом, в континууме природных систем каждая единица одновременно является и целым, и частью. Конфигурация системы каждого уровня определяется как координацией компонентов, ее составляющих, так и состоянием, и характеристиками системы более высокого порядка, частью которой она является. Ни одна система не существует изолированно, поэтому ни клетка, ни личность не могут быть полноценно охарактеризованы как динамические системы без учета и характеристики вышестоящих систем, частью которых они являются [130, 131].

Понятие «пациент» характеризует индивида в рамках более крупной социальной системы. Идентификация пациента по имени, полу, возрасту, материальному статусу, месту жительства и др. позволяет определить его место в другой, более крупной системе, частью которой он является, и которая служит его окружением. В рамках системного подхода исследование системы всегда включает два компонента. Первый – это пристальное изучение внутреннего строения и закономерностей системы (для чего хорошо подходит научный фактор-аналитический метод). Второй – изучение ее характеристик и закономерностей как части системы более высокого порядка. Для этого требуются другие подходы, поскольку система не является простой суммой составляющих ее частей [130, 131].

Врач, который работает в рамках системного подхода, всегда учитывает оба этих компонента. В медицине это особенно важно, поскольку именно пренебрежение учетом систем более высокого порядка, частью которых является человек, служит основой неполноценности биомедицинской модели. Врач сконцентрирован на организме и болезни и при этом не работает с личностью пациента. Высока вероятность, что именно ограниченность биомедицинской модели является одной из причин низкой приверженности пациентов назначаемому лечению [131, 289].

G.L. Engel утверждает, что процессы, включающие личностный и надличностный уровни, часто критически важны для пациента и его близких, но при этом остаются за пределами пристального изучения и научной среды. При использовании биопсихосоциального подхода врач осознает, что для того, чтобы

лучше помочь пациенту, необходимо не только тщательное исследование уровней, стоящих в приведенной иерархии ниже личностного, но и вышестоящих надличностных систем. И это не только вопрос сострадания и гуманности, но и требование принципов науки о человеке [134].

Несомненно, во все времена были и есть доктора, которые умеют учитывать не только нижние, но и верхние уровни приведенной схемы, а также особенности самого человека. Однако таких специалистов мало в связи с тем, что их способности формировались и формируются по воле случая, а целенаправленное обучение врачей в рамках целостного взгляда на человека чаще всего отсутствует [174, 289].

Интересным является тот факт, что, несмотря на то, что с момента первой публикации G.L. Engel прошло уже более 40 лет, со временем интерес к данной теме не только не уменьшается, но возрастает [134]. Ряд исследователей считает, что биопсихосоциальная модель не только релевантна сегодня, но требует более широкого применения на всех уровнях оказания медицинской помощи, включая административный [134, 174, 289]. D.T. Wade и P.W. Halligan отмечают, что настоящее время является самым подходящим для распространения данной модели [289].

Использование биопсихосоциальной модели при работе с ФР ССЗ является принципиально важным, поскольку такая работа требует изменения привычек пациента, большая часть которых преимущественно обусловлена уровнями, стоящими в иерархическом континууме G.L. Engel выше биологического (Рисунок 2). Среди прочего такая модель позволяет работать и с фактором влияния социального окружения, что также немаловажно при работе по модификации образа жизни пациентов.

1.5. Мотивационное интервьюирование

МИ было разработано примерно 30 лет назад Уильямом Р. Миллером в качестве инструмента для изменения поведения [197]. В 2009 году создатели МИ предложили обновленное определение: «Мотивационное интервьюирование - это

совместная, ориентированная на человека форма руководства для выявления и укрепления мотивации к изменениям» [200, 201].

Важное значение имеет тот факт, что многие люди амбивалентны в желании изменить свое нездоровое поведение, поскольку оно нередко ассоциируется с удовольствием, или у человека есть сомнения в своей способности измениться. В этой ситуации крайне маловероятно, что простые советы без использования специальных мотивационных техник будут успешными [283].

МИ представляет собой направляющий, личностно-центрированный стиль консультирования, использующийся для вызова изменений поведения посредством помощи индивидууму в изучении и расширении противоречий между его жизненными потребностями и теми результатами, которых он достигает в связи с реализацией своего дезадаптивного поведения [61]. В данном подходе мотивация к изменениям исходит от индивидуума, а не навязывается ему со стороны. Прямое убеждение не является эффективным методом разрешения амбивалентности, такая тактика усиливает сопротивление пациента [61]. В то же время, по сравнению с недирективным консультированием, МИ более фокусированное и целенаправленное [61].

МИ эволюционировало из клиентцентрированного подхода Карла Роджерса [249, 318]. МИ представляет собой метод общения, а не набор техник и его внимание направлено на выявление внутренней мотивации человека для изменения. Такие понятия, как рефлексивное слушание сбалансированы с директивным подходом.

МИ было введено в качестве клинического инструмента для повышения готовности к изменениям. Оригинальная статья (Miller W.R., 1983) не включала термин «амбивалентность», но использовать метафору баланса между положительными и отрицательными мотивами для изменения. МИ было описано как способ смещения баланса в сторону изменений, путем добавления «веса» положительной стороне шкалы с помощью активизации «утверждений о самомотивации» [198]. Первое полное представление метода МИ [198] было дополнено концепцией амбивалентности в отношении изменений, обращению

конкретно к изменению противовеса плюсов над минусами. «Работа с амбивалентностью» была описана как лежащая в основе МИ. Термин «Баланс принятия решений» был включен двумя различными способами. Во-первых, баланс принятия решений использовался для описания «меры» относительного веса плюсов и минусов, преимуществ и затрат на изменение. Во-вторых, R. Miller и S. Rollnik [198, 200] описали «клиническую процедуру» баланса принятия решений, для того, чтобы клиенты обсуждали как позитивные, так и негативные аспекты изменений.

Фундаментальная динамика в разрешении амбивалентности была сформулирована так: «Сам клиент, который должен высказывать аргументы в пользу изменений» [198].

Предполагается, что терапевтические отношения в МИ оказывают непосредственное влияние на результаты пациента, а также способствуют появлению выражений у пациента в пользу перемен [207]. Суть этих отношений характеризуется эмпатией, партнерством и поддержкой клиентской автономии, обычно называемой «духом» метода [207].

«Дух» МИ включает сотрудничество (в отличие от конфронтации), активизацию (в отличие от обучения) и автономию (в отличие от власти) [199].

В основе МИ лежат четыре основных руководящих принципа [199]:

1. Выражение эмпатии (принятие способствует изменениям; умелое рефлексивное слушание имеет фундаментальное значение; амбивалентность воспринимается как норма).

2. Развитие амбивалентности (клиент, а не консультант должен представить аргументы для изменения; изменение мотивируется воспринимаемым расхождением между нынешним поведением и важными личными целями или ценностями).

3. Работа с сопротивлением (избегание споров по поводу изменений; сопротивление напрямую не оппонируется; новые перспективы приветствуются, но не навязываются; клиент является основным ресурсом в поиске ответов и решения; сопротивление - это сигнал реагировать по-другому).

4. Поддержка самоэффективности (вера человека в возможность изменения является важным мотиватором; клиент, а не консультант, несет ответственность за выбор и проведение изменений; собственная вера консультанта в способность человека меняться становится самоисполняющимся пророчеством).

МИ состоит из двух этапов. На первом этапе усиливается внутренняя мотивация к изменениям, тогда как на втором этапе обязательство измениться приобретает силу [199]. Это динамичный и интерактивный процесс, в котором существует взаимность между пациентом и консультантом.

МИ является теоретически последовательным и быстро распространяющимся подходом к изменению поведения в отношении здоровья [86]. Растет объем литературы, касающейся использования МИ в медицинских учреждениях в целом, а также в более узконаправленных областях [312].

Обычно пациенты с ССЗ сталкиваются с необходимостью изменить несколько привычек, паттернов поведения; следовательно, полезной стратегией является выявление поведения, изменение которого в настоящий момент наиболее актуально для пациента.

Учеными к данному времени выполнено большое количество исследований, подтверждающих эффективность МИ при необходимости изменения и привычек поведения: при консультировании по поводу снижения веса [96, 105], отказа от курения [123, 145, 178, 184, 216, 224], лечения алкоголизма и других зависимостей [90, 123, 126, 269], контроля глюкозы крови и диеты при СД [127, 138, 189, 223, 233], депрессии [90, 164, 168, 178], приверженности к лечению [82, 115, 166, 222, 234, 247, 256, 274, 306], повышения уровня ФА [218, 278] и других привычек здорового образа жизни в разных условиях и среди разных возрастных категорий пациентов [133, 143, 186, 202, 215, 224, 239, 283, 288].

По своей сути МИ - это метод изменения течения беседы с целью стимуляции желания пациента скорректировать свои привычки и поведение и придания ему или ей уверенности в своих силах [277]. В отличие от многих других стратегий, нередко используемых в здравоохранении (таких как обучение, убеждение и тактика запугивания), МИ более целенаправленное и пациент-центрированное. Как уже

было сказано, критическим принципом является то, что мотивация к изменению должна исходить от пациента, а не от медицинского сотрудника. Получены данные, что даже очень краткие (пять минут) сеансы имеют положительные результаты [199, 277]. Таким образом, МИ является стратегией с большим потенциалом в том числе для работы в условиях ограниченного времени [277].

МИ начинается с сотрудничества, дружеских отношений между врачом и пациентом. Важно, чтобы врач сопереживал пациенту и признавал, что сопротивление пациента изменениям обычно вызвано условиями окружающей среды, а не характером или желанием усложнить жизнь врача. Другими словами, резистентность пациента изменениям врач не должен принимать на личный счет. Вместо этого врачу следует «отпустить» результат, поддержать самоэффективность, позволить пациенту нести ответственность за его или ее собственный прогресс и помочь пациенту идентифицировать и сформулировать его или ее внутренние ценности и цели. Например, если пациент с ожирением устанавливает цель по расширению ФА как просто «ходить на 10 минут больше каждый день», врач должен показать поддержку этой цели, даже если она может показаться маленькой [277].

Цель не состоит в том, чтобы решить проблему или даже разработать план; цель в том, чтобы помочь пациенту разрешить его или ее амбивалентность, развить импульс и веру в то, что изменение поведения возможно [199, 201]. В связи с нехваткой времени и медицинской подготовкой, большинство врачей спешат предлагать решения; однако, это часто не дает возможности пациенту рассмотреть разные модели поведения и связанные с ними выгоды и трудности. Зачастую такие модели поведения являются запутанными, противоречивыми и глубоко личными. Предоставление возможности пациенту исследовать эти проблемы увеличивает шансы того, что пациент сможет найти приемлемое решение.

Как указывалось ранее, важное значение имеет соблюдение «духа» МИ. «Дух» МИ, описанный создателями данного направления, основан на сотрудничестве, сострадании, активизации и автономии пациента с акцентом на эмпатию и расширение прав и возможностей [199, 277].

Ключевые принципы, определяющие «дух» МИ [199, 277, 313]:

1. Мотивация к изменениям вызывается у пациентов, а не навязывается извне.
2. Задачей пациентов, а не врача, является разрешение своей амбивалентности.
3. Прямое убеждение не является эффективным методом разрешения амбивалентности.
4. Стилль консультирования спокойный, с акцентом на активизацию и выявление мыслей пациентов.
5. Врач директивен в помощи пациентам по исследованию и устранению амбивалентности.
6. Готовность к изменениям - это не черта пациента, а колеблющийся продукт межличностного взаимодействия.
7. Терапевтические отношения больше похожи на партнерство или общение; роли эксперта/реципиента могут препятствовать процессу.

В рамках данного подхода широко применяется техника ОАРС (OARS): структура для применения МИ и поддержания «духа» МИ на практике. Акроним ОАРС предлагает четыре простых принципа [199].

1. Открытые вопросы. Следует избегать задавать вопросы, на которые можно ответить «да» или «нет». Открытые вопросы дают пациентам максимальную свободу реагирования без страха перед правильным или неправильным ответом. Это могут быть такие простые вопросы как: «Что происходило с вами с момента нашей последней встречи?». Еще один вопрос, подходящий для почти любой консультации: «Если бы у вас была одна привычка, которую вы хотели изменить, чтобы улучшить свое здоровье, что бы это было?»

2. Аффирмации. Никогда не стоит недооценивать силу выражения сочувствия во время трудных моментов или при «праздновании» достижений пациентов. Когда консультант просматривает цели пациентов, важно осознать и выражать пациентам радость от их успехов.

3. Рефлексивное слушание. Пациенты часто сами находят ответы; роль врача – направлять их. Рефлексивное слушание включает в себя позволение пациентам выражать свои мысли и затем вместо того, чтобы сказать им, что делать,

захватывать суть того, что они сказали, с целью развить беседу и помочь им прийти к идее перемен. Вот пример: Пациент: «Я бы хотел не есть так много фаст-фуда». Доктор: «Вы едите фаст-фуд довольно часто». Пациент: «Почти каждый день. Я знаю, это вредно, но это просто легче». Доктор: «Это проще, потому что у вас нет привычки готовить еду». Пациент: «И я могу просто по пути заехать за фаст-фудом». Доктор: «Так что вы не хотите отказываться от удобства быстрого питания, но вы хотели бы употреблять более здоровую пищу». Пациент: «Верно... Я думаю, что есть некоторые здоровые блюда в меню» [199].

Также уместно отражение настроения пациента, которое считывается, когда он или она говорит. Например: «Вы упомянули, что вы стесняетесь на пляже выходить на публику в купальнике из-за вашего веса. Это, кажется, делает лето очень напряженным для вас». Отражение высказываний и чувств пациентов повышает самоэффективность и это позволяет беседе развиваться.

4. Суммирование. Подведение итогов включает повторение того, что сказал пациент, с особым вниманием к существенным элементам обсуждения и возможностью для пациента исправить любые недопонимания и добавить все, что было пропущено. Суммирование можно применять на протяжении беседы, но особенно полезна данная техника в завершении консультации. Зачастую эффективным является закончить суммирование открытым утверждением, таким как «Мне интересно, что Вы чувствуете в данный момент» или «Интересно, что Вы думаете, каким должен быть следующий шаг». Используя данные техники, доктор может помочь пациенту идентифицировать специфическую и достижимую цель. Пациент должен подтвердить, что он или она будет на самом деле стремиться достичь цели, а не просто попробовать. Просьба к пациенту сформулировать цель (это помогает подтвердить соглашение), а затем фиксация ее в протокол консультации позволяют пациенту знать, что данный вопрос будет рассматриваться при следующем посещении, или возможно по телефону или электронной почте между визитами [277].

Для углубления понимания практики МИ исследователи приводят ряд примеров из реальной практики [277]. Необходимо почувствовать, каковы

реальные интересы и цели пациента, а не мысли специалиста по поводу того, какими цели пациента должны быть. Это очень просто, но это реально является ключом – позволить пациенту устанавливать цели [277].

В качестве примера приводится пациентка, которой курила в течение многих лет. Доктор во время консультации спросил, рассматривала ли она когда-нибудь вопрос прекращения курения. Когда пациентка сказала, что она не хочет, доктор просто продолжил консультацию. Через 6 месяцев пациентка вернулась и сказала, что ей понравился подход доктора к данной теме и на этот раз она готова к переменам и хочет прекратить курить. Один из «побочных эффектов» такого подхода состоит в том, что понижается давление на доктора. Если кто-то еще не достиг стадии размышления (см. ниже информацию о трансформационной модели изменений), то можно двигаться дальше. Осуждение или попытки запугать пациентов отнимают время и энергию врача. Необходимо, чтобы сами пациенты говорили о том, что они хотят изменить [277].

Исследователь В. Clure, участвовавшая в научном проекте с применением МИ указывает, что данный метод помог расширить возможности для ее пациентов [277]. «В прошлом мои пациенты не хотели меня видеть. Они не хотели лекций», - указывает она. «Теперь они вносят изменения самостоятельно - детскими шажочками, которые приводят к большим переменам, меняющим жизнь. Снижение веса, отказ от курения, уменьшение необходимых лекарственных препаратов - это на самом деле происходит». К примеру, в случае низкой приверженностью пациента лекарственной терапии доктор просто говорит: «Я бы хотела, чтобы вы внесли Ваш вклад в лечение. Давайте поменяем что-то, если предыдущая схема не работает». В. Clure отмечает, что удивительно, насколько простые изменения в тоне голоса могут радикальным образом изменить взаимодействие между врачом и пациентом к лучшему. Взаимодействие с пациентами благодаря такому походу приносит большое удовлетворение и понимание реального видения и проблем пациентов. В частности, она приводит пример пациентки, которая отказывалась соблюдать диету. В этой ситуации специалист уточнил у пациентки: «Хорошо, что Вы сами хотели бы делать?».

Благодаря отсутствию давления пациентка разработала свой собственный план действий и в итоге снизила вес, что позволило ей избавиться от необходимости лекарственной терапии, и даже привело к переходу на новую лучшую работу [277].

Для внедрения техники МИ в реальную практику авторы рекомендуют освоить технику в рамках взаимодействия с партнерами, членами семьи и ближайшего окружения, что согласуется с принципами биопсихосоциальной модели [277]. Работу с пациентами рекомендуется начинать с простых вопросов, таких как: «Если бы у Вас была одна привычка, которую Вы бы хотели изменить, чтобы улучшить Ваше здоровье, то что бы это было?» или «Какую цель Вы бы хотели поставить, которую Вы действительно хотите достичь». Открытый вопрос без конфронтации обычно способствует развитию беседы. Один из авторов приводит пример, когда при работе с пациентом над тем, чтобы уменьшить потребление хлеба с шести кусков до четырех, по прошествии месяца пациентка не только достигла этой цели, но также прекратила курить [277].

Важно отметить при этом, что МИ состоит больше не в конкретных словах или стратегиях, а скорее в определенном «духе», который был описан выше и который специалист привносит в беседу [199, 277, 312, 313].

Исследователь В. Clure отмечает: «Я рада видеть пациентов на очередном визите. Я люблю помогать пациентам прийти к осознанию того, что они наделены внутренней силой к изменениям» [277].

1.6. Транстеоретическая модель изменений

Параллельно с МИ в 1980-х годах была предложена транстеоретическая модель изменений [235–237], которая описывает последовательность этапов, через которые люди проходят на пути к устойчивым переменам. Транстеоретическая модель использует понятие этапов изменения, интегрируя процессы и принципы изменения от разных теорий вмешательств, с чем и связано название «транстеоретическая». Эта модель родилась на основе сравнительного анализа ведущих теорий психотерапии и изменения поведения на основе работ З. Фрейда, Б.Ф. Скиннера, К. Роджерса [238]. Начиная с исследований в сфере отказа от курения, использование данной модели стало быстро распространяться и на другие

области, связанные со здоровьем и с ментальным здоровьем: помощь при алкогольной и других видах зависимости, при тревожности и панических атаках, нарушении пищевого поведения и ожирении; коррекция питания; профилактика синдрома приобретенного иммунодефицита; скрининговая маммография; приверженность медикаментозному лечению; профилактика незапланированной беременности; беременность и курение; малоподвижный образ жизни; пребывание на солнце; профилактические вмешательства в медицине [235–238].

1.6.1. Стадии изменений

Выделение стадий изменений имеет важное значение отчасти потому, что оно представляет временное измерение. Изменение подразумевает явления, происходящие со временем, но удивительно, что ни одна из ведущих предшествующих теорий терапии не содержала ядра отражающего время. Изменение поведения часто воспринималось как событие, например, бросить курить, пить или переестать. Транстеоретическая модель рассматривает изменения как процесс, включающий прогресс через серию из ряда этапов [238]. Важным является тот факт, что задачи, поведение и рекомендации специалиста при проведении медико-психологического консультирования будут значительно отличаться, в зависимости от стадии, на которой находится пациент в настоящее время [13].

Первый этап - предварительное созерцание (предразмышление) - это этап, на котором люди не собираются принимать меры в обозримом будущем, обычно измеряемом как ближайшие 6 месяцев. Пациенты могут быть на этой стадии, потому что они не информированы или недостаточно информированы о последствиях их поведения. Или они могли пройти уже через несколько попыток изменения и в связи с неудачами потеряли веру в свою способность меняться в этом аспекте. Обе группы склонны избегать получения информации, обсуждения или размышления о своем поведении высокого риска. Они согласно другим теоретическим подходам часто характеризуются как немотивированные пациенты или как неготовые к терапии или программам укрепления здоровья. Факт в том, что

предыдущие традиционные программы укрепления здоровья не были предназначены для таких лиц и не соответствовали их потребностям [238].

Второй этап – размышление - является этапом, на котором у пациента имеется намерение изменить свое поведение в ближайшие 6 месяцев. Такие пациенты более осведомлены о плюсах изменения, но также остро осознают минусы. Этот баланс между затратами и выгодами от изменений может привести к глубокой двойственности, амбивалентности, которая может удерживать людей в этой стадии длительные периоды времени. Исследователи часто характеризуют это явление как хроническое размышление или поведенческое промедление. Такие пациенты тоже не готовы к традиционным ориентированным на действия программам [238].

Подготовка - это третий этап, на котором пациенты собираются принять конкретные меры по изменению поведения в ближайшем будущем, которое обычно измеряется как ближайший месяц. Они, как правило, уже предпринимали некоторые важные действия в течение последнего года. У таких пациентов есть план действий, такой как, например, присоединиться к обучающему курсу в сфере здоровья, проконсультироваться с врачом или психологом, купить книгу самопомощи, или полагаться на определенный подход к самоизменениям. Это те люди, которых мы должны набирать для таких ориентированных на действия программ, как отказ от курения, снижение веса или повышение физической нагрузки [238].

Действие - это четвертый этап, на котором пациенты вносят и уже внесли определенные явные изменения в свой образ жизни за последние 6 месяцев. Поскольку действие можно наблюдать, изменение поведения часто приравнивается к действию. Но в трансформационной модели действие - это только один из шести этапов. Не все модификации поведения считаются действием в этой модели. Пациенты должны достичь целевого значения, которое необходимо для того, чтобы снизить риск заболевания [238]. В случае профилактики ССЗ именно достижение целевых значений основных ФР является ключевой составляющей успеха.

Поддержание (сохранение результата) является пятым этапом, на котором пациенты прилагают усилия, чтобы предотвратить рецидивы. На этой стадии они более редко находятся в процессе изменения по сравнению с людьми на предыдущей стадии действия. С течением времени пациенты менее склонны к рецидивам и все более уверены, что могут продолжать поддерживать выработанные изменения [238].

Авторы указывают, что представлять рецидив как отдельную стадию не совсем корректно. Рецидив является одной из форм регрессии, возвращением к более ранней стадии. Рецидив - это возвращение из стадии действия или сохранения результата на более раннюю стадию. При этом при работе со здоровьем и факторами риска, к сожалению, имеется тенденция к рецидивам. Однако лишь около 15% людей регрессирует до стадии предразмышления. Подавляющее большинство возвращается к стадии размышления или подготовки для еще одной серьезной попытки к действию [238].

Терминация является шестым этапом, на котором пациенты имеют нулевое искушение и 100% самоэффективность. Неважно, они в депрессии, беспокойстве, скучают, одинокие, злые или в стрессе, они уверены, что не вернуться к своим старым нездоровым привычкам. Эта стадия подобна тому, как будто у них никогда не было нездоровой привычки. В некоторых областях, таких как борьба с зависимостями, например, процент людей достигающих нулевого искушения и 100% самоэффективности может быть невелик. А в других сферах, например контроль веса, здоровое питание, ФА достижение данной цели может быть вполне реалистичным с возможностью поддержания здорового поведения на протяжении всей жизни [238].

1.6.2. Процессы изменений

Процессы изменений состоят их скрытых и видимых действий, которые люди используют при прохождении через указанные выше этапы. Процессы изменений обеспечивают важные принципы для программ вмешательств, так как процессы похожи на независимые переменные, которые людям необходимо применять для

перехода от этапа к этапу [235–238]. Авторы выделяют десять основных процессов при переменах:

- повышение осознания (по поводу причин, последствий и лечения нездорового поведения),
- драматическое облегчение (сильные яркие переживания и эмоции, за которыми следует сниженный аффект в случае, если удастся выполнить необходимое действие),
- само-переоценка (когнитивная и аффективная оценка собственного образа с или без конкретной нездоровой привычки),
- переоценка окружения (когнитивная и аффективная оценка того как наличие или отсутствие вредной привычки влияет на окружающих),
- самоосвобождение (вера человека в то, что он может измениться и обязательство действовать согласно этой вере),
- социальное освобождение (требует повышения социальных возможностей, например, создание зон, свободных от курения, выбор салатов в школьных столовых и т.п.),
- противостояние (требует изучение более здоровых вариантов поведения, которые могут заместить проблемное поведение),
- контроль стимулов (удаляет сигналы для нездорового поведения и добавляет возможности для более здоровых альтернатив – например, среда, способствующая ФА),
- управление случайностями (обеспечивает шаги в определенном направлении, хотя они могут стимулироваться наказаниями, авторы выявили, что люди в процессе самоизменения полагаются гораздо больше на поощрения, а не на наказания – таким образом одобрение и ободрение имеют важное значение, поскольку философией модели изменений является работа в гармонии с тем, как люди меняются естественным образом),
- помогающие взаимоотношения (комбинируют заботу, доверие, открытость, принятие, а также поддержку для оздоровления поведения) [238].

Также в транстеоретической модели изменений выделяются понятия баланса принятия решений (доводы за и против изменений), самоэффективности (ситуационная уверенность людей в том, что они могут справиться с высокорисковой ситуацией без возвращения к пагубной привычке – этот конструкт интегрирован из теории самоэффективности А. Bandura), соблазна (отражает интенсивность срочности вовлечения в определенную привычку в гуще сложной ситуации – чаще всего на степень соблазна влияют негативный аффект или эмоциональный дистресс, позитивная социальная ситуация и страстное желание) [238].

Авторы приводят ряд допущений, которые лежат в основе транстеоретической теории, исследований и практики [238].

(1) Ни одна теория не может объяснить все сложности изменения поведения. Поэтому более вероятно, что возникнет целостная комплексная модель на основе интеграции основных теорий.

(2) Изменение поведения - это процесс, который разворачивается со временем через последовательность этапов.

(3) Этапы одновременно и стабильны, и открыты к изменениям, так же как хронические поведенческие ФР являются стабильными и открытыми для перемен.

(4) Без запланированных вмешательств, население останется на начальных стадиях процесса изменений. Мотивация к прогрессу через этапы преднамеренного изменения при прохождении этапов физического и психологического развития может отсутствовать.

(5) Большинство групп риска не готовы к действиям и не будут воспринимать традиционные ориентированные на действия профилактические программы. Укрепление здоровья может иметь гораздо большее влияние, если оно переходит от парадигмы действия к парадигме этапов изменений.

(6) Конкретные процессы и принципы изменения должны применяться в рамках конкретных этапов. В парадигме этапов, программы вмешательства соответствуют каждому индивидуальному этапу изменения.

(7) Хронические паттерны поведения обычно связаны с какой-то комбинацией биологического, социального влияния и самоконтроля. Вмешательства, связанные с тем или иным этапом исходно создавались, чтобы улучшить самоконтроль [238].

Применение транстеоретической модели дает возможность более таргетно использовать методы МИ. Так, амбивалентность характерна для стадии «размышления», когда человек испытывает мотивацию как за, так и против перемен. Разрешение амбивалентности освобождает человека, и позволяет перейти на стадию «подготовки», а затем «действия» [235–238].

1.7. Копинг-профилактика

Термин «копинг» (совладающее поведение) был предложен L. Murphy в 1960 г. [208]. Под копингом (от англ. *cope* – преодолевать, справляться с чем-либо) в широком смысле понимается способ взаимодействия личности с проблемной (стрессовой) или кризисной ситуацией [56, 61, 268]. Согласно S. Folkman копинг в медицине – это способность человека генерировать и поддерживать психологическое благополучие, несмотря на наличие значимого заболевания [140], и связан с лучшими результатами психологической адаптации [270]. Совладающее поведение – это процесс, неотъемлемая часть адаптации и развития. Как организационная структура копинг включает «все те усилия, которые необходимы для того, чтобы справиться с давлением, нагрузкой со стороны окружающей среды, которые не могут быть преодолены рефлексом или организованными навыками, но включают борьбу, испытания, постоянную сосредоточенную энергию, направленную на достижение цели».

Считается, что копинг разворачивается с течением времени и включает процессы разных уровней, включая эволюционные, физиологические, психологические и социальные особенности [268]. Проблема копинга подробно изучена в трудах R. Lazarus, который четко описал структуру процесса совладания, направленного на регулирование взаимодействий между человеком и средой [141, 176]. То, каким образом люди справляются со стрессом и как он влияет на их физическое и умственное функционирование, было исследовано во многих

областях, включая здоровье, работу, семью, воспитание детей, школу, сверстников, безработицу, старение и ненормативные жизненные события, такие как несчастные случаи, культурные потрясения, экономические спады, войны и переселение [268]. Ориентированные на процесс исследования как в естественных, так и в лабораторных условиях, с использованием различных оценок (интервью, рассказы, ежедневные отчеты, наблюдения) и изучением внутриличностных отношений и изменений во времени, могут стимулировать развитие данной области [268]. Тесно связанные термины включают стресс, стрессор, стрессовые жизненные события, защиту, вызов, угрозу, невзгоды, риск, устойчивость, мастерство, уязвимость, процветание, выносливость и социальную поддержку [268].

Согласно М. Johnston и соавт. копинг в психологии здоровья обычно условно подразделяется на проблемно-ориентированный, то есть направленный на уменьшение угроз и потерь от заболеваний и их ФР, и эмоционально-ориентированный, а именно направленный на уменьшение негативных эмоциональных последствий [162]. Одним из самых известных психодиагностических инструментов, посвященных изучению стратегий совладания в стрессовых и трудных жизненных ситуациях является опросник, разработанный S. Folkman и R.S. Lazarus [141]. Авторы использовали факторно-аналитические процедуры для установления структуры шкал. Было изучено множество различных стилей копинга, и выявлены различия между избегающим стилем и, наоборот, между активным и пассивным совладанием, между поведенческим и когнитивным копингом.

Шкала COPE была создана для представления всех этих аспектов копинга в многомерном опроснике, в котором оцениваются баллы по 13 концептуально различным типам совладания [108]. Опросник может быть использован для оценки стиля копинга, меры привычных способов совладающего поведения или для оценки стратегии преодоления, методов преодоления, используемых для устранения конкретного стрессора, такого как текущее заболевание. Недостаток данного обширного опросника заключается в том, что его заполнение занимает значительное время, содержит много похожих повторений и может показаться

обременительным для больных людей. Поэтому С.S. Carver позднее предложил сокращенную версию, которая оказалась более приемлемой при сохранении многомерных характеристик опросника [107].

Теория копинга и ее применение в клинической практике активно изучается отечественными исследователями [56, 61, 72]. В российских исследованиях наиболее часто применяется вариант опросника, полученный при исследовании его конструктивной валидности, который включает 50 наиболее информативных утверждений, объединенных в 8 основных шкал и измеряющих тот или иной вариант совладающего поведения [10, 139]. Исследователи отмечают, что важно сбалансированное умение использовать различные копинг-стратегии.

Копинг-профилактика рассматривается исследователями как направленное, опережающее развитие стратегий и ресурсов преодоления жизненных стрессов, способствующих росту индивида, а также обучение его навыкам совладающего поведения с целью усиления факторов, мотивирующих укрепление здоровья и понижающих восприимчивость к болезням, ослабления ФР и смягчения последствий приобретенных заболеваний [12, 56, 61]. Важное значение имеет сбалансированное использование разнообразных стратегий совладающего поведения. Применение упомянутых выше психодиагностических инструментов дает возможность выявить возможные нарушения такого баланса у конкретного пациента. В таком случае возможно проведение психологической работы, посвященной балансировке копинг-стратегий, что также может являться частью копинг-профилактики.

1.8 Внутренняя картина болезни, внутренняя картина здоровья, внутренняя картина лечения

В первой половине XX века А.Р. Лурия предложил термин «Внутренняя картина болезни» (ВКБ) как систему переживаний и понимание болезни [19, 29]. В дальнейшем теоретические основы ВКБ были изучены в работах В.В. Николаевой, А.Ш. Тхостова [36, 64]. ВКБ можно определить как «совокупность субъективных представлений человека о своем заболевании, включающую в себя несколько уровней психического отражения» [65]. Ученые предлагают различные варианты

структуризации ВКБ. В частности, согласно В.В. Николаевой, можно выделить следующие уровни ВКБ:

- уровень непосредственно-чувственного отражения болезни – ассоциированная с переживаемым заболеванием совокупность симптомов и телесных феноменов;
- эмоциональный уровень – включает аффективное реагирование человека на заболевание, в том числе связанное с представлением о возможных последствиях;
- интеллектуальный уровень – представления, знания пациента о заболевании, особенностях и вариантах течения, причинах и последствиях;
- мотивационный уровень – особенности перестройки потребностей и мотивационной сферы человека в ситуации болезни, что может повлечь за собой изменение образа жизни [36, 65].

Впоследствии А.Б. Орлов ввел в научный оборот термин «Внутренняя картина здоровья» (ВКЗ) [19, 37]. При этом исследователи подчеркивают, что ВКЗ неверно рассматривать лишь как нечто обратное ВКБ [19, 65]. ВКЗ формируется и трансформируется в процессе социальных взаимодействий человека и подвержена влиянию социокультурных норм и стереотипов на субъективные представления индивида о собственном здоровье [65].

Основной функцией ВКЗ служит регуляция поведения человека, направленного на поддержание здоровья и противостояние болезни, для чего она должна иметь обоснованный и непротиворечивый характер. Однако зачастую она не обладает данными свойствами в связи с огромными потоками не всегда качественной и зачастую недостоверной информации в средствах массовой информации, сети интернет и других источниках, создающей у пациентов искаженные варианты ВКЗ [65].

Поведение человека в отношении собственного здоровья опосредуется значительным количеством психологических факторов [65]. I.M. Rosenstock, изучая психологические причины игнорирования пациентами профилактических мероприятий, разработал модель убеждений о здоровье, которая получила широкое распространение в области психологии здоровья [249]. Согласно данной модели

вероятность следования пациентом рекомендованному профилактическому лечению зависит от таких факторов, как уровень воспринимаемой угрозы возможного заболевания и воспринимаемые польза и барьеры в выполнении рекомендованных превентивных действий. В связи с этим большое значение может иметь повышение грамотности пациентов в вопросах здоровья [28].

В.А. Урываевым предложено понятие «Внутренняя картина лечения» (ВКЛ), которое дополняет термины ВКБ и ВКЗ и отражает, среди прочего, активность и ответственность человека в выборе стратегии и тактики лечения (при непрерывном взаимодействии с врачом) [314].

Искажения в сознании пациента ВКБ, ВКЗ и ВКЛ обладают способностью значимым образом влиять на активность пациента в отношении профилактики ССЗ и контроля их ФР, приверженность медикаментозному и немедикаментозному лечению, в связи с чем важную роль при проведении медико-психологического консультирования играет активное выявление таких искажений и их коррекция [74].

1.9. Влияние социальной поддержки на образ жизни

Социальные и демографические изменения привели к увеличению случаев одиночества и социальной изоляции в современном обществе [300]. Мета-анализ, включивший 148 исследований и 308 849 человек, за которыми проводили наблюдения в среднем в течение 7,5 лет, показал, что негативный эффект социальной изоляции не зависел от других ФР [300]. Количество и качество взаимоотношений обратно коррелировали с риском для здоровья. Высокий уровень социальной поддержки увеличивает вероятность выживаемости на 50%. Общая вероятность смерти из-за одиночества и социальной изоляции составляет 1,50, что сопоставимо с курением и превышает риски, связанные с ожирением и гипертонией [159]. Популяционные исследования продемонстрировали, что как объективная социальная изоляция, так и восприятие социальной изолированности (одиночества) коррелируют с более высоким риском смертности и что оба они являются четкими ФР ССЗ [300].

Социальная изолированность во взрослом возрасте - один из основных источников хронического стресса, который повышает заболеваемость. Низкий уровень социальной поддержки и социальная изоляция увеличивают риск депрессии, высокого артериального давления, и как следствие - частоту ССЗ. Результаты, полученные в исследовании L.C. Hawkey и соавт. позволяют спрогнозировать, что в течение 4 лет у наиболее одиноких людей может наблюдаться повышение систолического артериального давления (САД), на 14,4 мм. рт. ст. (3,6 мм. рт. ст. в год) превышающее динамику у наименее одиноких людей [154]. Подобный эффект выявлен и в экспериментах на животных - у социально изолированных животных атеросклероз развивается чаще, чем у животных, содержащихся в группах [300].

Социальная поддержка, напротив, – надежный предрасполагающий фактор положительных результатов в отношении поддержания здоровья [243]. В исследовании Д.Ю. Платонова и соавт. показано, что достаточная социальная поддержка является важной детерминантой профилактического поведения у пациентов с хронической ИБС и повышает его эффективность в 3,77 раз [38].

Молекулярные механизмы, ответственные за повышенный риск ССЗ в случае отсутствия должной социальной поддержки, плохо изучены. Согласно недавним исследованиям, одиночество и социальный стресс были связаны с активацией гипоталамус-гипофиз-надпочечниковой оси и симпатической нервной системы. Повторяющийся и хронический социальный стресс приводит к устойчивости к глюкокортикоидам, усилению миелопозза, усилению экспрессии провоспалительных генов и окислительному стрессу. Однако роль этих механизмов, связанных с одиночеством и недостаточной социальной поддержкой, в развитии ССЗ остается не до конца ясной [300].

Таким образом, согласно современным представлениям, низкий уровень социальной поддержки является как независимым ФР ССЗ, так и состоянием, предрасполагающим к большей выраженности других ФР ССЗ.

1.10. Интернальный и экстернальный локус контроля

Дж. Роттер в 1966 г. представил модель, которая определяет два способа атрибуции причин происходящих событий: некоторые люди более склонны приписывать причины событий себе (интернальный, внутренний локус контроля), другие склонны приписывать причины внешним событиям (экстернальный, внешний локус контроля) [252].

В исследовании С. Reynaert и соавт. выявлено, что интернальный локус контроля ассоциирован с лучшим метаболическим контролем (уровнем гликированного гемоглобина) у пациентов с СД ($p < 0,05$). Данный эффект сохранялся даже в случае более низкого уровня знаний по теме СД и более редкого самоконтроля глюкозы крови [242]. L.M. Tillotson и соавт. обнаружили, что интернальный локус контроля и высокий уровень социальной поддержки являются статистически значимыми предикторами приверженности к терапии у пациентов с СД [285].

G.N. Molloy и соавт. показано, что у пациентов, прекративших курить, интернальность локуса контроля выше, чем у курящих [203]. В исследовании D. Miličić и соавт. выявлено, что для пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) более характерен внешний локус контроля по сравнению с лицами без ОИМ ($p = 0,001$) [195]. В немецком исследовании, включившем 3306 студентов, выявлено, что лица с более выраженным внутренним локусом контроля уделяют больше внимания здоровому питанию и демонстрируют более высокий уровень ФА [156].

Таким образом, увеличение интернальности локуса контроля в отношении контроля своего здоровья, болезни и лечения может способствовать повышению вероятности достижения целевых показателей при коррекции ФР ССЗ.

1.11. Самоэффективность

A. Bandura в 1997 г. представил разработку концепции самоэффективности, которая в свете теории социального научения играет важную роль в поведении индивида, поскольку определяет как инициацию деятельности, так и ее осуществление. Человек с восприятием высокой самоэффективности (веры в то, что он может достичь поставленных целей) более здоров, эффективен и в целом

более успешен, чем человек с восприятием низкой самооффективности [92]. Среди прочего самооффективность является одним из ключевых факторов, влияющих на приверженность лечению [210].

Согласно А. Bandura самооффективность - это центральный детерминант, поскольку он влияет на поведение в отношении здоровья как напрямую, так и за счет своего влияния на другие факторы. Убеждения в эффективности влияют на цели и стремления. Чем выше воспринимаемая самооффективность, тем более высокие цели люди ставят перед собой и тем тверже их приверженность достижению этих целей. Убеждения в собственной эффективности формируют результаты, которых люди ожидают от своих усилий. Те, кто обладает высокой самооффективностью, ожидают получения благоприятных результатов. Те, у кого низкая самооффективность, ожидают, что их усилия принесут неудовлетворительные результаты. Убеждения в самооффективности также определяют то, как рассматриваются препятствия и трудности. Люди с низкой самооффективностью легко убеждаются в бесполезности усилий перед лицом трудностей. Они быстро бросают попытки. Те, кто обладает высокой самооффективностью, считают препятствия преодолимыми путем улучшения навыков самоуправления и настойчивых усилий. Они придерживаются намеченного курса перед лицом трудностей. Убеждения в личной самооффективности влияют на поведение в отношении здоровья как напрямую, так и через свое влияние на цели, ожидаемые результаты, а также на предполагаемых посредников и препятствий [93].

В связи с этим важным моментом при проведении медико-психологического консультирования пациентов с ФР ССЗ является повышение их убежденности в самооффективности в области заботы о своем здоровье [65]. Так, исследования показывают, что люди с ожирением достигают лучших результатов, если имеют высокие показатели самооффективности, а также менее склонны возвращаться к имевшей место в прошлом нездоровой диете [62].

1.12. Стресс, депрессия и тревога

Представление о том, что психологические состояния могут влиять на физическое здоровье существует давно [114]. Взаимосвязь психики и тела широко изучается при исследовании причин развития ССЗ. Крупные проспективные эпидемиологические исследования наряду с фундаментальными научными работами установили связь между ССЗ и различными психологическими состояниями, такими как депрессия, тревога и хронический психологический стресс [114].

В крупном международном эпидемиологическом исследовании INTERHEART выявлено, что некоторые элементы, отражающие психосоциальный стресс, связаны с повышенным риском ОИМ [248]. К этим элементам относятся в том числе и те, которые субъективно воспринимаются пациентами как стресс, напряжение или тревога. Влияние стресса не зависит от социально-экономического статуса и курения, и сохраняет свою значимость во всех географических регионах, в разных возрастных группах, а также в подгруппах мужчин и женщин [248]. Избыточный риск ОИМ, связанный с высоким уровнем воспринимаемого стресса, остается значительным после поправки на другие ФР ССЗ.

За последние два десятилетия накопилось немало доказательств в отношении связи маркеров стресса и других психосоциальных факторов с ИБС [157]. Однако по сравнению со многими другими биологическими факторами и ФР, связанными с образом жизни, стресс представляет собой более сложное явление. Кроме того, уровень стресса неизбежно является субъективным ощущением и, следовательно, потенциально подвержен предубеждениям и ошибкам. Тем не менее, тесная связь между стрессом, о котором сообщают сами индивидуумы, и другими более объективными маркерами, такими как жизненные события или депрессия предполагает очевидную валидность этих показателей [248]. Как поперечные, так и проспективные исследования показали положительную связь между уровнем стресса и заболеваемостью [171, 190]. Количество факторов, вызывающих стресс, было связано с повышенной смертностью от ССЗ [248].

Депрессия широко распространена, в том числе у пациентов с ССЗ и предвещает неблагоприятные сердечно-сосудистые исходы и увеличение расходов на здравоохранение. Каждый пятый пациент с ИБС или хронической сердечной недостаточностью (ХСН) страдает депрессией, что по крайней мере в 3 раза выше, чем в общей популяции [94, 136, 232, 302]. Еще большая часть выживших после инсульта - почти каждый третий - страдает депрессией [157]. Пациенты с ИБС и ХСН с депрессивными симптомами с большей вероятностью будут иметь физические ограничения и низкое качество жизни, даже с учетом объективных показателей сердечной функции [94, 301].

Пациенты с коморбидными ССЗ и депрессивными симптомами также подвержены повышенному риску повторных сердечно-сосудистых событий и смертности [180, 190, 254]. Например, пациенты с депрессией и острым коронарным синдромом (ОКС) имеют вдвое больший риск серьезных сердечно-сосудистых событий в будущем, данное повышение риска сравнимо с такими серьезными биологическими ФР, как снижение фракции выброса левого желудочка и СД [160]. Это верно независимо от того, определяется ли депрессия на основании клинического диагноза (то есть диагностировано большое депрессивное расстройство) или на основании указания тяжести симптомов по самооценке [170]. Предыдущие исследования также показывают зависимость «доза-ответ» между депрессивными симптомами и сердечными событиями у пациентов с ИБС, причем даже умеренно выраженные депрессивные симптомы связаны с плохим прогнозом [275]. Кардиотоксические эффекты депрессивных симптомов постоянно наблюдаются, несмотря на постоянное улучшение сердечно-сосудистых вмешательств, лекарств и ухода [292].

Основываясь на убедительности доказательств, связывающих депрессию с плохим прогнозом после ОКС, Американская кардиологическая ассоциация опубликовала научный отчет, в котором рекомендуется повысить статус депрессии до уровня ФР у лиц, переживших ОКС [292]. Хотя большинство исследований проводилось на пациентах с существующими ССЗ, депрессия также связана с возникновением ИБС (объединенный скорректированный относительный риск:

1,90 (1,49) –2,42) и ОНМК (объединенное скорректированное отношение рисков 1,45 (95% ДИ: 1,29–1,63)) в соответствии с недавними метаанализами [302].

Накапливаются данные о том, что воздействие хронических, повседневных стрессоров и / или тяжелых психологических травм также может увеличить риск развития и смерти от ССЗ. Что касается обычных ежедневных стрессоров, которые могут возникать в течение продолжительных периодов времени, то, как упоминалось ранее, отрицательным фактором является социальная изоляция и одиночество. Аналогичное воздействие оказывали стрессы на работе – они повышали риск ССЗ – на 40% (объединенный относительный риск = 1,4, 95% ДИ: 1,2–1,8) [276].

Хронические стрессоры также были связаны с худшим прогнозом у пациентов с существующими ССЗ. Многочисленные исследования демонстрируют, что пациенты указывают ежедневные стрессоры как ключевые первопричины ФР ССЗ, таких как неправильное питание и малоподвижный образ жизни [113, 253].

Тревога характеризуется преходящим страхом, неуверенностью и опасениями по поводу будущего, но люди различаются по частоте и интенсивности, с которой они испытывают тревогу [315]. Когда человек ощущает тревогу с высокой частотой, интенсивностью и / или в неподходящих ситуациях, в таких случаях может быть поставлен диагноз тревожное расстройство, в том числе генерализованное тревожное расстройство, панические атаки, фобии и др. В метаанализе 20 исследований (N = 249 846), оценивающих связь тревоги с ИБС, A. Roest et al. обнаружили, что изначально здоровые люди с высокой тревожностью имели повышенный риск развития ИБС (ОШ: 1,26; 95% ДИ: 1,15–1,38; $p < 0,0001$) и сердечной смерти (ОШ: 1,48; 95% ДИ: 1,14–1,92; $p = 0,003$), независимо от демографических переменных, биологических ФР и поведения в отношении здоровья [244].

В исследовании с участием 49 321 мужчины, у которых была диагностирована тревога до службы в армии, любой диагноз тревожного расстройства был тесно связан с ИБС и ОИМ в течение 37 лет наблюдения

(многомерный скорректированный ОР: 2,17 (95% ДИ) : 1,28–3,67) и 2,51 (95% ДИ: 1,38–4,55) соответственно [161].

Таким образом, появляется все больше данных о том, что стресс, тревога и депрессия являются самостоятельными ФР ССЗ. Это находит отражение в официальных документах различных кардиологических сообществ. Европейские клинические рекомендации определяют депрессию, тревогу и психосоциальные стрессоры, такие как стресс, связанный с работой, низкий уровень социальной поддержки, как факторы риска ССЗ и неблагоприятных исходов у пациентов с существующими ССЗ [225, 227].

Так в американских, и в европейских рекомендациях признается, что необходимо проделать дополнительную работу для установления механизмов, посредством которых психологические факторы влияют на ССЗ, и для определения эффективных методов лечения, чтобы уменьшить их влияние на заболеваемость и смертность от ССЗ [114]. Тем не менее, ученые делают некоторые предложения на основе имеющихся данных. Большой объем работ демонстрирует, что каждый из описанных выше психологических ФР ассоциирован с нездоровым образом жизни, который может увеличить риск ССЗ, и, безусловно, пациентов следует обследовать и консультировать по таким ФР, как курение, неправильное питание и малоподвижный образ жизни. Однако имеющиеся данные также демонстрируют, что сами по себе эти факторы не ответственны за повышенный риск ССЗ, наблюдаемый при депрессии, стрессе и тревоге. Каждое из этих состояний может способствовать биологическим изменениям, таким как воспаление или эндотелиальная дисфункция, которые могут способствовать ССЗ. В случае стресса и тревоги важную роль также могут играть вегетативная дисфункция и внезапные резкие изменения сердечно-сосудистой системы. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы окончательно установить эти механизмы [114].

Признание разрушительного воздействия негативных психологических факторов на физическое здоровье, в частности на развитие ССЗ, могут способствовать более эффективному внедрению программ скрининга таких состояний и их своевременной коррекции. Таким образом был достигнут

значительный прогресс в понимании вклада стресса, депрессии и тревоги в развитие ССЗ, одним из важных компонентов программы медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий является учет и по возможности их коррекция.

1.13. Проблема приверженности пациентов профилактическому лечению

Проблема приверженности к лечению является одной из центральных в профилактике ССЗ. Согласно ВОЗ можно выделить несколько категорий причин низкой приверженности [227]:

- социально-экономическую (низкая грамотность, высокая стоимость лечения, низкий уровень социальной поддержки);

- терапевтическую (сложный режим, побочные эффекты);

- причины со стороны пациента (физические ограничения, например, проблемы со зрением и т.п., когнитивные нарушения, поведенческие факторы, например, недостаток мотивации, низкая самоэффективность, импульсивность, более молодой возраст);

- причины, связанные с заболеванием (например, бессимптомное течение), коморбидность (например, депрессия);

- причины связанные с системой здравоохранения (низкое качество взаимоотношений медицинского персонала и пациента, недостаточные знания относительно клинических рекомендаций, сложная коммуникация – использование сложных запутанных терминов и советов, недостаточный доступ к медицинской помощи, недостаточная преемственность медицинской помощи).

В рамках данной работы был исследован феномен приверженности пациента лечению. Приверженность пациента лечению – многогранное понятие, под которым наиболее часто понимается степень соответствия между поведением пациента и рекомендациями, полученными от врача [15, 75].

Несмотря на доказанную высокую эффективность профилактического лечения ФР ССЗ, приверженность ему все еще остается низкой [158]. Такая невысокая приверженность может быть связана с целым рядом причин: 1) большая часть ФР ССЗ не беспокоят пациента и не влияют существенно на качество его

жизни - безусловно это снижает мотивацию к следованию профилактическим рекомендациям; 2) профилактическое лечение ФР ССЗ чаще всего требует модификации образа жизни, привычек пациента, что требует длительной целенаправленной, в том числе психотерапевтической работы с использованием методов МИ и других вмешательств.

По данным С.С. Буновой и соавт., даже у пациентов с уже имеющимися ССЗ приверженность модификации образа жизни (в отношении оптимизации питания, ФА, избавление от нежелательных привычек) находится на низком уровне [7]. Учитывая, что многие привычки пациента, суммарно составляющие его образ жизни, усвоены им еще в детстве и продолжают активно поддерживаться его социальным окружением в настоящее время, процесс изменения привычек нередко требует глубинной психологической проработки, высокой мотивации и дисциплины пациента, готовности существенной перестройки образа жизни на разных уровнях.

С учетом вышеперечисленных факторов разработка новых подходов к повышению приверженности, в частности, изучение эффективности программы медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий, является актуальной и важной задачей, что может открыть новые возможности повышения приверженности профилактическому лечению и поддержанию высокого уровня такой приверженности в долгосрочной перспективе.

1.14. Подготовка специалистов в рамках биопсихосоциальной модели медицины

Как уже описано выше, важное значение имеет внедрение биопсихосоциальной модели в практику современной медицины. Такое внедрение не представляется возможным без организации соответствующей подготовки специалистов на этапе высшего образования.

Проведенное нами исследование, показало невысокую эффективность обучения коммуникативным навыкам в процессе высшего и последиplomного медицинского образования [43]. Ранее нами был проведен анализ Федерального

государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки «лечебное дело» [46]. В результате анализа стандарта было выявлено, что в рамках обучения по специальности «лечебное дело» предусмотрено изучение предмета «Психология и педагогика», однако процент учебной нагрузки, отведенный на преподавание данного предмета составляет лишь 0,8% от общей учебной нагрузки [46]. При предположении о равном распределении времени между двумя предметами можно сделать вывод, что на преподавание непосредственно предмета «Психология» согласно стандарту отводится лишь 0,4% общей учебной нагрузки, что, безусловно, является крайне недостаточным и не позволяет сформировать необходимые знания и навыки [46].

При этом существует значительное количество задач, для выполнения которых врачу необходимо знать и уметь использовать различные психологические технологии, в том числе при проведении медико-психологического консультирования [60, 266]. Среди прочего, врач должен уметь устанавливать доверительные отношения с пациентом в контексте сотрудничества, обеспечить психологический комфорт пациента при столкновении с болезнью и медицинскими манипуляциями, оценивать и учитывать психологические особенности пациента и его образ жизни, выявлять и учитывать психосоматическую патологию, уметь корректно сообщать неблагоприятные данные, адекватно пережить ситуацию врачебной ошибки в случае ее возникновения, плодотворно взаимодействовать с коллегами в рамках активного сотрудничества, организовать свою жизнь таким образом, чтобы избежать хронического стресса, синдрома эмоционального выгорания, психологической деформации по причине повышенной психоэмоциональной нагрузки профессии врача [44, 266]. Сфера медицинской психологии стремительно развивается и обладает значительным арсеналом практико-ориентированных методов, безусловно, освоение этих методов врачами абсолютно необходимо как в рамках собственной работы, так и для взаимодействия с клиническими психологами, психотерапевтами и другими специалистами в парадигме мультидисциплинарного

подхода к оказанию помощи пациентам, который особенно важен в сфере профилактической медицины.

1.15. Основные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний

К числу основных модифицируемых ФР ССЗ в настоящее время относят курение, повышенный уровень ОХС и липопротеидов низкой плотности, повышенный уровень АД, малоподвижный образ жизни, нерациональное питание (в том числе недостаточный уровень употребления овощей и фруктов), ожирение, в особенности абдоминальное ожирение, психосоциальные ФР, избыточное употребление алкоголя, повышенный уровень глюкозы крови, психосоциальные ФР [78, 225, 227].

Примечательно, что контроль факторов здорового образа жизни позволяет предотвратить не только ССЗ, но и другие ХНИЗ, такие как, например, онкологические заболевания, СД [6]. С другой стороны, ФР ССЗ имеют тенденцию к «кластеризации», то есть наличие одного ФР повышает вероятность наличия и других (к примеру, нерациональное питание, избыточная масса тела, гиперлипидемия, гипергликемия и гипертония) [78]. При этом у пациентов высокого и очень высокого риска нередко встречается ситуация коморбидности, то есть сочетания нескольких диагнозов как в рамках сердечно-сосудистой, так и в рамках других систем органов. Таким образом, принципиальное значение имеет ранняя диагностика и коррекция ФР ССЗ для предотвращения их кластеризации, а также для профилактики развития неблагоприятных осложнений со стороны сердечно-сосудистой и других систем в рамках мультиморбидности.

В России в настоящее время изучение распространенности ФР ССЗ проводится прежде всего в таких масштабных популяционных исследованиях как ЭССЕ-РФ и ЭССЕ-РФ2 [71]. В рамках эпидемиологического проекта ЭССЕ-РФ выявлена высокая распространенность в российской популяции таких ФР как курение (23,5% обследованных), низкая ФА (38,8%), недостаточное употребление овощей и фруктов (41,9%), гиперхолестеринемия (58,4%) и других [2, 34].

1.15.1. Курение

Отказ от курения считается наиболее эффективной стратегией профилактики ССЗ [227]. Кроме того использование табака является ведущей предотвратимой причиной смертности в мире, уносящей ежегодно более 6 млн. жизней [167, 241].

У курящих вероятность развития ОИМ значительно выше (ОШ: 2,87; 95% ДИ: от 2,58 до 3,19) [302], а также в 2–3 раза выше риск смерти от ИБС, по сравнению с некурящими [284]. Курение примерно вдвое увеличивает риск смерти от инсульта для нынешних курильщиков по сравнению с никогда не курившими [284]. Связь между курением и ССЗ нелинейна, так что даже небольшое количество сигарет непропорционально увеличивает сердечно-сосудистый риск [151]. Курение только 1 сигареты в день также связано с более высоким риском развития инсульта [151]. Эти данные указывают на то, что безопасного уровня потребления сигарет не существует, и что целью лечения должно быть полное воздержание от сигарет и других никотинсодержащих продуктов.

Полное воздержание подразумевает также отсутствие так называемого «пассивного курения», когда некурящий человек подвергается воздействию табачного дыма в окружающем пространстве. Исследования показывают, что пассивное курение также значительно повышает риск развития ССЗ [95, 220]. Жертвами пассивного курения зачастую оказываются дети и женщины. Ограничение курения в общественных местах отчасти может способствовать снижению пассивного курения. Однако остаются незатронутыми законом такие зоны для курения, как дома, квартиры и личные автомобили, где особенно высок риск воздействия табачного дыма на детей.

Курение резко повышает артериальное давление (АД) и связано с повышенным риском осложнений гипертонии, включая повышенный риск смерти от гипертонической болезни сердца [106] и снижение функции почек [240].

У курящих риск развития заболеваний периферических артерий в 2–3 раза выше, чем у некурящих [185], отмечается более выраженное прогрессирование артериальной жесткости при 5–6 летнем наблюдении [286]. Курящие также имеют повышенный риск аневризмы брюшной аорты [177]. Большой стаж курения и

курение в настоящий момент (по сравнению с бывшими курильщиками) было связано с более высокой вероятностью развития аневризмы брюшной аорты [177]. Курение в настоящее время было связано с более высокой скоростью роста аневризмы по сравнению с курением в прошлом или никогда не курившими в метаанализе 2012 года [280].

Частота возникновения фибрилляции предсердий примерно в 1,5 и 2 раза выше у бывших и нынешних курильщиков, соответственно, по сравнению с никогда не курившими [110]. Риск развития желудочковых нарушений ритма сердца (НРС) также выше среди курильщиков [146].

Курящие имеют более высокий риск ХСН по сравнению с некурящими. Среди взрослых в возрасте от 70 до 79 лет, принимавших участие в исследовании «Здоровое старение и состав тела», риск развития сердечной недостаточности был выше у тех, кто курит в настоящий момент, по сравнению с теми, кто никогда не курил [147]. Исследование дисфункции левого желудочка, в которое вошли пациенты с фракцией выброса левого желудочка ниже 35%, обнаружило более высокий относительный риск смертности от всех причин и смертности от сердечной недостаточности среди курящих по сравнению с некурящими в настоящее время [295]. Это исследование также выявило более высокий риск госпитализации по поводу застойной ХСН и более высокий риск ИМ среди курящих по сравнению с некурящими в настоящее время [295].

Экспозиция и вдыхание табачного дыма (пассивное курение) у некурящих людей связана с повышенным риском развития ИБС и инсульта. В метаанализе относительный риск ИБС у не курящих, но подвергающихся пассивному курению по сравнению с некурящими, не подвергающимися пассивному курению, составил 1,31 (95% ДИ: от 1,21 до 1,41) [95]. В другом мета-анализе пассивное курение у некурящих было связано с повышенным риском инсульта (ОР: 1,25; 95% ДИ: от 1,12 до 1,38) [220].

Исследования показывают эффективность как психологического консультирования в сочетании с фармакотерапией, так и применения данных методов по отдельности в плане повышения вероятности отказа от курения [31].

По данным различных исследований, принятый в 2014 г. закон, ужесточающий ограничительные меры в отношении употребления табака, в том числе в общественных местах, оказал благотворное влияние на распространенность курения - в период с 2009 г по 2016 гг. она снизилась с 39,4 до 30,9% [316]. Вместе с тем, распространенность данного ФР ССЗ в России все еще остается критически высокой, что требует разработки эффективных стратегий по профилактике и борьбе со всеми формами потребления табака.

1.15.2. Дислипидемия

Важнейшая роль дислипидемии, особенно гиперхолестеринемии, в развитии ССЗ подтверждена генетическими, патологоанатомическими, наблюдательными и интервенционными исследованиями. Основными носителями холестерина в плазме являются липопротеиды низкой плотности (ХС-ЛПНП), которые являются атерогенными. Выявлена сильная и дифференцированная положительная связь между ОХС, а также ХС-ЛПНП, и риском ССЗ в широком диапазоне концентраций холестерина в плазме [212]. Эта связь наблюдается как у мужчин, так и у женщин; у людей без ССЗ, а также у пациентов с установленным ССЗ. Доказательства того, что снижение уровня атерогенных липопротеинов в плазме снижает риск ССЗ, являются однозначными [187]. Результаты эпидемиологических исследований, исследований со статинами и без них с использованием ангиографических или клинических результатов подтверждают, что снижение уровня атерогенных липопротеинов является чрезвычайно важной задачей в профилактике ССЗ [187]. Метаанализы многих испытаний статинов показывают зависимое от дозы относительное снижение ССЗ с понижением ХС-ЛПНП. Каждое снижение уровня ХС-ЛПНП на 1,0 ммоль/л связано с соответствующим снижением на 20–25% смертности от ССЗ и нефатальных ИМ [194].

По данным крупного эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ распространенность гиперлипидемии в Российской Федерации чрезвычайно высока - $57,6\% \pm 0,4\%$ (у мужчин $58,4 \pm 0,6\%$, у женщин $56,3 \pm 0,5\%$) [35].

В настоящее время в российских и европейских рекомендациях по профилактике и лечению дислипидемий в качестве основной стратегии снижения

риска у пациентов с дислипидемиями служит индивидуализированный подход с определением целевых значений ХС-ЛПНП и достижением данных целевых значений у каждого конкретного пациента [78, 187].

1.15.3. Повышенное артериальное давление

Высокий уровень АД является ведущим ФР бремени болезней во всем мире, на его долю пришлось 9,4 миллиона смертей и 7,0% глобальных лет жизни, скорректированных по нетрудоспособности (Disability-adjusted life years, DALY) в 2010 году [183]. По сравнению с 1990 годом влияние повышенного АД привело к увеличению смертности на 2,1 миллиона [183]. В целом распространенность артериальной гипертензии составляет 30–45% у взрослых людей в возрасте ≥ 18 лет с резким увеличением с возрастом.

Повышенное АД является ФР развития ИБС, ХСН, цереброваскулярных заболеваний, заболеваний периферических артерий, хронической болезни почек и фибрилляции предсердий. Риск смерти от ИБС или от инсульта постепенно и линейно увеличивается, начиная с уровня систолического АД 115 мм рт. ст., диастолического - 75 мм рт. ст., хотя для абсолютного риска кривые сглаживаются в нижних диапазонах АД [179]. Таким образом, достижение целевых значений АД является одной из важных задач в профилактике ССЗ.

Распространенность повышенного АД в российской популяции по данным эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ-2 составила $44,2 \pm 0,6\%$, при этом у мужчин она выше, чем у женщин ($49,1 \pm 0,9\%$ и $39,9 \pm 0,7\%$, соответственно) [91]. Обращает внимание тот факт, что контролируют АД только 24,9% пациентов с артериальной гипертензией [91].

1.15.4. Повышенный уровень глюкозы крови

Важнейшее значение для профилактики ССЗ имеет контроль гликемии и гликированного гемоглобина. У пациентов с диагнозом СД риск ССЗ в среднем в два раза выше [129].

В последние годы произошло явное снижение показателей смертности от ССЗ при СД, что согласуется с лучшим управлением факторами риска, хотя растущая распространенность СД продолжает оказывать давление на все системы

здравоохранения [227]. Существуют четкие доказательства того, что у молодых людей с СД 2 типа относительный риск ССЗ очень сильно повышен и требуется особое внимание и усердие со стороны медицинского персонала при оказании помощи таким молодым, не всегда приверженным к лечению пациентам [116].

За исключением необходимости снижения уровня глюкозы, профилактика ССЗ у данной категории пациентов соответствует тем же общим принципам, что и для людей без СД. Достижение низких уровней АД и низких концентраций ХС-ЛПНП и ОХС особенно важно [227]. Многие цели лечения являются более строгими для пациентов с СД [149]. Как правило, пациенты с СД 2 типа имеют несколько ФР ССЗ, каждый из которых требует лечения в соответствии с существующими рекомендациями. В связи с этим в последних рекомендациях большое внимание уделяется многофакторному подходу к таким пациентам [149].

В среднем распространенность повышенного уровня глюкозы крови в российской популяции по данным исследования ЭССЕ-РФ составила $4,6 \pm 0,2\%$, у мужчин ($5,4 \pm 0,3\%$) несколько выше, чем у женщин ($4,1 \pm 0,2\%$).

К сожалению, наряду с повышением распространенности гиподинамии и ожирения, распространенность СД в мире стремительно растет и за последние 20 лет увеличилась более, чем в три раза [317].

1.15.5. Низкий уровень физической активности

Согласно крупным эпидемиологическим исследованиям регулярная ФА на 14 % снижает вероятность развития ИМ и на 40% - вероятность развития ОНМК [217, 302]. J. Sattelmair и соавт. выявили дозозависимое влияние ФА умеренной интенсивности на вероятность развития ИБС – 150 минут в неделю снижало эту вероятность на 14%, а 300 минут в неделю – на 20% [258]. При этом увеличение продолжительности умеренной ФА более 300 мин в неделю не оказывало столь выраженного дополнительного влияния на риск ИБС [258].

В большом метаанализе даже небольшое количество ФА умеренной/высокой интенсивности, то есть $0,1-3,74$ MET / нед., что эквивалентно менее половине рекомендованного ВОЗ уровня активности и сравнимо с быстрой ходьбой продолжительностью до 75 минут в неделю, был связан со снижением риска

смертности по сравнению с отсутствием такой активности [204]. Такой уровень ФА может увеличить ожидаемую продолжительность жизни после 40 лет на 1,8 года по сравнению с отсутствием подобной активности. При минимальном рекомендуемом уровне ФА 7,5–14,9 МЕТ / нед., что эквивалентно 150–299 мин быстрой ходьбы в неделю - прирост продолжительности жизни составляет 3,4 года. Приблизительно при двукратном превышении минимального рекомендуемого уровня - 15,0–22,4 МЕТ / нед., что эквивалентно быстрой ходьбе в течение 300–449 минут / нед. - увеличение продолжительности жизни составляет 4,2 года. Связь между ФА и продолжительностью жизни наблюдается при всех значениях ИМТ. В совокупности отсутствие ФА в сочетании с высоким ИМТ (ожирение II степени и выше) были связаны с потерей 7,2 лет жизни по сравнению с соблюдением рекомендованных уровней активности и нормальным весом [204].

К сожалению, распространенность низкой ФА в России высока и составляет, согласно данным эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ, $38,8\% \pm 0,4\%$ ($36,1 \pm 0,6\%$ среди мужчин и $40,8 \pm 0,5\%$ среди женщин) [2]. При этом наибольшая частота низкой ФА выявлена в молодом и среднем возрасте и несколько более характерна для женщин по сравнению с мужчинами.

1.15.6. Избыточная масса тела и ожирение

Для определения избыточной массы тела и ожирения используется индекс массы тела (ИМТ), который представляет собой вес в килограммах, разделенный на рост в квадратных метрах. Для взрослых согласно последним клиническим рекомендациям норма ИМТ составляет от 20,0 до 24,9 кг/м²; ИМТ от 25,0 до 29,9 кг/м² определяется как избыточная масса тела, а ИМТ 30 кг/м² или выше определяется как ожирение [70].

На каждое увеличение на 5 единиц ИМТ выше 25 кг/м² общая смертность увеличивается на 29%, смертность от ССЗ на 41% и смертность от СД на 210% [188]. Выявление абдоминального ожирения при помощи измерения ОТ позволяет спрогнозировать кардиометаболический риск, который не может быть напрямую определен повышенным ИМТ [303].

Патофизиология ожирения хорошо изучена; лечение и профилактика сосредоточены на психологическом и социальном компонентах болезни. На сегодняшний день лучшими неинвазивными вмешательствами являются оптимизация питания и выработка новых поведенческих привычек, таких как расширение ФА [87].

Выбор продуктов питания, на который воздействуют домашний уклад, работа и общественная среда, напрямую влияет на тип и количество потребляемых калорий. За последние 100 лет из-за технологических достижений в пищевой промышленности изменились типы потребляемых продуктов. Продукты с пониженным содержанием клетчатки и повышенным содержанием жира, простых сахаров, соли и повышенным количеством калорий более доступны и, как правило, дешевле, чем более здоровые альтернативы. Употребление этих продуктов привело к увеличению среднего дневного потребления калорий на 205 калорий с 1960-х годов [117].

Во всем мире показатель распространенности избыточной массы тела или ожирения в период с 1980 по 2013 год увеличился на 27,5% для взрослых и 47,1% для детей, в результате чего 2,1 миллиарда человек оказались страдающими избыточным весом или ожирением [213]. Если подобные темпы роста распространенности ожирения сохранятся, к 2030 году, согласно прогнозам, 60% населения планеты, то есть 3,3 миллиарда человек, могут иметь избыточный вес (2,2 миллиарда) и ожирение (1,1 миллиарда) [41]. Такое увеличение наблюдается как в развитых, так и в развивающихся странах. Однако распространенность избыточного веса и ожирения в развитых странах выше, чем в развивающихся странах во всех возрастных группах. В России уровень ожирения по данным исследования ЭССЕ-РФ составил $29,7 \pm 0,3\%$, у мужчин $26,6 \pm 0,5\%$, у женщин $30,8 \pm 0,4\%$ [35]. Показатели распространенности увеличились с начала 90-х годов среди обоих полов, но особенно выражено – среди мужчин [35].

1.15.7. Избыточное употребление алкоголя

Избыточное употребление алкоголя является ФР артериальной гипертензии, ОИМ, ишемической дилатационной кардиомиопатии, фибрилляции предсердий

и инсульта (как ишемического, так и геморрагического). Чрезмерное употребление алкоголя, будь то однократное употребление большого количества или длительное употребление алкоголя, также может вызывать желудочковые аритмии и, в редких случаях, даже внезапную остановку сердца [83, 109]. Проаритмогенный эффект чрезмерного употребления алкоголя, вероятно, частично связан с его свойством способствовать удлинению интервала QT и сокращению эффективного рефрактерного периода предсердий [250].

Имеет значение как количество, так и модель употребления алкоголя. Среди прочего, даже при низком уровне употребления алкоголя в целом, наличие эпизодического употребления значительных его доз неблагоприятно сказывается на рисках возникновения ССЗ [192]. В ряде эпидемиологических исследованиях получены данные, которые говорят, что употребление алкогольных напитков в небольших количествах может иметь некоторый протективный эффект, однако, появляется все больше данных, показывающих, что в таких исследованиях могли быть допущены ряд ошибок, связанных с неправильной классификацией, отсутствием учета паттернов употребления алкоголя и рядом других моментов [153, 227]. В связи с тем, что потребление алкоголя обуславливает многие риски для здоровья, в целом, в масштабах всего населения вред явно превосходит потенциальные выгоды, а пропаганда алкоголя как защиты от ССЗ является преждевременной [153, 192].

Согласно данным ВОЗ, Россия относится к числу стран с высоким уровнем употребления алкоголя на душу населения (более 11 л) [192]. Случаи смерти, ассоциированные с приемом алкоголя, в 14% обусловлены заболеваниями сердечно-сосудистой системы [2]. Согласно исследованию ЭССЕ РФ, в России употребляет алкоголь 73,2% населения (мужчины – 72,1%, женщины – 74,1%), преимущественно в умеренных количествах [2]. При этом избыточное употребление алкоголя отмечается в 3,8% случаев (мужчины – 6,3%, женщины – 2,2%) [2]. В то же время в последние годы отмечается тенденция к снижению уровня употребления алкоголя, позитивная динамика в отношении паттернов

употребления, что среди прочего, может быть обусловлено ужесточением законодательства в отношении продажи и рекламы алкогольных напитков [2].

1.15.8. Недостаточный уровень употребления овощей и фруктов

Перспективные когортные исследования показали защитный эффект употребления фруктов и овощей при ССЗ, но рандомизированных контролируемых исследований немного [227]. Мета-анализ выявил снижение смертности от ССЗ на 4% [ОШ 0,96 (95% ДИ 0,92 - 0,99)] для каждой дополнительной порции фруктов (эквивалентной 77 г) и овощей (эквивалентной 80 г) в день, в то же время дополнительного снижения смертности от всех причин при приеме более пяти порций не наблюдалось [291]. Исследование показало снижение риска инсульта на 11% [ОШ 0,89 (95% ДИ 0,83 - 0,97)] для трех-пяти ежедневных порций фруктов и овощей и на 26% [ОР 0,74 (95% ДИ 0,69 - 0,79)] для более пяти порций по сравнению с менее чем тремя порциями [155]. Мета-анализ выявил 4% снижение риска ИБС [ОШ 0,96 (95% ДИ 0,93 - 0,99)] для каждой дополнительной порции фруктов и овощей в день [120].

Согласно исследованию ЭССЕ-РФ распространенность недостаточного потребления овощей и фруктов в российской популяции составила $41,9 \pm 0,4\%$, среди мужчин $50,3 \pm 0,6\%$, среди женщин $36,2 \pm 0,5\%$ [35].

1.15.9. Психосоциальные факторы риска

Низкий социально-экономический статус, определяемый как низкий уровень образования, низкий доход, наличие работы с низким статусом или проживание в бедном жилом районе, создают повышенный риск ИБС; относительный риск смерти от ИБС составляет 1,3–2,0 [84, 85]. По сравнению с оценкой риска по фрамингемской шкале добавление социальной депривации к оценке риска ССЗ позволило существенно уточнить степень риска [298]. Люди, которые изолированы или мало общаются с другими, подвергаются повышенному риску развития и преждевременной смерти от ИБС. Точно так же отсутствие социальной поддержки увеличивает риск ИБС и ухудшает прогноз ИБС [98].

Внезапные интенсивные психические стрессоры могут являться триггерами ОКС. Такими стрессорами могут выступать стихийные бедствия, а также факторы

личного стресса (например, значимые жизненные поражения или другие серьезные жизненные события), приводящие к острым сильным отрицательным эмоциям (например, вспышкам гнева или горя) [211]. После смерти значимого человека уровень заболеваемости ОИМ увеличивается в 21 раз в течение первых 24 часов и постепенно снижается в последующие дни [206].

Хронический стресс на работе (например, продолжительный рабочий день, чрезмерная сверхурочная работа, высокие психологические требования, несправедливость и рабочее напряжение) прогнозирует преждевременную манифестацию ИБС у мужчин (ОР 1,2–1,5 [171]. Кроме того, длительные стрессовые ситуации в семейной жизни повышают риск ИБС (ОР 2,7–4,0) [124, 172].

Клиническая депрессия и депрессивные симптомы повышают риск ИБС (ОР 1,6 и 1,9) соответственно) и ухудшают прогноз (ОР 1,6 и 2,4 соответственно) [211, 221, 230, 273]. Жизненное истощение, которое, скорее всего, представляет соматические симптомы депрессии, в значительной степени способствовало возникновению ИБС (ПАР 21,1% у женщин и 27,7% у мужчин) [259]. Панические атаки также увеличивают риск возникновения ИБС (ОР 4.2) [271]. Тревога является независимым фактором риска ИБС (ОР 1,3), смертности после ОИМ (ОШ 1,2) и сердечных событий (ОШ 1,7) [230, 244, 245].

Мета-анализ показал 1,5-кратный риск заболеваемости ССЗ, 1,2-кратный риск заболеваемости ИБС и 1,7-кратный риск инсульта у пациентов с шизофренией, и 1,3-кратный риск возникновения ИБС, даже после корректировки на депрессию, у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством [125, 132].

Враждебность - это черта личности, для которой характерны значительная степень недоверия и гнева, а также склонность к агрессивным, неадаптивным социальным отношениям. Мета-анализ подтвердил, что гнев и враждебность ассоциированы с небольшим, но значимым повышением риска сердечно-сосудистых событий как в здоровой популяции, так и у пациентов с ССЗ (ОР 1,2) [112]. Личность типа D («неблагополучная») подразумевает стойкую тенденцию к

обширному спектру отрицательных эмоций (негативная аффективность) и подавление самовыражения по отношению к другим (социальное торможение). Было показано, что личность типа D ассоциирована с неблагоприятным прогнозом у пациентов с ИБС (ОР 2.2) [148].

В большинстве ситуаций психосоциальные факторы риска группируются по отдельным лицам и группам. Например, как женщины, так и мужчины с более низким социально-экономическим статусом и / или с хроническим стрессом более склонны к депрессии, враждебности и социальной изоляции [111]. Исследование INTERHEART показало, что группа психосоциальных факторов риска (т.е. социальная депривация, стресс на работе или в семейной жизни и депрессия) ассоциирована с повышенным риском ИМ (ОР 3,5 для женщин и 2,3 для мужчин). ПАР составил 40% у женщин и 25% у мужчин [302].

Механизмы, связывающие психосоциальные факторы с повышенным риском ССЗ, включают нездоровый образ жизни (более высокую распространенность курения, выбор нездоровой пищи и более низкий уровень ФА) и низкую приверженность рекомендациям по изменению поведения и приему лекарственных средств при ССЗ [84, 279]. Кроме того, депрессия и / или хронический стресс связаны с изменениями вегетативной функции, гипоталамо-гипофизарной оси и других эндокринных маркеров, которые влияют на гемостатические и воспалительные процессы, функцию эндотелия и перфузию миокарда [111]. Риск у пациентов с депрессией также может быть частично связан с побочными эффектами трициклических антидепрессантов [181].

Оценка психосоциальных факторов у пациентов и лиц с ФР ССЗ должна рассматриваться для использования в качестве модификаторов риска при прогнозировании риска ССЗ, особенно у лиц с пограничным риском ССЗ [77, 78]. В рекомендациях по профилактике ССЗ в клинической практике уделяется особое внимание оценке и своевременной коррекции различных психосоциальных факторов, что существенно снижает риск ССЗ [78, 227]. Кроме того, психосоциальные факторы могут помочь выявить возможные препятствия на пути изменения образа жизни и приверженности лечению. При этом, согласно Н.Г.

Васильевой и соавт. развитие эмоционального интеллекта врачей имеет важное значение как в плане взаимодействия с пациентами, так и в плане профилактики синдрома эмоционального выгорания [9].

1.16. Концепция сохранения здоровья и здоровьесберегающих технологий

Ряд исследователей выделяет понятия не только факторов риска развития ССЗ, но и протективных факторов, предупреждающих их развитие [217, 302]. Безусловно, с позиций формальной логики, любой фактор в зависимости от того, насколько он выражен или, наоборот, не выражен, можно рассматривать либо как протективный, либо как фактор риска. К примеру, нормальное АД является протективным фактором, повышенное – фактором риска.

Таким образом, можно говорить о различиях в концептуальном подходе к данной теме в целом. На одном «полюсе» в таком случае находится подход, сконцентрированный на снижении риска неблагоприятных событий в будущем и профилактику развития заболеваний; на другом полюсе – подход, направленный на сохранение и укрепление здоровья в целом и здоровья сердечно-сосудистой системы в частности.

На первый взгляд может создаться впечатление, что различия между двумя подходами практически нет. Однако, при более подробном рассмотрении можно отметить, что в зависимости от фокуса используемого подхода, построение систем профилактики как на индивидуальном, так и на системном уровне может иметь различия. К примеру, расчет заработной платы медицинского персонала может производиться исходя из количества пролеченных больных или исходя из количества наблюдаемых, сохранивших здоровье. На популяционном уровне разница в подходах может означать финансирование мероприятий, направленных на лечение уже развившихся заболеваний и их факторов риска либо финансирование мероприятий, обеспечивающих сохранение здоровья и состояния отсутствия факторов риска.

Разница в подходах может проявляться и при индивидуальной работе с пациентами. В частности, доктор, общаясь с пациентом о необходимости контроля и достижения целевых показателей по основным факторам риска ССЗ, может

делать акцент на том, что эти мероприятия позволят снизить риск развития основных сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний; либо мотивировать пациента возможностями сохранения здоровья и долголетия. Можно предположить, что сбалансированное применение обоих подходов на всех уровнях имеет наибольший потенциал в плане эффективности и получаемых результатов.

1.17. Применение современных дистанционных технологий

В последние годы наблюдается интенсивное распространение дистанционных технологий и исследование возможностей их использования в медико-психологической практике. Такое распространение обусловлено развитием интернет-сетей, компьютерных и мобильных технологий, а также их доступностью всем слоям населения. Принципиально новые способы взаимодействия медицинского персонала с пациентами открывают широкие перспективы и возможности медико-психологического консультирования [45].

Различные факторы (географические, экономические, социальные, культурно-психологические и др.) являются причиной возможных различий в доступности медико-психологической помощи. Население отдаленных, изолированных и малонаселенных районов часто сталкивается с недостатком ресурсов медико-психологической помощи в пределах разумной транспортной доступности. Это особенно актуально для Российской Федерации, где, ввиду больших расстояний, в подобной ситуации, согласно некоторым данным, может находиться около сорока миллионов человек [25]. Таким образом, для значительного сегмента населения улучшение пространственного и временного доступа к ресурсам здравоохранения может являться принципиально важным.

Использование телемедицинского медико-психологического консультирования дает возможность преодоления не только географических, но и социально-экономических барьеров обеспечения пациентов квалифицированной медико-психологической помощью [100, 165]. Это связано с доступностью сети интернет практически для всех слоев населения и отсутствием транспортных затрат.

Кроме того, в настоящее время во многих странах идет процесс создания единой электронной медицинской карты пациента, что наряду с использованием дистанционных технологий обладает потенциалом для поддержания континуума наблюдения, вовлечения самого пациента в лечебно-профилактический процесс, повышения преемственности оказания медико-психологической помощи и, как следствие, ее эффективности.

Ученые описывают три основных элемента, которые включает помощь с применением дистанционных технологий: 1) информация, пересылаемая пациентом; 2) передача информации на расстоянии по электронным каналам связи; 3) обратная связь от персонала, оказывающего помощь, адаптированная и индивидуализированная под конкретного пациента [45]. Благодаря этому взаимодействие является интерактивным и персонализированным, что является значимым преимуществом данного вида медико-психологического взаимодействия по сравнению с информационными интернет-страницами и порталами, посвященными контролю и профилактике различных заболеваний [191].

Таким образом, внедрение и активное использование дистанционных технологий при оказании медико-психологической помощи обладает значительным потенциалом как в преодолении таких сложных проблем, как обеспечение качественной и доступной помощью всего населения нашей страны, независимо от места географического проживания, социального статуса, так и в решении проблемы инфляции в здравоохранении [45, 99, 165].

Применение дистанционных технологий активно изучается и показывает эффективность (от $p < 0,05$ до $p < 0,001$) в предотвращении самых разнообразных патологий: СД [99, 260], онкологических заболеваний [290], хронической обструктивной болезни легких [89, 100], инсультов [100, 142] и других [45]. Не представляется возможным найти область медико-психологической науки и практики, в которой бы в настоящий момент не шло изучение применения технологий дистанционной передачи данных. Не является исключением и сфера медико-психологической профилактики ССЗ и их ФР [293].

Так, в ряде исследований обнаружено положительное влияние использования дистанционных технологий (от $p < 0,05$ до $p < 0,001$) в рамках вмешательств по оздоровлению питания и нормализации массы тела [88, 214, 294], повышению и поддержанию необходимого уровня ФА [214, 294], снижению уровня употребления спиртных напитков [299], достижению целевых уровней показателей липидного обмена [260, 294], уменьшению депрессии и тревоги [104]; нормализации АД [214, 260, 294]. В ряде исследований получены данные о благоприятном влиянии применения технологий дистанционной передачи данных в рамках консультирования пациентов на их риск ССЗ в целом [214, 294].

В качестве примера одного из исследований эффективности применения дистанционных технологий можно привести работу А. Blasco и соавт. [103]. Исследователями проведена оценка дистанционной вторичной профилактики ИБС (слепое рандомизированное контролируемое исследование). Изучалась система дистанционного мониторинга, основанная на web-технологиях. Пациентам, перенесшим ОКС, выдавались приборы для самостоятельного измерения медицинских параметров. Связь врачей и пациентов осуществлялась посредством текстовых sms-сообщений (short message service - служба коротких сообщений) через мобильный телефон. Пациенты в группе дистанционного мониторинга пересылали посредством мобильных телефонов показатели веса, ЧСС, АД еженедельно; показатели липидного профиля и глюкозы крови ежемесячно. Кардиолог оценивал эти данные посредством web-интерфейса и пересылал рекомендации в sms-сообщении. Основными исходами считались: уровень АД, ИМТ, ХС-ЛПНП, гликированный гемоглобин, статус курения. По результатам исследования через 12 месяцев в группе дистанционного мониторинга чаще наблюдалось улучшение профиля ФР ССЗ, чем у пациентов контрольной группы (69,6% и 50,5%, соответственно, $p=0,01$); большее количество пациентов группы дистанционного мониторинга достигли целевых цифр АД (62,1% и 42,9%, $p=0,012$) и гликированного гемоглобина (86,4% и 54,2%, $p=0,018$); достоверной разницы в уровне ХС-ЛПНП и отказа от курения выявлено не было; ИМТ достоверно снизился в группе дистанционного мониторинга ($-0,77$ кг/м² и $+0,29$ кг/м², $p=0,005$)

[103]. Таким образом, было показано, что подобные программы дистанционного мониторинга могут быть эффективными в улучшении профиля ФР у лиц, перенесших ОКС, и являться эффективным инструментом для вторичной профилактики ССЗ [45].

В связи с большим количеством исследований в сфере применения дистанционных технологий в медико-психологической практике, рядом авторов проведены мета-анализы и систематические обзоры медицинской литературы [45].

Так в обзоре «Первичная и вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: есть ли место для интернет-вмешательств?» проанализированы базы данных медицинских публикаций с использованием различных синонимов терминов «телемедицина» и «сердечно-сосудистые заболевания» [228]. В результате было отобрано 23 исследования. В пяти работах изучались пациенты с диагностированными ССЗ, в шести – пациенты с СД, в шести – пациенты с повышенным риском ССЗ и в шести – общая популяция. В исследованиях выявлено статистически значимое (от $p < 0,05$ до $p < 0,001$) улучшение уровня АД, гликированного гемоглобина, показателей липидного профиля, привычек питания, снижение веса, уменьшение ОТ, ИМТ и общего сердечно-сосудистого риска в группах телемедицинского наблюдения по сравнению с группами контроля [228].

В работе A.L. Veatty и соавт. осуществлен анализ исследований, проведенных с 1993 по 2013 гг. и посвященных применению мобильных технологий в реабилитации кардиологических больных, которая является одним из компонентов вторичной профилактики [101]. Авторы предложили структуру для разработки и оценки мобильных приложений для пациентов с ИБС: в дизайне мобильного приложения должны быть отражены ключевые компоненты кардиореабилитации, оно должно основываться на психологической теории модификации поведения пациентов, иметь возможности адаптации под конкретного пациента и быть максимально удобным в использовании [45].

В исследовании E. Piotrowicz и соавт. отмечено, что дистанционное мониторирование и консультирование по ФР ССЗ является одним из самых подходящих приложений телемедицины [229]. Оно может включать «приложения

здоровья» для улучшения наблюдения, обучения, психологической поддержки пациентов и использование интерактивных инструментов мотивации для достижения конечной цели – снижения распространенности ФР и уменьшения заболеваемости и смертности от ССЗ [45].

В обзоре, посвященном дистанционному здравоохранению, также отмечена высокая перспективность применения данного направления в дистанционном консультировании пациентов [45, 67]. Современные цифровые технологии предоставляют большой арсенал средств взаимодействия (sms-сообщения, камеры, стандартные приложения, автоматические подключения, доступ в интернет), которые расширяют возможности контроля ФР, позволяют повысить эффективность лечения пациентов, страдающих ССЗ, СД, бронхиальной астмой, увеличить комплаентность пациентов назначенному лечению [45, 67, 152]. Так, по данным S. Hamine и соавт., в 15 из 27 рандомизированных контролируемых исследований (56%) было выявлено статистически значимое улучшение приверженности пациентов в группах с использованием дистанционных технологий по сравнению с контрольными группами (от $p < 0,05$ до $p < 0,001$), в двух исследованиях (4%) результаты были разнородны; статистически значимое влияние на клинические исходы (от $p < 0,05$ до $p < 0,001$) было выявлено в 16 из 41 исследований (39%), в 11 исследованиях результаты (27%) были разнородны [152].

N.J. Elbert и соавт. опубликован «систематический обзор обзоров и мета-анализов», посвященных изучению эффективности и стоимости eHealth-вмешательств [128]. В материалах и методах исследования перечислены такие термины, использовавшиеся в поисковых запросах в базах данных, как: e health, e consultation, e therapy, e commerce, telemedicine, teleconsultation и другие.

Всего авторы включили 31 исследование, из которых в 20 (65 %) было выявлено, что дистанционные вмешательства эффективны, экономически эффективны или доказательства многообещающи [45]. В качестве показателей эффективности выступали: снижение смертности от всех причин, частоты госпитализаций; достижение целевых уровней артериального давления, глюкозы крови и других показателей; повышение осведомленности, приверженности и

качества жизни пациентов; финансовая эффективность для пациентов и для медицинских учреждений и другие [128].

Ряд исследований показывают эффективность дистанционного поведенческого консультирования при работе с ФР ССЗ [45]. В частности в работе А.Т. Dalcin и соавт. [119] исследовано восприятие пациентами различных компонентов в программе снижения веса с использованием дистанционных технологий (POWER - Practice-based Opportunities for Weight Reduction Hopkins Trial). С этой целью было опрошено 236 участников программы относительно пользы 15 различных компонентов программы снижения веса. Самым частым компонентом, который был определен как полезный, участники назвали индивидуальные телефонные сессии – их отметило 88% респондентов [119].

Дистанционное медико-психологическое консультирование упрощает проведение регулярного профилактического консультирования, в том числе МИ и копинг-профилактики, в течение длительного периода наблюдения, что значительно повышает вероятность успешного достижения целей по контролю ФР ССЗ [45].

Помимо проведения МИ и копинг-профилактики, телемедицинские консультации расширяют возможности использования и других методик. В частности, длительное дистанционное взаимодействие доктора и пациента позволяет уточнять и вовремя корректировать особенности ВКЗ, ВКБ и ВКЛ пациента. Именно искаженная ВКБ пациента нередко является причиной либо излишней тревоги пациента (при переоценке значимости заболевания), либо недостаточно тщательного соблюдения врачебных рекомендаций (при недооценке пациентом значимости заболевания) [73].

Телеконсультации достаточно давно, широко и успешно применяются при оказании психологической помощи [45]. В связи с этим многими профессиональными психологическими сообществами выработаны так называемые «этические кодексы» их проведения [45]. Необходимость создания таких кодексов обусловлена особенностями телеконсультаций: нахождение доктора и пациента на расстоянии, ограничения передачи информации рамками

цифрового формата, невозможность провести физикальное обследование, использование специальной аппаратуры, интернета. Основными составляющими этических кодексов телеконсультирования являются следующие [45]:

- знание консультантом особенностей проведения телемедицинского консультирования, возможностей дополнительных способов связи с пациентом в непредвиденных ситуациях (неполадки аппаратуры, обрыв связи и т.п.);
- необходимость учета особенностей законодательства как региона врача-консультанта, так и региона пациента;
- оформление информированного согласия;
- конфиденциальность информации (пациент должен быть предупрежден о повышенном риске утечки информации при использовании электронных средств связи);
- верификация личности пациента в начале и на протяжении процесса телеконсультирования;
- помощь пациенту в освоении используемого оборудования, программного обеспечения и оценка возможности такого освоения пациентом;
- обеспечение возможности очного консультирования при необходимости.

1.17.1. Влияние на приверженность

Проблема приверженности является чрезвычайно актуальной при лечении и еще более актуальной при профилактике сердечно-сосудистых и других хронических заболеваний. Несоблюдение рекомендаций врача может привести к увеличению заболеваемости, смертности и затрат на здравоохранение [318]. Пациенты зачастую не придерживаются схем приема лекарств по различным причинам, которые могут включать, среди прочего, непринятие лекарств и / или их побочные эффекты, неправильное представление о лекарствах, стоимость и ограниченный доступ; поэтому вмешательство, направленное на индивидуализированный подход к каждому пациенту, может оказать влияние на повышение приверженности пациента [144, 281].

МИ показало эффективность в плане повышения приверженности. Исследователи отмечают, что все шире используются нетрадиционные методы

оказания медицинской помощи, в частности телефонные консультации [175, 272, 282]. В.S. Teeter и соавт. проведен систематический обзор среди опубликованных исследований телефонных вмешательств с использованием МИ, направленных на улучшение приверженности к терапии [281]. Авторами было отобрано девять статей, посвященных данной проблеме. Результаты большинства исследований позволяют предположить, что МИ по телефону может помочь улучшить соблюдение режима приема лекарств. Полученные данные создают предпосылки для продолжения исследований в области МИ с применением дистанционных технологий. Дальнейшие исследования необходимы для устранения пробелов в современной литературе, при этом имеющиеся результаты показывают, что МИ может быть эффективным вариантом для медицинских работников, ищущих научно обоснованный метод для охвата удаленных или недоступных пациентов, для охвата и длительного наблюдения большего количества пациентов с целью повышения приверженности к лечению [281].

1.17.2. Организационный аспект

Процесс организации телемедицинской службы региона состоит из нескольких основных этапов [11]: анализа существующей системы оказания медико-санитарной помощи, оценка имеющейся цифровой инфраструктуры, юридического обеспечения, формирования инфраструктуры для осуществления телемедицинского взаимодействия, внедрения регламента такого взаимодействия.

В качестве примеров организации телемедицинских сетей на региональном и национальном уровнях авторы приводят следующие варианты: западноевропейский, регенсбургский, российский, африканский, североамериканские, «телемедицина в условиях ограниченных ресурсов», а также некоторые другие [11, 45].

Согласно С.А. Бойцову можно выделить следующие модели дистанционного контакта [45]:

1. «медицинский работник - медицинский работник»;
2. «медицинский работник - пациент»;
3. «пациент - устройство».

Первая модель позволяет оперативно проводить консультации опытных высокоспециализированных докторов и повысить доступность медицинской помощи. Подчеркивается, что модель «медицинский работник – пациент» открывает широкие возможности для наблюдения и коррекции ФР, оповещения врача об urgentных ситуациях, организации дистанционного диспансерного наблюдения. Третья модель позволяет накапливать и систематизировать данные о контролируемых в процессе лечения параметрах и о показателях здоровья [45].

Дистанционные консультации могут проводиться в режиме реального времени (подразумевают синхронное взаимодействие, обычно путем аудио/видео контакта) и отсрочено (проводятся по данным, полученным от пациента или его лечащего врача, в режиме «off-line») [11, 45].

Классификация вариантов оказания медицинской помощи в зависимости от плана консультирования приведена в рекомендациях Американской телемедицинской ассоциации [45]:

- вариант непрерывного оказания помощи - мониторинг данных пациента без перерыва в течение определенного периода времени (например, на 8, 12 или 24 часовой основе);
- вариант запланированного оказания помощи – подразумевает периодические консультации пациента по заранее установленному плану;
- вариант помощи по запросу – дистанционные консультации инициируются «тревогой» (звонок/сообщением пациента, сигналом системы дистанционного наблюдения).

1.17.3. Экономический аспект

В исследовании N.J. Elbert и соавт. была выявлена экономическая эффективность вмешательств с использованием дистанционных технологий [128], что согласуется с результатами исследований других авторов [290]. С течением времени, стоимость оборудования и услуг связи снижаются, в то время как возможности устройств и приложений значительно расширяются. В связи с этим авторы заключают, что внимание требуется в зоне развития и оценки

разнообразных стратегий и тактик, обеспечивающих финансовую эффективность дистанционных инициатив в ежедневной практике [45, 128]

Исследователи указывают, что для эффективного распространения наблюдения и консультирования с помощью дистанционных технологий требуется разработка новых моделей финансирования и софинансирования, а обычная схема оказания услуг на договорной основе не является оптимальной по целому ряду причин [45, 99]. В настоящее время по опыту разных стран наиболее часто имеет место то или иное сочетание оплаты телемедицинских услуг страховыми компаниями, пациентом и государственными программами обеспечения медицинской помощи [45].

1.17.4. Психологический аспект

Исследователи подчеркивают, что роль пациента в процессе лечения не может ограничиваться простым подчинением медицинским предписаниям – важно, чтобы он сам стал активным и ответственным участником терапевтического процесса, выполнял часть функций, в частности, меры по снижению риска заболеваний и осложнений, которые зависят от его отношения к болезни и поведенческих привычек [20, 21].

В рекомендациях по профилактике ССЗ большое значение придается путям и способам формирования новых привычек у пациентов [78]. Данная задача является сложной в связи с уже сложившимися, зачастую в очень раннем возрасте, паттернами поведения у взрослых. В рекомендациях указывается высокая эффективность МИ и других когнитивно-поведенческих стратегий для формирования новых привычек у пациентов [45].

Как описывалось ранее МИ представляет собой направляющий, личностно-центрированный стиль консультирования, использующийся для вызова изменений поведения посредством помощи индивидууму в изучении и расширении противоречий между его жизненными потребностями и теми результатами, которых он достигает в связи с реализацией своего дезадаптивного поведения [61]. В данном подходе мотивация к изменениям исходит от индивидуума, а не навязывается ему со стороны. Прямое убеждение не является эффективным

методом разрешения амбивалентности, такая тактика усиливает сопротивление пациента [61]. В то же время, по сравнению с не директивным консультированием, МИ более фокусированное и целенаправленное [61].

Исследования показывают, что экстенсивные и длительные программы, направленные на изменение поведенческих привычек, являются более эффективными [225]. Дистанционные технологии предоставляют уникальную возможность длительного экстенсивного наблюдения пациента, позволяют проследить в наглядной форме (графики, диаграммы) изменение выраженности ФР индивидуума на протяжении многих лет, что повышает его мотивацию к изменению образа жизни. Расширение возможностей регулярного дистанционного мониторинга и обратной связи увеличивает приверженность назначенной лекарственной терапии [45].

В последнее время все больше внимания уделяется значимости психосоциальных ФР в возникновении и прогрессировании ХНИЗ [6, 78].

С позиции психологии здоровья, решению проблемы психосоциальных факторов риска может способствовать знание основных механизмов преодоления стрессов, понимания того, какие способы управления стрессорами, личностные и средовые ресурсы совладающего поведения (coping behavior) помогают сохранять и укреплять здоровье, успешно справляться с возрастающими требованиями окружающей среды [45, 61]. В связи с этим учеными вводится понятие копинг-профилактики. В широком смысле под копингом (от англ. cope – преодолевать, справляться с чем-либо) понимается способ взаимодействия личности с проблемной (стрессовой) или кризисной ситуацией [45].

Копинг-профилактика рассматривается исследователями как направленное, опережающее развитие стратегий и ресурсов преодоления жизненных стрессов, способствующих росту индивида, и обучение его навыкам совладающего поведения с целью укрепления здоровья и усиления факторов, мотивирующих укрепление здоровья и понижающих восприимчивость к болезням, уменьшения факторов риска заболеваний и смягчения последствий приобретенных заболеваний [45].

Дистанционное медико-психологическое консультирование упрощает проведение регулярного профилактического консультирования, в том числе МИ,

копинг-профилактики и других, описанных выше современных психологических и профилактических технологий в течение длительного периода наблюдения, что значительно повышает вероятность успешного достижения целей по контролю ФР ССЗ [45].

Помимо проведения МИ и копинг-профилактики, телемедицинские консультации расширяют возможности использования и других психотерапевтических методик. В частности, длительное дистанционное взаимодействие доктора и пациента позволяет уточнять и вовремя корректировать ВКЗ, ВКБ и ВКЛ пациента [45]. Именно искаженные представления пациента нередко является причиной либо излишней его тревоги (при переоценке значимости заболевания), либо недостаточно тщательного соблюдения врачебных рекомендаций (при недооценке пациентом значимости заболевания) [45].

В исследованиях показано, что оптимальной является согласованная работа всех профессионалов, оказывающих помощь пациенту: лечащих врачей, медицинских сестер, диетологов, психологов, специалистов в области медицинской реабилитации и спортивной медицины [77]. Единая электронная медицинская карта и возможность дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой могут содействовать преемственности оказания медицинской и консультативной помощи [45].

Таким образом, дистанционные консультации и технологии могут внести значительный вклад в профилактику ССЗ, поскольку предоставляют целый арсенал новых методов для оказания медико-психологического консультирования; потенциально улучшают качество оказания медико-психологической помощи и снижают затраты на здравоохранение. Это достижимо благодаря обучению пациентов и консультированию в рамках первичной и вторичной профилактики, более раннему выявлению ФР и заболеваний, сбору медицинских данных пациента в удаленном режиме, появлению альтернативы очным визитам к врачу, обеспечению непрерывности и преемственности оказания медицинской помощи и другим механизмам.

ГЛАВА 2. Материалы и методы

2.1. Объекты и объемы исследования

Исследование включило 140 пациентов, которые составили две одинаковые по количеству (по 70 человек) сравнимые между собой по полу, возрасту, отягощенности ФР ССЗ группы: группу медико-психологической коррекции с применением дистанционных технологий (экспериментальная, группа 1) и группу стандартного наблюдения (группа сравнения, группа 2).

Критерии включения пациентов в исследование:

- 1) возраст 18 лет и старше;
- 2) наличие возможности и способности пользоваться дистанционными технологиями (телефонная связь, sms-сообщения, интернет-мессенджеры, электронная почта);
- 3) наличие одного и более ФР ССЗ (из списка, указанного ниже):
 - повышенный уровень артериального давления (выше 140/90 мм. рт. ст.);
 - курение;
 - низкая физическая активность (менее 150 мин в неделю);
 - психосоциальные факторы риска (тревога, депрессия, высокая стрессовая нагрузка на основании субъективной оценки, что определялось с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (методика HADS, Hospital anxiety and depression scale), анкетирования);
 - сахарный диабет;
 - избыточная масса тела и ожирение – ИМТ более 25 кг/м² (в том числе абдоминальное ожирение: ОТ ≥ 80 см для женщин и ≥ 94 см для мужчин);
 - гиперлипидемия (повышенный уровень ХС общ, ЛПНП, ТГ; пониженный уровень ЛПВП);

- избыточное употребление алкоголя (более 1 стандартной дозы (10 г алкоголя) в день для женщин и 2 стандартных доз в день для мужчин);
- недостаточное употребление овощей и фруктов (менее 400 г в день);

4) желание и возможность пациента участвовать в исследовании.

Критерии невключения пациентов в исследование:

- 1) наличие диагноза тяжелого психического заболевания;
- 2) наличие тяжелого или нестабильного заболевания сердечно-сосудистой или других систем органов (пациенты с психотической симптоматикой, пациенты, находящиеся в отделении реанимации с декомпенсированными ХНИЗ)¹.

Характеристики пациентов, включенных в исследование приведены в таблице 1.

Таблица 1 – Характеристики пациентов, включенных в исследование

Характеристика	Обе группы	Группа 1	Группа 2	Статистическая значимость различий между группами
Возраст	53,21±17,11	53,14±17,12	53,27±17,22	p ^a =0,96
Процентная доля мужчин, %	54,29	54,29	54,29	p ^b =1,0
Процентная доля пациентов с ССЗ	28,57	28,57	28,57	p ^b =1,0
Процентная доля пациентов с ИБС	15,0	15,71	14,29	p ^b =0,81
Процентная доля пациентов с НРС	16,43	17,14	15,71	p ^b =0,82
Процентная доля пациентов с ХСН	7,14	7,14	7,14	p ^b =1,0
Процентная доля пациентов, проживающих в городской местности	87,86	88,57	87,14	p ^b =0,80

Примечание – p^a – статистическая значимость различий между группами (критерий Стьюдента), p^b - статистическая значимость различий между группами (критерий Манна-Уитни).

¹ Сирота, Н.А. Динамика факторов риска заболеваний сердца под влиянием дистанционного медико-психологического консультирования / Н.А. Сирота, О.В. Сивакова, В.М. Ялтонский // Консультативная психология и психотерапия. – 2019. –Т. 27. – № 3 (105). – С. 175-196.

Средний возраст пациентов составил 53 ± 17 лет, средний возраст в экспериментальной группе $53,14 \pm 17,12$, в группе сравнения $53,27 \pm 17,22$ ($p=0,96$). Процентная доля мужчин в обеих группах составила $54,29\%$ ($p=1,0$). Распределение на группы осуществлялось методом подобранных пар. Группы были сравнимы между собой по процентной доле пациентов с ССЗ (ИБС, НРС, ХСН), процентной доле пациентов, проживающих в сельской местности.

2.2. Методы исследования

Методами исследования являются:

2.2.1. Библиографический: анализ имеющихся в научной литературе данных о медицинских и психологических методах коррекции ФР ССЗ, о возможностях применения дистанционных технологий.

2.2.2. Психодиагностический: использование релевантных апробированных русскоязычных психодиагностических методик.

2.2.2.1. Методика «Восприятие социальной поддержки» [56, 72].

Оценка восприятия социальной поддержки как вариант копинг-ресурса со сложностями эмоционального характера может быть проведена при помощи многомерной шкалы восприятия социальной поддержки, разработанной G.D. Zimet и соавт. и адаптированной для использования на русском языке В.М. Ялтонским и Н.А. Сирота [56, 72, 305].

Целью методики является оценка источников воспринимаемой социальной поддержки у испытуемых. В качестве источников социальной поддержки исследуются:

- семья;
- друзья;
- значимые другие.

Методика содержит шкалу из 12 пунктов. Инструкция, предлагаемая испытуемому, состоит в следующем:

“Прочтите внимательно приведенные ниже утверждения и обведите кружочком номера тех из них, которые больше всего относятся к Вам”.

Утверждению, номер которого был отмечен, присваивается 1 балл. Далее происходит суммирование баллов по каждому источнику социальной поддержки отдельно. Максимальное количество баллов указывает на преобладание данного источника социальной поддержки у испытуемого.

2.2.2.2. Методика «Локус контроля и самоэффективность в отношении болезни и лечения» [40].

Данная методика разработана Е.И. Рассказовой и А.Ш. Тхостовым и базируется на моделях локуса контроля (Rotter G.B.) и самоэффективности (Bandura A.) содержит две части, которые могут применяться как совместно, так и независимо [40, 92, 252].

Часть I. Локус контроля в отношении болезни и лечения. Согласно информации, представленной авторами [40], опросник создан на основе модели G.B. Rotter, который описывает два способа атрибуции причин происходящих событий: часть индивидуумов более склонны приписывать причины событий себе (интернальный, внутренний локус контроля), другие более склонны приписывать причины внешним событиям (экстернальный, внешний локус контроля). Как отмечают авторы, опросник обладает рядом важных возможностей. Во-первых, интернальность и экстернальность оцениваются как независимые характеристики, что позволяет учесть их согласованность / рассогласованность (амбивалентность оценок). Во-вторых, экстернальный локус контроля подразделяется на собственно экстернальный и безличный локус (причины приписываются судьбе, случайным обстоятельствам, но не конкретным людям). В-третьих, отдельно оцениваются локус контроля в отношении причин болезни и локус контроля в отношении лечения. В данной части опросника выделяются две основных субшкалы: «Интернальность в отношении причин болезни и лечения» и «Экстернальность в отношении причин болезни и лечения». Шкала экстернальности разделена на внешний и безличный локус контроля. Дополнительно все субшкалы разделены на локус контроля в отношении причин заболевания и локус контроля в отношении лечения [40].

Таким образом, данная методика дает возможность проведения оценки локуса контроля в отношении болезни и лечения по таким шкалам, как:

1. «Интернальность в отношении причин болезни»,
2. «Интернальность в отношении лечения»,
3. «Экстернальность в отношении причин болезни»,
4. «Экстернальность в отношении лечения»,
5. «Безличность в отношении причин болезни»,
6. «Безличность в отношении лечения».

Кроме того, производится оценка по общим шкалам:

7. «Внешний локус контроля в отношении причин болезни» (сумма шкал экстернальности и безличности в отношении причин),
8. «Внешний локус контроля в отношении лечения» (сумма шкал экстернальности и безличности в отношении лечения),
9. «Общая интернальность в отношении болезни» (сумма шкал интернальности в отношении причин и лечения),
10. «Общая экстернальность в отношении болезни» (сумма шкал внешнего локуса контроля в отношении причин и лечения) [40].

Часть II. Самоэффективность в отношении болезни и лечения. В модели А. Bandura самоэффективность представляет собой уверенность в своих возможностях достичь поставленных целей [40, 92, 93]. Этот раздел опросника (пункты 32-39) представляет собой адаптацию англоязычной шкалы и оценивает уверенность испытуемых в своих способностях и возможностях справиться с болезнями, соблюдать медицинские рекомендации и вылечиться.

В данной методике авторы приводят средние значения и стандартные отклонения для низкого, среднего и высокого уровня выраженности показателей по каждой шкале [40].

2.2.2.3. Методика «Шкала комплаентности Мориски – Грин» [205].

Методика представляет собой опросник, содержащий 4 вопроса, касающихся особенностей приема конкретным пациентом лекарственных препаратов.

1) Забывали ли Вы когда-либо принять препараты?

(забывал – 0, не забывал – 1);

2) Относите ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств?

(да – 0, нет – 1);

3) Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?

(пропускаю – 0, не пропускаю – 1);

4) Если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием?

(пропускаю – 0, не пропускаю – 1).

Испытуемый выбирает один ответ из двух вариантов. При расшифровке опросника подсчитывается суммарный балл. Выделены следующие категории приверженности пациентов: 0-1 балл – низкая приверженность, 2-3 балла – умеренная приверженность, 4 балла – высокая приверженность [137].

2.2.2.4. Методика «Когнитивные представления о болезни» (Evers A.W. и др., 2001), в адаптации Н.А. Сирота, Д.В. Московченко (2014).

Основой для данной методики послужили модели репрезентаций болезни, широко разрабатываемые в зарубежной клинической психологии. Методика позволяет измерять базисные конструкты, отражающие процесс когнитивной переоценки стрессора в преодолении негативных последствий болезни. Процедура диагностики предполагает выявление позитивных и негативных факторов оценки влияния болезни на психосоциальную адаптацию. Методика включает в себя следующие шкалы: «Принятие», «Воспринимаемые преимущества» и «Беспомощность». Шкалы «Принятие» и «Воспринимаемые преимущества» отражают способность больного адаптироваться к хроническому заболеванию, изменения в его жизненных приоритетах. Шкала «Беспомощность» указывает на снижение психосоциальной адаптации, фокусировку больного на негативных аспектах заболевания, как неконтролируемого, непредсказуемого и неизменного состояния.

Изучение базисных когнитивных представлений о болезни может дополнить интеллектуальный уровень ВКБ и существенно расширить представления о процессах оценки и совладания с ситуацией заболевания. Методика включает 18 утверждений, оцениваемых по шкале Лайкерта.

2.2.2.5. Опросник «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» А.С. Зигмонда и Р.П. Снэйта (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983) в адаптации М.Ю. Дробижева (1993).

Опросник «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (англ. «Hospital anxiety and depression scale», сокр. HADS) разработан в 1983 г. А.С. Zigmond и R.P. Snaith, предназначен для определения степени эмоционального дистресса, связанного с проявлением соматического неблагополучия. Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих 2 подшкалы: «тревога» и «депрессия». Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствие симптома) до 3 (максимальная выраженность симптома). Адаптация шкалы для использования в отечественной популяции была произведена М.Ю. Дробижевным в 1993 г. [17]. Многие исследователи высказывают мнение, что использование госпитальной шкалы тревоги и депрессии позволяет избежать некоторых артефактов диагностики, возникающих при экспертной оценке [102]. При интерпретации результатов учитывается суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяются 3 области его значений: 0–7 – «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии); 8–10 – «субклинически выраженная тревога/депрессия»; 11 и выше – «клинически выраженная тревога/депрессия» [304].

2.2.2.6. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями [10].

Методика разработана коллективом авторов на основе концептуальной основы трансактной модели адаптации к стрессу [10, 176].

Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями включает 50 утверждений,

каждое из которых отражает определенный вариант поведения в трудной или проблемной ситуации [10]. Утверждения оцениваются испытуемым по 4-балльной шкале в зависимости от частоты использования предложенной стратегии поведения (никогда, редко, иногда, часто).

Пункты опросника объединены в восемь шкал, соответствующих основным видами копинг-стратегий, выделенных авторами:

1. Конфронтация
2. Дистанцирование
3. Самоконтроль
4. Поиск социальной поддержки
5. Принятие ответственности
6. Бегство-избегание
7. Планирование решения проблемы
8. Положительная переоценка.

Стратегия конфронтации подразумевает варианты разрешения проблемной ситуации путем осуществления конкретных действий, направленных либо на разрешение ситуации, либо на отреагирование негативных эмоций, связанных с этой ситуацией. Подобная поведенческая активность не всегда целенаправлена и в случае выраженного использования может проявляться в виде импульсивности, враждебности, конфликтности. В то же время при умеренном использовании данная стратегия может способствовать повышению сопротивления трудностям, энергичности и предприимчивости [10].

Стратегия дистанцирования подразумевает вариант реагирования на проблемную ситуацию, когда происходит субъективное снижение ее значимости и уменьшение степени эмоциональной вовлеченности в нее, в том числе с применением различных интеллектуальных приемов – перемещения внимания, отстранения, рационализации, обесценивания, юмора и др. Данная стратегия с одной стороны позволяет избежать высокоинтенсивных эмоциональных реакций в сложных ситуациях с элементами фрустрации, с другой стороны может приводить

к чрезмерному отстранению, недооценке собственных переживаний и возможностей конструктивного разрешения ситуации [10].

Стратегия самоконтроля подразумевает вариант преодоления стрессогенной ситуации с использованием сдерживания чувств и эмоций, подавления импульсивности, стремление к самообладанию и высокий контроль ситуации. С одной стороны данная стратегия может способствовать более разумному низкоимпульсивному варианту разрешения проблемных ситуаций, с другой стороны при чрезмерном использовании может приводить к избыточному подавлению негативных переживаний, сверхконтролю поведения, трудностям самораскрытия [10].

Стратегия поиска социальной поддержки подразумевает активность по разрешению проблемной ситуации, связанную с привлечением разнообразных внешних социальных ресурсов с целью помощи на информационном, эмоциональном или физическом уровнях, что при грамотном использовании дает дополнительные возможности для разрешения ситуации. При чрезмерном использовании данной стратегии может сформироваться зависимость от поддержки окружающих [10].

Стратегия принятия ответственности подразумевает принятие ответственности за решение проблемы, а также в ряде случаев – признание своей роли в ее возникновении. С одной стороны данная стратегия способствует активному вовлечению субъекта в суть сложившейся ситуации, с другой стороны при чрезмерном использовании может способствовать необоснованной самокритике и непродуктивному самообвинению [10].

Стратегия бегства-избегания подразумевает попытки преодоления проблемной ситуации с помощью уклонения от нее – отрицания наличия проблемы, пассивность, фантазирование, переключение и т.п. Данная стратегия при значительной выраженности снижает возможность разрешения проблемы, может способствовать накоплению трудностей, однако в ряде ситуаций может явиться конструктивной в плане быстрого снижения эмоционального стресса и напряжения при чрезмерном их воздействии [10].

Стратегия планирования решения проблемы подразумевает действия по разрешению проблемной ситуации, включающие целенаправленный анализ ситуации и возможных вариантов ее развития, планирование собственных действий на основе имеющихся ресурсов, условий и возможностей. Данная стратегия может способствовать целенаправленному и планомерному разрешению проблемной ситуации, однако при чрезмерном использовании может приводить к избыточной рационализации, недостаточной эмоциональности попытки преодоления проблемы за счет целенаправленного анализа ситуации и [10].

Стратегия положительной переоценки подразумевает варианты преодоления отрицательных переживаний в связи с возникшей проблемой путем ее переосмысления, поиска положительных и ресурсных моментов в сложившейся ситуации, рассмотрения ситуации как возможности для личностного развития. Данная стратегия может способствовать более широкому осмыслению возникшей ситуации, включению ее в надличностный контекст, однако при чрезмерном использовании может повышать возможность недооценки действенного разрешения сложившейся ситуации [10].

Для определения степени предпочтительности той или иной стратегии совладания для пациента используется стандартизированная шкала Т-баллов, где среднее значение равно 50 баллам, а стандартное отклонение – 10 баллам. При этом авторами опросника созданы специальные таблицы для перевода в Т-баллы «сырых» показателей. «Сырые» показатели рассчитываются путем суммирования показателей по утверждениям каждой из шкал, при этом баллы начисляются следующим образом: никогда – 0 баллов, редко – 1 балл, иногда – 2 балла, часто – 3 балла [10].

2.2.2.7. Методика оценки уровня тревоги о здоровье, краткая версия (SHAИ – Short Health Anxiety Inventory, краткий опросник тревоги о здоровье) (Salkovskis P.M., 2002), в адаптации Т.А. Волгиной (2011) [255].

Данная шкала дает возможность диагностировать клинически значимую и клинически незначимую тревогу о здоровье. Также методика позволяет выявить пациентов с чрезмерным уровнем тревоги о здоровье, которая приводит к

ипохондрическим тенденциям; а также пациентов с недостаточным уровнем тревоги о здоровье, что приводит к тому, что они не уделяют своему здоровью должного внимания. Среди прочего преимуществом данной шкалы является возможность ее применения в медицинском контексте [255].

Методика включает 18 вопросов, на каждый из вопросов предлагается 4 варианта ответа-утверждения. Испытуемым необходимо выбрать ответ, который наилучшим образом отражает их чувства за определенный период. Оценка ответов осуществляется по шкале Лайкерта от 0 до 3, в зависимости от выбранного утверждения (где 0 отражает наименее выраженную тревогу, а 3 – наиболее). Существует возможность выбрать несколько вариантов ответов на один вопрос, в этом случае для расчета используется утверждение с максимальным баллом [255].

2.2.3. Клинико-биографический метод. Специально созданная анкета, заполняемая пациентами в начале исследования и через 12 месяцев, включала, в том числе клинико-биографическую информацию.

2.2.4. Статистический метод (подробное описание использованных статистических методов приведено в п. 2.4).

2.3. Дизайн исследования

Проведено экспериментальное клинико-психологическое проспективно-сравнительное лонгитудинальное исследование. Продолжительность исследования составила 12 месяцев (Рисунок 3).

Было сформировано две группы пациентов методом подобранных пар, сопоставимых между собой по полу, возрасту, отягощенности ФР ССЗ и сопутствующим заболеваниям.

Пациентами экспериментальной группы (n=70) и группы сравнения (n=70) в начале и в конце исследования (через 12 месяцев) заполнены специально созданные опросники. Разработанные опросники включают: биографические вопросы; клинико-anamnestические вопросы; вопросы, касающиеся степени выраженности конкретных ФР ССЗ; вопросы, касающиеся приверженности пациентов к лечению; психодиагностические апробированные и валидизированные методики («Восприятие социальной поддержки», «Локус контроля и самоэффективность в

отношении болезни и лечения», «Когнитивные представления о болезни», «Госпитальная шкала тревоги и депрессии», «Методика оценки уровня тревоги о здоровье», «Шкала комплаентности Мориски – Грин», «Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями»).

У пациентов экспериментальной группы во время проведения первичной очной консультации установлен индивидуальный профиль ФР ССЗ (в том числе измерение роста, массы тела, ИМТ, ОТ, АД, анализ медицинской документации), выполнено углубленное медико-психологическое профилактическое и МИ, рекомендована индивидуальная программа коррекции ФР ССЗ. При наличии показаний во время первичной очной консультации врачом-кардиологом могла быть назначена фармакологическая коррекция ФР ССЗ (например, гиполипидемическая, антигипертензивная терапия и др.). Данные о каждом пациенте были зафиксированы в специально разработанной индивидуальной регистрационной карте пациента.

Далее пациентам экспериментальной группы проведены дистанционные врачебные консультации (1 раз в месяц и чаще) и другие вмешательства (Рисунок 3), во время которых проведено отслеживание выраженности ФР ССЗ, реализации намеченного плана их коррекции, медико-психологическое консультирование информационного характера, МИ, в том числе мотивационное консультирование на формирование приверженности медикаментозной терапии (при ее назначении); дистанционная коррекция медикаментозной терапии не проводилась. В случае необходимости коррекции медикаментозной терапии пациентам были рекомендованы дополнительные внеплановые очные или дистанционные врачебные консультации (по инициативе пациента или доктора). Подробное описание программы медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий приведено в главе 3.

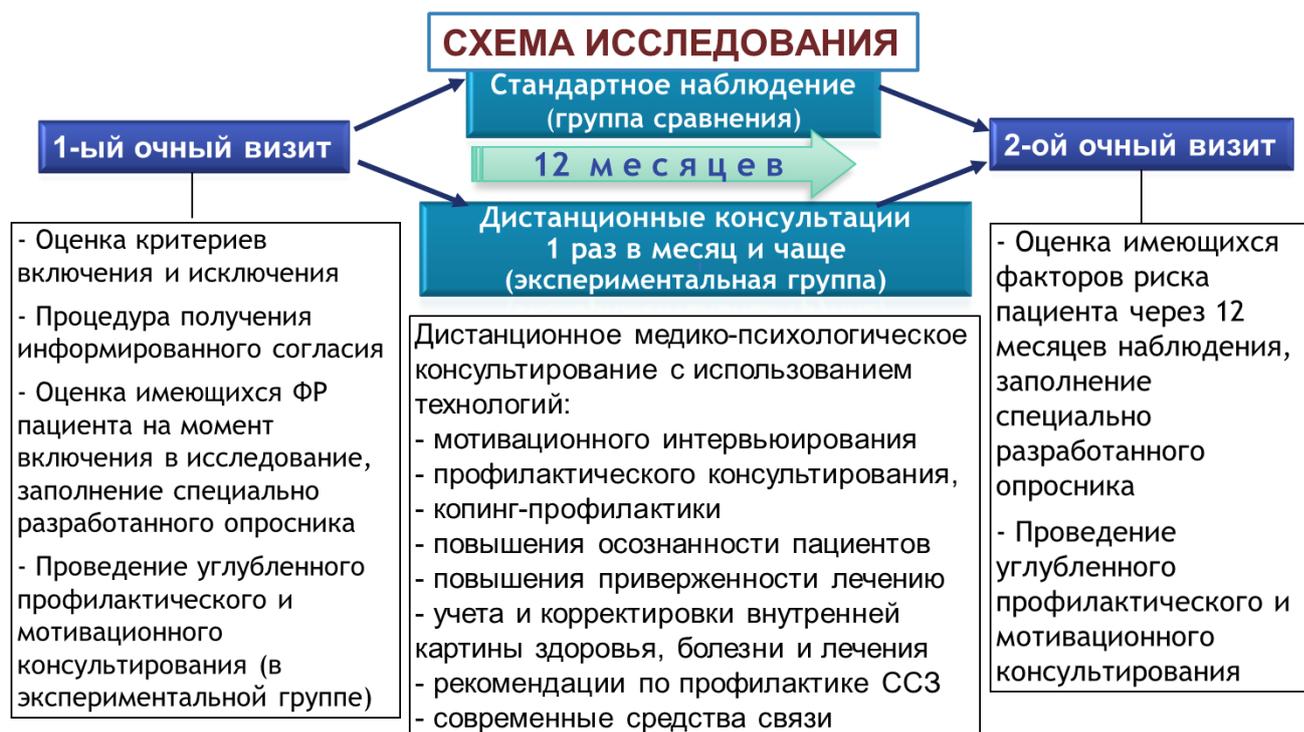


Рисунок 3 – Схема исследования «Медико-психологическая коррекция факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний с применением дистанционных технологий»

В процессе программы медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий осуществлено:

1) Телефонные звонки пациенту один раз в месяц и чаще длительностью 30 ± 10 мин. с проведением дистанционного углубленного профилактического и мотивационного консультирования с использованием следующих стратегий и техник (на основе работ Prochascka J.O., DiClemente C., Сирота Н.А., Ялтонского В.М.): установление терапевтического альянса, терапевтическая эмпатия, отказ от конфронтации, рефлексивное слушание, определение и учет стадии процесса изменения, актуализация мотивации на изменение, открытые вопросы, развитие противоречия между мотивационными позициями личности пациента, поиск оснований для изменений в поведении и экспрессии пациента, совместная с пациентом формулировка задач, оптимизм и уверенность в отношении изменений, поддержка личной ответственности, поддержка поиска альтернативных вариантов поведения и др. Подробное описание программы медико-

психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий приведено в главе 3.

2) Всем пациентам – МИ с целью изменения поведения, привычек и образа жизни; при необходимости (пациентам из подгруппы получающих лекарственную терапию) – МИ с целью формирования приверженности к препаратам.

3) Пересылка 12 и более sms-напоминаний, относительно ФР ССЗ, выявленных у пациента, и согласованных с пациентом целей в плане их коррекции.

4) Пересылка информационных материалов, посвященных ФР ССЗ, посредством дистанционных технологий (электронная почта, интернет-мессенджеры).

5) Получение обратной связи от пациентов относительно их состояния, количественных показателей ФР ССЗ и других вопросов посредством дистанционных технологий (телефон, sms-сообщения, электронная почта, интернет-мессенджеры).

По окончании исследования, во время второго очного визита пациентов экспериментальной группы повторно установлен индивидуальный профиль ФР ССЗ (в том числе измерение роста, массы тела, ИМТ, ОТ, АД, анализ медицинской документации); пациентами заполнены опросники, используемые в исследовании, проведено повторное очное профилактическое медико-психологическое консультирование.

Пациентами группы сравнения осуществлено два очных визита – в начале исследования и через 12 месяцев, во время которых установлен индивидуальный профиль ФР ССЗ (в том числе измерение роста, массы тела, ИМТ, ОТ, АД, анализ медицинской документации); пациентами дважды заполнены опросники, используемые в исследовании. В остальном их наблюдение и медико-психологическое сопровождение осуществлялось стандартным образом (по месту жительства и пр.).

Каждому пациенту врачом-исследователем присвоен уникальный идентификационный номер, который использовался при сборе информации.

Благодаря этому данные о пациенте при накоплении и последующей статистической обработке материала хранились в закодированном деперсонализированном виде.

Таким образом, в начале и по окончании исследования получен ряд показателей, отражающих выраженность ФР ССЗ, приверженность медикаментозной терапии и психометрические характеристики пациентов. Проведен статистический анализ данных в основной и контрольной группах, а также выполнен субанализ в подгруппах мужчин и женщин.

Проведен сравнительный статистический анализ значений исходных показателей и показателей по прошествии периода наблюдения и консультирования (через 12 месяцев) между экспериментальной группой и группой сравнения, а также субанализ в подгруппах мужчин и женщин (по каждому из ФР и по каждому виду психометрических характеристик в отдельности). Проведено изучение наличия корреляций между особенностями психометрических показателей пациентов и выраженностью у них количественных ФР ССЗ.

Также через два года после окончания программы медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий проведено дополнительное исследование, направленное на анализ долгосрочных эффектов данной программы на профиль ФР ССЗ. Для исследования долгосрочной динамики использовались методы анализа медицинской документации и телефонного обзвона. Данные о выраженности ФР ССЗ через два года после окончания программы медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий были получены путем опроса пациентов, анализа медицинской документации.

2.4. Статистический анализ

Статистическая обработка проведена при помощи программы Statistica 10.0.

Проверка нормальности распределения осуществлена с помощью критериев Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилка (нормальным считалось распределение при значении $>0,05$). В случае нормального распределения количественных показателей сравнение проведено с помощью t-критерия Стьюдента. В случае отсутствия нормального распределения количественных показателей, а также в

случае анализа качественных или порядковых переменных использован U-критерий Манна-Уитни. В случае сравнительного анализа качественных бинарных показателей использован критерий χ^2 -квадрат Пирсона с поправкой Йейтса, а в случае ожидаемой частоты (соответствующей нулевой гипотезе) менее 5 – двусторонний точный критерий Фишера. Данные относительно среднего количества выкуриваемых сигарет представлены в виде медианы с интерквартильным размахом 25–75 перцентиль. Корреляционный анализ проведен с помощью критерия Спирмена с использованием поправки Бонферрони для множественных сравнений. Статистически значимыми считались различия при двустороннем уровне значимости $p < 0,05$.

ГЛАВА 3. Структура и компоненты комплексной программы медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий

Комплексная персонифицированная программа медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий включила в себя первичную очную консультацию, далее дистанционные консультации по телефону в течение 12 месяцев и, по завершении исследования, заключительную очную профилактическую консультацию [60]. Дистанционное медико-психологическое консультирование осуществлялось согласно составленному на первичной очной консультации индивидуализированному плану (в процессе наблюдения план мог быть скорректирован в зависимости от актуальной ситуации), а также при активном обращении пациента, но не реже одного раза в месяц. Важным моментом являлось предоставление возможности пациенту напрямую связываться со специалистом².

Как уже описано выше, в процессе программы в экспериментальной группе проводились очное углубленное профилактическое медико-психологическое консультирование с применением современных инновационных подходов, дистанционное индивидуализированное медико-психологическое консультирование один раз в месяц и чаще по телефону, пересылка информационных материалов и мотивирующих сообщений посредством современных средств связи, интерактивное взаимодействие с пациентом и получение от него обратной связи, корректировка поставленных целей при необходимости (см. п. 2.3) [60].

² Сирота, Н.А. Динамика факторов риска заболеваний сердца под влиянием дистанционного медико-психологического консультирования / Н.А. Сирота, О.В. Сивакова, В.М. Ялгонский // Консультативная психология и психотерапия. – 2019. – Т. 27. – № 3 (105). – С. 175-196.

Как дистанционные, так и очные консультации у пациентов экспериментальной группы включали в себя применение приведенных ниже медико-психологических методов и подходов [60].

3.1. Медико-психологические методы и подходы

3.1.1. Углубленное профилактическое консультирование

Общий алгоритм углубленного профилактического консультирования состоит в следующем [20]:

1) пациенту адресуются вопросы о ФР ССЗ и его информируют о выявленных ФР, объясняется его риск развития ССЗ;

2) пациенту разъясняется важность контроля ФР, принятия ответственности за здоровье и соблюдения принципов здорового образа жизни;

3) производится оценка отношения пациента к ФР ССЗ, его желание и готовность к оздоровлению образа жизни, а также изучаются его индивидуальные особенности (привычки, наследственность, окружение и т.п.);

4) с пациентом обсуждаются индивидуальные цели, а также совместно составляется план действий по коррекции ФР ССЗ, их контролю; график контактов с консультантом;

5) уточняется, насколько пациент осознал рекомендации (активная беседа с использованием «обратной связи»), предоставляются письменные материалы (при дистанционном консультировании материалы пересылаются по электронной почте или посредством интернет-мессенджеров);

6) при каждой дистанционной или очной консультации с пациентом вновь обсуждаются рекомендации и акцентируется его внимание на важности достижения целевых значений ФР ССЗ;

7) проводится обучение пациента конкретным навыкам самоконтроля и основам оздоровления привычек поведения;

8) регистрируется, оценивается и обсуждается с пациентом динамика ФР ССЗ, при необходимости производится корректировка поставленных целей;

9) одобряются позитивные изменения;

10) осуществляется контроль соблюдения рекомендаций, оказывается помощь в преодолении барьеров и изменении поведенческих привычек.

Данный алгоритм был индивидуализирован в зависимости от ситуации каждого конкретного пациента, а также с учетом принципов МИ [60].

3.1.2. Мотивационное интервьюирование

При проведении МИ исследователи подчеркивают необходимость соблюдения ряда важных моментов [60].

В частности, принципиальным является соблюдение «духа» МИ: такой «дух», описанный создателями МИ, основан на сотрудничестве, сострадании, активизации и автономии пациента с акцентом на эмпатию и расширение прав и возможностей.

Ключевые принципы, соблюдавшиеся при медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий [198, 200]:

- 1) мотивация к изменениям вызывалась у пациентов, а не навязывалась специалистом извне;
- 2) задачей пациентов, а не врача, считалось разрешение своей амбивалентности;
- 3) прямое убеждение не рассматривалось как эффективный метод разрешения амбивалентности;
- 4) соблюдался спокойный стиль консультирования, способствовавший активизации и выявлению мыслей пациентов;
- 5) консультант занимал директивную позицию в отношении помощи пациентам по исследованию и устранению амбивалентности;
- 6) готовность к изменениям рассматривалась не как черта пациента, а как колеблющийся продукт межличностного взаимодействия;
- 7) создавались и поддерживались партнерские терапевтические отношения (в противовес патерналистической модели общения).³

³ Сирота, Н.А. Динамика факторов риска заболеваний сердца под влиянием дистанционного медико-психологического консультирования / Н.А. Сирота, О.В. Сивакова, В.М. Ялгонский // Консультативная психология и психотерапия. – 2019. – Т. 27. – № 3 (105). – С. 175-196.

Широко применялся набор навыков ОАРС: открытые вопросы; аффирмации позитивных вариантов поведения, убеждений и достижений пациента; рефлексивное слушание; суммирующие утверждения [277].

Важное значение при проведении МИ имеет учет стадии процесса изменения поведения, на которой находится пациент [60]. Эти стадии впервые были описаны J.O. Prochaska и C.C. DiClemente в рамках созданной ими транстеоретической модели изменения поведения [235, 238].

В данной модели выделяют следующие стадии процесса изменения поведения:

- 1) предразмышление;
- 2) размышление;
- 3) стадия подготовки;
- 4) стадия активных действий;
- 5) стадия поддержания;
- 6) ситуация рецидива [235, 238].

В зависимости от стадии процесса изменения поведения, на которой находится конкретный пациент, действия консультанта могут существенно отличаться. Так, к примеру, на стадии размышления основной задачей консультанта является активизация сомнений у пациента – повысить осознание пациентом риска и проблем, связанных с существующим поведением. На стадии размышления основной задачей консультанта является смещение баланса – обсуждение доводов в пользу изменения и риска в случае отсутствия перемен. Если пациент находится на стадии подготовки, то акцент в МИ смещается на помощь в выработке наилучшего плана действий для достижения изменений. На стадии активных действий важнейшее значение имеет поддержка пациента на пути изменения поведения. Если пациент находится на стадии поддержания, то важно регулярно отслеживать прогресс и возобновлять мотивацию и готовность к действиям. В случае, если пациент всё же попал в ситуацию рецидива, задачами консультанта являются оказание помощи пациенту в осознании полученного опыта, причин рецидива, в прослеживании процессов обдумывания, принятия

решений и действия; оказание помощи в продолжении модификации образа жизни, не останавливаясь из-за рецидива [56, 61, 201].

3.1.3. Копинг-профилактика

«Учитывая результаты диагностики способов совладающего поведения, пациентам экспериментальной группы проводилась индивидуализированная копинг-профилактика, в том числе обучение эффективным поведенческим стратегиям, социальным навыкам и умениям преодоления стресса [56, 61, 72].

Одной из задач консультирования являлось формирование активного адаптивного высоко функционального копинг-поведения в отношении контроля ФР ССЗ, которое включает в себя следующие основные компоненты [61]: 1) сбалансированное использование копинг-стратегий с преобладанием активных проблем-разрешающих и направленных на поиск социальной поддержки; 2) сбалансированность когнитивного, поведенческого и эмоционального компонентов копинг-поведения и сформированность его когнитивно-оценочных механизмов; 3) преобладание мотивации на достижение успеха в процессе преодоления стресса и психосоциальных проблем над мотивацией избегания неудачи; 4) готовность к активному совладанию, а при необходимости и противостоянию среде; 5) развитые личностно-средовые копинг-ресурсы, обеспечивающие благоприятный психологический фон для преодоления стресса и способствующие развитию эффективных копинг-стратегий»⁴ [60].

При консультировании пациентов учитывался индивидуальный профиль предпочтительных стратегий совладающего поведения, который определялся согласно заполненному на первичной очной консультации опроснику для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями [10].

⁴ Сирота, Н.А. Динамика факторов риска заболеваний сердца под влиянием дистанционного медико-психологического консультирования / Н.А. Сирота, О.В. Сивакова, В.М. Ялгонский // Консультативная психология и психотерапия. – 2019. – Т. 27. – № 3 (105). – С. 175-196.

3.1.4. Учет и корректировка внутренней картины болезни, совладающего с болезнью поведения, внутренней картины лечения

«Согласно В.М. Ялтонскому познание болезни может быть условно разделено на три взаимосвязанных части: а) субъективные представления пациента о собственном заболевании – ВКБ; б) субъективные представления больного о своих возможностях управлять болезнью, изменять её проявления и влиять на обстоятельства её вызывающие (совладающее с болезнью поведение); в) субъективные представления пациента, касающиеся лечения имеющегося у него заболевания – ВКЛ [73]. Все три компонента взаимосвязаны между собой и будут определять модель поведения человека по отношению к той или иной болезни, в том числе приверженность профилактическому лечению у пациентов с ФР ССЗ. Задачей консультанта являлось выявление представлений пациента, не соответствующих реальной картине и их корректировка с целью повышения адекватных адаптивных реалистичных представлений о ССЗ, возможностей их профилактики и лечения и возможностей пациента влиять на вероятность их развития и / или прогрессирования»⁵ [60].

3.1.5. Повышение осознанности пациентов

«Важное значение имеет повышение осознанности пациентов относительно образа жизни, эффективных и неэффективных стратегий, используемых ими. В связи с рядом моментов (бессимптомность большинства ФР, иллюзорная привычность темы здорового образа жизни и др.) люди нередко не осознают в полной мере наличие у них тех или иных ФР ССЗ. Еще меньшее количество людей осознает реальные последствия нездорового образа жизни и наличия ФР ССЗ» [60].⁶

Важной задачей консультанта являлось определение недостаточной осознанности в отношении каждого из ФР ССЗ, последствий той или иной степени

⁵ Сирота, Н.А. Динамика факторов риска заболеваний сердца под влиянием дистанционного медико-психологического консультирования / Н.А. Сирота, О.В. Сивакова, В.М. Ялтонский // Консультативная психология и психотерапия. – 2019. – Т. 27. – № 3 (105). – С. 175-196.

выраженности ФР ССЗ и коррекция представлений и навыков пациента с целью повышения осознанности.

3.1.6. Целенаправленное использование технологий повышения приверженности

«В каждом конкретном случае причинами неприверженности могут быть различные факторы, часто они связаны с неадекватной ВКЗ, ВКБ и ВКЛ пациента, индивидуальными препятствиями к модификации образа жизни и регулярному приему препаратов (при необходимости) [247]. В случае выявления низкой приверженности по данным опросника проводилась индивидуализация причин и разработка совместно с пациентом плана по их устранению [60]. Среди прочего использовались такие методы повышения приверженности, как оптимизация режима приема, учет привычек и предпочтений пациента, минимизация количества профилактических препаратов [227]. Безусловно, сама форма длительного непрерывного наблюдения с возможностью регулярного контакта с медицинским персоналом, включая обсуждение переносимости и опасений пациента по поводу того, или иного метода профилактического лечения, оказывает, по нашему мнению, существенное влияние на повышение эффективности мероприятий по усилению и поддержанию на высоком уровне приверженности пациентов профилактическому лечению». ⁶

3.2. Разработка методического аппарата для проведения и оценки эффективности комплексной программы медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий

В рамках исследования для диагностики и проведения комплексной программы медико-психологического консультирования, а также для оценки эффективности медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий был разработан методический аппарат. Он включил

⁶ Сирота, Н.А. Динамика факторов риска заболеваний сердца под влиянием дистанционного медико-психологического консультирования / Н.А. Сирота, О.В. Сивакова, В.М. Ялгонский // Консультативная психология и психотерапия. – 2019. –Т. 27. – № 3 (105). – С. 175-196.

анкетирование и апробированные опросники, охватывающие следующие виды информации:

- социально-демографическую информацию – возраст, пол, особенности местности проживания (городская или сельская);

- клиническую информацию – диагноз, вопросы, посвященные выраженности классических ФР ССЗ согласно актуальным клиническим рекомендациям по кардиоваскулярной профилактике [78];

- информацию о приверженности терапии (согласно методике «Шкала комплаентности Мориски – Грин»);

- психодиагностическую информацию – методики «Восприятие социальной поддержки», «Локус контроля и самоэффективность в отношении болезни и лечения», «Когнитивные представления о болезни», «Госпитальная шкала тревоги и депрессии», «Методика оценки уровня тревоги о здоровье», «Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями».

ГЛАВА 4. Динамика психологических характеристик пациентов при проведении медико-психологической коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний с применением дистанционных технологий

4.1. Изучение влияния медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий на когнитивные представления о болезни

Методика исследования когнитивных представлений о болезни является инструментом для измерения общих интерпретационных стилей в ситуации болезни: «Принятие», «Воспринимаемые преимущества» (отражают способность пациента адаптироваться к хроническому заболеванию) и «Беспомощность» (указывает на снижение психосоциальной адаптации).

Исходно при анализе обеих подгрупп выявлено, что у пациентов с ФР ССЗ уровень выраженности интерпретационного стиля «Принятие» составил $15,80 \pm 3,83$ баллов (Таблица 2), при анализе в подгруппе мужчин $15,70 \pm 3,72$ баллов, в подгруппе женщин - $15,92 \pm 3,98$ баллов. Сравнительный анализ между подгруппами мужчин и женщин не выявил статистически значимых различий ($p=0,595$). Уровень выраженности интерпретационного стиля «Беспомощность» составил $11,79 \pm 4,06$ баллов, при анализе в подгруппе мужчин $11,63 \pm 3,81$ баллов, в подгруппе женщин - $11,98 \pm 4,35$ баллов. Сравнительный анализ между подгруппами мужчин и женщин не выявил статистически значимых различий ($p=0,791$). Уровень выраженности интерпретационного стиля «Воспринимаемые преимущества» составил $15,02 \pm 4,32$ баллов, при анализе в подгруппе мужчин $14,69 \pm 4,25$ баллов, в подгруппе женщин - $15,41 \pm 4,40$ баллов. Сравнительный анализ между подгруппами мужчин и женщин не выявил статистически значимых различий ($p=0,388$). При анализе абсолютных показателей выявлено, что у 27 испытуемых (25%) интерпретационный стиль «Беспомощность» является преобладающим [47].

Таблица 2 – Результаты исследования когнитивных представлений о болезни у пациентов с ФР ССЗ (исходно)

Показатель	Все пациенты	Мужчины	Женщины	p при сравнении подгрупп мужчин и женщин (критерий Манна-Уитни)
Принятие	15,80 ± 3,83	15,70 ± 3,72	15,92 ± 3,98	0,595
Беспомощность	11,79 ± 4,06	11,63 ± 3,81	11,98 ± 4,35	0,791
Воспринимаемые преимущества	15,02 ± 4,32	14,69 ± 4,25	15,41 ± 4,40	0,388

Таким образом, «у пациентов с ФР ССЗ преобладают адаптивные интерпретационные стили в ситуации болезни. Вместе с тем у 25% пациентов дезадаптивный стиль является преобладающим»⁷. Можно предположить, что выявление таких пациентов и целенаправленная коррекция интерпретационного стиля будет способствовать их лучшей адаптации в ситуации болезни.

При проведении анализа в группах пациентов выявлено, что исходно уровень выраженности интерпретационного стиля «Принятие» в экспериментальной группе составил 16,10±3,86 баллов, в группе сравнения - 15,53±3,81 баллов, статистически значимых различий между группами выявлено не было (p=0,354) (Таблица 3). Через 12 месяцев наблюдения уровень выраженности интерпретационного стиля «Принятие» в экспериментальной группе составил 17,02±3,55 баллов, в группе сравнения - 15,41±3,04 баллов; сравнительный анализ выявил статистически значимые различия между группами (p=0,002) (Таблица 3). Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий способствует повышению выраженности интерпретационного стиля «Принятие», что является одной из основ повышения и поддержания приверженности пациентов назначенному медикаментозному и немедикаментозному лечению.

⁷ Сирота, Н.А. Динамика факторов риска заболеваний сердца под влиянием дистанционного медико-психологического консультирования / Н.А. Сирота, О.В. Сивакова, В.М. Ялгонский // Консультативная психология и психотерапия. – 2019. –Т. 27. – № 3 (105). – С. 175-196.

При проведении анализа в группах пациентов выявлено, что исходно уровень выраженности интерпретационного стиля «Беспомощность» в экспериментальной группе составил $11,29 \pm 4,02$ баллов, в группе сравнения - $12,26 \pm 4,07$ баллов, статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,210$) (Таблица 3). Через 12 месяцев наблюдения уровень выраженности интерпретационного стиля «Беспомощность» в экспериментальной группе составил $10,60 \pm 2,98$ баллов, в группе сравнения - $12,21 \pm 3,27$ баллов; сравнительный анализ выявил статистически значимые различия между группами ($p=0,006$) (Таблица 3). Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий способствует снижению выраженности интерпретационного стиля «Беспомощность». Уменьшение чувства беспомощности может быть связано с лучшим пониманием особенностей состояния своего здоровья и методов коррекции уже имеющихся проблем и ФР ССЗ. Кроме того, возможность удобной быстрой связи с медицинским персоналом обладает потенциалом к снижению ощущения беспомощности у пациентов с ФР ССЗ. Снижение ощущения беспомощности в отношении болезни также может способствовать повышению приверженности назначаемому профилактическому лечению, в связи с более активной позицией пациента и его лучшим проактивным контролем над лечебно-профилактическими мероприятиями.

При проведении анализа в группах пациентов выявлено, что исходно уровень выраженности интерпретационного стиля «Воспринимаемые преимущества» в экспериментальной группе составил $15,06 \pm 4,32$ баллов, в группе сравнения - $14,99 \pm 4,35$ баллов, статистически значимых различий между группами выявлено не было ($0,991$) (Таблица 3). Через 12 месяцев наблюдения уровень выраженности интерпретационного стиля «Воспринимаемые преимущества» в экспериментальной группе составил $16,52 \pm 3,40$ баллов, в группе сравнения - $15,60 \pm 3,33$ баллов; при сравнительном анализе статистически значимых различий между группами не выявлено ($p=0,163$) (Таблица 3).

Таблица 3 – Результаты исследования когнитивных представлений о болезни: среднее количество баллов исходно и через 12 месяцев и уровень p при сравнении двух групп (таблица отражена в статье Сирота Н.А., Сивакова О.В., Ялтонский В.М., 2019)⁸

Показатель	Группа 1 Исходно	Группа 2 Исходно	Группа 1 через 12 месяцев	Группа 2 через 12 месяцев	p исходно	p через 12 месяцев
Принятие	16,10±3,86	15,53±3,81	17,02±3,55	15,41±3,04	0,354	0,002
Беспомощность	11,29±4,02	12,26±4,07	10,60±2,98	12,21±3,27	0,210	0,006
Воспринимаемые преимущества	15,06±4,32	14,99±4,35	16,52±3,40	15,60±3,33	0,991	0,163

Примечание – различия между группами статистически значимы при $p < 0,05$ (критерий Манна-Уитни).

При проведении субанализа среди мужчин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень выраженности интерпретационного стиля «Принятие» у мужчин экспериментальной группы составил $16,13 \pm 3,44$ баллов, у мужчин группы сравнения - $15,34 \pm 3,94$ баллов, статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p = 0,267$) (Таблица 4). Через 12 месяцев наблюдения уровень выраженности интерпретационного стиля «Принятие» у мужчин экспериментальной группы составил $17,19 \pm 3,95$ баллов, у мужчин группы сравнения - $15,39 \pm 3,28$ баллов; сравнительный анализ выявил статистически значимые различия между группами ($p = 0,019$) (Таблица 4). Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что также, как и во всей группе, у мужчин медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий способствует повышению выраженности интерпретационного стиля «Принятие», что является одной из основ повышения и поддержания приверженности пациентов назначенному медикаментозному и немедикаментозному лечению.

При проведении субанализа среди мужчин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень выраженности интерпретационного стиля «Беспомощность» у мужчин экспериментальной группы составил $11,16 \pm 3,85$ баллов, у мужчин группы сравнения - $12,03 \pm 3,78$ баллов, статистически значимых различий между

⁸ Сирота, Н.А. Динамика факторов риска заболеваний сердца под влиянием дистанционного медико-психологического консультирования / Н.А. Сирота, О.В. Сивакова, В.М. Ялтонский // Консультативная психология и психотерапия. – 2019. – Т. 27. – № 3 (105). – С. 175-196.

группами выявлено не было ($p=0,493$) (Таблица 4). Через 12 месяцев наблюдения уровень выраженности интерпретационного стиля «Беспомощность» у мужчин экспериментальной группы составил $12,03\pm 3,78$ баллов, у мужчин группы сравнения - $12,11\pm 3,19$ баллов; сравнительный анализ выявил тенденцию к наличию статистически значимых различий между группами ($p=0,058$) (Таблица 4).

При проведении субанализа среди мужчин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень выраженности интерпретационного стиля «Воспринимаемые преимущества» у мужчин экспериментальной группы составил $14,59\pm 3,63$ баллов, у мужчин группы сравнения - $14,76\pm 4,76$ баллов, статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,874$) (Таблица 4). Через 12 месяцев наблюдения уровень выраженности интерпретационного стиля «Воспринимаемые преимущества» у мужчин экспериментальной группы составил $16,50\pm 3,46$ баллов, у мужчин группы сравнения - $15,16\pm 3,44$ баллов; сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,122$) (Таблица 4).

Таблица 4 – Результаты исследования когнитивных представлений о болезни (подгруппа мужчин): среднее количество баллов исходно и через 12 месяцев и уровень p при сравнении двух групп

Показатель	Группа 1 Исходно	Группа 2 Исходно	Группа 1 через 12 месяцев	Группа 2 через 12 месяцев	p исход но	p через 12 месяцев
Принятие	$16,13\pm 3,44$	$15,34\pm 3,94$	$17,19\pm 3,95$	$15,39\pm 3,28$	0,267	0,019
Беспомощность	$11,16\pm 3,85$	$12,03\pm 3,78$	$10,63\pm 3,13$	$12,11\pm 3,19$	0,493	0,058
Воспринимаемые преимущества	$14,59\pm 3,63$	$14,76\pm 4,76$	$16,50\pm 3,46$	$15,16\pm 3,44$	0,874	0,122

Примечание – различия между группами статистически значимы при $p<0,05$ (критерий Манна-Уитни).

При проведении субанализа среди женщин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень выраженности интерпретационного стиля «Принятие» у женщин экспериментальной группы составил $16,06\pm 4,30$ баллов, у женщин группы сравнения - $15,77\pm 3,68$ баллов, статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,758$) (Таблица 5). Через 12 месяцев наблюдения уровень выраженности интерпретационного стиля «Принятие» у женщин экспериментальной

группы составил $16,84 \pm 3,14$ баллов, у женщин группы сравнения - $15,43 \pm 2,76$ баллов; сравнительный анализ выявил тенденцию к наличию статистически значимых различий между группами ($p=0,054$) (Таблица 5).

При проведении субанализа среди женщин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень выраженности интерпретационного стиля «Беспомощность» у женщин экспериментальной группы составил $11,42 \pm 4,25$ баллов, у женщин группы сравнения - $12,57 \pm 4,45$ баллов, статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,326$) (Таблица 5). Через 12 месяцев наблюдения уровень выраженности интерпретационного стиля «Беспомощность» у женщин экспериментальной группы составил $10,58 \pm 2,86$ баллов, у женщин группы сравнения - $12,33 \pm 3,42$ баллов сравнительный анализ выявил статистически значимые различия между группами ($p=0,035$) (Таблица 5). Таким образом, можно говорить о том, что, как и во всей группе, в подгруппе женщин, медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий способствует снижению выраженности интерпретационного стиля «Беспомощность». Уменьшение чувства беспомощности может быть связано с лучшим пониманием особенностей состояния своего здоровья и методов коррекции уже имеющихся проблем и ФР ССЗ. Кроме того, возможность удобной быстрой связи с медицинским персоналом обладает потенциалом к снижению ощущения беспомощности у женщин с ФР ССЗ. Снижение ощущения беспомощности в отношении болезни может способствовать повышению приверженности назначаемому профилактическому лечению, в связи с более активной позицией пациента и его лучшим проактивным контролем над лечебно-профилактическими мероприятиями.

При проведении субанализа среди женщин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень выраженности интерпретационного стиля «Воспринимаемые преимущества» у женщин экспериментальной группы составил $15,55 \pm 4,95$ баллов, у женщин группы сравнения - $15,27 \pm 3,83$ баллов, статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,903$) (Таблица 5). Через 12 месяцев наблюдения уровень выраженности интерпретационного стиля «Воспринимаемые преимущества» у женщин экспериментальной группы составил $16,55 \pm 3,39$ баллов, у

женщин группы сравнения $-16,17 \pm 3,16$ баллов; сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,736$) (Таблица 5).

Таблица 5 – Результаты исследования когнитивных представлений о болезни (подгруппа женщин): среднее количество баллов исходно и через 12 месяцев и уровень p при сравнении двух групп

Показатель	Группа 1 Исходно	Группа 2 Исходно	Группа 1 через 12 месяцев	Группа 2 через 12 месяцев	p исходно	p через 12 месяцев
Принятие	$16,06 \pm 4,30$	$15,77 \pm 3,68$	$16,84 \pm 3,14$	$15,43 \pm 2,76$	0,758	0,054
Беспомощность	$11,42 \pm 4,25$	$12,57 \pm 4,45$	$10,58 \pm 2,86$	$12,33 \pm 3,42$	0,326	0,035
Воспринимаемые преимущества	$15,55 \pm 4,95$	$15,27 \pm 3,83$	$16,55 \pm 3,39$	$16,17 \pm 3,16$	0,903	0,736

Примечание – различия между группами статистически значимы при $p < 0,05$ (критерий Манна-Уитни).

Таким образом можно сделать вывод, что медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий у пациентов с ФРС ССЗ способствует повышению использования адаптивных интерпретационных стилей (Рисунок 4): «Принятие» (особенно у мужчин, см. таблицу 4), «Воспринимаемые преимущества», а также и уменьшению использования дезадаптивного стиля «Беспомощность» (особенно у женщин, см. таблицу 5).

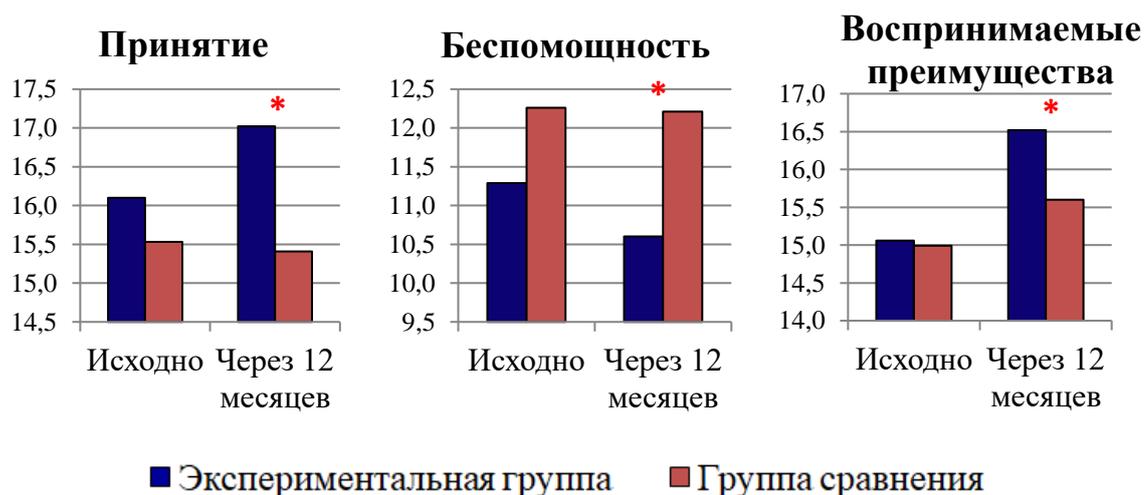


Рисунок 4 – Результаты сравнительного анализа когнитивных представлений о болезни исходно и через 12 месяцев в экспериментальной группе и группе сравнения

Можно предположить, что особенности, выявленные в подгруппах мужчин и женщин связаны с тем, что мужчины менее склонны концентрироваться на

ощущениях и болезнях и дистанционное консультирование фокусирует их на осознании и принятии имеющихся состояний, а женщинам важна психологическая поддержка, получая которую в процессе медико-психологического консультирования, они ощущают уменьшение беспомощности в отношении болезни.

4.2. Исследование влияния медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий на локус контроля и самооффективность пациентов в отношении болезни и лечения

Психодиагностическая методика определения локуса контроля и самооффективности в отношении болезни и лечения позволяет провести диагностику по следующим шкалам: «Интернальность в отношении причин болезни» (ИБ), «Интернальность в отношении лечения» (ИЛ), «Экстернальность в отношении причин болезни» (ЭБ), «Экстернальность в отношении лечения» (ЭЛ), «Безличность в отношении причин болезни» (ББ), «Безличность в отношении лечения» (БЛ) и общие шкалы «Внешний локус контроля в отношении причин болезни» (ВНШ ЛКБ) (сумма шкал экстернальности и безличности в отношении причин), «Внешний локус контроля в отношении лечения» (ВНШ ЛКЛ) (сумма шкал экстернальности и безличности в отношении лечения), «Общая интернальность в отношении болезни» (ОИБ) (сумма шкал интернальности в отношении причин и лечения), «Общая экстернальность в отношении болезни» (ОЭБ) (сумма шкал внешнего локуса контроля в отношении причин и лечения) [40]. Шкала «Самооффективность в отношении болезни» (СЭ) оценивает уверенность испытуемых в своих способностях и возможностях справиться с болезнями, соблюдать медицинские рекомендации и вылечиться.

Исходно при анализе обеих подгрупп выявлено, что у пациентов с ФР ССЗ уровень выраженности показателя «Интернальность в отношении причин болезни» составил $31,14 \pm 7,93$ баллов (Таблица 6), что соответствует средним нормальным значениям [40]; при анализе в подгруппе мужчин $32,18 \pm 8,31$ баллов (средний уровень), в подгруппе женщин - $29,89 \pm 7,33$ баллов (низкий уровень). Сравнительный анализ между подгруппами мужчин и женщин выявил, что у

мужчин интернальность в отношении причин болезни статистически значим более выражена, чем у женщин ($p=0,018$).

Уровень выраженности «Интернальности в отношении лечения» исходно у всех пациентов с ФР ССЗ составил $35,58\pm 6,26$ баллов (Таблица 6), что соответствует средним нормальным значениям; при анализе в подгруппе мужчин $34,97\pm 6,16$ баллов (средний уровень), в подгруппе женщин - $36,30\pm 6,36$ баллов (средний уровень). Сравнительный анализ между подгруппами мужчин и женщин не выявил статистически значимых различий ($p=0,137$).

Исходно при анализе обеих подгрупп выявлено, что у пациентов с ФР ССЗ уровень выраженности «Экстернальности в отношении причин болезни» составил $9,67\pm 3,52$ баллов (Таблица 6), что соответствует средним нормальным значениям; при анализе в подгруппе мужчин $8,67\pm 3,22$ баллов (низкий уровень), в подгруппе женщин - $10,86\pm 3,51$ баллов (средний уровень). Сравнительный анализ между подгруппами мужчин и женщин выявил, что у женщин экстернальность в отношении причин болезни статистически значимо более выражена, чем у мужчин ($p=0,001$).

Исходно при анализе обеих подгрупп выявлено, что у пациентов с ФР ССЗ уровень выраженности «Экстернальности в отношении лечения» составил $22,66\pm 5,32$ баллов (Таблица 6), что соответствует средне-высоким значениям; при анализе в подгруппе мужчин $23,82\pm 4,87$ баллов (высокий уровень), в подгруппе женщин - $21,28\pm 5,54$ баллов (средний уровень). Сравнительный анализ между подгруппами мужчин и женщин выявил, что у мужчин экстернальность в отношении лечения статистически значимо более выражена, по сравнению с женщинами ($p=0,006$).

Уровень выраженности «Безличности в отношении причин болезни» исходно у всех пациентов с ФР ССЗ составил $16,04\pm 4,84$ баллов, что соответствует высокому уровню; при анализе в подгруппе мужчин $15,43\pm 4,62$ баллов (средний уровень, на границе с высоким), в подгруппе женщин - $16,75\pm 5,05$ баллов (высокий уровень). Сравнительный анализ между подгруппами мужчин и женщин не выявил статистически значимых различий ($p=0,169$).

Уровень выраженности «Безличности в отношении лечения» исходно у всех пациентов с ФР ССЗ составил $16,84 \pm 4,93$ баллов, что соответствует среднему уровню на границе с высоким; при анализе в подгруппе мужчин $16,09 \pm 4,46$ баллов (средний уровень, на границе с высоким), в подгруппе женщин - $17,73 \pm 5,33$ баллов (высокий уровень). Сравнительный анализ между подгруппами мужчин и женщин не выявил статистически значимых различий, однако можно отметить тенденцию к более высокому уровню показателя безличности в отношении лечения у женщин ($p=0,074$).

Исходно при анализе обеих подгрупп выявлено, что у пациентов с ФР ССЗ уровень выраженности интегрального показателя «Внешний локус контроля в отношении причин болезни» составил $25,94 \pm 6,51$ баллов (Таблица 6), что соответствует средним нормальным значениям; при анализе в подгруппе мужчин $24,47 \pm 5,85$ баллов (средний уровень), в подгруппе женщин - $27,69 \pm 6,85$ баллов (высокий уровень). Сравнительный анализ между подгруппами мужчин и женщин выявил, что у женщин внешний локус контроля в отношении причин болезни статистически значимо более выражен, чем у мужчин ($p=0,009$).

Уровень выраженности интегрального показателя «Внешний локус контроля в отношении лечения» исходно у всех пациентов с ФР ССЗ составил $39,59 \pm 7,75$ баллов, что соответствует высокому уровню; при анализе в подгруппе мужчин $39,78 \pm 7,21$ баллов (высокий уровень), в подгруппе женщин - $39,38 \pm 8,40$ баллов (высокий уровень). Сравнительный анализ между подгруппами мужчин и женщин не выявил статистически значимых различий ($p=0,709$).

Уровень выраженности интегрального показателя «Общая интернальность в отношении болезни» исходно у всех пациентов с ФР ССЗ составил $67,28 \pm 10,24$ баллов, что соответствует средним нормальным значениям; при анализе в подгруппе мужчин $67,16 \pm 11,98$ баллов (средний уровень), в подгруппе женщин - $66,69 \pm 10,47$ баллов (средний уровень). Сравнительный анализ между подгруппами мужчин и женщин не выявил статистически значимых различий ($p=0,353$).

Уровень выраженности интегрального показателя «Общая экстернальность в отношении болезни» исходно у всех пациентов с ФР ССЗ составил $65,12 \pm 12,43$

баллов, что соответствует высокому уровню; при анализе в подгруппе мужчин $64,01 \pm 10,88$ баллов (высокий уровень), в подгруппе женщин - $66,75 \pm 13,40$ баллов (высокий уровень). Сравнительный анализ между подгруппами мужчин и женщин не выявил статистически значимых различий ($p=0,289$).

Исходно при анализе обеих подгрупп выявлено, что у пациентов с ФР ССЗ уровень выраженности интегрального показателя «Самоэффективность в отношении болезни» составил $36,93 \pm 7,04$ баллов (Таблица 6), что соответствует средним нормальным значениям; при анализе в подгруппе мужчин $36,53 \pm 6,86$ баллов (средний уровень), в подгруппе женщин - $37,4 \pm 7,27$ баллов (средний уровень). Сравнительный анализ между подгруппами мужчин и женщин не выявил статистически значимых различий ($p=0,527$).

Таблица 6 – Результаты исследования характеристики локуса контроля и самоэффективности в отношении болезни и лечения у пациентов с ФР ССЗ (исходно)

Показатель	Все пациенты	Мужчины	Женщины	p при сравнении подгрупп мужчин и женщин
ИБ	$31,14 \pm 7,93$	$32,18 \pm 8,31$	$29,89 \pm 7,33$	0,018
ИЛ	$35,58 \pm 6,26$	$34,97 \pm 6,16$	$36,30 \pm 6,36$	0,137
ЭБ	$9,67 \pm 3,52$	$8,67 \pm 3,22$	$10,86 \pm 3,51$	0,001
ЭЛ	$22,66 \pm 5,32$	$23,82 \pm 4,87$	$21,28 \pm 5,54$	0,006
ББ	$16,04 \pm 4,84$	$15,43 \pm 4,62$	$16,75 \pm 5,05$	0,169
БЛ	$16,84 \pm 4,93$	$16,09 \pm 4,46$	$17,73 \pm 5,33$	0,074
ВНШ ЛКБ	$25,94 \pm 6,51$	$24,47 \pm 5,85$	$27,69 \pm 6,85$	0,009
ВНШ ЛКЛ	$39,59 \pm 7,75$	$39,78 \pm 7,21$	$39,38 \pm 8,40$	0,709
ОИБ	$67,28 \pm 10,24$	$67,16 \pm 11,98$	$66,69 \pm 10,47$	0,353
ОЭБ	$65,12 \pm 12,43$	$64,01 \pm 10,88$	$66,75 \pm 13,40$	0,289
СЭ	$36,93 \pm 7,04$	$36,53 \pm 6,86$	$37,4 \pm 7,27$	0,527

Примечание – различия между группами статистически значимы при $p < 0,05$ (критерий Манна-Уитни).

Таким образом, у пациентов, включенных в исследование, показатель «Общая интернальность в отношении болезни», а также все его субшкалы находятся в пределах среднего уровня; отмечается высокий уровень показателя «Общая экстернальность в отношении болезни» и его субшкалы «Внешний локус

контроля в отношении лечения». В подгруппе мужчин исходно выявлены высокий уровень показателя «Общая экстернальность», его субшкалы «Внешний локус контроля в отношении лечения» и входящего в эту субшкалу показателя «Экстернальность в отношении лечения». В подгруппе женщин завышенной оказалась не только шкала «Общая экстернальность», но и большинство ее субшкал, а именно: «Безличность в отношении причин болезни», «Безличность в отношении лечения», «Внешний локус контроля в отношении причин болезни», «Внешний локус контроля в отношении лечения»; в то же время отмечается низкий уровень показателя «Интернальность в отношении причин болезни» [52].

При этом у мужчин, по сравнению с женщинами, более выражена «Интернальность в отношении причин болезни», а у женщин более выражены «Экстернальность в отношении причин болезни» и «Внешний локус контроля в отношении причин болезни». Что касается отношения к лечению, то у мужчин, по сравнению с женщинами, преобладает «Экстернальность в отношении лечения» [52].

Выявлен средний уровень показателя «Самозффективность» у испытуемых как во всей группе, так и в подгруппах мужчин и женщин; достоверных различий между подгруппами мужчин и женщин не обнаружено [52].

Также был проведен анализ локуса контроля в отношении болезни и лечения у пациентов, проживающих в городской и сельской местности [48]. Анализ средних значений между подгруппами выявил статистически значимо более высокие показатели по таким шкалам, как «Экстернальность в отношении лечения» ($p < 0,05$), «Безличность в отношении причин болезни» ($p < 0,05$), «Внешний локус контроля в отношении причин болезни» ($p < 0,05$), «Внешний локус контроля в отношении лечения» ($p < 0,05$), «Общая экстернальность в отношении болезни и лечения» ($p < 0,005$). По остальным показателям статистически значимых различий выявлено не было [48].

Полученные данные позволяют резюмировать, что у пациентов с ФР ССЗ в целом преобладает внешний локус контроля в отношении болезни и лечения. При этом экстернальность в отношении причин болезни более выражена у женщин, а

экстернальность в отношении лечения – у мужчин. Выявлен средний уровень самоэффективности у испытуемых. У пациентов, проживающих в сельской местности, более выражен экстернальный локус контроля в отношении болезни и лечения. Целенаправленная работа по нормализации выявленных отклонений может способствовать повышению эффективности коррекции ФР ССЗ.

При проведении анализа в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Интернальность в отношении причин болезни» в экспериментальной группе составил $30,50 \pm 7,25$ баллов (средний уровень, ближе к низкому), в группе сравнения - $31,77 \pm 8,56$ баллов (средний уровень), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,296$) (Таблица 7). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Интернальность в отношении причин болезни» в экспериментальной группе составил $32,76 \pm 4,67$ баллов (средний уровень), в группе сравнения - $30,27 \pm 6,60$ баллов (средний уровень, ближе к низкому); сравнительный анализ выявил статистически значимо более высокий уровень данного показателя в экспериментальной группе через 12 месяцев наблюдения ($p=0,003$) (Таблица 7). Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий способствует повышению интернальности в отношении причин болезни, что может говорить об их лучшем осознании связи их образа жизни и приема назначенной терапии с вероятностью развития ССЗ. Данный факт может вносить вклад в повышение и долгосрочное поддержание приверженности пациентов назначенному медикаментозному и немедикаментозному лечению.

При проведении анализа в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Интернальность в отношении лечения» в экспериментальной группе составил $35,49 \pm 6,89$ баллов (средний уровень), в группе сравнения - $35,67 \pm 5,62$ баллов (средний уровень), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,889$) (Таблица 7). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Интернальность в отношении лечения» в экспериментальной группе составил $35,13 \pm 3,76$ баллов (средний уровень), в группе сравнения - $32,81 \pm 5,65$

баллов (средний уровень, ближе к нижнему); сравнительный анализ выявил статистически значимо более высокий уровень данного показателя в экспериментальной группе через 12 месяцев наблюдения ($p=0,007$) (Таблица 7). Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий способствует развитию и поддержанию интернальности в отношении лечения, что может говорить о поддержании ими осознания своей ответственности в отношении профилактического лечения ФР ССЗ. Данный факт может вносить вклад в повышение и долгосрочное поддержание приверженности пациентов назначенному медикаментозному и немедикаментозному лечению.

При проведении анализа в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Экстернальность в отношении причин болезни» в экспериментальной группе составил $9,19 \pm 3,35$ баллов (средний уровень), в группе сравнения - $10,16 \pm 3,64$ баллов (средний уровень), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,219$) (Таблица 7). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Экстернальность в отношении причин болезни» в экспериментальной группе составил $9,41 \pm 2,34$ баллов (средний уровень), в группе сравнения - $8,94 \pm 2,98$ баллов (средний уровень, ближе к низкому); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,081$) (Таблица 7).

При проведении анализа в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Экстернальность в отношении лечения» в экспериментальной группе составил $22,71 \pm 5,71$ баллов (средний уровень, ближе к высокому), в группе сравнения - $22,60 \pm 4,94$ баллов (средний уровень, ближе к высокому), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,876$) (Таблица 7). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Экстернальность в отношении лечения» в экспериментальной группе составил $22,11 \pm 3,97$ баллов (средний уровень), в группе сравнения - $21,50 \pm 5,22$ баллов (средний уровень); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий ($p=0,325$) (Таблица 7).

При проведении анализа в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Безличность в отношении причин болезни» в экспериментальной группе составил $16,01 \pm 4,66$ баллов (высокий уровень), в группе сравнения - $16,06 \pm 5,06$ баллов (высокий уровень), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,955$) (Таблица 7). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Безличность в отношении причин болезни» в экспериментальной группе составил $15,01 \pm 2,94$ баллов (средний уровень), в группе сравнения - $14,97 \pm 4,13$ баллов (средний уровень); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий ($p=0,494$) (Таблица 7).

При проведении анализа в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Безличность в отношении лечения» в экспериментальной группе составил $16,59 \pm 5,01$ баллов (средний уровень, ближе к высокому), в группе сравнения - $17,10 \pm 4,86$ баллов (высокий уровень), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,463$) (Таблица 7). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Безличность в отношении лечения» в экспериментальной группе составил $17,16 \pm 3,81$ баллов (высокий уровень), в группе сравнения - $17,69 \pm 4,25$ баллов (высокий уровень); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий ($p=0,151$) (Таблица 7).

При проведении анализа в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Внешний локус контроля в отношении причин болезни» в экспериментальной группе составил $25,51 \pm 6,07$ баллов (средний уровень), в группе сравнения - $26,37 \pm 6,93$ баллов (средний уровень), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,508$) (Таблица 7). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Внешний локус контроля в отношении причин болезни» в экспериментальной группе составил $24,57 \pm 3,99$ баллов (средний уровень), в группе сравнения - $24,91 \pm 6,18$ баллов (средний уровень); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий ($p=0,919$) (Таблица 7).

При проведении анализа в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Внешний локус контроля в отношении лечения» в экспериментальной

группе составил $39,51 \pm 8,20$ баллов (средний уровень, ближе к высокому), в группе сравнения - $39,67 \pm 7,33$ баллов (высокий уровень), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,965$) (Таблица 7). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Внешний локус контроля в отношении лечения» в экспериментальной группе составил $39,66 \pm 5,36$ баллов (высокий уровень), в группе сравнения - $40,06 \pm 7,80$ баллов (высокий уровень); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий ($p=0,576$) (Таблица 7).

При проведении анализа в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Общая интернальность в отношении болезни» в экспериментальной группе составил $65,99 \pm 12,30$ баллов (средний уровень), в группе сравнения - $67,44 \pm 11,60$ баллов (средний уровень), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,568$) (Таблица 7). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Общая интернальность в отношении болезни» в экспериментальной группе составил $67,89 \pm 6,66$ баллов (средний уровень), в группе сравнения - $63,09 \pm 9,89$ баллов (средний уровень, ближе к низкому); сравнительный анализ выявил статистически значимо более высокий уровень данного показателя в экспериментальной группе через 12 месяцев наблюдения ($p=0,0001$) (Таблица 7). Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий способствует развитию и поддержанию общей интернальности в отношении болезни, что может говорить о поддержании ими осознания своей ответственности в отношении профилактического лечения ФР ССЗ. Данный факт может вносить вклад в повышение и долгосрочное поддержание приверженности пациентов назначенному медикаментозному и немедикаментозному лечению.

При проведении анализа в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Общая экстернальность в отношении болезни» в экспериментальной группе составил $64,50 \pm 12,51$ баллов (средний уровень, ближе к высокому), в группе сравнения - $65,91 \pm 11,97$ баллов (высокий уровень), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,676$) (Таблица 7). Через 12

месяцев наблюдения уровень показателя «Общая экстернальность в отношении болезни» в экспериментальной группе составил $63,70 \pm 7,85$ баллов (высокий уровень), в группе сравнения - $63,20 \pm 11,20$ баллов (высокий уровень); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий ($p=0,837$) (Таблица 7).

Таблица 7 – Результаты исследования локуса контроля и самоофективности пациентов в отношении болезни и лечения: среднее количество баллов исходно и через 12 месяцев и уровень p при сравнении двух групп

Показатель	Группа 1 Исходно	Группа 2 Исходно	Группа 1 через 12 месяцев	Группа 2 через 12 месяцев	p исходно	p через 12 месяцев
ИБ	$30,50 \pm 7,25$	$31,77 \pm 8,56$	$32,76 \pm 4,67$	$30,27 \pm 6,60$	0,296	0,003
ИЛ	$35,49 \pm 6,89$	$35,67 \pm 5,62$	$35,13 \pm 3,76$	$32,81 \pm 5,65$	0,889	0,007
ЭБ	$9,19 \pm 3,35$	$10,16 \pm 3,64$	$9,41 \pm 2,34$	$8,94 \pm 2,98$	0,219	0,081
ЭЛ	$22,71 \pm 5,71$	$22,60 \pm 4,94$	$22,11 \pm 3,97$	$21,50 \pm 5,22$	0,876	0,325
ББ	$16,01 \pm 4,66$	$16,06 \pm 5,06$	$15,01 \pm 2,94$	$14,97 \pm 4,13$	0,955	0,494
БЛ	$16,59 \pm 5,01$	$17,10 \pm 4,86$	$17,16 \pm 3,81$	$17,69 \pm 4,25$	0,463	0,151
ВНШ ЛКБ	$25,51 \pm 6,07$	$26,37 \pm 6,93$	$24,57 \pm 3,99$	$24,91 \pm 6,18$	0,507	0,919
ВНШ ЛКЛ	$39,51 \pm 8,20$	$39,67 \pm 7,33$	$39,66 \pm 5,36$	$40,06 \pm 7,80$	0,965	0,576
ОИБ	$65,99 \pm 12,30$	$67,44 \pm 11,60$	$67,89 \pm 6,66$	$63,09 \pm 9,89$	0,568	0,0001
ОЭБ	$64,50 \pm 12,51$	$65,91 \pm 11,97$	$63,70 \pm 7,85$	$63,20 \pm 11,20$	0,676	0,837
СЭ	$36,74 \pm 6,97$	$37,11 \pm 7,15$	$38,66 \pm 4,35$	$36,16 \pm 6,41$	0,952	0,002

Примечание – различия между группами статистически значимы при $p < 0,05$ (критерий Манна-Уитни). Полужирным шрифтом выделены статистически значимые различия.

При проведении анализа в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Самоофективность в отношении болезни» в экспериментальной группе составил $24,91 \pm 6,18$ баллов (средний уровень), в группе сравнения - $37,11 \pm 7,15$ баллов (средний уровень), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,952$) (Таблица 7). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Самоофективность в отношении болезни» в экспериментальной группе составил $38,66 \pm 4,35$ баллов (средний уровень), в группе

сравнения - $36,16 \pm 6,41$ баллов (средний уровень, ближе к низкому); сравнительный анализ выявил статистически значимо более высокий уровень данного показателя в экспериментальной группе через 12 месяцев наблюдения ($p=0,002$) (Таблица 7).

Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий способствует развитию и поддержанию самооэффективности в отношении болезни, что может способствовать повышению эффективности в отношении коррекции и контроля ФР ССЗ. Данный факт может вносить вклад в повышение и долгосрочное поддержание приверженности пациентов назначенному медикаментозному и немедикаментозному лечению.

При проведении субанализа среди мужчин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Интернальность в отношении причин болезни» у мужчин экспериментальной группы составил $31,89 \pm 7,01$ баллов (средний уровень), у мужчин группы сравнения - $32,46 \pm 9,46$ баллов (средний уровень), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,396$) (Таблица 8). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Интернальность в отношении причин болезни» у мужчин экспериментальной группы составил $33,30 \pm 4,16$ баллов (средний уровень), у мужчин группы сравнения - $31,36 \pm 7,32$ баллов (средний уровень); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,099$) (Таблица 8).

При проведении субанализа среди мужчин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Интернальность в отношении лечения» у мужчин экспериментальной группы составил $35,16 \pm 6,69$ баллов (средний уровень), у мужчин группы сравнения - $34,79 \pm 5,68$ баллов (средний уровень), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,765$) (Таблица 8). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Интернальность в отношении лечения» у мужчин экспериментальной группы составил $34,73 \pm 3,91$ баллов (средний уровень), у мужчин группы сравнения - $32,82 \pm 5,86$ баллов (средний уровень); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,092$) (Таблица 8).

При проведении субанализа среди мужчин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Экстернальность в отношении причин болезни» у мужчин экспериментальной группы составил $8,59 \pm 3,52$ баллов (средний уровень, ближе к низкому), у мужчин группы сравнения - $8,74 \pm 2,96$ баллов (средний уровень, ближе к низкому), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,901$) (Таблица 8). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Экстернальность в отношении причин болезни» у мужчин экспериментальной группы составил $9,46 \pm 2,53$ баллов (средний уровень), у мужчин группы сравнения - $8,28 \pm 2,25$ баллов (средний уровень, ближе к низкому); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,709$) (Таблица 8).

При проведении субанализа среди мужчин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Экстернальность в отношении лечения» у мужчин экспериментальной группы составил $23,76 \pm 4,91$ баллов (высокий уровень), у мужчин группы сравнения - $23,87 \pm 4,90$ баллов (высокий уровень), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,741$) (Таблица 8). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Экстернальность в отношении лечения» у мужчин экспериментальной группы составил $22,43 \pm 3,11$ баллов (средний уровень, ближе к высокому), у мужчин группы сравнения - $22,36 \pm 5,19$ баллов (средний уровень, ближе к высокому); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,877$) (Таблица 8).

При проведении субанализа среди мужчин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Безличность в отношении причин болезни» у мужчин экспериментальной группы составил $16,05 \pm 4,32$ баллов (средний уровень, ближе к высокому), у мужчин группы сравнения - $14,85 \pm 4,86$ баллов (средний уровень), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,225$) (Таблица 8). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Безличность в отношении причин болезни» у мужчин экспериментальной группы составил $14,54 \pm 2,99$ баллов (средний уровень), у мужчин группы сравнения -

14,31±4,11 баллов (средний уровень); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,885$) (Таблица 8).

При проведении субанализа среди мужчин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Безличность в отношении лечения» у мужчин экспериментальной группы составил 15,59±4,53 баллов (средний уровень), у мужчин группы сравнения - 16,56±4,40 баллов (средний уровень, ближе к высокому), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,291$) (Таблица 8). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Безличность в отношении лечения» у мужчин экспериментальной группы составил 16,92±3,36 баллов (средний уровень, ближе к высокому), у мужчин группы сравнения - 17,82±3,59 баллов (высокий уровень); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,152$) (Таблица 8).

При проведении субанализа среди мужчин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Внешний локус контроля в отношении причин болезни» у мужчин экспериментальной группы составил 24,97±5,61 баллов (средний уровень), у мужчин группы сравнения - 24,00±6,11 баллов (средний уровень), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,326$) (Таблица 8). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Внешний локус контроля в отношении причин болезни» у мужчин экспериментальной группы составил 24,19±4,41 баллов (средний уровень), у мужчин группы сравнения - 24,08±5,05 баллов (средний уровень); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,951$) (Таблица 8).

При проведении субанализа среди мужчин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Внешний локус контроля в отношении лечения» у мужчин экспериментальной группы составил 39,30±7,18 баллов (высокий уровень), у мужчин группы сравнения - 40,23±7,31 баллов (высокий уровень), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,679$) (Таблица 8). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Внешний локус контроля в отношении лечения» у мужчин экспериментальной группы составил

39,32±5,28 баллов (высокий уровень), у мужчин группы сравнения - 40,82±7,36 баллов (высокий уровень); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,199$) (Таблица 8).

При проведении субанализа среди мужчин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Общая интернальность в отношении болезни» у мужчин экспериментальной группы составил 67,05±12,13 баллов (средний уровень), у мужчин группы сравнения - 67,26±11,99 баллов (средний уровень), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,687$) (Таблица 8). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Общая интернальность в отношении болезни» у мужчин экспериментальной группы составил 68,03±6,18 баллов (средний уровень), у мужчин группы сравнения - 64,18±10,19 баллов (средний уровень); сравнительный анализ выявил, что в экспериментальной группе показатель общей интернальности в отношении болезни статистически значимо выше, чем в группе сравнения ($p=0,008$) (Таблица 8). Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий способствует повышению и поддержанию общей интернальности в отношении болезни (сумма шкал интернальности в отношении причин болезни и лечения) в подгруппе мужчин. Интернализация локуса контроля может способствовать повышению ответственности за свое здоровье и за своевременное профилактическое лечение факторов риска заболеваний, включая ФР ССЗ.

При проведении субанализа среди мужчин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Общая экстернальность в отношении болезни» у мужчин экспериментальной группы составил 64,00±10,47 баллов (высокий уровень), у мужчин группы сравнения - 64,02±11,39 баллов (высокий уровень), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,804$) (Таблица 8). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Общая экстернальность в отношении болезни» у мужчин экспериментальной группы составил 63,35±8,22 баллов (средний уровень, ближе к высокому), у мужчин группы сравнения - 62,95±10,00 баллов (средний уровень); сравнительный анализ

не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,374$) (Таблица 8).

Таблица 8 – Результаты исследования локуса контроля и самоофективности пациентов в отношении болезни и лечения (подгруппа мужчин): среднее количество баллов исходно и через 12 месяцев и уровень p при сравнении двух групп

Показатель	Группа 1 Исходно	Группа 2 Исходно	Группа 1 через 12 месяцев	Группа 2 через 12 месяцев	p исходно	p через 12 месяцев
ИБ	31,89±7,01	32,46±9,46	33,30±4,16	31,36±7,32	0,396	0,099
ИЛ	35,16±6,69	34,79±5,68	34,73±3,91	32,82±5,86	0,765	0,092
ЭБ	8,59±3,52	8,74±2,96	9,46±2,53	8,28±2,25	0,901	0,709
ЭЛ	23,76±4,91	23,87±4,90	22,43±3,11	22,36±5,19	0,741	0,877
ББ	16,05±4,32	14,85±4,86	14,54±2,99	14,31±4,11	0,225	0,885
БЛ	15,59±4,53	16,56±4,40	16,92±3,36	17,82±3,59	0,291	0,152
ВНШ ЛКБ	24,97±5,61	24,00±6,11	24,19±4,41	24,08±5,05	0,326	0,951
ВНШ ЛКЛ	39,30±7,18	40,23±7,31	39,32±5,28	40,82±7,36	0,679	0,199
ОИБ	67,05±12,13	67,26±11,99	68,03±6,18	64,18±10,19	0,687	0,008
ОЭБ	64,00±10,47	64,02±11,39	63,35±8,22	62,95±10,00	0,804	0,374
СЭ	36,73±6,31	36,33±7,42	38,62±5,16	35,59±7,25	0,844	0,004

Примечание – различия между группами статистически значимы при $p<0,05$ (критерий Манна-Уитни). Полужирным шрифтом выделены статистически значимые различия.

При проведении субанализа среди мужчин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Самоофективность в отношении болезни» у мужчин экспериментальной группы составил $36,73±6,31$ баллов (средний уровень), у мужчин группы сравнения - $36,33±7,42$ баллов (средний уровень), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,844$) (Таблица 8). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Самоофективность в отношении болезни» у мужчин экспериментальной группы составил $38,62±5,16$ баллов (средний уровень), у мужчин группы сравнения - $35,59±7,25$ баллов (средний уровень); сравнительный анализ выявил, что в экспериментальной группе

показатель самоэффективности в отношении болезни статистически значимо выше, чем в группе сравнения ($p=0,004$) (Таблица 8).

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий способствует повышению и поддержанию самоэффективности в отношении болезни в подгруппе мужчин. Повышение самоэффективности может способствовать лучшему контролю ФР ССЗ и как результат лучшей профилактики ССЗ и сохранению здоровья.

При проведении субанализа среди женщин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Интернальность в отношении причин болезни» у женщин экспериментальной группы составил $28,94 \pm 7,30$ баллов (низкий уровень), у женщин группы сравнения - $30,90 \pm 7,34$ баллов (низкий уровень), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,399$) (Таблица 9). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Интернальность в отношении причин болезни» у женщин экспериментальной группы составил $32,15 \pm 5,18$ баллов (средний уровень), у женщин группы сравнения - $28,90 \pm 5,37$ баллов (низкий уровень); сравнительный анализ выявил статистически значимые различия между группами ($p=0,007$) – через 12 месяцев наблюдения интернальность в отношении болезни более выражена у женщин экспериментальной группы (Таблица 9). Повышение интернальности в отношении причин болезни при проведении медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий может быть обусловлено повышением осознанности пациента в отношении причин ССЗ и факторов риска их вызывающих и взаимосвязи привычек образа жизни с развитием ССЗ.

При проведении субанализа среди женщин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Интернальность в отношении лечения» у женщин экспериментальной группы составил $35,85 \pm 7,19$ баллов (средний уровень), у женщин группы сравнения - $36,77 \pm 5,43$ баллов (средний уровень), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,831$) (Таблица 9). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Интернальность в отношении

лечения» у женщин экспериментальной группы составил $35,58 \pm 3,58$ баллов (средний уровень), у женщин группы сравнения - $32,81 \pm 5,47$ баллов (средний уровень); сравнительный анализ выявил статистически значимо более высокий уровень данного показателя у женщин экспериментальной группы по сравнению с контрольной ($p=0,039$) (Таблица 9). Повышение интернальности в отношении лечения может быть одним из благоприятных факторов для улучшения приверженности пациентов назначенному лечению и здоровому образу жизни.

При проведении субанализа среди женщин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Экстернальность в отношении причин болезни» у женщин экспериментальной группы составил $9,85 \pm 3,08$ баллов (средний уровень), у женщин группы сравнения - $11,94 \pm 3,67$ баллов (средний уровень), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,415$) (Таблица 9). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Экстернальность в отношении причин болезни» у женщин экспериментальной группы составил $9,36 \pm 2,13$ баллов (средний уровень), у женщин группы сравнения - $9,77 \pm 3,58$ баллов (средний уровень); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,958$) (Таблица 9).

При проведении субанализа среди женщин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Экстернальность в отношении лечения» у женщин экспериментальной группы составил $21,55 \pm 6,36$ баллов (средний уровень), у женщин группы сравнения - $21,00 \pm 4,59$ баллов (средний уровень), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,779$) (Таблица 9). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Экстернальность в отношении лечения» у женщин экспериментальной группы составил $21,76 \pm 4,78$ баллов (средний уровень), у женщин группы сравнения - $20,42 \pm 5,14$ баллов (средний уровень); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,111$) (Таблица 9).

При проведении субанализа среди женщин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Безличность в отношении причин болезни» у женщин экспериментальной группы составил $15,97 \pm 5,08$ баллов (средний уровень),

ближе к высокому), у женщин группы сравнения - $17,58 \pm 4,96$ баллов (высокий уровень), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,208$) (Таблица 9). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Безличность в отношении причин болезни» у женщин экспериментальной группы составил $15,55 \pm 2,83$ баллов (средний уровень), у женщин группы сравнения - $15,81 \pm 4,06$ баллов (средний уровень); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,336$) (Таблица 9).

При проведении субанализа среди женщин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Безличность в отношении лечения» у женщин экспериментальной группы составил $17,70 \pm 5,35$ баллов (высокий уровень), у женщин группы сравнения - $17,77 \pm 5,38$ баллов (высокий уровень), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,883$) (Таблица 9). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Безличность в отношении лечения» у женщин экспериментальной группы составил $17,42 \pm 4,29$ баллов (высокий уровень), у женщин группы сравнения - $17,52 \pm 5,03$ баллов (высокий уровень); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,566$) (Таблица 9).

При проведении субанализа среди женщин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Внешний локус контроля в отношении причин болезни» у женщин экспериментальной группы составил $26,12 \pm 6,59$ баллов (средний уровень), у женщин группы сравнения - $26,35 \pm 6,84$ баллов (средний уровень), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,053$) (Таблица 9). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Внешний локус контроля в отношении причин болезни» у женщин экспериментальной группы составил $25,00 \pm 3,47$ баллов (средний уровень), у женщин группы сравнения - $25,97 \pm 7,31$ баллов (средний уровень); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,669$) (Таблица 9).

При проведении субанализа среди женщин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Внешний локус контроля в отношении лечения» у женщин экспериментальной группы составил $39,76 \pm 9,32$ баллов (высокий

уровень), у женщин группы сравнения - $38,97 \pm 7,42$ баллов (высокий уровень), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,821$) (Таблица 9). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Внешний локус контроля в отношении лечения» у женщин экспериментальной группы составил $40,03 \pm 5,51$ баллов (высокий уровень), у женщин группы сравнения - $39,10 \pm 8,34$ баллов (высокий уровень); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,603$) (Таблица 9).

При проведении субанализа среди женщин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Общая интернальность в отношении болезни» у женщин экспериментальной группы составил $64,79 \pm 12,57$ баллов (средний уровень), у женщин группы сравнения - $67,68 \pm 11,29$ баллов (средний уровень), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,759$) (Таблица 9). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Общая интернальность в отношении болезни» у женщин экспериментальной группы составил $67,73 \pm 7,26$ баллов (средний уровень), у женщин группы сравнения - $61,71 \pm 9,49$ баллов (низкий уровень); сравнительный анализ выявил, что в экспериментальной группе показатель общей интернальности в отношении болезни статистически значимо выше, чем в группе сравнения ($p=0,004$) (Таблица 9). Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий способствует повышению и поддержанию общей интернальности в отношении болезни (сумма шкал интернальности в отношении причин болезни и лечения) в подгруппе женщин. Интернализация локуса контроля может способствовать повышению ответственности за свое здоровье и за своевременное профилактическое лечение факторов риска заболеваний, включая ФР ССЗ.

При проведении субанализа среди женщин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Общая экстернальность в отношении болезни» у женщин экспериментальной группы составил $65,06 \pm 14,60$ баллов (высокий уровень), у женщин группы сравнения - $68,29 \pm 12,45$ баллов (высокий уровень), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,603$)

(Таблица 9). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Общая экстернальность в отношении болезни» у женщин экспериментальной группы составил $64,09 \pm 7,53$ баллов (средний уровень, ближе к высокому), у женщин группы сравнения - $63,52 \pm 12,71$ баллов (средний уровень); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,915$) (Таблица 9).

Таблица 9 – Результаты исследования локуса контроля и самооффективности пациентов в отношении болезни и лечения (подгруппа женщин): среднее количество баллов исходно и через 12 месяцев и уровень p при сравнении двух групп

Показатель	Группа 1 Исходно	Группа 2 Исходно	Группа 1 через 12 месяцев	Группа 2 через 12 месяцев	p исходно	p через 12 месяцев
ИБ	$28,94 \pm 7,30$	$30,90 \pm 7,34$	$32,15 \pm 5,18$	$28,90 \pm 5,37$	0,399	0,007
ИЛ	$35,85 \pm 7,19$	$36,77 \pm 5,43$	$35,58 \pm 3,58$	$32,81 \pm 5,47$	0,831	0,039
ЭБ	$9,85 \pm 3,08$	$11,94 \pm 3,67$	$9,36 \pm 2,13$	$9,77 \pm 3,58$	0,415	0,957
ЭЛ	$21,55 \pm 6,36$	$21,00 \pm 4,59$	$21,76 \pm 4,78$	$20,42 \pm 5,14$	0,779	0,111
ББ	$15,97 \pm 5,08$	$17,58 \pm 4,96$	$15,55 \pm 2,83$	$15,81 \pm 4,06$	0,208	0,336
БЛ	$17,70 \pm 5,35$	$17,77 \pm 5,38$	$17,42 \pm 4,29$	$17,52 \pm 5,03$	0,883	0,566
ВНШ ЛКБ	$26,12 \pm 6,59$	$29,35 \pm 6,84$	$25,00 \pm 3,47$	$25,97 \pm 7,31$	0,053	0,669
ВНШ ЛКЛ	$39,76 \pm 9,32$	$38,97 \pm 7,42$	$40,03 \pm 5,51$	$39,10 \pm 8,34$	0,821	0,603
ОИБ	$64,79 \pm 12,57$	$67,68 \pm 11,29$	$67,73 \pm 7,26$	$61,71 \pm 9,49$	0,759	0,004
ОЭБ	$65,06 \pm 14,60$	$68,29 \pm 12,45$	$64,09 \pm 7,53$	$63,52 \pm 12,71$	0,603	0,915
СЭ	$36,76 \pm 7,73$	$38,10 \pm 6,79$	$38,70 \pm 3,31$	$36,87 \pm 5,20$	0,883	0,291

Примечание – различия между группами статистически значимы при $p < 0,05$ (критерий Манна-Уитни). Полужирным шрифтом выделены статистически значимые различия.

При проведении субанализа среди женщин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Самооффективность в отношении болезни» у женщин экспериментальной группы составил $36,76 \pm 7,73$ баллов (средний уровень), у женщин группы сравнения - $38,10 \pm 6,79$ баллов (средний уровень), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,883$) (Таблица 9).

Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Самозффективность в отношении болезни» у женщин экспериментальной группы составил $38,70 \pm 3,31$ баллов (средний уровень), у женщин группы сравнения - $36,87 \pm 5,20$ баллов (средний уровень); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,291$) (Таблица 9).

Таким образом, проведение программы медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий способствовало статистически значимому повышению показателей интернальности в отношении к болезни и интернальности в отношении лечения и как следствие общей интернальности, а также статистически значимо более высокому уровню самоэффективности в отношении болезни и лечения (Таблица 7) [264]. Данный эффект прослеживается как в подгруппе мужчин, где отмечено статистически значимое повышение показателей общей интернальности в отношении болезни и самоэффективности в отношении болезни и лечения (Таблица 8), так и в подгруппе женщин, где отмечено повышение показателей интернальности в отношении причин болезни, интернальности в отношении лечения и общей интернальности в отношении болезни (Таблица 9).

Повышение интернальности в отношении причин болезни и лечения может свидетельствовать о повышении чувства ответственности пациентов за поддержание своего здоровья, лучшее осознание связи образа жизни и конкретных привычек и вероятности развития ССЗ, что может служить основой для повышения контроля пациентом ФР ССЗ и приверженности к профилактическим мероприятиям.

Одним из важных компонентов программы медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий являлось создание партнерских отношений с пациентами, активное вовлечение их в процесс контроля и коррекции ФР ССЗ, повышение осознанности пациентов относительно влияния ФР ССР на их здоровье и прогноз развития заболеваний сердца, использование методов МИ и повышения приверженности пациентов. Совокупность данных методов, по-видимому, явилась основной причиной роста интернального локуса

контроля, а также способствовала повышению самоэффективности пациентов в отношении болезни и лечения.

4.3. Изучение влияния медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий на особенности восприятия социальной поддержки

При работе с пациентами с ФР ССЗ требуется формирование новых привычек у пациентов. Данная задача является непростой, в том числе в связи с тем, что многие привычки пациента, суммарно составляющие его образ жизни, могут активно поддерживаться его социальным окружением. «В связи с этим при коррекции ФР ССЗ важное значение может иметь конкретизация основных источников социальной поддержки у пациентов, как ресурсов совладания с болезнью»⁹.

Исходно при анализе особенностей восприятия основных источников социальной поддержки выявлено, что у пациентов с ФР ССЗ выраженность показателя «Семья» составила $2,54 \pm 1,46$ балла (Таблица 10). При анализе в подгруппе мужчин уровень выраженности показателя «Семья» составил $2,53 \pm 1,44$ балла, в подгруппе женщин - $2,56 \pm 1,49$ балла. Сравнительный анализ между подгруппами мужчин и женщин не выявил статистически значимых различий ($p=0,801$).

Исходно выраженность показателя «Друзья» составил $1,94 \pm 1,61$ балла (Таблица 10). При анализе в подгруппе мужчин уровень выраженности показателя «Друзья» составил $1,87 \pm 1,63$ балла, в подгруппе женщин - $2,03 \pm 1,60$ балла. Сравнительный анализ между подгруппами мужчин и женщин не выявил статистически значимых различий ($p=0,509$).

Уровень выраженности показателя «Значимые другие» составил $2,40 \pm 1,39$ балла. При анализе в подгруппе мужчин уровень выраженности показателя «Значимые другие» составил $2,22 \pm 1,47$ балла, в подгруппе женщин - $2,61 \pm 1,28$

⁹ Сирота, Н.А. Динамика факторов риска заболеваний сердца под влиянием дистанционного медико-психологического консультирования / Н.А. Сирота, О.В. Сивакова, В.М. Ялгонский // Консультативная психология и психотерапия. – 2019. – Т. 27. – № 3 (105). – С. 175-196.

балла [60]. Сравнительный анализ между подгруппами мужчин и женщин не выявил статистически значимых различий ($p=0,139$).

Таблица 10 – Результаты исследования характеристики восприятия основных источников социальной поддержки у пациентов с ФР ССЗ (среднее количество баллов исходно)

Показатель	Все пациенты	Мужчины	Женщины	p при сравнении подгрупп мужчин и женщин
Семейная поддержка	2,54±1,46	2,53±1,44	2,56±1,49	0,801
Дружеская поддержка	1,94±1,61	1,87±1,63	2,03±1,60	0,509
Значимые другие	2,40±1,39	2,22±1,47	2,61±1,28	0,139

Примечание – различия между группами статистически значимы при $p<0,05$ (критерий Манна-Уитни).

Таким образом у всех пациентов с ФР ССЗ восприятие основных источников социальной поддержки имеет следующую градацию: на первом месте находится показатель «Семья», на втором – «Значимые другие», на третьем – «Друзья». Сходное распределение отмечается и в подгруппе мужчин. В подгруппе женщин первое место занял показатель «Значимые другие», второе – «Семья» и третье – «Друзья» [53].

При проведении анализа в группах пациентов выявлено, что исходно уровень выраженности показателя «Семья» в экспериментальной группе составил $2,63\pm 1,37$ баллов, в группе сравнения - $2,46\pm 1,54$ баллов, статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,582$) (Таблица 11). Через 12 месяцев наблюдения уровень выраженности показателя «Семья» в экспериментальной группе составил $3,21\pm 1,13$ баллов, в группе сравнения - $2,47\pm 1,49$ баллов; сравнительный анализ выявил статистически значимо большую выраженность данного показателя в экспериментальной группе по сравнению с контрольной ($p=0,004$) (Таблица 11). Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий влияет на восприятие основных источников

социальной поддержки, способствуя повышению выраженности показателя «Семья».

При проведении анализа в группах пациентов выявлено, что исходно уровень выраженности показателя «Друзья» в экспериментальной группе составил $2,07 \pm 1,62$ баллов, в группе сравнения - $1,81 \pm 1,61$ баллов, статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,364$) (Таблица 11). Через 12 месяцев наблюдения уровень выраженности показателя «Друзья» в экспериментальной группе составил $2,74 \pm 1,58$ баллов, в группе сравнения - $2,11 \pm 1,39$ баллов; сравнительный анализ выявил статистически значимо большую выраженность данного показателя в экспериментальной группе по сравнению с контрольной ($p=0,009$) (Таблица 11). Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий влияет на восприятие основных источников социальной поддержки, способствуя повышению выраженности показателя «Друзья».

При проведении анализа в группах пациентов выявлено, что исходно уровень выраженности показателя «Значимые другие» в экспериментальной группе составил $2,44 \pm 1,39$ баллов, в группе сравнения - $2,36 \pm 1,40$ баллов, статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,707$) (Таблица 11). Через 12 месяцев наблюдения уровень выраженности показателя «Значимые другие» в экспериментальной группе составил $3,24 \pm 1,04$ баллов, в группе сравнения - $2,54 \pm 1,37$ баллов; сравнительный анализ выявил статистически значимо большую выраженность данного показателя в экспериментальной группе по сравнению с контрольной ($p=0,003$) (Таблица 11) [60]. Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий влияет на восприятие основных источников социальной поддержки, способствуя повышению выраженности показателя «Значимые другие».

Таблица 11 – Результаты исследования восприятия основных источников социальной поддержки: среднее количество баллов исходно и через 12 месяцев и уровень p при сравнении двух групп (таблица отражена в статье Сирота Н.А., Сивакова О.В., Ялтонский В.М.)¹⁰

Показатель	Группа 1 Исходно	Группа 2 Исходно	Группа 1 через 12 месяцев	Группа 2 через 12 месяцев	p исходно	p через 12 месяцев
Семья	2,63±1,37	2,46±1,54	3,21±1,13	2,47±1,49	0,582	0,004
Друзья	2,07±1,62	1,81±1,61	2,74±1,58	2,11±1,39	0,364	0,009
Значимые другие	2,44±1,39	2,36±1,40	3,24±1,04	2,54±1,37	0,707	0,003

Примечание – различия между группами статистически значимы при $p < 0,05$ (критерий Манна-Уитни). Полу жирным шрифтом выделены статистически значимые различия.

При проведении субанализа среди мужчин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Семья» у мужчин экспериментальной группы составил $2,65 \pm 1,34$ балла, у мужчин группы сравнения - $2,41 \pm 1,53$ балла, статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p = 0,563$) (Таблица 12). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Семья» у мужчин экспериментальной группы составил $3,16 \pm 1,14$ балла, у мужчин группы сравнения - $2,54 \pm 1,55$ балла; сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p = 0,112$) (Таблица 12).

При проведении субанализа среди мужчин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Друзья» у мужчин экспериментальной группы составил $1,89 \pm 1,71$ балла, у мужчин группы сравнения - $1,85 \pm 1,57$ балла, статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p = 0,942$) (Таблица 12). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Друзья» у мужчин экспериментальной группы составил $2,65 \pm 1,60$ балла, у мужчин группы сравнения - $1,97 \pm 1,40$ балла; сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p = 0,071$) (Таблица 12).

¹⁰ Сирота, Н.А. Динамика факторов риска заболеваний сердца под влиянием дистанционного медико-психологического консультирования / Н.А. Сирота, О.В. Сивакова, В.М. Ялтонский // Консультативная психология и психотерапия. – 2019. – Т. 27. – № 3 (105). – С. 175-196.

При проведении субанализа среди мужчин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Значимые другие» у мужчин экспериментальной группы составил $2,30 \pm 1,45$ балла, у мужчин группы сравнения - $2,15 \pm 1,50$ балла, статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,679$) (Таблица 12).

Таблица 12 – Результаты исследования восприятия основных источников социальной поддержки (подгруппа мужчин): среднее количество баллов исходно и через 12 месяцев и уровень p при сравнении двух групп

Показатель	Группа 1 Исходно	Группа 2 Исходно	Группа 1 через 12 месяцев	Группа 2 через 12 месяцев	p исходно	p через 12 месяцев
Семейная поддержка	$2,65 \pm 1,34$	$2,41 \pm 1,53$	$3,16 \pm 1,14$	$2,54 \pm 1,55$	0,563	0,112
Дружеская поддержка	$1,89 \pm 1,71$	$1,85 \pm 1,57$	$2,65 \pm 1,60$	$1,97 \pm 1,40$	0,942	0,071
Значимые другие	$2,30 \pm 1,45$	$2,15 \pm 1,50$	$3,16 \pm 1,14$	$2,44 \pm 1,31$	0,679	0,014

Примечание – различия между группами статистически значимы при $p < 0,05$ (критерий Манна-Уитни). Полу жирным шрифтом выделены статистически значимые различия.

Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Значимые другие» у мужчин экспериментальной группы составил $3,16 \pm 1,14$ балла, у мужчин группы сравнения - $2,44 \pm 1,31$ балла; сравнительный анализ выявил статистически значимо большую выраженность данного показателя в экспериментальной группе ($p=0,014$). Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий влияет на восприятие основных источников социальной поддержки в подгруппе мужчин, способствуя повышению выраженности показателя «Значимые другие» (Таблица 12).

При проведении субанализа среди женщин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Семья» у женщин экспериментальной группы составил $2,61 \pm 1,43$ балла, у женщин группы сравнения - $2,52 \pm 1,57$ балла, статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,873$) (Таблица 13). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Семья» у женщин

экспериментальной группы составил $3,27 \pm 1,13$ балла, у женщин группы сравнения - $2,39 \pm 1,43$ балла; сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,012$) (Таблица 13). Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий влияет на восприятие основных источников социальной поддержки в подгруппе женщин, способствуя повышению выраженности показателя «Семья».

При проведении субанализа среди женщин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Друзья» у женщин экспериментальной группы составил $2,27 \pm 1,51$ балла, у мужчин группы сравнения - $1,77 \pm 1,69$ балла, статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,208$) (Таблица 13). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Друзья» у женщин экспериментальной группы составил $2,85 \pm 1,56$ балла, у женщин группы сравнения - $2,29 \pm 1,37$ балла; сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,064$) (Таблица 13).

Таблица 13 – Результаты исследования восприятия основных источников социальной поддержки (подгруппа женщин): среднее количество баллов исходно и через 12 месяцев и уровень p при сравнении двух групп

Показатель	Группа 1 Исходно	Группа 2 Исходно	Группа 1 через 12 месяцев	Группа 2 через 12 месяцев	p исходно	p через 12 месяцев
Семья	$2,61 \pm 1,43$	$2,52 \pm 1,57$	$3,27 \pm 1,13$	$2,39 \pm 1,43$	0,873	0,012
Друзья	$2,27 \pm 1,51$	$1,77 \pm 1,69$	$2,85 \pm 1,56$	$2,29 \pm 1,37$	0,208	0,064
Значимые другие	$2,61 \pm 1,32$	$2,61 \pm 1,26$	$3,33 \pm 0,92$	$2,68 \pm 1,45$	0,968	0,102

Примечание – различия между группами статистически значимы при $p < 0,05$ (критерий Манна-Уитни). Полужирным шрифтом выделены статистически значимые различия.

При проведении субанализа среди женщин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Значимые другие» у женщин экспериментальной группы составил $2,61 \pm 1,32$ балла, у женщин группы сравнения - $2,61 \pm 1,26$ балла, статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,968$) (Таблица 13). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Значимые

другие» у женщин экспериментальной группы составил $3,33 \pm 0,92$ балла, у женщин группы сравнения - $2,68 \pm 1,45$ балла; сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,102$) (Таблица 13).

Таким образом, в экспериментальной группе проведение программы медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий способствовало повышению всех показателей восприятия основных источников социальной поддержки («Семья», «Друзья», «Значимые другие») относительно группы сравнения (Рисунок 5) [54].

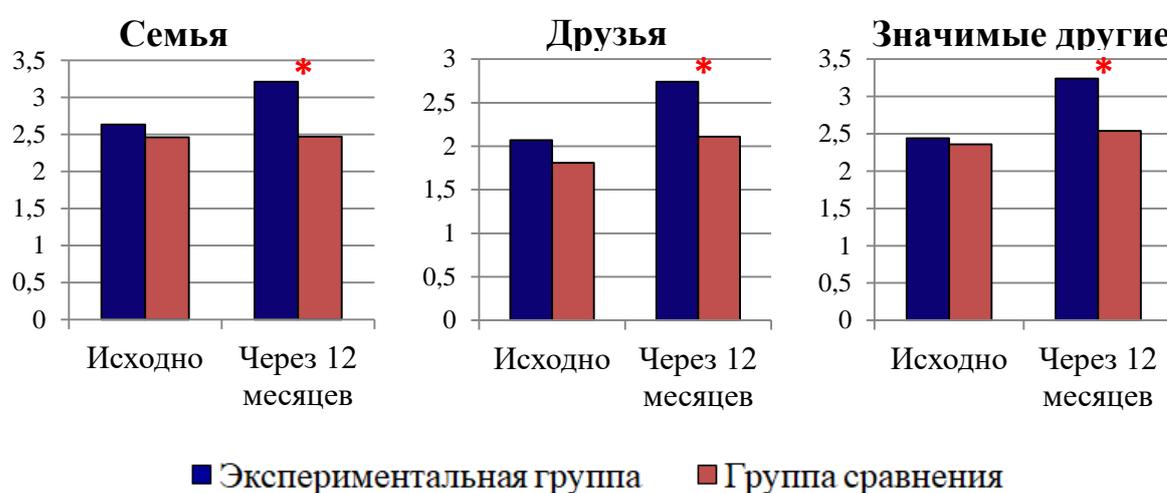


Рисунок 5 – Результаты сравнительного анализа особенностей восприятия социальной поддержки исходно и через 12 месяцев в экспериментальной группе и группе сравнения (данные отражены в статье Н.А. Сирота, О.В. Сивакова, В.М. Ялтонский, 2019)¹¹

Повышение показателей восприятия основных источников социальной поддержки может способствовать, с одной стороны, снижению выраженности таких ФР ССЗ, как стресс, тревога и депрессия у пациентов; с другой стороны, улучшение каналов коммуникации с семьей, друзьями и значимыми другими может вносить вклад в привлечение представителей этих групп в поддержание здорового образа жизни и расширению круга лиц, вовлеченных в профилактические мероприятия.

¹¹ Сирота, Н.А. Динамика факторов риска заболеваний сердца под влиянием дистанционного медико-психологического консультирования / Н.А. Сирота, О.В. Сивакова, В.М. Ялтонский // Консультативная психология и психотерапия. – 2019. – Т. 27. – № 3 (105). – С. 175-196.

4.4. Исследование влияния медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий на способы совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями

Психодиагностическая методика определения способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями позволяет провести диагностику по следующим копинг-стратегиям: «Конфронтация», «Дистанцирование», «Самоконтроль», «Поиск социальной поддержки», «Принятие ответственности», «Бегство-избегание», «Планирование решения проблемы», «Положительная переоценка» [10].

Исходно при анализе обеих подгрупп выявлено, что у пациентов с ФР ССЗ уровень выраженности показателя «Планирование решения проблемы» составил $49,16 \pm 11,17$ баллов (Таблица 14), что соответствует умеренному использованию данной стратегии [10]; при анализе в подгруппе мужчин $48,93 \pm 10,19$ баллов (умеренное использование стратегии), в подгруппе женщин - $49,44 \pm 12,31$ баллов (умеренное использование стратегии). Сравнительный анализ между подгруппами мужчин и женщин не выявил статистически значимых различий ($p=0,341$).

Уровень выраженности показателя «Конфронтация» исходно у всех пациентов с ФР ССЗ составил $47,55 \pm 10,21$ баллов (Таблица 14), что соответствует умеренному использованию данной стратегии; при анализе в подгруппе мужчин $49,24 \pm 9,70$ баллов (умеренное использование стратегии), в подгруппе женщин - $45,55 \pm 10,52$ баллов (умеренное использование стратегии). Сравнительный анализ между подгруппами мужчин и женщин выявил статистически значимо большую выраженность данного показателя в подгруппе мужчин ($p=0,012$).

Исходно при анализе обеих подгрупп выявлено, что у пациентов с ФР ССЗ уровень выраженности показателя «Поиск социальной поддержки» составил $51,9 \pm 10,04$ баллов (Таблица 14), что соответствует умеренному использованию данной стратегии; при анализе в подгруппе мужчин $52,05 \pm 10,47$ баллов (умеренное использование стратегии), в подгруппе женщин - $51,91 \pm 9,60$ баллов (умеренное использование стратегии). Сравнительный анализ между подгруппами мужчин и женщин не выявил статистически значимых различий ($p=0,839$).

Исходно при анализе обеих подгрупп выявлено, что у пациентов с ФР ССЗ уровень выраженности показателя «Принятие ответственности» составил $49,34 \pm 8,85$ баллов (Таблица 14), что соответствует умеренному использованию данной стратегии; при анализе в подгруппе мужчин $49,11 \pm 8,06$ баллов (умеренное использование стратегии), в подгруппе женщин - $49,63 \pm 9,76$ баллов (умеренное использование стратегии). Сравнительный анализ между подгруппами мужчин и женщин не выявил статистически значимых различий ($p=0,533$).

Исходно при анализе обеих подгрупп выявлено, что у пациентов с ФР ССЗ уровень выраженности показателя «Самоконтроль» составил $47,85 \pm 10,66$ баллов (Таблица 14), что соответствует умеренному использованию данной стратегии; при анализе в подгруппе мужчин $47,83 \pm 10,20$ баллов (умеренное использование стратегии), в подгруппе женщин - $47,88 \pm 11,25$ баллов (умеренное использование стратегии). Сравнительный анализ между подгруппами мужчин и женщин не выявил статистически значимых различий ($p=0,985$).

Исходно при анализе обеих подгрупп выявлено, что у пациентов с ФР ССЗ уровень выраженности показателя «Бегство-избегание» составил $48,20 \pm 10,34$ баллов (Таблица 14), что соответствует умеренному использованию данной стратегии; при анализе в подгруппе мужчин $48,11 \pm 10,24$ баллов (умеренное использование стратегии), в подгруппе женщин - $48,31 \pm 10,54$ баллов (умеренное использование стратегии). Сравнительный анализ между подгруппами мужчин и женщин не выявил статистически значимых различий ($p=0,889$).

Исходно при анализе обеих подгрупп выявлено, что у пациентов с ФР ССЗ уровень выраженности показателя «Дистанцирование» составил $50,72 \pm 11,34$ баллов (Таблица 14), что соответствует умеренному использованию данной стратегии; при анализе в подгруппе мужчин $51,53 \pm 10,16$ баллов (умеренное использование стратегии), в подгруппе женщин - $49,77 \pm 12,61$ баллов (умеренное использование стратегии). Сравнительный анализ между подгруппами мужчин и женщин не выявил статистически значимых различий ($p=0,341$).

Исходно при анализе обеих подгрупп выявлено, что у пациентов с ФР ССЗ уровень выраженности показателя «Положительная переоценка» составил

48,81±10,61 баллов (Таблица 14), что соответствует умеренному использованию данной стратегии; при анализе в подгруппе мужчин 49,41±10,22 баллов (умеренное использование стратегии), в подгруппе женщин - 48,11±11,09 баллов (умеренное использование стратегии). Сравнительный анализ между подгруппами мужчин и женщин не выявил статистически значимых различий ($p=0,485$).

Таблица 14 – Результаты исследования характеристики способов совладания со стрессовыми и проблемными ситуациями у пациентов с ФР ССЗ (исходно)

Показатель	Все пациенты	Мужчины	Женщины	p при сравнении подгрупп мужчин и женщин
Планирование решения проблемы	49,16±11,17	48,93±10,19	49,44±12,31	0,341
Конфронтация	47,55±10,21	49,24±9,70	45,55±10,52	0,0117
Поиск социальной поддержки	51,9±10,04	52,05±10,47	51,91±9,60	0,839
Принятие ответственности	49,34±8,85	49,11±8,06	49,63±9,76	0,533
Самоконтроль	47,85±10,66	47,83±10,20	47,88±11,25	0,985
Бегство-избегание	48,20±10,34	48,11±10,24	48,31±10,54	0,889
Дистанцирование	50,72±11,34	51,53±10,16	49,77±12,61	0,341
Положительная переоценка	48,81±10,61	49,41±10,22	48,11±11,09	0,485

Примечание – различия между группами статистически значимы при $p<0,05$ (критерий Манна-Уитни). Полу жирным шрифтом выделены статистически значимые различия.

Таким образом, исходно отмечалось умеренное использование всех видов стратегий совладающего поведения [50]. При сравнении подгрупп мужчин и женщин выявлено статистически значимое более частое использование стратегии «Конфронтация» в подгруппе мужчин по сравнению с подгруппой женщин [263].

Также произведено сравнение использования стратегий совладающего поведения в зависимости от возрастной категории (младшая 18-39 лет, средняя 40-59 лет и старшая 60-80 лет) [49]. При сравнении младшей и средней возрастных категорий в младшей категории было выявлено достоверно более частое использование таких стратегий, как «Конфронтация» ($p=0,01$) и «Бегство-избегание» ($p=0,001$) и более редкое использование стратегии «Поиск социальной поддержки» ($p=0,03$). При сравнении средней и старшей возрастных категорий

между собой в средней возрастной категории было выявлено достоверно более частое использование стратегии «Поиск социальной поддержки» ($p=0,04$). При сравнении младшей и старшей возрастных категорий между собой в младшей возрастной категории было выявлено достоверно более частое использование стратегий «Конфронтация» ($p=0,001$) «Дистанцирование» ($p=0,03$), «Бегство-избегание» ($p=0,00003$) и «Планирование решения проблемы» ($p=0,04$). По остальным моментам сравнения статистически значимых различий выявлено не было. Таким образом, в младшей возрастной категории пациентов с ФР ССЗ отмечается более частое использование стратегий «Конфронтация», «Бегство-избегание» (по сравнению со средней и старшей категориями). В средней возрастной категории отмечается более частое использование стратегии «Поиск социальной поддержки» (по сравнению с младшей и старшей категориями [49]).

При проведении анализа в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Планирование решения проблемы» в экспериментальной группе составил $49,43 \pm 10,50$ баллов (умеренное использование стратегии), в группе сравнения - $48,90 \pm 11,87$ баллов (умеренное использование стратегии), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,955$) (Таблица 15). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Планирование решения проблемы» в экспериментальной группе составил $51,19 \pm 8,30$ баллов (умеренное использование стратегии), в группе сравнения - $46,00 \pm 10,20$ баллов (умеренное использование стратегии); сравнительный анализ выявил статистически значимо более высокий уровень данного показателя в экспериментальной группе через 12 месяцев наблюдения ($p=0,002$) (Таблица 15) [60]. Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий способствует повышению уровня использования стратегии «Планирование решения проблемы», что может конструктивно сказываться на достижении и контроле ФР ССЗ.

При проведении анализа в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Конфронтация» в экспериментальной группе составил $46,80 \pm 8,96$

баллов (умеренное использование стратегии), в группе сравнения - $48,30 \pm 11,34$ баллов (умеренное использование стратегии), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,388$) (Таблица 15). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Конфронтация» в экспериментальной группе составил $49,54 \pm 7,31$ баллов (умеренное использование стратегии), в группе сравнения - $47,69 \pm 12,56$ баллов (умеренное использование стратегии); сравнительный анализ статистически значимых различий не выявил ($p=0,147$) (Таблица 15) [60].

При проведении анализа в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Поиск социальной поддержки» в экспериментальной группе составил $51,31 \pm 10,62$ баллов (умеренное использование стратегии), в группе сравнения - $52,66 \pm 9,47$ баллов (умеренное использование стратегии), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,386$) (Таблица 15). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Поиск социальной поддержки» в экспериментальной группе составил $51,59 \pm 8,25$ баллов (умеренное использование стратегии), в группе сравнения - $50,37 \pm 9,28$ баллов (умеренное использование стратегии); сравнительный анализ статистически значимых различий не выявил ($p=0,319$) (Таблица 15) [60].

При проведении анализа в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Принятие ответственности» в экспериментальной группе составил $48,96 \pm 7,58$ баллов (умеренное использование стратегии), в группе сравнения - $49,73 \pm 10,00$ баллов (умеренное использование стратегии), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,534$) (Таблица 15). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Принятие ответственности» в экспериментальной группе составил $49,90 \pm 6,52$ баллов (умеренное использование стратегии), в группе сравнения - $47,43 \pm 7,75$ баллов (умеренное использование стратегии); сравнительный анализ выявил статистически значимо более высокий уровень данного показателя в экспериментальной группе через 12 месяцев наблюдения ($p=0,011$) (Таблица 15) [60]. Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что медико-психологическое консультирование с

применением дистанционных технологий способствует повышению предпочтения стратегии совладающего поведения «Принятие ответственности», что может способствовать повышению ответственности за свое здоровье и за своевременное профилактическое лечение факторов риска различных заболеваний, включая ФР ССЗ.

При проведении анализа в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Самоконтроль» в экспериментальной группе составил $48,76 \pm 9,50$ баллов (умеренное использование стратегии), в группе сравнения - $46,94 \pm 11,70$ баллов (умеренное использование стратегии), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,301$) (Таблица 15). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Самоконтроль» в экспериментальной группе составил $49,71 \pm 7,96$ баллов (умеренное использование стратегии), в группе сравнения - $45,23 \pm 7,83$ баллов (умеренное использование стратегии); сравнительный анализ выявил статистически значимо более высокий уровень данного показателя в экспериментальной группе через 12 месяцев наблюдения ($p=0,001$) (Таблица 15) [60]. Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий способствует повышению уровня использования стратегии «Самоконтроль», что может повышать эффективность активных действий пациента по профилактике ССЗ и способствовать достижению и поддержанию целей по контролю ФР ССЗ.

При проведении анализа в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Бегство-избегание» в экспериментальной группе составил $47,61 \pm 9,48$ баллов (умеренное использование стратегии), в группе сравнения - $48,79 \pm 11,17$ баллов (умеренное использование стратегии), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,494$) (Таблица 15). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Бегство-избегание» в экспериментальной группе составил $49,21 \pm 8,37$ баллов (умеренное использование стратегии), в группе сравнения - $49,19 \pm 10,09$ баллов (умеренное использование стратегии);

сравнительный анализ статистически значимых различий не выявил ($p=0,433$) (Таблица 15) [60].

При проведении анализа в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Дистанцирование» в экспериментальной группе составил $49,61 \pm 11,12$ баллов (умеренное использование стратегии), в группе сравнения - $51,83 \pm 11,54$ баллов (умеренное использование стратегии), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,235$) (Таблица 15). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Дистанцирование» в экспериментальной группе составил $50,36 \pm 7,68$ баллов (умеренное использование стратегии), в группе сравнения - $52,96 \pm 10,67$ баллов (умеренное использование стратегии); сравнительный анализ статистически значимых различий не выявил ($p=0,255$) (Таблица 15) [60].

При проведении анализа в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Положительная переоценка» в экспериментальной группе составил $48,39 \pm 9,35$ баллов (умеренное использование стратегии), в группе сравнения - $49,24 \pm 11,79$ баллов (умеренное использование стратегии), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,769$) (Таблица 15). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Положительная переоценка» в экспериментальной группе составил $50,20 \pm 8,16$ баллов (умеренное использование стратегии), в группе сравнения - $46,17 \pm 7,42$ баллов (умеренное использование стратегии); сравнительный анализ выявил статистически значимо более высокий уровень данного показателя в экспериментальной группе через 12 месяцев наблюдения ($p=0,002$) (Таблица 15) [60]. Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий способствует повышению уровня использования стратегии «Положительная переоценка», что может повышать мотивацию пациента к коррекции и достижению целевых значений основных ФР ССЗ.

Таблица 15 – Результаты исследования способов совладания со стрессовыми и проблемными ситуациями: среднее количество баллов исходно и через 12 месяцев и уровень p при сравнении двух групп (таблица отражена в статье Сирота Н.А., Сивакова О.В., Ялтонский В.М., 2019)¹²

Показатель	Группа 1 Исходно	Группа 2 Исходно	Группа 1 через 12 месяцев	Группа 2 через 12 месяцев	p исходно	p через 12 месяцев
Планирование решения проблемы	49,43±10,50	48,90±11,87	51,19±8,30	46,00±10,20	0,955	0,002
Конфронтация	46,80±8,96	48,30±11,34	49,54±7,31	47,69±12,56	0,388	0,147
Поиск социальной поддержки	51,31±10,62	52,66±9,47	51,59±8,25	50,37±9,28	0,386	0,319
Принятие ответственности	48,96±7,58	49,73±10,00	49,90±6,52	47,43±7,75	0,534	0,011
Самоконтроль	48,76±9,50	46,94±11,70	49,71±7,96	45,23±7,83	0,301	0,001
Бегство- избегание	47,61±9,48	48,79±11,17	49,21±8,37	49,19±10,09	0,494	0,433
Дистанцирование	49,61±11,12	51,83±11,54	50,36±7,68	52,96±10,67	0,234	0,255
Положительная переоценка	48,39±9,35	49,24±11,79	50,20±8,16	46,17±7,42	0,769	0,002

Примечание – различия между группами статистически значимы при $p < 0,05$ (критерий Манна-Уитни). Полу жирным шрифтом выделены статистически значимые различия.

При проведении субанализа среди мужчин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Планирование решения проблемы» у мужчин экспериментальной группы составил $47,19 \pm 9,79$ баллов (умеренное использование стратегии), у мужчин группы сравнения - $50,59 \pm 10,40$ баллов (умеренное использование стратегии), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p = 0,155$) (Таблица 16). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Планирование решения проблемы» у мужчин экспериментальной группы составил $50,22 \pm 8,54$ баллов (умеренное использование стратегии), у

¹² Сирота, Н.А. Динамика факторов риска заболеваний сердца под влиянием дистанционного медико-психологического консультирования / Н.А. Сирота, О.В. Сивакова, В.М. Ялтонский // Консультативная психология и психотерапия. – 2019. – Т. 27. – № 3 (105). – С. 175-196.

мужчин группы сравнения - $46,92 \pm 9,87$ баллов (умеренное использование стратегии); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,115$) (Таблица 16).

При проведении субанализа среди мужчин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Конфронтация» у мужчин экспериментальной группы составил $47,92 \pm 8,98$ баллов (умеренное использование стратегии), у мужчин группы сравнения - $50,49 \pm 10,29$ баллов (умеренное использование стратегии), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,149$) (Таблица 16). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Конфронтация» у мужчин экспериментальной группы составил $50,86 \pm 8,58$ баллов (умеренное использование стратегии), у мужчин группы сравнения - $49,26 \pm 11,24$ баллов (умеренное использование стратегии); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,649$) (Таблица 16).

При проведении субанализа среди мужчин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Поиск социальной поддержки» у мужчин экспериментальной группы составил $51,68 \pm 11,01$ баллов (умеренное использование стратегии), у мужчин группы сравнения - $52,41 \pm 10,05$ баллов (умеренное использование стратегии), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,702$) (Таблица 16). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Поиск социальной поддержки» у мужчин экспериментальной группы составил $52,38 \pm 9,16$ баллов (умеренное использование стратегии), у мужчин группы сравнения - $49,87 \pm 9,41$ баллов (умеренное использование стратегии); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,138$) (Таблица 16).

При проведении субанализа среди мужчин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Принятие ответственности» у мужчин экспериментальной группы составил $47,57 \pm 8,30$ баллов (умеренное использование стратегии), у мужчин группы сравнения - $50,56 \pm 7,65$ баллов (умеренное использование стратегии), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,144$) (Таблица 16). Через 12 месяцев наблюдения уровень

показателя «Принятие ответственности» у мужчин экспериментальной группы составил $48,22 \pm 7,39$ баллов (умеренное использование стратегии), у мужчин группы сравнения - $46,64 \pm 7,15$ баллов (умеренное использование стратегии); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,129$) (Таблица 16).

При проведении субанализа среди мужчин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Самоконтроль» у мужчин экспериментальной группы составил $47,84 \pm 10,07$ баллов (умеренное использование стратегии), у мужчин группы сравнения - $47,82 \pm 10,46$ баллов (умеренное использование стратегии), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,992$) (Таблица 16). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Самоконтроль» у мужчин экспериментальной группы составил $48,73 \pm 8,95$ баллов (умеренное использование стратегии), у мужчин группы сравнения - $46,49 \pm 6,87$ баллов (умеренное использование стратегии); сравнительный анализ не выявил статистически значимых отличий между группами, однако можно отметить наличие тенденции к большей выраженности данного показателя у мужчин экспериментальной группы ($p=0,088$) (Таблица 16).

При проведении субанализа среди мужчин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Бегство-избегание» у мужчин экспериментальной группы составил $47,11 \pm 10,63$ баллов (умеренное использование стратегии), у мужчин группы сравнения - $49,05 \pm 9,89$ баллов (умеренное использование стратегии), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,363$) (Таблица 16). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Бегство-избегание» у мужчин экспериментальной группы составил $48,46 \pm 10,33$ баллов (умеренное использование стратегии), у мужчин группы сравнения - $48,69 \pm 9,94$ баллов (умеренное использование стратегии); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,772$) (Таблица 16).

При проведении субанализа среди мужчин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Дистанцирование» у мужчин экспериментальной

группы составил $49,54 \pm 10,52$ баллов (умеренное использование стратегии), у мужчин группы сравнения - $53,41 \pm 9,57$ баллов (умеренное использование стратегии), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,103$) (Таблица 16). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Дистанцирование» у мужчин экспериментальной группы составил $49,51 \pm 6,12$ баллов (умеренное использование стратегии), у мужчин группы сравнения - $54,10 \pm 9,99$ баллов (умеренное использование стратегии); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами, однако можно отметить тенденцию к меньшей выраженности данного показателя у мужчин экспериментальной группы ($p=0,059$) (Таблица 16).

Таблица 16 – Результаты исследования способов совладания со стрессовыми и проблемными ситуациями (подгруппа мужчин): среднее количество баллов исходно и через 12 месяцев и уровень p при сравнении двух групп

Показатель	Группа 1 Исходно	Группа 2 Исходно	Группа 1 через 12 месяцев	Группа 2 через 12 месяцев	p исходно	p через 12 месяцев
Планирование решения проблемы	$47,19 \pm 9,79$	$50,59 \pm 10,40$	$50,22 \pm 8,54$	$46,92 \pm 9,87$	0,155	0,115
Конфронтация	$47,92 \pm 8,98$	$50,49 \pm 10,29$	$50,86 \pm 8,58$	$49,26 \pm 11,24$	0,149	0,649
Поиск социальной поддержки	$51,68 \pm 11,01$	$52,41 \pm 10,05$	$52,38 \pm 9,16$	$49,87 \pm 9,41$	0,702	0,138
Принятие ответственности	$47,57 \pm 8,30$	$50,56 \pm 7,65$	$48,22 \pm 7,39$	$46,64 \pm 7,15$	0,144	0,129
Самоконтроль	$47,84 \pm 10,07$	$47,82 \pm 10,46$	$48,73 \pm 8,95$	$46,49 \pm 6,87$	0,992	0,088
Бегство-избегание	$47,11 \pm 10,63$	$49,05 \pm 9,89$	$48,46 \pm 10,33$	$48,69 \pm 9,94$	0,363	0,772
Дистанцирование	$49,54 \pm 10,52$	$53,41 \pm 9,57$	$49,51 \pm 6,12$	$54,10 \pm 9,99$	0,103	0,059
Положительная переоценка	$48,27 \pm 10,14$	$50,49 \pm 10,32$	$49,49 \pm 9,09$	$46,95 \pm 6,73$	0,444	0,129

Примечание – различия между группами статистически значимы при $p < 0,05$ (критерий Манна-Уитни).

При проведении субанализа среди мужчин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Положительная переоценка» у мужчин экспериментальной группы составил $48,27 \pm 10,14$ баллов (умеренное использование стратегии), у мужчин группы сравнения - $50,49 \pm 10,32$ баллов

(умеренное использование стратегии), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,444$) (Таблица 16). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Положительная переоценка» у мужчин экспериментальной группы составил $49,49 \pm 9,09$ баллов (умеренное использование стратегии), у мужчин группы сравнения - $46,95 \pm 6,73$ баллов (умеренное использование стратегии); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,129$) (Таблица 16).

При проведении субанализа среди женщин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Планирование решения проблемы» у женщин экспериментальной группы составил $51,94 \pm 10,84$ баллов (умеренное использование стратегии), у женщин группы сравнения - $46,77 \pm 13,36$ баллов (умеренное использование стратегии), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,1515$) (Таблица 17). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Планирование решения проблемы» у женщин экспериментальной группы составил $52,27 \pm 8,02$ баллов (умеренное использование стратегии), у женщин группы сравнения - $44,84 \pm 10,65$ баллов (умеренное использование стратегии); сравнительный анализ выявил статистически значимо более высокий уровень данного показателя у женщин экспериментальной группы ($p=0,004$) (Таблица 17). Улучшение навыков планирования решения проблем может способствовать более планомерному и эффективному движению к достижению целевых показателей ФР ССЗ.

При проведении субанализа среди женщин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Конфронтация» у женщин экспериментальной группы составил $45,55 \pm 8,91$ баллов (умеренное использование стратегии), у женщин группы сравнения - $45,55 \pm 12,15$ баллов (умеренное использование стратегии), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,719$) (Таблица 17). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Конфронтация» у женщин экспериментальной группы составил $48,06 \pm 5,31$ баллов (умеренное использование стратегии), у женщин группы сравнения - $45,71 \pm 14,00$

баллов (умеренное использование стратегии); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,069$) (Таблица 17).

При проведении субанализа среди женщин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Поиск социальной поддержки» у женщин экспериментальной группы составил $50,91 \pm 10,31$ баллов (умеренное использование стратегии), у женщин группы сравнения - $52,97 \pm 8,83$ баллов (умеренное использование стратегии), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,447$) (Таблица 17). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Поиск социальной поддержки» у женщин экспериментальной группы составил $50,70 \pm 7,14$ баллов (умеренное использование стратегии), у женщин группы сравнения - $51,00 \pm 9,23$ баллов (умеренное использование стратегии); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,779$) (Таблица 17).

При проведении субанализа среди женщин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Принятие ответственности» у женщин экспериментальной группы составил $50,52 \pm 6,45$ баллов (умеренное использование стратегии), у женщин группы сравнения - $48,68 \pm 12,40$ баллов (умеренное использование стратегии), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,566$) (Таблица 17). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Принятие ответственности» у женщин экспериментальной группы составил $51,79 \pm 4,83$ баллов (умеренное использование стратегии), у женщин группы сравнения - $48,42 \pm 8,46$ баллов (умеренное использование стратегии); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,069$) (Таблица 17).

При проведении субанализа среди женщин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Самоконтроль» у женщин экспериментальной группы составил $49,79 \pm 8,85$ баллов (умеренное использование стратегии), у женщин группы сравнения - $45,84 \pm 13,19$ баллов (умеренное использование стратегии), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,129$) (Таблица 17). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя

«Самоконтроль» у женщин экспериментальной группы составил $50,82 \pm 6,64$ баллов (умеренное использование стратегии), у женщин группы сравнения - $43,65 \pm 8,74$ баллов (умеренное использование стратегии); сравнительный анализ выявил статистически значимо более высокий уровень данного показателя у женщин экспериментальной группы ($p=0,004$) (Таблица 17). Применение стратегии самоконтроль может быть полезно при достижении и длительном поддержании целевых значений ФР ССЗ.

При проведении субанализа среди женщин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Бегство-избегание» у женщин экспериментальной группы составил $48,18 \pm 8,12$ баллов (умеренное использование стратегии), у женщин группы сравнения - $48,45 \pm 12,76$ баллов (умеренное использование стратегии), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,789$) (Таблица 17). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Бегство-избегание» у женщин экспериментальной группы составил $50,06 \pm 5,45$ баллов (умеренное использование стратегии), у женщин группы сравнения - $49,81 \pm 10,40$ баллов (умеренное использование стратегии); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,399$) (Таблица 17).

При проведении субанализа среди женщин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Дистанцирование» у женщин экспериментальной группы составил $49,70 \pm 11,91$ баллов (умеренное использование стратегии), у женщин группы сравнения - $49,84 \pm 13,52$ баллов (умеренное использование стратегии), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,989$) (Таблица 17). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Дистанцирование» у женщин экспериментальной группы составил $51,30 \pm 9,13$ баллов (умеренное использование стратегии), у женщин группы сравнения - $51,52 \pm 11,46$ баллов (умеренное использование стратегии); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами, однако можно отметить тенденцию к меньшей выраженности данного показателя у женщин экспериментальной группы ($p=0,799$) (Таблица 17).

Таблица 17 – Результаты исследования способов совладания со стрессовыми и проблемными ситуациями (подгруппа женщин): среднее количество баллов исходно и через 12 месяцев и уровень p при сравнении двух групп

Показатель	Группа 1 Исходно	Группа 2 Исходно	Группа 1 через 12 месяцев	Группа 2 через 12 месяцев	p исходно	p через 12 месяцев
Планирование решения проблемы	51,94±10,84	46,77±13,36	52,27±8,02	44,84±10,65	0,152	0,004
Конфронтация	45,55±8,91	45,55±12,15	48,06±5,31	45,71±14,00	0,719	0,069
Поиск социальной поддержки	50,91±10,31	52,97±8,83	50,70±7,14	51,00±9,23	0,447	0,779
Принятие ответственности	50,52±6,45	48,68±12,40	51,79±4,83	48,42±8,46	0,566	0,069
Самоконтроль	49,79±8,85	45,84±13,19	50,82±6,64	43,65±8,74	0,129	0,003
Бегство- избегание	48,18±8,12	48,45±12,76	50,06±5,45	49,81±10,40	0,789	0,399
Дистанцирование	49,70±11,91	49,84±13,52	51,30±9,13	51,52±11,46	0,989	0,799
Положительная переоценка	48,52±8,54	47,68±13,42	51,00±7,04	45,19±8,22	0,669	0,005

Примечание – различия между группами статистически значимы при $p < 0,05$ (критерий Манна-Уитни). Полужирным шрифтом выделены статистически значимые различия.

При проведении субанализа среди женщин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень показателя «Положительная переоценка» у женщин экспериментальной группы составил 48,52±8,54 баллов (умеренное использование стратегии), у женщин группы сравнения - 47,68±13,42 баллов (умеренное использование стратегии), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,669$) (Таблица 17). Через 12 месяцев наблюдения уровень показателя «Положительная переоценка» у женщин экспериментальной группы составил 51,00±7,04 баллов (умеренное использование стратегии), у женщин группы сравнения - 45,19±8,22 баллов (умеренное использование стратегии); сравнительный анализ выявил статистически значимо более высокий уровень данного показателя у женщин экспериментальной группы ($p=0,005$) (Таблица 17). Положительная переоценка может быть важным фактором, мотивирующим пациентов к действиям и длительному поддержанию усилий на пути к достижению

целевых показателей ФР ССЗ, даже в случае так называемых «срывов» или рецидивов согласно транстеоретической модели изменений.

Таким образом, согласно полученным данным медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий способствует повышению частоты использования таких копинг-стратегий, как «Планирование решения проблемы», «Принятие ответственности», «Самоконтроль» и «Положительная переоценка». Сходные результаты наблюдаются также в подгруппе женщин – повышение частоты использования стратегий совладающего поведения: «Планирование решения проблемы», «Самоконтроль», Положительная переоценка» [265].

Повышение частоты использования конструктивных копинг-стратегий может положительно сказываться на снижении тревоги пациентов относительно своего здоровья, повышению приверженности назначенному лечению, что, в свою очередь может оказывать позитивное влияние на процесс достижения и поддержания целевых показателей ФР ССЗ.

4.5. Исследование влияния медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий на уровень тревоги о здоровье (по данным опросника SHAI), уровень депрессии и тревоги (по данным опросника HADS)

Тревога о здоровье может быть обусловлена как реально существующими проблемами со здоровьем, так и ипохондрическими тенденциями пациента. С другой стороны, очень низкий уровень тревоги о здоровье может говорить о недостаточном внимании пациента к вопросам поддержания своего здоровья.

Исходно при анализе обеих подгрупп по данным опросника SHAI выявлено, что у пациентов с ФР ССЗ уровень выраженности тревоги о здоровье составил $16,69 \pm 4,48$ баллов, что соответствует среднему уровню, ближе к высокому (по сравнению со здоровым контролем) [255] (Таблица 18), при анализе в подгруппе мужчин $15,79 \pm 4,41$ баллов (средний уровень), в подгруппе женщин - $17,75 \pm 4,35$ баллов (средний уровень, ближе к высокому). Сравнительный анализ между

подгруппами мужчин и женщин выявил статистически значимо более высокий уровень данного показателя в подгруппе женщин ($p=0,012$).

Таблица 18 – Результаты исследования характеристики уровня тревоги о здоровье (по данным опросника SHAI), депрессии и тревоги (по данным опросника HADS) у пациентов с ФР ССЗ (среднее количество баллов исходно)

Показатель	Все пациенты	Мужчины	Женщины	р при сравнении подгрупп мужчин и женщин
Тревога о здоровье	16,69±4,48	15,79±4,41	17,75±4,35	0,013
Депрессия (HADS)	4,11±1,65	3,95±1,63	4,30±1,66	0,089
Тревога (HADS)	4,62±1,88	4,30±2,05	5,00±1,57	0,002

Примечание – различия между группами статистически значимы при $p<0,05$ (критерий Манна-Уитни). Полу жирным шрифтом выделены статистически значимые различия.

Исходно при анализе обеих подгрупп по данным опросника HADS выявлено, что у пациентов с ФР ССЗ количество баллов по шкале «Депрессия» составило 4,11±1,65 баллов (норма) (Таблица 18), при анализе в подгруппе мужчин 3,95±1,63 баллов (норма), в подгруппе женщин - 4,30±1,66 баллов (норма). При сравнительном анализе между подгруппами мужчин и женщин статистически значимых различий не выявлено ($p=0,089$).

Исходно при анализе обеих подгрупп по данным опросника HADS выявлено, что у пациентов с ФР ССЗ количество баллов по шкале «Тревога» составило 4,62±1,88 баллов (норма) (Таблица 18), при анализе в подгруппе мужчин 4,30±2,05 баллов (норма), в подгруппе женщин - 5,00±1,57 баллов (норма). Сравнительный анализ между подгруппами мужчин и женщин выявил статистически значимо более высокий уровень данного показателя в подгруппе женщин ($p=0,002$).

Таким образом при анализе результатов у пациентов с ФР ССЗ исходно в целом выявлен уровень тревоги о здоровье: ниже, чем у пациентов с выраженной

тревогой, но выше, чем у здоровых добровольцев (по сравнению с данными Salkovskis P.M., 2002; Abramowitz J.S., 2006) [219, 255]. Уровень показателей депрессии и тревоги по шкале HADS оказался невысоким (ниже пограничных уровней субклинической тревоги и депрессии). Можно отметить, что при сравнении подгрупп мужчин и женщин, уровень тревоги о здоровье (по данным опросника SHAI) и уровень тревоги (по данным опросника HADS) оказался статистически значимо выше в подгруппе женщин, что согласуется с данными других исследований [219].

При проведении анализа по данным опросника SHAI в группах пациентов выявлено, что исходно уровень выраженности показателя «Тревога о здоровье» в экспериментальной группе составил $16,81 \pm 4,55$ баллов (средний уровень, ближе к высокому), в группе сравнения - $16,56 \pm 4,44$ баллов (средний уровень, ближе к высокому), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,792$) (Таблица 19). Через 12 месяцев наблюдения уровень выраженности показателя «Тревога о здоровье» в экспериментальной группе составил $14,16 \pm 4,00$ баллов (средний уровень), в группе сравнения - $16,19 \pm 4,47$ баллов (средний уровень, ближе к высокому); сравнительный анализ выявил статистически значимые различия между группами ($p=0,006$) (Таблица 19). Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий способствует снижению показателя «Тревога о здоровье», что может быть обусловлено самой структурой длительного наблюдения, возможностью удобной связи с консультирующим специалистом, повышением частоты использования таких копинг-стратегий как «Принятие ответственности», «Планирование решения проблемы», «Самоконтроль» и «Положительная переоценка».

При проведении анализа по данным опросника HADS в группах пациентов выявлено, что исходно уровень выраженности показателя «Депрессия» в экспериментальной группе составил $4,19 \pm 1,78$ баллов (норма), в группе сравнения - $4,03 \pm 1,51$ баллов (норма), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,831$) (Таблица 19). Через 12 месяцев наблюдения уровень

выраженности показателя «Депрессия» в экспериментальной группе составил $3,41 \pm 1,31$ баллов (норма), в группе сравнения - $4,03 \pm 1,78$ баллов (норма); сравнительный анализ статистически значимых различий между группами не выявил ($p=0,066$) (Таблица 19).

Таблица 19 – Результаты исследования уровня тревоги о здоровье (по данным опросника SHAI), депрессии и тревоги (по данным опросника HADS): среднее количество баллов исходно и через 12 месяцев и уровень p при сравнении двух групп

Показатель	Группа 1 Исходно	Группа 2 Исходно	Группа 1 через 12 месяцев	Группа 2 через 12 месяцев	p исходно	p через 12 месяцев
Тревога о здоровье	$16,81 \pm 4,55$	$16,56 \pm 4,44$	$14,16 \pm 4,00$	$16,19 \pm 4,47$	0,792	0,007
Депрессия (HADS)	$4,19 \pm 1,78$	$4,03 \pm 1,51$	$3,41 \pm 1,31$	$4,03 \pm 1,78$	0,831	0,066
Тревога (HADS)	$4,56 \pm 1,60$	$4,69 \pm 2,12$	$3,76 \pm 1,43$	$4,46 \pm 2,10$	0,795	0,129

Примечание – различия между группами статистически значимы при $p < 0,05$ (критерий Манна-Уитни). Полужирным шрифтом выделены статистически значимые различия.

При проведении анализа по данным опросника HADS в группах пациентов выявлено, что исходно уровень выраженности показателя «Тревога» в экспериментальной группе составил $4,56 \pm 1,60$ баллов (норма), в группе сравнения - $4,69 \pm 2,12$ баллов (норма), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,795$) (Таблица 19). Через 12 месяцев наблюдения уровень выраженности показателя «Депрессия» в экспериментальной группе составил $3,76 \pm 1,43$ баллов (норма), в группе сравнения - $4,46 \pm 2,10$ баллов (норма); сравнительный анализ статистически значимых различий между группами не выявил ($p=0,129$) (Таблица 19).

При проведении субанализа среди мужчин по данным опросника SHAI в группах пациентов выявлено, что исходно уровень выраженности показателя «Тревога о здоровье» у мужчин экспериментальной группы составил $15,84 \pm 4,54$ баллов (средний уровень), у мужчин группы сравнения - $15,74 \pm 4,35$ баллов (средний уровень), статистически значимых различий между группами выявлено

не было ($p=0,901$) (Таблица 20). Через 12 месяцев наблюдения уровень выраженности показателя «Тревога о здоровье» у мужчин экспериментальной группы составил $13,92\pm 4,35$ баллов (средний уровень), в группе сравнения - $15,85\pm 4,49$ баллов (средний уровень); сравнительный анализ выявил статистически значимо более высокий уровень данного показателя в группе сравнения ($p=0,044$) (Таблица 20). Это может быть обусловлено самой структурой длительного наблюдения, возможностью удобной связи с консультирующим специалистом.

При проведении субанализа среди мужчин по данным опросника HADS в группах пациентов выявлено, что исходно уровень выраженности показателя «Депрессия» у мужчин экспериментальной группы составил $3,84\pm 1,59$ баллов (норма), у мужчин группы сравнения - $4,05\pm 1,69$ баллов (норма), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,535$) (Таблица 20). Через 12 месяцев наблюдения уровень выраженности показателя «Депрессия» у мужчин экспериментальной группы составил $3,32\pm 1,40$ баллов (норма), у мужчин группы сравнения - $4,10\pm 1,90$ баллов (норма); сравнительный анализ статистически значимых различий между группами не выявил ($p=0,072$) (Таблица 20).

Таблица 20 – Результаты исследования уровня тревоги о здоровье (по данным опросника SHAI); депрессии и тревоги (по данным опросника HADS) (подгруппа мужчин): среднее количество баллов исходно и через 12 месяцев и уровень p при сравнении двух групп

Показатель	Группа 1 Исходно	Группа 2 Исходно	Группа 1 через 12 месяцев	Группа 2 через 12 месяцев	p исходно	p через 12 месяцев
Тревога здоровье ^o	$15,84\pm 4,54$	$15,74\pm 4,35$	$13,92\pm 4,35$	$15,85\pm 4,49$	0,901	0,045
Депрессия (HADS)	$3,84\pm 1,59$	$4,05\pm 1,69$	$3,32\pm 1,40$	$4,10\pm 1,90$	0,535	0,072
Тревога (HADS)	$4,32\pm 1,76$	$4,28\pm 2,32$	$3,49\pm 1,50$	$4,33\pm 2,11$	0,451	0,074

Примечание – различия между группами статистически значимы при $p<0,05$ (критерий Манна-Уитни). Полужирным шрифтом выделены статистически значимые различия.

При проведении субанализа среди мужчин по данным опросника HADS в группах пациентов выявлено, что исходно уровень выраженности показателя

«Тревога» у мужчин экспериментальной группы составил $4,32 \pm 1,76$ баллов (норма), у мужчин группы сравнения - $4,28 \pm 2,32$ баллов (норма), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,451$) (Таблица 20). Через 12 месяцев наблюдения уровень выраженности показателя «Тревога» у мужчин экспериментальной группы составил $3,49 \pm 1,50$ баллов (норма), у мужчин группы сравнения - $4,33 \pm 2,11$ баллов (норма); сравнительный анализ статистически значимых различий между группами не выявил ($p=0,074$) (Таблица 20).

При проведении субанализа среди женщин по данным опросника SHAI в группах пациентов выявлено, что исходно уровень выраженности показателя «Тревога о здоровье» у женщин экспериментальной группы составил $17,91 \pm 4,37$ баллов (средний уровень, ближе к высокому), у женщин группы сравнения - $17,58 \pm 4,40$ баллов (средний уровень, ближе к высокому), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,719$) (Таблица 21). Через 12 месяцев наблюдения уровень выраженности показателя «Тревога о здоровье» у женщин экспериментальной группы составил $14,42 \pm 3,61$ баллов (средний уровень), в группе сравнения - $16,61 \pm 4,49$ баллов (средний уровень); сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между группами, однако можно отметить тенденцию к более низкому уровню данного показателя у женщин экспериментальной группы ($p=0,076$) (Таблица 21). Это может быть обусловлено самой структурой длительного наблюдения, возможностью удобной связи с консультирующим специалистом, повышением частоты использования таких копинг-стратегий как «Планирование решения проблемы», «Самоконтроль» и «Положительная переоценка».

При проведении субанализа среди женщин по данным опросника HADS в группах пациентов выявлено, что исходно уровень выраженности показателя «Депрессия» у женщин экспериментальной группы составил $4,58 \pm 1,92$ баллов (норма), у женщин группы сравнения - $4,00 \pm 1,29$ баллов (норма), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,323$) (Таблица 21). Через 12 месяцев наблюдения уровень выраженности показателя «Депрессия» у женщин экспериментальной группы составил $3,52 \pm 1,23$ баллов (норма), у женщин

группы сравнения - $3,94 \pm 1,63$ баллов (норма); сравнительный анализ статистически значимых различий между группами не выявил ($p=0,504$) (Таблица 21).

При проведении субанализа среди женщин по данным опросника HADS в группах пациентов выявлено, что исходно уровень выраженности показателя «Тревога» у женщин экспериментальной группы составил $4,82 \pm 1,38$ баллов (норма), у женщин группы сравнения - $5,19 \pm 1,76$ баллов (норма), статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,584$) (Таблица 21). Через 12 месяцев наблюдения уровень выраженности показателя «Тревога» у женщин экспериментальной группы составил $4,06 \pm 1,30$ баллов (норма), у женщин группы сравнения - $4,61 \pm 2,11$ баллов (норма); сравнительный анализ статистически значимых различий между группами не выявил ($p=0,669$) (Таблица 21).

Таблица 21 – Результаты исследования уровня тревоги о здоровье (по данным опросника SHAI), депрессии и тревоги (по данным опросника HADS) (подгруппа женщин): среднее количество баллов исходно и через 12 месяцев и уровень p при сравнении двух групп

Показатель	Группа 1 Исходно	Группа 2 Исходно	Группа 1 через 12 месяцев	Группа 2 через 12 месяцев	p исходно	p через 12 месяцев
Тревога здоровье ^o	$17,91 \pm 4,37$	$17,58 \pm 4,40$	$14,42 \pm 3,61$	$16,61 \pm 4,49$	0,719	0,076
Депрессия (HADS)	$4,58 \pm 1,92$	$4,00 \pm 1,29$	$3,52 \pm 1,23$	$3,94 \pm 1,63$	0,323	0,504
Тревога (HADS)	$4,82 \pm 1,38$	$5,19 \pm 1,76$	$4,06 \pm 1,30$	$4,61 \pm 2,11$	0,584	0,669

Примечание – различия между группами статистически значимы при $p < 0,05$ (критерий Манна-Уитни).

Таким образом, согласно полученным данным медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий приводит к снижению тревоги о здоровье, приближая показатели к уровню здорового контроля (Рисунок 6) [255].

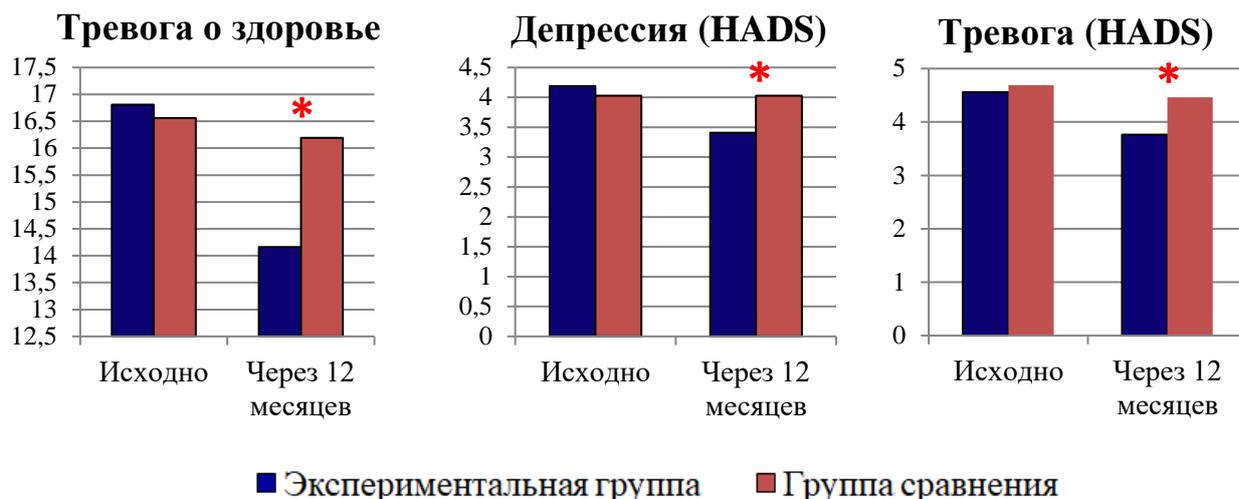


Рисунок 6 – Результаты исследования уровня тревоги о здоровье (по данным опросника SHAI); депрессии и тревоги (по данным опросника HADS): среднее количество баллов исходно и через 12 месяцев и уровень p при сравнении двух групп

Подобный эффект наблюдается и в подгруппе мужчин. В подгруппе женщин разница показателей не достигла статистически значимых различий, однако можно говорить о наличии тенденции к более низкому уровню показателя «Тревога о здоровье» в подгруппе женщин экспериментальной группы через 12 месяцев программы. Что касается показателей тревоги и депрессии в целом (по данным опросника HADS) – статистически значимого влияния данной программы медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий на данные показатели не выявлено.

4.6. Исследование влияния медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий на приверженность лечению

Приверженность к лечению является одним из ключевых компонентов успеха профилактических мероприятий. Такие состояния как дислипидемия, гипертония и подобные им требуют ежедневного постоянного длительного приема лекарственных средств. При этом во многих случаях (а в случае дислипидемии практически всегда) пациент в течение длительного времени не чувствует никаких симптомов заболевания, ощущает себя здоровым человеком, что может являться демотивирующим фактором к постоянному приему лекарственной терапии.

«Пациентам обеих групп были заданы вопросы о частоте пропуска приема назначенной терапии (оценка производилась по шкале от 0 до 4, где 0 – никогда не пропускает, 4 – очень часто), а также о причинах таких пропусков.

Кроме того, приверженность оценивалась с помощью классического опросника Мориски-Грин, который позволяет выделить низкий уровень приверженности, недостаточную приверженность и выявить приверженных пациентов.»¹³

Исходно при анализе обеих подгрупп выявлено, что у пациентов с ФР ССЗ уровень выраженности показателя «Частота пропуска лекарственной терапии» составляет $0,96 \pm 0,90$ балла (Таблица 22), при анализе в подгруппе мужчин $1,04 \pm 0,94$ балла, в подгруппе женщин - $0,88 \pm 0,85$ балла. Сравнительный анализ между подгруппами мужчин и женщин не выявил статистически значимых различий ($p=0,375$).

Таблица 22 – Результаты исследования характеристик уровня приверженности у пациентов с ФР ССЗ (среднее количество баллов исходно)

Показатель	Все пациенты	Мужчины	Женщины	p при сравнении подгрупп мужчин и женщин
Частота пропуска лекарственной терапии	$0,96 \pm 0,90$	$1,04 \pm 0,94$	$0,88 \pm 0,85$	0,375
Уровень приверженности (по данным опросника Мориски-Грин)	$2,35 \pm 0,80$	$2,25 \pm 0,75$	$2,47 \pm 0,85$	0,074

Примечание – различия между группами статистически значимы при $p < 0,05$ (критерий Манна-Уитни).

Исходно при анализе обеих подгрупп выявлено, что у пациентов с ФР ССЗ уровень приверженности по данным опросника Мориски-Грин составил $2,35 \pm 0,80$ балла (низкий уровень) (Таблица 22), при анализе в подгруппе мужчин $2,25 \pm 0,75$ баллов (низкий уровень), в подгруппе женщин - $2,47 \pm 0,85$ баллов (низкий уровень). При сравнительном анализе между подгруппами мужчин и женщин статистически

¹³ Сирота, Н.А. Динамика факторов риска заболеваний сердца под влиянием дистанционного медико-психологического консультирования / Н.А. Сирота, О.В. Сивакова, В.М. Ялгонский // Консультативная психология и психотерапия. – 2019. – Т. 27. – № 3 (105). – С. 175-196.

значимых различий не выявлено, однако можно отметить тенденцию к более высокому уровню данного показателя у женщин по сравнению с мужчинами ($p=0,074$).

Также пациентам был задан вопрос о причинах пропуска лекарственных препаратов, результаты представлены на рисунке 7. В качестве наиболее частой причины пропуска лекарственной терапии пациенты указывали вариант «Забываю» (69,4%), второе место по частоте занял вариант «Хорошо себя чувствую и без лекарств» (15,3%), третье – вариант «Не покупаю вовремя» (12,5%). Другие причины пациенты указали в 2,8% случаев (Рисунок 7) [60].

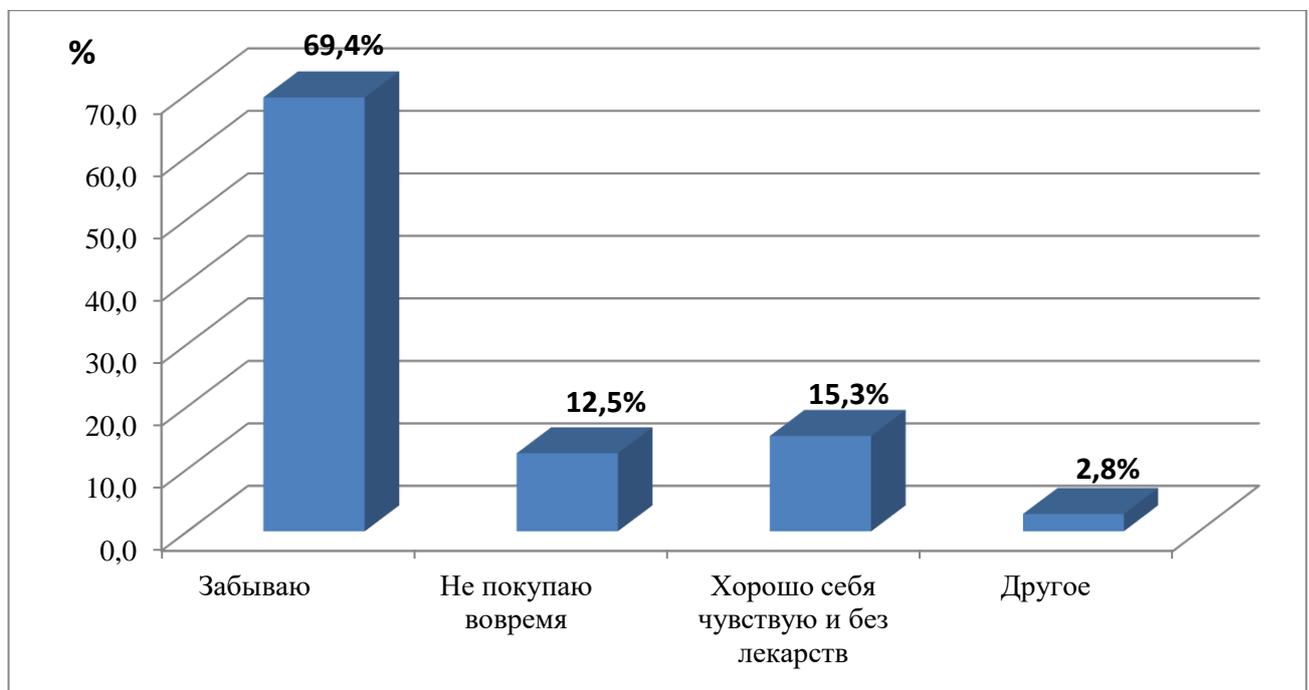


Рисунок 7 – Результаты исследования процентного соотношения различных причин пропуска лекарственных препаратов у пациентов с ФР ССЗ (данные отражены в статье Н.А. Сирота, О.В. Сивакова, В.М. Ялтонский, 2019)¹⁴

Данные причины в дальнейшем учитывались при проведении медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий.

При проведении сравнительного анализа по в группах пациентов выявлено, что исходно уровень выраженности показателя «Частота пропуска лекарственной терапии» в экспериментальной группе составил $0,90 \pm 0,95$ балла, в группе

¹⁴ Сирота, Н.А. Динамика факторов риска заболеваний сердца под влиянием дистанционного медико-психологического консультирования / Н.А. Сирота, О.В. Сивакова, В.М. Ялтонский // Консультативная психология и психотерапия. – 2019. – Т. 27. – № 3 (105). – С. 175-196.

сравнения - $1,03 \pm 0,85$ балла, статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,284$) (Таблица 23). Через 12 месяцев наблюдения уровень выраженности показателя «Частота пропуска лекарственной терапии» в экспериментальной группе составил $0,50 \pm 0,78$ балла, в группе сравнения - $0,90 \pm 0,76$ балла; сравнительный анализ выявил статистически значимые различия между группами: уровень показателя «Частота пропуска лекарственной терапии» оказался достоверно ниже в экспериментальной группе ($p=0,001$) (Таблица 23) [60]. Таким образом полученные данные показывают, что дистанционная медико-психологическая коррекция ФР ССЗ может способствовать снижению частоты пропуска пациентами назначенной терапии.

Таблица 23 – Результаты исследования уровня приверженности у пациентов с ФР ССЗ: среднее количество баллов исходно и через 12 месяцев и уровень p при сравнении двух групп (таблица отражена в статье Сирота Н.А., Сивакова О.В., Ялтонский В.М.)¹⁵

Показатель	Группа 1 Исходно	Группа 2 Исходно	Группа 1 через 12 месяцев	Группа 2 через 12 месяцев	p исходно	p через 12 месяцев
Частота пропуска лекарственной терапии	$0,90 \pm 0,95$	$1,03 \pm 0,85$	$0,50 \pm 0,78$	$0,90 \pm 0,76$	0,284	0,001
Уровень приверженности (по данным опросника Мориски-Грин)	$2,26 \pm 0,85$	$2,44 \pm 0,75$	$3,11 \pm 0,88$	$2,60 \pm 0,89$	0,163	0,001

Примечание – различия между группами статистически значимы при $p < 0,05$ (критерий Манна-Уитни). Полужирным шрифтом выделены статистически значимые различия.

При проведении сравнительного анализа по данным опросника Мориски-Грин в группах пациентов выявлено, что исходно уровень выраженности показателя приверженности к лечению в экспериментальной группе составил $2,26 \pm 0,85$ балла, в группе сравнения - $2,44 \pm 0,75$ балла, статистически значимых

¹⁵ Сирота, Н.А. Динамика факторов риска заболеваний сердца под влиянием дистанционного медико-психологического консультирования / Н.А. Сирота, О.В. Сивакова, В.М. Ялтонский // Консультативная психология и психотерапия. – 2019. – Т. 27. – № 3 (105). – С. 175-196.

различий между группами выявлено не было ($p=0,163$) (Таблица 23). Через 12 месяцев наблюдения уровень выраженности показателя приверженности к лечению в экспериментальной группе составил $3,11 \pm 0,88$ балла, в группе сравнения - $2,60 \pm 0,89$ балла; сравнительный анализ выявил статистически значимые различия между группами: уровень приверженности оказался достоверно выше в экспериментальной группе ($p=0,001$) (Таблица 23) [60]. Таким образом полученные данные показывают, что дистанционная медико-психологическая коррекция ФР ССЗ может способствовать повышению приверженности пациентов назначенному лечению.

При проведении сравнительного анализа в подгруппах мужчин экспериментальной и контрольной групп выявлено, что исходно уровень выраженности показателя «Частота пропуска лекарственной терапии» у мужчин экспериментальной группы составил $1,00 \pm 1,05$ балла, у мужчин группы сравнения - $1,08 \pm 0,84$ балла, статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,522$) (Таблица 24). Через 12 месяцев наблюдения уровень выраженности показателя «Частота пропуска лекарственной терапии» у мужчин экспериментальной группы составил $0,50 \pm 0,78$ балла, у мужчин группы сравнения - $1,08 \pm 0,81$ балла; сравнительный анализ выявил статистически значимые различия между группами: уровень показателя «Частота пропуска лекарственной терапии» оказался достоверно ниже в экспериментальной группе ($p=0,006$) (Таблица 24). Таким образом полученные данные показывают, что дистанционная медико-психологическая коррекция ФР ССЗ может способствовать снижению частоты пропуска назначенной терапии у мужчин с ФР ССЗ.

При проведении сравнительного анализа в подгруппах мужчин экспериментальной и контрольной групп выявлено, что исходно уровень выраженности показателя «Приверженность лечению» по данным опросника Мориски-Грин у мужчин экспериментальной группы составил $2,14 \pm 0,82$ балла, у мужчин группы сравнения - $2,36 \pm 0,67$ балла, статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,259$) (Таблица 24). Через 12 месяцев наблюдения уровень выраженности показателя «Приверженность лечению» у

мужчин экспериментальной группы составил $2,72 \pm 0,94$ балла, у мужчин группы сравнения - $2,46 \pm 0,94$ балла; сравнительный анализ выявил статистически значимые различия между группами: уровень показателя «Приверженность лечению» оказался достоверно выше в экспериментальной группе ($p=0,022$) (Таблица 24).

Таблица 24 – Результаты исследования уровня приверженности у пациентов с ФР ССЗ (подгруппа мужчин): среднее количество баллов исходно и через 12 месяцев и уровень p при сравнении двух групп

Показатель	Группа 1 Исходно	Группа 2 Исходно	Группа 1 через 12 месяцев	Группа 2 через 12 месяцев	p исходно	p через 12 месяцев
Частота пропуска лекарственной терапии	$1,00 \pm 1,05$	$1,08 \pm 0,84$	$0,57 \pm 0,83$	$1,08 \pm 0,81$	0,522	0,006
Уровень приверженности (по данным опросника Мориски-Грин)	$2,14 \pm 0,82$	$2,36 \pm 0,67$	$2,72 \pm 0,94$	$2,46 \pm 0,94$	0,259	0,022

Примечание – различия между группами статистически значимы при $p < 0,05$ (критерий Манна-Уитни). Полуужирным шрифтом выделены статистически значимые различия.

Таким образом полученные данные показывают, что дистанционная медико-психологическая коррекция ФР ССЗ может способствовать повышению приверженности к назначенной терапии у мужчин с ФР ССЗ.

При проведении сравнительного анализа в подгруппах женщин экспериментальной и контрольной групп выявлено, что исходно уровень выраженности показателя «Частота пропуска лекарственной терапии» у женщин экспериментальной группы составил $0,79 \pm 0,82$ балла, у женщин группы сравнения - $0,97 \pm 0,87$ балла, статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,431$) (Таблица 25). Через 12 месяцев наблюдения уровень выраженности показателя «Частота пропуска лекарственной терапии» у женщин экспериментальной группы составил $0,42 \pm 0,71$ балла, у женщин группы сравнения - $0,68 \pm 0,65$ балла; статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,104$) (Таблица 25).

При проведении сравнительного анализа в подгруппах женщин экспериментальной и контрольной групп выявлено, что исходно уровень выраженности показателя «Приверженность лечению» по данным опросника Мориски-Грин у женщин экспериментальной группы составил $2,39 \pm 0,86$ балла, у женщин группы сравнения - $2,55 \pm 0,85$ балла, статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,364$) (Таблица 25).

Таблица 25 – Результаты исследования уровня приверженности у пациентов с ФР ССЗ (подгруппа женщин): среднее количество баллов исходно и через 12 месяцев и уровень p при сравнении двух групп

Показатель	Группа 1 Исходно	Группа 2 Исходно	Группа 1 через 12 месяцев	Группа 2 через 12 месяцев	p исходно	p через 12 месяцев
Частота пропуска лекарственной терапии	$0,79 \pm 0,82$	$0,97 \pm 0,87$	$0,42 \pm 0,71$	$0,68 \pm 0,65$	0,431	0,104
Уровень приверженности (по данным опросника Мориски-Грин)	$2,39 \pm 0,86$	$2,55 \pm 0,85$	$3,24 \pm 0,79$	$2,78 \pm 0,80$	0,364	0,027

Примечание – различия между группами статистически значимы при $p < 0,05$ (критерий Манна-Уитни). Полужирным шрифтом выделены статистически значимые различия.

Через 12 месяцев наблюдения уровень выраженности показателя «Приверженность лечению» у женщин экспериментальной группы составил $3,24 \pm 0,79$ балла, у женщин группы сравнения - $2,78 \pm 0,80$ балла; сравнительный анализ выявил статистически значимые различия между группами: уровень показателя «Приверженность лечению» оказался достоверно выше в экспериментальной группе ($p=0,027$) (Таблица 25). Таким образом полученные данные показывают, что дистанционная медико-психологическая коррекция ФР ССЗ может способствовать повышению приверженности к назначенной терапии у женщин с ФР ССЗ.

Таким образом, согласно полученным данным проведение медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий способствует снижению частоты пропуска назначенной терапии (в

экспериментальной группе в целом и в подгруппе мужчин), а также повышению приверженности пациентов назначенному лечению (как в экспериментальной группе в целом, так и в подгруппах мужчин и женщин). Данная динамика может быть отчасти обусловлена повышением эффективности использования конструктивных копинг-стратегий. Безусловно повышение приверженности и снижение частоты пропуска назначенной терапии является важнейшим фактором, способствующим достижению и поддержанию целевых значений ФР ССЗ.

ГЛАВА 5. Динамика факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов при проведении медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий

5.1. Артериальное давление

Контроль артериального давления является одним из важнейших компонентов в профилактике ССЗ. В связи с этим в данном исследовании при проведении дистанционного медико-психологического консультирования у пациентов, имевших в анамнезе эпизоды повышения АД, при каждой плановой и дополнительной консультации проводился анализ актуальных цифр АД. При выявлении проблем в регулярном контроле АД или постоянном приеме антигипертензивной терапии с пациентом обсуждались пути решения данных проблем.

Исходно группы не отличались между собой по проценту достижения целевых цифр АД. В экспериментальной группе исходно процент достижения целевых цифр АД составил 44,3%, а в группе сравнения – 42,9% ($p=0,99$) [51]. При анализе показателей через 12 месяцев наблюдения были выявлены статистически значимые различия: целевой уровень АД $<140/90$ мм. рт. ст. был достигнут у 72,9% пациентов экспериментальной группы и 45,7% пациентов группы сравнения ($p=0,002$, Рисунок 8) [55, 267].

Достижение целевых цифр артериального давления, %

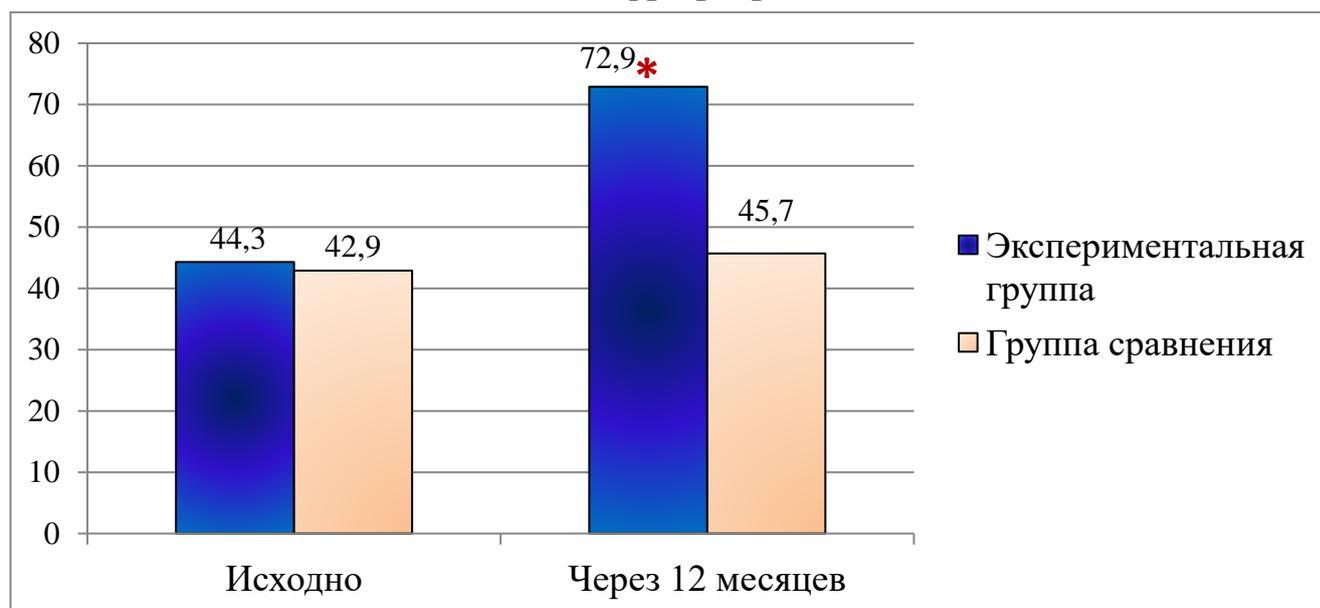


Рисунок 8 – Результаты анализа процента пациентов, у которых отмечено достижение целевых цифр артериального давления в экспериментальной группе и группе сравнения исходно и через 12 месяцев наблюдения (рисунок цитирован по статье Сивакова О.В., Ялтонский В.М., Сирота Н.А., 2018)¹⁶

Сравнительный анализ в подгруппах мужчин показал, что исходно достижение целевого уровня АД наблюдалось у 50% пациентов экспериментальной группы и 43,2% группы сравнения, статистически значимых различий между группами не было ($p=0,72$) (Рисунок 9). Через 12 месяцев достижение целевых цифр АД в экспериментальной группе отмечалось в 71,1% наблюдений, а в группе сравнения – в 43,2%, различия оказались статистически значимы ($p=0,03$) (Рисунок 9а).

Сравнительный анализ в подгруппах женщин показал, что исходно достижение целевого уровня АД наблюдалось у 37,5% пациентов экспериментальной группы и 42,4% группы сравнения, статистически значимых различий между группами не было ($p=0,88$) (Рисунок 9). Через 12 месяцев отмечалась тенденция к более частому достижению целевых цифр АД в экспериментальной группе (75% случаев), по отношению к группе сравнения

¹⁶ Сивакова, О.В. Влияние медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий на профиль основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний / О.В. Сивакова, В.М. Ялтонский, Н.А. Сирота // Уральский медицинский журнал. – 2018. – №12 (167). – С. 107-112.

(48,5%), однако уровень p не достиг статистической значимости ($p=0,05$) (Рисунок 9б).

Достижение целевых цифр артериального давления, %

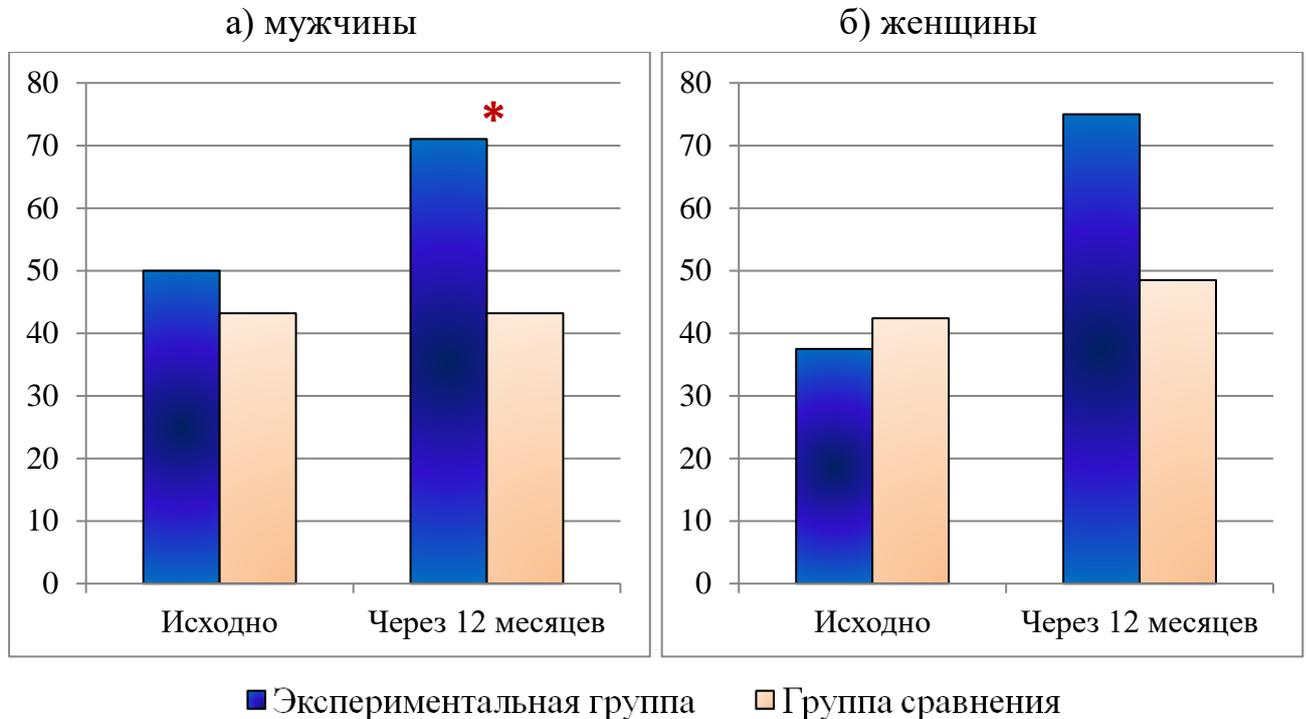


Рисунок 9 – Результаты исследования в подгруппах мужчин и женщин процента пациентов, у которых отмечено достижение целевых цифр артериального давления в экспериментальной группе и группе сравнения исходно и через 12 месяцев наблюдения

Положительные результаты в отношении контроля АД обусловлены, по-видимому, как и самим фактом более регулярного измерения АД, что по данным исследований способствует его нормализации, так повышением приверженности терапии (см. п. 4.6). Кроме того, благотворное влияние может оказывать психологическая поддержка пациента, возможность быстрого контакта с врачом по возникающим вопросам. Также нормализация АД отчасти может быть обусловлена общим улучшением профиля ФР ССЗ, например, снижением ИМТ и ОТ, повышением уровня ФА (см. пп. 5.3, 5.5) [55].

5.2. Общий холестерин

Высокий уровень показателей липидного профиля является распространенным ФР в российской популяции [35]. Существует ряд факторов,

препятствующих адекватному контролю ОХС и других показателей липидного спектра. Во-первых, это отсутствие каких-либо симптомов гиперхолестеринемии – гиперлипидемия и развивающийся как следствие атеросклероз длительное время никак себя не проявляют и не беспокоят пациента. Во-вторых, необходимость длительного постоянного приема препаратов психологически может быть сложной для пациентов, особенно активных людей трудоспособного возраста, если во всем остальном они считают себя здоровыми. Кроме того, в средствах массовой информации и так называемой «желтой прессе» периодически публикуются статьи, в которых преувеличиваются побочные эффекты гиполипидемической терапии, нередко за этим следует реклама биологически активных добавок и других «безвредных» препаратов «от холестерина». В результате этого ВКЛ многих пациентов с дислипидемиями искажена, не соответствует действительности, а страх неблагоприятных эффектов от липидснижающей терапии перевешивает над рациональными доводами и необходимостью нормализации показателей липидного спектра. Кроме того в целом, исследования показывают что приверженность пациентов гиполипидемической терапии даже после ОКС и реваскуляризации миокарда невысока и прогрессивно снижается с течением времени [63, 169].

Исходно средний уровень ОХС в экспериментальной группе составил $5,6 \pm 0,80$ ммоль/л, а в группе сравнения $5,4 \pm 0,76$ ммоль/л, статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,49$). Через 12 месяцев в экспериментальной группе средний уровень ОХС оказался равен $4,9 \pm 0,59$ ммоль/л, а в группе сравнения $5,2 \pm 0,79$ ммоль/л, между группами выявлены статистически значимые различия ($p=0,004$). Таким образом, проведение программы медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий способствовало снижению уровня ОХС крови в экспериментальной группе в среднем на 0,7 ммоль/л, в то время как в контрольной группе отмечено снижение лишь на 0,2 ммоль/л (Рисунок 10) [55, 267].

Уровень общего холестерина, ммоль/л

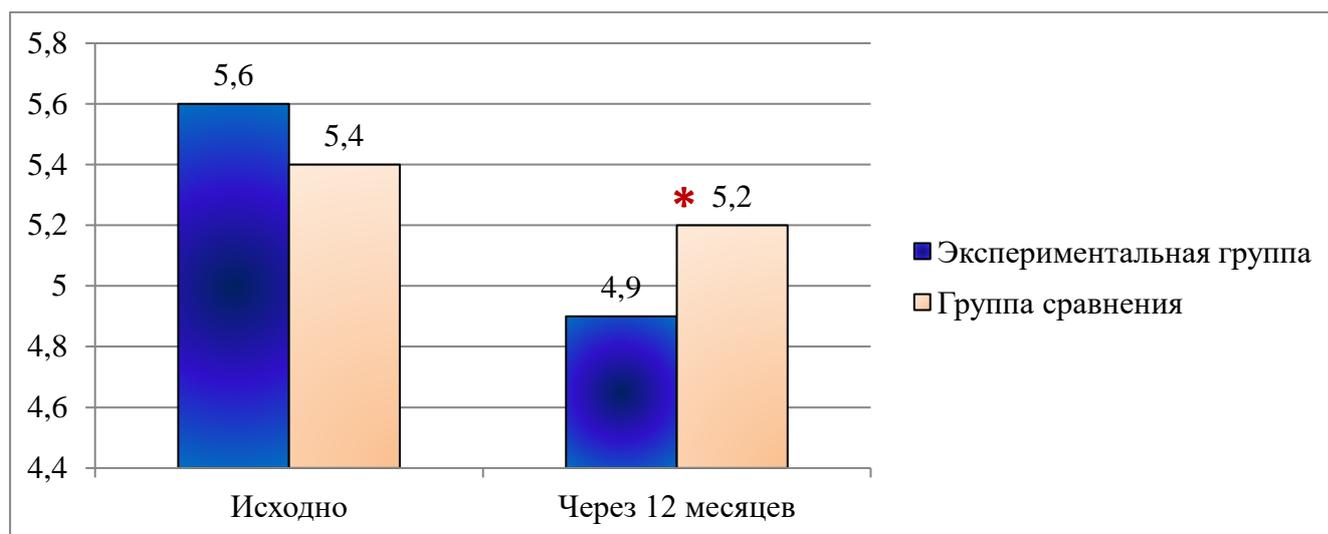


Рисунок 10 – Результаты анализа среднего уровня общего холестерина в экспериментальной группе и группе сравнения исходно и через 12 месяцев наблюдения (рисунок цитирован по статье Сивакова О.В., Ялтонский В.М., Сирота Н.А., 2018)¹⁷

При анализе в подгруппе мужчин исходно также не было выявлено статистически значимых различий между группами: средний уровень ОХС равнялся в экспериментальной группе $5,6 \pm 0,83$ ммоль/л а в группе сравнения $5,6 \pm 0,79$ ммоль/л ($p=0,98$). Через 12 месяцев средний уровень ОХС у мужчин экспериментальной группы составил $4,8 \pm 0,6$ ммоль/л, а у мужчин группы сравнения он составил $5,3 \pm 0,79$ ммоль/л и оказался статистически значимо выше ($p=0,01$) (Рисунок 11а).

При анализе в подгруппе женщин исходно средний уровень ОХС в экспериментальной группе составил $5,6 \pm 0,75$ ммоль/л, а в группе сравнения $5,3 \pm 0,78$ ммоль/л, статистически значимых различий между группами не было ($p=0,24$). Через 12 месяцев отмечалось значимое снижение среднего уровня ОХС у женщин экспериментальной группы до $5,0 \pm 0,65$ ммоль/л, а у женщин группы сравнения средний ОХС практически не изменился и составил $5,2 \pm 0,79$ ммоль/л, однако статистически значимых различий не выявлено ($p=0,22$) (Рисунок 11б).

¹⁷ Сивакова, О.В. Влияние медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий на профиль основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний / О.В. Сивакова, В.М. Ялтонский, Н.А. Сирота // Уральский медицинский журнал. – 2018. – №12 (167). – С. 107-112.

Уровень общего холестерина, ммоль/л

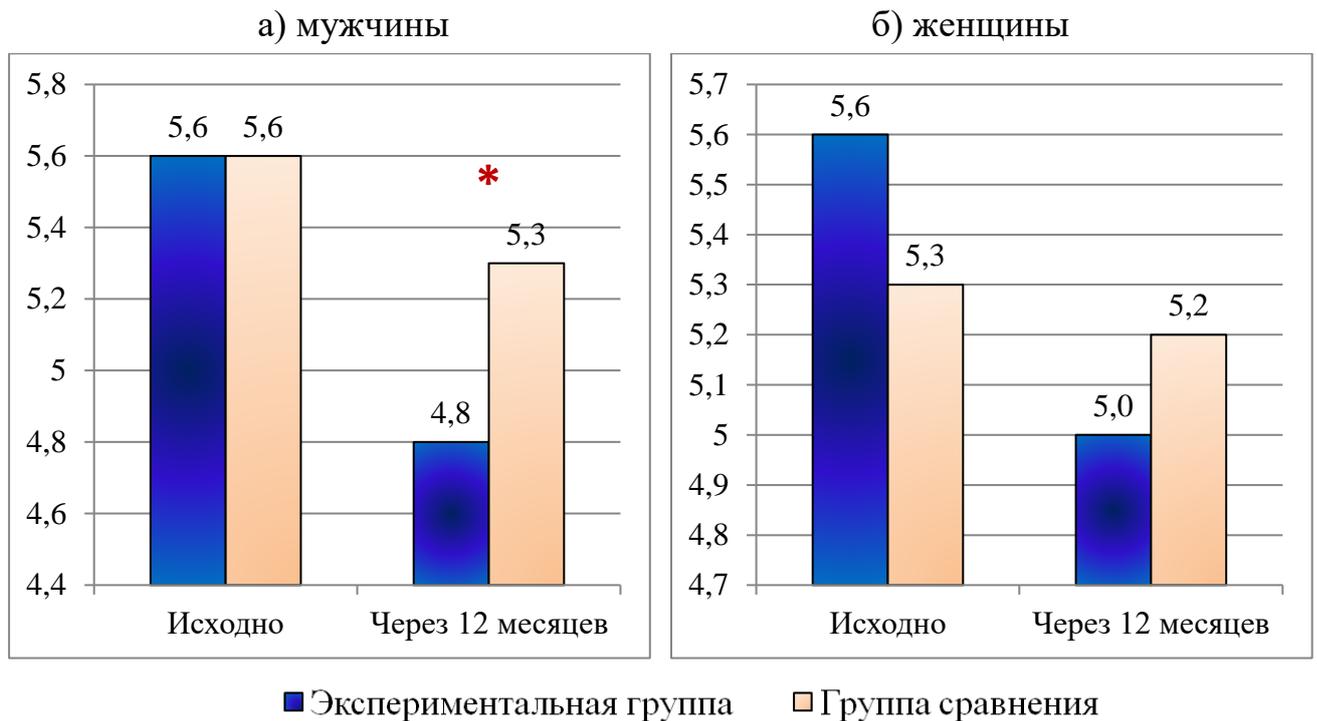


Рисунок 11 – Результаты исследования в подгруппах мужчин и женщин среднего уровня общего холестерина в экспериментальной группе и группе сравнения исходно и через 12 месяцев наблюдения

В рамках проведенной программы медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий обладала рядом преимуществ относительно стандартного наблюдения. В частности, проводилось изучение ВКЗ, ВКБ и ВКЛ пациентов, в том числе в отношении гиполипидемической терапии; в случае обнаружения искаженных представлений выполнялась работа по их коррекции. Также в рамках регулярного взаимодействия с пациентом (1 раз в месяц и чаще) осуществлялась целенаправленная работа по поддержанию осознанности пациентов с дислипидемиями в отношении необходимости регулярного постоянного приема препаратов даже в том случае, если пациента ничего не беспокоит, и обсуждение сомнений, страхов по поводу побочных эффектов и любых других вопросов, возникающих у пациентов. Кроме того, наблюдаемый положительный эффект программы медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий на средний уровень

ОХС можно объяснить комплексным влиянием на другие ФР ССЗ – характер питания, уровень ФА (см. пп. 5.3, 5.5).

5.3. Физическая активность

Исходно группы не отличались между собой по проценту достижения целевого уровня ФА 150 минут в неделю и более. В экспериментальной группе исходно процент достижения целевого уровня ФА составил 42,9%, а в группе сравнения – 51,4% ($p=0,10$). При анализе показателей через 12 месяцев наблюдения были выявлены статистически значимые различия: целевой уровень ФА был достигнут у 72,9% пациентов экспериментальной группы и 47,1% пациентов группы сравнения ($p=0,003$, Рисунок 12) [55, 267].

Уровень физической активности ≥ 150 минут в неделю, %

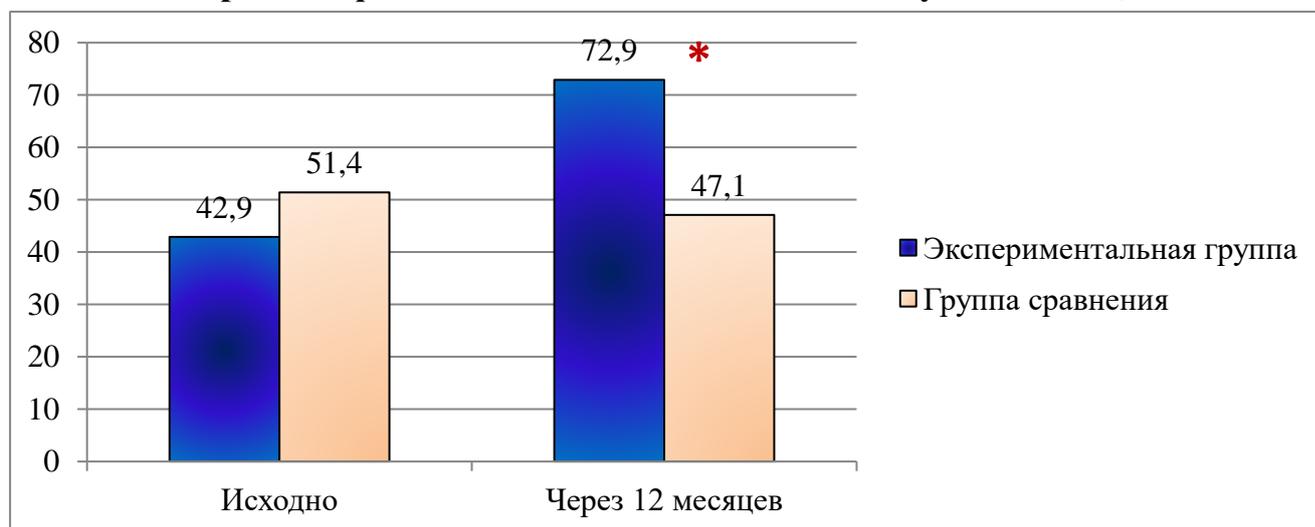


Рисунок 12 – Результаты сравнительного анализа достижения уровня физической активности 150 минут в неделю и более в экспериментальной группе и группе сравнения исходно и через 12 месяцев наблюдения (рисунок цитирован по статье Сивакова О.В., Ялтонский В.М., Сирота Н.А., 2018)¹⁸

Сравнительный анализ в подгруппе мужчин показал, что исходно достижение целевого уровня ФА наблюдалось у 60,5% пациентов экспериментальной группы и 62,2% группы сравнения, статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,93$) (Рисунок 13а). Через 12 месяцев наблюдалась тенденция к увеличению процента достижения целевого

¹⁸ Сивакова, О.В. Влияние медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий на профиль основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний / О.В. Сивакова, В.М. Ялтонский, Н.А. Сирота // Уральский медицинский журнал. – 2018. – №12 (167). – С. 107-112.

уровня ФА в экспериментальной группе (76,3% пациентов), и его снижению в группе сравнения (56,8% пациентов), однако статистически значимых различий выявлено не было ($p=0,12$) (Рисунок 13а).

Сравнительный анализ в подгруппе женщин показал, что исходно достижение целевого уровня ФА наблюдалось у 21,9% пациентов экспериментальной группы и 39,4% пациентов группы сравнения, статистически значимых различий между группами не было ($p=0,21$) (Рисунок 13б). Через 12 месяцев отмечалось статистически значимо более частое достижение целевого уровня ФА 150 минут в неделю и более в экспериментальной группе - 68,8% случаев, по отношению к группе сравнения - 36,4% случаев ($p=0,05$) (Рисунок 13б).

Уровень физической активности ≥ 150 минут в неделю, %

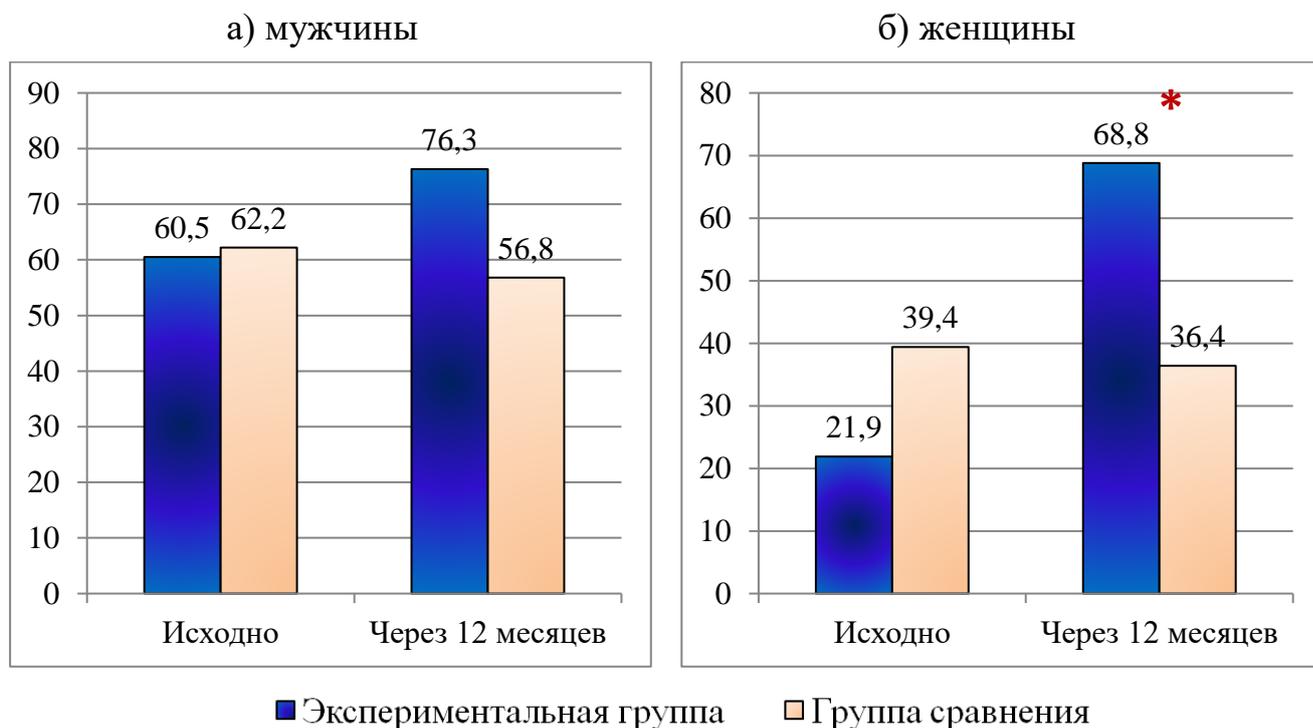


Рисунок 13 – Результаты исследования в подгруппах мужчин и женщин процента пациентов, достигших целевого уровня физической активности (150 минут в неделю и более) в экспериментальной группе и группе сравнения исходно и через 12 месяцев наблюдения

Таким образом полученные данные позволяют сделать вывод об эффективности программы медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий в отношении повышения уровня ФА пациентов. Возможно, такой эффект получен в связи с тем, что с пациентами

экспериментальной группы уровень ФА обсуждался на каждой дистанционной консультации с применением современных психологических технологий, таких как МИ и др. (см. главу 3). При необходимости увеличения уровня ФА оно производилось постепенно, выбор видов ФА производился совместно с пациентом с учетом его предпочтений, а также возраста пациента и функционального состояния его организма.

5.4. Уровень глюкозы крови

Исходно группы не отличались между собой по проценту пациентов с нормальным уровнем глюкозы крови. В экспериментальной группе исходно процент таких пациентов составил 84,3%, а в группе сравнения – 71,4% ($p=0,10$). При анализе показателей через 12 месяцев наблюдения экспериментальной группе процент пациентов с нормальным уровнем глюкозы крови составил 85,7%, а в группе сравнения – 75,7% статистически значимых различий выявлено не было ($p=0,19$) (Рисунок 14) [55, 267].

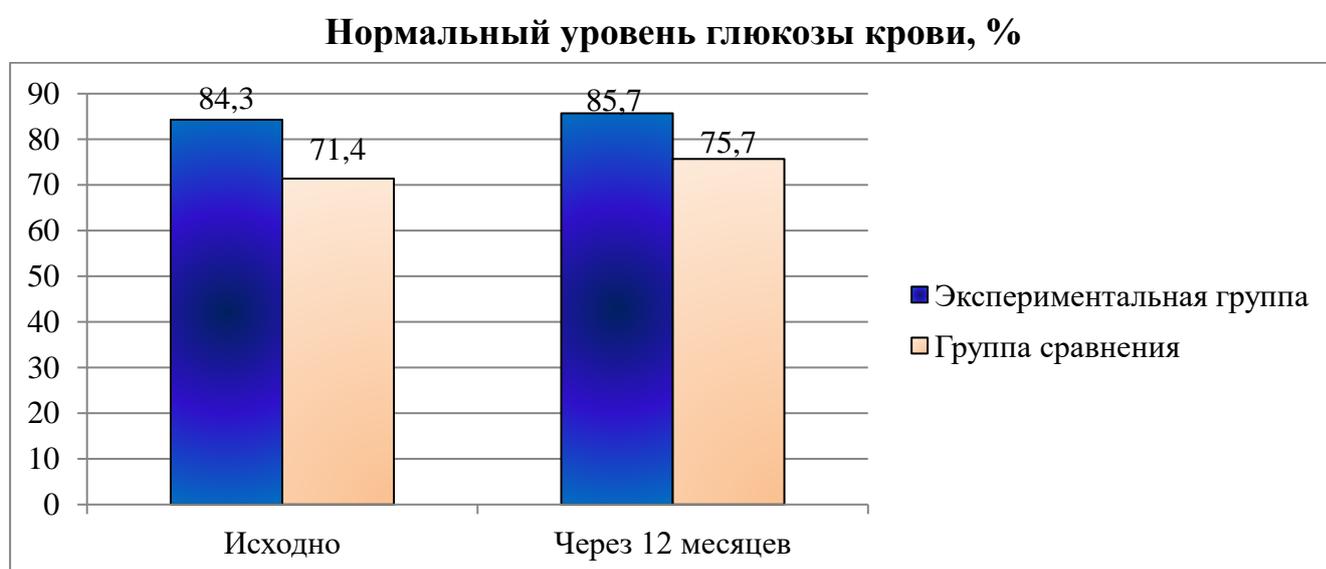


Рисунок 14 – Результаты анализа процента пациентов, имеющих нормальный уровень глюкозы крови, в экспериментальной группе и группе сравнения исходно и через 12 месяцев наблюдения

Сравнительный анализ в подгруппах мужчин и женщин показал подобные результаты. Исходно достижение целевого уровня глюкозы крови наблюдалось у 86,8% пациентов экспериментальной группы и 73,0% группы сравнения, статистически значимых различий между группами не было ($p=0,23$) (Рисунок 15а).

Через 12 месяцев достижение целевых глюкозы крови у мужчин экспериментальной группы отмечалось в 86,8% наблюдений, а в группе сравнения – в 78,4%, различия оказались статистически незначимы ($p=0,51$) (Рисунок 15а).

В подгруппе женщин исходно достижение целевого уровня глюкозы крови наблюдалось у 81,3% пациентов экспериментальной группы и 69,7% группы сравнения, статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,43$) (Рисунок 15б). Через 12 месяцев достижение целевого уровня глюкозы крови наблюдалось у 84,4% женщин экспериментальной группы и 72,7% группы сравнения, статистически значимых различий между группами также выявлено не было ($p=0,40$) (Рисунок 15б).

Нормальный уровень глюкозы крови, %

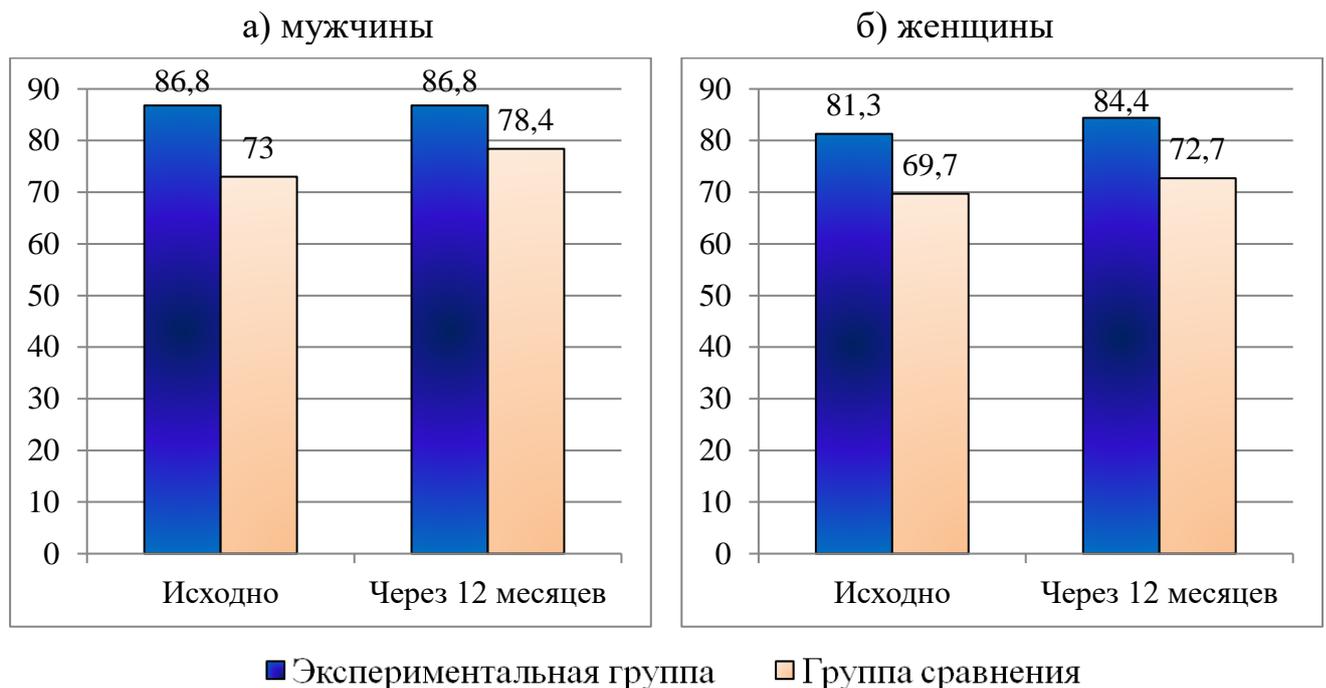


Рисунок 15 – Результаты исследования в подгруппах мужчин и женщин процента пациентов, имеющих нормальный уровень глюкозы крови, в экспериментальной группе и группе сравнения исходно и через 12 месяцев наблюдения

Таким образом, дистанционное консультирование не оказало значимого влияния на уровень глюкозы крови у пациентов с ФР ССЗ. Возможно, это связано с малым числом наблюдений (небольшим количеством пациентов с нарушениями метаболизма глюкозы). Кроме того, традиционно пациенты исходно более ответственно относятся к контролю глюкозы крови и такие компоненты медико-

психологического консультирования как повышение мотивации и приверженности пациентов, вероятно, не имели выраженного воздействия, поскольку мотивация и приверженность относительно контроля глюкозы крови изначально находятся на достаточно высоком уровне.

5.5. Уровень употребления овощей и фруктов

С пациентами в процессе консультирования обсуждались вопросы не только количества потребляемых овощей и фруктов, но и того, каким образом достичь этого количества. Например, в зимнее время, когда доступность свежих овощей значительно снижается, рекомендовалось как можно чаще делать овощные гарниры из замороженных овощей, освоить рецепты приготовления блюд из сезонных овощей, а также предпочитать фрукты в качестве перекусов.

Исходно группы не отличались между собой по проценту достижения целевого уровня употребления овощей и фруктов (400 г в день и более). В экспериментальной группе исходно процент достижения целевого уровня употребления овощей и фруктов составил 37,1%, а в группе сравнения – 41,4% ($p=0,73$). При анализе показателей через 12 месяцев наблюдения были выявлены статистически значимые различия: целевой уровень употребления овощей и фруктов был достигнут у 68,6% пациентов экспериментальной группы и 44,3% пациентов группы сравнения ($p=0,006$, Рисунок 16) [55, 267].

Употребление овощей и фруктов ≥ 400 г. в день, %

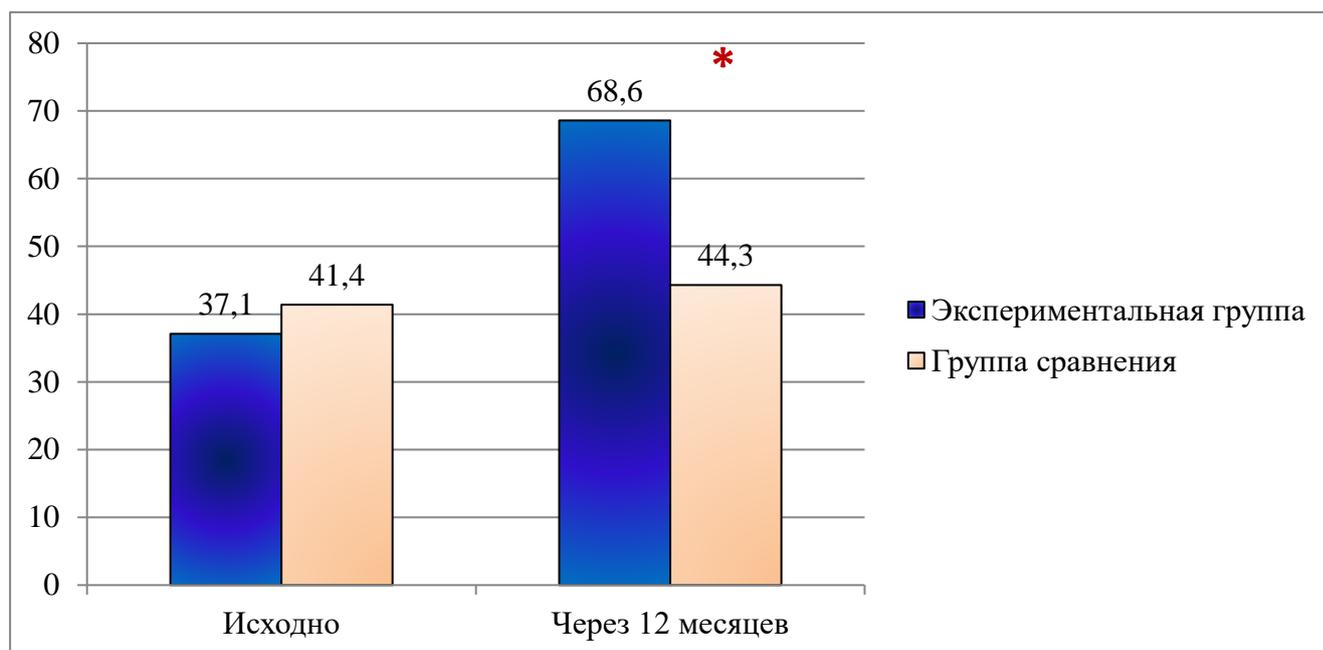


Рисунок 16 – Результаты сравнительного анализа достижения уровня употребления овощей и фруктов 400 г в день и более в экспериментальной группе и группе сравнения исходно и через 12 месяцев наблюдения (рисунок цитирован по статье Сивакова О.В., Ялтонский В.М., Сирота Н.А., 2018)¹⁹

Сравнительный анализ в подгруппе мужчин показал, что исходно достижение целевого уровня употребления овощей и фруктов наблюдалось у 36,8% пациентов экспериментальной группы и 37,8% группы сравнения, статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,88$) (Рисунок 17а). Через 12 месяцев отмечалось статистически значимо более частое достижение целевого уровня употребления овощей и фруктов 400 г в день и более у мужчин экспериментальной группы - 65,8% случаев, по сравнению с мужчинами группы сравнения – 32,4% случаев ($p=0,008$) (Рисунок 17а).

наблюдалась тенденция к увеличению процента достижения целевого уровня употребления овощей и фруктов в экспериментальной группе (76,3% пациентов), и его снижению в группе сравнения (56,8% пациентов), однако статистически значимых различий выявлено не было ($p=0,12$) (Рисунок 13а).

¹⁹ Сивакова, О.В. Влияние медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий на профиль основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний / О.В. Сивакова, В.М. Ялтонский, Н.А. Сирота // Уральский медицинский журнал. – 2018. – №12 (167). – С. 107-112.

Сравнительный анализ в подгруппе женщин показал, что исходно достижение целевого уровня употребления овощей и фруктов наблюдалось у 37,5% пациентов экспериментальной группы и 45,5% пациентов группы сравнения, статистически значимых различий между группами не было ($p=0,69$) (Рисунок 17б). Через 12 месяцев достижение целевого уровня употребления овощей и фруктов наблюдалось у 71,9% женщин экспериментальной группы и 57,6% женщин группы сравнения, статистически значимых различий между группами также выявлено не было ($p=0,34$) (Рисунок 17б).

Употребление овощей и фруктов ≥ 400 г. в день, %

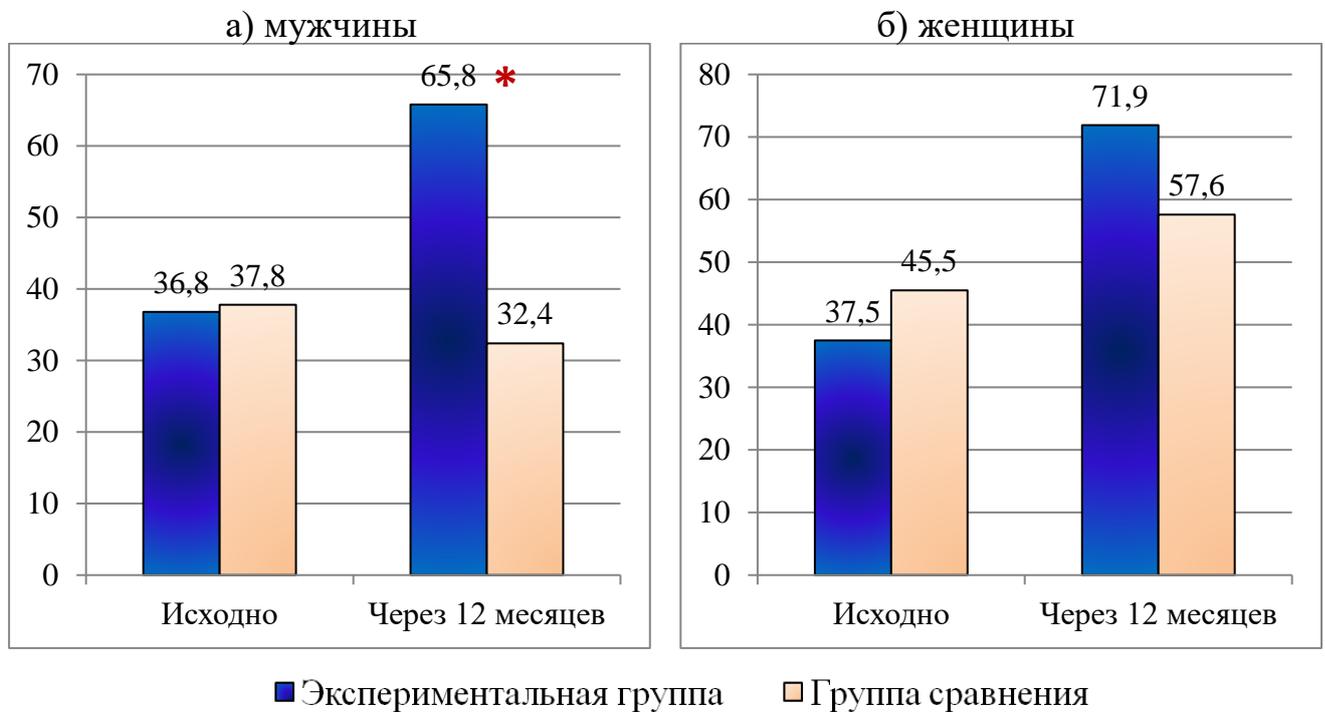


Рисунок 17 – Результаты исследования в подгруппах мужчин и женщин процента пациентов, достигших целевого уровня употребления овощей и фруктов (400 г в день и более) в экспериментальной группе и группе сравнения исходно и через 12 месяцев наблюдения

Таким образом дистанционное медико-психологическое консультирование явилось эффективной мерой для повышения доли пациентов, потребляющих целевое количество овощей и фруктов. Основным лимитирующим фактором для тех пациентов, которые не смогли достичь целевого показателя, явились высокие цены на многие овощи и фрукты. В связи с этим можно предположить, что для

улучшения ситуации на популяционном уровне государственная политика в плане ценообразования на данную продукцию может также произвести значимый эффект.

5.6. Индекс массы тела и окружность талии

Исходно средний ИМТ в экспериментальной группе составил $27,2 \pm 4,8$ кг/м², а в группе сравнения $28,2 \pm 5,5$ кг/м², статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,29$). Через 12 месяцев в экспериментальной группе средний уровень ИМТ оказался равен $26,2 \pm 4,5$ кг/м², а в группе сравнения $29,2 \pm 5,6$ кг/м², между группами выявлены статистически значимые различия ($p=0,002$) (Рисунок 18) [55, 267].

Таким образом, проведение программы медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий способствовало снижению среднего ИМТ в экспериментальной группе на, в то время как в группе сравнения, наоборот, отмечено его увеличение (Рисунок 18).

Индекс массы тела (ИМТ), кг/м²

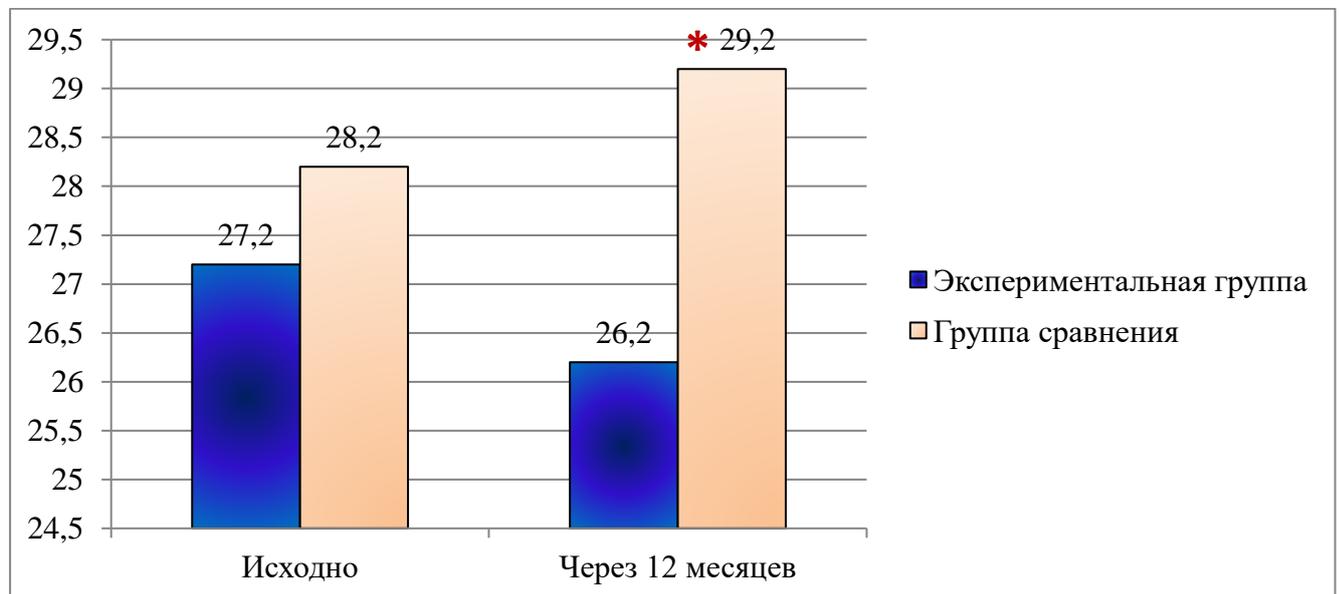


Рисунок 18 – Результаты анализа среднего индекса массы тела в экспериментальной группе и группе сравнения исходно и через 12 месяцев наблюдения (рисунок цитирован по статье Сивакова О.В., Ялтонский В.М., Сирота Н.А., 2018)²⁰

²⁰ Сивакова, О.В. Влияние медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий на профиль основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний / О.В. Сивакова, В.М. Ялтонский, Н.А. Сирота // Уральский медицинский журнал. – 2018. – №12 (167). – С. 107-112.

При анализе в подгруппе мужчин исходно не было выявлено статистически значимых различий между группами: средний ИМТ равнялся в экспериментальной группе $27,4 \pm 4,5$ кг/м², а в группе сравнения $28,0 \pm 4,9$ кг/м² ($p=0,85$). Через 12 месяцев средний ИМТ у мужчин экспериментальной группы составил $26,4 \pm 4,2$ кг/м², а у мужчин группы сравнения он составил $28,7 \pm 4,9$ кг/м² различия между группами оказались статистически значимы ($p=0,04$) (Рисунок 19а).

При анализе в подгруппе женщин исходно средний ИМТ в экспериментальной группе составил $27,7 \pm 5,2$ кг/м², а в группе сравнения $29,5 \pm 6,0$ кг/м², статистически значимых различий между группами не было ($p=0,20$). Через 12 месяцев отмечалось снижение среднего ИМТ у женщин экспериментальной группы до $26,5 \pm 4,9$ кг/м², а у женщин группы сравнения средний ИМТ несколько увеличился и составил $30 \pm 6,2$ кг/м², выявлены статистически значимые различия между группами ($p=0,02$) (Рисунок 19б).

Индекс массы тела (ИМТ), кг/м²

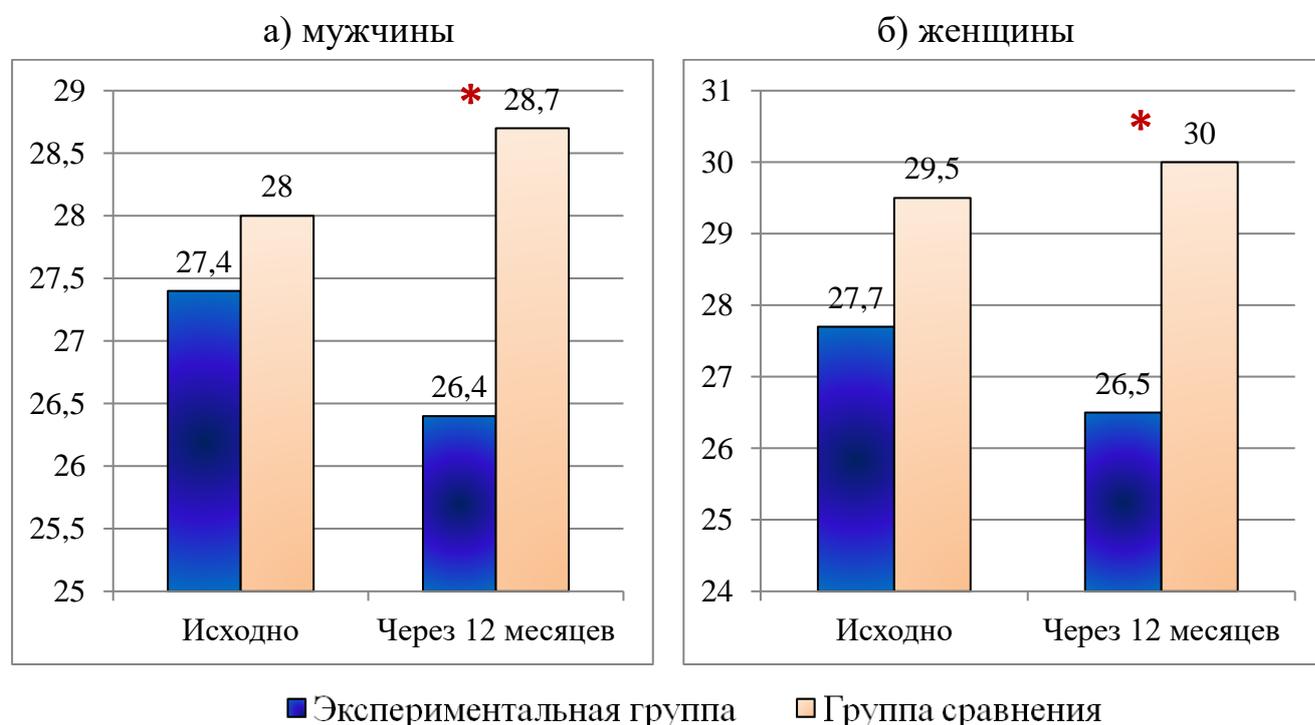


Рисунок 19 – Результаты исследования в подгруппах мужчин и женщин среднего индекса массы тела в экспериментальной группе и группе сравнения исходно и через 12 месяцев наблюдения

Что касается ОТ, то исходно средние ее значения в экспериментальной группе составили $96,5 \pm 14,5$ см, а в группе сравнения $97,3 \pm 14,9$ см, статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,41$). Через 12 месяцев в экспериментальной группе среднее значение ОТ оказалось равным $93,5 \pm 13,7$ см, а в группе сравнения $99,5 \pm 0,79$ см, между группами выявлены статистически значимые различия ($p=0,004$) [55, 267]. Таким образом, проведение программы медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий способствовало снижению значения ОТ в экспериментальной группе в среднем на 3 см, в то время как в группе сравнения отмечено ее увеличение на 2,2 см (Рисунок 20).

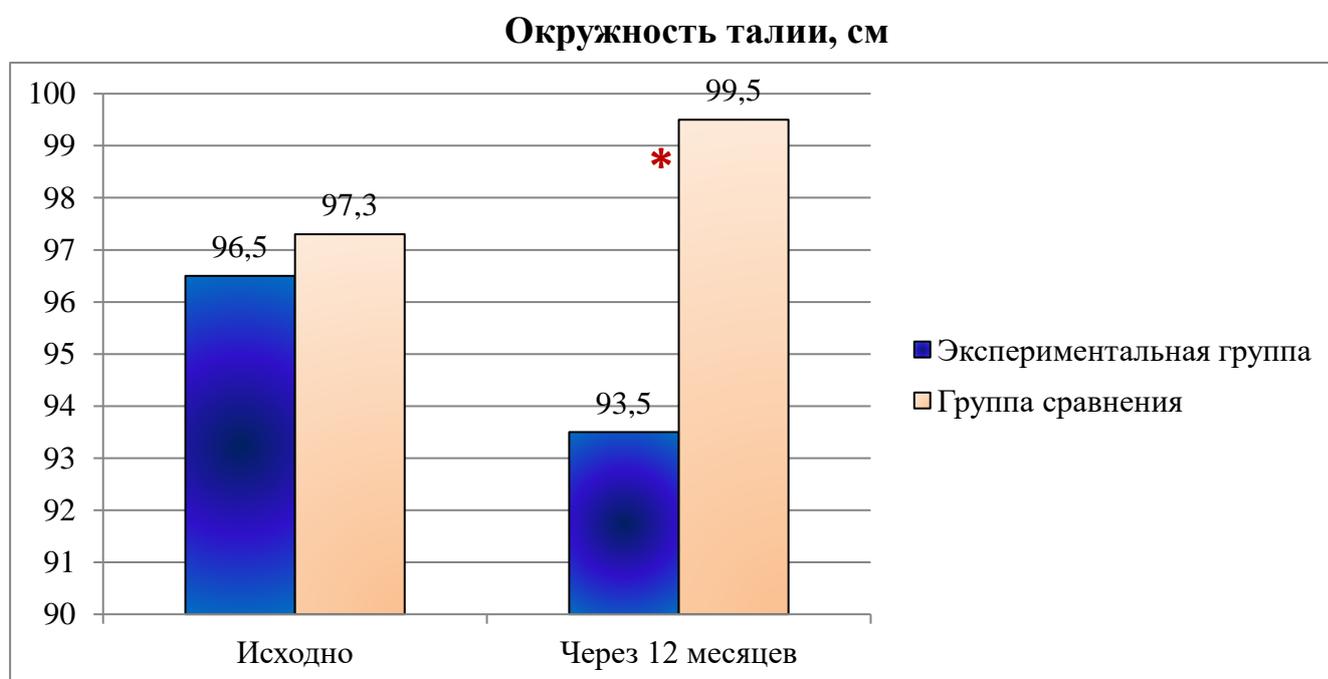


Рисунок 20 – Результаты анализа средних значений окружности талии в экспериментальной группе и группе сравнения исходно и через 12 месяцев наблюдения (рисунок цитирован по статье Сивакова О.В., Ялтонский В.М., Сирота Н.А., 2018)²¹

При анализе в подгруппе мужчин исходно также не было выявлено статистически значимых различий между группами: среднее значение ОТ равнялся в экспериментальной группе $98,3 \pm 13,9$ см, а в группе сравнения $98,6 \pm 13,8$ см

²¹ Сивакова, О.В. Влияние медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий на профиль основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний / О.В. Сивакова, В.М. Ялтонский, Н.А. Сирота // Уральский медицинский журнал. – 2018. – №12 (167). – С. 107-112.

($p=0,84$). Через 12 месяцев среднее значение ОТ у мужчин экспериментальной группы составило $94,9 \pm 12,6$ см, а у мужчин группы сравнения – $100,1 \pm 13,5$ см, степень различий не достигла статистической значимости ($p=0,10$) (Рисунок 21а).

При анализе в подгруппе женщин исходно среднее значение ОТ в экспериментальной группе составило $92,1 \pm 14,6$ см, а в группе сравнения $95,4 \pm 14,2$ см, статистически значимых различий между группами не было ($p=0,32$). Через 12 месяцев отмечалось значимое снижение среднего значения ОТ у женщин экспериментальной группы до $89,0 \pm 13,5$ см, а у женщин группы сравнения среднее значение ОТ практически не изменилось и составило $95,4 \pm 13,9$ см, выявлены статистически значимые различия между группами ($p=0,04$) (Рисунок 21б).

Окружность талии, см

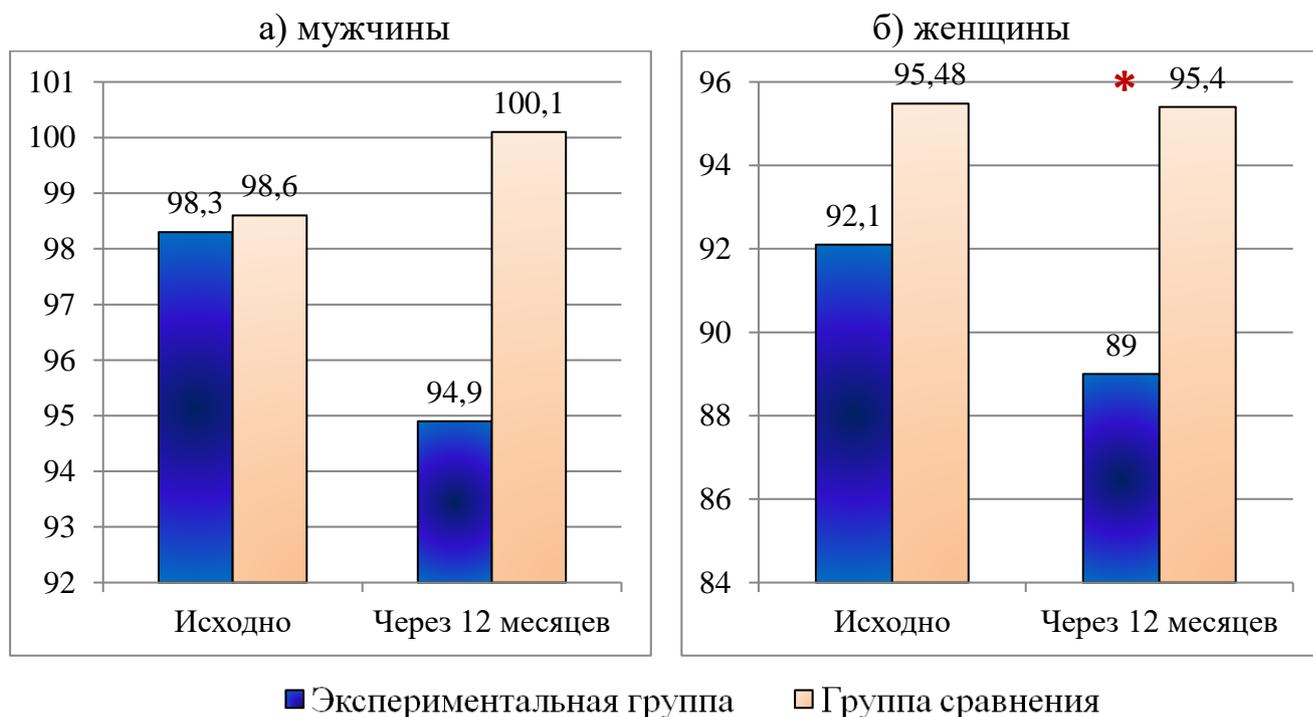


Рисунок 21 – Результаты исследования в подгруппах мужчин и женщин анализа средних значений окружности талии в экспериментальной группе и группе сравнения исходно и через 12 месяцев наблюдения

Таким образом, программа медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий привела к значимому снижению ИМТ и ОТ у пациентов экспериментальной группы. Основными факторами, которые способствовали улучшению данных показателей при регулярном дистанционном

медико-психологическом консультировании, явились, по-видимому, корректировка характера питания в сторону более здорового и менее калорийного, в том числе увеличение потребления овощей и фруктов (п. 5.5); повышение уровня ФА (п. 5.3); регулярный (еженедельный) контроль показателей веса и ОТ, что способствовало более осознанному отношению пациентов к вопросам их коррекции и повышению мотивации при получении первых положительных результатов; психологическая поддержка и повышение приверженности намеченному плану.

5.7. Курение

Исходно группы не отличались между собой по процентной доле курящих. В экспериментальной группе исходно процент некурящих пациентов составил 84,3%, а в группе сравнения – 82,9% ($p=0,99$). При анализе показателей через 12 месяцев наблюдения процент некурящих пациентов в экспериментальной группе увеличился и составил 91,4%, а в группе сравнения остался прежним – 82,9%, однако различия не достигли статистической значимости ($p=0,21$) (Рисунок 22).

Процент некурящих пациентов, %

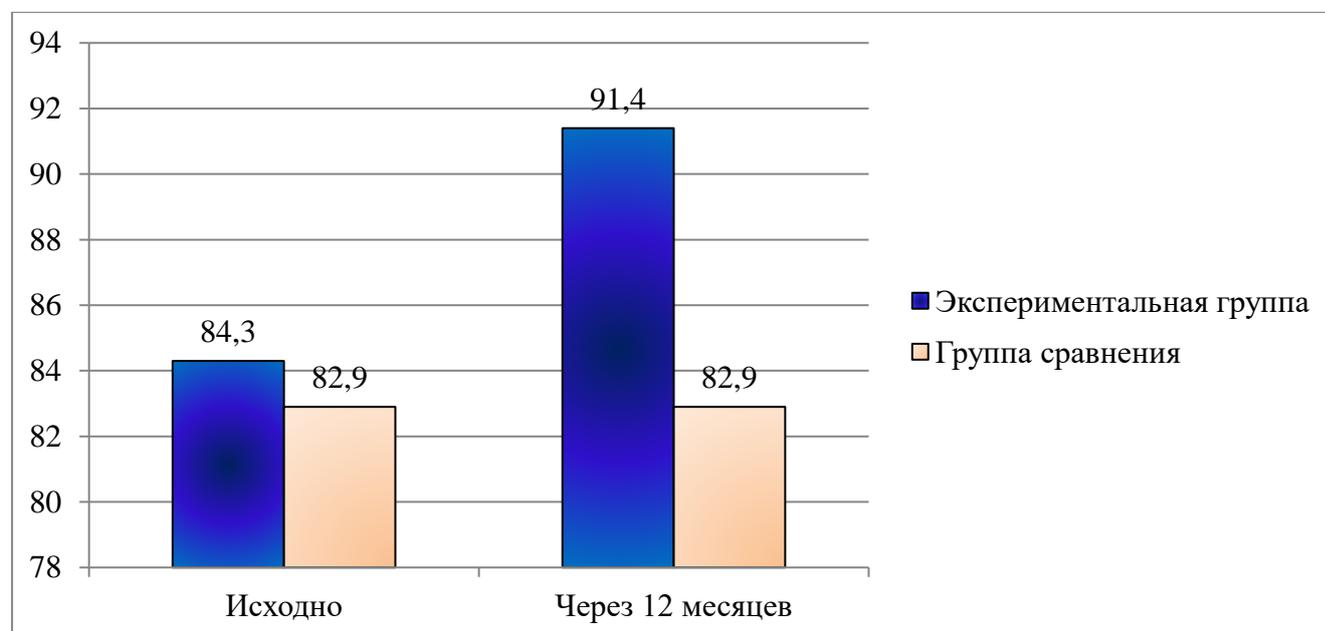


Рисунок 22 – Результаты сравнительного анализа процента некурящих пациентов в экспериментальной группе и группе сравнения исходно и через 12 месяцев наблюдения

Сравнительный анализ в подгруппе мужчин показал, что исходно процент некурящих пациентов в экспериментальной группе составил 73,6%, в группе сравнения 75,7%, статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,95$) (Рисунок 23а). Через 12 месяцев процент некурящих мужчин в экспериментальной группе увеличился и составил 86,4%, а в группе сравнения остался прежним – 75,7%, однако различия не достигли статистической значимости ($p=0,35$) (Рисунок 23а).

Сравнительный анализ в подгруппе женщин выявил, что исходно процент некурящих пациентов в экспериментальной группе составил 96,9%, в группе сравнения 90,9%, статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,61$) (Рисунок 23б). Через 12 месяцев показатели в обеих группах не изменились: процент некурящих женщин в экспериментальной группе составил 96,9%, а в группе сравнения – 90,9% ($p=0,61$) (Рисунок 23б).

Процент некурящих пациентов, %

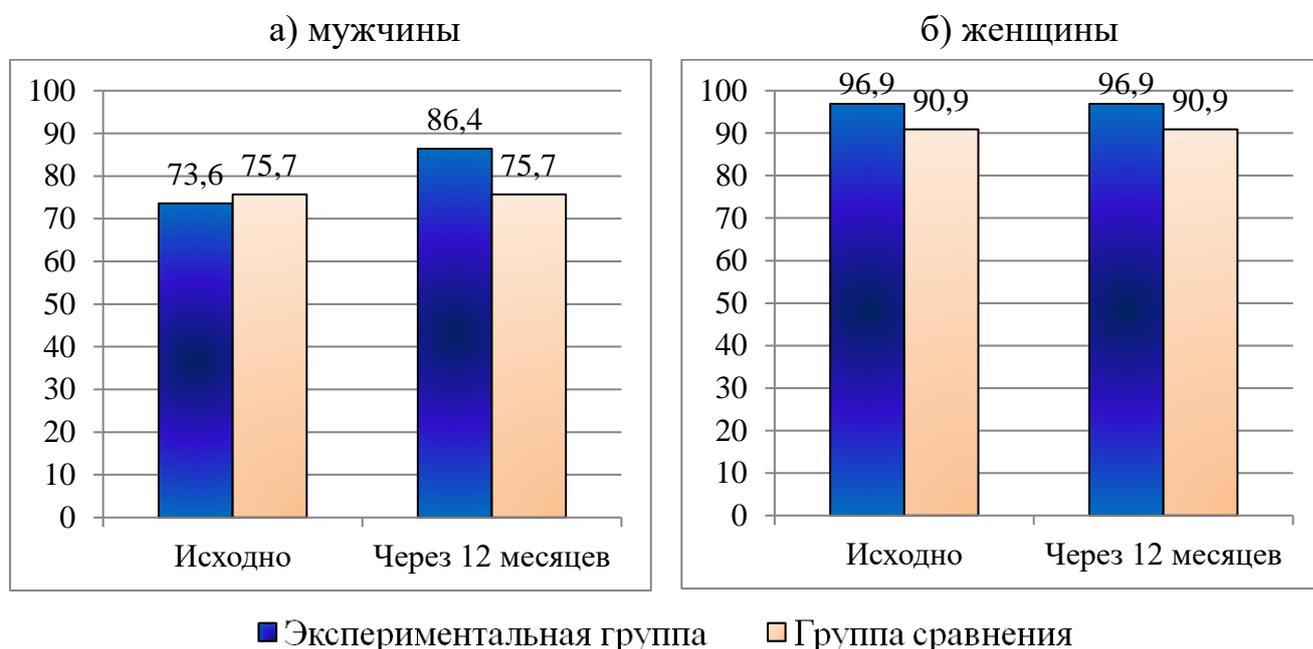


Рисунок 23 – Результаты сравнительного анализа в подгруппах мужчин и женщин процента некурящих пациентов в экспериментальной группе и группе сравнения исходно и через 12 месяцев наблюдения

Также среди курящих пациентов обеих групп было проанализировано среднее количество сигарет, выкуриваемых в день (Рисунок 24) [55, 267]. Исходно

медиана количества сигарет у курящих пациентов экспериментальной группы составила 15,0 [10; 18] в день, а в группе сравнения 15,0 [11; 20,5] в день, статистически значимых различий между группами не было ($p=0,29$). Через 12 месяцев медиана количества выкуриваемых сигарет у курящих пациентов экспериментальной группы составила 5,0 [2,5; 8,5] в день, а в группе сравнения 20,0 [12,5; 25] в день, между группами выявлены статистически значимые различия ($p=0,04$) (Рисунок 24).

**Медиана количества сигарет, выкуриваемых в день
(у курящих пациентов)**

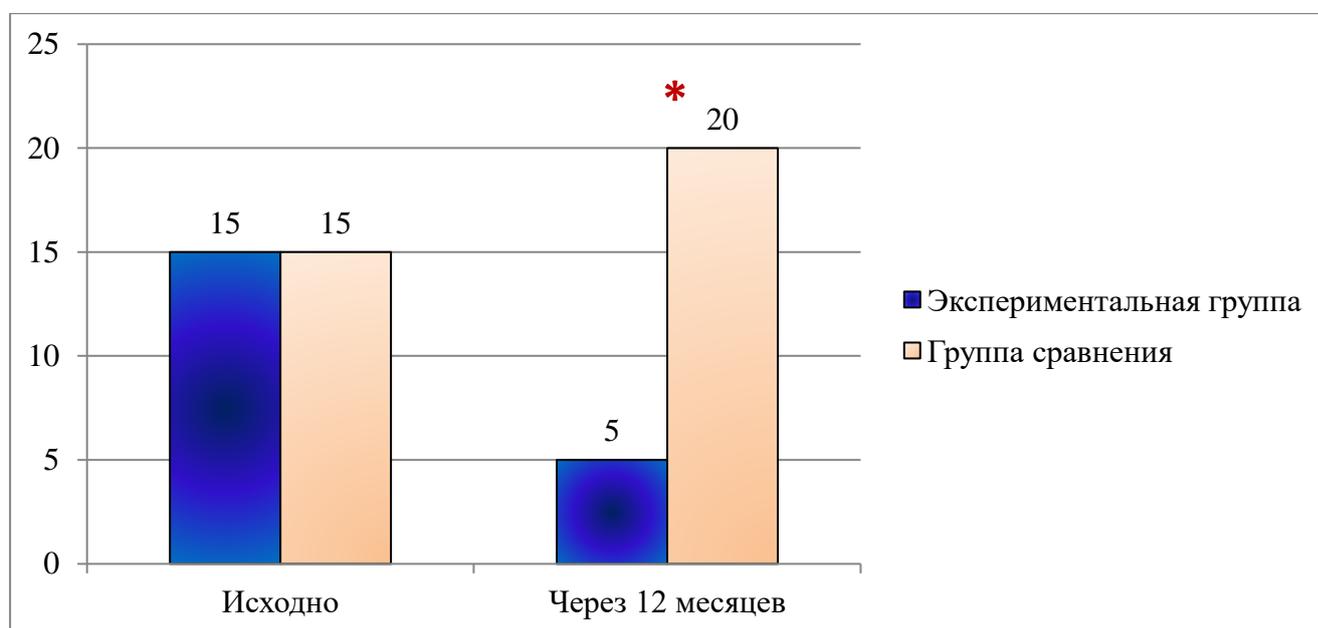


Рисунок 24 – Результаты анализа медианы количества сигарет, выкуриваемых в день (у курящих пациентов), в экспериментальной группе и группе сравнения исходно и через 12 месяцев наблюдения (рисунок цитирован по статье Сивакова О.В., Ялтонский В.М., Сирота Н.А., 2018)²²

При анализе в подгруппе мужчин исходно не было выявлено статистически значимых различий между группами: медиана количества сигарет у курящих пациентов экспериментальной группы составила 17,0 [10; 21,0] в день, а в группе сравнения 17,5 [12,5; 22,0] в день ($p=0,56$). Через 12 месяцев медиана количества выкуриваемых сигарет у курящих мужчин экспериментальной группы составила

²² Сивакова, О.В. Влияние медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий на профиль основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний / О.В. Сивакова, В.М. Ялтонский, Н.А. Сирота // Уральский медицинский журнал. – 2018. – №12 (167). – С. 107-112.

6,0 [3,5; 8,0] в день, а в группе сравнения 21,0 [15,0; 25] в день, между группами статистически значимых различий не выявлено ($p=0,12$) (рисунок 25а).

При анализе в подгруппе женщин исходно не было выявлено статистически значимых различий между группами: медиана количества сигарет у курящих пациентов экспериментальной группы составила 13,0 [5,0; 20,0] в день, а в группе сравнения 12,5 [5,0; 20,0] в день ($p=0,86$). Через 12 месяцев медиана количества выкуриваемых сигарет у курящих женщин экспериментальной группы составила 3,5 [2,0; 7,0] в день, а в группе сравнения 12,5 [6,5; 20,0] в день, между группами статистически значимых различий не выявлено ($p=0,19$) (Рисунок 25б).

Медиана количества сигарет, выкуриваемых в день (у курящих пациентов)

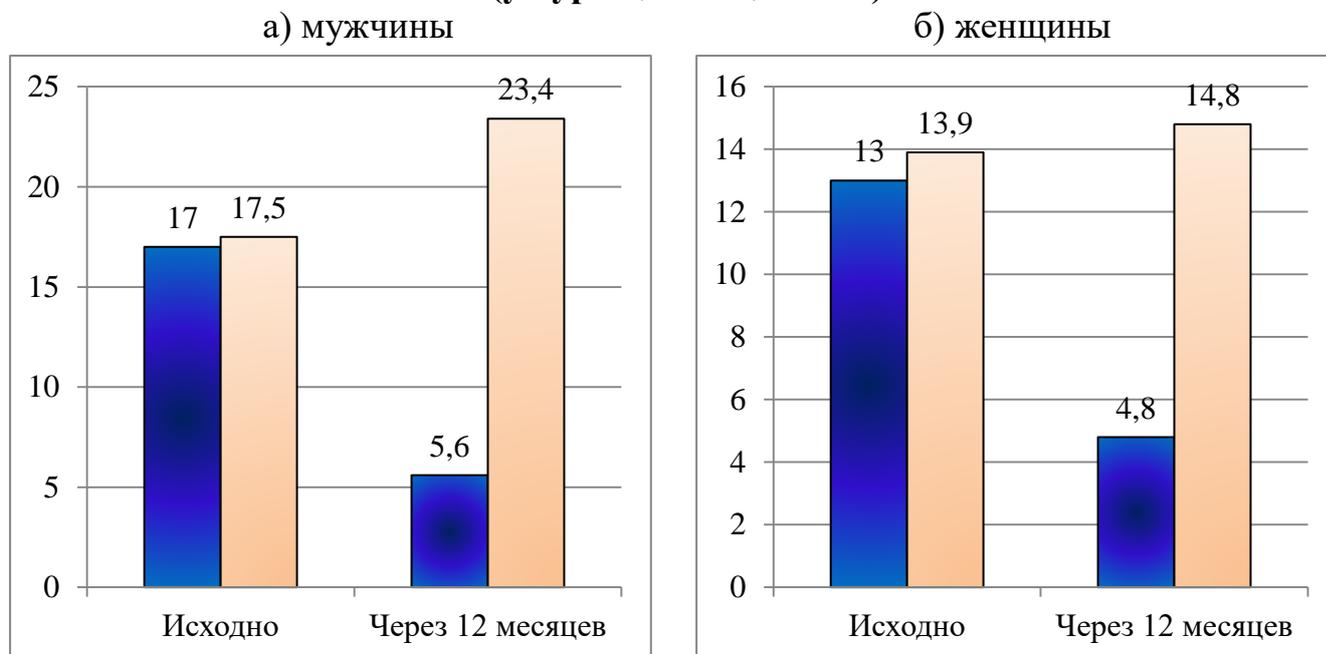


Рисунок 25 – Результаты исследования в подгруппах мужчин и женщин медианы количества сигарет, выкуриваемых в день (у курящих пациентов), в экспериментальной группе и группе сравнения исходно и через 12 месяцев наблюдения

Таким образом, проведение программы медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий оказало значимое влияние на количество выкуриваемых в день сигарет у курящих пациентов. Что касается процента некурящих, наблюдалась тенденция к его увеличению в экспериментальной группе, однако порог статистической значимости не был

достигнут, что, вероятно, может быть связано с небольшим числом курящих пациентов в обеих группах.

5.8. Уровень употребления алкоголя

Исходно группы не отличались между собой по проценту пациентов, у которых отмечалось потребление алкоголя в дозах, не превышающих безопасные. Как в экспериментальной, так и в группе сравнения исходно процент таких пациентов составлял 90% ($p=1,0$). При анализе показателей через 12 месяцев в экспериментальной группе данный показатель увеличился и составил 97,4%, в то время как в группе сравнения он остался без изменений и составил 90%, статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,07$) (Рисунок 26).

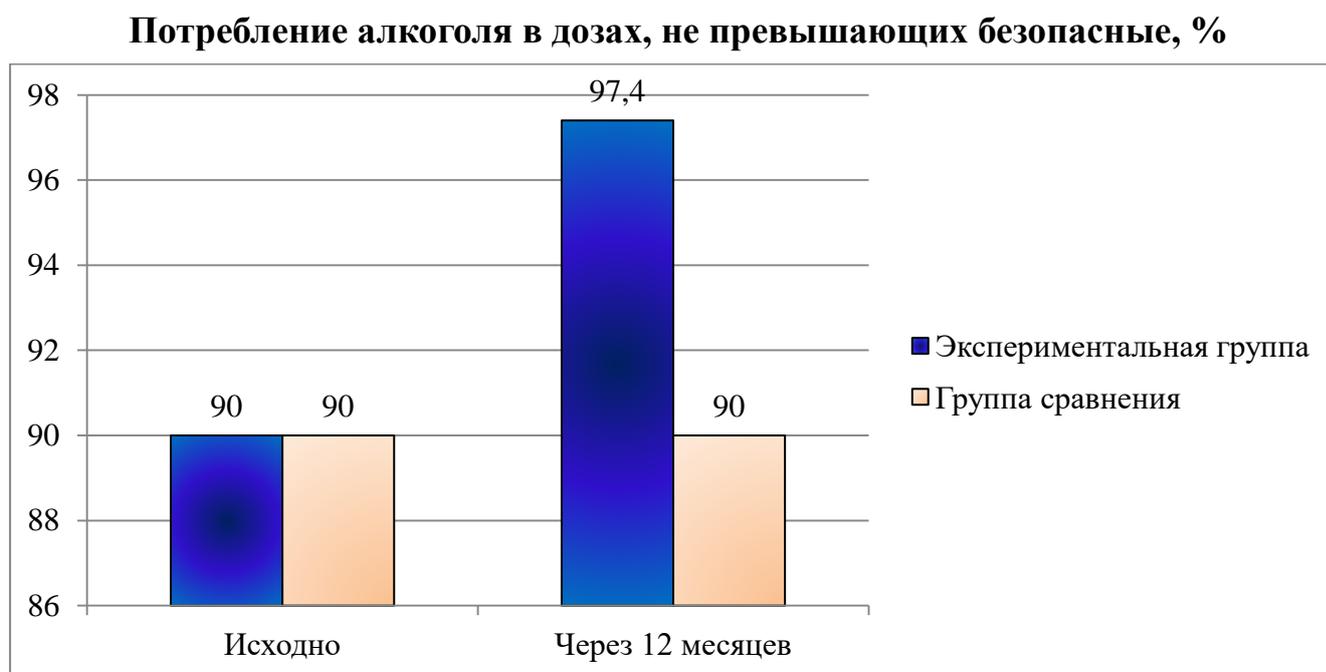


Рисунок 26 – Результаты сравнительного анализа потребления алкоголя в дозах, не превышающих безопасные, в экспериментальной группе и группе сравнения исходно и через 12 месяцев наблюдения

Сравнительный анализ в подгруппе мужчин показал, что исходно потребление алкоголя в дозах, не превышающих безопасные, наблюдалось у 81,6% пациентов экспериментальной группы и 83,8% группы сравнения, статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,98$) (Рисунок 27а). Через 12 месяцев потребление алкоголя в дозах, не превышающих безопасные,

наблюдалось у 97,4% мужчин экспериментальной группы и 83,8% мужчин группы сравнения, отмечена некоторая тенденция к увеличению данного показателя в экспериментальной группе, однако статистически значимых различий между группами не выявлено ($p=0,09$) (Рисунок 27а).

Сравнительный анализ в подгруппе женщин выявил, что исходно потребление алкоголя в дозах, не превышающих безопасные, наблюдалось у 100% пациентов экспериментальной группы и 96,7% группы сравнения, статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p=0,99$) (Рисунок 27б). Через 12 месяцев потребление алкоголя в дозах, не превышающих безопасные, наблюдалось у 100% женщин экспериментальной группы и 96,7% женщин группы сравнения, статистически значимых различий между группами не выявлено ($p=0,99$) (Рисунок 27б).

Потребление алкоголя в дозах, не превышающих безопасные, %

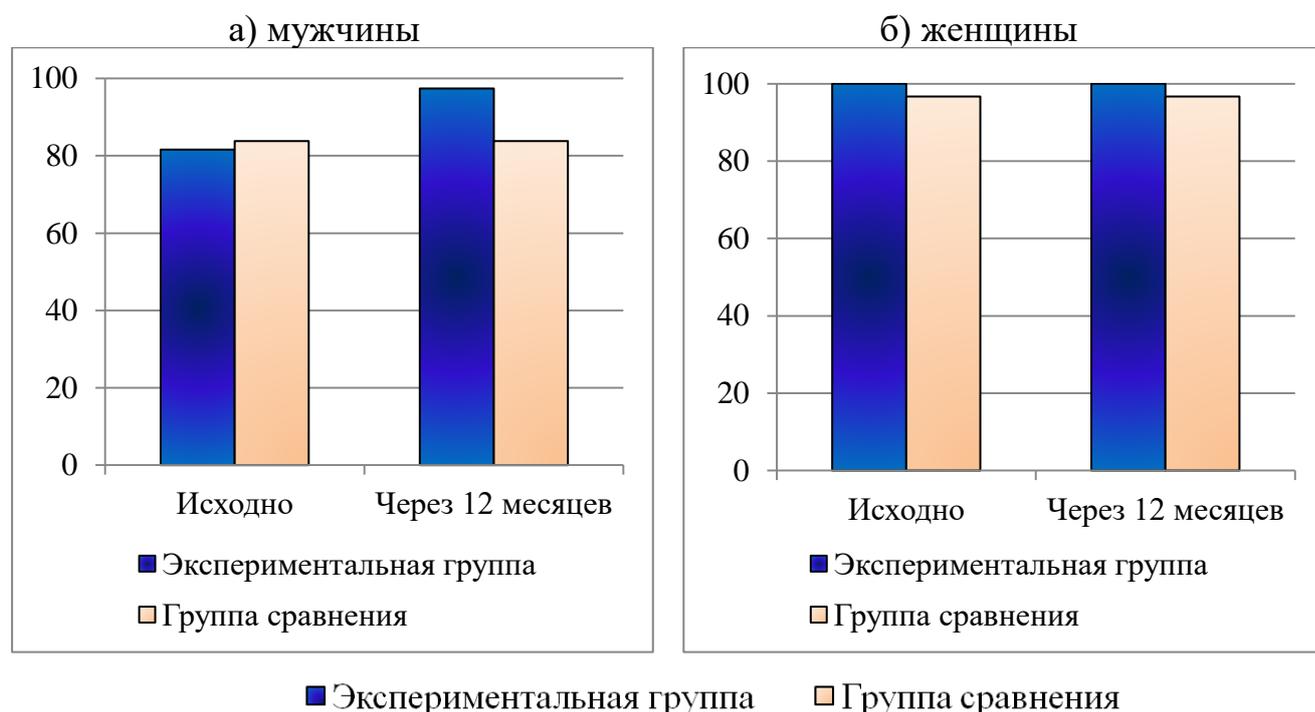


Рисунок 27 – Результаты исследования в подгруппах мужчин и женщин потребления алкоголя в дозах, не превышающих безопасные, в экспериментальной группе и группе сравнения исходно и через 12 месяцев наблюдения

Отсутствие статистически значимого влияния медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий на уровень

употребления алкоголя, вероятно, связано с малым количеством наблюдений – исходно у большинства пациентов отмечалось потребление алкоголя в дозах, не превышающих безопасные.

Таким образом, проведенное исследование показало эффективность комплексной программы медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий, проведение которой в течение 12 месяцев привело к достоверному улучшению профиля ФР ССЗ [55, 262, 267].

5.9. Анализ долгосрочных эффектов программы медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий

Также через два года после окончания программы медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий проведено дополнительное исследование, направленное на анализ долгосрочного влияния данной программы на профиль ФР ССЗ. Для исследования долгосрочной динамики использовались методы анализа медицинской документации и телефонного опроса. Данные о выраженности ФР ССЗ были получены путем опроса пациентов (при необходимости и возможности пациенты проводили ряд измерений самостоятельно, например, масса тела, ОТ); анализа медицинской документации (данные об уровне глюкозы крови, ОХС).

Анализ долгосрочных эффектов программы медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий был проведен через два года после окончания программы медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий. Информация о достижении целевых цифр АД, уровне ФА, количестве употребляемых овощей и фруктов, статусе курения и употребления алкоголя получена у 59 из 70 пациентов экспериментальной группы (84,3%), и 53 из 70 пациентов группы сравнения (75,7%). Актуальные данные об уровне глюкозы крови имелись у 50 пациентов экспериментальной группы (71,4%) и 38 пациентов группы сравнения (54,3%); об уровне ОХС – у 48 пациентов экспериментальной группы (68,6%) и 34 пациентов группы сравнения (48,6%). Данные об ИМТ были получены у 58 пациентов экспериментальной группы (82,9) и 43 пациентов группы сравнения (61,4%); об ОТ

– у 56 пациентов экспериментальной группы (80,0%) и 40 пациентов из группы сравнения (57,1%).

Был проведен сравнительный анализ по выраженности ФР ССЗ, основные результаты которого представлены на рисунках 28-31.

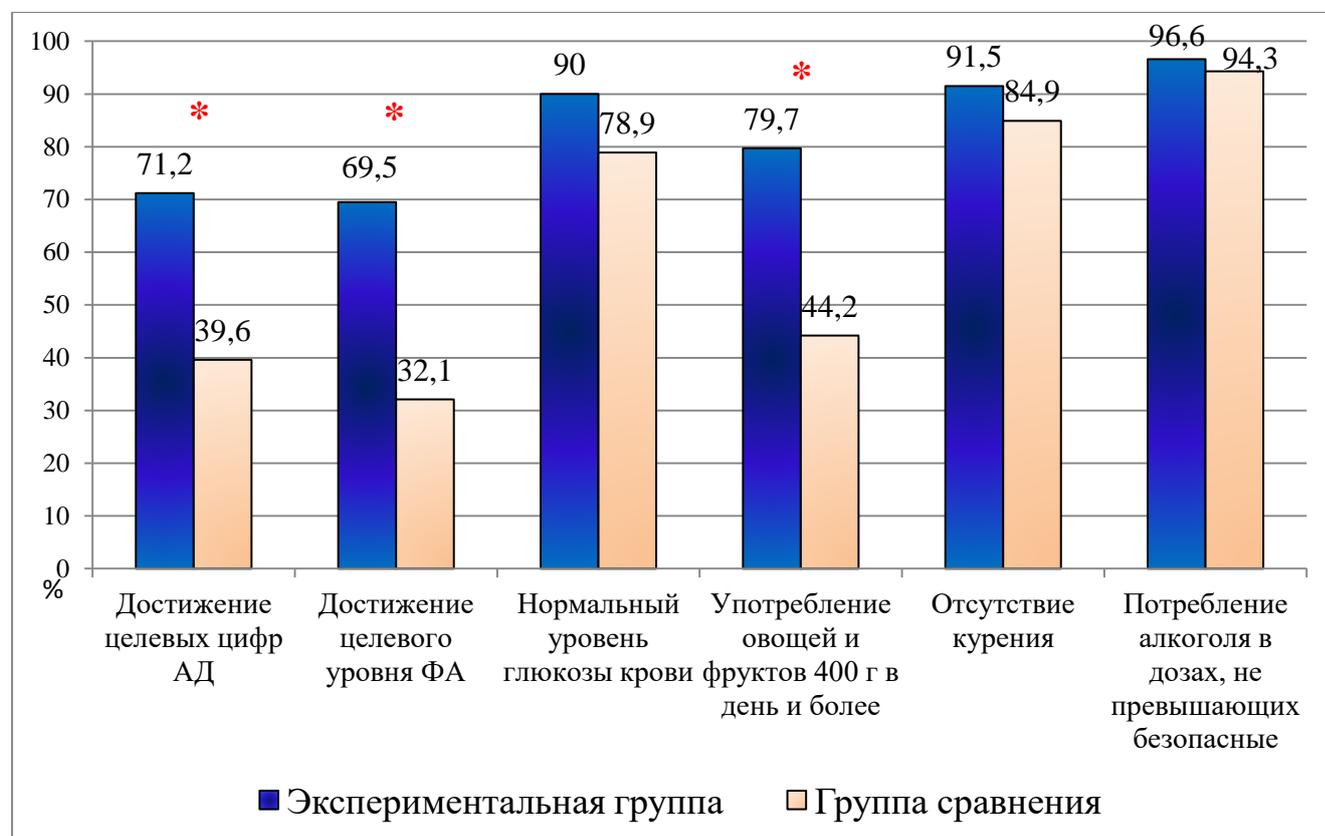


Рисунок 28 – Достижение целевых показателей (в процентах от общего числа пациентов, по которым получена информация) по уровню артериального давления, физической активности, глюкозы крови, употреблению овощей и фруктов, отсутствию курения и потреблению алкоголя в дозах, не превышающих безопасные, через 2 года после окончания программы медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий

По данным проведенного анализа через 2 года после окончания исследования достижение целевых цифр АД наблюдалось у 71,2% пациентов экспериментальной группы и у 39,6% пациентов группы сравнения ($p=0,002$). Также выявлены статистически значимые различия в достижении целевого уровня ФА 150 минут в неделю и более (69,5% пациентов экспериментальной группы и 32,1% группы сравнения, $p=0,002$) и целевого уровня употребления овощей и фруктов 400 г в день и более (79,7% пациентов экспериментальной группы и 44,2% группы сравнения,

$p=0,003$). В отношении таких показателей, как нормальный уровень глюкозы, отсутствие курения и потребление алкоголя в дозах, не превышающих безопасные, отмечалась некоторая тенденция к более благоприятным показателям в экспериментальной группе, однако статистически значимых различий выявлено не было ($p=0,13$, $p=0,21$ и $p=0,45$, соответственно) (Рисунок 28). При этом медиана количества выкуриваемых в день сигарет (у курящих пациентов) оказалась статистически значимо ниже в экспериментальной группе ($p=0,03$) (Рисунок 29).

Медиана количества сигарет, выкуриваемых в день (у курящих пациентов)

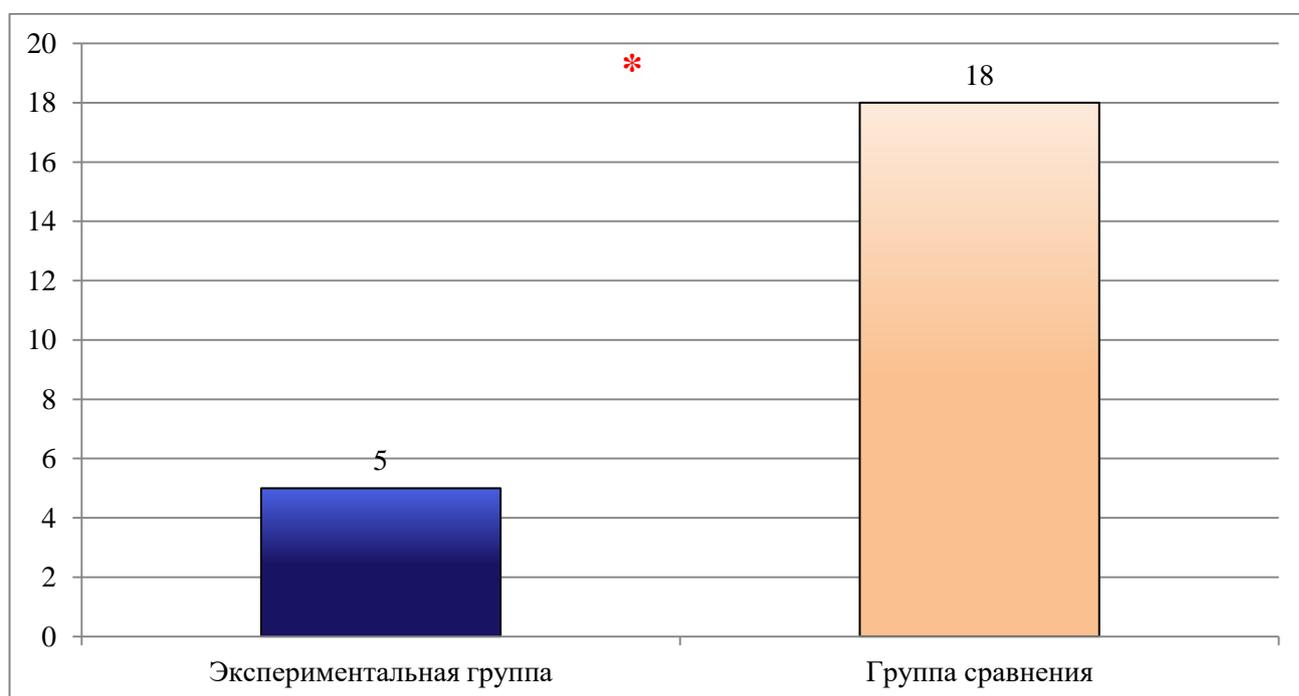


Рисунок 29 – Результаты сравнительного анализа медианы количества сигарет, выкуриваемых в день (у курящих пациентов), в двух группах через 2 года после окончания программы медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий

Средний уровень ОХС при анализе через два года в экспериментальной группе составил $4,81 \pm 0,41$ ммоль/л, в группе сравнения – $5,17 \pm 0,44$ ммоль/л, различия между группами оказались статистически значимыми ($p=0,008$) (Рисунок 30).

Уровень общего холестерина, ммоль/л

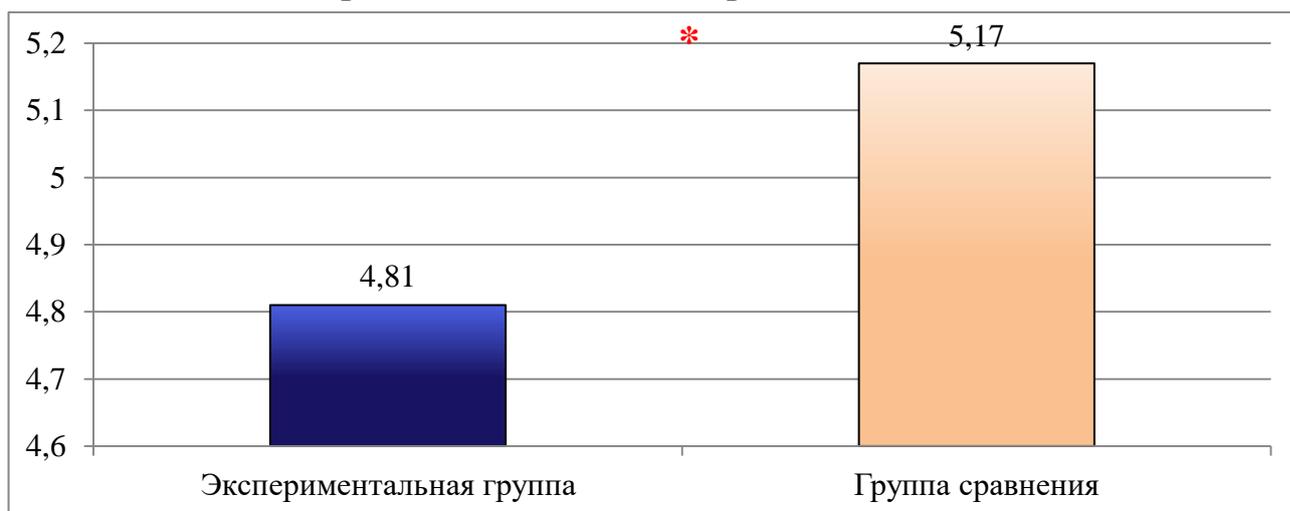
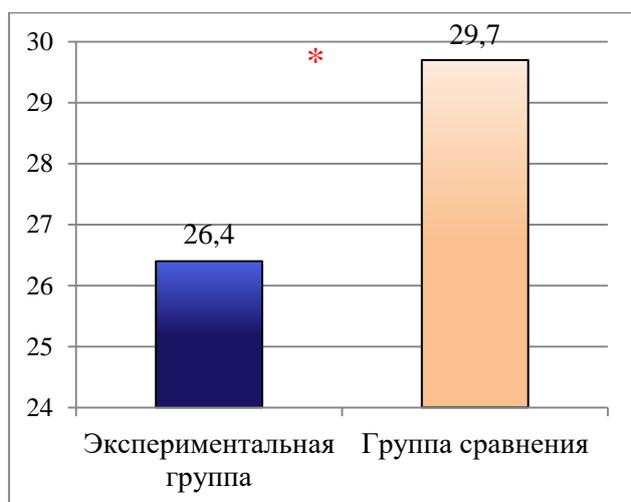


Рисунок 30 – Результаты сравнительного анализа среднего уровня общего холестерина в двух группах через 2 года после окончания программы медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий

При анализе через два года средний ИМТ в экспериментальной группе составил $26,4 \pm 3,7$ кг/м², а в группе сравнения – $29,7 \pm 3,9$ кг/м², выявлены статистически значимые различия между группами ($p=0,001$). Подобная закономерность наблюдалась и при анализе ОТ, средние значения которой составили в группе вмешательства $92,3 \pm 11,2$ см, в группе сравнения $97,1 \pm 11,1$ см, различия были статистически достоверны ($p=0,01$) (Рисунок 31).

Индекс массы тела (ИМТ), кг/м²



Окружность талии, см

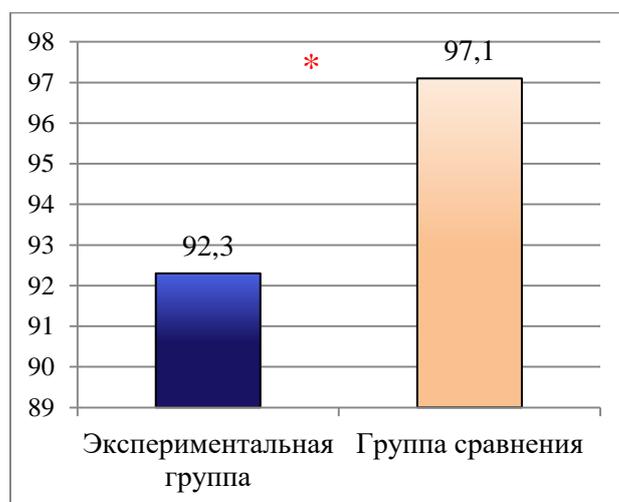


Рисунок 31 – Результаты сравнительного анализа средних значений индекса массы тела и окружности талии в двух группах через 2 года после окончания программы медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий

Таким образом, согласно полученным данным, комплексная программа медико-психологической коррекции с применением дистанционных технологий оказывает благоприятный эффект как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе на такие ФР ССЗ, как уровень АД, ОХС, ФА, употребления овощей и фруктов, значения ИМТ и ОТ, а также среднее количество сигарет, выкуриваемых в день (у курящих пациентов). Что касается влияния на такие показатели, как уровень глюкозы крови, отказ от курения и употребление алкоголя в дозах, не превышающих безопасные, проведенное исследование выявило тенденцию к их улучшению в экспериментальной группе, в том числе она сохранялась при анализе через два года, однако различия между группами не достигли статистической значимости. Отсутствие различий между группами может объясняться небольшим абсолютным количеством пациентов, имевших данные ФР, а также, возможно, необходимостью более длительного (более 12 месяцев) наблюдения и консультирования для коррекции таких привычек, как, например, курение и потребление алкоголя.

Таким образом, согласно проведенному исследованию, медико-психологическое консультирование пациентов с применением дистанционных технологий (телефонные звонки, sms-сообщения, интернет-мессенджеры) показала свою эффективность в качестве инструмента коррекции большинства ФР ССЗ. Такое консультирование может дополнять стандартное наблюдение и способствовать достижению целевых значений в отношении ФР ССЗ и, как следствие, способствовать профилактике наиболее распространенных ССЗ и их осложнений.

5.10. Корреляционный анализ

Проведен корреляционный анализ, в котором проанализированы корреляции между такими количественными показателями, как ИМТ, ОТ и уровень ОХС и исследуемыми психометрическими показателями. Анализ выполнен с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена, расчет значимости проводился с использованием поправки Бонферрони.

Исходно в обеих группах выявлены статистически значимые (с учетом поправки Бонферрони) обратные корреляции с такими показателями, как «Бегство-избегание», «Дистанцирование» (Таблица 26).

Таблица 26 – Результаты корреляционного анализа ИМТ и психометрическими показателями в обеих группах исходно

Показатель	Коэффициент ранговой корреляции Спирмена (R) с поправкой Бонферрони	Значение p
Принятие	-0,227	0,009
Беспомощность	0,247	0,004
Воспринимаемые преимущества	-0,084	0,340
ИБ	-0,094	0,271
ИЛ	0,051	0,547
ЭБ	0,071	0,404
ЭЛ	1,610	0,110
ББ	0,055	0,521
БЛ	0,188	0,026
ВНШ ЛКБ	0,089	0,296
ВНШ ЛКЛ	0,233	0,006
ОИБ	-0,021	0,806
ОЭБ	0,194	0,021
СЭ	-0,114	0,178
Семейная поддержка	0,227	0,007
Дружеская поддержка	0,011	0,896
Значимые другие	0,146	0,086
Планирование решения проблемы	-0,146	0,086
Конфронтация	-0,246	0,003
Поиск социальной поддержки	-0,058	0,494
Принятие ответственности	0,044	0,607
Самоконтроль	-0,031	0,714
Бегство-избегание	-0,321	0,0001
Дистанцирование	-0,273	0,001
Положительная переоценка	-0,171	0,044
Тревога о здоровье	0,143	0,092
Депрессия (HADS)	0,199	0,019
Тревога (HADS)	0,202	0,017
Частота пропуска лекарственной терапии	0,063	0,462
Уровень приверженности (по данным опросника Мориски-Грин)	-0,005	0,953

В экспериментальной группе исходно выявлены статистически значимые (с учетом поправки Бонферрони) обратные корреляции с такими показателями, как «Принятие», «Бегство-избегание», (Таблица 27).

Таблица 27 – Результаты корреляционного анализа ИМТ и психометрическими показателями в экспериментальной группе исходно

Показатель	Коэффициент ранговой корреляции Спирмена (R) с поправкой Бонферрони	Значение p
Принятие	-0,396	0,001
Беспомощность	0,273	0,030
Воспринимаемые преимущества	-0,053	0,681
ИБ	-0,097	0,427
ИЛ	-0,064	0,597
ЭБ	0,032	0,790
ЭЛ	0,161	0,184
ББ	-0,021	0,863
БЛ	0,118	0,332
ВНШ ЛКБ	0,029	0,812
ВНШ ЛКЛ	0,212	0,078
ОИБ	-0,098	0,420
ОЭБ	0,144	0,236
СЭ	-0,115	0,342
Семейная поддержка	0,164	0,176
Дружеская поддержка	0,081	0,503
Значимые другие	0,027	0,827
Планирование решения проблемы	-0,155	0,201
Конфронтация	-0,172	0,154
Поиск социальной поддержки	-0,143	0,239
Принятие ответственности	0,100	0,408
Самоконтроль	-0,050	0,679
Бегство-избегание	-0,383	0,001
Дистанцирование	-0,213	0,077
Положительная переоценка	-0,240	0,045
Тревога о здоровье	0,214	
Депрессия (HADS)	0,228	0,058
Тревога (HADS)	0,107	0,380
Частота пропуска лекарственной терапии	0,116	0,339
Уровень приверженности (по данным опросника Мориски-Грин)	-0,136	0,261

В группе сравнения исходно статистически значимых (с учетом поправки Бонферрони) прямых и обратных корреляций между ИМТ и психометрическими характеристиками не выявлено (Таблица 28).

Таблица 28 – Результаты корреляционного анализа ИМТ и психометрическими показателями в группе сравнения исходно

Показатель	Коэффициент ранговой корреляции Спирмена (R) с поправкой Бонферрони	Значение p
Принятие	-0,073	0,557
Беспомощность	0,213	0,081
Воспринимаемые преимущества	-0,119	0,334
ИБ	-0,099	0,417
ИЛ	0,160	0,184
ЭБ	0,094	0,440
ЭЛ	0,101	0,406
ББ	0,122	0,314
БЛ	0,239	0,046
ВНШ ЛКБ	0,128	0,291
ВНШ ЛКЛ	0,267	0,026
ОИБ	0,038	0,756
ОЭБ	0,258	0,031
СЭ	-0,147	0,226
Семейная поддержка	0,284	0,017
Дружеская поддержка	-0,039	0,745
Значимые другие	0,261	0,029
Планирование решения проблемы	-0,137	0,258
Конфронтация	-0,319	0,007
Поиск социальной поддержки	-0,003	0,978
Принятие ответственности	-0,012	0,923
Самоконтроль	0,000	0,997
Бегство-избегание	-0,282	0,018
Дистанцирование	-0,364	0,002
Положительная переоценка	-0,099	0,413
Тревога о здоровье	0,085	0,486
Депрессия (HADS)	0,167	0,168
Тревога (HADS)	0,277	0,020
Частота пропуска лекарственной терапии	-0,007	0,952
Уровень приверженности (по данным опросника Мориски-Грин)	0,089	0,466

Через 12 месяцев в обеих группах выявлены статистически значимые (с учетом поправки Бонферрони) прямые корреляции между ИМТ и такими показателями, как «Тревога о здоровье», «Тревога», «Депрессия» (Таблица 29).

Таблица 29 – Результаты корреляционного анализа ИМТ и психометрическими показателями в обеих группах через 12 месяцев

Показатель	Коэффициент ранговой корреляции Спирмена (R) с поправкой Бонферрони	Значение p
Принятие	-0,261	0,003
Беспомощность	0,268	0,002
Воспринимаемые преимущества	0,014	0,872
ИБ	-0,160	0,060
ИЛ	-0,021	0,806
ЭБ	0,086	0,313
ЭЛ	0,072	0,401
ББ	0,126	0,138
БЛ	0,080	0,348
ВНШ ЛКБ	0,152	0,072
ВНШ ЛКЛ	0,177	0,036
ОИБ	0,013	0,876
ОЭБ	0,230	0,006
СЭ	-0,071	0,401
Семейная поддержка	0,102	0,232
Дружеская поддержка	0,145	0,088
Значимые другие	0,150	0,077
Планирование решения проблемы	-0,172	0,042
Конфронтация	-0,220	0,009
Поиск социальной поддержки	-0,018	0,832
Принятие ответственности	-0,091	0,286
Самоконтроль	-0,098	0,251
Бегство-избегание	-0,225	0,008
Дистанцирование	-0,120	0,156
Положительная переоценка	-0,263	0,002
Тревога о здоровье	0,303	0,0003
Депрессия (HADS)	0,369	0,0001
Тревога (HADS)	0,303	0,0002
Частота пропуска лекарственной терапии	-0,008	0,927
Уровень приверженности (по данным опросника Мориски-Грин)	-0,071	0,404

Через 12 месяцев в экспериментальной группе статистически значимых (с учетом поправки Бонферрони) прямых и обратных корреляций между ИМТ и психометрическими характеристиками не выявлено (Таблица 30).

Таблица 30 – Результаты корреляционного анализа ИМТ и психометрическими показателями в экспериментальной группе через 12 месяцев

Показатель	Коэффициент ранговой корреляции Спирмена (R) с поправкой Бонферрони	Значение p
Принятие	-0,301	0,016
Беспомощность	0,247	0,051
Воспринимаемые преимущества	0,054	0,672
ИБ	-0,023	0,853
ИЛ	-0,070	0,562
ЭБ	-0,074	0,543
ЭЛ	0,086	0,480
ББ	-0,007	0,956
БЛ	-0,059	0,628
ВНШ ЛКБ	0,056	0,648
ВНШ ЛКЛ	0,070	0,563
ОИБ	-0,001	0,994
ОЭБ	0,084	0,490
СЭ	0,034	0,782
Семейная поддержка	0,220	0,068
Дружеская поддержка	0,244	0,042
Значимые другие	0,075	0,535
Планирование решения проблемы	-0,115	0,342
Конфронтация	0,044	0,715
Поиск социальной поддержки	-0,013	0,917
Принятие ответственности	-0,086	0,479
Самоконтроль	-0,123	0,309
Бегство-избегание	-0,278	0,020
Дистанцирование	0,002	0,990
Положительная переоценка	-0,287	0,016
Тревога о здоровье	0,327	0,006
Депрессия (HADS)	0,331	0,005
Тревога (HADS)	0,088	0,469
Частота пропуска лекарственной терапии	-0,176	0,144
Уровень приверженности (по данным опросника Мориски-Грин)	-0,077	0,524

Через 12 месяцев в группе сравнения выявлена статистически значимая (с учетом поправки Бонферрони) прямая корреляция между ИМТ и показателем «Тревога» (Таблица 31).

Таблица 31 – Результаты корреляционного анализа ИМТ и психометрическими показателями в группе сравнения через 12 месяцев

Показатель	Коэффициент ранговой корреляции Спирмена (R) с поправкой Бонферрони	Значение p
Принятие	-0,117	0,342
Беспомощность	0,171	0,162
Воспринимаемые преимущества	0,042	0,735
ИБ	-0,171	0,156
ИЛ	0,135	0,266
ЭБ	0,198	0,100
ЭЛ	0,106	0,381
ББ	0,213	0,076
БЛ	0,164	0,175
ВНШ ЛКБ	0,205	0,089
ВНШ ЛКЛ	0,242	0,043
ОИБ	0,049	0,689
ОЭБ	0,301	0,011
СЭ	-0,021	0,861
Семейная поддержка	0,138	0,253
Дружеская поддержка	0,187	0,120
Значимые другие	0,354	0,003
Планирование решения проблемы	-0,152	0,209
Конфронтация	-0,367	0,002
Поиск социальной поддержки	-0,003	0,978
Принятие ответственности	-0,004	0,977
Самоконтроль	0,036	0,765
Бегство-избегание	-0,233	0,052
Дистанцирование	-0,252	0,035
Положительная переоценка	-0,180	0,135
Тревога о здоровье	0,173	0,152
Депрессия (HADS)	0,344	0,004
Тревога (HADS)	0,415	0,001
Частота пропуска лекарственной терапии	-0,012	0,920
Уровень приверженности (по данным опросника Мориски-Грин)	0,091	0,454

Исходно в обеих группах выявлены статистически значимые (с учетом поправки Бонферрони) прямая корреляция между ОТ и показателем «Семейная поддержка» и обратные корреляции с такими показателями, как «Бегство-избегание», «Дистанцирование», «Положительная переоценка» (Таблица 32).

Таблица 32 – Результаты корреляционного анализа ОТ и психометрическими показателями в обеих группах исходно (с поправкой Бонферрони)

Показатель	Коэффициент ранговой корреляции Спирмена (R)	Значение p
Принятие	-0,172	0,049
Беспомощность	0,233	0,007
Воспринимаемые преимущества	-0,033	0,711
ИБ	-0,039	0,650
ИЛ	-0,053	0,532
ЭБ	-0,026	0,762
ЭЛ	0,144	0,090
ББ	-0,045	0,601
БЛ	0,132	0,119
ВНШ ЛКБ	-0,024	0,777
ВНШ ЛКЛ	0,186	0,028
ОИБ	0,008	0,923
ОЭБ	0,110	0,195
СЭ	-0,119	0,160
Семейная поддержка	0,338	0,00001
Дружеская поддержка	0,050	0,560
Значимые другие	0,194	0,022
Планирование решения проблемы	-0,148	0,081
Конфронтация	-0,251	0,003
Поиск социальной поддержки	-0,043	0,610
Принятие ответственности	-0,027	0,755
Самоконтроль	-0,074	0,384
Бегство-избегание	-0,357	0,00001
Дистанцирование	-0,281	0,001
Положительная переоценка	-0,280	0,001
Тревога о здоровье	0,059	0,488
Депрессия (HADS)	0,210	0,013
Тревога (HADS)	0,191	0,024
Частота пропуска лекарственной терапии	0,077	0,366
Уровень приверженности (по данным опросника Мориски-Грин)	-0,016	0,853

Исходно в экспериментальной группе выявлены статистически значимые прямая корреляция между ОТ и показателем «Семейная поддержка» и обратная корреляция с показателем «Бегство-избегание» (Таблица 33).

Таблица 33 – Результаты корреляционного анализа ОТ и психометрическими показателями в экспериментальной группе исходно (с поправкой Бонферрони)

Показатель	Коэффициент ранговой корреляции Спирмена (R)	Значение p
Принятие	-0,281	0,025
Беспомощность	0,271	0,031
Воспринимаемые преимущества	0,015	0,910
ИБ	-0,051	0,675
ИЛ	-0,213	0,076
ЭБ	-0,089	0,465
ЭЛ	0,198	0,100
ББ	-0,176	0,144
БЛ	0,123	0,309
ВНШ ЛКБ	-0,148	0,223
ВНШ ЛКЛ	0,207	0,085
ОИБ	-0,089	0,464
ОЭБ	0,058	0,632
СЭ	-0,011	0,929
Семейная поддержка	0,369	0,002
Дружеская поддержка	0,162	0,181
Значимые другие	0,134	0,268
Планирование решения проблемы	-0,140	0,247
Конфронтация	-0,175	0,148
Поиск социальной поддержки	-0,012	0,924
Принятие ответственности	0,040	0,743
Самоконтроль	-0,105	0,387
Бегство-избегание	-0,392	0,001
Дистанцирование	-0,223	0,063
Положительная переоценка	-0,343	0,004
Тревога о здоровье	0,112	0,355
Депрессия (HADS)	0,176	0,144
Тревога (HADS)	0,133	0,273
Частота пропуска лекарственной терапии	0,134	0,268
Уровень приверженности (по данным опросника Мориски-Грин)	-0,193	0,110

Исходно в группе сравнения статистически значимых (с учетом поправки Бонферрони) прямых и обратных корреляций между ОТ и психометрическими показателями не выявлено (Таблица 34).

Таблица 34 – Результаты корреляционного анализа ОТ и психометрическими показателями в группе сравнения исходно

Показатель	Коэффициент ранговой корреляции Спирмена (R) с поправкой Бонферрони	Значение р
Принятие	-0,067	0,586
Беспомощность	0,179	0,144
Воспринимаемые преимущества	-0,080	0,519
ИБ	-0,032	0,790
ИЛ	0,105	0,386
ЭБ	0,022	0,855
ЭЛ	0,073	0,548
ББ	0,076	0,533
БЛ	0,135	0,265
ВНШ ЛКБ	0,075	0,539
ВНШ ЛКЛ	0,180	0,136
ОИБ	0,080	0,510
ОЭБ	0,172	0,155
СЭ	-0,210	0,082
Семейная поддержка	0,318	0,007
Дружеская поддержка	-0,030	0,805
Значимые другие	0,256	0,032
Планирование решения проблемы	-0,150	0,216
Конфронтация	-0,308	0,010
Поиск социальной поддержки	-0,097	0,423
Принятие ответственности	-0,094	0,440
Самоконтроль	-0,020	0,870
Бегство-избегание	-0,334	0,005
Дистанцирование	-0,343	0,004
Положительная переоценка	-0,209	0,082
Тревога о здоровье	0,010	0,937
Депрессия (HADS)	0,240	0,045
Тревога (HADS)	0,235	0,051
Частота пропуска лекарственной терапии	0,012	0,924
Уровень приверженности (по данным опросника Мориски-Грин)	0,130	0,283

Через 12 месяцев в обеих группах выявлены статистически значимые (с учетом поправки Бонферрони) прямые корреляции между ОТ и такими показателями, как «Тревога о здоровье», «Депрессия», «Тревога» и обратные корреляции с такими показателями, как «Бегство-избегание», «Положительная переоценка» (Таблица 35).

Таблица 35 – Результаты корреляционного анализа ОТ и психометрическими показателями в обеих группах через 12 месяцев

Показатель	Коэффициент ранговой корреляции Спирмена (R)	Значение p
Принятие	-0,167	0,057
Беспомощность	0,160	0,067
Воспринимаемые преимущества	0,017	0,846
ИБ	-0,093	0,273
ИЛ	-0,120	0,159
ЭБ	0,025	0,771
ЭЛ	0,104	0,223
ББ	-0,001	0,988
БЛ	0,045	0,598
ВНШ ЛКБ	0,048	0,572
ВНШ ЛКЛ	0,166	0,050
ОИБ	-0,006	0,940
ОЭБ	0,118	0,164
СЭ	-0,205	0,015
Семейная поддержка	0,122	0,150
Дружеская поддержка	0,092	0,280
Значимые другие	0,127	0,135
Планирование решения проблемы	-0,143	0,092
Конфронтация	-0,231	0,006
Поиск социальной поддержки	-0,068	0,427
Принятие ответственности	-0,155	0,067
Самоконтроль	-0,089	0,297
Бегство-избегание	-0,276	0,001
Дистанцирование	-0,185	0,029
Положительная переоценка	-0,290	0,001
Тревога о здоровье	0,265	0,002
Депрессия (HADS)	0,436	0,0001
Тревога (HADS)	0,309	0,0002
Частота пропуска лекарственной терапии	0,100	0,241
Уровень приверженности (по данным опросника Мориски-Грин)	-0,061	0,471

Через 12 месяцев в экспериментальной группе выявлена статистически значимая (с учетом поправки Бонферрони) прямая корреляция между ОТ и показателем «Депрессия», обратных корреляций не обнаружено (Таблица 36).

Таблица 36 – Результаты корреляционного анализа ОТ и психометрическими показателями в экспериментальной группе через 12 месяцев

Показатель	Коэффициент ранговой корреляции Спирмена (R)	Значение p
Принятие	-0,114	0,373
Беспомощность	0,139	0,278
Воспринимаемые преимущества	0,081	0,526
ИБ	0,095	0,433
ИЛ	-0,223	0,064
ЭБ	-0,142	0,240
ЭЛ	0,166	0,169
ББ	-0,168	0,164
БЛ	-0,026	0,833
ВНШ ЛКБ	-0,127	0,295
ВНШ ЛКЛ	0,149	0,217
ОИБ	-0,025	0,837
ОЭБ	-0,036	0,765
СЭ	-0,020	0,868
Семейная поддержка	0,268	0,025
Дружеская поддержка	0,137	0,258
Значимые другие	0,134	0,270
Планирование решения проблемы	-0,052	0,671
Конфронтация	0,148	0,222
Поиск социальной поддержки	0,017	0,886
Принятие ответственности	-0,185	0,124
Самоконтроль	-0,005	0,967
Бегство-избегание	-0,273	0,022
Дистанцирование	-0,090	0,461
Положительная переоценка	-0,195	0,106
Тревога о здоровье	0,263	0,028
Депрессия (HADS)	0,417	0,0003
Тревога (HADS)	0,063	0,607
Частота пропуска лекарственной терапии	-0,029	0,814
Уровень приверженности (по данным опросника Мориски-Грин)	-0,070	0,567

Через 12 месяцев в группе сравнения выявлены статистически значимые (с учетом поправки Бонферрони) прямые корреляции между ОТ и такими показателями, как «Значимые другие», «Депрессия», «Тревога» и обратная корреляция с таким показателем, как «Конфронтация» (Таблица 37).

Таблица 37 – Результаты корреляционного анализа ОТ и психометрическими показателями в группе сравнения через 12 месяцев

Показатель	Коэффициент ранговой корреляции Спирмена (R)	Значение p
Принятие	-0,098	0,428
Беспомощность	0,050	0,683
Воспринимаемые преимущества	0,013	0,916
ИБ	-0,121	0,320
ИЛ	0,065	0,590
ЭБ	0,147	0,225
ЭЛ	0,085	0,483
ББ	0,074	0,544
БЛ	0,094	0,439
ВНШ ЛКБ	0,105	0,386
ВНШ ЛКЛ	0,149	0,219
ОИБ	0,045	0,713
ОЭБ	0,167	0,166
СЭ	-0,196	0,104
Семейная поддержка	0,132	0,276
Дружеская поддержка	0,150	0,216
Значимые другие	0,253	0,035
Планирование решения проблемы	-0,138	0,256
Конфронтация	-0,413	0,0004
Поиск социальной поддержки	-0,100	0,408
Принятие ответственности	-0,059	0,627
Самоконтроль	0,006	0,960
Бегство-избегание	-0,297	0,013
Дистанцирование	-0,257	0,032
Положительная переоценка	-0,263	0,028
Тревога о здоровье	0,146	0,228
Депрессия (HADS)	0,390	0,001
Тревога (HADS)	0,431	0,0008
Частота пропуска лекарственной терапии	0,118	0,329
Уровень приверженности (по данным опросника Мориски-Грин)	0,089	0,464

Исходно в обеих группах статистически значимых (с учетом поправки Бонферрони) прямых и обратных корреляций между ОХС и психометрическими показателями не выявлено (Таблица 38).

Таблица 38 – Результаты корреляционного анализа ОХС и психометрическими показателями в обеих группах исходно

Показатель	Коэффициент ранговой корреляции Спирмена (R)	Значение p
Принятие	-0,136	0,120
Беспомощность	-0,015	0,864
Воспринимаемые преимущества	-0,013	0,886
ИБ	0,013	0,881
ИЛ	-0,020	0,810
ЭБ	-0,078	0,358
ЭЛ	0,056	0,512
ББ	-0,003	0,970
БЛ	-0,059	0,491
ВНШ ЛКБ	-0,077	0,366
ВНШ ЛКЛ	-0,005	0,949
ОИБ	0,017	0,840
ОЭБ	-0,048	0,570
СЭ	-0,069	0,421
Семейная поддержка	0,178	0,035
Дружеская поддержка	0,136	0,109
Значимые другие	0,120	0,157
Планирование решения проблемы	0,102	0,232
Конфронтация	-0,030	0,725
Поиск социальной поддержки	0,040	0,639
Принятие ответственности	0,134	0,113
Самоконтроль	0,109	0,200
Бегство-избегание	-0,192	0,023
Дистанцирование	-0,236	0,005
Положительная переоценка	-0,060	0,481
Тревога о здоровье	0,060	0,479
Депрессия (HADS)	0,141	0,096
Тревога (HADS)	0,019	0,826
Частота пропуска лекарственной терапии	-0,089	0,297
Уровень приверженности (по данным опросника Мориски-Грин)	0,081	0,339

Исходно в экспериментальной группе статистически значимых (с учетом поправки Бонферрони) прямых и обратных корреляций между ОХС и психометрическими показателями не выявлено (Таблица 39).

Таблица 39 – Результаты корреляционного анализа ОХС и психометрическими показателями в экспериментальной группе исходно

Показатель	Коэффициент ранговой корреляции Спирмена (R) с поправкой Бонферрони	Значение p
Принятие	-0,164	0,2004
Беспомощность	0,0287	0,8234
Воспринимаемые преимущества	-0,023	0,8599
ИБ	0,0549	0,6519
ИЛ	-0,105	0,3871
ЭБ	-0,04	0,7403
ЭЛ	0,0504	0,6789
ББ	-0,025	0,8394
БЛ	0,0121	0,9206
ВНШ ЛКБ	-0,135	0,2635
ВНШ ЛКЛ	0,0276	0,8205
ОИБ	-0,025	0,8353
ОЭБ	-0,022	0,8553
СЭ	-0,049	0,6842
Семейная поддержка	0,3212	0,0067
Дружеская поддержка	0,3032	0,0107
Значимые другие	0,252	0,0354
Планирование решения проблемы	-0,025	0,8348
Конфронтация	0,0296	0,8078
Поиск социальной поддержки	0,0698	0,5658
Принятие ответственности	0,1262	0,2977
Самоконтроль	0,0497	0,6829
Бегство-избегание	-0,26	0,0296
Дистанцирование	-0,213	0,0774
Положительная переоценка	-0,047	0,6992
Тревога о здоровье	0,0928	0,4447
Депрессия (HADS)	0,264	0,0272
Тревога (HADS)	0,1543	0,2022
Частота пропуска лекарственной терапии	-0,085	0,4847
Уровень приверженности (по данным опросника Мориски-Грин)	0,083	0,4946

Исходно в группе сравнения статистически значимых (с учетом поправки Бонферрони) прямых и обратных корреляций между ОХС и психометрическими показателями не выявлено (Таблица 40).

Таблица 40 – Результаты корреляционного анализа ОХС и психометрическими показателями в группе сравнения исходно

Показатель	Коэффициент ранговой корреляции Спирмена (R)	Значение p
Принятие	-0,118	0,339
Беспомощность	0,001	0,991
Воспринимаемые преимущества	0,009	0,940
ИБ	0,011	0,929
ИЛ	0,091	0,455
ЭБ	-0,151	0,211
ЭЛ	0,076	0,532
ББ	0,025	0,840
БЛ	-0,193	0,110
ВНШ ЛКБ	-0,033	0,783
ВНШ ЛКЛ	-0,031	0,797
ОИБ	0,071	0,557
ОЭБ	-0,089	0,465
СЭ	-0,074	0,540
Семейная поддержка	0,009	0,939
Дружеская поддержка	-0,075	0,538
Значимые другие	-0,068	0,574
Планирование решения проблемы	0,239	0,047
Конфронтация	-0,060	0,624
Поиск социальной поддержки	-0,018	0,880
Принятие ответственности	0,151	0,212
Самоконтроль	0,151	0,212
Бегство-избегание	-0,092	0,449
Дистанцирование	-0,290	0,015
Положительная переоценка	-0,100	0,410
Тревога о здоровье	0,006	0,959
Депрессия (HADS)	-0,008	0,947
Тревога (HADS)	-0,106	0,384
Частота пропуска лекарственной терапии	-0,111	0,362
Уровень приверженности (по данным опросника Мориски-Грин)	0,138	0,255

Через 12 месяцев в обеих группах статистически значимых (с учетом поправки Бонферрони) прямых и обратных корреляций между ОХС и психометрическими показателями не выявлено (Таблица 41).

Таблица 41 – Результаты корреляционного анализа ОХС и психометрическими показателями в обеих группах через 12 месяцев

Показатель	Коэффициент ранговой корреляции Спирмена (R) с поправкой Бонферрони	Значение p
Принятие	-0,193	0,027
Беспомощность	0,137	0,118
Воспринимаемые преимущества	-0,108	0,218
ИБ	0,011	0,895
ИЛ	0,036	0,670
ЭБ	0,080	0,349
ЭЛ	-0,041	0,629
ББ	0,072	0,399
БЛ	0,181	0,033
ВНШ ЛКБ	0,007	0,937
ВНШ ЛКЛ	0,093	0,274
ОИБ	0,092	0,278
ОЭБ	0,027	0,752
СЭ	-0,067	0,432
Семейная поддержка	-0,048	0,576
Дружеская поддержка	-0,140	0,098
Значимые другие	-0,047	0,582
Планирование решения проблемы	-0,196	0,020
Конфронтация	-0,119	0,163
Поиск социальной поддержки	-0,087	0,309
Принятие ответственности	-0,124	0,145
Самоконтроль	-0,151	0,075
Бегство-избегание	-0,011	0,900
Дистанцирование	-0,152	0,073
Положительная переоценка	-0,137	0,106
Тревога о здоровье	0,116	0,173
Депрессия (HADS)	0,083	0,330
Тревога (HADS)	0,103	0,228
Частота пропуска лекарственной терапии	0,128	0,131
Уровень приверженности (по данным опросника Мориски-Грин)	-0,226	0,007

Через 12 месяцев в экспериментальной группе статистически значимых (с учетом поправки Бонферрони) прямых и обратных корреляций между ОХС и психометрическими показателями не выявлено (Таблица 42).

Таблица 42 – Результаты корреляционного анализа ОХС и психометрическими показателями в экспериментальной группе через 12 месяцев

Показатель	Коэффициент ранговой корреляции Спирмена (R)	Значение p
Принятие	-0,175	0,171
Беспомощность	0,054	0,673
Воспринимаемые преимущества	-0,189	0,139
ИБ	0,089	0,462
ИЛ	0,060	0,621
ЭБ	0,027	0,825
ЭЛ	0,081	0,505
ББ	0,012	0,923
БЛ	0,099	0,413
ВНШ ЛКБ	-0,067	0,582
ВНШ ЛКЛ	0,022	0,856
ОИБ	-0,086	0,476
ОЭБ	-0,004	0,974
СЭ	-0,057	0,637
Семейная поддержка	-0,071	0,558
Дружеская поддержка	-0,093	0,445
Значимые другие	-0,066	0,585
Планирование решения проблемы	-0,098	0,418
Конфронтация	-0,107	0,376
Поиск социальной поддержки	-0,164	0,174
Принятие ответственности	-0,014	0,906
Самоконтроль	-0,136	0,260
Бегство-избегание	0,039	0,749
Дистанцирование	-0,133	0,272
Положительная переоценка	0,007	0,954
Тревога о здоровье	0,089	0,464
Депрессия (HADS)	0,125	0,301
Тревога (HADS)	0,063	0,606
Частота пропуска лекарственной терапии	-0,009	0,940
Уровень приверженности (по данным опросника Мориски-Грин)	-0,118	0,331

Через 12 месяцев в группе сравнения статистически значимых (с учетом поправки Бонферрони) прямых и обратных корреляций между ОХС и психометрическими показателями не выявлено (Таблица 43).

Таблица 43 – Результаты корреляционного анализа ОХС и психометрическими показателями в группе сравнения через 12 месяцев

Показатель	Коэффициент ранговой корреляции Спирмена (R)	Значение p
Принятие	-0,091	0,458
Беспомощность	0,118	0,339
Воспринимаемые преимущества	0,006	0,961
ИБ	0,101	0,407
ИЛ	0,160	0,186
ЭБ	0,161	0,184
ЭЛ	-0,052	0,670
ББ	0,074	0,542
БЛ	0,240	0,045
ВНШ ЛКБ	0,107	0,379
ВНШ ЛКЛ	0,113	0,350
ОИБ	0,153	0,207
ОЭБ	0,042	0,732
СЭ	0,033	0,785
Семейная поддержка	0,109	0,371
Дружеская поддержка	-0,109	0,370
Значимые другие	0,104	0,390
Планирование решения проблемы	-0,125	0,302
Конфронтация	-0,119	0,326
Поиск социальной поддержки	0,019	0,875
Принятие ответственности	-0,120	0,321
Самоконтроль	-0,025	0,836
Бегство-избегание	-0,053	0,663
Дистанцирование	-0,247	0,039
Положительная переоценка	-0,101	0,406
Тревога о здоровье	0,075	0,536
Депрессия (HADS)	0,011	0,928
Тревога (HADS)	0,111	0,359
Частота пропуска лекарственной терапии	0,120	0,322
Уровень приверженности (по данным опросника Мориски-Грин)	-0,224	0,063

Таким образом, результаты корреляционного анализа показали, что исходно наблюдались прямые корреляции между ОТ и показателем «Семейная поддержка» (в обеих группах и в экспериментальной группе) и обратные корреляции между ИМТ и такими показателями, как «Принятие» (экспериментальная группа), «Бегство-избегание» (в обеих группах и в экспериментальной группе), «Дистанцирование» (обе группы), а также между ОТ и такими показателями, как «Бегство-избегание» (в обеих группах и в экспериментальной группе), «Дистанцирование» (обе группы), «Положительная переоценка» (обе группы). Статистически значимых прямых и обратных корреляций уровня ОХС и психометрических показателей не обнаружено (Рисунок 32).

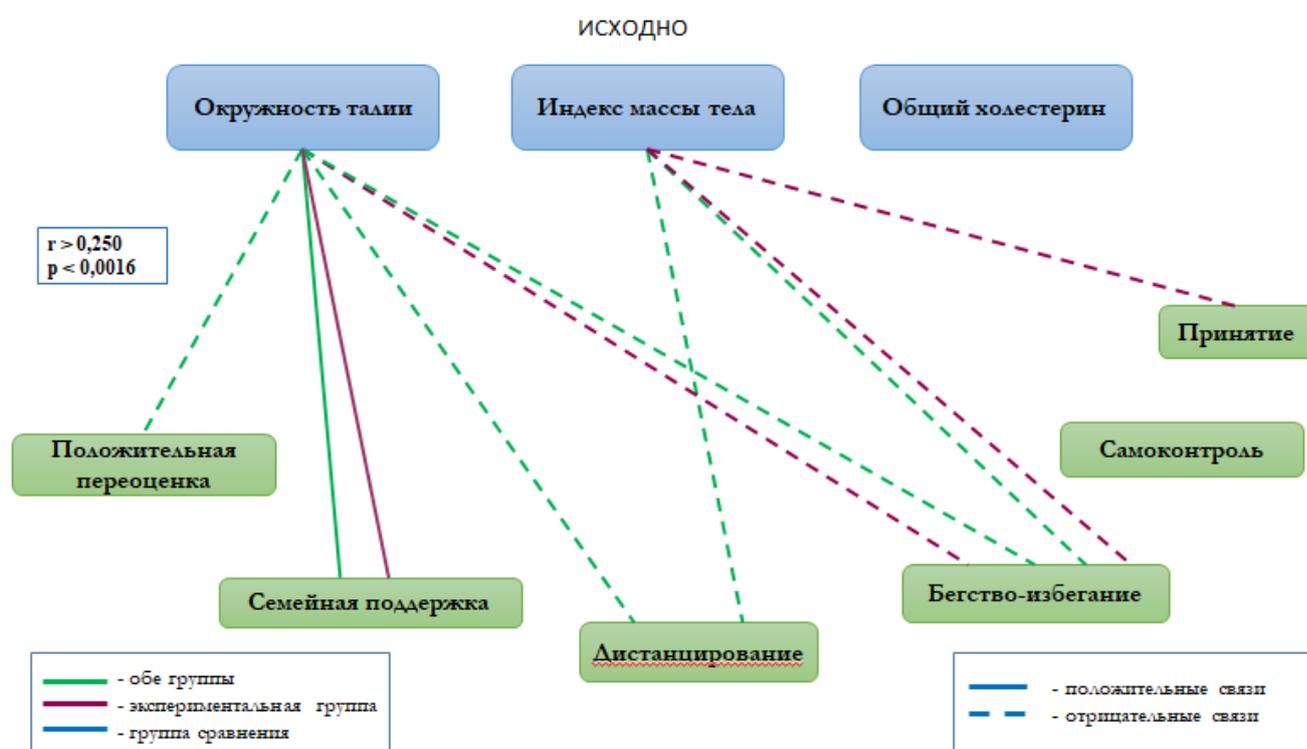


Рисунок 32 – Результаты корреляционного анализа в обеих группах, в экспериментальной и группе сравнения исходно

Через 12 месяцев выявлены прямые корреляции между ИМТ и показателями «Тревога» (обе группы и группа сравнения), «Тревога о здоровье» (обе группы), «Депрессия» (обе группы), а также между ОТ и показателями «Значимые другие» (группа сравнения), «Тревога» (обе группы и группа сравнения), «Тревога о здоровье» (обе группы), «Депрессия» (обе группы, экспериментальная группа и группа сравнения) (Рисунок 16); а также обратные корреляции между ОТ и

показателем «Положительная переоценка» (обе группы), «Бегство-избегание» (обе группы), «Конфронтация» (группа сравнения). Статистически значимых прямых и обратных корреляций уровня ОХС и психометрических показателей не обнаружено (Рисунок 33).

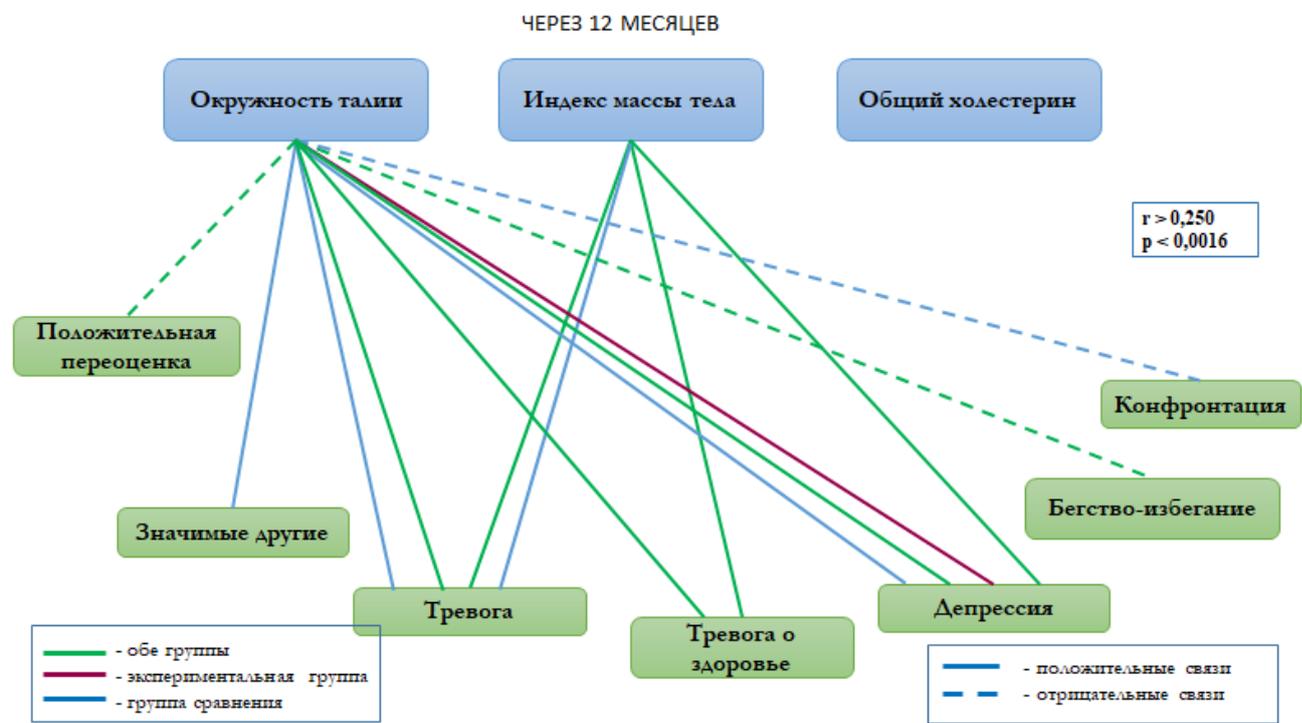


Рисунок 33 – Результаты корреляционного анализа в обеих группах, в экспериментальной и группе сравнения через 12 месяцев

Примечательно, что выявлены корреляции между психометрическими показателями и такими параметрами, как ОТ и ИМТ, в то время как для уровня ОХС ни исходно, ни через 12 месяцев значимых корреляций не выявлено. Это может говорить о наличии связи между психологическим статусом человека и ОТ и ИМТ, и об отсутствии значимой связи психологического статуса человека и его уровнем ОХС.

Заключение

Победа над большинством инфекционных заболеваний, являвшихся основными причинами смертности в прошлом, и связанное с этим увеличение продолжительности жизни ставят перед медицинским сообществом принципиально новые задачи. В настоящее время основными причинами смертности являются ХНИЗ и лидирующими среди них являются кардиоваскулярные патологии [308, 309]. В борьбе с ССЗ чрезвычайно важное место занимает профилактика на всех уровнях, заключающаяся прежде всего в контроле основных ФР развития ССЗ [78, 227]. При этом достижения современной медицинской науки позволяют проводить профилактические мероприятия эффективно и с малыми затратами, то есть экономически эффективно.

Изучение и расширение возможностей коррекции ФР ССЗ чрезвычайно актуально, в связи с тем, что именно достижение целевых показателей основных ФР ССЗ позволяет предотвратить около 90% инфарктов и инсультов, которые, в свою очередь, являются основной причиной заболеваемости и смертности как в России, так и во всем мире [79, 173, 302, 308, 309]. При этом, несмотря на значительные успехи в области возможности коррекции ряда ФР – новые препараты для снижения АД, коррекции дислипидемий, контроля уровня глюкозы крови – отмечается значимый рост ряда ФР, таких как гиподинамия, ожирение, СД [35]. Такой рост связан прежде всего с изменением образа жизни человека – технологизацией общества, повышением доступности автотранспорта, увеличением размера средней разовой порции и т.п. [2, 34].

Коррекция ФР ССЗ неизбежно связана с изменением образа жизни и привычек человека. В связи с этим такая коррекция невозможна без применения методов медицинской психологии, направленных на работу с глубинными установками и паттернами поведения. В настоящее время исследователи все больше акцентируют внимание на том, что работу по профилактике ССЗ

необходимо начинать как можно раньше, в идеале – еще на пренатальном и даже на прекоцепционном этапах жизни человека, когда будущие родители только планируют беременность. Это связано с тем, что образ жизни будущих родителей (уровень ФА, ИМТ, отсутствие курения и т.п.) влияет на вероятность развития ССЗ у их ребенка как в детском, так и во взрослом возрасте [81, 121]. Таким образом, в подавляющем числе случаев контроль ФР ССЗ сводится во многом к психологической и психотерапевтической работе, помогающей человеку выработать полезные привычки образа жизни и отказаться от вредных (при их наличии). Роль медицинской психологии в решении данных вопросов является решающей. Необходимо отметить, что в подготовке врачей терапевтического профиля обучению психологическим аспектам работы с пациентами отводится недостаточно внимания [42, 46, 266].

Вместе с тем современная психологическая наука и практика обладают мощным инструментарием, позволяющим эффективно решать вопросы, посвященные коррекции поведенческих привычек и достижению целевых значений по основным ФР ССЗ. Эффективность таких психологических технологий, как МИ, учет стадии изменений согласно транстеоретической модели, изучение и коррекция ВКЗ, ВКБ и ВКЛ пациентов и др. доказана в разнообразных исследованиях [73, 199, 238].

Помимо сохранения здоровья сердечно-сосудистой системы достижение целевых показателей по основным ФР ССЗ позволяет снизить не только вероятность развития заболеваний системы кровообращения, но и других основных распространенных ХНИЗ (хроническая обструктивная болезнь легких, онкологические заболевания, СД и др.) [143, 308], что вносит дополнительный вклад в снижение смертности. Данные крупных эпидемиологических исследований позволяют говорить о том, что именно изменения основных ФР лежат в основе наблюдаемого снижения смертности, обуславливая около двух третей такого снижения [163].

К числу основных модифицируемых ФР ССЗ в настоящее время относят курение, повышенный уровень ОХС и липопротеидов низкой плотности,

повышенный уровень АД, малоподвижный образ жизни, нерациональное питание (в том числе недостаточный уровень употребления овощей и фруктов), ожирение, в особенности абдоминальное ожирение, психосоциальные ФР, избыточное употребление алкоголя, повышенный уровень глюкозы крови [78, 225, 227]. Распространенность ФР ССЗ в российской популяции высока и по ряду показателей за последние десятилетия наблюдается существенный рост [2].

Профилактические мероприятия у лиц с наличием ФР ССЗ чрезвычайно важны и должны быть в кругу внимания медицинских специалистов любого профиля. Раннее выявление ФР ССЗ и своевременная их коррекция являются основой сохранения здоровья граждан. Исследования показывают экономическую эффективность подобных вмешательств, которая особенно высока в долгосрочной перспективе [80, 182, 261].

В последние годы происходит стремительное развитие и повсеместное распространение новых информационных технологий, дающих возможность простой прямой и доступной связи между людьми из большинства точек нашей страны и мира в целом [45]. Происходит переход в новую информационную формацию, когда практически у каждого человека имеется доступ к мобильной связи, сети Интернет, что значительно расширяет возможности для взаимодействия, в том числе между персоналом медико-психологических служб и пациентами с ФР ССЗ.

Диссертационная работа посвящена разработке и изучению нового комплексного подхода к профилактике и контролю ФР ССЗ – объединению достижений медицинской и психологической наук, а также использованию современных дистанционных цифровых технологий. Такой подход позволяет проводить качественную работу по коррекции ФР ССЗ на принципиально новом уровне. Психологические технологии, такие как МИ, учет стадии изменений, копинг-профилактика, корректировка ВКЗ, ВКБ и ВКЛ и ряд других позволяют проводить эффективную психокоррекционную работу и добиваться выработки новых здоровых привычек у консультируемых пациентов, а также повышать их приверженность медикаментозному и немедикаментозному профилактическому

лечению [60]. Внедрение достижений медицинской науки дают возможность эффективно контролировать и достигать целевых значений по таким ФР ССЗ, как повышенный уровень АД, гиперхолестеринемия, повышенный уровень глюкозы крови. Дистанционные технологии значительно расширяют возможности длительного контроля ФР ССЗ, облегчают взаимодействие медицинского персонала с пациентом, отслеживание динамики ФР даже на протяжении значительных периодов времени, обеспечивают персонифицированный подход к пациенту.

В настоящее исследование было включено 140 человек в возрасте 18 лет и старше с ФР ССЗ, из которых 70 вошли в экспериментальную группу (группа медико-психологической коррекции с применением дистанционных технологий), 70 – в группу сравнения (группа стандартного наблюдения). Группы были сравнимы между собой по полу, возрасту, отягощенности по ФР ССЗ и сопутствующей патологии.

В экспериментальной группе помимо стандартного наблюдения были проведены первичная очная консультация, а затем – дистанционные консультации на протяжении 12 месяцев, далее - заключительная очная консультация. Дистанционные консультации осуществлялись посредством телефонной связи один раз в месяц и чаще (согласно принципам персонализированного подхода к каждому пациенту). Активно использовался метод углубленного медико-психологического профилактического консультирования с применением современных психологических технологий, таких как МИ, учет стадии изменений согласно транстеоретической модели, копинг-профилактика, повышение осознанности пациентов в отношении своего здоровья, технология углубленного профилактического консультирования, целенаправленное использование методов повышения приверженности, изучение и корректировка ВКЗ, ВКБ и ВКЛ. Осуществлялась пересылка информационных материалов и мотивирующих напоминаний относительно поставленных целей посредством современных средств связи (телефон, sms-сообщения, электронная почта, интернет-

мессенджеры), а также получение обратной связи от пациентов, ответы на их вопросы.

В рамках проведения исследования был разработан методический аппарат для сравнительной оценки эффективности медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий и стандартного наблюдения. В том числе, разработан специальный опросник, который включил социально-демографическую информацию, вопросы, посвященные ФР ССЗ, изучению приверженности, а также ряд психодиагностических методик.

В процессе исследования выполнено изучение когнитивных представлений о болезни у пациентов с ФР ССЗ. Выявлено, что в целом у пациентов преобладают такие адаптивные интерпретационные стили, как «принятие» и «воспринимаемые преимущества». Однако у четверти пациентов (25%) преобладает дезадаптивный интерпретационный стиль «Беспомощность». Также обнаружено, что проведение медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий в течение года достоверно повышает выраженность такого адаптивного стиля, как «Принятие», и снижает выраженность дезадаптивного стиля «Беспомощность», что может способствовать повышению осознанного отношения пациентов к своему здоровью и увеличению приверженности медикаментозным и немедикаментозным методам профилактики и лечения ССЗ [60].

При оценке локуса контроля в отношении причин болезни и лечения у пациентов с ФР ССЗ выявлено преобладание внешнего локуса контроля в отношении болезни и лечения. Обнаружен ряд различий в подгруппах мужчин и женщин. В частности, у женщин более выражен внешний локус контроля в отношении причин болезни, а у мужчин – внешний локус контроля в отношении лечения [52]. Сравнительный анализ результатов экспериментальной и контрольной групп по окончании 12 месяцев исследования показал, что проведение медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий приводит к увеличению выраженности внутреннего локуса контроля как в отношении болезни, так и в отношении лечения, а также к повышению самоэффективности в отношении болезни и лечения. Интернализация локуса

контроля, наряду с повышением самоэффективности могут служить важными факторами успеха в повышении приверженности и достижении целевых показателей по основным ФР ССЗ. Среди прочего одним из факторов, который мог способствовать повышению интернальности локуса контроля пациентов с ФР ССЗ явилось использование модели партнерских отношений с пациентом и целенаправленное создание такого стиля консультирования, как при проведении очного, так и дистанционного консультирования.

По истечении 12 месяцев проведения программы медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий проанализировано влияние такой программы на восприятие основных источников социальной поддержки у пациентов с ФР ССЗ. Выявлено, что у пациентов экспериментальной группы наблюдалось повышение показателей восприятия социальной поддержки по трем основным источникам – семья, друзья и значимые другие [60]. Перспективным направлением исследований может являться изучение возможностей вовлечения в процесс консультирования родственников пациента, сравнение возможностей расширения от индивидуального до группового консультирования. Безусловно, увеличение показателей восприятия социальной поддержки может приводить к снижению уровня стресса, тревоги и депрессии – важных ФР ССЗ.

Важным аспектом при проведении профилактического консультирования является учет особенностей совладающего поведения пациентов. Исходно выявлено умеренное использование всех основных стратегий совладающего поведения. При этом в подгруппе мужчин обнаружено более частое использование стратегии «Конфронтация» по сравнению с подгруппой женщин [263]. Сравнительный анализ экспериментальной группы и группы стандартного наблюдения показал, что медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий через 12 месяцев повышает частоту использования таких конструктивных копинг-стратегий, как «Планирование решения проблемы», «Принятие ответственности», «Самоконтроль» и

«Положительная переоценка». Это может говорить об увеличении выраженности адаптивного поведения пациентов в ситуации болезни.

При работе по достижению целевых показателей основных ФР ССЗ большое значение имеют уровни тревоги, депрессии и тревоги о здоровье у пациентов. Влияние данных факторов реализуется как непосредственно, путем прямого повышения риска ССЗ, так и опосредованно, путем снижения приверженности медикаментозному и немедикаментозному профилактическому лечению. Проведенный анализ показал, что в целом у пациентов с ФР ССЗ уровень тревоги о здоровье ниже, чем у пациентов с выраженной тревогой, но выше, чем у здоровых добровольцев. При этом средние уровни тревоги и депрессии, определяемые по шкале HADS, были ниже пограничных уровней субклинической тревоги и субклинической депрессии. Примечательно, что уровень тревоги в целом и уровень тревоги о здоровье в частности у женщин оказался выше, чем у мужчин, что согласуется с результатами других исследований [219]. При анализе результатов через 12 месяцев проведения программы медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий, выявлено, что в экспериментальной группе уровень тревоги о здоровье снижается по сравнению с пациентами группы стандартного наблюдения.

Одним из важнейших компонентов успеха профилактики ССЗ является приверженность лечению. Во многом это обусловлено частой ситуацией отсутствия какой-либо симптоматики у пациентов с ФР ССЗ. В нашем исследовании выявлено, что проведение у таких пациентов программы медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий приводит к снижению частоты пропуска назначенной терапии, а также к повышению уровня приверженности пациентов назначенному лечению [60]. Безусловно, важнейшими моментами изучаемой программы, которые могут способствовать повышению приверженности пациентов, являются опора на проверенные психологические технологии, регулярный контакт и поддержка медицинского персонала, интернализация локуса контроля в отношении болезни и лечения, повышение частоты использования адаптивных копинг-стратегий,

информационно-образовательная часть программы (повышение грамотности пациентов относительно профилактики ССЗ и их ФР).

Все перечисленные психологические эффекты явились важной основой улучшения профиля ФР ССЗ в экспериментальной группе.

В частности через 12 месяцев проведения программы медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий отмечалось увеличение доли пациентов, употребляющих целевое количество (400 г в день или более) овощей и фруктов относительно группы сравнения ($p=0,006$) [55, 267]. Пациенты, которые не смогли достичь целевого уровня ежедневного употребления овощей и фруктов, указывали, что основным лимитирующим фактором являются высокие цены на фрукты и овощи, особенно в зимний и весенний сезоны. Данный факт позволяет предположить, что для улучшения ситуации на популяционном уровне государственная политика в плане ценообразования на продукты здорового питания может иметь значимый эффект.

Что касается ФА, в исследовании проведена оценка достаточности ее уровня в соответствии с рекомендациями ВОЗ, согласно которым взрослым людям, рекомендуется 150 минут и более умеренной ФА в неделю. В результате проведенной программы медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий уровень ФА через 12 месяцев в экспериментальной группе оказался выше, чем в группе сравнения ($p=0,003$) [55, 267]. Важно отметить, что дистанционный формат консультирования один раз в месяц и чаще позволял персонифицировать цели каждого пациента, обеспечить постепенное расширение уровня ФА с учетом индивидуальных предпочтений и обсуждением сложностей, возникающих при изменении образа жизни.

Одной из важных задач дистанционного медико-психологического консультирования явилось снижение ИМТ и ОТ пациентов с избыточной массой тела и ожирением. Данный ФР имеет множественные неблагоприятные метаболические эффекты. Выявлено, что через 12 месяцев консультирования у пациентов экспериментальной группы отмечалось статистически значимое снижение ИМТ ($p=0,0003$) и ОТ ($p=0,002$) относительно группы сравнения.

Примечательно, что в группе сравнения, в отличие от экспериментальной группы, за 12 месяцев исследования данные показатели увеличились [55, 267].

Вредоносные эффекты курения на здоровье сердечно-сосудистой системы и организма в целом широко известны и доказаны в многочисленных исследованиях. По прошествии 12 месяцев медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий наблюдалась тенденция к снижению процента курящих пациентов относительно группы сравнения, однако она не достигла статистической значимости. При этом выявлено достоверно значимое уменьшение среднего количества выкуриваемых в день сигарет в группе вмешательства относительно группы сравнения ($p=0,03$) [55, 267].

При анализе уровня употребления алкоголя исходно и через 12 месяцев статистически значимых различий между экспериментальной группой и группой сравнения не выявлено. Вероятно, это может быть связано с исходно невысоким уровнем употребления алкоголя в группах [55, 267].

Одним из основных ФР ССЗ является повышенный уровень артериального давления. Процент пациентов, достигших целевых цифр АД $<140/90$ мм. рт. ст. оказался статистически выше в группе медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий по сравнению с группой сравнения ($p=0,002$). Такому результату могли способствовать регулярный дистанционный контакт и обсуждение вопросов с медицинским персоналом, применяемые психологические технологии, повышение приверженности терапии, а также улучшение контроля других ФР, таких как повышение ФА, оздоровление профиля питания, снижение массы тела и ОТ [55, 267].

В исследовании было проанализировано влияние программы медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий на уровень глюкозы крови. Выявлено, что как исходно, так и через 12 месяцев, достоверных различий между экспериментальной группой и группой сравнения не выявлено ($p>0,05$). Можно предположить, что это связано с исходно высоким вниманием пациентов обеих групп к уровню глюкозы крови [55, 267].

Важной проблемой профилактической кардиологии является недостижение целевых показателей липидного профиля у подавляющего большинства пациентов с дислипидемиями. Данному явлению среди прочего могут способствовать бессимптомность гиперхолестеринемии, необходимость постоянного длительного лечения, большое количество противоречивой информации в интернете, в которой нередко преувеличены побочные эффекты липидснижающей терапии. Программа медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий дает уникальную возможность длительного экстенсивного наблюдения, что позволяет актуализировать и выводить в зону осознанности пациентов необходимость контроля даже бессимптомных нарушений липидного обмена, подробно обсуждать и деактуализировать страхи и сомнения больных относительно побочных эффектов постоянной гиполипидемической терапии. Все это способствует повышению приверженности пациентов назначенному лечению. В нашем исследовании выявлено достоверное снижение уровня ОХС крови в экспериментальной группе относительно группы сравнения через 12 месяцев проведения медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий ($p=0,004$) [55, 267].

С целью проверки устойчивости наблюдаемых благоприятных изменений выполнено исследование долгосрочного влияния программы медико-психологической коррекции применением дистанционных технологий на профиль ФР ССЗ (через два года после окончания программы). Для его проведения использовались методы анализа медицинской документации и телефонная связь с пациентами. Результаты данного исследования показали, что полученные исходно благоприятные результаты сохраняются с течением времени в отношении таких параметров, как уровень АД, ОХС, употребление овощей и фруктов 400 г в день и более, уровень ФА 150 минут в неделю и более, значения ИМТ и ОТ, снижение среднего количества сигарет, выкуриваемых в день (у курящих пациентов).

Полученные в диссертационной работе данные согласуются с результатами других исследователей. В рандомизированном исследовании S. Barrett и соавт. изучалось влияние 12-недельного телемедицинского вмешательства,

направленного на повышение и поддержание должного уровня ФА у амбулаторных пациентов с гиподинамией [96, 97]. Вмешательство включило образовательную сессию и восемь 30-минутных телефонных сессии с использованием МИ и когнитивно-поведенческой терапии [96]. В исследование вошло 72 участника (75% женщины, средний возраст 53 ± 8 лет, средний ИМТ $30,8 \pm 4,1$ кг/м²). В группе вмешательства наблюдалось увеличение уровня ФА умеренной и высокой интенсивности ($p < 0,001$), эффективности в отношении ФА ($p < 0,001$), снижение массы тела ($p < 0,001$), ОТ ($p < 0,001$), ИМТ ($p < 0,001$), риска СД 2 типа ($p < 0,001$), улучшение показателей качества жизни, связанного со здоровьем ($p < 0,001$). Позитивные изменения были устойчивы во времени и сохраняли свою выраженность и через шесть месяцев после окончания вмешательства [96, 97]. Авторы выявили низкую стоимость и экономическую эффективность вмешательства с использованием телефонного дистанционного консультирования [97].

В работе Н.П. Ляминой и соавт. исследована телемедицинская система скрининга и мониторинга ФР кардиоваскулярных заболеваний. Мониторинг осуществлялся в течение двух месяцев, включал постановку индивидуальных терапевтических целей, отсроченные профилактические онлайн-консультации и онлайн «Школу пациента». Выявлен высокий уровень приверженности врачебным рекомендациям в целом; у пациентов кардиологического профиля приверженность немедикаментозным методам составила 83%, медикаментозным – 92% [30].

К. Наас и соавт. провели анализ эффективности дистанционного вмешательства для людей с избыточной массой тела и ожирением [150]. Исследователи выявили, что среднее снижение массы тела за 52 недели составило 4,9 кг ($p < 0,001$). Кроме того, наблюдалось статистически значимое улучшение показателей ИМТ, ОТ, жировой ткани тела и уровня АД; а также таких привычек пищевого поведения, как более частое употребление овощей, фруктов, ежедневный завтрак, уменьшение частоты употребления алкоголя, сладкой и жирной пищи [150].

Таким образом, проведенное в диссертационной работе исследование выявило эффективность комплексной программы медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий в плане контроля большинства ФР ССЗ и достижения их целевых уровней. Использование современных психологических технологий является ключевым элементом успеха в модификации образа жизни пациентов и повышению приверженности к профилактическому лечению, а дистанционные цифровые технологии предоставляют уникальные возможности по длительному непрерывному индивидуализированному и интерактивному взаимодействию с пациентами с ФР ССЗ. Широкое распространение подобного подхода даст возможность выявлять ФР ССЗ на самых ранних этапах и проводить своевременную их коррекцию, защищая таким образом пациентов от таких грозных состояний, как ИМ, ОНМК и др., что в свою очередь, может способствовать увеличению продолжительности и, что не менее важно, повышению качества жизни пациентов, обеспечивая хорошее самочувствие и активное долголетие вплоть до преклонного возраста.

Выводы

1. На основе проведенного теоретического анализа разработан комплекс методов медико-психологической диагностики и коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий.

2. У пациентов с ФР ССЗ преобладают адаптивные интерпретационные стили в ситуации болезни, однако, как показали результаты статистического анализа, у четверти пациентов доминирует дезадаптивный стиль. Медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий у пациентов с ФР ССЗ способствует повышению принятия имеющихся у пациента проблем со здоровьем (особенно у мужчин) и уменьшению ощущения беспомощности в отношении болезни (особенно у женщин).

3. У пациентов с ФР ССЗ в целом преобладает внешний локус контроля в отношении болезни и лечения и средний уровень самоэффективности. При этом экстернальность в отношении причин болезни более выражена у женщин, а экстернальность в отношении лечения – у мужчин. Комплексная программа медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий в течение 12 месяцев приводит к повышению интернального локуса контроля, а также способствует росту самоэффективности пациентов в отношении болезни и лечения.

4. Выявлена следующая градация источников социальной поддержки у пациентов с ФР ССЗ: 1 - семейная поддержка, 2 - отношения со значимыми другими, 3 - дружеские отношения. Программа медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий способствует повышению уровня восприятия всех видов социальной поддержки.

5. У пациентов с ФР ССЗ исходно в целом выявлен средний уровень тревоги о здоровье: ниже, чем у пациентов с выраженной тревогой, но выше, чем у здоровых добровольцев. Программа медико-психологической коррекции ФР ССЗ с

применением дистанционных технологий привела к значимому снижению уровня тревоги о здоровье через 12 месяцев наблюдения.

6. Комплексная программа медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий в течение 12 месяцев способствует повышению приверженности профилактическому лечению у пациентов с ФР ССЗ.

7. Медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий в течение 12 месяцев приводит к достоверному улучшению профиля ФР ССЗ. В экспериментальной группе относительно группы сравнения отмечалось статистически значимо более выраженное достижение целевых показателей по таким ФР ССЗ, как АД, уровень ФА, уровень употребления овощей и фруктов, ИМТ, ОТ, ОХС крови, среднее количество выкуриваемых сигарет (для курящих пациентов); данный эффект сохранялся через два года после окончания программы.

Практические рекомендации

1. При работе по контролю и коррекции ФР ССЗ важно учитывать не только их выраженность у конкретного пациента, но и его психологический статус, привычки и установки, применяя доступные психодиагностические методики.

2. Для достижения успеха в сфере контроля ФР ССЗ необходимо проводить целенаправленную регулярную (1 раз в месяц) психокоррекционную работу по модификации и оптимизации внутренних психологических установок и привычных паттернов мышления, эмоционального реагирования и поведения пациента. С этой целью в диссертационной работе представлена разработанная психокоррекционная программа, которая включает в себя методы МИ, краткого и углубленного профилактического консультирования, копинг-профилактики, повышения осознанности пациентов, целенаправленного использования технологий повышения приверженности, учета и корректировки ВКЗ, ВКБ и ВКЛ; использование современных рекомендаций по профилактике и лечению ССЗ.

3. Во всех случаях у пациентов с ФР ССЗ необходимо повсеместно использовать разработанную комплексную программу медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий в качестве доступного метода повышения приверженности профилактическому лечению, в том числе у пациентов с недостаточной приверженностью, нуждающихся в постоянном длительном профилактическом лечении, а также в случае наличия бессимптомных, но значимых ФР ССЗ (гиперлипидемия и т.п.).

4. Внедрение и использование разработанной комплексной программы медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий целесообразно проводить среди персонала психологической, терапевтической и кардиологической служб для улучшения контроля ФР ССЗ наблюдаемых пациентов. С этой целью необходимо регулярно проводить программы подготовки персонала.

5. Необходимо внедрить и при необходимости расширить целенаправленное обучение клинических психологов, врачей терапевтического профиля, а также среднего медицинского персонала основам диагностики и учета психологических аспектов личности пациента, современным возможностям психокоррекционной работы и медико-психологического консультирования.

6. Ввести в программы обучения медицинского персонала и клинических психологов изучение особенностей применения дистанционных технологий в работе по профилактике и контролю ФР ССЗ.

7. Внедрить новый комплексный подход к профилактике и контролю ФР ССЗ, объединяющий достижения медицинской и психологической наук, а также использование современных дистанционных технологий, как новую, современную, эффективную парадигму работы с пациентами на всех уровнях системы здравоохранения.

Список литературы

1. Атаманов, А.А. Психопрофилактика тревожных расстройств / А.А. Атаманов, Т.С. Ефименко, М.О. Чернецова, М.Е. Коршунова // Актуальные проблемы возрастной наркологии и профилактика аддиктивных состояний : Материалы Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции, Челябинск, 2013. – С. 29–32.
2. Баланова, Ю.А. Распространенность поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции по результатам исследования ЭССЕ-РФ / Ю.А. Баланова, А.В. Концевая, С.А. Шальнова, А.Д. Деев [и др.] // Профилактическая медицина Preventive Medicine. – 2014. – № 5 (17). – С. 42–51.
3. Барденштейн, Л.М. Клиническая психиатрия : Избранные лекции / Л.М. Барденштейн, И.В. Щербакова, Н.И. Беглянкин [и др.] – Москва: Издательский Дом "Инфра-М", 2014. – 432 с.
4. Барденштейн, Л.М. Современные подходы к терапии депрессий / Л.М. Барденштейн // Российский медицинский журнал. – 2010. – № 5. – С. 28-30.
5. Бойцов, С.А. Механизмы снижения смертности от ишемической болезни сердца в разных странах мира / С.А. Бойцов // Профилактическая медицина Preventive Medicine. – 2013. – № 5 (16). – С. 9–19.
6. Бойцов С.А. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний Рекомендации / С.А. Бойцов, А.Г. Чучалин, Г.П. Арутюнов [и др.] / Москва, 2013. – 128 с.
7. Бунова, С.С. Влияние сосудистого события на приверженность к лечению у пациентов с коронарным атеросклерозом / С.С. Бунова, Е.В. Усачева, А.Ю. Иванов // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2015. – Т. 21. – № 2. – С. 15-19.
8. Васильева, А.В. Разработка конструкта внутренней картины болезни для оптимизации медико-психологической реабилитации / А.В. Васильева, Т.А. Караваева, Е.Б. Мизинова, В.А. Ташлыков [и др.] // Экология человека. –

2019. – № 12. – С. 32–39.
9. Васильева, Н.Г. Особенности эмоционального интеллекта врачей / Н.Г. Васильева, И.Н. Бабурин, Е.И. Чехлатый // Вестник психотерапии. – 2013. – № 45(50). – С. 84–98.
 10. Вассерман, Л. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями / Л. Вассерман, Б.В. Иовлев, Е.Р. Исаева, Е.А. Трифонова, О.Ю. Щелкова [и др.], СПб.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2009. – 38 с.
 11. Владзимирский, А.В. Телемедицина [монография] / А.В. Владзимирский, Донецк: ООО «Цифровая типография», 2011. – 437 с.
 12. Воробьева, Т.В. Профилактика зависимости от психоактивных веществ. Руководство по разработке и внедрению программ формирования жизненных навыков у подростков группы риска / Т.В. Воробьева, А.В. Ялтонская. – Москва: УНП ООН, 2008. – 70 с.
 13. Гаджиев, Н.К. Метафилактика мочекаменной болезни: новый взгляд, современный подход, мобильная реализация / Н.К. Гаджиев, С.С. Бровкин, В.Е. Григорьев [и др.] // Урология. – 2017. – № 1. – С. 124-129..
 14. Добрынина, Н.В. Особенности организации эпидемиологического исследования в отдельно взятом регионе (по материалам ЭССЕ-РФ2 в Рязанской области) / Н.В. Добрынина, К.А. Мосейчук, Н.Н. Никулина, К.Г. Переверзева, Е.В. Филиппов // Russian Journal of Cardiology. – 2019. – № 6. – С. 131–134
 15. Драпкина, О.М. Особенности оказания медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий: нормативно-правовое регулирование и открытые вопросы / О.М. Драпкина, Р.Н. Шепель // Профилактическая медицина. – 2019. – Т. 22. – № 3. – С. 5-13.
 16. Драпкина, О.М. Первый российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению: основные положения, алгоритмы и рекомендации / О.М. Драпкина, М.А. Ливзан, А.И. Мартынов [и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2018. – Т. 13. – № 1-2. – С. 259-271.

17. Дробижев, М.Ю. Нейрональная пластичность – новая мишень в терапии депрессии / М.Ю. Дробижев, М.: НЦПЗ РАМН, 1993. – 24 с.
18. Зайцев, В.П. Психодиагностика и психометрия в соматической медицине / В.П. Зайцев, Т.А. Айвазян // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2014. – № 5 (3). – С. 2.
19. Каган, В.Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? / В.Е. Каган // Вопросы психологии. – 1993. – № 1. – С. 86–88.
20. Калинина, А.М. Эффективное профилактическое консультирование пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска: алгоритмы консультирования. / А.М. Калинина, Р.А. Еганян, М.Г. Гамбарян, П.В. Ипатов // Профилактическая медицина. – 2013. – № 4. – С. 13–18.
21. Калинина, А.М. Эффективное профилактическое консультирование пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска: основные принципы / А.М. Калинина, С.А. Бойцов // Профилактическая медицина. – 2013. – № 4. – С. 8–12.
22. Ковшова О.С. Психологические факторы риска развития артериальной гипертензии у подростков // Казанский медицинский журнал. 2002. № 2 (83). С. 107–110.
23. Ковшова, О.С. Психосоматическая модель здоровья и болезни / О.С. Ковшова // Аспирантский вестник Поволжья. – 2014. – № 3–4. – С. 140–141.
24. Концевая, А.В. Экономический ущерб от основных хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации в 2016 году / А.В. Концевая, А.О. Мырзаматова, Д.К. Муканеева [и др.] // Профилактическая медицина. – 2019. – Т. 22. – № 6. – С. 18-23.
25. Кристальный, Б.В. Единая правовая база СНГ для создания и функционирования совместимых телемедицинских систем / Б.В. Кристальный, М.Я. Натензон // Информационное общество. – 2011. – № 4. – С. 38–53.
26. Курсаков, А.А. Современные представления о природе и патогенезе депрессии (психологический аспект) / А.А. Курсаков, Н.А. Сирота, Д.В. Московченко,

- В.М. Ялтонский [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2019. – № 1–2 (119). – С. 4–9.
27. Лаун, Б. Дети Гипократа XXI века. Дела сердечные / Б. Лаун. – Москва: ЭКСМО, 2010. – 288 с.
28. Лопатина, М.В. Грамотность в вопросах здоровья выходит на передовые позиции повестки дня в профилактике и контроле неинфекционных заболеваний / М.В. Лопатина, О.М. Драпкина // Профилактическая медицина. – 2018. – Т. 21. – № 3. – С. 31-37.
29. Лурия, Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания / Р.А. Лурия, М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1939. – 96 с.
30. Лямина, Н.П. Телемедицинская система скрининга и мониторинга факторов риска на основе «облачных» технологий в системе профилактики сердечно-сосудистых заболеваний / Н.П. Лямина, Е.В. Котельникова, А.В. Наливаева // Кардиосоматика. – 2015. – № S1. – С. 61–62.
31. Менделевич, В.Д. Медицинская психология: Учебник для использования в учебном процессе образовательных учреждений, реализующих программы высшего образования по специальности 31.05.01 Лечебное дело / В. Д. Менделевич. – Ростов-на-Дону: Издательство Феникс (Высшее медицинское образование), 2016.– 460 с.
32. Менделевич, В.Д. Неврология и психосоматическая медицина / В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьева. – Москва : Издательский дом "Городец", 2016. – 596 с.
33. Менделевич, В.Д. Синдром зависимости: терапия, основанная на доказательствах / В.Д. Менделевич // Наркология. – 2014. – Т. 13. – № 8(151). – С. 94-103.
34. Метельская, В.А. Анализ распространенности показателей, характеризующих атерогенность спектра липопротеинов, у жителей Российской Федерации (по данным исследования ЭССЕ-РФ) / В.А. Метельская, С.А. Шальнова [и др.] // Профилактическая медицина. – 2016. – № 1 (19). – С. 15–23.

35. Муромцева, Г.А. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012-2013гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ / Г.А. Муромцева, А.В. Концевая, В.В. Константинов, Г.В. Артамонова, Т.М. Гатагонова, Д.В. Дупляков [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2014. – Т. 13. – № 6. – 4–11 с.
36. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование / В.В. Николаева. – М.: Моск. Гос. Унив., 1987. – 168 с.
37. Орлов, А.Б. Возникновение новой психодиагностики: некоторые симптомы и тенденции / А.Б. Орлов // Вопросы психологии. – 1991. – № 5. – С. 129–30.
38. Платонов, Д.Ю. Детерминанты профилактического поведения в отношении сердечно-сосудистых заболеваний и факторов риска их развития у пациентов с гипертонической болезнью и хронической ишемической болезнью сердца / Д.Ю. Платонов, Т.А. Костюк, А.И. Брандт, О.В. Цыганкова [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2011. – № 6 (7). – С. 718–724.
39. Полякова, Е.О. Психические нарушения у больных с сердечно-сосудистой патологией / Е.О. Полякова, Б.Д. Цыганков // Психическое здоровье. – 2008. – № 7(26) (6). – С. 53–60.
40. Рассказова, Е.И. Апробация методик диагностики локуса контроля причин болезни и лечения и самоэффективности в отношении лечения / Е.И. Рассказова, А.Ш. Тхостов // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2016. – № 1 (9). – С. 71–83.
41. Российская ассоциация эндокринологов. Клинические рекомендации Ожирение / Общественная организация «Российская ассоциация эндокринологов», 2019. – 36 с.
42. Сивакова, О.В. Уровень сформированности логического мышления студентов-медиков / О.В. Сивакова // Вестник Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова. Серия «Педагогическое образование». – 2010. – № 3. – С. 125–138.
43. Сивакова, О.В. Эффективность обучения коммуникативным навыкам в процессе высшего и последипломного медицинского образования / О.В.

- Сивакова // Материалы Международной заочной научно-практической конференции «Информационно-образовательная среда современного вуза». – 2011. – С. 103–105.
44. Сивакова, О.В. Основные психологические навыки, необходимые врачу терапевтического профиля [Электронный ресурс] / О.В. Сивакова // Материалы Международного молодежного научного форума «Ломоносов – 2011». Секция «Педагогическое образование и образовательные технологии». – 2011. (1 электронно-оптический диск).
45. Сивакова, О.В. Телемедицинские консультации в профилактике неинфекционных заболеваний: основные возможности и проблемы внедрения / О.В. Сивакова // Профилактическая медицина. – 2015. – № 5 (18). – С. 49–55.
46. Сивакова, О.В. Преподавание логики и психологии в системе высшего профессионального медицинского образования: анализ государственного стандарта [Электронный ресурс] / О.В. Сивакова // Вестник новых медицинских технологий. – 2015. – № 1.
47. Сивакова, О.В. Исследование базисных убеждений о болезни у пациентов кардиологического профиля / О.В. Сивакова // Профилактическая медицина. – 2016. – № 2. – С. 72–73.
48. Сивакова, О.В. Локус контроля в отношении болезни и лечения у пациентов с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, проживающих в городской и сельской местности / О.В. Сивакова // Профилактическая медицина. – 2017. – № 1–2 (20). – С. 18.
49. Сивакова, О.В. Исследование способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями в разных возрастных группах пациентов с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний / О.В. Сивакова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2017. – № 16. – С. 52–53.
50. Сивакова, О.В. Исследование способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями у пациентов с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний / О.В. Сивакова // Сборник материалов

- XXXX Итоговой научной конференции молодых ученых МГМСУ имени А.И. Евдокимова под общей редакцией Е.А. Вольской. – 2018. – С. 316–318.
51. Сивакова, О.В. Динамика факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний при проведении медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий / О.В. Сивакова // Сборник материалов XLI (41) Итоговой научной конференции молодых ученых МГМСУ имени А.И. Евдокимова. – 2019. – С. 266–268.
52. Сивакова, О.В. Исследование локуса контроля и самоэффективности в отношении болезни и лечения у пациентов с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний / О.В. Сивакова, Н.А. Сирота // Сборник материалов XXXVIII Итоговой научной конференции молодых ученых МГМСУ им. А.И. Евдокимова. – 2016.
53. Сивакова, О.В. Исследование основных источников социальной поддержки у пациентов с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний / О.В. Сивакова, Н.А. Сирота // Материалы Международного молодежного научного форума «Ломоносов – 2016». Секция «Клиническая психология, психосоматика, клиническая психология телесности». – 2016. (1 электрон).
54. Сивакова, О.В. Динамика показателей восприятия социальной поддержки при консультировании пациентов с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний с применением дистанционных технологий / О.В. Сивакова, Н.А. Сирота // Сборник материалов XXXIX Итоговой научной конференции молодых ученых МГМСУ имени А.И. Евдокимова. – 2017. – С. 313–314.
55. Сивакова, О.В. Влияние медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий на профиль основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний / О.В. Сивакова, В.М. Ялтонский, Н.А. Сирота // Уральский медицинский журнал. – 2018. – № 12 (167). – С. 107–112.
56. Сирота, Н.А. Копинг-поведение в подростковом возрасте : дис. ... докт. мед. наук : 19.00.04 / Сирота Наталья Александровна. - Бишкек, 1994.
57. Сирота, Н.А. Страх прогрессирования заболевания и копинг-поведение у

- пациентов с ишемической болезнью сердца / Н.А. Сирота, Д.В. Московченко // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2015. № 4. – С. 87–94.
58. Сирота, Н.А. Когнитивная терапия депрессивных руминаций / Н.А. Сирота, Д.В. Московченко, В.М. Ялтонский [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2019. – Т. 119. – № 1-2. – С. 62-68.
59. Сирота, Н.А. Клинико-психологический феномен страха прогрессирования заболевания / Н.А. Сирота, Д.В. Московченко, В.М. Ялтонский // Школа В.М. Бехтерева: от истоков до современности. – 2017. – С. 475–476.
60. Сирота, Н.А. Динамика факторов риска заболеваний сердца под влиянием дистанционного медико-психологического консультирования / Н.А. Сирота, О.В. Сивакова, В.М. Ялтонский // Консультативная психология и психотерапия. – 2019. – № 3 (105) (27). – С. 175–196.
61. Сирота, Н.А. Применение и внедрение программ реабилитации и профилактики зависимого поведения как актуальная задача российской клинической психологии / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – (2).
62. Сирота, Н.А. Роль эффективных коммуникаций врача и пациента как фактор успешного психологического преодоления болезни / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский, Д.В. Московченко // Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской техники. – 2014. – № 10. – С. 6–8.
63. Томилова, Д.И. Долгосрочная приверженность терапии статинами после планового коронарного стентирования при стабильной стенокардии / Д.И. Томилова, Ю.А. Карпов, В.В. Лопухова // Кардиология. – 2018. – № 5 (17). – С. 65–71.
64. Тхостов А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов – Москва: Смысл, 2002. – 287 с.
65. Цветкова, И.В. Проблема психологического изучения внутренней картины здоровья / И.В. Цветкова // Психологические исследования. – 2012. – № 1 (21). – С. 11.

66. Цыганков, Б.Д. Дифференцированная терапия депрессивных расстройств у больных артериальной гипертензией с метаболическими нарушениями / Б.Д. Цыганков, И.Е. Чазова, Е.О. Полякова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 1. – С. 52–57.
67. Честнов, О.П. Мобильное здравоохранение: мировой опыт и перспективы / О.П. Честнов, С.А. Бойцов, А.А. Куликов, Д.И. Батурин // Профилактическая медицина. – 2014. – № 4 (17). – С. 3–9.
68. Честнов, О.П. Неинфекционные заболевания как приоритет глобального здравоохранения / О.П. Честнов, А.А. Куликов // Профилактическая медицина Preventive Medicine. – 2013. – № 4 (16). – С. 3–5.
69. Шальнова, С.А. Тенденции смертности в России в начале XXI века (по данным официальной статистики) / С.А. Шальнова, А.Д. Деев // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2011. – № 6 (10). – С. 5–10.
70. Шляхто, Е.В. Диагностика, лечение, профилактика ожирения и ассоциированных с ним заболеваний (национальные клинические рекомендации) / Е.В. Шляхто, С.В. Недогада, А.О. Конради, и соавт. – Санкт-Петербург, 2017. – 164 с.
71. ЭССЕ-РФ Н.-организационный комитет проекта Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России (ЭССЕ-РФ). Обоснование и дизайн исследования // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2013. – № 6. – С. 25–34.
72. Ялтонский, В.М. Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией : дис. ... д-ра мед. наук : 19.00.04 / Ялтонский Владимир Михайлович. - СПб., 1995. - 396 с.
73. Ялтонский, В.М. Теоретический подход к исследованию внутренней картины болезни, совладающего поведения и приверженности лечению / В.М. Ялтонский // Психология совладающего поведения: материалы II Междунар. науч.-практ. конф., Кострома, 23-25 сент. 2010 г. В 2 т. Т. 1 / отв. ред.: Т.Л. Крюкова, М.В. Сапоровская, С.А. Хазова. – Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2010. – С. 126-128.

74. Ялтонский, В.М. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни / В.М. Ялтонский [и др.] // Психологические исследования. – 2017. – № 51 (10). – С. 1.
75. Ялтонский, В.М. Приверженность терапии зависимости от наркотиков и антиретровирусной терапии как фактор эффективности лечения, реабилитации и третичной профилактики зависимости от психоактивных веществ. Руководство по наркологии. Под ред. Н.Н. Иванца. 2-е изд., испр., до / В.М. Ялтонский, Н.А. Сирота, А.В. Ялтонская, М.: ООО «Московское информационное агентство», 2008. – С. 801–808.
76. Ялтонский, В.М. Как пациенты воспринимают современное лечение? Актуальная проблема медицины и психологии / В.М. Ялтонский, Н.А. Сирота, А.В. Ялтонская // XVI съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы». – 2015. – С. 350.
77. Всемирная организация здравоохранения. Сердечно-сосудистые заболевания. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/features/qa/27/ru/> (дата обращения: 10.06.2019).
78. Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации // Российский кардиологический журнал. – 2018. – № 6. – С. 7–122.
79. Демографический ежегодник России. 2019. Москва: Федеральная служба государственной статистики, 2019. – 252 с.
80. Abegunde, D.O. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries / D.O. Abegunde, D.M. Colin, A. Taghreed, O. Monica, K. Strong // *Lancet*. – 2007. – Vol. 370. – № 9603. – P. 1929–1938.
81. Abrignani, M.G. Lifestyles and Cardiovascular Prevention in Childhood and Adolescence / M.G. Abrignani, F. Lucà, S. Favilli, M. Benvenuto [et al.] // *Pediatric Cardiology*. – 2019. – Vol. 40. – № 6. – p. 1113–1125.
82. Al-Ganmi, A.H. Cardiovascular medication adherence among patients with cardiac disease: a systematic review / A.H. Al-Ganmi, L. Perry, L. Gholizadeh, A.M. Alotaibi

- [et al.] // *Journal of Advanced Nursing*. – 2016. – № 12 (72). – P. 3001–3014.
83. Albert, C.M. Moderate alcohol consumption and the risk of sudden cardiac death among US male physicians / C.M. Albert, J.A.E. Manson, N.R. Cook, U.A. Ajani [et al.] // *Circulation*. – 1999. – № 9 (100). – P. 944–950.
84. Albert, M.A. Impact of traditional and novel risk factors on the relationship between socioeconomic status and incident cardiovascular events / M.A. Albert, R.J. Glynn, J. Buring, and P.M. Ridker [et al.] // *Circulation*. – 2006. – № 24 (114). – P. 2619–2626.
85. Alter, D.A. Socioeconomic Status, Functional Recovery, and Long-Term Mortality among Patients Surviving Acute Myocardial Infarction / D.A. Alter, B. Franklin, D.T. Ko, P.C. Austin [et al.] // *PLoS ONE*. – 2013. – № 6 (8) . – P. e65130.
86. Anstiss, T. Motivational interviewing in primary care / T. Anstiss [et al.]. // *Journal of clinical psychology in medical settings*. – 2009. – № 1 (16). – C. 87–93.
87. Apovian, C.M. Obesity: definition, comorbidities, causes, and burden / C.M. Apovian // *The American journal of managed care*. – 2016. – № 7 Suppl (22). – P. s176-85.
88. Appel, L.J. Comparative effectiveness of weight-loss interventions in clinical practice / L.J. Appel, J.M. Clark, H.C. Yeh, N.Y. Wang [et al.]. // *New England Journal of Medicine*. – 2011. – № 21 (365). – P. 1959–1968.
89. Au, D.H. Impact of a telehealth and care management Program for patients with chronic obstructive pulmonary disease / D.H. Au, D.S. Macaulay, J.L. Jarvis, U.S. Desai [et al.] // *Annals of the American Thoracic Society*. – 2015. – № 3 (12). – P. 323–331.
90. Baker, A.L. Psychological interventions for alcohol misuse among people with co-occurring depression or anxiety disorders: A systematic review / A.L. Baker, L.K. Thornton, S. Hiles, L. Hides [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2012. – № 3 (139). – P. 217–229.
91. Balanova, Y.A. Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Russian Federation (Data of Observational ESSERF-2 Study) / Y.A. Balanova, S.A. Shalnova, A.E. Imaeva, A.V. Kapustina [et al.] // *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. – 2019. – № 4 (15). – P. 450–466.

92. Bandura, A. Self-efficacy: The exercise of control / A. Bandura, W.H. Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co., 1997. – 604 p.
93. Bandura, A. Health promotion by social cognitive means / A. Bandura // Health Education and Behavior. – 2004. – Vol. 31. – № 2. – P.143–164.
94. Barefoot, J.C. Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample / J.C. Barefoot, M. Schroll // Circulation. – 1996. – № 11 (93). – P. 1976–1980.
95. Barnoya, J. Cardiovascular effects of secondhand smoke: Nearly as large as smoking / J. Barnoya, S.A. Glantz // Circulation. – 2005. – Vol. 111. – № 20. – P. 2684–2698.
96. Barrett, S. Integrated motivational interviewing and cognitive behaviour therapy for lifestyle mediators of overweight and obesity in community-dwelling adults: a systematic review and meta-analyses / S. Barrett, S. Begg, P. O’Halloran, M. Kingsley // BMC Public Health. – 2018. – № 1 (18). – P. 1160.
97. Barrett, S. Cost-effectiveness of telephone coaching for physically inactive ambulatory care hospital patients: Economic evaluation alongside the Healthy4U randomised controlled trial / S. Barrett, S. Begg, P. O’Halloran, M. Kingsley // BMJ Open. – 2019. – № 12 (9).
98. Barth, J. Von Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis / J. Barth, S. Schneider, R. Känel // Psychosomatic Medicine. – 2010. – № 3 (72). – P. 229–238.
99. Bashshur, R.L. Sustaining and realizing the promise of telemedicine / R.L. Bashshur, G. Shannon, E.A. Krupinski, J. Grigsby.// Telemedicine and e-Health. – 2013. – № 5 (19). – P. 339–345.
100. Bashshur, R.L. The Empirical Foundations of Telemedicine Interventions for Chronic Disease Management / R.L. Bashshur, G.W. Shannon, B.R. Smith, D.C. Alverson [et al.] // Telemedicine and e-Health. – 2014. – № 9 (20). – P. 769–800.
101. Beatty, A.L. Using mobile technology for cardiac rehabilitation: a review and framework for development and evaluation / A.L. Beatty, Y. Fukuoka, M.A. Whooley // Journal of the American Heart Association. – 2013. – Vol. 2. – № 6. – P. e000568

c.

102. Bech, P. Rating scales for affective disorders: their validity and consistency / P. Bech // *J. Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1981. – Vol. 295. – P. 1–101.
103. Blasco, A. Evaluation of a telemedicine service for the secondary prevention of coronary artery disease / A. Blasco, M. Carmona, I. Fernández-Lozano, C.H. Salvador [et al.] // *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*. – 2012. – № 1 (32). – P. 25–31.
104. Bolier, L. An Internet-based intervention to promote mental fitness for mildly depressed adults: randomized controlled trial / L. Bolier, M. Haverman, J. Kramer, G.J. Westerhof [et al.] // *Journal of medical Internet research*. – 2013. – № 9 (15). – P. e200.
105. Burgess, E. Behavioural treatment strategies improve adherence to lifestyle intervention programmes in adults with obesity: a systematic review and meta-analysis / E. Burgess [et al.] // *Clinical Obesity*. – 2017. – № 2 (7). – P. 105–114.
106. Carter, B.D. Smoking and Mortality — Beyond Established Causes / B.D. Carter, C.C. Abnet, D. Feskanich, N.D. Freedman [et al.] // *New England Journal of Medicine*. – 2015. – № 7 (372). – P. 631–640.
107. Carver, C.S. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE / C.S. Carver // *International journal of behavioral medicine*. – 1997. – № 1 (4). – P. 92–100.
108. Carver, C.S. Assessing coping strategies: a theoretically based approach / C.S. Carver, M.F. Scheier, J.K. Weintraub // *Journal of personality and social psychology*. – 1989. – № 2 (56). – P. 267–83.
109. Castelnuovo, A.Di. Alcohol dosing and total mortality in men and women: An updated meta-analysis of 34 prospective studies / A.Di. Castelnuovo, S. Costanzo, V. Bagnardi, M.B. Donati [et al.] // *Archives of Internal Medicine*. – 2006. – T. 166. – № 22. – P. 2437–2445.
110. Chamberlain, A.M. Smoking and incidence of atrial fibrillation: Results from the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study / A.M. Chamberlain, S.K. Agarwal, A.R. Folsom, S. Duval [et al.] // *Heart Rhythm*. – 2011. – № 8 (8). – P.

- 1160–1166.
111. Chandola, T. Work stress and coronary heart disease: What are the mechanisms? / T. Chandola, A. Britton, E. Brunner, H. Hemingway [et al.] // *European Heart Journal*. – 2008. – № 5 (29). – P. 640–648.
 112. Chida, Y. The Association of Anger and Hostility With Future Coronary Heart Disease. A Meta-Analytic Review of Prospective Evidence / Y. Chida, A. Steptoe // *Journal of the American College of Cardiology*. – 2009. – № 11 (53). P. – 936–946.
 113. Clark, M.M. Diagnosis of genetic diseases in seriously ill children by rapid whole-genome sequencing and automated phenotyping and interpretation / M.M. Clark, A. Hildreth, S. Batalov, Y. Ding, S. Chowdhury, [et al.] // *Science Translational Medicine*. – 2019. – № 489 (11). – P. eaat6177.
 114. Cohen, B.E. State of the art review: Depression, stress, anxiety, and cardiovascular disease / B.E. Cohen, D. Edmondson, I.M. Kronish // *American Journal of Hypertension*. – 2015. – Vol. 28. – № 11. – P. 1295–1302.
 115. Conn, V.S. Interventions to Improve Medication Adherence in Hypertensive Patients: Systematic Review and Meta-analysis / V.S. Conn, T.M. Ruppap, Jo-Ana D. Chase, M. Enriquez [et al.] // *Current Hypertension Reports*. – 2015. – № 12 (17). – P. 94.
 116. Constantino, M.I. Long-term complications and mortality in young-onset diabetes: type 2 diabetes is more hazardous and lethal than type 1 diabetes / M.I. Constantino, L. Molyneaux, F. Limacher-Gisler, A. Al-Saeed [et al.] // *Diabetes care*. – 2013. – № 12 (36). – P. 3863–9.
 117. Crino, M. The Influence on Population Weight Gain and Obesity of the Macronutrient Composition and Energy Density of the Food Supply / M. Crino, G. Sacks, S. Vandevijvere, B. Swinburn [et al.] // *Current obesity reports*. – 2015. – № 1 (4). – P. 1–10.
 118. Cybulska, B. Landmark studies in coronary heart disease epidemiology. The Framingham Heart Study after 70 years and the Seven Countries Study after 60 years / B. Cybulska, L. Kłosiewicz-Latoszek // *Kardiologia polska*. – № 2 (77). – P. 173–180.
 119. Dalcin, A.T. Perceived helpfulness of the individual components of a behavioural

- weight loss program: results from the Hopkins POWER Trial / A.T. Dalcin, G.J. Jerome, S.L. Fitzpatrick, T.A. Louis [et al.] // *Obesity Science & Practice*. – 2015. – № 1 (1). – P. 23–32.
120. Dauchet, L. Fruit and vegetable consumption and risk of coronary heart disease: A meta-analysis of cohort studies / L. Dauchet, P. Amouyel, S.Hercberg, J. Dallongeville [et al.] // *Journal of Nutrition*. – 2006. – № 10 (136). – P. 2588–2593.
121. Dendale, P. Prevention: From the cradle to the grave and beyond / P. Dendale, M. Scherrenberg, O. Sivakova, I. Frederix [et al.] // *European journal of preventive cardiology*. – 2019. – № 5 (26). – P. 507–511.
122. Dibie, A. VIVOPTIM: Feedback of an e-Health experimental program of primary prevention of cardiovascular risk on 30 to 70 years old volunteers / A. Dibie, V. Femery, A. Dubois A, [et al.] // *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*. 2018. – №67(5). – P. 293-299.
123. DiClemente, C.C. Motivational interviewing, enhancement, and brief interventions over the last decade: A review of reviews of efficacy and effectiveness / C.C. DiClemente, C.M. Corno, M.M. Graydon, A.E. Wiprovnick [et al.] // *Psychology of Addictive Behaviors*. – 2017. – № 8 (31). – P. 862–887.
124. Eaker, E.D. Marital status, marital strain, and risk of coronary heart disease or total mortality: The Framingham Offspring Study / E.D. Eaker, L.M. Sullivan, M. Kelly-Hayes, R.B. D'Agostino [et al.] // *Psychosomatic Medicine*. – 2007. – № 6 (69). – P. 509–513.
125. Edmondson, D. Posttraumatic stress disorder and risk for coronary heart disease: A meta-analytic review / D. Edmondson, I.M. Kronish, J.A. Shaffer, L. Falzon [et al.] // *American Heart Journal*. – 2013. – Vol. 166. – № 5. – 806–814 p.
126. Ehret, P.J. Self-affirmation and motivational interviewing: integrating perspectives to reduce resistance and increase efficacy of alcohol interventions / P.J. Ehret, J.W. LaBrie, C. Santerre, D.K. Sherman // *Health Psychology Review*. – 2015. – № 1 (9). – P. 83–102.
127. Ekong, G. Motivational interviewing and outcomes in adults with type 2 diabetes: A systematic review / G. Ekong, J. Kavookjian // *Patient Education and Counseling*. –

2016. – № 6 (99). – P. 944–952.
128. Elbert, N.J. Effectiveness and Cost-Effectiveness of eHealth Interventions in Somatic Diseases: A Systematic Review of Systematic Reviews and Meta-Analyses / N.J. Elbert, H. an Os-Medendorp, W. van Renselaar, A.G. Ekeland [et al.] // *Journal of Medical Internet Research*. – 2014. – № 4 (16). – P. e110.
129. Emerging Risk Factors Collaboration. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies / N. Sarwar, P. Gao, S. R. Kondapally Seshasai, [et al.] // *Lancet* (London, England). – 2010. – № 9733 (375). – P. 2215–22.
130. Engel, G.L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine / G.L. Engel // *Science*. – 1977. – № 4286 (196). – P. 129–136.
131. Engel, G.L. The clinical application of the biopsychosocial model / G.L. Engel // *American Journal of Psychiatry*. – 1980. – № 5 (137). – P. 535–544.
132. Fan, Z. Schizophrenia and the risk of cardiovascular diseases: A meta-analysis of thirteen cohort studies / Z. Fan, Y. Wu, J. Shen, T. Ji [et al.] // *Journal of Psychiatric Research*. – 2013. – № 11 (47). – P. 1549–1556.
133. Farrell, T.C. The primary prevention of cardiovascular disease: nurse practitioners using behaviour modification strategies / T.C. Farrell, L. Keeping-Burke // *Canadian journal of cardiovascular nursing. Journal canadien en soins infirmiers cardiovasculaires*. – 2014. – № 1 (24). – P. 8–15.
134. Fava, G.A. From the Lesson of George Engel to Current Knowledge: The Biopsychosocial Model 40 Years Later / G.A. Fava, N. Sonino // *Psychotherapy and Psychosomatics*. – 2017. – № 5 (86). – P. 257–259.
135. Ferdinand, K.C. Primordial Prevention of Cardiovascular Disease in Childhood / K.C. Ferdinand // *Journal of the American College of Cardiology*. – 2019. – № 16 (73). – P. 2022–2024.
136. Ferketich, A.K. Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study / A.K. Ferketich, J.A. Schwartzbaum, D.J. Frid, M.L. Moeschberger // *Archives of Internal Medicine*. – 2000. – № 9 (160). – P. 1261–1268.

137. Fernandez-Lazaro, C.I. Adherence to treatment and related factors among patients with chronic conditions in primary care: a cross-sectional study. / C.I. Fernandez-Lazaro, J.M. García-González, D.P. Adams, D.Fernandez-Lazaro [et al.] // BMC Fam Pract. – 2019. – № 20(1). –P. 132.
138. Fisher, L. A practical framework for encouraging and supporting positive behaviour change in diabetes / L. Fisher, W.H. Polonsky, D. Hessler, M.B. Potter // Diabetic Medicine. – 2017. – № 12 (34). – P. 1658–1666.
139. Folkman, S. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes / S. Folkman, R.S. Lazarus, C. Dunkel-Schetter, A. DeLongis [et al.] // Journal of personality and social psychology. – 1986. – № 5 (50). – P. 992–1003.
140. Folkman, S. Positive psychological states and coping with severe stress / S. Folkman // Social science & medicine (1982). – 1997. – № 8 (45). – P. 1207–21.
141. Folkman, S. An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample / S. Folkman, R.S. Lazarus // Journal of Health and Social Behavior. – 1980. – № 3 (21). – P. 219.
142. Fong, W.-C. Telephone and Teleradiology-Guided Thrombolysis Can Achieve Similar Outcome as Thrombolysis by Neurologist On-site / W.-C. Fong, M. Ismail, J. Wai-Ting Lo, J. Tsz-Ching Li [et al.] // Journal of stroke and cerebrovascular diseases : the official journal of National Stroke Association. – 2015. – № 6 (24). – P. 1223–8.
143. Frates, E.P. Collaboration and Negotiation / E.P. Frates, J. Bonnet // American Journal of Lifestyle Medicine. – 2016. – № 5 (10). – C. 302–312.
144. Fuller, R.H. Improving medication adherence in patients with cardiovascular disease: A systematic review / R.H. Fuller, P.Perel, T. Navarro-Ruan, R. Nieuwlaat [et al.] // Heart. – 2018. – T. 104. – № 15. – P. 1238–1243.
145. García-Gómez, L. Smoking Cessation Treatments: Current Psychological and Pharmacological Options / L. García-Gómez, A. Hernández-Pérez, V. Noé-Díaz, J. Antonio Riesco-Miranda [et al.] // Revista de investigacion Clinica. – 2019. – № 1 (71). – P. 7-16.

146. Goldenberg, I. Cigarette Smoking and the Risk of Supraventricular and Ventricular Tachyarrhythmias in High-Risk Cardiac Patients with Implantable Cardioverter Defibrillators / I. Goldenberg, A.J. Moss, S. McNitt, W. Zareba [et al.] // *Journal of Cardiovascular Electrophysiology*. – 2006. – № 9 (17). – P. 931–936.
147. Gopal, D.M. Cigarette smoking exposure and heart failure risk in older adults: The Health, Aging, and Body Composition Study / D.M. Gopal, A.P. Kalogeropoulos, V.V. Georgiopoulou, A.L. Smith [et al.] // *American Heart Journal*. – 2012. – № 2 (164). – P. 236–242.
148. Grande, G. Association between type D personality and prognosis in patients with cardiovascular diseases: A systematic review and meta-analysis / G. Grande, M. Romppel, J. Barth // *Annals of Behavioral Medicine*. – 2012. – № 3 (43). – P. 299–310.
149. Grant, P.J. The 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: New features and the ‘Ten Commandments’ of the 2019 Guidelines are discussed by Professor Peter J. Grant and Professor Francesco Cosentino, the Task Force chairmen / P.J. Grant, F. Cosentino // *Eur Heart J* – 2019. – №40(39). – P. 3215-3217.
150. Haas, K. Effectiveness and Feasibility of a Remote Lifestyle Intervention by Dietitians for Overweight and Obese Adults: Pilot Study / K. Haas, S. Hayoz, S. Maurer-Wiesner // *JMIR mHealth and uHealth*. – 2019. – № 4 (7). – P. e12289.
151. Hackshaw, A. Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: Meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports / A. Hackshaw, J.K. Morris, S. Boniface, J.L. Tang [et al.] // *BMJ (Online)*. – 2018. – Vol. 360. – P. j5855.
152. Hamine, S. Impact of mHealth chronic disease management on treatment adherence and patient outcomes: A systematic review / S. Hamine, E. Gerth-Guyette, D. Faulx, B.B. Green [et al.] // *Journal of Medical Internet Research*. – 2015. – Vol. 17. – № 2. – P. e52.
153. Hansel, B. Is a cardioprotective action of alcohol a myth? / B. Hansel, A. Kontush, E. Bruckert // *Current Opinion in Cardiology*. – 2012. – Vol. 27. – № 5. – P. 550–555.

154. Hawkey, L.C. Loneliness Predicts Increased Blood Pressure: 5-Year Cross-Lagged Analyses in Middle-Aged and Older Adults / L.C. Hawkey, R.A. Thisted, C.M. Masi, J.T. Cacioppo [et al.]. // *Psychology and Aging*. – 2010. – № 1 (25). – P. 132–142.
155. He, F.J. Fruit and vegetable consumption and stroke: Meta-analysis of cohort studies / F.J. He, C.A. Nowson, G.A. MacGregor // *Lancet*. – 2006. – № 9507 (367). – P. 320–326.
156. Helmer, S.M. Health-related locus of control and health behaviour among university students in North Rhine Westphalia, Germany / S.M. Helmer, A. Krämer, R.T. Mikolajczyk // *BMC Research Notes*. – 2012. – №5. – P. 703.
157. Hemingway, H. Evidence based cardiology: Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies / H. Hemingway, M. Marmot // *BMJ*. – 1999. – № 7196 (318). – P. 1460–1467.
158. Ho, P.M. Medication Adherence / P.M. Ho, C.L. Bryson, J.S. Rumsfeld // *Circulation*. – 2009. – № 23 (119). – P. 3028–3035.
159. Holt-Lunstad, J. Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review / J. Holt-Lunstad, T.B. Smith, J.B. Layton // *PLoS Medicine*. – 2010. – Vol. 7. – № 7. – P. e1000316.
160. Iso, H. Perceived mental stress and mortality from cardiovascular disease among Japanese men and women: The Japan Collaborative Cohort Study for Evaluation of Cancer Risk Sponsored by Monbusho (JACC Study) / H. Iso, C. Date, A. Yamamoto, H. Toyoshima [et al.] // *Circulation*. – 2002. – № 10 (106). – P. 1229–1236.
161. Janszky, I. Early-Onset Depression, Anxiety, and Risk of Subsequent Coronary Heart Disease. 37-Year Follow-Up of 49,321 Young Swedish Men / I. Janszky, S. Ahnve, I. Lundberg, T. Hemmingsson // *Journal of the American College of Cardiology*. – 2010. – № 1 (56). – P. 31–37.
162. Johnston, M. Assessment and Measurement Issues Elsevier / Johnston M., D.W. Johnston. – 1998. – P. 113–135.
163. Jousilahti, P. Primary prevention and risk factor reduction in coronary heart disease mortality among working aged men and women in eastern Finland over 40 years: population based observational study / P. Jousilahti, T. Laatikainen, M. Peltonen,

- K. Borodulin [et al.] // *BMJ*. – 2016. – P. i721.
164. Kaar, J.L. Sleep, health behaviors, and behavioral interventions: Reducing the risk of cardiovascular disease in adults / J.L. Kaar, C.M. Luberto, K.A. Campbell, J.C. Huffman [et al.] // *World Journal of Cardiology*. – 2017. – № 5 (9). – P. 396.
165. Kahn, J.M. Virtual visits--confronting the challenges of telemedicine / J.M. Kahn // *The New England journal of medicine*. – 2015. – № 18 (372). – P. 1684–5.
166. Kahwati, L. Identifying configurations of behavior change techniques in effective medication adherence interventions: a qualitative comparative analysis / L. Kahwati, M. Viswanathan, C.E. Golin, H. Kane [et al.] // *Systematic Reviews*. – 2016. – № 1 (5). – P. 83.
167. Kalkhoran, S. Prevention and Treatment of Tobacco Use: JACC Health Promotion Series / S. Kalkhoran, N.L. Benowitz, N.A. Rigotti // *Journal of the American College of Cardiology*. – 2018. – Vol. 72. – № 9. – P. 1030–1045.
168. Keeley, R. Toward an Emerging Role for Motivational Interviewing in Primary Care / R. Keeley, M. Engel, A. Reed, D. Brody [et al.] // *Current Psychiatry Reports*. – 2018. – № 6 (20). – P. 41.
169. Khaisheva, L.A. Evaluation of Drug Therapy and Adherence to It in Patients after Acute Coronary Syndrome in Real Clinical Practice (Results of One Year Observation) / L.A. Khaisheva, S.E. Glova, V.A. Suroedov, A.S. Samakaev [et al.] // *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. – 2019. – № 6 (14). – P. 852–857.
170. Kivimäki, M. Work stress and risk of cardiovascular mortality: Prospective cohort study of industrial employees / M. Kivimäki, M. Jokela, S.T. Nyberg, A. Singh-Manoux [et al.] // *British Medical Journal*. – 2002. – № 7369 (325). – P. 857–860.
171. Kivimäki, M. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: A collaborative meta-analysis of individual participant data / M. Kivimäki, S.T. Nyberg, G.D. Batty, E.I. Fransson, K. Heikkilä, [et al.] // *The Lancet*. – 2012. – № 9852 (380). – P. 1491–1497.
172. Kivimäki, M. Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: A systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603 838 individuals / M. Kivimäki, P. Leino-Arjas, R. Luukkonen, H. Riihimäki [et al.] // *The*

- Lancet. – 2015. – № 10005 (386). – P. 1739–1746.
173. Kones, R. Cardiovascular prevention: components, levels, early origins, and metrics / R. Kones, U. Rumana // Hospital practice (1995). – 2014. – Vol. 42. – № 3. – P. 84–95.
174. Kusnanto, H. Biopsychosocial model of illnesses in primary care: A hermeneutic literature review / H. Kusnanto, D. Agustian, D. Hilmanto // Journal of Family Medicine and Primary Care. – 2018. – № 3 (7). – P. 497.
175. Lawrence, D.B. Improving medication adherence with a targeted, technology-driven disease management intervention / D.B. Lawrence, W. Allison, J.C. Chen, M. Demand // Disease Management. – 2008. – № 3 (11). – P. 141–144.
176. Lazarus, R.S. Coping theory and research: Past, present, and future / R.S. Lazarus // Psychosomatic Medicine. – 1993. – Vol. 55. – № 3. – P. 234–247.
177. Lederle, F.A. The aneurysm detection and management study screening program: validation cohort and final results. Aneurysm Detection and Management Veterans Affairs Cooperative Study Investigators / F.A. Lederle, G.R. Johnson, S.E. Wilson, E.P. Chute [et al.] // Archives of internal medicine. – 2000. – № 10 (160). – P. 1425–30.
178. Lee, W.W.M. Effectiveness of motivational interviewing on lifestyle modification and health outcomes of clients at risk or diagnosed with cardiovascular diseases: A systematic review / W.W.M. Lee, K.C. Choi, R.W.Y. Yum, D.S.F. Yu [et al.] // International Journal of Nursing Studies. – 2016. – (53). – P. 331–341.
179. Lewington, S. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: A meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies / S. Lewington, R. Clarke, N. Qizilbash, R. Peto [et al.] // Lancet. – 2002. – № 9349 (360). – P. 1903–1913.
180. Li, J. Myocardial infarction in parents who lost a child: A nationwide prospective cohort study in Denmark / J. Li, D. Hansen, P. Bo Mortensen, J. Olsen // Circulation. – 2002. – № 13 (106). – P. 1634–1639.
181. Lichtman, J.H. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: Systematic review and recommendations: A scientific

- statement from the american heart association / J.H. Lichtman, E.S. Froelicher, J.A. Blumenthal, R.M. Carney [et al.] // *Circulation*. – 2014. – Vol. 129. – № 12. – P. 1350–1369.
182. Lim, S.S. Prevention of cardiovascular disease in high-risk individuals in low-income and middle-income countries: health effects and costs / S.S. Lim, T.A. Gaziano, E. Gakidou, K.S. Reddy [et al.] // *Lancet*. – 2007. – Vol. 370. – № 9604. – P. 2054–2062.
183. Lim, S.S. 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 / S.S. Lim, T. Vos, A.D. Flaxman, G. Danaei [et al.] // *The Lancet*. – 2012. – № 9859 (380). – P. 2224–2260.
184. Lindson-Hawley, N. Motivational interviewing for smoking cessation / N. Lindson-Hawley, T.P. Thompson, R. Begh // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2015. – № 3. – P. CD006936.
185. Lu, L. Meta-analysis of the association between cigarette smoking and peripheral arterial disease / L. Lu, D. F Mackay, J.P. Pell // *Heart*. – 2014. – № 5 (100). – P. 414–423.
186. Lundahl, B. Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials / B. Lundahl, T. Moleni, B.L. Burke, R. Butters, D. Tollefson [et al.] // *Patient Education and Counseling*. – 2013. – № 2 (93). – P. 157–168.
187. Mach, F. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk / F. Mach, C. Baigent, A.L. Catapano, K.C. Koskinas [et al.] // *European Heart Journal*. – 2019. – №00. – P. 1-78.
188. MacMahon, S. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: Collaborative analyses of 57 prospective studies / S. MacMahon, C. Baigent, S. Duffy, A. Rodgers [et al.] // *The Lancet*. – 2009. – № 9669 (373). – P. 1083–1096.
189. Mathiesen, A.S. Psychosocial interventions for reducing diabetes distress in vulnerable people with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis / A.S. Mathiesen, I. Egerod, T. Jensen, G. Kaldan [et al.] // *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*. – 2018. – Vol. 12. – P. 19–

- 33.
190. Matthews, K.A. Chronic work stress and marital dissolution increase risk of posttrial mortality in men from the multiple risk factor intervention trial / K.A. Matthews, B.B. Gump // *Archives of Internal Medicine*. – 2002. – № 3 (162). – P. 309–315.
191. McLean, S. Telehealthcare for asthma: A Cochrane review / S. McLean, D. Chandler, U. Nurmatov, J. Liu [et al.] // *CMAJ*. – 2011. – T. 183. – № 11. – P. E733-42.
192. Mendis, S. Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control / S. Mendis, P. Puska, B. Norrving, Editors., Geneva: World Health Organization, 2013. – 164 p.
193. Menotti, A. How the Seven Countries Study contributed to the definition and development of the Mediterranean diet concept: A 50-year journey / A. Menotti, P.E. Puddu // *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*. – 2015. – № 3 (25). – P. 245–252.
194. Mihaylova, B. The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: Meta-analysis of individual data from 27 randomised trials / B. Mihaylova, J. Emberson, L. Blackwell, A. Keech [et al.] // *The Lancet*. – 2012. – № 9841 (380). – P. 581–590.
195. Miličić, D. Type a Personality, Stress, Anxiety and Health Locus of Control in Patients with Acute Myocardial Infarction / D. Miličić, L. Brajković, J.L. Maček, A. Andrić [et al.] // *Psychiatria Danubina*. – 2016. – № 4 (28). – P. 409–414.
196. Miller, G. Cost-effectiveness of cardiovascular disease spending / G. Miller, J.T. Cohen, C. Roehrig // *Journal of the American College of Cardiology*. – 2012. – Vol. 60. – № 20. – P. 2123–2124.
197. Miller, W.R. Motivational interviewing with problem drinkers / W.R. Miller // *Behav Psychother*. – 1983. – № 2 (11). – P. 147–172.
198. Miller, W.R. Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behavior. / W.R. Miller, S. Rollnick, New York: Guilford Press., 1991.
199. Miller, W.R. Motivational interviewing: Preparing people for change, 2nd ed. / W.R. Miller, S. Rollnick, New York, NY, US: The Guilford Press. – 2002. – 428 p.
200. Miller, W.R. Ten Things that Motivational Interviewing Is Not / W.R. Miller, S.

- Rollnick // Behavioural and Cognitive Psychotherapy. – 2009. – № 2 (37). – P. 129–140.
201. Miller, W.R. Motivational Interviewing and Decisional Balance: Contrasting Responses to Client Ambivalence / W.R. Miller, G.S. Rose // Behavioural and Cognitive Psychotherapy. – 2015. – № 2 (43). – P. 129–141.
202. Mitchell, S.H. Critical Thinking in Patient Centered Care / S.H. Mitchell, P. Overman, J.L. Forrest // Journal of Evidence Based Dental Practice. – 2014. – №14. – P. 235-239.e1.
203. Molloy, G.N. Locus of control of smokers, nonsmokers, and nonpracticing smokers / G.N. Molloy, K. Wolstencroft, N.J. King, A.R. Lowe [et al.] // Psychological Reports. – 1997. – № 3 (81). – P. 781–782.
204. Moore, S.C. Leisure time physical activity of moderate to vigorous intensity and mortality: a large pooled cohort analysis / S.C. Moore, A.V. Patel, C.E. Matthews, A.B. de Gonzalez [et al.]. // PLoS medicine. – 2012. – № 11 (9). – P. e1001335.
205. Morisky, D.E. Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of Medication Adherence / D.E. Morisky, L.W. Green, D.M. Levine // Medical Care. – 1986. – № 1 (24). – P. 67–74.
206. Mostofsky, E. Outbursts of anger as a trigger of acute cardiovascular events: A systematic review and meta-analysis / E. Mostofsky, E.A. Penner, M.A. Mittleman // European Heart Journal. – 2014. – № 21 (35). – P. 1404–1410.
207. Moyers, T.B. The relationship in motivational interviewing / T.B. Moyers // Psychotherapy. – 2014. – № 3 (51). – P. 358–363.
208. Murphy, L. The child's way of coping: a longitudinal study of normal children / L. Murphy // Bulletin of the Menninger Clinic. – 1960. – № 24. – P. 136–143.
209. Murphy, L. Coping, vulnerability, and resilience in childhood / L. Murphy. - New York: Basic Books, 1974. – P. 47–68.
210. Náfrádi, L. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence / L. Náfrádi, K. Nakamoto, P.J. Schulz // PLoS ONE. – 2017. – № 10 (12). – P. e0186458.

211. Nawrot, T.S. Public health importance of triggers of myocardial infarction: A comparative risk assessment / T.S. Nawrot, L. Perez, N. Künzli, E. Munters [et al.] // *The Lancet*. – 2011. – № 9767 (377). – P. 732–740.
212. Neaton, J.D. Serum Cholesterol Level and Mortality Findings for Men Screened in the Multiple Risk Factor Intervention Trial / J.D. Neaton, H. Blackburn, D. Jacobs, L. Kuller [et al.] // *Archives of Internal Medicine*. – 1992. – № 7 (152). – P. 1490–1500.
213. Ng, M. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 / M. Ng, T. Fleming, M. Robinson, B. Thomson [et al.] // *The Lancet*. – 2014. – № 9945 (384). – P. 766–781.
214. Nolan, R.P. Therapeutic benefit of preventive telehealth counseling in the community outreach heart health and risk reduction trial / R.P. Nolan, R.E.G. Upshur, H. Lynn, T. Crichton [et al.] // *American Journal of Cardiology*. – 2011. – № 5 (107). – P. 690–696.
215. Noordman, J. Communication-related behavior change techniques used in face-to-face lifestyle interventions in primary care: A systematic review of the literature / J. Noordman, T. Weijden van der, S. van Dulmen // *Patient Education and Counseling*. – 2012. – № 2 (89). – P. 227–244.
216. Norris, A.R. Motivational interviewing or counseling, medical therapies or no intervention to improve tobacco cessation in adults and adolescents / A.R. Norris, J. Estes Miller // *The Journal of the Oklahoma State Medical Association*. – 2017. – № 3 (110). – P. 142–3.
217. O'Donnell, M.J. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study / M.J. O'Donnell, S.L. Chin, S. Rangarajan, D. Xavier [et al.] // *The Lancet*. – 2016. – № 10046 (388). – P. 761–775.
218. O'Halloran, P.D. Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis / P.D. O'Halloran, F. Blackstock, N. Shields, A. Holland [et al.] // *Clinical*

- Rehabilitation. – 2014. – № 12 (28). – P. 1159–1171.
219. Olatunji, B.O. Dimensionality of somatic complaints: Factor structure and psychometric properties of the Self-Rating Anxiety Scale / B.O. Olatunji, B.J. Deacon, J.S. Abramowitz, D.F. Tolin [et al.] // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2006. – № 5 (20). – P. 543–561.
220. Oono, I.P. Meta-analysis of the association between secondhand smoke exposure and stroke / I.P. Oono, D.F. Mackay, J.P. Pell // *Journal of Public Health*. – 2011. – № 4 (33). – P. 496–502.
221. Orth-Gomér, K. Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease: The Stockholm female coronary risk study / K. Orth-Gomér, S.P. Wamala, M. Horsten, K. Schenck-Gustafsson [et al.] // *Journal of the American Medical Association*. – 2000. – № 23 (284). – P. 3008–3014.
222. Palacio, A. Motivational Interviewing Improves Medication Adherence: a Systematic Review and Meta-analysis / A. Palacio, D. Garay, B. Langer, J. Taylor [et al.] // *Journal of General Internal Medicine*. – 2016. – № 8 (31). – P. 929–940.
223. Patton, S.R. Adherence to Glycemic Monitoring in Diabetes / S.R. Patton // *Journal of Diabetes Science and Technology*. – 2015. – № 3 (9). – P. 668–675.
224. Pelletier, J.H. A systematic review of smoking cessation interventions in the emergency setting / J.H. Pelletier, T.D. Strout, M.R. Baumann // *The American Journal of Emergency Medicine*. – 2014. – № 7 (32). – P. 713–724.
225. Perk, J. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012) / J. Perk, G. De Backer, H. Gohlke, I. Graham, Ž. Reiner [et al.] // *European Heart Journal*. – 2012. – Vol. 33. – № 13. – P. 1635–1701.
226. Pett, K.D. The Seven Countries Study / K.D. Pett, W.C. Willett, E. Vartiainen, D.L. Katz // *European heart journal*. – 2017. – № 42 (38). – P. 3119–3121.
227. Piepoli, M.F. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice / M.F. Piepoli, A.W. Hoes, S. Agewall, C. Albus [et al.] // *European Heart Journal*. – 2016. – № 29 (37). – P. 2315–2381.
228. Pietrzak, E. Primary and secondary prevention of cardiovascular disease: is there a place for Internet-based interventions? / E. Pietrzak, C. Cotea, S. Pullman // *Journal*

- of cardiopulmonary rehabilitation and prevention. – 2014. – № 5 (34). – P. 303–17.
229. Piotrowicz, E. Cardiac telerehabilitation: current situation and future challenges / E. Piotrowicz, R. Piotrowicz // *European journal of preventive cardiology*. – 2013. – № 2 Suppl (20). – С. 12–6.
230. Pogosova, N. Psychosocial aspects in cardiac rehabilitation: From theory to practice. A position paper from the cardiac rehabilitation section of the European association of cardiovascular prevention and rehabilitation of the European Society of Cardiology / N. Pogosova, H. Saner, S.S. Pedersen, M.E. Cupples [et al.] // *European Journal of Preventive Cardiology*. – 2015. – № 10 (22). – P. 1290–1306.
231. Pokrovskaya, M. Biobanking of biospecimens for the epidemiology of cardiovascular risk factors and diseases in regions of the Russian Federation study (ESSE-RF) / M. Pokrovskaya, O.V. Sivakova, A.N. Meshkov, V.A. Metelskaya [et al.] – В книге: *Biospecimen Research Symposium*. – 2018. – P. 30.
232. Polanka, B.M. Are cardiovascular risk factors stronger predictors of incident cardiovascular disease in U.S. Adults with versus without a history of clinical depression? / B.M. Polanka, J. Berntson, E.A. Vraney, J.C. Stewart // *Annals of Behavioral Medicine*. – 2018. – № 12 (52). – P. 1036–1045.
233. Powell, P.W. New approaches to providing individualized diabetes care in the 21st century / P.W. Powell, S.D. Corathers, J. Raymond, R. Streisand // *Current diabetes reviews*. – 2015. – № 4 (11). – P. 222–30.
234. Pringle, J. Improving medication adherence: a framework for community pharmacy-based interventions / J. Pringle, K. Coley // *Integrated Pharmacy Research and Practice*. – 2015. – P. 175.
235. Prochaska, J.O. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy / J.O. Prochaska, C.C. DiClemente, Dow Jones-Irwin, Homewood, IL, 1984. – 193 p.
236. Prochaska, J.O. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change / J.O. Prochaska, C.C. DiClemente // *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. – 1982. – № 3 (19). – P. 276–288.
237. Prochaska, J.O. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an

- integrative model of change / J.O. Prochaska, C.C. DiClemente // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1983. – № 3 (51). – P. 390–395.
238. Prochaska, J.O. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change / J.O. Prochaska, W.F. Velicer // *American Journal of Health Promotion*. – 1997. – № 1 (12). – C. 38–48.
239. Purath, J. Motivational interviewing for older adults in primary care: A systematic review / J. Purath, A. Keck, C.E. Fitzgerald // *Geriatric Nursing*. – 2014. – № 3 (35). – P. 219–224.
240. Regalado, M. Cigarette smoking is associated with augmented progression of renal insufficiency in severe essential hypertension / M. Regalado, S. Yang, D.E. Wesson // *American Journal of Kidney Diseases*. – 2000. – № 4 (35). – P. 687–694.
241. Reitsma, M.B. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015: A systematic analysis from the global burden of disease study 2015 / M.B. Reitsma, N. Fullman, M. Ng, J.S. Salama [et al.] // *The Lancet*. – 2017. – № 10082 (389). – P. 1885–1906.
242. Reynaert, C. Locus of control and metabolic control / C. Reynaert, P. Janne, J. Donckier, M. Buyschaert [et al.] // *Diabete & metabolisme*. – 1995. – № 3 (21). – P. 180–7.
243. Rieger, E. Measuring social support for healthy eating and physical activity in obesity / E. Rieger, M. Sellbom, K. Murray, I. Caterson [et al.] // *British Journal of Health Psychology*. – 2018. – № 4 (23). – P. 1021–1039.
244. Roest, A.M. Anxiety and Risk of Incident Coronary Heart Disease. A Meta-Analysis / A.M. Roest, E.J. Martens, J. Denollet, P. De Jonge [et al.] // *Journal of the American College of Cardiology*. – 2010. – № 1 (56). – P. 38–46.
245. Roest, A.M. Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: A meta-analysis / A.M. Roest, E.J. Martens, P. de Jonge, J. Denollet // *Psychosomatic Medicine*. – 2010. – № 6 (72). – P. 563–569.
246. Rogers, C. Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory / C. Rogers, London: Constable, 1951. – 560 p.
247. Roldan, P.C. Updates to Adherence to Hypertension Medications / P.C. Roldan,

- G.Y. Ho, P.M. Ho // *Current Hypertension Reports*. – 2018. – № 4 (20). – P. 34.
248. Rosengren, A. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study / A. Rosengren, S. Hawken, S. Ôunpuu, K. Sliwa [et al.] // *Lancet*. – 2004. – № 9438 (364). – P. 953–962.
249. Rosenstock, I.M. Historical Origins of the Health Belief Model / I.M. Rosenstock // *Health Education Monographs*. – 1974. – № 4 (2). – C. 328–335.
250. Rossinen, J. Effects of acute alcohol infusion on duration and dispersion of QT interval in male patients with coronary artery disease and in healthy controls / J. Rossinen, J. Sinisalo, J. Partanen, M.S. Nieminen [et al.] // *Clinical Cardiology*. – 1999. – № 9 (22). – P. 591–594.
251. Roth, G.A. Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases for 10 Causes, 1990 to 2015 / G.A. Roth, C. Johnson, A. Abajobir, F. Abd-Allah [et al.] // *Journal of the American College of Cardiology*. – 2017. – № 1 (70). – P. 1–25.
252. Rotter, J.B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement / J.B. Rotter // *Psychological Monographs: General and Applied*. – 1966. – № 1 (80). – P. 1–28.
253. Sabzmakan, L. Behavioral determinants of cardiovascular diseases risk factors: A qualitative directed content analysis / L. Sabzmakan, M.A. Morowatisharifabad, E. Mohammadi, S.S. Mazloomi-Mahmoodabad [et al.] // *ARYA atherosclerosis*. – 2014. – № 2 (10). – P. 71–81.
254. Sacker, A. The relationship between job strain and coronary heart disease: Evidence from an English sample of the working male population / A. Sacker, M.J. Bartley, D. Frith, R.M. Fitzpatrick, M.G. Marmot [et al.] // *Psychological Medicine*. – 2001. – № 2 (31). – C. 279–290.
255. Salkovskis, P.M. The health anxiety inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis / P.M. Salkovskis, K.A. Rimes, H.M.C. Warwick, D.M. Clark [et al.] // *Psychological Medicine*. – 2002. – № 5 (32). – P. 843–853.
256. Salvo, M.C. Motivational interviewing for medication adherence / M.C. Salvo, M.L.

- Cannon-Breland // *Journal of the American Pharmacists Association*. – 2015. – № 4 (55). – P. e354–e363.
257. Saner, H. e-Cardiology and e-Health: from industry-driven technical progress to clinical application / H. Saner // *European Journal of Preventive Cardiology*. – 2014. – № 2_suppl (21). – P. 2–3.
258. Sattelmair, J. Dose response between physical activity and risk of coronary heart disease: A meta-analysis / J. Sattelmair, J. Pertman, E.L. Ding, H.W. Kohl [et al.] // *Circulation*. – 2011. – Vol. 124. – № 7. – P. 789–795.
259. Schnohr, P. Ranking of psychosocial and traditional risk factors by importance for coronary heart disease: The Copenhagen City Heart Study / P. Schnohr, J.L. Marott, T.S. Kristensen, F. Gyntelberg [et al.] // *European Heart Journal*. – 2015. – № 22 (36). – P. 1385–1393.
260. Shea, S. A Randomized Trial Comparing Telemedicine Case Management with Usual Care in Older, Ethnically Diverse, Medically Underserved Patients with Diabetes Mellitus: 5 Year Results of the IDEATel Study / S. Shea, R.S. Weinstock, J.A. Teresi, W. Palmas [et al.] // *Journal of the American Medical Informatics Association*. – 2009. – № 4 (16). – P. 446–456.
261. Shroufi, A. Cost effective interventions for the prevention of cardiovascular disease in low and middle income countries: A systematic review / A. Shroufi, R. Chowdhury, R. Anchala, S. Stevens [et al.] // *BMC Public Health*. – 2013. – № 1 (13). – P. 285.
262. Sirota, N. Personalized medical and psychological correction of risk factors for cardiovascular diseases using remote technologies / N. Sirota [et al.] // *Psychiatria Danubina*. – 2019. № suppl. – 4 (31). – P. 704.
263. Sivakova, O. The study of coping with stressful and problematic situations in patients with risk factors for cardiovascular disease / O. Sivakova // *European Journal of Preventive Cardiology*. – 2017. – № 1_suppl. (24). – P. S58.
264. Sivakova, O. Medical and psychological counseling with the use of remote technologies and the level of stress, anxiety, depression and self-efficacy in patients with risk factors for cardiovascular disease / O. Sivakova, N. Sirota // *European Journal of Preventive Cardiology*. – 2018. – № S2 (25). – P. S88–S89.

265. Sivakova, O. Influence of medical and psychological counseling using remote technologies on coping with stressful and problematic situations in patients with risk factors for cardiovascular disease / O. Sivakova, N. Sirota // *European Journal of Preventive Cardiology*. – 2019. – № 1 (26). – P. 119.
266. Sivakova, O. Professional tasks of therapeutic profile doctor demanding special forming of psychological actions / O. Sivakova, N. Sirota // *European science review*. – 2014. – № 2. – P. 92–95.
267. Sivakova, O. Medical and psychological counseling of patients with risk factors for cardiovascular disease with the use of remote technologies / O. Sivakova, N. Sirota // *European Heart Journal*. – 2017. – № Suppl. 1. (38). – P. 523–524.
268. Skinner, E.A. Coping across the Lifespan / E.A. Skinner // Elsevier. – 2001. – P. 2761–2766.
269. Smedslund, G. Motivational interviewing for substance abuse / G. Smedslund, R.C. Berg, K.T. Hammerstrøm, A. Steiro [et al.] // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2011. – №5. – P. CD008063
270. Smith, C.A. Beyond good and bad coping: a multidimensional examination of coping with pain in persons with rheumatoid arthritis / C.A. Smith, K.A. Wallston, K.A. Dwyer, S.W. Dowdy // *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*. – 1997. – № 1 (19). – P. 11–21.
271. Smoller, J.W. Panic attacks and risk of incident cardiovascular events among postmenopausal women in the women's health initiative observational study / J.W. Smoller, M.H. Pollack, S. Wassertheil-Smoller, R.D. Jackson [et al.] // *Archives of General Psychiatry*. – 2007. – № 10 (64). – P. 1153–1160.
272. Solomon, D.H. Osteoporosis telephonic intervention to improve medication regimen adherence: A large, pragmatic, randomized controlled trial / D.H. Solomon, M.D. Iversen, J. Avorn, T. Gleeson [et al.] // *Archives of Internal Medicine*. – 2012. – № 6 (172). – P. 477–483.
273. Spindler, H. Posttraumatic stress disorder in the wake of heart disease: Prevalence, risk factors, and future research directions / H. Spindler, S.S. Pedersen // *Psychosomatic Medicine*. – 2005. – Vol. 67. – № 5. – P. 715–723.

274. Spoelstra, S.L. Interventions combining motivational interviewing and cognitive behaviour to promote medication adherence: a literature review / S.L. Spoelstra, M. Schueller, M. Hilton, K. Ridenour // *Journal of Clinical Nursing*. – 2015. – № 9–10 (24). – P. 1163–1173.
275. Stansfeld, S.A. Psychological distress as a risk factor for coronary heart disease in the Whitehall II Study / S.A. Stansfeld, R. Fuhrer, M.J. Shipley, M.G. Marmot // *International Journal of Epidemiology*. – 2002. – № 1 (31). – P. 248–255.
276. Steptoe, A. Stress and cardiovascular disease: An update on current knowledge / A. Steptoe, M. Kivimäki // *Annual Review of Public Health*. – 2013. – Vol. 34. – P. 337–354.
277. Stewart, E.E. Encouraging patients to change unhealthy behaviors with motivational interviewing / E.E. Stewart, C.H. Fox // *Family practice management*. – 2011. – № 3 (18). – P. 21–5.
278. Stonerock, G.L. Role of Counseling to Promote Adherence in Healthy Lifestyle Medicine: Strategies to Improve Exercise Adherence and Enhance Physical Activity / G.L. Stonerock, J.A. Blumenthal // *Progress in Cardiovascular Diseases*. – 2017. – № 5 (59). – P. 455–462.
279. Stringhini, S. Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality / S. Stringhini, S. Sabia, M. Shipley, E. Brunner [et al.] // *JAMA - Journal of the American Medical Association*. – 2010. – № 12 (303). – P. 1159–1166.
280. Sweeting, M.J. Meta-analysis of individual patient data to examine factors affecting growth and rupture of small abdominal aortic aneurysms / M.J. Sweeting, S.G. Thompson, L.C. Brown, J.T. Powell // *British Journal of Surgery*. – 2012. – № 5 (99). – P. 655–665.
281. Teeter, B.S. Telephone-based motivational interviewing for medication adherence: a systematic review / B.S. Teeter, J. Kavookjian // *Transl Behav Med*. – 2014. – 4(4). P. 372-81.
282. Thomopoulos, C. Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension: 3. Effects in patients at different levels of cardiovascular risk - Overview and meta-analyses of randomized trials / C. Thomopoulos, G. Parati,

- A. Zanchetti // *Journal of Hypertension*. – 2014. – T. 32. – № 12. – P. 2305–2314.
283. 288. Thompson, D.R. Motivational interviewing: a useful approach to improving cardiovascular health? / D.R. Thompson, S.Y. Chair, S.W. Chan, F. Astin [et al.] // *Journal of Clinical Nursing*. – 2011. – № 9–10 (20). – P. 1236–1244.
284. Thun, M.J. 50-Year Trends in Smoking-Related Mortality in the United States / M.J. Thun, B.D. Carter, D. Feskanich, N.D. Freedman [et al.] // *New England Journal of Medicine*. – 2013. – № 4 (368). – P. 351–364.
285. Tillotson, L.M. Locus of Control, Social Support, and Adherence to the Diabetes Regimen / L.M. Tillotson, M.S. Smith // *The Diabetes Educator*. – 1996. – № 2 (22). – P. 133–139.
286. Tomiyama, H. Continuous smoking and progression of arterial stiffening: A prospective study / H. Tomiyama, H. Hashimoto, H. Tanaka, C. Matsumoto [et al.] // *Journal of the American College of Cardiology*. – 2010. – № 18 (55). – P. 1979–1987.
287. Tsygankov, B.D. Fundamentals of boundary gerontopsychiatry / B.D. Tsygankov, S.S. Odarchenko // *International Journal of Culture and Mental Health*. – 2018. – № 1 (11). – P. 68–74.
288. VanBuskirk, K.A. Motivational interviewing with primary care populations: a systematic review and meta-analysis / K.A. VanBuskirk, J.L. Wetherell // *Journal of Behavioral Medicine*. – 2014. – № 4 (37). – P. 768–780.
289. Wade, D.T. The biopsychosocial model of illness: A model whose time has come / D.T. Wade, P.W. Halligan // *Clinical Rehabilitation*. – 2017. – Vol. 31. – № 8. – P. 995–1004.
290. Wang, P. Effect of Remote Internet Follow-Up on Postradiotherapy Compliance Among Patients with Esophageal Cancer: A Randomized Controlled Study / P. Wang, L. Yang, Z. Hua // *Telemedicine journal and e-health: the official journal of the American Telemedicine Association*. – 2015. – № 11 (21). – P. 923–9.
291. Wang, X. Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: Systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies / X. Wang, Y. Ouyang, J. Liu, M. Zhu [et al.] // *BMJ (Online)*. – 2014. – № 349. – P. g4490.

292. Welin, C.L.M. Behavioural Characteristics in Patients with Myocardial Infarction: A Case-Control Study / C.L.M. Welin, A. Rosengren, L.W. Wilhelmsen // *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*. – 1995. – № 3 (2). – P. 247–254.
293. Wildevuur, S.E. Information and communication technology-enabled person-centered care for the «big five» chronic conditions: scoping review / S.E. Wildevuur, L.W.L. Simonse // *Journal of medical Internet research*. – 2015. – № 3 (17). – P. e77.
294. Wister, A.V. One-year follow-up of a therapeutic lifestyle intervention targeting cardiovascular disease risk / A.V. Wister, N. Loewen, H. Kennedy-Symonds, B. McGowan [et al.] // *CMAJ*. – 2007. – № 8 (177). – P. 859–865.
295. Wolf, T. Relationship of current and past smoking to mortality and morbidity in patients with left ventricular dysfunction / T. Wolf, L. Gepstein, U. Dror, G. Hayam [et al.] // *Journal of the American College of Cardiology*. – 2001. – № 6 (37). – P. 1677–1682.
296. Wongvibulsin, S. An Individualized, Data-Driven Digital Approach for Precision Behavior Change / S. Wongvibulsin, S.S. Martin, S. Saria [et al.] // *Am J Lifestyle Med*. – 2019. – №14(3). – P. 289-293.
297. Wongvibulsin, S. Connected Health Technology for Cardiovascular Disease Prevention and Management / S. Wongvibulsin, S.S. Martin, S.R. Steinhubl [et al.] // *Curr Treat Options Cardiovasc Med*. – 2019. – Vol. 18. – №21(6). – P. 29.
298. Woodward, M. Adding social deprivation and family history to cardiovascular risk assessment: The ASSIGN score from the Scottish Heart Health Extended Cohort (SHHEC) / M. Woodward, P. Brindle, H. Tunstall-Pedoe // *Heart*. – 2007. – № 2 (93). – P. 172–176.
299. Wulp, N.Y. van der Reducing alcohol use during pregnancy via health counseling by midwives and internet-based computer-tailored feedback: a cluster randomized trial. / N.Y. van der Wulp, C. Hoving, K. Eijmael, M.J.J.M. Candel [et al.] // *Journal of medical Internet research*. – 2014. – № 12 (16). – P. e274.
300. Xia, N. Loneliness, Social Isolation, and Cardiovascular Health / N. Xia, H. Li // *Antioxidants and Redox Signaling*. – 2018. – Vol. 28. – № 9. – P. 837–851.

301. Yoshimasu, K. Relation of type A behavior pattern and job-related psychosocial factors to nonfatal myocardial infarction: A case-control study of Japanese male workers and women / K. Yoshimasu // *Psychosomatic Medicine*. – 2001. – № 5 (63). – P. 797–804.
302. Yusuf, P.S. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study / P.S. Yusuf, S. Hawken, S. Ôunpuu, T. Dans [et al.]. // *Lancet*. – 2004. – № 9438 (364). – P. 937–952.
303. Yusuf, P.S. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study / P.S. Yusuf, S. Hawken, S. Ôunpuu, T. Dans [et al.]. // *The Lancet*. – 2004. – № 9438 (364). – P. 937–952.
304. Yusuf, P.S. Obesity and the risk of myocardial infarction in 27 000 participants from 52 countries: A case-control study / P.S. Yusuf, S.Hawken, S. Ôunpuu, L. Bautista [et al.] // *Lancet*. – 2005. – № 9497 (366). – P. 1640–1649.
305. Zigmond, A.S. The Hospital Anxiety and Depression Scale / A.S. Zigmond, R.P. Snaith // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1983. – № 6 (67). – P. 361–370.
306. Zimet, G.D. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support / G.D. Zimet, N.W. Dahlem, S.G. Zimet, G.K. Farley // *Journal of Personality Assessment*. – 1988. – №52(1). – P. 30–41.
307. Zomahoun, H.T.V. Effectiveness of motivational interviewing interventions on medication adherence in adults with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis / H.T.V. Zomahoun, L. Guénette, J.-P. Grégoire, S. Lauzier [et al.]. // *International Journal of Epidemiology*. – 2016. – P. dyw273.
308. World Health Organization. The impact of chronic disease in the Russian Federation [Электронный ресурс]. URL: https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/russia.pdf?ua=1 (дата обращения: 10.06.2019).
309. Global Health Estimates 2016: Death by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva, World Health Organization, 2016. [Электронный ресурс].

- URL: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. (дата обращения: 26.06.2019).
310. Cardiovascular Diseases. Key facts. [Электронный ресурс]. URL: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) (дата обращения: 26.06.2019).
311. Shift to health promotion needed to prevent cardiovascular disease [Электронный ресурс]. URL: <https://www.healio.com/cardiology/chd-prevention/news/online/%7B47f7f7a1-c95b-4cc9-a357-70375a9d9358%7D/shift-to-health-promotion-needed-to-prevent-cardiovascular-disease> (дата обращения: 26.06.2019).
312. Глобальное бремя инсульта. Данные Всемирной организации здравоохранения. [Электронный ресурс]. URL: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_15_burden_stroke.pdf?ua=1 (дата обращения: 12.10.2019).
313. William Miller. Books and Resources. [Электронный ресурс]. URL: <https://williamrmiller.net/books-and-resources/> (дата обращения: 15.10.2019).
314. Мотивационное интервью. Внутренний взгляд на себя и свой образ жизни. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.motivationalinterview.net> (дата обращения: 14.06.2019).
315. Uryvaev V.A. «Internal picture of treatment» as clinical psychological phenomenon / Uryvaev V.A. // [Электронный ресурс]. URL: http://www.mprj.ru/archiv_global/2013_5_22/nomer/nomer13.php (дата обращения: 04.06.2019).
316. Anxiety and Its Disorders: Second Edition: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic [Электронный ресурс]. URL: <https://www.guilford.com/books/Anxiety-and-Its-Disorders/David-Barlow/9781593850289> (дата обращения: 23.06.2019).
317. Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года [Электронный ресурс]. URL: https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2020/01/stragedy_project_fin_2512.pdf (дата обращения: 2020.01.25)

01.06.2019).

318. Worldwide toll of diabetes [Электронный ресурс]. URL: <https://diabetesatlas.org/en/sections/worldwide-toll-of-diabetes.html> (дата обращения: 01.06.2019).
319. WHO. Adherence to long-term therapies: evidence for action World Health Organization, 2003. – 216 p.