

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

МЕЖДУНАРОДНОЕ МЕТОДИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

ADHERENCE TO TREATMENT IN CLINICAL PRACTICE

INTERNATIONAL METHODOLOGICAL GUIDE

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

МЕЖДУНАРОДНОЕ МЕТОДИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Сетевое научное издание

Редакционный совет

д.м.н. Николаев Н.А. (Россия), акад. РАН Мартынов А.И. (Россия), доц. Скирденко Ю.П. (Россия), акад. РАН Авдеев С.Н. (Россия), чл.-корр. РАН Анисимов В.Н. (Россия), чл.-корр. РАН Арутюнов Г.П. (Россия), акад. РАН Ашрафян Л.А. (Россия), проф. Бабунашвили А.М. (Россия), чл.-корр. РАН Балыкова Л.А. (Россия), акад. РАН Барбараш О.Л. (Россия), акад. НАН РК Бенберин В.В. (Казахстан), иностр. чл. РАН, акад. ААН Валента Р. (Австрия), проф. Васильева И.А. (Россия), д.м.н. Виноградов О.И. (Россия), акад. РАН Гинцбург А.Л. (Россия), акад. РАН Горелов А.В. (Россия), акад. РАН Гусейнов А.А. (Россия), иностр. чл. РАН Давидович Л. (Сербия), иностр. чл. РАН Ди Ренцо Д.К. (Италия), акад. РАН Драпкина О.М. (Россия), к.м.н. Дроздова Л.Ю. (Россия), акад. РАН Иоселиани Д.Г. (Россия), иностр. чл. РАН, акад. НАН РК Кайдарова Д. (Казахстан), акад. РАН Караулов А.В. (Россия), акад. РАН Карпов Р.С. (Россия), чл.-корр. РАН Кобалава Ж.Д. (Россия), акад. РАН Конради А.О. (Россия), проф. Лазебник Л.Б. (Россия), акад. РАН Леонтьев В.К. (Россия), чл.-корр. РАН Ливзан М.А. (Россия), чл.-корр. РАН Лиля А.М. (Россия), акад. НАН РК Локшин В.Н. (Казахстан), акад. РАН Мазуров В.И. (Россия), чл.-корр. РАН Мартов А.Г. (Россия), чл.-корр. РАН Марьяндышев А.О. (Россия), иностр. чл. РАН Массар Ж. (Франция), акад. РАН Мельниченко Г.А. (Россия), чл.-корр. РАН Моисеев С.В. (Россия), акад. РАН Намазова-Баранова Л.С. (Россия), проф. Незнанов Н.Г. (Россия), проф. Омельяновский В.В. (Россия), акад. РАН Петров В.И. (Россия), акад. РАН Поддубная И.В. (Россия), акад. РАН Полушин Ю.С. (Россия), акад. РАН Попов С.В. (Россия), чл.-корр. РАН Рагино Ю.И. (Россия), акад. РАН Ройтберг Г.Е. (Россия), проф. Ройтман Е.В. (Россия), акад. НАН РБ Руммо О.О. (Беларусь), чл.-корр. РАН Румянцев С.А. (Россия), чл.-корр. РАН Рычкова Л.В. (Россия), чл.-корр. РАН Скворцова В.И. (Россия), иностр. чл. РАН, чл.-корр. НАН РБ Снежицкий В.А. (Беларусь), чл.-корр. РАН Софронов А.Г. (Россия), иностр. чл. РАН Станойкович Т. (Сербия), чл.-корр. РАН Танащян М.М. (Россия), акад. РАН Тахчиди Х.П. (Россия), чл.-корр. РАН Ткачева О.Н. (Россия), чл.-корр. РАН Фадеев В.В. (Россия), акад. РАН Хавинсон В.Х. (Россия), чл.-корр. РАН Хаитов М.Р. (Россия), акад. РАН Хубутя М.Ш. (Россия), иностр. чл. РАН Шаллер К. (Швейцария), акад. РАН Янушевич О.О. (Россия)

Комитет экспертов

Агафонова Ю.А., проф. Агеев Ф.Т., Андреев К.А., к.филос.н. Антипов А.В., к.м.н. Аталян А.В., проф. Ахмедов В.А., к.м.н. Бабичева Л.Г., проф. Вагнер В.Д., проф. Викторова И.А., Власова Н.Л., проф. Волчегорский И.А., проф. Галевич А.С., доц. Гаус О.В., к.м.н. Гомберг В.Г., Горбенко А.В., к.м.н. Горшков А.Ю., д.м.н. Друк И.В., д.м.н. Ершов А.В., д.м.н. Ефремова Е.В., проф. Задионченко В.С., проф. Зайцев А.А., проф. Зырянов С.К., д.м.н. Калашникова М.Ф., проф. Каневская С.С., д.м.н. Кашталап В.В., проф. Колбасников С.В., к.психол.н. Кондратьева К.О., проф. Кореннова О.Ю., д.м.н. Корпачева О.В., к.м.н. Коршунов А.С., к.м.н. Кочергина А.М., д.м.н. Кутихин А.Г., проф. Лебедев О.И., д.м.н. Лутова Н.Б., проф. Малявин А.Г., проф. Мареев В.Ю., доц. Михайлова Н.Б., д.м.н. Морозова О.Л., д.м.н. Напалков Д.А., проф. Недошивин А.О., проф. Нечаева Г.И., проф. Никифоров В.С., д.м.н. Никишова Е.И., Орджоникидзе М.К., проф. Охлопков В.А., проф. Павлинова Е.Б., д.м.н. Пашков А.В., проф. Петрова А.Г., проф. Пискалков А.В., д.м.н. Погодина А.В., д.филос.н. Попова О.В., проф. Ребров А.П., д.м.н. Савельева И.В., проф. Сайфутдинов Р.И., к.м.н. Селимзянова Л.Р., д.м.н. Семиглазова Т.Ю., к.м.н. Советкина Н.В., к.м.н. Сорокин М.Ю., проф. Стремоухов А.А., д.м.н. Сурков А.Н., д.м.н. Суркова Е.В., проф. Сутурин Л.В., проф. Терентьев В.П., д.филос.н. Тищенко П.Д., к.м.н. Токарская Е.А., д.м.н. Тотчиев Г.Ф., Тулулов Р.В., проф. Тумян Г.С., проф. Тюрин В.П., д.м.н. Усов Г.М., д.м.н. Устинова Н.В., Федорин М.М., к.м.н. Федаева В.К., д.м.н. Фофанова Т.В., Чебаненко Е.В., к.м.н. Шепель Р.Н., Штейнборн И.Г., проф. Ягода А.В., проф. Якушин С.С.

© Коллектив авторов., 2023
© ИД «Академия Естествознания»
© АНО «Академия Естествознания»
ISBN 978-5-91327-776-3

ADHERENCE TO TREATMENT IN CLINICAL PRACTICE

INTERNATIONAL METHODOLOGICAL GUIDE

Online scientific publication

Editorial board

Nikolaev N.A. (Russia), Martynov A.I. (Russia), Skirdenko YU.P. (Russia), Avdeev S.N. (Russia), Anisimov V.N. (Russia), Arutyunov G.P. (Russia), Ashrafyan L.A. (Russia), Babunashvili A.M. (Russia), Balykova L.A. (Russia), Barbarash O.L. (Russia), Benberin V.V. (Kazakhstan), Valenta R. (Austria), Vasil'eva I.A. (Russia), Vinogradov O.I. (Russia), Gincburg A.L. (Russia), Gorelov A.V. (Russia), Gusejnov A.A. (Russia), Davidovich L. (Serbia), Di Renzo G.C. (Italy), Drapkina O.M. (Russia), Drozdova L.YU. (Russia), Ioseliani D.G. (Russia), Kaidarova D. (Kazakhstan), Karaulov A.V. (Russia), Karpov R.S. (Russia), Kobalava ZH.D. (Russia), Konradi A.O. (Russia), Lazebnik L.B. (Russia), Leont'ev V.K. (Russia), Livzan M.A. (Russia), Lila A.M. (Russia), Lokshin V.N. (Kazakhstan), Mazurov V.I. (Russia), Martov A.G. (Russia), Mar'yandyshev A.O. (Russia), Massard G. (France), Mel'nichenko G.A. (Russia), Moiseev S.V. (Russia), Namazova-Baranova L.S. (Russia), Neznanov N.G. (Russia), Omel'yanovskij V.V. (Russia), Petrov V.I. (Russia), Poddubnaya I.V. (Russia), Polushin YU.S. (Russia), Popov S.V. (Russia), Ragino YU.I. (Russia), Rojtberg G.E. (Russia), Rojtman E.V. (Russia), Rummo O.O. (Belarus), Rummyancev S.A. (Russia), Rychkova L.V. (Russia), Skvorcova V.I. (Russia), Snezhitskiy V.A. (Belarus), Sofronov A.G. (Russia), Stanojkovic T. (Serbia), Tanashyan M.M. (Russia), Tahchidi H.P. (Russia), Tkacheva O.N. (Russia), Fadeev V.V. (Russia), Havinson V.H. (Russia), Haitov M.R. (Russia), Hubutiya M.SH. (Russia), Schaller K. (Switzerland), YAnushevich O.O. (Russia)

Committee of experts

Agafonova YU.A., Ageev F.T., Andreev K.A., Antipov A.V., Atalyan A.V., Ahmedov V.A., Babicheva L.G., Vagner V.D., Viktorova I.A., Vlasova N.L., Volchegorskij I.A., Galyavich A.S., Gaus O.V., Gomberg V.G., Gorbenko A.V., Gorshkov A.YU., Druk I.V., Ershov A.V., Efremova E.V., Zadionchenko V.S., Zajcev A.A., Zyryanov S.K., Kalashnikova M.F., Kanevskaya S.S., Kashtalap V.V., Kolbasnikov S.V., Kondrat'eva K.O., Korennova O.YU., Korpacheva O.V., Korshunov A.S., Kochergina A.M., Kutihin A.G., Lebedev O.I., Lutova N.B., Malyavin A.G., Mareev V.YU., Mihajlova N.B., Morozova O.L., Napalkov D.A., Nedoshivin A.O., Nechaeva G.I., Nikiforov V.S., Nikishova E.I., Ordzhonikidze M.K., Ohlopkov V.A., Pavlinova E.B., Pashkov A.V., Petrova A.G., Pisklakov A.V., Pogodina A.V., Popova O.V., Rebrov A.P., Savel'eva I.V., Sajfutdinov R.I., Selimzyanova L.R., Semiglazova T. YU., Sovetkina N.V., Sorokin M.YU., Stremouhov A.A., Surkov A.N., Surkova E.V., Suturina L.V., Terent'ev V.P., Tishchenko P.D., Tokarskaya E.A., Totchiev G.F., Tulupov R.V., Tumyan G.S., Tyurin V.P., Usov G.M., Ustinova N.V., Fedorin M.M., Fedyaeva V.K., Fofanova T.V., Chebanenko E.V., SHepel' R.N., SHtejnborn I.G., YAgoda A.V., YAKushin S.S.

© Team of authors., 2023
© Publishing House "Academy of Natural Sciences"
© ANO "Academy of Natural Sciences"
ISBN 978-5-91327-776-3

Moscow
2023

РОССИЯ – АВСТРИЯ – БЕЛАРУСЬ – ИТАЛИЯ – КАЗАХСТАН – СЕРБИЯ – ФРАНЦИЯ – ШВЕЙЦАРИЯ

Российское научное медицинское общество терапевтов / Союз педиатров России / Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний / Российское общество психиатров / Российское общество физиатров / Евразийская Ассоциация Терапевтов / Научное общество гастроэнтерологов России / Геронтологическое общество при Российской академии наук / Ассоциация анестезиологов-реаниматологов / Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В.И. Покровского / Национальная ассоциация специалистов по тромбозам, клинической гемостазиологии и гемореологии / Общество онкогематологов / Общество доказательной неврологии / Российское общество по Эндоурологии и Новым Технологиям / Российское научное Общество Интервенционных Кардиологов / Международная научная группа изучения приверженности

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

МЕЖДУНАРОДНОЕ МЕТОДИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Сетевое научное издание

Белгородский государственный национальный исследовательский университет (Россия), Белградский университет (Сербия), Венский университет (Австрия), Волгоградский государственный медицинский университет (Россия), Главный военный клинический госпиталь им. академика Н.Н. Бурденко (Россия), Гродненский государственный медицинский университет (Беларусь), Женевский университет (Швейцария), Институт иммунологии ФМБА России (Россия), Институт радиологии и онкологии Сербии (Сербия), Казанский государственный медицинский университет (Россия), Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии (Казахстан), Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова (Казахстан), Кемеровский государственный медицинский университет (Россия), Люксембургский университет (Люксембург), Медицинский центр Управления делами Президента Республики Казахстан (Казахстан), Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии (Беларусь), Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова (Россия), Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова (Россия), Московский государственный университет пищевых производств (Россия), Московский медицинский университет РЕАВИЗ (Россия), Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва (Россия), Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. почётного акад. Н.Ф. Гамалеи (Россия), Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова (Россия), Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова (Россия), Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова (Россия), Национальный медицинский исследовательский центр им. Н.Н. Блохина (Россия), Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. акад. Е.И. Чазова (Россия), Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова (Россия), Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия), Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины (Россия), Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний (Россия), Национальный медицинский исследовательский центр Центральной стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (Россия), Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии (Россия), Научный центр неврологии (Россия), Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека (Россия), НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний (Россия), НИИ пульмонологии ФМБА России (Россия), НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой (Россия), НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Россия), Омский государственный медицинский университет (Россия), Оренбургский государственный медицинский университет (Россия), Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) (Россия), Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (Россия), Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования (Россия), Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского (Россия), Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова (Россия), Российский университет дружбы народов (Россия), Ростовский государственный медицинский университет (Россия), Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (Россия), Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии (Россия), Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского (Россия), Северный государственный медицинский университет (Россия), Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова (Россия), Сибирский государственный медицинский университет (Россия), Ставропольский государственный медицинский университет (Россия), Страсбургский университет (Франция), Тверской государственный медицинский университет (Россия), Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН (Россия), Ульяновский государственный университет (Россия), Университет Перуджи (Италия), Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики СО РАН (Россия), Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России (Россия), Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева (Россия), Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии (Россия), Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи (Россия), Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора (Россия), Южно-Уральский государственный медицинский университет (Россия)

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра (МКБ-10): A00-B99, C00-D48, D50-D89, E00-E90, F00-F99, G10-G99, H00-H95, I00-I99, J00-J99, K00-K93, L00-L99, M00-M99, N00-N99, O00-O99, Z30-Z76.

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, одиннадцатого пересмотра (МКБ-11): 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 24.

Год утверждения (частота пересмотра): 2023 (каждые 3 года). Возрастная категория: взрослые, дети.

© Коллектив авторов., 2023
© ИД «Академия Естествознания»
© АНО «Академия Естествознания»
ISBN 978-5-91327-776-3

Москва
2023

RUSSIA – AUSTRIA – BELARUS – ITALY – KAZAKHSTAN – SERBIA – FRANCE – SWITZERLAND

Russian Scientific Medical Society of Therapists / Union of Pediatricians of Russia / Russian Society for the Prevention of Non-Communicable Diseases / Russian Society of Psychiatrists / Russian Society of Phthisiologists / Eurasian Association of Therapists / Scientific Society of Gastroenterologists of Russia / Gerontological Society under the Russian Academy of Sciences / Association of Anesthesiologists-Resuscitators / National Association of Specialists in Infectious Diseases named after Academician V.I. Pokrovsky / National Association of Specialists in Thrombosis, Clinical Hemostasiology and Hemorrhology / Society of Oncohematologists / Society of Evidence-Based Neurology / Russian Society for Endourology and New Technologies / Russian Scientific Society of Interventional Cardiologists / International Research Group on Adherence to Treatment

ADHERENCE TO TREATMENT IN CLINICAL PRACTICE

INTERNATIONAL METHODOLOGICAL GUIDE

Online scientific publication

Belgorod State National Research University (Russia), University of Belgrade (Serbia), University of Vienna (Austria), Volgograd State Medical University (Russia), The Main Military Clinical Hospital named after Academician N.N. Burdenko (Russia), Grodno State Medical University (Belarus), University of Geneva (Switzerland), Institute of Immunology of the FMBA of Russia (Russia), Institute of Radiology and Oncology of Serbia (Serbia), Kazan State Medical University (Russia), Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology (Kazakhstan), S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University (Kazakhstan), Kemerovo State Medical University (Russia), Luxembourg University (Luxembourg), Medical Center of the Office of the President of the Republic of Kazakhstan (Kazakhstan), Minsk Scientific and Practical Center of Surgery, Transplantation and Hematology (Belarus), Moscow State Medical and Dental University named after A.I. Evdokimov (Russia), Lomonosov Moscow State University (Russia), Moscow State University of Food Production (Russia), Moscow Medical University REAVIZ (Russia), N.P. Ogarev National Research Mordovian State University (Russia), National Research Center of Epidemiology and Microbiology named after Honorary Academician N.F. Gamalei (Russia), National Medical and Surgical Center named after N.I. Pirogov (Russia), National Medical Research Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after Academician V.I. Kulakov (Russia), V.A. Almazov National Medical Research Center (Russia), N.N. Blokhin National Medical Research Center (Russia), National Medical Research Center of Cardiology named after Academician E.I. Chazova (Russia), N.N. Petrov National Medical Research Center of Oncology (Russia), V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology (Russia), National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine (Russia), National Medical Research Center of Phthisiopulmonology and Infectious Diseases (Russia), National Medical Research Center Central Research Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery (Russia), V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology (Russia), National Medical Research Center of Endocrinology (Russia), Scientific Center of Neurology (Russia), Scientific Center for Family Health and Human Reproduction (Russia), Research Institute of Complex Problems of Cardiovascular Diseases (Russia), Research Institute of Pulmonology of the FMBA of Russia (Russia), N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency Medicine (Russia), Omsk State Medical University (Russia), Orenburg State Medical University (Russia), I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University) (Russia), The First St. Petersburg State Medical University named after Academician I.P. Pavlova (Russia), Russian Medical Academy of Continuing Professional Education (Russia), Russian Scientific Center of Surgery named after Academician B.V. Petrovsky (Russia), N.I. Pirogov Russian National Research Medical University (Russia), Peoples' Friendship University of Russia (Russia), Rostov State Medical University (Russia), Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlova (Russia), St. Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology (Russia), Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky (Russia), Northern State Medical University (Russia), I.I. Mechnikov Northwestern State Medical University (Russia), Siberian State Medical University (Russia), Stavropol State Medical University (Russia), University of Strasbourg (France), Tver State Medical University (Russia), Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences (Russia), Ulyanovsk State University (Russia), University of Perugia (Italy), Federal Research Center Institute of Cytology and Genetics SB RAS (Russia), A.I. Burnazyan Federal Medical Biophysical Center of the FMBA of Russia (Russia), D. Rogachev Federal Research and Clinical Center for Pediatric Hematology, Oncology and Immunology (Russia), Federal Scientific and Clinical Center of Resuscitation and Rehabilitation (Russia), Center for Expertise and Quality Control of Medical Care (Russia), Central Research Institute of Epidemiology of Rospotrebnadzor (Russia), South-Ural State Medical University (Russia)

Coding according to the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10): A00-B99, C00-D48, D50-D89, E00-E90, F00-F99, G10-G99, H00-H95, I00-I99, J00-J99, K00-K93, L00-L99, M00-M99, N00-N99, O00-O99, Z30-Z76.

Coding according to the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision (ICD-11): 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 24.

Year of approval (revision frequency): 2023 (every 3 years). Age category: adults, children.

© Team of authors., 2023
© Publishing House "Academy of Natural Sciences"
© ANO "Academy of Natural Sciences"
ISBN 978-5-91327-776-3

**Moscow
2023**

Рецензенты:

Береговых Валерий Васильевич — академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, начальник отдела — заместитель академика-секретаря по научно-организационной работе Отделения медицинских наук РАН;

Маев Игорь Вениаминович — академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, проректор по учебной работе, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии Лечебного факультета ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России.

П75 **Приверженность в клинической практике: Международное методическое руководство /** Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П., Авдеев С.Н., Анисимов В.Н., Арутюнов Г.П., Ашрафян Л.А., Бабунашвили А.М., Балькова Л.А., Барбараш О.Л., Бенберин В.В., Валента Р., Васильева И.А., Виноградов О.И., Гинцбург А.А., Горелов А.В., Гусейнов А.А., Давидович Л., Ди Ренцо Д.К., Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Иоселиани Д.Г., Кайдарова Д., Караулов А.В., Карпов Р.С., Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Лазебник Л.Б., Леонтьев В.К., Ливзан М.А., Лиля А.М., Локшин В.Н., Мазуров В.И., Мартов А.Г., Марьяндышев А.О., Массар Ж., Мельниченко Г.А., Моисеев С.В., Намазова-Баранова Л.С., Незнанов Н.Г., Омеляновский В.В., Петров В.И., Поддубная И.В., Полушин Ю.С., Попов С.В., Рагино Ю.И., Ройтберг Г.Е., Ройтман Е.В., Руммо О.О., Румянцев С.А., Рычкова Л.В., Скворцова В.И., Снежицкий В.А., Софронов А.Г., Станойкович Т., Танашян М.М., Тахчиди Х.П., Ткачева О.Н., Фадеев В.В., Хавинсон В.Х., Хаитов М.Р., Хубутя М.Ш., Шалмер К., Янушевич О.О., Агафонова Ю.А., Агеев Ф.Т., Андреев К.А., Антипов А.В., Аталян А.В., Ахмедов В.А., Бабичева Л.Г., Вагнер В.Д., Викторова И.А., Власова Н.Л., Волчегорский И.А., Галявич А.С., Гаус О.В., Гомберг В.Г., Горбенко А.В., Горшков А.Ю., Друк И.В., Ершов А.В., Ефремова Е.В., Задонченко В.С., Зайцев А.А., Зырянов С.К., Калашникова М.Ф., Каневская С.С., Кашгалап В.В., Колбасников С.В., Кондратьева К.О., Кореннова О.Ю., Корпачева О.В., Коршунов А.С., Кочергина А.М., Кутихин А.Г., Лебедев О.И., Лутова Н.Б., Малявин А.Г., Мареев В.Ю., Михайлова Н.Б., Морозова О.Л., Напалков Д.А., Недошивин А.О., Нечаева Г.И., Никифоров В.С., Никишова Е.И., Орджоникидзе М.К., Охлопков В.А., Павлинова Е.Б., Пашков А.В., Петрова А.Г., Пискалов А.В., Погодина А.В., Попова О.В., Ребров А.П., Савельева И.В., Сайфутдинов Р.И., Селимзянова Л.Р., Семиглазова Т.Ю., Советкина Н.В., Сорокин М.Ю., Стремоухов А.А., Сурков А.Н., Суркова Е.В., Сутурина Л.В., Терентьев В.П., Тищенко П.Д., Токарская Е.А., Тотчиев Г.Ф., Тулупов Р.В., Тумян Г.С., Тюрин В.П., Усов Г.М., Устинова Н.В., Федорин М.М., Федяева В.К., Фофанова Т.В., Чебаненко Е.В., Шепель Р.Н., Штейнборн И.Г., Ягода А.В., Якушин С.С. / Под общей ред. Николаева Н.А., Скирденко Ю.П., Мартынова А.И. – М.: Издательский дом Академии Естествознания, 2023. – 228 с., ил.

ISBN 978-5-91327-776-3**DOI 10.17513/np.573**

В руководстве, основываясь на принципах доказательной медицины, обобщен отечественный и мировой опыт изучения и контроля приверженности лечению. Представлена информация о результатах крупнейших российских исследований последних лет в области приверженности лечению в ведущих отраслях медицины. Приведены характеристики основных показателей приверженности, инструменты количественной оценки приверженности лечению, модели поведения пациентов в зависимости от уровня приверженности, прогнозы эффективности вмешательств в зависимости от уровня приверженности, а также выбор врачебных стратегий в зависимости от прогнозируемой эффективности вмешательств. Сформированы шаблоны рекомендаций для пациентов с различным уровнем приверженности лекарственной терапии, медицинскому сопровождению и модификации образа жизни. Для практических врачей, клинических фармакологов, руководителей медицинских организаций, организаторов здравоохранения, научных работников, студентов, ординаторов, аспирантов, докторантов, клинических исследователей.

Международное методическое руководство «Приверженность в клинической практике» отражает официальную позицию профессиональных общественных объединений, одобривших настоящее издание, и выражает коллективное мнение (консенсус) всех авторов — членов Редакционного совета и Комитета экспертов. Руководство подлежит периодическому обновлению.

Все авторы подтвердили отсутствие финансовой поддержки / конфликта интересов. В случае сообщения о наличии конфликта интересов, член(ы) Редакционного совета и Комитета экспертов был(и) исключен(ы) из обсуждения разделов, связанных с областью конфликта интересов.

Авторы Руководства придерживаются политики обеспечения открытого доступа (open access). Текст настоящего Руководства опубликован на условиях открытой лицензии (ст. 1286.1 Гражданского кодекса Российской Федерации) и лицензии Creative Commons BY 4.0 («Атрибуция»). Данный тип лицензии позволяет другим лицам распространять, редактировать, поправлять и брать за основу текст настоящего Руководства при условии указания авторства и без дополнительных ограничений. Авторы настоящего Руководства заявляют об отказе применять юридические ограничения или технологические меры, создающие другим юридические препятствия в выполнении чего-либо из того, что разрешено лицензией.

Редакторы научного перевода на английский язык: Андреев К.А., проф. Ахмедов В.А., д.м.н. Напалков Д.А., проф. Ройтман Е.В., Тулупов Р.В. (руководитель группы редакторов перевода), д.м.н. Усов Г.М.

Reviewers:

Beregovykh V.V. — Academician of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department — Deputy Academician-Secretary for Scientific and Organizational Work of the Department of Medical Sciences of the Russian Academy of Sciences;

Mayev I.V. — Academician of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medical Sciences, Professor, Vice-Rector for Academic Affairs, Head of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases and Gastroenterology of the Faculty of Medicine of the Moscow State Medical and Dental University named after A.I. Evdokimov of the Ministry of Health of the Russian Federation.

Adherence to treatment in clinical practice: International methodological guide / Nikolaev N.A., Martynov A.I., Skirdenko YU.P., Avdeev S.N., Anisimov V.N., Arutyunov G.P., Ashrafyan L.A., Babunashvili A.M., Balykova L.A., Barbarash O.L., Benberin V.V., Valenta R., Vasil'eva I.A., Vinogradov O.I., Gincburg A.L., Gorelov A.V., Gusejnov A.A., Davidovich L., Di Renzo G.C., Drapkina O.M., Drozdova L.YU., Ioseliani D.G., Kaidarova D., Karaulov A.V., Karpov R.S., Kobalava ZH.D., Konradi A.O., Lazebnik L.B., Leont'ev V.K., Livzan M.A., Lila M.A., Lokshin V.N., Mazurov V.I., Martov A.G., Mar'yandyshev A.O., Massard G., Mel'nichenko G.A., Moiseev S.V., Namazova-Baranova L.S., Neznanov N.G., Omel'yanovskij V.V., Petrov V.I., Poddubnaya I.V., Polushin YU.S., Popov S.V., Ragino YU.I., Rojtberg G.E., Rojtman E.V., Rummo O.O., Rummyancev S.A., Rychkova L.V., Skvorcova V.I., Snezhitskiy V.A., Sofronov A.G., Stanojkovic T., Tanashyan M.M., Tahchidi H.P., Tkacheva O.N., Fadeev V.V., Havinson V.H., Haitov M.R., Hubutiya M.SH., Schaller K., YAnushevich O.O. Agafonova YU.A., Ageev F.T., Andreev K.A., Antipov A.V., Atalyan A.V., Ahmedov V.A., Babicheva L.G., Vagner V.D., Viktorova I.A., Vlasova N.L., Volchegorskij I.A., Galyavich A.S., Gaus O.V., Gomberg V.G., Gorbenko A.V., Gorshkov A.YU., Druk I.V., Ershov A.V., Efremova E.V., Zadionchenko V.S., Zajcev A.A., Zyryanov S.K., Kalashnikova M.F., Kanevskaya S.S., Kashtalap V.V., Kolbasnikov S.V., Kondrat'eva K.O., Korenova O.YU., Korpacheva O.V., Korshunov A.S., Kochergina A.M., Kutihin A.G., Lebedev O.I., Lutova N.B., Malyavin A.G., Mareev V.YU., Mihajlova N.B., Morozova O.L., Napalkov D.A., Nedoshivin A.O., Nechaeva G.I., Nikiforov V.S., Nikishova E.I., Ordzhonikidze M.K., Ohlopkov V.A., Pavlinova E.B., Pashkov A.V., Petrova A.G., Pisklakov A.V., Pogodina A.V., Popova O.V., Rebrov A.P., Savel'eva I.V., Sajfutdinov R.I., Selimzyanova L.R., Semiglazova T.YU., Sovetkina N.V., Sorokin M.YU., Stremouhov A.A., Surkov A.N., Surkova E.V., Suturina L.V., Terent'ev V.P., Tishchenko P.D., Tokarskaya E.A., Totchiev G.F., Tulupov R.V., Tumyan G.S., Tyurin V.P., Usov G.M., Ustinova N.V., Fedorin M.M., Fedyaeva V.K., Fofanova T.V., Chebanenko E.V., SHepel' R.N., SHtejnborn I.G., YAGoda A.V., YAKushin S.S. / Under the general edit. Nikolaev N.A., Martynov A.I., Skirdenko YU.P. – Moscow: Publishing House of the Academy of Natural Sciences, 2023. — 228 p., ill.

ISBN 978-5-91327-776-3

DOI 10.17513/np.573

This guide based on the principles of evidence-based medicine summarizes the national and global experience of studying and monitoring treatment adherence. Information is provided on the results of the largest Russian research in recent years in the field of adherence to treatment in leading branches of medicine. Characteristics of the main indicators of adherence, tools for quantitative assessment of adherence to treatment, models of patient behavior depending on the level of adherence, forecasts of intervention effectiveness depending on the level of adherence, choice of medical strategies depending on the predicted effectiveness of interventions are presented. Templates for recommendations are formed for patients with different levels of adherence to drug therapy, medical follow-up, and lifestyle modification. The guide is designed for practicing physicians, clinical pharmacologists, medical organization managers, healthcare organizers, researchers, students, residents, postgraduates, doctoral students, and clinical researchers.

The international methodological guide «Adherence to Treatment in Medical Practice» reflects the official position of professional public associations that have approved this edition and expresses the collective opinion (consensus) of all authors: members of the Editorial Board and Expert Committee. The guide is subject to periodic updates.

All authors confirmed the absence of financial support/conflict of interest. In case of reporting a conflict of interest, the member(s) of the Editorial Board and Expert Committee were excluded from the discussion of sections related to the area of conflict of interest.

The authors of the Guide adhere to the policy of providing open access. The text of this Guide is published under the terms of an open license (Article 1286.1 of the Civil Code of the Russian Federation) and the Creative Commons BY 4.0 license («Attribution»). This type of license allows others to distribute, edit, amend, and build upon the text of this Guide, provided that the authorship is attributed and without additional restrictions. The authors of this Guide declare their refusal to apply legal restrictions or technological measures that create legal obstacles for others to exercise any rights granted by the license.

Editors of scientific translation into English: Andreev K.A., Akhmedov V.A., Napalkov D.A., Roitman E.V., Tulupov R.V. (head of the translation editors group), Usov G.M.

ОГЛАВЛЕНИЕ

TABLE OF CONTENTS

| | Рус. Rus. | Англ. Eng. |
|--|--------------|---------------|
| От имени Международной научной группы <i>On Behalf of the International Research Group</i> | 8 | 9 |
| Омская декларация о приверженности лечению <i>Omsk Declaration on Adherence to Treatment</i> | 10 | 25 |
| Редакционный совет и Комитет экспертов <i>Editorial Board and Committee of Experts</i> | 27 | 27 |
| Введение <i>Introduction</i> | 53 | 142 |
| Области комплексной оценки приверженности в МКБ-11 <i>Areas Of Comprehensive Assessment Of Adherence In ICD-11</i> | 55 | 143 |
| Термины и определения <i>Terms And Definitions</i> | 57 | 144 |
| Цветовая карта Руководства <i>Colour Guide Scheme</i> | 60 | 147 |
| Методология разработки рекомендаций <i>Recommendation Methodology</i> | 61 | 148 |
| Рекомендации и консолидированные утверждения <i>Recommendations and Consolidated Statements</i> | 63 | 150 |
| Инструменты оценки приверженности <i>Adherence Assessment Tools</i> | 70 | 156 |
| Комплексная приверженность <i>Comprehensive Adherence</i> | 74 | 160 |
| Инструменты комплексной оценки приверженности <i>Comprehensive Adherence Assessment Tools</i> | 79 | 165 |
| Прогноз эффективности вмешательств в зависимости от уровня приверженности <i>Prognosis of Intervention Effectiveness Based on Level of Adherence</i> | 80 | 166 |
| Визуальные шкалы прогнозируемой эффективности некоторых вмешательств с учетом приверженности <i>Visual Scales of Predicted Effectiveness of Certain Interventions Taking into Account Adherence</i> | 87 | 173 |
| Управление лечением: выбор врачебной стратегии в зависимости от прогноза эффективности вмешательств <i>Treatment Management: Choosing a Treatment Strategy Based on Intervention Effectiveness Forecast</i> | 90 | 176 |
| Модели управления лечением при недостаточной приверженности <i>Treatment Management Models in Insufficient Adherence</i> | 94 | 180 |
| Литература <i>List of Literature</i> | 97 | 183 |
| Приложение 1. Система опросников комплексной приверженности КОП-25 <i>Appendix 1. Questionnaire System for Comprehensive Assessment of Treatment Adherence CAA-25</i> | 104 | 190 |
| Приложение 2. Шкала количественной оценки комплайенса <i>Appendix 2. Compliance Quantification Scale</i> | 131 | 217 |



ОТ ИМЕНИ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНОЙ ГРУППЫ

Уважаемый читатель!

Перед Вами — первое международное методическое Руководство, посвященное проблемам приверженности в медицинской практике.

Над его созданием работало более 140 ученых, практических врачей и организаторов здравоохранения из 8 стран мира. В составе научной группы — более 40 членов национальных Академий наук, 110 участников имеют докторскую степень. Наш коллектив постоянно расширяется, и мы приветствуем присоединение новых авторов и экспертов.

Это издание продолжает и развивает идеи, впервые обобщенные Всемирной организацией здравоохранения в изданном в 2003 году фундаментальном труде «Adherence to long-term therapies: evidence for action», и актуализированные в 2022 году в российском национальном руководстве «Приверженность лечению».

Формат методического Руководства представляет собой детально структурированный документ. Основная его цель — познакомить читателя с консолидированными положениями и рекомендациями в области приверженности лечению, ранжированными по уровням убедительности рекомендаций и достоверности доказательств, а также предоставить алгоритмы принятия решений для применения в клинической практике.

В издании впервые публикуется «Омская Декларация о приверженности лечению», принятая на заседании Международной научной группы изучения приверженности 7 августа 2023 г. В Декларации сформулированы 12 ключевых тезисов, посвященных как современному состоянию учения о приверженности, так и той роли, которую управление лечением на основе приверженности способно сыграть в улучшении здоровья каждого нашего пациента. Декларация открыта для присоединения ученых, врачей и педагогов всех стран мира.

Новеллой и ключевой темой Руководства является комплексная оценка приверженности. Авторы и эксперты сошлись во мнении, что оценки только лекарственной приверженности в абсолютном большинстве случаев недостаточно, чтобы добиться дополнительного успеха в борьбе за здоровье пациентов. В первую очередь это касается хронических заболеваний. Для эффективного лечения необходимо выявлять и учитывать комплексную приверженность пациентов к лекарственной терапии, медицинскому сопровождению и модификации образа жизни.

Другим новым и столь же принципиальным положением стал тезис о важности и необходимости оценки не только фактической, но и потенциальной приверженности. Такую оценку целесообразно проводить во всех случаях, когда у пациента нет установленного диагноза и клинических проявлений заболеваний, либо, когда он еще не получает лекарственную терапию или иную медицинскую помощь. Это же касается мероприятий в области профилактики.

Третьей важной новеллой стало заключение о необходимости включения разделов о лечении на основе индивидуальной приверженности в национальные и наднациональные рекомендации и руководства. Этот путь будет сложным, поскольку потребует не только организационных мер, но и, прежде всего, смены многих устоявшихся подходов, а по сути — формирования новой парадигмы в области медицинского сознания. Но для индивидуализации лечения он совершенно необходим.

Члены Редакционного совета и Комитета экспертов полагают, что указанные положения будут определять основные исследования в области приверженности в течение ближайших десятилетий.

Руководитель Международной научной группы изучения приверженности,
председатель секции РНМОТ «Приверженность лечению», д.м.н., доцент
Николай Анатольевич НИКОЛАЕВ
(e-mail: niknik.67@mail.ru; med@omsk-osma.ru)

Председатель Редакционного совета,
Президент РНМОТ, академик РАН, д.м.н., профессор
Анатолий Иванович МАРТЫНОВ



ON BEHALF OF THE INTERNATIONAL RESEARCH GROUP

Dear reader!

In front of you is the first international methodological guide dedicated to the problems of adherence in medical practice.

More than 140 researchers, health practitioners and healthcare organizers from 8 countries of the world worked on its creation. The research group includes more than 40 members of the national Academies of Sciences, 110 members have a doctoral degree. Our team is constantly expanding, and we welcome the joining of new authors and experts.

This edition continues and develops the ideas first summarized by the World Health Organization in the fundamental work «Adherence to long-term therapies: evidence for action» in 2003, which were updated in the Russian national guidelines «Adherence to treatment» in 2022.

The format of the Guide is a structured and illustrated document in detail. Its main purpose is to acquaint the reader with the consolidated provisions and recommendations in the field of adherence to treatment ranked by classes of recommendations and levels of evidence, as well as to provide decision-making algorithms for use in clinical practice.

«Omsk Declaration on Treatment Adherence» adopted at the meeting of the International Scientific Group for the Study of Adherence on August 7, 2023 is published in this edition for the first time. 12 key theses on both the current state of the doctrine of adherence and the role adherence can play a role in improving the patients' health are formulated in the Declaration. Researchers, doctors and educators from all over the world are free to join the Declaration.

A novel and key theme of the Guidelines is a comprehensive assessment of adherence. The authors and experts agreed that the assessment of drug adherence alone in the vast majority of cases is not enough to achieve additional success in the fight for the health of patients. First of all, this applies to chronic diseases. It is necessary to identify and take into account the complex adherence of patients to drug therapy, medical support and lifestyle modification for effective treatment.

The thesis about the importance and necessity of assessing not only current, but also potential adherence is a fundamental position. It is advisable to carry out such an assessment in all cases when the patient does not have an established diagnosis and clinical manifestations of diseases, or when he is not yet receiving drug therapy or other medical care. This is applied to preventive measures as well.

The third important novelty was the conclusion about the necessity to include sections on treatment based on individual adherence in national and supranational recommendations and guidelines. This path is going to be difficult, since it is going to require not only organizational measures, but a change in many established approaches and the formation of a new paradigm in the field of medical consciousness. It is absolutely necessary for the individualization of treatment.

Members of the Editorial Board and the Committee of Experts believe that these provisions will guide the main research in the field of adherence over the coming decades.

**Head of the International Research Group on Adherence to Treatment,
Chairman of the RNMOT «Adherence to treatment» section, MD, Associate Professor
Nikolay Nikolayev
(e-mail: niknik.67@mail.ru; med@omsk-osma.ru)**

**Chairman of the Editorial Board,
President of the RSMOT, Academician of the Russian Academy of Sciences, MD, Professor
Anatoliy Martynov**

ОМСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ О ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ

OMSK DECLARATION ON ADHERENCE TO TREATMENT



Декларация опубликована на официальных языках членов Международной научной группы изучения приверженности — русском, немецком, белорусском, итальянском, казахском, сербском и французском, а также на английском языке

The Declaration is published in the official languages of the members of the International Research Group on Adherence to Treatment — Russian, German, Belarusian, Italian, Kazakh, Serbian and French, as well as in English

ОМСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ О ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ



Мы, специалисты в области медицины, образования и науки, представители разных стран и систем здравоохранения, понимая необходимость индивидуализации лечения и профилактики как основы повышения эффективности медицинской помощи, целью которой является продление качественной жизни, уважая роль и ответственность пациента в формировании своего здоровья, приняли настоящую Декларацию.

В отношении приверженности мы разделяем и призываем поддержать следующие утверждения:

- 1. Приверженность лечению является одним из важнейших факторов, влияющих на успех и исход медицинских вмешательств.**
- 2. Оценка потенциальной приверженности лечению у лиц, не имеющих клинических проявлений заболеваний или не получающих лекарственную терапию, так же значима, как оценка приверженности лечению у больных, поскольку способна предоставить дополнительные возможности для предупреждения возникновения, прогрессирования и реализации факторов риска соматических заболеваний.**
- 3. В большинстве случаев оценивать только лекарственную приверженность недостаточно. Для повышения эффективности лечебных и профилактических вмешательств необходима комплексная оценка приверженности лекарственной терапии, модификации образа жизни и медицинскому сопровождению у больных, а также аналогичная комплексная оценка потенциальной приверженности у здоровых и лиц, не имеющих симптомов заболеваний или не получающих лечение.**
- 4. Организаторы и поставщики медицинской помощи, включая врачей и средний медицинский персонал, недостаточно информированы о важности оценки приверженности и связанных с ней особенностях лечения и профилактики. Поэтому изучение вопросов приверженности необходимо включать в программы подготовки и усовершенствования медицинских специалистов всех уровней как студентов медицинских колледжей, факультетов и университетов, так и практикующих врачей, а также педагогов, их обучающихся.**
- 5. В национальных и международных клинических рекомендациях, медицинских руководствах и консенсусах для дополнительного повышения эффективности лечения и профилактики, целесообразно предусмотреть разделы, посвященные приверженности лечению и индивидуализации медицинских вмешательств с учетом приверженности.**
- 6. При оказании лечебной и профилактической помощи, в первую очередь больным хроническими заболеваниями, комплексная оценка приверженности должна стать рутинным методом медицинской практики. Целесообразно ранжировать приверженность на высокую, среднюю и низкую, в соответствии с применяемыми инструментами её оценки. В целях лечения и профилактики в качестве достаточной, то есть не требующей коррекции лечебных или профилактических вмешательств, следует расценивать только высокую приверженность. Среднюю и низкую приверженность лечению следует расценивать как недостаточную.**
- 7. Приверженность лечению следует рассматривать как плохо корригируемый или не корригируемый фактор. Успех известных мероприятий, направленных на повышение или поддержание приверженности, в большинстве случаев кратковременный или сомнительный. Поэтому в случаях, когда пациентам с низкой или недостаточной приверженностью необходимы продолжительные вмешательства, связанные с лечением, модификацией образа жизни или медицинским сопровождением, целесообразно адаптировать такие вмешательства к выявленной приверженности. То же самое относится к профилактическим мероприятиям у лиц с низкой или недостаточной потенциальной приверженностью лечению.**

8. В случаях, когда вследствие возраста, сниженных когнитивных функций или иных причин, ограничивающих самостоятельное принятие решений, за здоровье или лечение пациента отвечают его законные представители — родители, попечители или иные лица, целесообразна соответствующая оценка приверженности таких законных представителей.

9. В соответствии с национальными программами здравоохранения, целесообразно оценивать фактическую либо потенциальную приверженность во всех случаях, когда разрабатываются общие или персональные программы профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий. Приоритетной является оценка приверженности у учащихся школ и гимназий, студентов колледжей и университетов, а также работников всех возрастов.

10. Профилактику ведущих факторов риска, как среди больных, так и среди здоровых лиц, следует основывать на результатах комплексной оценки приверженности и потенциальной приверженности. Наибольшее внимание со стороны медицинских работников должно уделяться лицам с недостаточной приверженностью лечению.

11. Необходимо объединять национальные и международные усилия по улучшению имеющихся и созданию новых инструментов и технологий оценки приверженности и потенциальной приверженности. Приоритет в этом случае следует отдавать инструментами и технологиям, обеспечивающим комплексную оценку приверженности количественными или полуколичественными методами, а также мерам, направленным на повышение точности прогноза, при уменьшении трудоемкости и времени, затрачиваемого на получение, анализ и интерпретацию результата.

12. При организации и проведении научных исследований, направленных на создание или тестирование лекарственных средств, методов или способов лечения, приверженность и потенциальная приверженность должны являться одними из важных факторов отбора для включения в исследование. В такие исследования целесообразно включать только лиц высоко приверженных лечению. При оценке видов, методов или способов лечения следует учитывать приверженность как фактор, способный значимо повлиять на результат таких исследований.

Мы призываем ученых, врачей и педагогов всех стран наращивать и объединять усилия по исследованиям в области приверженности. Создание открытых исследовательских групп и международных научных агломераций будет способствовать открытому, непредвзятому и согласованному поиску научных и профессиональных решений.

Мы призываем национальные и международные профессиональные медицинские и научные сообщества активно поддерживать изучение вопросов приверженности в соответствии с профилями их деятельности, и внедрять согласованные и доказанные результаты в области приверженности в существующие и создаваемые руководства, рекомендации и аналогичные им документы.

Мы призываем всех авторов и специалистов распространять полученные знания в области приверженности на условиях открытого доступа (Open Access), без каких-либо ограничений.

Настоящая Декларация открыта к присоединению и подписанию всеми заинтересованными специалистами в области медицины, образования и науки, разделяющими её положения.

Принято на заседании
Международной научной группы
по изучению приверженности

Омск (Россия), 7 августа 2023 года

ERKLÄRUNG VON OMSK ÜBER DIE VERPFLICHTUNG ZUR BEHANDLUNG



Wir, Spezialisten auf dem Gebiet der Medizin, Bildung und Wissenschaft, Vertreter verschiedener Länder und Gesundheitssysteme, sind uns der Notwendigkeit einer Individualisierung der Behandlung und Prävention als Grundlage für die Verbesserung der Wirksamkeit der medizinischen Versorgung bewusst, deren Ziel es ist, die Lebensqualität zu verlängern und die Rolle und Verantwortung des Patienten bei der Gestaltung seiner Gesundheit zu respektieren, und haben diese Erklärung angenommen.

Im Hinblick auf das Engagement teilen und unterstützen wir die folgenden Aussagen:

1. Die Therapietreue ist einer der wichtigsten Einflussfaktoren auf den Erfolg und das Ergebnis medizinischer Eingriffe.

2. Die Bewertung der potenziellen Therapietreue bei Menschen, die keine klinischen Krankheits-symptome aufweisen oder keine medikamentöse Therapie erhalten, ist ebenso bedeutsam wie die Beurteilung der Therapietreue bei Patienten, da sie zusätzliche Möglichkeiten bieten kann, das Auftreten, Fortschreiten und die Umsetzung von Risikofaktoren für somatische Erkrankungen zu verhindern.

3. In den meisten Fällen reicht die Beurteilung der Medikamenteneinhaltung allein nicht aus. Um die Wirksamkeit kurativer und präventiver Interventionen zu verbessern, ist eine umfassende Beurteilung der Therapietreue, der Änderung des Lebensstils und der medizinischen Unterstützung bei Patienten sowie eine ähnliche umfassende Beurteilung der potenziellen Therapietreue bei gesunden und asymptomatischen oder unbehandelten Personen erforderlich.

4. Organisatoren und Anbieter medizinischer Versorgung, einschließlich Ärzte und paramedizinisches Personal, sind nicht ausreichend über die Bedeutung der Beurteilung der Therapietreue und der damit verbundenen Aspekte der Behandlung und Prävention informiert. Daher muss das Studium von Adhärenzfragen in die Ausbildungs- und Verbesserungsprogramme für medizinische Fachkräfte auf allen Ebenen einbezogen werden, sowohl für Studierende medizinischer Hochschulen, Fakultäten und Universitäten als auch für praktizierende Ärzte und für Lehrkräfte, die sie unterrichten.

5. Um die Wirksamkeit von Behandlung und Prävention weiter zu verbessern, ist es ratsam, Abschnitte zur Therapietreue und Individualisierung medizinischer Interventionen bereitzustellen, die auf der Einhaltung nationaler und internationaler klinischer Empfehlungen, medizinischer Leitlinien und des Konsenses basieren.

6. Bei der kurativen und präventiven Versorgung, vor allem bei Patienten mit chronischen Erkrankungen, sollte eine umfassende Beurteilung der Therapietreue zu einer routinemäßigen Methode der medizinischen Praxis werden. Es empfiehlt sich, die Adhärenz entsprechend den für ihre Bewertung verwendeten Instrumenten in die Stufen "hoch", "mittel" und "niedrig" einzustufen. Für die Zwecke der Behandlung und Prävention sollte nur eine hohe Adhärenz als ausreichend angesehen werden, das heißt, dass keine Korrektur therapeutischer oder präventiver Interventionen erforderlich ist. Eine mittlere und geringe Therapieadhärenz sollte als unzureichend angesehen werden.

7. Die Einhaltung der Behandlung sollte als ein schlecht korrigierter oder nicht korrigierter Faktor betrachtet werden. Der Erfolg bekannter Interventionen zur Steigerung oder Aufrechterhaltung der Therapietreue ist in den meisten Fällen nur von kurzer Dauer oder fraglich. Daher ist es in Fällen, in denen Patienten mit geringer oder unzureichender Adhärenz langfristige Interventionen im Zusammenhang mit der Behandlung, Änderung des Lebensstils oder medizinischer Unterstützung benötigen, ratsam, diese Interventionen auf die festgestellte Adhärenz abzustimmen. Gleiches gilt für präventive Maßnahmen bei Personen mit geringer oder unzureichender Therapietreue.

8. In Fällen, in denen aufgrund des Alters, verminderter kognitiver Funktionen oder aus anderen Gründen, die die unabhängige Entscheidungsfindung einschränken, die Gesundheit oder Behandlung des Patienten in der Verantwortung seiner gesetzlichen Vertreter – Eltern, Erziehungsberechtigten oder anderen Personen – liegt, ist es angemessen, das Engagement dieser gesetzlichen Vertreter zu beurteilen.

9. In Übereinstimmung mit nationalen Gesundheitsprogrammen ist es ratsam, die tatsächliche oder potenzielle Einhaltung in allen Fällen zu bewerten, wenn allgemeine oder persönliche Programme für präventive, therapeutische und rehabilitative Maßnahmen entwickelt werden. Im Vordergrund steht die Beurteilung des Engagements von Schülern von Schulen und Gymnasien, von Studierenden an Hochschulen und Universitäten sowie von Mitarbeitern aller Altersstufen.

10. Die Prävention führender Risikofaktoren sowohl bei Patienten als auch bei gesunden Personen sollte auf den Ergebnissen einer umfassenden Bewertung der Adhärenz und potenziellen Adhärenz basieren. Die größte Aufmerksamkeit des medizinischen Personals sollte Menschen mit unzureichender Therapietreue gewidmet werden.

11. Es ist notwendig, nationale und internationale Anstrengungen zu bündeln, um bestehende zu verbessern und neue Instrumente und Technologien zur Beurteilung der Einhaltung und potenziellen Einhaltung zu schaffen. Vorrang sollten dabei Tools und Technologien eingeräumt werden, die eine umfassende Bewertung der Einhaltung durch quantitative oder semiquantitative Methoden ermöglichen, sowie Maßnahmen zur Verbesserung der Prognosegenauigkeit bei gleichzeitiger Reduzierung der Komplexität und des Zeitaufwands für die Gewinnung, Analyse und Interpretation des Ergebnisses.

12. Bei der Organisation und Durchführung wissenschaftlicher Forschung, die auf die Entwicklung oder Erprobung von Medikamenten, Methoden oder Behandlungen abzielt, sollte die Einhaltung und potenzielle Einhaltung einer der wichtigen Auswahlkriterien für die Aufnahme in die Studie sein. Es empfiehlt sich, in solche Studien nur Patienten mit hoher Therapietreue einzubeziehen. Bei der Bewertung von Behandlungsarten, -methoden oder -methoden sollte die Einhaltung als Faktor berücksichtigt werden, der das Ergebnis solcher Studien erheblich beeinflussen kann.

Wir rufen Wissenschaftler, Ärzte und Pädagogen aller Länder auf, ihre Forschungsanstrengungen im Bereich Engagement zu verstärken und zu bündeln. Die Schaffung offener Forschungsgruppen und internationaler wissenschaftlicher Agglomerationen wird zu einer offenen, unvoreingenommenen und koordinierten Suche nach wissenschaftlichen und professionellen Lösungen beitragen.

Wir fordern die nationalen und internationalen medizinischen und wissenschaftlichen Fachkreise auf, die Untersuchung von Adhärenzproblemen gemäß ihren Profilen aktiv zu unterstützen und vereinbarte und nachgewiesene Ergebnisse im Bereich Adhärenz in bestehende und neue Leitlinien, Empfehlungen und ähnliche Dokumente zu integrieren.

Wir ermutigen alle Autoren und Fachleute, ihr Wissen im Bereich Engagement auf Open-Access-Basis (Open Access) und ohne Einschränkungen zu verbreiten.

Diese Erklärung steht allen interessierten Fachleuten auf dem Gebiet der Medizin, Bildung und Wissenschaft, die ihre Bestimmungen teilen, zum Beitritt und zur Unterzeichnung offen.

**In der Sitzung verabschiedet
Internationale wissenschaftliche Gruppe
durch Engagement lernen**

Omsk (Russland), 7. August 2023

ОМСКАЯ ДЭКЛАРАЦЫЯ АБ ПРЫХІЛЬНАСЦІ ЛЯЧЭННЮ



Мы, спецыялісты ў галіне медыцыны, адукацыі і навукі, прадстаўнікі розных краін і сістэм аховы здароўя, разумеючы неабходнасць індывідуалізацыі лячэння і прафілактыкі як асновы павышэння эфектыўнасці медыцынскай дапамогі, мэтай якой з'яўляецца падаўжэнне якаснай жыцця, паважаючы ролю і адказнасць пацыента ў фарміраванні свайго здароўя, прынялі сапраўдную дэкларацыю.

У дачыненні да прыхільнасці мы падзяляем і заклікаем падтрымаць наступныя сцвярджэнні:

1. Прыхільнасць лячэнню з'яўляецца адным з найважнейшых фактараў, якія ўплываюць на поспех і зыход медыцынскіх умяшанняў.
2. Ацэнка патэнцыйнай прыхільнасці лячэнню ў асоб, якія не маюць клінічных праяў захворванняў або не атрымліваюць лекавую тэрапію, гэтак жа значная, як ацэнка прыхільнасці лячэнню ў хворых, паколькі здольная даць дадатковыя магчымасці для папярэджання ўзнікнення, прагрэсавання і рэалізацыі фактараў рызыкі саматычных захворванняў.
3. У большасці выпадкаў ацэньваць толькі лекавую прыхільнасць недастаткова. Для павышэння эфектыўнасці лячэбных і прафілактычных умяшанняў неабходная комплексная ацэнка прыхільнасці лекавай тэрапіі, мадыфікацыі ладу жыцця і медыцынскаму суправаджэнню ў хворых, а таксама аналагічная комплексная ацэнка патэнцыйнай прыхільнасці ў здаровых і асоб, якія не маюць сімптомаў захворванняў або не атрымліваюць лячэнне.
4. Арганізатары і пастаўшчыкі медыцынскай дапамогі, уключаючы лекараў і сярэдні медыцынскі персанал, недастаткова інфармаваныя пра важнасць ацэнкі прыхільнасці і звязаных з ёй асаблівасцяў лячэння і прафілактыкі. Таму вывучэнне пытанняў прыхільнасці неабходна ўключаць у праграмы падрыхтоўкі і ўдасканалення медыцынскіх спецыялістаў усіх узроўняў, як студэнтаў медыцынскіх каледжаў, факультэтаў і універсітэтаў, так і практыкуючых лекараў, а таксама педагогаў, іх навучальных.
5. У нацыянальных і міжнародных клінічных рэкамендацыях, медыцынскіх кіраўніцтвах і кансенсусах для дадатковага павышэння эфектыўнасці лячэння і прафілактыкі, мэтазгодна прадугледзець раздзелы, прысвечаныя прыхільнасці лячэнню і індывідуалізацыі медыцынскіх умяшанняў з улікам прыхільнасці.
6. Пры аказанні лячэбнай і прафілактычнай дапамогі, у першую чаргу хворым хранічнымі захворваннямі, комплексная ацэнка прыхільнасці павінна стаць руцінным метадам медыцынскай практыкі. Мэтазгодна ранжыраваць прыхільнасць на высокую, сярэднюю і нізкую, у адпаведнасці з ужывальнымі інструментамі яе ацэнкі. У мэтах лячэння і прафілактыкі ў якасці дастатковай, гэта значыць не патрабавальнай карэкцыі лячэбных або прафілактычных умяшанняў, варта расцэньваць толькі высокую прыхільнасць. Сярэднюю і нізкую прыхільнасць лячэнню варта расцэньваць як недастатковую.
7. Прыхільнасць лячэнню варта разглядаць як дрэнна коррыгуемы ці не коррыгуемы фактар. Пospех вядомых мерапрыемстваў, накіраваных на павышэнне або падтрыманне прыхільнасці, у большасці выпадкаў кароткачасовы або сумніўны. Таму ў выпадках, калі пацыентам з нізкай ці недастатковай прыхільнасцю неабходныя працяглыя ўмяшання, звязаныя з лячэннем, мадыфікацыяй ладу жыцця або медыцынскім суправаджэннем, мэтазгодна адаптаваць такія ўмяшання да выяўленай прыхільнасці. Тое ж самае ставіцца да прафілактычным мерапрыемствам у асоб з нізкай ці недастатковай патэнцыйнай прыхільнасцю лячэнню.

8. У випадках, калі з прычыны ўзросту, зніжаных кагнітыўных функцый ці іншых прычын, якія абмяжоўваюць самастойнае прыняцце рашэнняў, за здароўе або лячэнне пацыента адказваюць яго законныя прадстаўнікі — бацькі, папачыцелі ці іншыя асобы, мэтазгодная адпаведная адзнака прыхільнасці такіх законных прадстаўнікоў.

9. У адпаведнасці з нацыянальнымі праграмамі аховы здароўя, мэтазгодна ацэньваць фактычную альбо патэнцыйную прыхільнасць ва ўсіх выпадках, калі распрацоўваюцца агульныя або персанальныя праграмы прафілактычных, лячэбных і рэабілітацыйных мерапрыемстваў. Прыярытэтнай з'яўляецца ацэнка прыхільнасці ў навучэнцаў школ і гімназій, студэнтаў каледжаў і універсітэтаў, а таксама работнікаў усіх узростаў.

10. Прафілактыку вядучых фактараў рызыкі, як сярод хворых, так і сярод здаровых асоб, варта засноўваць на выніках комплекснай ацэнкі прыхільнасці і патэнцыйнай прыхільнасці. Найбольшая ўвага з боку медыцынскіх работнікаў павінна надавацца асобам з недастатковай прыхільнасцю лячэнню.

11. Неабходна аб'ядноўваць нацыянальныя і міжнародныя намаганні па паляпшэнню наяўных і стварэнню новых інструментаў і тэхналогій ацэнкі прыхільнасці і патэнцыйнай прыхільнасці. Прыярытэт у гэтым выпадку варта аддаваць інструментамі і тэхналогіям, якія забяспечваюць комплексную ацэнку прыхільнасці колькаснымі або полукалічэственымі метадамі, а таксама мерам, накіраваным на павышэнне дакладнасці прагнозу, пры памяншэнні працаёмкасці і часу, які затрачваецца на атрыманне, аналіз і інтэрпрэтацыю выніку.

12. Пры арганізацыі і правядзенні навуковых даследаванняў, накіраваных на стварэнне або тэставанне лекавых сродкаў, метадаў або спосабаў лячэння, прыхільнасць і патэнцыйная прыхільнасць павінны з'яўляцца аднымі з важных фактараў адбору для ўключэння ў даследаванне. У такія даследаванні мэтазгодна ўключаць толькі асоб высока прыхільныя лячэнню. Пры ацэнцы відаў, метадаў або спосабаў лячэння варта ўлічваць прыхільнасць як фактар, здольны значна паўплываць на вынік такіх даследаванняў.

Мы заклікаем навукоўцаў, лекараў і педагогаў усіх краін нарошчваць і аб'ядноўваць намаганні па даследаваннях у галіне прыхільнасці. Стварэнне адкрытых даследчых груп і міжнародных навуковых агламерацый будзе спрыяць адкрытаму, непрадузятаму і ўзгодненаму пошуку навуковых і прафесійных рашэнняў.

Мы заклікаем нацыянальныя і міжнародныя прафесійныя медыцынскія і навуковыя супольнасці актыўна падтрымліваць вывучэнне пытанняў прыхільнасці ў адпаведнасці з профілямі іх дзейнасці, і ўкараняць ўзгодненыя і даказаныя вынікі ў галіне прыхільнасці ў існуючыя і ствараемыя кіраўніцтва, рэкамендацыі і аналагічныя ім дакументы.

Мы заклікаем усіх аўтараў і спецыялістаў распаўсюджваць атрыманыя веды ў галіне прыхільнасці на ўмовах адкрытага доступу (Open Access), без якіх-небудзь абмежаванняў.

Гэтая Дэкларацыя адкрыта да далучэння і падпісання ўсімі зацікаўленымі спецыялістамі ў галіне медыцыны, адукацыі і навукі, якія падзяляюць яе палажэнні.

Прынята на пасяджэнні
Міжнароднай навуковай групы
па вывучэнні прыхільнасці

Омск (Расія), 7 жніўня 2023 года

DICHIARAZIONE DI OMSK SULL'ADESIONE AL TRATTAMENTO



Noi, Professionisti della medicina, dell'istruzione e della scienza, rappresentanti di diversi paesi e sistemi sanitari, comprendendo la necessità di individuare il trattamento e la prevenzione come base per migliorare l'efficacia dell'assistenza sanitaria, che mira a prolungare la vita di qualità rispettando il ruolo e la responsabilità del paziente nella formazione della propria salute, abbiamo adottato la presente Dichiarazione.

Per quanto riguarda l'impegno, condividiamo e incoraggiamo a sostenere le seguenti affermazioni:

1. L'aderenza al trattamento è uno dei fattori più importanti che influenzano il successo e l'esito degli interventi medici.

2. La valutazione della potenziale aderenza al trattamento nelle persone che non hanno manifestazioni cliniche di malattia o non ricevono terapia farmacologica è significativa quanto la valutazione dell'aderenza al trattamento nei pazienti in quanto può fornire ulteriori opportunità per prevenire l'insorgenza, la progressione e l'attuazione dei fattori di rischio per le malattie somatiche.

3. Nella maggior parte dei casi, valutare l'aderenza ai farmaci da sola non è sufficiente. Per migliorare l'efficacia degli interventi terapeutici e preventivi, è necessaria una valutazione completa dell'aderenza alla terapia farmacologica, della modifica dello stile di vita e del supporto medico nei pazienti, nonché una valutazione completa simile della potenziale aderenza in soggetti sani e privi di sintomi di malattia o non trattati.

4. Gli organizzatori e i fornitori di assistenza sanitaria, compresi i medici e il personale medico medio, non sono sufficientemente informati sull'importanza della valutazione dell'aderenza e delle relative caratteristiche di trattamento e prevenzione. Pertanto, lo studio dei problemi di adesione deve essere incluso nei programmi di formazione e miglioramento di professionisti medici di tutti i livelli, sia studenti di college medici, facoltà e università, sia medici praticanti, nonché educatori che li insegnano.

5. Nelle linee guida cliniche nazionali e internazionali, nelle linee guida mediche e nei consensi per migliorare ulteriormente l'efficacia del trattamento e della prevenzione, è opportuno prevedere sezioni sull'aderenza al trattamento e l'individualizzazione degli interventi medici in base all'aderenza.

6. Quando si forniscono cure curative e preventive, principalmente a pazienti con malattie croniche, una valutazione completa dell'aderenza dovrebbe diventare un metodo di pratica medica di routine. È consigliabile classificare l'impegno in alto, medio e basso, in base agli strumenti di valutazione applicati. Ai fini del trattamento e della prevenzione, solo un'elevata aderenza dovrebbe essere considerata sufficiente, cioè non richiede la correzione di interventi terapeutici o preventivi. L'aderenza media e bassa al trattamento dovrebbe essere considerata insufficiente.

7. L'aderenza al trattamento deve essere considerata un fattore scarsamente correttivo o non correttivo. Il successo di attività note volte ad aumentare o mantenere l'impegno è, nella maggior parte dei casi, di breve durata o discutibile. Pertanto, nei casi in cui sono necessari interventi prolungati relativi al trattamento, alla modifica dello stile di vita o al supporto medico per i pazienti con scarsa o insufficiente aderenza, è opportuno adattare tali interventi all'aderenza identificata. Lo stesso vale per le misure preventive in soggetti con scarsa o insufficiente aderenza al trattamento.

8. Nei casi in cui, a causa dell'età, del declino cognitivo o di altri motivi che limitano il processo decisionale indipendente, la salute o il trattamento del paziente sono responsabili dei suoi rappresentanti legali – genitori, caregiver o altre persone, è consigliabile valutare adeguatamente l'adesione di tali rappresentanti legali.

9. Secondo i programmi sanitari nazionali, è consigliabile valutare l'aderenza effettiva o potenziale in tutti i casi in cui vengono sviluppati programmi generali o personali di misure preventive, terapeutiche e riabilitative. Una priorità è valutare l'impegno negli studenti di scuole e scuole di grammatica, studenti universitari e universitari e lavoratori di tutte le età.

10. La prevenzione dei principali fattori di rischio, sia negli individui malati che in quelli sani, dovrebbe essere basata sui risultati di una valutazione completa dell'aderenza e della potenziale aderenza. La massima attenzione da parte degli operatori sanitari dovrebbe essere rivolta a coloro che non sono sufficientemente aderenti al trattamento.

11. È necessario unire gli sforzi nazionali e internazionali per migliorare gli strumenti e le tecnologie di valutazione dell'impegno e del potenziale impegno disponibili e per la creazione di nuovi. In questo caso, la priorità dovrebbe essere data a strumenti e tecnologie che forniscono una valutazione completa dell'aderenza con metodi quantitativi o semiquantitativi, nonché misure volte a migliorare l'accuratezza della previsione, riducendo al contempo l'intensità di lavoro e il tempo impiegato per ottenere, analizzare e interpretare il risultato.

12. Quando si organizzano e conducono ricerche scientifiche volte a creare o testare farmaci, metodi o trattamenti, l'aderenza e la potenziale aderenza dovrebbero essere tra i fattori di selezione importanti per l'inclusione nello studio. In tali studi, è consigliabile includere solo persone altamente aderenti al trattamento. La valutazione di specie, metodi o trattamenti dovrebbe considerare l'aderenza come un fattore in grado di influenzare in modo significativo il risultato di tali studi.

Incoraggiamo scienziati, medici ed educatori di tutti i paesi a costruire e unire gli sforzi di ricerca sull'impegno. La creazione di gruppi di ricerca aperti e agglomerati scientifici internazionali faciliterà una ricerca aperta, imparziale e coerente di soluzioni scientifiche e professionali.

Incoraggiamo le comunità mediche e scientifiche professionali nazionali e internazionali a sostenere attivamente lo studio delle questioni di aderenza in linea con i loro profili di attività e ad implementare risultati di aderenza coerenti e comprovati in linee guida, linee guida e documenti simili esistenti e generati.

Incoraggiamo tutti gli autori e i professionisti a diffondere le loro conoscenze sull'impegno in base All'Open Access (Open Access), senza alcuna limitazione.

La presente dichiarazione è aperta all'adesione e alla firma di tutti i professionisti interessati nel campo della medicina, dell'istruzione e della scienza che condividono le sue disposizioni.

**Accettato in Riunione
Gruppo Scientifico Internazionale
sullo studio dell'aderenza**

Omsk (Russia), 7 agosto 2023

ОМБЫ ЕМДЕУ МІНДЕТТЕМЕСІ ТУРАЛЫ ДЕКЛАРАЦИЯ



Біз, медицина, білім және ғылым саласындағы мамандар, әртүрлі елдер мен денсаулық сақтау жүйелерінің өкілдері, медициналық көмектің тиімділігін арттыру негізі ретінде емдеу мен алдын алуды даралау қажеттілігін түсіне отырып, оның мақсаты сапалы өмірді ұзарту болып табылады, пациенттің өз денсаулығын қалыптастырудағы рөлі мен жауапкершілігін құрметтей отырып, осы декларацияны қабылдадық.

Міндеттемеге қатысты біз келесі талаптарды бөлісеміз және қолдауға шақырамыз:

1. Емдеуді ұстану медициналық араласудың сәттілігі мен нәтижесіне әсер ететін маңызды факторлардың бірі болып табылады.

2. Аурулардың клиникалық көріністері жоқ немесе дәрілік терапияны қабылдамайтын адамдарда емдеудің ықтимал міндеттемесін бағалау пациенттердегі емдеу міндеттемесін бағалау сияқты маңызды, өйткені ол соматикалық аурулардың пайда болуын, дамуын және қауіп факторларын жүзеге асырудың алдын алу үшін қосымша мүмкіндіктер бере алады.

3. Көп жағдайда тек дәрілік міндеттемені бағалау жеткіліксіз. Емдік және профилактикалық араласулардың тиімділігін арттыру үшін дәрілік терапияны, пациенттердегі өмір салтын өзгертуді және медициналық сүйемелдеуді кешенді бағалау, сондай-ақ дені сау және ауру белгілері жоқ немесе емделмейтін адамдарда ықтимал ұстануды кешенді бағалау қажет.

4. Дәрігерлер мен орта медициналық қызметкерлерді қоса алғанда, медициналық көмекті ұйымдастырушылар мен жеткізушілер міндеттемені бағалаудың маңыздылығы және онымен байланысты емдеу мен алдын алу ерекшеліктері туралы жеткілікті хабардар емес. Сондықтан міндеттеме мәселелерін зерделеуді барлық деңгейдегі медициналық мамандарды, медициналық колледждердің, факультеттер мен университеттердің студенттерін, сондай-ақ практик дәрігерлерді, сондай-ақ оларды оқытатын педагогтарды даярлау және жетілдіру бағдарламаларына енгізу қажет.

5. Емдеу мен профилактиканың тиімділігін одан әрі арттыру үшін ұлттық және халықаралық клиникалық ұсыныстарда, медициналық нұсқаулықтарда және консенсустарда міндеттемені ескере отырып, медициналық араласуды емдеуге және дараландыруға арналған бөлімдерді қарастырған жөн.

6. Емдік және профилактикалық көмек көрсету кезінде, ең алдымен созылмалы аурулары бар науқастарға міндеттемені кешенді бағалау медициналық практиканың әдеттегі әдісі болуы керек. Қолданылатын бағалау құралдарына сәйкес міндеттемені жоғары, орташа және төмен деп жіктеген жөн. Емдеу және алдын-алу мақсатында жеткілікті, яғни емдік немесе профилактикалық араласуды түзетуді қажет етпейтін, тек жоғары міндеттемені бағалау керек. Орташа және төмен емдеуді жеткіліксіз деп санау керек.

7. Емдеуді ұстану нашар түзетілетін немесе түзетілмейтін фактор ретінде қарастырылуы керек. Міндеттемені арттыруға немесе сақтауға бағытталған белгілі іс-шаралардың сәттілігі көп жағдайда қысқа мерзімді немесе күмәнді. Сондықтан, төмен немесе жеткіліксіз міндеттемелері бар емделушілерге емдеуге, өмір салтын өзгертуге немесе медициналық қолдауға байланысты ұзақ мерзімді араласулар қажет болған жағдайда, мұндай араласуларды анықталған міндеттемелерге бейімдеген жөн. Потенциалды емдеуге бейімділігі төмен немесе жеткіліксіз адамдарда алдын-алу шараларына да қатысты.

8. Жасына, когнитивтік функцияларының төмендеуіне немесе өз бетінше шешім қабылдауды шектейтін өзге де себептерге байланысты пациенттің денсаулығына немесе емделуіне оның заңды өкілдері — ата-аналары, қамқоршылары немесе өзге де адамдар жауапты болған жағдайларда, мұндай заңды өкілдердің міндеттемелерін тиісті бағалау орынды болады.

9. Ұлттық денсаулық сақтау бағдарламаларына сәйкес профилактикалық, емдік және оңалту іс-шараларының жалпы немесе жеке бағдарламалары әзірленетін барлық жағдайларда нақты не ықтимал міндеттемені бағалау ұсынылады. Мектеп және гимназия оқушыларының, колледждер мен университеттер студенттерінің, сондай-ақ барлық жастағы қызметкерлердің міндеттемелерін бағалау басымдық болып табылады.

10. Пациенттер арасында да, сау адамдар арасында да жетекші қауіп факторларының алдын алу міндеттеме мен ықтимал міндеттемені кешенді бағалау нәтижелеріне негізделуі керек. Медицина қызметкерлері тарапынан емделуге бейімділігі жеткіліксіз адамдарға көп көңіл бөлінуі тиіс.

11. Міндеттеме мен әлеуетті міндеттемені бағалаудың қолда бар құралдары мен технологияларын жақсарту және жаңа құралдар мен технологияларды құру бойынша ұлттық және халықаралық күш-жігерді біріктіру қажет. Бұл жағдайда басымдық сандық немесе жартылай сандық әдістермен міндеттемені кешенді бағалауды қамтамасыз ететін құралдар мен технологияларға, сондай-ақ нәтижені алуға, талдауға және түсіндіруге кететін еңбек сыйымдылығы мен уақытты азайта отырып, болжамның дәлдігін арттыруға бағытталған шараларға берілуі керек.

12. Дәрілік заттарды, емдеу әдістерін немесе әдістерін жасауға немесе тестілеуге бағытталған ғылыми зерттеулерді ұйымдастыру және жүргізу кезінде міндеттеме мен әлеуетті міндеттеме зерттеуге енгізу үшін таңдаудың маңызды факторларының бірі болуы тиіс. Мұндай зерттеулерге тек жоғары дәрежелі емделушілерді қосқан жөн. Түрлерді, әдістерді немесе емдеу әдістерін бағалау кезінде міндеттемені осындай зерттеулердің нәтижесіне айтарлықтай әсер ететін фактор ретінде ескеру қажет.

Біз барлық елдердің ғалымдарын, дәрігерлерін және педагогтарын міндеттеме саласындағы зерттеулер бойынша күш-жігерді арттыруға және біріктіруге шақырамыз. Ашық зерттеу топтары мен Халықаралық ғылыми агломерацияларды құру ғылыми және кәсіби шешімдерді ашық, бейтарап және келісілген іздеуге ықпал етеді.

Біз ұлттық және халықаралық кәсіби медициналық және ғылыми қауымдастықтарды өз қызметінің бейіндеріне сәйкес міндеттеме мәселелерін зерделеуді белсенді қолдауға және қолданыстағы және құрылатын нұсқаулықтарға, ұсынымдарға және соған ұқсас құжаттарға міндеттеме саласында келісілген және дәлелденген нәтижелерді енгізуге шақырамыз.

Біз барлық авторлар мен мамандарды ашық қолжетімділік (Open Access) шарттарында, ешқандай шектеусіз міндеттеме саласындағы алған білімдерін таратуға шақырамыз.

Осы Декларация медицина, білім және ғылым саласындағы оның ережелерімен бөлісетін барлық мүдделі мамандардың қосылуына және қол қойылуына ашық.

Отырыста қабылданды
Халықаралық ғылыми топ
міндеттемені зерттеу бойынша

Омбы (Ресей), 7 тамыз 2023 жыл

ОМСКА ДЕКЛАРАЦИЈА О ПРИДРЖАВАЊУ ЛЕЧЕЊА



Ми, стручњаци за медицину, образовање и науку, представници различитих земаља и здравствених система, схватајући потребу за индивидуализацијом лечења и превенције као основе за побољшање ефикасности неге, чији је циљ продужење квалитетног живота, поштујући улогу и одговорност пацијента у обликовању њиховог здравља, усвојили смо ову Декларацију.

Што се тиче посвећености, делимо и позивамо на подршку следећим тврдњама:

1. Придржавање лечења један је од најважнијих фактора који утичу на успех и исход медицинских интервенција.
2. Процена потенцијалног придржавања лечења код особа које немају клиничке манифестације болести или не примају терапију лековима је једнако значајна као и процена придржавања лечења код пацијената, јер је у стању да пружи додатне могућности за спречавање појаве, прогресије и реализације фактора ризика за соматске болести.
3. У већини случајева процена само придржавања лекова није довољна. Да би се повећала ефикасност куративних и превентивних интервенција, потребна је свеобухватна процена придржавања терапије лековима, модификације начина живота и медицинске пратње код пацијената, као и слична свеобухватна процена потенцијалног придржавања код здравих и оних који немају симптоме болести или не примају лечење.
4. Организатори и пружаоци здравствене заштите, укључујући лекаре и просечно медицинско особље, нису довољно информисани о важности процене придржавања и сродним карактеристикама лечења и превенције. Стога, проучавање питања посвећености мора бити укључено у програме обуке и усавршавања медицинских стручњака свих нивоа, како студената медицинских колеџа, факултета и универзитета, тако и практичара, као и наставника који их обучавају.
5. У националним и међународним клиничким препорукама, медицинским смјерницама и консензусима за додатно побољшање ефикасности лијечења и превенције, препоручљиво је предвидјети одјељке посвећене придржавању лијечења и индивидуализацији медицинских интервенција с обзиром на придржавање.
6. Када се пружа куративна и превентивна нега, пре свега за пацијенте са хроничним болестима, свеобухватна процена придржавања треба да постане рутинска метода медицинске праксе. Препоручљиво је рангирати приврженост на високу, средњу и ниску, у складу са примењеним алатима за оцењивање. У циљу лечења и превенције као довољне, односно не захтевају корекцију терапијских или превентивних интервенција, треба сматрати само високу приврженост. Средње и ниско придржавање лечења треба сматрати недовољним.
7. Придржавање третмана треба сматрати лоше коригованим или некоригованим фактором. Успех познатих активности усмерених на повећање или одржавање посвећености је у већини случајева краткотрајан или сумњив. Стога, у случајевима када су пацијентима са ниским или недовољним придржавањем потребне дуготрајне интервенције повезане са лечењем, модификацијом начина живота или медицинском пратњом, препоручљиво је такве интервенције прилагодити идентификованом придржавању. Исто се односи на превентивне мере код особа са ниским или недовољним потенцијалним придржавањем лечења.

8. У случајевима када је због старости, смањене когнитивне функције или других разлога који ограничавају самостално доношење одлука, за здравље или лечење пацијента одговорни су његови легитимни представници — родитељи, неговатељи или други, одговарајућа процена посвећености таквих легитимних представника је прикладна.

9. Према националним здравственим програмима, препоручљиво је проценити стварну или потенцијалну посвећеност у свим случајевима у којима се развијају општи или лични програми превентивних, терапијских и рехабилитационих мера. Приоритет је процена посвећености ученика школа и гимназија, студената и универзитета и радника свих узраста.

10. Превенција водећих фактора ризика, како међу пацијентима, тако и међу здравим особама, треба да се заснива на резултатима свеобухватне процене придржавања и потенцијалне привржености. Највише пажње од стране здравствених радника треба посветити особама са недовољном посвећеношћу лечењу.

11. Потребно је удружити националне и међународне напоре за побољшање расположивих и стварање нових алата и технологија за процену посвећености и потенцијалне посвећености. Приоритет у овом случају треба дати алатима и технологијама које пружају свеобухватну процену придржавања квантитативних или полуквантитативних метода, као и мерама усмереним на побољшање тачности предвиђања, уз смањење радно интензивног рада и времена потребног за добијање, анализу и тумачење резултата.

12. Приликом организовања и спровођења научних истраживања чији је циљ стварање или тестирање лекова, метода или третмана, придржавање и потенцијално придржавање требало би да буду неки од важних фактора селекције за укључивање у студију. У такве студије је препоручљиво укључити само појединце који су високо посвећени лечењу. Приликом процене врста, метода или третмана, придржавање треба узети у обзир као фактор који може значајно утицати на исход таквих студија.

Позивамо научнике, лекаре и просветне раднике свих земаља да повећају и удруже напоре у истраживању посвећености. Оснивање отворених истраживачких група и међународних научних агломерација олакшаће отворену, непристрасну и кохерентну потрагу за научним и професионалним решењима.

Позивамо националне и међународне професионалне медицинске и научне заједнице да активно подрже проучавање питања посвећености у складу са профилима њихових активности и да примене доследне и доказане резултате у области посвећености постојећим и креираним смерницама, препорукама и сличним документима.

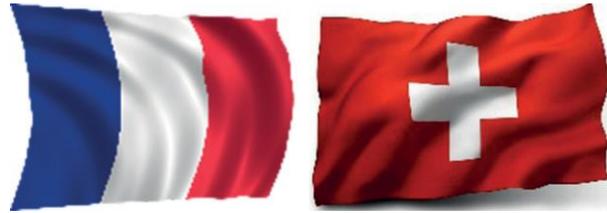
Позивамо све ауторе и професионалце да шире знање о посвећености под отвореним приступом (Опен Аццесс), без икаквих ограничења.

Ова Декларација је отворена за придруживање и потписивање од стране свих заинтересованих стручњака у области медицине, образовања и науке који деле њене одредбе.

Прихваћено на састанку
Међународне научне групе
истраживање посвећености

Омск (Русија), 7. август 2023. године

DÉCLARATION D'OM SUR L'ENGAGEMENT EN FAVEUR DU TRAITEMENT



Nous, professionnels de la Médecine, de l'éducation et de la science, représentants de différents pays et systèmes de santé, conscients de la nécessité d'individualiser le traitement et la prévention en tant que base pour améliorer l'efficacité des soins de santé, dont l'objectif est de prolonger une vie de qualité, tout en respectant le rôle et la responsabilité du patient dans la formation de sa santé, avons adopté la présente Déclaration.

En ce qui concerne l'engagement, nous partageons et encourageons les affirmations suivantes:

1. L'observance du traitement est l'un des facteurs les plus importants qui influent sur le succès et l'issue des interventions médicales.

2. L'évaluation de l'observance potentielle du traitement chez les personnes qui ne présentent pas de symptômes cliniques ou qui ne reçoivent pas de traitement médicamenteux est tout aussi importante que l'évaluation de l'observance du traitement chez les patients, car elle peut offrir des possibilités supplémentaires pour prévenir l'apparition, la progression et la mise en œuvre de facteurs de risque somatiques.

3. Dans la plupart des cas, l'évaluation de l'observance médicamenteuse seule ne suffit pas. Pour améliorer l'efficacité des interventions thérapeutiques et préventives, une évaluation globale de l'observance des médicaments, des modifications du mode de vie et de l'accompagnement médical chez les patients est nécessaire, ainsi qu'une évaluation globale similaire de l'observance potentielle chez les personnes en bonne santé et sans symptômes de maladie ou non traitées.

4. Les organisateurs et les prestataires de soins de santé, y compris les médecins et le personnel infirmier, ne sont pas suffisamment informés de l'importance de l'évaluation de l'observance et des caractéristiques associées du traitement et de la prévention. Il est donc nécessaire d'intégrer l'étude de l'engagement dans les programmes de formation et de perfectionnement des professionnels de la santé à tous les niveaux, qu'ils soient étudiants en Médecine, de facultés ou d'universités, de praticiens de la santé ou d'éducateurs.

5. Dans les recommandations cliniques nationales et internationales, les directives médicales et les consensus, afin d'améliorer encore l'efficacité du traitement et de la prévention, il est conseillé de prévoir des sections sur l'observance du traitement et la personnalisation des interventions médicales en fonction de l'observance.

6. Dans la fourniture de soins curatifs et préventifs, en particulier aux patients atteints de maladies chroniques, l'évaluation complète de l'observance devrait devenir une méthode courante de la pratique médicale. Il est conseillé de classer l'engagement en niveaux élevé, moyen et faible, en fonction des outils d'évaluation utilisés. À des fins de traitement et de prévention, seul un engagement élevé devrait être considéré comme suffisant, c'est-à-dire ne nécessitant pas de correction d'interventions thérapeutiques ou préventives. L'observance moyenne et faible du traitement doit être considérée comme insuffisante.

7. L'observance du traitement doit être considérée comme un facteur mal corrigé ou non corrigé. Le succès des activités connues visant à renforcer ou à maintenir l'engagement est, dans la plupart des cas, de courte durée ou discutable. Par conséquent, dans les cas où les patients ayant une adhésion faible ou insuffisante ont besoin d'interventions prolongées liées au traitement, à la modification du mode de vie ou à l'accompagnement médical, il est conseillé d'adapter ces interventions à l'adhésion identifiée. Il en va de même pour les mesures préventives chez les personnes ayant une adhésion potentielle faible ou insuffisante au traitement.

8. Dans les cas où, en raison de l'âge, d'une déficience cognitive ou d'autres raisons qui limitent la prise de décision indépendante, la santé ou le traitement d'un patient relève de la responsabilité de ses représentants légaux — parents, tuteurs ou autres -, il convient d'évaluer l'engagement de ces représentants légaux.

9. Conformément aux programmes nationaux de santé, il est utile d'évaluer l'engagement effectif ou potentiel dans tous les cas où des programmes généraux ou personnalisés de prévention, de traitement et de réadaptation sont élaborés. La priorité est d'évaluer l'engagement des élèves des écoles et des gymnases, des étudiants des collèges et des universités et des travailleurs de tous âges.

10. La prévention des principaux facteurs de risque, tant chez les patients que chez les personnes en bonne santé, devrait être fondée sur les résultats d'une évaluation globale de l'observance et de l'observance potentielle. Les professionnels de la santé doivent accorder la plus grande attention aux personnes qui ne sont pas suffisamment engagées dans le traitement.

11. Il faut conjuguer les efforts nationaux et internationaux pour améliorer les outils et technologies existants et en créer de nouveaux pour évaluer l'engagement et l'engagement potentiel. Dans ce cas, la priorité devrait être accordée aux outils et aux technologies qui permettent une évaluation globale de l'engagement par des méthodes quantitatives ou semi-quantitatives, ainsi qu'aux mesures visant à améliorer l'exactitude des prévisions tout en réduisant l'intensité du travail et le temps consacrés à l'obtention, à l'analyse et à l'interprétation du résultat.

12. Lors de l'organisation et de la conduite de recherches scientifiques visant à créer ou à tester des médicaments, des méthodes ou des traitements, l'adhésion et l'adhésion potentielle devraient être parmi les facteurs de sélection importants à inclure dans l'étude. Dans ces études, il est conseillé d'inclure uniquement les personnes hautement engagées dans le traitement. Lors de l'évaluation des types, des méthodes ou des traitements, l'observance doit être considérée comme un facteur susceptible d'influencer de manière significative le résultat de ces études.

Nous encourageons les scientifiques, les médecins et les éducateurs de tous les pays à intensifier et à unir leurs efforts en matière de recherche sur l'engagement. La création d'équipes de recherche ouvertes et d'agglomérations scientifiques internationales favorisera la recherche ouverte, impartiale et concertée de solutions scientifiques et professionnelles.

Nous encourageons les communautés médicales et scientifiques professionnelles nationales et internationales à soutenir activement l'étude de l'engagement en fonction de leurs profils d'activité et à intégrer des résultats cohérents et éprouvés en matière d'engagement dans les guides, recommandations et documents similaires existants et en cours de création.

Nous encourageons tous les auteurs et les professionnels à diffuser les connaissances acquises dans le domaine de l'engagement dans le cadre du libre accès (Open Access), sans aucune restriction.

La présente Déclaration est ouverte à l'adhésion et à la signature de tous les professionnels de la Médecine, de l'éducation et de la science intéressés partageant ses dispositions.

Adopté en séance
Groupe scientifique international
sur l'étude de l'engagement

Omsk (Russie), 7 août 2023

OMSK DECLARATION ON ADHERENCE TO TREATMENT



We, specialists in the field of medicine, education and science, representatives of different countries and healthcare systems, understanding the need for individualization of treatment and prevention as the basis for improving the effectiveness of medical care, the purpose of which is to prolong quality of life, respecting the role and responsibility of the patient in shaping their health, have accepted this Declaration.

With regard to adherence, we share and encourage support for the following statements:

1. Adherence to treatment is one of the most important factors influencing the success and outcome of medical interventions.

2. Evaluation of potential adherence to treatment in people who do not have clinical manifestations of diseases or who do not receive drug therapy is as significant as the assessment of adherence to treatment in patients, since it can provide additional opportunities to prevent the occurrence, progression and implementation of risk factors for somatic diseases.

3. In most cases, evaluating drug adherence alone is not enough. To improve the effectiveness of curative and preventive interventions a comprehensive assessment of adherence to drug therapy, lifestyle modification, and medical support in patients as well as a similar comprehensive assessment of potential adherence in healthy and asymptomatic or untreated individuals is required.

4. Organizers and healthcare providers including doctors and paramedical personnel are not sufficiently informed about the importance of adherence assessment and related features of treatment and prevention. Therefore, the study of adherence issues must be included in the training and improvement programs for medical specialists at all levels, both students of medical colleges, faculties and universities, as well as practicing doctors and their teachers.

5. In order to further improve the effectiveness of treatment and prevention it is advisable to provide sections on adherence to treatment and individualization of medical interventions based on adherence in national and international clinical recommendations, medical guidelines and consensus.

6. A comprehensive assessment of adherence should become a routine method of medical practice while providing curative and preventive care primarily to patients with chronic diseases. It is advisable to rank adherence as high, medium, and low in accordance with the tools used for its assessment. Only high adherence should be regarded as sufficient for the purposes of treatment and prevention. Medium and low adherence to treatment should be regarded as insufficient.

7. Adherence to treatment should be considered as a poorly corrected or not corrected factor. The success of known interventions to increase or maintain adherence is short-lived or questionable. Therefore, in cases where patients with low or insufficient adherence require long-term interventions related to treatment, lifestyle modification, or medical support it is advisable to adapt such interventions to the identified adherence. The same applies to preventive measures in individuals with low or insufficient potential adherence to treatment.

8. In cases of reduced cognitive functions, ageing processes, or other reasons that limit independent decision-making, the health or treatment of the patient is the responsibility of his legal representatives: parents, trustees or other persons. It is appropriate to assess the adherence of those legal representatives.

9. In accordance with national health programs, it is advisable to evaluate current or potential adherence in all cases when general or personal programs of preventive, therapeutic, and rehabilitative measures are being developed. The priority is to assess the adherence of school pupils, college and university students, and employees of all ages.

10. Prevention of leading risk factors both among patients and healthy individuals should be based on the results of a comprehensive assessment of current adherence and potential adherence. The greatest attention on the part of medical workers should be given to people with insufficient adherence to treatment.

11. It is necessary to combine national and international efforts to improve existing and create new tools and technologies for assessing current adherence and potential adherence. Priority in this case should be given to tools and technologies that provide a comprehensive adherence assessment by quantitative or semi-quantitative methods as well as measures aimed at improving the prognosis accuracy, while reducing the complexity and time spent on obtaining, analyzing, and interpreting the results.

12. Treatment methods, current and potential adherence should be one of the most important selection factors for inclusion in the study when organizing and conducting scientific research aimed at developing or testing drugs. It is advisable to include only highly adherent patients in such studies. Adherence should be taken into account as a factor that can significantly affect the outcome of such studies when evaluating treatment methods

We call on researchers, doctors, and educators of all countries to increase and unite efforts in research in the field of adherence. The creation of open research groups and international scientific agglomerations will contribute to an open, unbiased, and coordinated search for scientific and professional solutions.

We call on the national and international professional medical and scientific communities to actively support the study of adherence issues in accordance with their profiles, and to incorporate agreed and proven results in the field of adherence into existing and emerging guidelines, recommendations and similar documents.

We encourage all authors and professionals to spread their knowledge in the field of adherence on an open access basis (Open Access), without any restrictions.

This Declaration is open for accession and signing by all interested specialists in the field of medicine, education and science who share its provisions.

**Adopted at the meeting
of the International Research Group
on Adherence to Treatment**

Omsk (Russia), August 7, 2023

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ И КОМИТЕТ ЭКСПЕРТОВ

EDITORIAL BOARD AND COMMITTEE OF EXPERTS

АВДЕЕВ Сергей Николаевич **(Россия)**

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор клиники пульмонологии и респираторной медицины, заведующий кафедрой пульмонологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), руководитель клинического отдела ФГБУ «Научно-исследовательский институт пульмонологии» ФМБА России, главный внештатный пульмонолог Минздрава России

АГАФОНОВА Юлия Андреевна **(Россия)**

специалист отдела способов оплаты медицинской помощи Управления экономики и финансирования здравоохранения ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России; аспирант кафедры онкологии факультета дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

АГЕЕВ Фаиль Таипович **(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела амбулаторных лечебно-диагностических технологий НИИ клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. акад. Е.И. Чазова» Минздрава России

АНДРЕЕВ Кирилл Андреевич **(Россия)**

ассистент кафедры госпитальной терапии, эндокринологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, ответственный секретарь СНЖ «Научный вестник ОмГМУ»

AVDEEV Sergej Nikolaevich **(Russia)**

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Director of the Clinic of Pulmonology and Respiratory Medicine, Head of the Department of Pulmonology First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (Sechenovskiy University), Head of the Clinical Department of the Research Institute of Pulmonology of the Federal Medical and Biological Agency of Russia, Head Pulmonologist of the Ministry of Health of Russia

AGAFONOVA YULiya Andreevna **(Russia)**

Specialist of the Department of payment methods for medical care of the Department of Economics and Financing of Healthcare of the Federal State Budgetary Institution “Center for Expertise and Quality Control of Medical Care” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Postgraduate student, Chair of Oncology, Faculty of Additional Professional Education, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

AGEEV Fail' Taipovich **(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Outpatient Diagnostic and Treatment Technologies, Research Institute of Clinical Cardiology named after A.L. Myasnikov National Medical Research Center of Cardiology named after Academician E.I. Chazov of the Ministry of Health of the Russian Federation

ANDREEV Kirill Andreevich **(Russia)**

Assistant of the Department of Hospital Therapy, Endocrinology Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Omsk State Medical University” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Executive Secretary of the “Scientific Bulletin of OmSMU”

**АНИСИМОВ Владимир Николаевич
(Россия)**

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, руководитель научного отдела канцерогенеза и онкогеронтологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Почетный президент Геронтологического общества при Российской академии наук (ГОРАН)

**АНТИПОВ Алексей Владимирович
(Россия)**

кандидат философских наук, научный сотрудник сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики Института философии РАН

**АРУТЮНОВ Григорий Павлович
(Россия)**

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, вице-президент Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ), вице-президент Российского кардиологического общества (РКО), Президент Европейской Ассоциации Терапевтов

**АТАЛЯН Алина Валерьевна
(Россия)**

кандидат медицинских наук, руководитель функциональной группы информационных систем и биостатистики ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» Минздрава России

**АХМЕДОВ Вадим Адильевич
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой медицинской реабилитации ДПО ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

**АШРАФЯН Лев Андреевич
(Россия)**

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор института онкогинекологии и маммологии, заместитель директора ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России

**ANISIMOV Vladimir Nikolaevich
(Russia)**

Corresponding member of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Scientific Department of Carcinogenesis and Oncogerontology Federal State Budgetary Institution “National Medical Research Center of Oncology named after N.N. Petrov” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Past-President of the Gerontological Society at the Russian Academy of Sciences

**ANTIPOV Aleksei Vladimirovich
(Russia)**

Candidate of Philosophical Sciences, Researcher at the Department of Humanitarian Expertise and Bioethics of the Institute of Philosophy of the RAS

**ARUTYUNOV Grigorij Pavlovich
(Russia)**

Corresponding member of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Faculty of Pediatrics Pirogov Russian National Research Medical University, Vice-President of the Russian Scientific Medical Society of Therapists (RSMST), Vice-President of the Russian Society of Cardiology (RCS), President of the Eurasian Association of Therapists

**ATALYAN Alina Valer'evna
(Russia)**

Ph.D of Medical Sciences, Head of the Functional Group of Information systems and Biostatistics of Federal State Public Scientific Institution “Scientific Centre For Family Health And Human Reproduction Problems”

**AHMEDOV Vadim Adil'evich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Medical Rehabilitation of Additional Professional Education Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Omsk State Medical University” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**ASHRAFYAN Lev Andreevich
(Russia)**

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Director of the Institute of Oncogynecology and Mammary, Deputy Director of the Federal State Budgetary Institution “National Medical Research Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after Academician V.I. Kulakov” Ministry of Health of Russia

**БАБИЧЕВА Лали Галимовна
(Россия)**

кандидат медицинских наук, доцент кафедры онкологии и палиативной медицины им. акад. А.И. Савицкого ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, доцент кафедры общей терапии факультета дополнительного последипломного образования ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

**БАБУНАШВИЛИ Автандил Михайлович
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, председатель Российского Научного Общества Интервенционных Кардиологов

**БАЛЫКОВА Лариса Александровна
(Россия)**

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор медицинского института, заведующий кафедрой педиатрии ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва»

**БАРБАРАШ Ольга Леонидовна
(Россия)**

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»

**БЕНБЕРИН Валерий Васильевич
(Казахстан)**

академик НАН Республики Казахстан, доктор медицинских наук, профессор, руководитель центра геронтологии Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан

**ВАЛЕНТА Рудольф
(Австрия)**

иностранный член РАН, академик Австрийской Академии наук, доктор медицинских наук, профессор, профессор Венского медицинского университета, заведующий лабораторией молекулярной аллергологии ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России

**BABICHEVA Lali Galimovna
(Russia)**

Ph.D of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Oncology and Palliative Medicine. named after acad. A.I. Savitsky Federal State Budgetary Educational Institution of Further Professional Education “Russian Medical Academy of Continuous Professional Education” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Associate Professor, Department of General Therapy, Faculty of Additional Postgraduate Education Pirogov Russian National Research Medical University

**BABUNASHVILI Avtandil Mihajlovich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Chairman of the Russian Scientific Society of Interventional Cardiologists

**BALYKOVA Larisa Aleksandrovna
(Russia)**

Corresponding member of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Director of the Medical Institute, Head of the Department of Pediatrics of the Ogarev National Research Mordovian State University

**BARBARASH Ol'ga Leonidovna
(Russia)**

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Director of the Federal State Budget Scientific Institution “Research Institute for Complex Problems of Cardiovascular Diseases”

**BENBERIN Valerij Vasil'evich
(Kazakhstan)**

Academician of the NAS of the Republic of Kazakhstan, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Gerontology Center of the Medical Center of the Office of the President of the Republic of Kazakhstan

**VALENТА Rudolf
(Austria)**

Foreign Member of the RAS, Academician of Austrian Academy of Sciences, Doctor of Medicine, Professor, Professor of Medical University of Vienna, Head of the Molecular Allergology Laboratory of the Federal State Budgetary Institution “State Scientific Center Institute of Immunology” of the Federal Medical and Biological Agency of Russia

**ВАСИЛЬЕВА Ирина Анатольевна
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Минздрава России, главный редактор журнала «Туберкулез и болезни легких», президент Российского общества фтизиатров (РОФ) / Ассоциации фтизиатров

**ВАГНЕР Владимир Давыдович
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом организации стоматологической службы, лицензирования и аккредитации ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр «Центральный НИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Минздрава России, профессор кафедры терапевтической стоматологии ДПО ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

**ВИКТОРОВА Инна Анатольевна
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней и поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

**ВИНОГРАДОВ Олег Иванович
(Россия)**

доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой неврологии с курсом нейрохирургии института усовершенствования врачей ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, президент Общества доказательной неврологии (ОДН)

**ВЛАСОВА Надежда Леонидовна
(Россия)**

председатель Ассоциации врачей общей практики СИРАНО

**ВОЛЧЕГОРСКИЙ Илья Анатольевич
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой фармакологии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

**VASIL'EVA Irina Anatol'evna
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, director of the Federal State Institution "National Medical Research Center of Tuberculosis and Infectious Diseases" of the Ministry of Health, editor-in-chief of the journal "Tuberculosis and Lung Diseases", President of the Russian Society of Phthisiologists (ROP) / Association of TB Physicians

**VAGNER Vladimir Davydovich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Dental Service Organization, Licensing and Accreditation of the Federal State Budgetary Institution NMIC "Central Research Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Professor of the Department of Therapeutic Dentistry of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Omsk State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**VIKTOROVA Inna Anatol'evna
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Internal Diseases and Polyclinic Therapy Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Omsk State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**VINOGRADOV Oleg Ivanovich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Associate Professor, Head of the Department of Neurology with the Course of Neurosurgery at the Institute for Postgraduate Medical Education Federal State Budgetary Institution "National Medical and Surgical Center named after N.I. Pirogov" of the Ministry of Health of the Russian Federation, President of the Society for Evidence-Based Neurology (EBN)

**VLASOVA Nadezhda Leonidovna
(Russia)**

Chairman of the Association of General Practitioners CYRANO

**VOLCHEGORSKIY Il'ya Anatol'evich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Pharmacology Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "South-Urals State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation.

**ГАЛЯВИЧ Альберт Сарварович
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой кардиологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, вице-президент Российского кардиологического общества (РКО)

**ГАУС Ольга Владимировна
(Россия)**

кандидат медицинских наук, доцент, начальник управления по развитию регионального здравоохранения и медицинской деятельности, доцент кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

**ГИНЦБУРГ Александр Леонидович
(Россия)**

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. почётного акад. Н.Ф. Гамалеи» Минздрава России, заведующий кафедрой инфектологии и вирусологии Института профессионального образования ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)

**ГОМБЕРГ Владимир Григорьевич
(Россия)**

кандидат медицинских наук, заведующий урологическим отделением СПб ГБУЗ «Городской гериатрический центр»

**ГОРБЕНКО Александр Васильевич
(Россия)**

ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

**ГОРЕЛОВ Александр Васильевич
(Россия)**

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора, председатель правления Национальной ассоциации специалистов по инфекционным болезням им. академика В.И. Покровского

**GALYAVICH Al'bert Sarvarovich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Cardiology of the Faculty of Advanced Training and Professional Retraining of Specialists Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Kazan Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Vice President of the Russian Society of Cardiology (RSC)

**GAUS Ol'ga Vladimirovna
(Russia)**

Ph.D of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department for the Development of Regional Health and Medical Activities, Associate Professor of the Department of Faculty Therapy and Gastroenterology Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Omsk State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**GINCBURG Aleksandr Leonidovich
(Russia)**

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Director Federal State Budgetary Institution "Federal Research Centre for Epidemiology and Microbiology named after the honorary academician N.F. Gamaleya" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Head of the Department of Infectology and Virology, Institute of Vocational Education First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (Sechenovskiy University)

**GOMBERG Vladimir Grigor'evich
(Russia)**

Ph.D of Medical Sciences, Head of the Department of Urology, St. Petersburg GBUZ "City Geriatric Center"

**GORBENKO Aleksandr Vasil'evich
(Russia)**

Assistant of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Omsk State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**GORELOV Aleksandr Vasil'evich
(Russia)**

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Deputy Director for Research Federal Budget Institute of Science "Central Research Institute for Epidemiology", Chairman of the Board of the National Association of Infectious Diseases Specialists named after. Academician V.I. Pokrovsky

**ГОРШКОВ Александр Юрьевич
(Россия)**

кандидат медицинских наук, заместитель директора по научной и амбулаторно-поликлинической работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России

**ГУСЕЙНОВ Абдусалам Абдулкеримович
(Россия)**

академик РАН, доктор философских наук, главный научный сотрудник, ВРИО директора Института философии РАН

**ДАВИДОВИЧ Лазар
(Сербия)**

иностраннный член РАН, доктор медицинских наук, профессор, декан медицинского факультета Белградского университета, профессор Белградской медицинской школы, директор Клиники сосудистой и эндоваскулярной хирургии Клинического центра Сербии, паст-президент Европейского общества кардиоваскулярной хирургии (ESCVS)

**ДИ РЕНЦО Джан Карло
(Италия)**

Иностраннный член РАН, иностраннный член Румынской АН, почетный член Королевского колледжа акушеров и гинекологов (FRCOG, Лондон, Великобритания), почетный член Американского колледжа акушерства и гинекологии (FACOG, США) и Индийского колледжа акушерства и гинекологии (ICOG), доктор медицинских наук, профессор, координатор Центра перинатальной и репродуктивной медицины Университета Перуджи (Перуджа, Италия), Основатель и директор Международной и европейской школы перинатальной и репродуктивной медицины (PREIS) во Флоренции, Италия, профессор акушерства и гинекологии Первого Московского государственного медицинского университета Минздрава России (Сеченовский университет), консультант отделения беременности и перинатологии (PRB) в Национальном институте детского здоровья и человеческого развития (NICHD) Национального института здравоохранения (NIH) Вашингтон (США), директор Глобальной библиотеки Альянса женской медицины (GLOWM), паст- генеральный секретарь Международной федерации гинекологии и акушерства (FIGO), сопредседатель Новой Европейской хирургической академии (NESA). Редактор журнала «Безопасное материнство и здоровье ребенка», редактор-корреспондент «Американского журнала акушерства и гинекологии», почетный главный редактор журнала «Медицина матери и плода» (Китай).

**GORSHKOV Aleksandr YUR'evich
(Russia)**

Ph. D of Medical Sciences, Deputy Director for scientific and outpatient work Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**GUSEJNOV Abdusalam Abdulkirimovich
(Russia)**

Academician of RAS, Doctor of Philosophy, Chief Researcher, Acting Director of the Institute of Philosophy of the RAS

**DAVIDOVICH Lazar
(Serbia)**

Foreign Member of the RAS, Doctor of Medicine, Professor, Dean of the Faculty of Medicine of the University of Belgrade, Professor of the Medical School of Belgrade, Head of the Clinic for Vascular and Endovascular Surgery of the Serbian Clinical Center, Past-President of European Society for Cardiovascular Surgery (ESCVS)

**DI RENZO Gian Carlo
(Italy)**

Foreign Member of the RAS, Foreign Academician of the Romanian Academy of Sciences, Fellow ad eundem of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (FRCOG, London, Great Britain), Honorary Fellow of the American College of Obstetrics and Gynecology (FACOG, United States of America) and of the Indian College of Obstetrics and Gynaecology (ICOG), Doctor of Medicine, Professor, Coordinator of the Centre for Perinatal and Reproductive Medicine of University of Perugia (Perugia, Italy), Founder and Director of the International and European School of Perinatal and Reproductive Medicine (PREIS) of Florence, Italy, Professor of Obstetrics and Gynecology at the Sechenovskiy University, Consultant of the Pregnancy and Perinatology Branch (PRB) at the National Institute of Child Health and Human Development (NICHD), National Institute of Health (NIH) Washington DC(USA), Director of The Global Library of Women's Medicine Alliance (GLOWM), past Honorary Secretary General of the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), co-President of the New European Surgical Academy (NESA). Editor of the Journal «Safe Motherhood and Child Health» Corresponding Editor of the «American Journal of Obstetrics and Gynecology», Hon Chief Editor of the Journal «Maternal-Fetal Medicine» (China).

**ДРАПКИНА Оксана Михайловна
(Россия)**

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, заведующий кафедрой терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, главный редактор журнала «Кардиоваскулярная терапия и профилактика», главный редактор журнала «Профилактическая медицина», президент Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний (РОПНИЗ), вице-президент Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ)

**ДРОЗДОВА Любовь Юрьевна
(Россия)**

кандидат медицинских наук, руководитель лаборатории поликлинической терапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России

**ДРУК Инна Викторовна
(Россия)**

доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой внутренних болезней и семейной медицины ДПО ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

**ЕРШОВ Антон Валерьевич
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор кафедры патофизиологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), ведущий научный сотрудник научно-исследовательского института общей реаниматологии им. В.А. Неговского ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии»

**ЕФРЕМОВА Елена Владимировна
(Россия)**

доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры терапии и профессиональных болезней ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

**DRAPKINA Oksana Mihajlovna
(Russia)**

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Director Federal State Budgetary Institution “National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Head specialist in therapy and general medical practice of the Ministry of Health of Russia, editor-in-chief of the journal Cardiovascular Therapy and Prevention, editor-in-chief of the journal Preventive Medicine, president of the Russian Society for the Prevention of Noncommunicable Diseases vice-president of the Russian Scientific Medical Society of Therapists

**DROZDOVA Lyubov' YUr'evna
(Russia)**

Ph.D of Medical Sciences, Head of the Polyclinic Therapy Laboratory of Federal State Budgetary Institution “National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**DRUK Inna Viktorovna
(Russia)**

Doctor of Medicine, Associate Professor, Head of the Department of Internal Diseases and Family Medicine of Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Omsk State Medical University” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**ERSHOV Anton Valer'evich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor of the Department of Pathophysiology First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (Sechenovskiy University), Leading Researcher of the Research Institute of General Resuscitation named after. V.A. Negovsky Federal Research and Clinical Center of Intensive Care Medicine and Rehabilitology

**EFREMOVA Elena Vladimirovna
(Russia)**

Doctor of Medicine, Associate Professor, Professor Department of Therapy and Occupational Diseases Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Ulyanovsk State University”

**ЗАДИОНЧЕНКО Владимир Семёнович
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

**ЗАЙЦЕВ Андрей Алексеевич
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, главный пульмонолог Министерства обороны Российской Федерации, главный пульмонолог ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь им. академика Н.Н. Бурденко», заведующий кафедрой пульмонологии (с курсом алергологии) Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «Московский государственный университет пищевых производств», Президент Межрегиональной Ассоциации Специалистов Респираторной Медицины

**ЗЫРЯНОВ Сергей Кенсаринович
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей и клинической фармакологии медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», заместитель главного врача по терапии ГБУЗ «Городская клиническая больница № 24» ДЗМ, главный редактор журнала «Качественная клиническая практика»

**ИОСЕЛИАНИ Давид Григорьевич
(Россия)**

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой интервенционной кардиоангиологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), Почетный директор Научно-практического центра интервенционной кардиоангиологии, заместитель председателя Российского Научного Общества Интервенционных Кардиологов

**КАЙДАРОВА Диляра Радиковна
(Казakhstan)**

иностраннный член РАН, академик НАН Республики Казахстан, д.м.н., профессор, председатель правления АО «Казакский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии», заведующий кафедрой онкологии, маммологии и лучевой терапии Казакского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова, Президент Ассоциации онкологов Республики Казахстан

**ZADIONCHENKO Vladimir Semyonovich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Professor of the Department of Polyclinic Therapy Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**ZAJCEV Andrej Alekseevich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Head pulmonologist of the Ministry of Defense of the Russian Federation, Federal State Budgetary Institutional "Main Military Clinical Hospital named after academician N.N. Burdenko" of the Ministry of defense of the Russian Federation, Head of the Department of Pulmonology (with a course in Allergology) of the Medical Institute of Continuing Education Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Moscow State University of Food Production", President of the Interregional Association of Respiratory Medicine Specialists

**ZYRYANOV Sergej Kensarinovich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of General and Clinical Pharmacology of the Medical Institute Peoples' Friendship University of Russia, Deputy head physician for therapy, City Clinical Hospital No. 24, editor-in-chief of the journal "Quality Clinical Practice"

**IOSELIANI David Grigor'evich
(Russia)**

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Interventional Cardioangiology of the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of Russia (Sechenov University), Honorary Director of the Scientific and Practical Center for Interventional Cardioangiology, Deputy Chairman of the Russian Scientific Society of Interventional Cardiologists

**KAIDAROVA Dilyara Radikovna
(Kazakhstan)**

Foreign member of the RAS, Academician of the NAS of the Republic of Kazakhstan, Doctor of Medicine, Professor, Chairman of the Board of the Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology, Head of the Department of Oncology, Mammology and Radiation Therapy of the Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, President of Kazakhstan Cancer Society

**КАНЕВСКАЯ Светлана Сергеевна
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры семейной медицины ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», медицинский директор корпорации «Medical On Group»

**КАРПОВ Ростислав Сергеевич
(Россия)**

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, научный руководитель научно-исследовательского института кардиологии, руководитель научного направления ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН», профессор кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

**КАЛАШНИКОВА Марина Федоровна
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор кафедры эндокринологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

**КАРАУЛОВ Александр Викторович
(Россия)**

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой клинической иммунологии и аллергологии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, заведующий лабораторией иммунопатологии Института молекулярной медицины ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)

**КАШТАЛАП Василий Васильевич
(Россия)**

доктор медицинских наук, доцент, заведующий отделом клинической кардиологии ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»

**KANEVSKAYA Svetlana Sergeevna
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Professor of the Department of Family Medicine Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “Belgorod State National Research University”, med.d. of the “Medical On Group”

**KARPOV Rostislav Sergeevich
(Russia)**

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, scientific director of the Cardiology Research Institute, head of scientific direction Federal State Budgetary Scientific Institution “Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences”, Professor of the Department of Faculty Therapy of Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Siberia State Medical University” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**KALASHNIKOVA Marina Fedorovna
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor of the Department of Endocrinology of First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (Sechenovskiy University)

**KARAULOV Aleksandr Viktorovich
(Russia)**

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Clinical Immunology and Allergology of the N.V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Head of the Laboratory of Immunopathology of the Institute of Molecular Medicine First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (Sechenovskiy University)

**KASHTALAP Vasilij Vasil’evich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Associate Professor, Head of the Department of Clinical Cardiology of the Federal State Budget Scientific Institution «Research Institute for Complex Problems of Cardiovascular Diseases»

**КОБАЛАВА Жанна Давидовна
(Россия)**

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней и клинической фармакологии факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», профессор кафедры внутренних болезней ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова»

**КОЛБАСНИКОВ Сергей Васильевич
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей врачебной практики и семейной медицины ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России

**КОНДРАТЬЕВА Кристина Орхановна
(Россия)**

кандидат психологических наук, медицинский психолог, научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России

**КОНРАДИ Александра Олеговна
(Россия)**

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заместитель генерального директора по научной работе, заведующий научно-исследовательского отдела артериальной гипертензии, заведующий кафедрой организации управления и экономики здравоохранения Института медицинского образования ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России, главный редактор журнала «Артериальная гипертензия», вице-президент Российского кардиологического общества

**КОРЕННОВА Ольга Юрьевна
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, главный врач БУЗОО «Клинический кардиологический диспансер», профессор кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии, профессор кафедры внутренних болезней и семейной медицины ДПО ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

**KOBALAVA ZHanna Davidovna
(Russia)**

Corresponding member of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Internal Medicine and Clinical Pharmacology, Faculty of Continuing Medical Education of Medical Institute Peoples' Friendship University of Russia, Professor of the Department of Internal Medicine Federal State Educational Institution of Higher Professional Education Lomonosov Moscow State University

**KOLBASNIKOV Sergej Vasil'evich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Polyclinic Therapy and Family Medicine Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Tver State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**KONDRAT'EVA Kristina Orhanovna
(Russia)**

Ph.D of Psychological Sciences, medical psychologist, researcher Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center of Oncology named after N.N. Petrov" of the Ministry of Health of the Russian Federation

**KONRADI Aleksandra Olegovna
(Russia)**

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Deputy of General Director for Research, Head of the Research Department of Arterial Hypertension, Head of the Department of Health Management and Economics, Institute of Medical Education Federal State Budgetary Institution "V.A. Almazov National Medical Research Center" of the Ministry of Health of the Russian Federation editor-in-chief of the journal "Arterial hypertension", vice-president of the Russian Society of Cardiology (RSC)

**KORENNOVA Ol'ga YUr'evna
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Head Physician of the Clinical Cardiology Dispensary, Professor of the Department of Faculty Therapy and Gastroenterology, Professor of the Department of Internal Medicine and Family Medicine of Additional Professional Education Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Omsk State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**КОРПАЧЕВА Ольга Валентиновна
(Россия)**

доктор медицинских наук, доцент, проректор по научно-исследовательской работе, заведующий кафедрой патофизиологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

**КОРШУНОВ Андрей Сергеевич
(Россия)**

кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапевтической стоматологии ДПО, заместитель руководителя центра научных грантов ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, член Бюро, руководитель Отдела инфраструктуры для научных исследований и разработок в сфере охраны здоровья СМУ Минздрава России, заведующий отделением стоматологии общей практики БУЗОО «Городская клиническая стоматологическая поликлиника № 1».

**КОЧЕРГИНА Анастасия Михайловна
(Россия)**

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, научный сотрудник ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»

**КУТИХИН Антон Геннадьевич
(Россия)**

доктор медицинских наук, заведующий лабораторией молекулярной, трансляционной и цифровой медицины ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»

**ЛАЗЕБНИК Леонид Борисович
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, главный редактор журнала «Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология», президент Национального общества гастроэнтерологов России (НОГР), вице-президент Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ)

**KORPACHEVA Ol'ga Valentinovna
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor Vice-Rector for Research, Head of the Department of Pathophysiology Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Omsk State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**KORSHUNOV Andrej Sergeevich
(Russia)**

Ph.D of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Therapeutic Dentistry, Deputy Head of the Center for Scientific Grants of Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Omsk State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Member of the Bureau, Head of the Infrastructure Department for Research and Development in the Field of health Protection of the SMU of the Ministry of Health of the Russian Federation, Head of the Department of General Practice Dentistry "City Clinical Dental Polyclinic No. 1"

**KOCHERGINA Anastasiya Mihajlovna
(Russia)**

Ph.D of Medical Sciences, Assistant of the Department of Cardiology and Cardiovascular Surgery of the Kemerovo State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Research Associate of the Federal State Budget Scientific Institution "Research Institute for Complex Problems of Cardiovascular Diseases"

**KUTIHIN Anton Gennad'evich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Head of the Laboratory of Molecular, Translational and Digital Medicine of the Federal State Budget Scientific Institution "Research Institute for Complex Problems of Cardiovascular Diseases"

**LAZEBNIK Leonid Borisovich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Professor of the Department of Polyclinic Therapy Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, главный редактор of the journal "Experimental and Clinical Gastroenterology", President of the National Society of Gastroenterologists of Russia, Vice-President of the Russian Scientific Medical Society of Therapists

**ЛЕБЕДЕВ Олег Иванович
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой офтальмологии, декан лечебного факультета ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

**ЛЕОНТЬЕВ Валерий Константинович
(Россия)**

академик РАН, доктор медицинских наук, кандидат экономических наук, профессор

**ЛИВЗАН Мария Анатольевна
(Россия)**

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, ректор, заведующий кафедрой факультетской терапии и гастроэнтерологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

**ЛИЛА Михаил Александрович
(Россия)**

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», заведующий кафедрой ревматологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, главный внештатный специалист-ревматолог Минздрава России

**ЛОКШИН Вячеслав Нотанович
(Казахстан)**

академик НАН Республики Казахстан, доктор медицинских наук, профессор, генеральный директор МКЦР «PERSONA», Президент Казахстанской ассоциации Репродуктивной Медицины (КАРМ), главный репродуктолог Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Президент Международной академии Репродуктологии

**ЛУТОВА Наталия Борисовна
(Россия)**

доктор медицинских наук, руководитель института клинической психиатрии, отделения интегративно фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

**LEBEDEV Oleg Ivanovich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Ophthalmology, Dean of the Medical Faculty Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Omsk State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**LEONT'EV Valerij Konstantinovich
(Russia)**

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Candidate of Economic Sciences, Professor

**LIVZAN Mariya Anatol'evna
(Russia)**

Corresponding member of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Rector, Head of the Department of Faculty Therapy and Gastroenterology "Omsk State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**LILA Mihail Aleksandrovich
(Russia)**

Corresponding member of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Director of the V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Head of the Department of Rheumatology of the Ministry of Health of the Russian Federation, Chief Freelance Rheumatologist of the Ministry of Health of the Russian Federation

**LOKSHIN Vyacheslav Notanovich
(Kazakhstan)**

Academician of the NAS of the Republic of Kazakhstan, Doctor of Medicine, Professor, Director General of the ICCR "PERSONA", President of the Kazakhstan Association of Reproductive Medicine (KARM), Chief Reproductologist of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, President of the International Academy of Reproductology

**LUTOVA Nataliya Borisovna
(Russia)**

Doctor of Medicine Head of the Institute of Clinical Psychiatry, Department of Integrative Pharmacology-Psychotherapy of Patients with Mental Disorders Federal State Budgetary Institution "V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry And Neurology" of the Russian Federation Ministry of Health

**МАЗУРОВ Вадим Иванович
(Россия)**

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, главный научный консультант, директор НИИ ревматологии, заведующий кафедрой терапии, ревматологии, экспертизы временной нетрудоспособности и качества медицинской помощи им. Э.Э. Эйхвальда ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России

**МАЛЯВИН Андрей Георгиевич
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры фтизиатрии и пульмонологии, директор клиники ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, генеральный секретарь РНМОТ

**МАРЕЕВ Вячеслав Юрьевич
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник Медицинского научно-образовательного центра, профессор кафедры терапии факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова»

**МАРТОВ Алексей Георгиевич
(Россия)**

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой урологии и андрологии ФГБУ ГНЦ «Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна» ФМБА России, ведущий научный сотрудник Медицинского исследовательского центра ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», заведующий отделением урологии ГБУЗ «ГКБ им. Д.Д. Плетнева» ДЗМ, президент Российского общества по Эндоурологии и Новым Технологиям (РОЭНТ), заместитель председателя Российского общества урологов (РОУ)

**МАРТЫНОВ Анатолий Иванович
(Россия)**

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры госпитальной терапии № 1 ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, главный редактор журнала «Терапия», президент Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ)

**MAZUROV Vadim Ivanovich
(Russia)**

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Chief Scientific Consultant, Director of the Research Institute of Rheumatology, Head of the Department of Therapy, Rheumatology, Examination of Temporary Disability and Quality of Medical Care named after E.E. Eichwald Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov of the Ministry of Health of the Russian Federation

**MALYAVIN Andrej Georgievich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Professor of the Department of Phthisiology and Pulmonology, Clinic Director Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, General Secretary of the Russian Scientific Medical Society of Therapists

**MAREEV Vyacheslav YU'evich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Head Researcher, Medical Research and Education Center, Professor, Department of Therapy, Faculty of Fundamental Medicine Federal State Educational Institution of Higher Professional Education Lomonosov Moscow State University

**MARTOV Aleksej Georgievich
(Russia)**

Corresponding member of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Urology and Andrology of the Federal State Medical Center named after A.I. Burnazyan, FMBA of Russia, Leading Researcher of the Medical Research Center of the Lomonosov Moscow State University, Head of the Department of Urology of the D.D. Pletnev State Medical Center, President of the Russian Society for Endourology and New Technologies Deputy Chairman of the Russian Society of Urologists (RSU)

**MARTYNOV Anatolij Ivanovich
(Russia)**

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Professor of the Department of Hospital Therapy No. 1 Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, editor-in-chief of the journal "Therapy", president of the RSMST

**МАРЬЯНДЫШЕВ Андрей Олегович
(Россия)**

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, вице-президент Российского общества фтизиатров (РОФ) / Ассоциации фтизиатров

**МАССАР Жильбер
(Франция)**

иностранный член РАН, доктор медицинских наук, профессор, главный торакальный хирург Франции, член Национального совета университетов Франции, профессор факультета естественных наук, технологий и медицины Люксембургского университета (Université du Luxembourg), руководитель направления торакальной хирургии и трансплантации легких Страсбургского университета (University of Strasbourg), президент Европейского общества торакальных хирургов, лауреат Большой золотой медали РАН имени Н.И. Пирогова

**МЕЛЬНИЧЕНКО Галина Афанасьевна
(Россия)**

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава России по научной работе, директор Института клинической эндокринологии, Председатель Московской ассоциации эндокринологов, вице-президент Российской ассоциации эндокринологов

**МИХАЙЛОВА Наталия Борисовна
(Россия)**

кандидат медицинских наук, доцент, руководитель отдела клинической онкологии клиники «НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой», доцент кафедры гематологии, трансфузиологии, трансплантологии с курсом детской онкологии факультета последипломного образования им. проф. Б.В. Афанасьева ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России

**MAR'YANDYSHEV Andrej Olegovich
(Russia)**

Corresponding member of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "Northern State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Vice-President of the Russian Society of Phthysiologists (RSF) / Association of Phthysiologists

**MASSARD Gilbert
(France)**

Foreign Member of the RAS, Doctor of Medicine, Professor, Chief Thoracic Surgeon of France, Member of National Council of Universities of France, Professor of Faculty of Natural Sciences, Technology, and Medicine of the University of Luxembourg (Université du Luxembourg), Head of the Department of Thoracic Surgery and Lung Transplantation of the University of Strasbourg (Université de Strasbourg), President of the European Society of Thoracic Surgeons, Laureate of the N.I. Pirogov's Great Gold Medal of the Russian Academy of Sciences

**MEL'NICHENKO Galina Afanas'evna
(Russia)**

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Deputy Director of the Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center of Endocrinology" of the Ministry of Health of the Russian Federation for Scientific Work, Director of the Institute of Clinical Endocrinology, Chairman of the Moscow Association of Endocrinologists, Vice President of the Russian Association of Endocrinologists

**MIHAJLOVA Nataliya Borisovna
(Russia)**

Ph.D of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Clinical Oncology of the Clinic "Research Institute of Pediatric Oncology", Hematology and Transplantology named after R.M. Gorbacheva, Associate Professor of the Department of Hematology, Transfusiology, Transplantology with the Course of Pediatric Oncology, Faculty of Postgraduate Education. named after prof. B.V. Afanasiev "Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**МОИСЕЕВ Сергей Валентинович
(Россия)**

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой внутренних, профессиональных болезней и ревматологии, директор клиники ревматологии, нефрологии и профпатологии им. М.Е. Тареева ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), профессор кафедры внутренних болезней факул ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», главный редактор журнала «Клиническая фармакология и терапия»

**МОРОЗОВА Ольга Леонидовна
(Россия)**

доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры патофизиологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)

**НАМАЗОВА-БАРАНОВА Лейла Сеймуровна
(Россия)**

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Руководитель НИИ педиатрии и охраны здоровья детей Научно-клинического Центра № 2 ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского», главный внештатный детский специалист по профилактической медицине Минздрава России, председатель НИТАГ РФ, Президент Союза педиатров России, паст-президент Европейской педиатрической ассоциации (ЕРА/UNEPSA), член бюро Исполкома Международной педиатрической Ассоциации (ИРА), вице-президент Глобального Педиатрического Пульмонологического Альянса (GPPA)

**НАПАЛКОВ Дмитрий Александрович
(Россия)**

доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры факультетской терапии № 1 ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)

**НЕДОШИВИН Александр Олегович
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, ученый секретарь ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России, генеральный секретарь РКО

**MOISEEV Sergej Valentinovich
(Russia)**

Corresponding member of RAS, Head of the Department of Internal, Occupational Diseases and Rheumatology, Director of the Clinic of Rheumatology, Nephrology and Occupational Pathology named after M.E. Tareeva First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (Sechenovskiy University), Professor, Department of Internal Medicine, Faculty of Fundamental Medicine Federal State Educational Institution of Higher Professional Education Lomonosov Moscow State University, Editor-in-Chief of the Journal of Clinical Pharmacology and Therapy

**MOROZOVA Ol'ga Leonidovna
(Russia)**

Doctor of Medicine, Associate Professor, Professor of the Department of Pathophysiology First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (Sechenovskiy University)

**NAMAZOVA-BARANOVA Lejla Sejmurovna
(Russia)**

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Faculty Pediatrics Faculty of Pediatrics Pirogov Russian National Research Medical University, Head of the Research Institute of Pediatrics and Child Health of the Russian Scientific Center of Surgery named after Academician B.V. Petrovskiy Ministry of Science of Russia, Chief Freelance Children's Specialist in Preventive Medicine of the Ministry of Health of Russia, President of the Union of Pediatricians of Russia

**NAPALKOV Dmitrij Aleksandrovich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Associate Professor, Professor of the Department of Faculty Therapy No. 1 First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (Sechenovskiy University)

**NEDOSHIVIN Aleksandr Olegovich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Scientific Secretary Federal State Budgetary Institution "V.A. Almazov National Medical Research Center" of the Ministry of Health of the Russian Federation, general secretary of RCO

**НЕЗНАНОВ Николай Григорьевич
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздрава, Президент Российского общества психиатров

**НЕЧАЕВА Галина Ивановна
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры внутренних болезней и семейной медицины ДПО ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

**НИКИФОРОВ Виктор Сергеевич
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, декан медико-биологического факультета, профессор кафедры функциональной диагностики ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России

**НИКИШОВА Елена Ильинична
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор кафедры фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России

**НИКОЛАЕВ Николай Анатольевич
(Россия)**

доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии, руководитель Проектного офиса ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, председатель секции «Приверженность лечению» РНМОТ, руководитель Международной научной группы изучения приверженности

**NEZNANOV Nikolaj Grigor'evich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Director Federal State Budgetary Institution "V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry And Neurology" of the Russian Federation Ministry of Health, Head of the Department of Psychiatry and Narcology "Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Head expert in psychiatry of Roszdrav, President of the Russian Society of Psychiatrists

**NECHAEVA Galina Ivanovna
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Professor of the Department of Internal Medicine and Family Medicine Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Omsk State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**NIKIFOROV Viktor Sergeevich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Dean of the Faculty of Medicine and Biology, Professor of the Department of Functional Diagnostics North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov

**NIKISHOVA Elena Il'inichna
(Russia)**

Doctor of Medicine, professor of the Head of the Department of Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "Northern State Medical University"

**NIKOLAEV Nikolaj Anatol'evich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Associate Professor, Professor of the Department of Faculty Therapy and Gastroenterology, Head of the Project Office Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Omsk State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Chairman of the section "Adherence to treatment" Russian Scientific Medical Society of Therapists, Director of the International Research Group on adherence to treatment

**ОМЕЛЬЯНОВСКИЙ Виталий Владимирович
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, генеральный директор ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России, директор Центра по оценке технологий в здравоохранении ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации», директор Центра финансов здравоохранения ФГБУ «Научно-исследовательский финансовый институт Министерства финансов Российской Федерации», председатель правления АНО «Национальный центр по оценке технологий в здравоохранении», заведующий кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом оценки технологий здравоохранения ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России

**ОРДЖОНИКИДЗЕ Мария Константиновна
(Россия)**

заместитель руководителя по национальным проектам в области микробиологии ФГБУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. почётного акад. Н.Ф. Гамалеи» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ОХЛОПКОВ Виталий Александрович
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, ректор института высшего и дополнительного образования ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии», главный дерматовенеролог АО Группа компаний «Медси»

**ПАВЛИНОВА Елена Борисовна
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной педиатрии с курсом ДПО, проректор по учебной работе ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

**ПАШКОВ Александр Владимирович
(Россия)**

доктор медицинских наук, заведующий отделом оториноларингологии и сурдологии НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ № 2 ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» Миннауки России

**OMEL'YANOVSKIJ Vitalij Vladimirovich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Director General of the Federal State Budgetary Institution "Center for Expertise and Quality Control of Medical Care" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Director of the Center for Technology Assessment in Healthcare of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Director of the Center for Healthcare Finance of the Federal State Budgetary Institution "Research Financial Institute of the Ministry of Finance of the Russian Federation", Chairman of the Board of the ANO "National center for technology assessment in healthcare"

**ORDZHONIKIDZE Mariya Konstantinovna
(Russia)**

Deputy Head for National Projects in the Field of Microbiology Federal State Budgetary Institution "Federal Research Centre for Epidemiology and Microbiology named after the honorary academician N.F. Gamaleya" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**OHLOPKOV Vitalij Aleksandrovich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Rector of the Institute of Higher and Additional Education of the Federal State Budgetary Scientific Institution "Federal Scientific and Clinical Center of Resuscitation and Rehabilitation", Chief Dermatovenereologist of JSC Medsi Group of Companies

**PAVLINOVA Elena Borisovna
(Russia)**

Doctor of Medicine, Associate Professor, Head of the Department of Hospital Pediatrics with a Course of Additional Professional Education, Vice-Rector for Academic Affairs Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Omsk State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**PASHKOV Aleksandr Vladimirovich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Head of the Department of Otorhinolaryngology and Surdology of the Research Institute of Pediatrics and Child Health NCC No. 2 of the Russian Scientific Center of Surgery named after Academician B.V. Petrovsky Ministry of Science of Russia

**ПЕТРОВ Владимир Иванович
(Россия)**

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, президент, заведующий кафедрой клинической фармакологии и интенсивной терапии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист клинический фармаколог Минздрава России

**ПЕТРОВА Алла Германовна
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, руководитель лаборатории инфектологии и иммунопрофилактики в педиатрии отдела педиатрии ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» Минздрава России

**ПИСКЛАКОВ Андрей Валерьевич
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии, репродуктивной медицины детского возраста ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

**ПОГОДИНА Анна Валерьевна
(Россия)**

доктор медицинских наук, главный научный сотрудник лаборатории педиатрии и кардиоваскулярной патологии отдела педиатрии ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» Минздрава России

**ПОДДУБНАЯ Ирина Владимировна
(Россия)**

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, проректор по лечебной работе и международному сотрудничеству, заведующий кафедрой онкологии и паллиативной медицины им. акад. А.И. Савицкого ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, главный редактор журнала «Современная онкология», председатель Российского общества онкогематологов (РОО)

**PETROV Vladimir Ivanovich
(Russia)**

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, President, Head of the Department of Clinical Pharmacology and Intensive Care of the Volgograd State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Chief Freelance Specialist Clinical Pharmacologist of the Ministry of Health of the Russian Federation

**PETROVA Alla Germanovna
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Laboratory of Infectology and Immunoprophylaxis in Pediatrics of the Department of Pediatrics of the Federal State Public Scientific Institution "Scientific Centre For Family Health And Human Reproduction Problems"

**PISKLAKOV Andrej Valer'evich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Pediatric Surgery, Pediatric Reproductive Medicine Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Omsk State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**POGODINA Anna Valer'evna
(Russia)**

Doctor of Medicine, Chief Researcher of the Laboratory of Pediatrics and Cardiovascular Pathology of the Department of Pediatrics of the Federal State Public Scientific Institution "Scientific Centre For Family Health And Human Reproduction Problems"

**PODDUBNAYA Irina Vladimirovna
(Russia)**

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Vice-Rector for Medical Work and International Cooperation, Head of the Department of Oncology and Palliative Medicine named after acad. A.I. Savitsky Federal State Budgetary Educational Institution of Further Professional Education "Russian Medical Academy of Continuous Professional Education" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Editor-in-Chief of the journal "Modern Oncology", Chairman of the Russian Society of Oncohematologists (RSO)

**ПОЛУШИН Юрий Сергеевич
(Россия)**

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, проректор по научной работе, руководитель научно-клинического центра анестезиологии и реаниматологии, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Президент Ассоциации анестезиологов-реаниматологов (ААР)

**ПОПОВ Сергей Валентинович
(Россия)**

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор научно-исследовательского института кардиологии ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН»

**ПОПОВА Ольга Владимировна
(Россия)**

доктор философских наук, ведущий научный сотрудник, руководитель сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики Института философии РАН

**РАГИНО Юлия Игоревна
(Россия)**

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, руководитель Научно-исследовательского института терапии и профилактической медицины — филиала Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук» главный редактор журналов «Атеросклероз» и «Сибирский научный медицинский журнал»

**РЕБРОВ Андрей Петрович
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России

**РОЙТБЕРГ Григорий Ефимович
(Россия)**

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапии, общей врачебной практики и ядерной медицины ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, президент АО «Медицина»

**POLUSHIN YUrij Sergeevich
(Russia)**

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Vice-Rector for Research, Head of the Scientific and Clinical Center for Anesthesiology and Resuscitation, Head of the Department of Anesthesiology and Resuscitation Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, President of the AAR

**POPOV Sergej Valentinovich
(Russia)**

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Director of the Research Institute of Cardiology Federal State Budgetary Scientific Institution “Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences”

**POPOVA Ol’ga Vladimirovna
(Russia)**

Doctor of Philosophy, Leading Researcher, Head of the Department of Humanitarian Expertise and Bioethics of the Institute of Philosophy of the RAS

**RAGINO YUliya Igorevna
(Russia)**

Corresponding member of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Research Institute of Therapy and Preventive Medicine — branch of the Federal State Budgetary Scientific Institution “Federal Research Center Institute of Cytology and Genetics of the Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences” Editor-in-chief of the journals “Atherosclerosis” and “Siberian Scientific Medical Journal”

**REBROV Andrej Petrovich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Hospital Therapy, Medical Faculty Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “V.I. Razumovsky Saratov State Medical University” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**ROJTBERG Grigorij Efimovich
(Russia)**

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Therapy, General Medical Practice and Nuclear Medicine Pirogov Russian National Research Medical University

**РОЙТМАН Евгений Витальевич
(Россия)**

доктор биологических наук, профессор, профессор кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, заведующий лабораторией физиологии и патологии гемостаза ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева» Минздрава России, президент Национальной ассоциации специалистов по тромбозам, клинической гемостазиологии и гемореологии

**РУММО Олег Олегович
(Беларусь)**

академик МАН Республики Беларусь, доктор медицинских наук, профессор, директор ГУ «Минский НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии»

**РУМЯНЦЕВ Сергей Александрович
(Россия)**

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой онкологии, гематологии и лучевой терапии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

**РЫЧКОВА Любовь Владимировна
(Россия)**

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья и репродукции человека» Минздрава России

**САВЕЛЬЕВА Ирина Вячеславовна
(Россия)**

доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №1 ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

**САЙФУТДИНОВ Рустам Ильхамович
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии и эндокринологии ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России

**ROJTMAN Evgenij Vital'evich
(Russia)**

Doctor of biology, Professor, Professor of the Department of Oncology, Hematology and Radiation Therapy, Faculty of Pediatrics Pirogov Russian National Research Medical University, Head of the Laboratory of Physiology and Pathology of Hemostasis Federal State Budgetary Institutional "Dmitry Rogachev National Medical Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology" of the Ministry of Health of the Russian Federation, President of the National Association of Specialists in Thrombosis, Clinical Hemostasiology and Hemorheology

**RUMMO Oleg Olegovich
(Belarus)**

Academician of the NAS of the Republic of Belarus, Doctor of Medicine, Professor, Director of the state institution "Minsk Scientific and Practical Center of Surgery, Transplantology and Hematology"

**RUMYANCEV Sergej Aleksandrovich
(Russia)**

Corresponding member of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Oncology, Hematology and Radiation Therapy, Faculty of Pediatrics Pirogov Russian National Research Medical University

**RYCHKOVA Lyubov' Vladimirovna
(Russia)**

Corresponding member of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Director of Federal State Public Scientific Institution "Scientific Centre For Family Health And Human Reproduction Problems"

**SAVEL'EVA Irina Vyacheslavovna
(Russia)**

Doctor of Medicine, Associate Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology No. 1 Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Omsk State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**SAJFUTDINOV Rustam Il'hamovich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Faculty Therapy and Endocrinology Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Orenburg State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**СЕЛИМЗЯНОВА Лилия Робертовна
(Россия)**

кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник Отдела стандартизации и изучения основ доказательной медицины, врач-пульмонолог НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ № 2 ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» Миннауки России

**СЕМИГЛАЗОВА Татьяна Юрьевна
(Россия)**

доктор медицинских наук, доцент, заведующий научным отделом инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации, врач-онколог клинично-диагностического отделения, профессор отделения аспирантуры и ординатуры ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, профессор кафедры онкологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России

**СКВОРЦОВА Вероника Игоревна
(Россия)**

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, руководитель Федерального медико-биологического агентства, главный редактор журнала «Медицина экстремальных ситуаций», главный редактор российского издания международного журнала «Stroke» («Инсульт»), заместитель главного редактора «Журнала неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова», почетный президент Национальной ассоциации по борьбе с инсультом (НАБИ), Заслуженный деятель науки РФ

**СКИРДЕНКО Юлия Петровна
(Россия)**

кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии, научный сотрудник ЦНИЛ ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

**СНЕЖИЦКИЙ Виктор Александрович
(Беларусь)**

иностраннный член РАН, член-корреспондент НАН Беларуси, доктор медицинских наук, профессор, профессор 1-й кафедры внутренних болезней УО «Гродненский государственный медицинский университет»

**SELIMZYANOVA Liliya Robertovna
(Russia)**

Ph.D of Medical Sciences, Leading researcher of the Department of Standardization and Study of the Fundamentals of Evidence-based Medicine, a pulmonologist at the Research Institute of Pediatrics and Child Health NCC No. 2 of the Russian Scientific Center of Surgery named after Academician B.V. Petrovsky Ministry of Science of Russia

**SEMIGLAZOVA Tat'yana YUr'evna
(Russia)**

Doctor of Medicine, Associate Professor, Head of the Scientific Department of Innovative Methods of Therapeutic Oncology and Rehabilitation, Oncologist of the Clinical Diagnostic Department, Professor of the Postgraduate and Residency Department Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center of Oncology named after N.N. Petrov" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Professor of the Department of Oncology North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov

**SKVORCOVA Veronika Igorevna
(Russia)**

Corresponding member of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Federal Medical and Biological Agency, Editor-in-chief of the journal "Medicine of Extreme Situations", Editor-in-chief of the Russian edition of the international journal Stroke, Deputy Editor-in-Chief of the Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov, Honorary President of the National Stroke Association (NSA), Honored Scientist of the Russian Federation

**SKIRDENKO YUliya Petrovna
(Russia)**

Ph.D of Medical Sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Faculty Therapy and Gastroenterology, Researcher of the Central Scientific Research Laboratory Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Omsk State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**SNEZHITSKIY Viktor Aleksandrovich
(Belarus)**

Foreign member of the RAS, Corresponding member of NAS of the Republic of Belarus, Doctor of Medicine, Professor, Professor of the 1st Department of Internal Diseases of the Grodno State Medical University

**СОВЕТКИНА Наталья Валентиновна
(Россия)**

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, заместитель главного врача по медицинской части СПб ГБУЗ «Городской гериатрический центр»

**СОРОКИН Михаил Юрьевич
(Россия)**

кандидат медицинских наук, ученый секретарь, научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

**СОФРОНОВ Александр Генрихович
(Россия)**

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, главный врач СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 имени И.И. Скворцова-Степанова», заведующий кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России

**СТРЕМОУХОВ Анатолий Анатольевич
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, директор института профессионального образования ассоциации врачей первичного звена СИРАНО

**СУРКОВ Андрей Николаевич
(Россия)**

доктор медицинских наук, заведующий отделением гастроэнтерологии для детей, заведующий отделом научных основ детской гастроэнтерологии, гепатологии и метаболических нарушений НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ № 2 ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» Миннауки России, профессор кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

**СУРКОВА Елена Викторовна
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор кафедры эндокринологии № 1 ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)

**SOVETKINA Natal'ya Valentinovna
(Russia)**

Ph.D of Medical Sciences, assistant of the department of geriatrics, propaedeutics and nursing management North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Deputy of Head Physician for Medical Affairs, St. Petersburg City Geriatric Center

**SOROKIN Mihail YUr'evich
(Russia)**

Ph.D of Medical Sciences, Scientific Secretary, Researcher at the Department of Integrative Pharmacopsychotherapy of Patients with Mental Disorders Federal State Budgetary Institution "V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry And Neurology" of the Russian Federation Ministry of Health

**SOFRONOV Aleksandr Genrihovich
(Russia)**

Corresponding member of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Chief Physician of St. Petersburg State Healthcare Institution "City Psychiatric Hospital No. 3 named after I.I. Skvortsov-Stepanov", Head of the Department of Psychiatry North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov

**STREMOUHOV Anatolij Anatol'evich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Director of the Institute of Professional Education of the Association of Doctors of CYRANO

**SURKOV Andrej Nikolaevich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Head of the Department of Gastroenterology for Children, Head of the Department of Scientific Foundations of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Metabolic Disorders of the Research Institute of Pediatrics and Children's Health NCC No. 2 of the RSCS named after Academician B.V. Petrovsky of the Ministry of Science of Russia, Professor of the Department of Faculty Pediatrics of the Faculty of Pediatrics of the "Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov" Ministry of Health of Russia

**SURKOVA Elena Viktorovna
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor of the Department of Endocrinology No. 1 of the First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (Sechenovskiy University)

**СУТУРИНА Лариса Викторовна
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела охраны репродуктивного здоровья ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» Минздрава России

**СТАНОЈКОВИЧ Татьяна
(Сербия)**

иностраннный член РАН, доктор биологических наук, профессор, молекулярный биолог, заведующий отделением экспериментальной онкологии, заведующий лабораторией радиобиологии и экспериментальной онкологии Института онкологии и радиологии Сербии

**ТАНАШЯН Маринэ Мовсесовна
(Россия)**

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе, руководитель 1 неврологического отделения ФГБНУ «Научный центр неврологии», руководитель курса неврологии кафедры многофункциональной клинической подготовки факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова»

**ТАХЧИДИ Христо Периклович
(Россия)**

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, проректор по лечебной работе, директор Научно-исследовательского центра офтальмологии ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

**ТЕРЕНТЬЕВ Владимир Петрович
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней № 1 ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

**ТИЩЕНКО Павел Дмитриевич
(Россия)**

доктор философских наук, главный научный сотрудник сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики Института философии РАН

**SUTURINA Larisa Viktorovna
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Reproductive Health of the Federal State Public Scientific Institution “Scientific Centre For Family Health And Human Reproduction Problems”

**STANOJKOVIC Tatjana
(Serbia)**

molecular Biologist, Doctor of biological sciences, Head of Department for Experimental Oncology, Head of Laboratory for Radiobiology and Experimental Oncology, Institute for Oncology and Radiology of Serbia, Belgrade

**ТАНАШЯН Маринэ Мовсесовна
(Russia)**

Corresponding member of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Deputy Director for Scientific Work, Head of the 1st Neurological Department of the Federal State Budgetary Institution “Scientific Center of Neurology”, Head of the Neurology course of the Department of Multifunctional Clinical Training Faculty of Fundamental Medicine Federal State Educational Institution of Higher Professional Education Lomonosov Moscow State University

**ТАНЧИДИ Hristo Periklovich
(Russia)**

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Deputy Director for medical work, director of the Research Center for Ophthalmology Pirogov Russian National Research Medical University

**TERENT'EV Vladimir Petrovich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Internal Diseases № 1 Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Rostov State Medical University” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**TISHCHENKO Pavel Dmitrievich
(Russia)**

Doctor of Philosophy, Chief Researcher of the Department of Humanitarian Expertise and Bioethics of the Institute of Philosophy of the RAS

**ТКАЧЁВА Ольга Николаевна
(Россия)**

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор Российского геронтологического научно-клинического центра, заведующий кафедрой болезней старения факультета дополнительного профессионального образования ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный гериатр Минздрава России, президент Общероссийской общественной организации «Российская ассоциация геронтологов и гериатров», главный редактор журнала «Российский журнал гериатрической медицины»

**ТОКАРСКАЯ Елизавета Александровна
(Россия)**

кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник ФГБУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. почетного акад. Н.Ф. Гамалеи» Минздрава России

**ТОТЧИЕВ Георгий Феликсович
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства, гинекологии и педиатрии ЧУ ООВО «Московский медицинский университет «Реавиз»

**ТУЛУПОВ Роман Витальевич
(Россия)**

врач-терапевт участковый БУЗОО «Городская клиническая больница № 1 им. Кабанова А.Н.»

**ТУМЯН Гаяне Сепуговна
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры онкологии и паллиативной медицины им. акад. А.И. Савицкого ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, заведующий отделением химиотерапии гемобластозов ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. Н.Н. Блохина» Минздрава России

**TKACHYOVA Ol'ga Nikolaevna
(Russia)**

Corresponding member of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Director of the Russian Gerontological Research and Clinical Center, Head of the Department of Diseases of Aging of the Faculty of Additional Professional Education of the Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of Russia, Chief Freelance Geriatrician of the Ministry of Health of Russia, President of the All-Russian Public Organization «Russian Association of Gerontologists and Geriatricians»

**TOKARSKAYA Elizaveta Aleksandrovna
(Russia)**

Ph.D of Medical Sciences, Senior Researcher Federal State Budgetary Institution “Federal Research Centre for Epidemiology and Microbiology named after the honorary academician N.F. Gamaleya” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**TOTCHIEV Georgij Feliksovich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor of the Department of Obstetrics, Gynecology and Pediatrics of CHU-Moscow Medical University “Reaviz”

**TULUPOV Roman Vital'evich
(Russia)**

district general practitioner “City Clinical Hospital No. 1 named after Kabanov A.N.” cities of Omsk

**TUMYAN Gayane Sepugovna
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Professor of the Department of Oncology and Palliative Medicine named after acad. A.I. Savitsky Federal State Budgetary Educational Institution of Further Professional Education “Russian Medical Academy of Continuous Professional Education” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Head of the Department of Hemoblastosis Chemotherapy Federal State Budgetary Institution “N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology” of the Ministry of Health of the Russian Federation

**ТЮРИН Владимир Петрович
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней института усовершенствования врачей ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

**УСОВ Григорий Михайлович
(Россия)**

доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

**УСТИНОВА Наталия Вячеславовна
(Россия)**

доктор медицинских наук, руководитель отдела социальной педиатрии и организации мультидисциплинарного сопровождения детей НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ № 2 ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» Миннауки России, главный научный сотрудник ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»

**ФАДЕЕВ Валентин Викторович
(Россия)**

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой эндокринологии, директор эндокринологической клиники ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)

**ФЕДОРИН Максим Михайлович
(Россия)**

ассистент кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

**ФЕДЯЕВА Влада Константиновна
(Россия)**

Начальник отдела методологии разработки и экспертной оценки клинических рекомендаций ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России

**TYURIN Vladimir Petrovich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Internal Diseases of the Institute for Postgraduate Medical Education Federal State Budgetary Institution “National Medical and Surgical Center named after N.I. Pirogov” of the Ministry of Health of the Russian Federation

**USOV Grigorij Mihajlovich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Associate Professor, Head of the Department of Psychiatry, Medical Psychology Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Omsk State Medical University” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**USTINOVA Nataliya Vyacheslavovna
(Russia)**

Doctor of Medicine, Head of the Department of Social Pediatrics and Organization of Multidisciplinary support for Children of the Research Institute of Pediatrics and Child Health NCC No. 2 of the Russian Scientific Center of Surgery named after Academician B.V. Petrovsky Ministry of Science of Russia, Chief Researcher of Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named after G.E. Sukhareva

**FADEEV Valentin Viktorovich
(Russia)**

Corresponding member of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Endocrinology, Director of the Endocrinology Clinic First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (Sechenovskiy University)

**FEDORIN Maksim Mihajlovich
(Russia)**

Assistant of the Department of Faculty Therapy and Gastroenterology Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Omsk State Medical University” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**FEDYAEVA Vlada Konstantinovna
(Russia)**

Head of the Department of Methodology for the Development and Expert Evaluation of Clinical Recommendations of the Federal State Budgetary Institution “Center for Expertise and Quality Control of Medical Care” of the Ministry of Health of the Russian Federation

**ФОФАНОВА Татьяна Вениаминовна
(Россия)**

доктор медицинских наук, старший научный сотрудник Отдела амбулаторных лечебно-диагностических технологий НИИ клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. акад. Е.И. Чазова» Минздрава России

**ХАВИНСОН Владимир Хацкелевич
(Россия)**

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор АННО ВО НИЦ «Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии», президент Геронтологического общества при РАН

**ХАИТОВ Муса Рахимович
(Россия)**

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России, Президент Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов (РААКИ), заведующий кафедрой иммунологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, главный внештатный специалист аллерголог-иммунолог ФМБА России

**ХУБУТИЯ Могели Шалвович
(Россия)**

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, президент ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», главный внештатный специалист трансплантолог Департамента здравоохранения города Москвы

**ЧЕБАНЕНКО Евгений Владимирович
(Россия)**

старший инженер-программист отдела разработки ООО РусБИТех-Астра

**ШАЛЛЕР Карл
(Швейцария)**

иностранный член РАН, доктор медицинских наук, профессор, профессор, Профессор, заведующий кафедрой нейрохирургии и Центром клинической неврологии Медицинского центра и медицинского факультета Женевского университета, член Совета, паст-президент Европейской ассоциации нейрохирургов (EANS)

**FOFANOVA Tat'yana Veniaminovna
(Russia)**

Doctor of Medicine, Senior Researcher Department of Outpatient Treatment and Diagnostic Technologies of the A.L. Myasnikov Research Institute of Clinical Cardiology Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center of Cardiology named after Academician E.I. Chazov" of the Ministry of Health of the Russian Federation

**HAVINSON Vladimir Hackelevich
(Russia)**

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Director of the St. Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology, President of the Gerontological Society at the Russian Academy of Sciences

**HAITOV Musa Rahimovich
(Russia)**

Corresponding member of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Director of the Federal State Budgetary Institution "State Scientific Center Institute of Immunology" of the Federal Medical and Biological Agency of Russia, President of the Russian Association of Allergologists and Clinical Immunologists, Head of the Department of Immunology of the N.I. Pirogov RNIMU of the Ministry of Health of Russia, Chief freelance specialist allergist-Immunologist of the FMBA of Russia

**HUBUTIYA Mogeli SHalvovich
(Russia)**

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, President of the Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, Chief Adjunct Specialist-Transplantologist of the Moscow Healthcare Department

**CHEBANENKO Evgenij Vladimirovich
(Russia)**

Senior Software Engineer of the Development Department of RusBITech-Astra LLC

**Schaller Karl
(Switzerland)**

Foreign Member of the RAS, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Neurosurgery and of the Clinical Neuroscience Center at the Medical Center and Medical Faculty of the University of Geneva, Council Member, Past President of the European Association of Neurosurgical Societies (EANS)

**ШЕПЕЛЬ Руслан Николаевич
(Россия)**

кандидат медицинских наук, заместитель директора по перспективному развитию медицинской деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, ассистент кафедры терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

**ШТЕЙНБОРМ Иван Геннадьевич
(Россия)**

первый проректор, старший преподаватель кафедры судебной медицины, правоведения ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

**ЯГОДА Александр Валентинович
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

**ЯКУШИН Сергей Степанович
(Россия)**

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России

**ЯНУШЕВИЧ Олег Олегович
(Россия)**

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, ректор ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, президент Общероссийской общественной организации «Общество врачей России»

**SHEPEL' Ruslan Nikolaevich
(Russia)**

Ph.D of Medical Sciences, Deputy Director for Prospective Development of Medical Activities Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**SHTEJNBORM Ivan Gennad'evich
(Russia)**

First Vice-Rector, Senior Lecturer of the Department of Forensic Medicine, Law Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Omsk State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**YAGODA Aleksandr Valentinovich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Hospital Therapy Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Stavropol State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**YAKUSHIN Sergej Stepanovich
(Russia)**

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Hospital Therapy with a course of medical and social expertise Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "I.P. Pavlov Ryazan State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**YANUSHEVICH Oleg Olegovich
(Russia)**

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, rector of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, President of the "Society of Doctors of Russia"

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**основные разделы и приложения
на русском языке**

ВВЕДЕНИЕ

Исследования в области приверженности лечению ведутся в большинстве стран мира. Однако объем и качество накапливаемых знаний очень неравномерны. Это зависит и от особенностей национальных систем здравоохранения, и от развития самоуправляемых профессиональных медицинских ассоциаций, и от других особенностей (социально-экономических, религиозных, традиционных и пр.), свойственных тому или иному государству.

Многие национальные и наднациональные профессиональные медицинские ассоциации (прежде всего — государств Евросоюза и других экономически развитых стран) с начала XXI века уделяют вопросам медицинской приверженности всё большее внимание, результатом чего стало включение упоминаний, связанных с приверженностью (прежде всего — лекарственной), в тексты разрабатываемых ими документов.

В то же время такой интерес все еще не носит системный характер, а вмешательства в области приверженности ориентированы, главным образом, на меры, связанные с повышением или поддержанием приверженности лечению со стороны пациентов.

При этом накапливается все больше данных, свидетельствующих, что такие меры, будучи достаточно трудоемкими и затратными, в случае их прекращения либо обеспечивают непродолжительный по времени последующий результат, либо не приводят к нему вовсе.

Понимание значимости этой проблемы и необходимости поиска вариантов её решения стало одним из важнейших мотивов деятельности вначале национальной российской, а теперь — международной научной группы по изучению приверженности, которая привела к созданию настоящего Руководства.

Основные выводы, базирующиеся на анализе мирового опыта исследований в области медицинской приверженности, в Руководстве сформулированы в 44 рекомендациях и консолидированных положениях. В свою очередь, на их основе была разработана и принята Омская Декларация о приверженности лечению. Такой подход позволил авторам и экспертам Руководства сфокусировать внимание читателя на наиболее важных моментах, отражающих современное состояние проблемы приверженности, к которым можно отнести следующие:

- врачебное и научное сообщество, принимая за основу пациентоориентированный подход в диагностике, лечении и профилактике заболеваний, пока мало готово или не готово к принятию того, что врачебные решения, вырабатываемые на основе индивидуальной приверженности пациентов, могут вступать в противоречие с существующими рекомендациями и руководствами;

- базовая приверженность лечению (в отличие от ситуационной) вероятно очень слабо модифицируема или не модифицируема. Её целесообразно расценивать как не корригируемый (на современном уровне знаний) фактор, влияющий на здоровье пациента и его способность получать лечение;

- оценка приверженности должна быть комплексной и учитывать не только лекарственную приверженность, но и приверженность к изменению образа жизни и медицинскому сопровождению. Выработка врачебных решений, основанная на оценке только лекарственной приверженности, в большинстве случаев не будет столь эффективной, как основанная на оценке комплексной приверженности лечению;

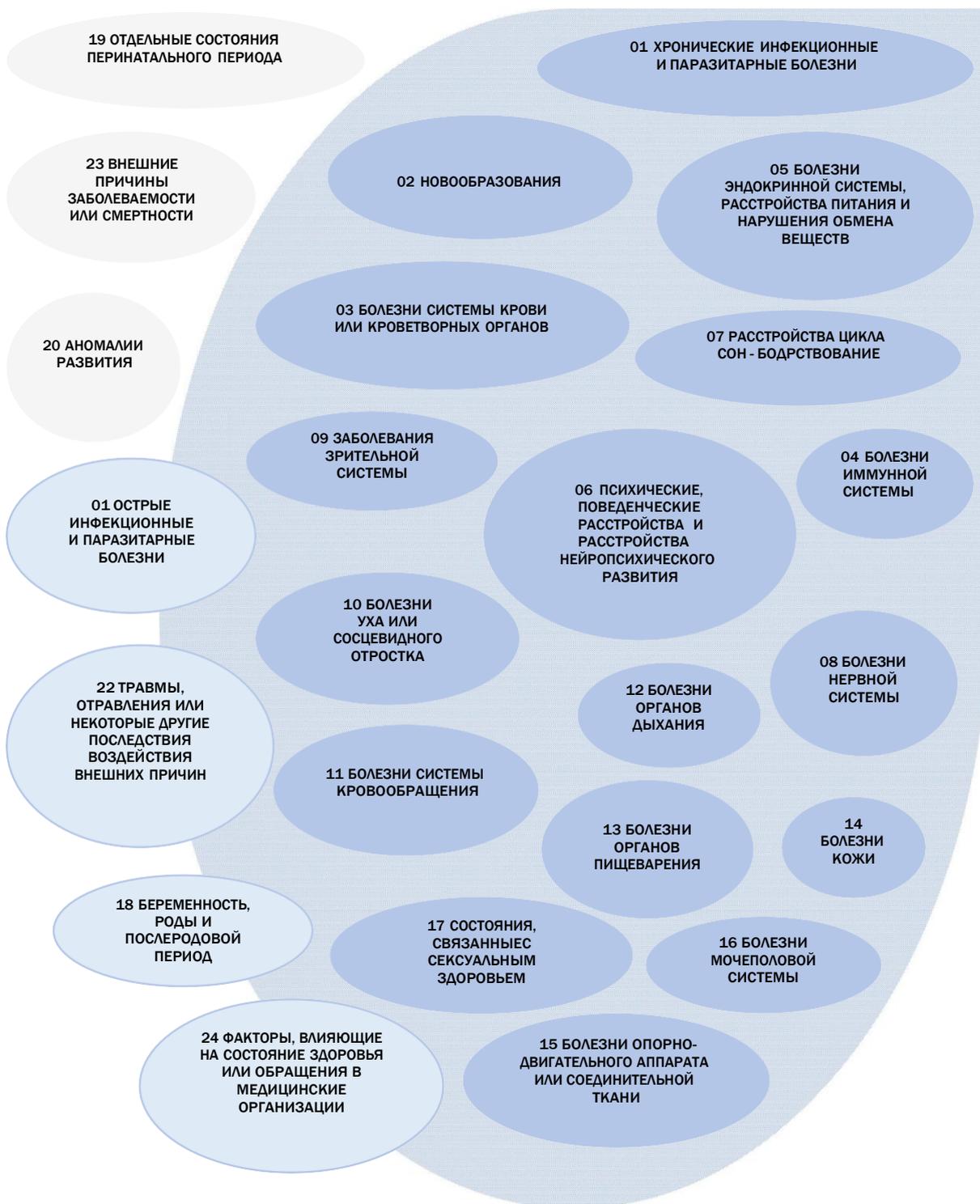
- индивидуальное выявление и оценку базовой приверженности пациента целесообразно рассматривать как основу для принятия всех последующих врачебных решений. Во всех случаях, когда это возможно, следует выявлять как фактическую, так и потенциальную приверженность. Оценка потенциальной приверженности в первую очередь следует выполнять у лиц, нуждающихся в модификации образа жизни для предупреждения формирования факторов риска, либо борьбы с ними.

Авторы и эксперты Руководства считают, что комплексную оценку приверженности целесообразно рассматривать как важный фактор стратификации при формировании исследовательских выборок в научных исследованиях. Этот вопрос будет подробно рассмотрен в последующих документах научной группы.

Настоящее Руководство ориентировано на применение в медицинской практике. Его основу составляют прогнозные модели, модели решений и тактические алгоритмы, которые, как надеются авторы, позволят улучшить принятие решений при оказании медицинской помощи.

В то же время, авторы понимают, что область управления лечением на основе приверженности крайне мало изучена. Объединение научных и медицинских усилий и открытый оперативный обмен накапливаемыми данными в отношении приверженности станут лучшей основой для дальнейшего повышения качества лечения и профилактики.

ОБЛАСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ В МКБ-11



Группы заболеваний и состояний (по МКБ-11), при которых целесообразна комплексная оценка приверженности.

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Анкета опросника — специально оформленный перечень вопросов, сформулированных с учетом групповой принадлежности респондента, с вариантами ответов на вопросы, предназначенный для стандартизированного сбора информации о фактической либо потенциальной приверженности.

Важность — сформированная интегративная характеристика личности, отражающая уровень значимости понятия, явления или действия в субъективной иерархии ценностей респондента.

Готовность — сформированная интегративная характеристика личности, отражающая мотивационно-ценностное отношение респондента к совершению какого-либо действия, включающее образ структуры действия и направленность сознания на его выполнение.

Исследователь (медицинский исследователь) — работник научной, образовательной, медицинской или иной организации, организующий и/или выполняющий самостоятельно, либо в составе научного коллектива, научные исследования с участием человека, включая использование лекарств, биопрепаратов или медицинского оборудования.

Количественная оценка приверженности — способ выражения результата исследования приверженности в абсолютных значениях, либо в номинальной шкале с установленной точностью, в процентах от максимально возможного расчетного значения.

Комплексная оценка приверженности (КОП) — способ одновременной оценки приверженности (потенциальной приверженности) лекарственной терапии, медицинскому сопровождению, модификации образа жизни и интегральной приверженности лечению.

Коэффициент предикции — прогнозируемая вероятность совершения декларируемых респондентом действий, вычисляемая как отношение показателя, характеризующего намерения респондента выполнять рекомендации (готовность) к показателю уровня их значимости (важность).

Опросник — инструмент стандартизированного получения информации о фактической либо потенциальной приверженности респондента, включающий перечень вопросов с вариантами ответов на них, и процедуру обработки, основанную на определенном способе интерпретации полученных ответов.

Поставщик медицинской помощи — индивидуальный медицинский работник или медицинская организация, обладающие правом (лицензией) на оказание медицинских диагностических и/или лечебных услуг. Также любое лицо или организация, которые предоставляют или оплачивают медицинскую помощь в ходе обычной деятельности.

Потенциальная приверженность — характеристика прогнозируемой способности не имеющего установленных заболеваний респондента, к выполнению, при их возникновении, рекомендаций в отношении лекарственной терапии, медицинского сопровождения и модификации образа жизни на протяжении неопределенно долгого времени.

Приверженность — характеристика прогнозируемой способности имеющего хотя бы одно установленное заболевание респондента, к выполнению рекомендаций в отношении лекарственной терапии, медицинского сопровождения и модификации образа жизни на протяжении неопределенно долгого времени.

Циркулярная модель исследования — система, в которой экспериментальные методы (необходимые для специфического тестирования эффективности материала исследования), дополняются не экспериментальными (обсервационными) методами, изучающими эффективность и применимость вмешательства в реальной жизни (ретроспективные наблюдения, проспективные серии случаев и прочее).

Важность лекарственной терапии (ВТ) — показатель, отражающий уровень значимости обязательств в отношении рекомендованного объема, кратности и продолжительности приема лекарственных средств в субъективной иерархии ценностей респондента.

Важность медицинского сопровождения (ВС) — показатель, отражающий уровень значимости обязательств в отношении рекомендованного объема, кратности и продолжительности медицинского наблюдения в субъективной иерархии ценностей респондента.

Важность модификации образа жизни (ВМ) — показатель, отражающий уровень значимости обязательств в отношении рекомендованного изменения образа жизни в субъективной иерархии ценностей респондента.

Готовность к лекарственной терапии (ГТ) — показатель, отражающий выраженность намерения респондента выполнять рекомендации в отношении объема, кратности и продолжительности приема лекарственных средств.

Готовность к медицинскому сопровождению (ГС) — показатель, отражающий выраженность намерения респондента выполнять рекомендации в отношении объема, кратности и продолжительности медицинского наблюдения.

Готовность к модификации образа жизни (ГМ) — показатель, отражающий выраженность намерения респондента выполнять рекомендации в отношении изменения образа жизни.

Достаточность приверженности (ДП) — соответствие показателя приверженности респондента минимальному показателю (уровню), установленному для медицинского вмешательства или научного исследования.

Коэффициент предикции лекарственной терапии (КТ) — показатель, отражающий прогнозируемую вероятность выполнения респондентом рекомендаций в отношении лекарственной терапии.

Коэффициент предикции медицинского сопровождения (КС) — показатель, отражающий прогнозируемую вероятность выполнения респондентом рекомендаций в отношении медицинского сопровождения.

Коэффициент предикции модификации образа жизни (КМ) — показатель, отражающий прогнозируемую вероятность выполнения респондентом рекомендаций в отношении модификации образа жизни.

Коэффициент потенциальной предикции лекарственной терапии (КТп) — показатель, отражающий прогнозируемую вероятность выполнения респондентом возможных рекомендаций в отношении лекарственной терапии.

Коэффициент потенциальной предикции медицинского сопровождения (КСп) — показатель, отражающий прогнозируемую вероятность выполнения респондентом возможных рекомендаций медицинского сопровождения.

Коэффициент потенциальной предикции модификации образа жизни (КМп) — показатель, отражающий прогнозируемую вероятность выполнения респондентом возможных рекомендаций в отношении модификации образа жизни.

Потенциальная важность лекарственной терапии (ВТп) — показатель, отражающий уровень предполагаемой значимости обязательств в отношении рекомендованного объема, кратности и продолжительности приема лекарственных средств в субъективной иерархии ценностей респондента.

Потенциальная важность медицинского сопровождения (ВСп) — показатель, отражающий уровень предполагаемой значимости обязательств в отношении рекомендованного объема, кратности и продолжительности медицинского наблюдения в субъективной иерархии ценностей респондента.

Потенциальная важность модификации образа жизни (ВМп) — показатель, отражающий уровень предполагаемой значимости обязательств в отношении рекомендованного изменения образа жизни в субъективной иерархии ценностей респондента.

Потенциальная готовность к лекарственной терапии (ГТп) — показатель, отражающий выраженность предполагаемого намерения респондента выполнять рекомендации в отношении объема, кратности и продолжительности приема лекарственных средств.

Потенциальная готовность к медицинскому сопровождению (ГСп) — показатель, отражающий выраженность предполагаемого намерения респондента выполнять рекомендации в отношении объема, кратности и продолжительности медицинского наблюдения.

Потенциальная готовность к модификации образа жизни (ГМп) — показатель, отражающий выраженность предполагаемого намерения респондента выполнять рекомендации в отношении изменения образа жизни.

Потенциальная приверженность лекарственной терапии (ПТп) — прогнозируемая способность респондента выполнять возможные рекомендации в отношении объема и кратности приема лекарственных средств на протяжении неопределённо долгого времени.

Потенциальная приверженность лечению (ПЛп) — интегративный показатель, характеризующий предполагаемую комплексную способность пациента выполнять рекомендации в отношении лекарственной терапии, медицинского сопровождения и модификации образа жизни.

Потенциальная приверженность медицинскому сопровождению (ПСп) — прогнозируемая способность респондента выполнять возможные рекомендации в отношении объема и кратности медицинского наблюдения на протяжении неопределённо долгого времени.

Потенциальная приверженность модификации образа жизни (ПМп) — прогнозируемая способность респондента выполнять возможные рекомендации в отношении изменения образа жизни на протяжении неопределённо долгого времени.

Приверженность лекарственной терапии (ПТ) — прогнозируемая способность респондента выполнять рекомендации в отношении объема и кратности приема лекарственных средств на протяжении неопределённо долгого времени.

Приверженность лечению (ПЛ) — интегративный показатель, характеризующий комплексную способность пациента выполнять рекомендации в отношении лекарственной терапии, медицинского сопровождения и модификации образа жизни.

Приверженность медицинскому сопровождению (ПС) — прогнозируемая способность респондента выполнять рекомендации в отношении объема и кратности медицинского наблюдения на протяжении неопределённо долгого времени.

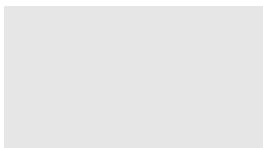
Приверженность модификации образа жизни (ПМ) — прогнозируемая способность респондента выполнять рекомендации в отношении изменения образа жизни на протяжении неопределённо долгого времени.

Уровень приверженности (УП) — группирующий признак, позволяющий на основании оценки приверженности распределить респондента в группу со сходным прогнозом медицинских вмешательств или исходов, к которому на этом основании может быть применена общая для всех членов такой группы модель медицинского вмешательства.

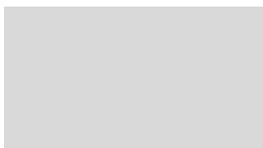
ЦВЕТОВАЯ КАРТА РУКОВОДСТВА

ЦВЕТ

КЛЮЧ



— заливка ячейки основного наименования или заголовка столбца, либо строки для всех таблиц и модульных схем (основной цвет)



— заливка ячейки основного наименования или заголовка столбца, либо строки для всех таблиц и модульных схем (дополнительный цвет)

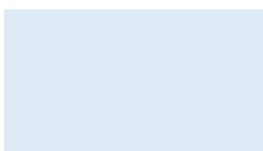
— заливка ячейки основного столбца для общих информационных и справочных таблиц (основной цвет)



— заливка ячейки основного столбца для общих информационных и справочных таблиц (дополнительный цвет)



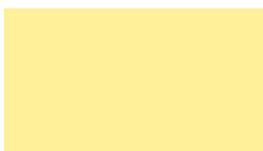
— заливка ячейки дополнительного столбца для общих информационных и справочных таблиц (основной цвет)



— заливка ячейки дополнительного столбца для общих информационных и справочных таблиц (дополнительный цвет)



— заливка ячейки таблиц и блок-схем, характеризующих приверженность, свидетельствующая, что вмешательство будет выполнено полностью, или скорее будет выполнено, чем не выполнено



— заливка ячейки таблиц и блок-схем, характеризующих приверженность, свидетельствующая, что вмешательство скорее будет выполнено частично, чем полностью, или скорее будет выполнено частично, чем не выполнено



— заливка ячейки таблиц и блок-схем, характеризующих приверженность, свидетельствующая, что вмешательство скорее будет не выполнено, или вмешательство не будет выполнено полностью

МЕТОДОЛОГИЯ РАЗРАБОТКИ РЕКОМЕНДАЦИЙ

В руководстве все рекомендации ранжированы по уровню убедительности рекомендаций (COR) и уровню достоверности доказательств (LOE) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

Целевая аудитория — поставщики медицинской помощи (медицинские работники; организаторы здравоохранения); исследователи (медицинские исследователи), обучающиеся вузов; преподаватели вузов; научно-педагогические работники; научные работники.

Уровни достоверности доказательств (УДД) для диагностических вмешательств

| УДД | Иерархия дизайнов клинических исследований по убыванию уровня достоверности доказательств от 1 до 5 |
|-----|--|
| 1 | Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом |
| 2 | Отдельные исследования с контролем референсным методом |
| 3 | Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов |

Уровни убедительности рекомендаций (УУР) для диагностических вмешательств

| УУР | Дефиниции |
|-----|---|
| A | Однозначная (сильная) рекомендация (все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными) |
| B | Неоднозначная (условная) рекомендация (не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |
| C | Низкая (слабая) рекомендация — отсутствие доказательств надлежащего качества (все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |

<*>Если оценивается одно КИ, то данное условие не учитывается.

**Уровни достоверности доказательств (УДД)
для лечебных и профилактических вмешательств**

| УДД | Иерархия дизайнов клинических исследований по убыванию уровня достоверности доказательств от 1 до 5 |
|------------|--|
| 1 | Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа |
| 2 | Отдельные рандомизированных клинических исследований и систематические обзоры исследований любого дизайна (помимо рандомизированных клинических исследований) с применением мета-анализа |
| 3 | Нерандомизированные сравнительные исследования, в т. ч. когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль» |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов |

**Уровни убедительности рекомендаций (УУР)
для лечебных и профилактических вмешательств**

| УУР | Дефиниции |
|------------|---|
| A | Однозначная (сильная) рекомендация (все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными) |
| B | Неоднозначная (условная) рекомендация (не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |
| C | Низкая (слабая) рекомендация — отсутствие доказательств надлежащего качества (все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |

<*>Если оценивается одно КИ, то данное условие не учитывается.

РЕКОМЕНДАЦИИ И КОНСОЛИДИРОВАННЫЕ УТВЕРЖДЕНИЯ

(1) Под комплексной приверженностью лечению принято понимать степень соответствия поведения пациента относительно согласованных рекомендаций, полученных от поставщика медицинской помощи в отношении приема препаратов, соблюдения диеты, осуществления других мер изменения образа жизни, а также медицинского сопровождения [5–8]. Приверженность лечению наиболее значима при долгосрочной терапии хронических заболеваний. К ним следует отнести болезнь, если она обладает хотя бы одной из перечисленных характеристик: неопределенно продолжительное во времени, либо постоянное (пожизненное) течение; проявления остаточной, периодически проявляющейся или постоянной нетрудоспособности, обусловленной необратимыми патологическими изменениями; необходимость специальной подготовки пациента к реабилитации и регулярное либо постоянное использование средств реабилитации; имеющаяся или прогнозируемая необходимость периодического либо постоянного медицинского наблюдения, сопровождения либо ухода [7–11].

(2) Прогнозы в отношении результатов и исходов лечения не могут быть признаны эффективными, если уровень приверженности не используется для обоснования планирования и оценки проектов. Результаты эффективности работы системы здравоохранения не могут быть точно оценены, если они измеряются только показателями использования ресурсов и эффективности вмешательств; прогнозируемые на основании таких данных результаты обеспечения здоровья населения не могут быть достигнуты, если для обоснования планирования и оценки результатов не используются показатели приверженности [8, 12].

(3) Поставщикам медицинской помощи и исследователям **рекомендуется** использовать оценку приверженности с целью сокращения дорогостоящих обследований и процедур (включая интервенционное лечение), а также назначения ненужных лекарственных препаратов [9, 13]. В области биомедицинских технологий для снижения бремени хронических заболеваний такие технологии следует реализовывать в системе, основанной на учете индивидуальных особенностей приверженности [8, 10, 14, 15].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2).

(4) Изменение приверженности — непрерывный и динамичный процесс. Для достижения клинического результата **рекомендуется** сегментировать популяцию пациентов в соответствии с уровнем готовности к выполнению рекомендаций [11, 16–19].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

(5) Исследователям и поставщикам медицинской помощи **рекомендуется** наращивать количество исследований приверженности, включая её количественное измерение и изучение фундаментальных свойств. Для изучения приверженности необходимо использовать простые, но сопоставимые способы, инструменты и шкалы. Учитывая, что накапливается все больше доказательств, свидетельствующих, что приверженность является одним из ведущих факторов успехов лечения, организаторам исследований в области приверженности необходимо обеспечивать расширение выбора инструментария и методологического сопровождения, уделяя приоритетное внимание разработке и внедрению рекомендаций, консенсусов и руководств наднационального уровня [5, 8, 9, 10, 19–25].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

(6) Для подтверждения возможности устойчивого повышения приверженности лекарственной терапии на основе современных ресурсов следует увеличивать продолжительность исследований в области приверженности и управления лечением на её основе, минимизируя гетерогенность и стандартизируя дизайн. Возможность доступных технологий управления приверженностью значимо и долгосрочно улучшать результаты терапии, должна быть показана в адекватно спланированных по дизайну исследованиях — классических РКИ и масштабных циркулярных исследованиях [5, 7, 9, 10, 26]. При этом поскольку в классических РКИ с учетом специальной мотивации клинического персонала и пациентов и тщательного контроля проводимого лечения, сделать это крайне сложно, необходимо оценивать влияние терапевтических стратегий на приверженность и терапевтическую инертность в условиях реальной клинической практики. При этом необходим

обязательный учет результатов таких исследований относительно влияния терапии (в том числе комбинированной) на приверженность, контроль параметров и исходы в условиях обычного быта [5, 7, 24, 25, 27].

(7) Поскольку управление лечением на основании индивидуального уровня приверженности, либо управление приверженностью может иметь большее влияние на здоровье населения, чем улучшение специфического медицинского лечения, поставщикам медицинской помощи и исследователям следует максимально расширять практику управления лечением на основе приверженности [3, 8, 9, 16, 28].

(8) Недостаточная приверженность лечению является глобальной проблемой мирового масштаба. Плохая приверженность долгосрочным методам лечения существенно снижает эффективность лечения, что делает эту проблему критически важной для здоровья населения как в отношении качества жизни, так и в отношении экономики здравоохранения [8, 29]. Приверженность лечению больных, страдающих хроническими заболеваниями, является одним из важнейших факторов, обеспечивающих качество терапии и непосредственно влияющих на прогноз [30, 31].

(9) Все больше данных свидетельствует о том, что низкая приверженность лечению пациентов, наряду с врачебной инертностью (отсутствие изменений в назначаемой лекарственной терапии при недостижении контролируемого результата), является ведущей причиной неадекватного лечения [32–34].

(10) Абсолютная приверженность лечению, то есть стабильная на протяжении продолжительного, либо неограниченного периода времени, при которой пациент точно соблюдает все медицинские рекомендации, регистрируется только в отдельных РКИ и ЦИ и не является типичной для реальной медицинской практики [8, 35].

(11) Поскольку комплексная приверженность лечению и её отдельные составляющие могут быть с достаточной степенью точности прогнозируемы на основе постоянно расширяющегося перечня предикторов и средств измерения приверженности, поставщикам медицинских услуг следует разрабатывать и внедрять универсальные, надежные и доступные для практического применения инструменты ее оценки [3, 5, 9–11, 16, 17, 36, 37].

(12) Точная оценка уровня приверженности представляет собой сложную задачу. Все известные методы изучения приверженности, как прямые, так и непрямые, обладают методологическими либо технологическими недостатками [8, 38–40].

(13) Проблемы выбора эффективных стратегий диагностики и последующего управления приверженностью обусловлены сложностью её структуры вследствие большого количества переменных, влияющих на соблюдение либо несоблюдение пациентом рекомендаций врача. Такие переменные часто формируются в одну или несколько подсистем, тесно взаимодействующих друг с другом [41–43]. При этом понимание свойств и структуры приверженности предполагает возможность достаточно точной диагностики механизмов её нарушений, обуславливающих качество приверженности конкретного пациента (в том числе ассоциированность механизмов приверженности с удовлетворенностью пациента лечением), что непосредственно влияет на эффективность взаимодействия пациентов с поставщиками медицинской помощи [36, 43–45].

(14) Поставщикам медицинской помощи, основываясь на том, что из числа основных методов оценки приверженности (прямой вопрос; счёт препаратов; измерение концентрации препаратов или их метаболитов в средах и биологических жидкостях организма человека; мониторинг визитов и вмешательств, электронное мониторингование; использование систем дистанционного контроля, анкетирование), наилучшим по соотношению трудозатраты/эффективность является анкетирование, в медицинской практике **рекомендуется** использовать в качестве приоритетного и рутинно применяемого метода оценку приверженности с помощью опросников [8, 29, 46, 47].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2).

(15) Ценность большинства стандартизированных опросников невелика, но другие методы, например, определение содержания препаратов в крови и моче, несмотря на более высокую информативность, не могут быть широко использованы [48–50]. Результаты применения опросников могут как переоценивать, так и занижать приверженность. Самоотчеты, и дневники пациентов являются достаточно экономичными, быстрыми и простыми способами получения информации о приверженности, однако при этом нельзя исключить существенного искажения данных (которое в части завышения результатов приверженности может достигать 30 %), что снижает достоверность к таким данным без дополнительной проверки и коррекции информации, полученной другими методами [39, 51–53]. Оценка приверженности может улучшиться при появлении более дешевых и надежных методов выявления препаратов, которые можно применять в условиях повседневной практики [58, 75]. Традиционное применение для оценки приверженности лечению опросников «короткой шкалы» имеет серьезные ограничения в связи с высоким риском внесения пациентами заведомо ложных ответов (приводящим к существенному завышению результатов) и, как следствие, низкой валидности тестов [11, 16, 54–57, 137, 139, 140].

(16) Поставщикам медицинской помощи в медицинской практике **рекомендуется** использовать опросники, позволяющие исследовать как фактическую, так и потенциальную приверженность комплексно (охватывая лекарственную терапию, медицинское сопровождение и модификацию образа жизни), количественно или полуколичественно (оценивая в номинальной шкале значений), избирательно в отношении отдельных когорт (взрослые, подростки, беременные, законные представители пациентов и др.), применимые универсально у больных с различными заболеваниями, с возможностью автоматизированного ввода и обработки данных [1, 2, 5, 10–12, 58].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

(17) Для комплексной оценки приверженности лекарственной терапии, медицинскому сопровождению и модификации образа жизни (включая потенциальную приверженность) у дееспособных взрослых респондентов, подростков, беременных женщин, а также законных представителей пациентов поставщикам медицинских услуг и исследователям в качестве первого выбора **рекомендуется** использовать систему опросников КОП-25 [5, 9, 11, 21, 57, 58].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

(18) Для применения в психиатрии с целью индивидуализированного определения уровня приверженности респондента, выявления дефицита подсистем комплайенса и идентификации его влияния на механизмы такого дефицита, для решения задачи прогнозирования комплаентного поведения и объективного мониторинга терапевтической коррекции приверженности поставщикам медицинских услуг и исследователям в качестве первого выбора **рекомендуется** применять российскую Шкалу медикаментозного комплайенса [4, 41, 59, 60, 62–64].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3).

(19) Долгосрочная приверженность любому лечению низкая, вне зависимости от заболевания, и в большинстве случаев не превышает 50 % от теоретически возможной. У большинства пациентов исходная приверженность лечению (или выполнению отдельных медицинских рекомендаций) с течением времени снижается [65 – 69]. Контроль терапии путем исследования проб крови и мочи на присутствие лекарственных препаратов, демонстрирует очень низкий уровень лекарственной приверженности. Исследования, выполненные в общей популяции, показывают, что приверженность, оцениваемая по регулярности обновления рецептов, у половины больных составляла менее 50 % [5, 70, 71]. Только существенное снижение риска осложнений или неблагоприятных исходов мотивирует пациентов на профилактическое медикаментозное лечение. Приверженность лекарственной терапии в целях профилактики сердечно-сосудистых заболеваний колеблется от 50 % для первичной профилактики до 66 % для вторичной профилактики [25]. При хронических соматических заболеваниях доля больных, не приверженных лечению, составляет 20-60 % [72–75].

(20) Исследователям и поставщикам медицинских услуг для оценки приверженности лекарственной терапии **рекомендуется** расценивать в качестве достаточного уровень не менее 75 % от максимально возможного по конкретной шкале опросника [76–81].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4).

(21) Недостаточная приверженность лечению опасна серьёзными последствиями и является самостоятельным фактором, ухудшающим прогноз [43, 65, 82]. Следствием недостаточной приверженности лекарственной терапии и модификации образа жизни является ухудшение течения заболеваний и их прогноза при одновременном увеличении стоимости лечения [71, 74, 82–86]. Примерно 9 % случаев сердечно-сосудистых заболеваний в Европе можно объяснить плохой приверженностью лечению [25]. Основным недостатком мероприятий по изменению образа является снижение приверженности к нему с течением времени [87, 88]. Глобальные последствия недостаточной приверженности лечению — ухудшение здоровья и увеличение общих расходов на здравоохранение; влияние недостаточной приверженности лечению растёт по мере роста бремени хронических заболеваний [8]. Поставщикам медицинской помощи следует у каждого пациента учитывать несоблюдение рекомендаций и беспристрастно расспрашивать об этом [25].

(22) Исследователям и поставщикам медицинской помощи в качестве ведущих стратегий, направленных на повышение приверженности, **рекомендуется использовать:** мониторинг лекарственной терапии / поддержка окружения, психосоциальное сопровождение, фармакологическое сопровождение [10, 17, 42, 43, 89–92].

Уровень убедительности рекомендаций — В (уровень достоверности доказательств — 2).

(23) Мероприятия, направленные на повышение приверженности, в краткосрочной и среднесрочной перспективе обеспечивают значительную положительную отдачу инвестиций в первичную и вторичную профилактику. Вместе с тем, все специальные образовательные программы, направленные на повышение приверженности лечению, с течением времени снижают свою эффективность и в отдаленной перспективе малоэффективны или не эффективны [8, 35]. Исключительно поведенческие и смешанные образовательные и поведенческие вмешательства могут увеличить долю лиц, приверженных лекарственной терапии [93]. Ни один тип вмешательства не приводит к улучшению приверженности, если он является непрерывной переменной. Исключительно образовательные и смешанные образовательные и поведенческие вмешательства оказывают незначительное влияние или не оказывают никакого влияния на длительную приверженность [93].

(24) Поставщикам медицинской помощи для повышения приверженности **рекомендуется включать в медицинское сопровождение оценку предпочтений пациента, интерпретацию фактических данных и их применение к конкретному пациенту, рассмотрение общего прогноза, включая ожидаемую продолжительность жизни, функциональный статус и качество жизни, а также клиническую осуществимость вмешательства [25]. Приверженность лечению, возникновение нежелательных эффектов при приеме лекарств, экономическое бремя лечения и стресс, испытываемые лицами, осуществляющими уход, следует принимать во внимание при оптимизации тех методов лечения и планов ухода, в которых подчеркивается приверженность основным лекарственным средствам и отменяются несущественные лекарства. Планирование расширенного ухода за пациентом должно быть начато на возможно ранней стадии [25]. Также необходимо обеспечение надлежащего информирования пациентов о вариантах лечения, о том, как придерживаться лечения и о потенциальных последствиях его несоблюдения, в дополнение к управлению ожиданиями пациента относительно целей лечения [94].**

Уровень убедительности рекомендаций — А (уровень достоверности доказательств — 2).

(25) При сердечно-сосудистых заболеваниях достаточная приверженность лекарственной терапии по сравнению с недостаточной уменьшает риск развития кардиоваскулярных событий на 20 %, а риск летальных исходов от любого заболевания — на 35-40 % [95].

(26) Поставщикам медицинской помощи в качестве предикторов достаточной приверженности лечению **рекомендуется использовать следующие параметры [66, 79, 96–98]:**

— высшее образование,

— получение связанной со здоровьем социальной поддержки со стороны государства,

— старший возраст.

— кратность приема препаратов (учитывая при этом, что однократный прием препаратов, в т. ч. в форме фиксированной комбинации, сопровождается значимо большей приверженностью лекарственной терапии, чем двукратный и многократный [99], а максимальная приверженность лекарственной терапии больных с хроническими соматическими заболеваниями отмечается при однократном приеме препаратов) [5, 9, 10, 100–103].

Уровень убедительности рекомендаций — А (уровень достоверности доказательств — 2).

(27) Поставщикам медицинской помощи в качестве предикторов недостаточной приверженности лечению **рекомендуется** использовать следующие параметры [20, 22, 25, 40, 65, 94, 96, 102–113]:

— множественное назначение лекарственных средств, сложная или неудобная схема приема препаратов,

— увеличение стажа заболевания,

— ограниченность (недостаток) финансовых средств,

— плохие отношения между врачом и пациентом (включая недоверие врачу),

— недооценка тяжести состояния, отсутствие веры в успех лечения,

— отсутствие у пациента признания болезни, либо страх или искаженные представления о последствиях и побочных эффектах лечения,

— низкий уровень образования,

— злоупотребление алкоголем,

— особенности интеллектуальных и/или когнитивных способностей,

— психические расстройства,

— физические ограничения,

— финансовые аспекты,

— одиночество,

— хорошее самочувствие.

Уровень убедительности рекомендаций — А (уровень достоверности доказательств — 2).

(28) Самостоятельным важным фактором ухудшения приверженности является депрессия, при этом адекватная антидепрессивная терапия таких пациентов улучшает приверженность лечению [25]. Хронические соматические заболевания без яркой симптоматики являются предикторами недостаточной приверженности лекарственной терапии [8].

(29) Поставщикам медицинской помощи следует учитывать возможность влияния на приверженность лечению факторов, непосредственно связанных с самими поставщиками этой помощи (знания, осведомленность о руководящих принципах, опыт, междисциплинарный командный подход) и системой здравоохранения (условия работы, доступ к лечению, стоимость) [10, 22, 94].

(30) Поставщикам медицинской помощи (включая членов многопрофильных групп, осуществляющих сопровождение пациентов) для выявления случаев несоблюдения рекомендаций и реализации стратегий по улучшению приверженности необходимо, где это уместно, регулярный обзор событий и вмешательств, проводимых любым поставщиком или членом многопрофильной группы [94].

(31) У пожилых пациентов российской популяции ведущей причиной низкой приверженности лекарственной терапии являются развитие нежелательных эффектов и страх таковых [99].

(32) Преждевременная отмена лекарственной терапии и неадекватное следование рекомендациям являются наиболее частыми проявлениями низкой приверженности. Более 30 % пациентов самостоятельно отменяют назначенную терапию через 6 месяцев, а через 1 год более 50 % пациентов [114]. В течение последующих 12 месяцев после перенесенного коронарного события самостоятельно прекращает рекомендованную терапию 30 %, а при артериальной гипертензии более 60 % пациентов, при этом половина из них в качестве главных причин указывает опасения «привыкания» (формирования зависимости) и прямого «вреда» от проводимой терапии [65, 72, 115]. Низкая приверженность назначенной терапии является частой причиной псевдорезистентности, которая выявляется у 50 % пациентов при обследовании с помощью лабораторного мониторинга приема препаратов [116–118].

(33) Степень приверженности лечению находится в обратной зависимости от сложности назначенного режима лечения. На приверженность лечению оказывает существенное влияние количество препаратов, назначенных пациенту в связи с проводимой терапией. Современные исследования свидетельствуют, что доля пациентов с низкой приверженностью лекарственной терапии, составляя менее 10 % при назначении одной таблетки, увеличивалась до 20 % при назначении двух таблеток, до 40 % при приеме трех таблеток и становилась крайне значительной, вплоть до полного отказа от лечения, если больному было назначено пять или более таблеток [9, 10, 116, 142, 143].

(34) Выбор вида медицинского вмешательства (например, определение предпочтения хирургического лечения перед лекарственной терапией) наряду с общими условиями выбора (недоступность, сопутствующие заболевания, особенности географических условий, образа жизни или профессиональных условий, отказ пациента), **рекомендуется** в том числе, когда качественная лекарственная терапия маловероятна, либо чревата повышенным риском осложнений в результате недостаточной приверженности, а так же у тех пациентов, ожидаемая продолжительность жизни которых ниже предполагаемой долговечности импланта или протеза [24].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

(35) Приверженность модификации образа жизни, в частности физическим упражнениям, зависит от разных переменных, которые могут контролироваться и изменяться исследователями и поставщиками медицинской помощи.

(36) Поставщикам медицинской помощи с целью повышения приверженности физическим упражнениям **рекомендуется**: повышать характеристики программы упражнений; привлекать специалистов из разных дисциплин; контролировать надзор, технологии, первоначальное изучение характеристик участников, образование участников, адекватные ожидания и знания о рисках и преимуществах, удовольствие и отсутствие неприятных переживаний; обеспечивать интеграцию упражнений в повседневную жизнь, социальную поддержку и связь, общение и обратная связь, доступность информации о прогрессе от упражнений и мониторинг, самоконтроль эффективности и компетентность участников, активную роль участника, понятную постановку целей [119–21].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 3).

(37) Поставщикам медицинской помощи с целью повышения (поддержания) приверженности лечению **рекомендуется** использовать нижеперечисленные способы (при этом лучший результат дает сочетание этих способов [122]:

– адаптация приема препаратов к привычкам пациента [123],

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2).

– предоставление доступных алгоритмов самоконтроля [119, 124],

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

– использование специальных упаковок для дозирования препаратов [125],

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

– проведение мотивационных бесед [126],

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3).

– обеспечение передачи телеметрической информации из дома пациента [120],

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3).

– улучшение интеграции поставщиков медицинских услуг с вовлечением в процесс фармацевтов и медицинских сестер [123].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2).

(38) Поставщикам медицинской помощи в лечении **рекомендуется** применять адекватные терапевтические режимы, минимизируя нежелательные эффекты и используя препараты с однократным применением в течение суток, предпочтительно в виде фиксированных комбинаций [9, 10, 50, 127–130, 141].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 3).

(39) Поставщикам медицинской помощи для повышения приверженности пациентов лекарственной терапии и модификации образа жизни **рекомендуется** использовать приложения для мобильных средств связи [131, 132].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 3).

(40) Несмотря на имеющиеся доказательства обратного, по-прежнему сохраняется тенденция к сосредоточению внимания на поиске проблем приверженности, связанных только с пациентами, при относительном пренебрежении факторами, связанными с поставщиками медицинской помощи и системой здравоохранения [8, 43, 97, 133, 134]. Отсутствие соответствия между готовностью лечиться со стороны пациента, и готовностью лечить со стороны медицинского работника приводит к тому, что лечение часто назначают пациентам, которые не готовы следовать предложенному объему врачебных рекомендаций [19, 28, 135].

(41) В настоящее время не существует универсальных стратегий вмешательства для всех пациентов, состояний и условий, которые были бы одинаково эффективны в отношении повышения или поддержания приверженности. Поэтому мероприятия, направленные на приверженность, должны быть адаптированы к конкретным потребностям пациента, связанным с его здоровьем. Для достижения этой цели системы здравоохранения и поставщики медицинской помощи должны разработать средства точной оценки как приверженности, так и тех факторов, которые на нее влияют. Так же необходим инструментарий консультирования медицинских работников по вопросам приверженности, адаптируемый к различным социально-экономическим условиям. Этот инструментарий должен охватывать три направления — знания (информация о приверженности), мышление (процесс принятия клинических решений) и действия (поведенческие инструменты для медицинских работников) [8, 119].

(42) *Исследователям и поставщикам медицинской помощи рекомендуется обеспечивать междисциплинарный подход к изучению приверженности и ее соблюдению, а также осуществлять подготовку и повышение приверженности профессионального сообщества к реализации междисциплинарного подхода [136].*

Уровень убедительности рекомендаций — С (уровень достоверности доказательств — 5).

(43) Для разработки эффективных мер лечения на основе индивидуально оцениваемой и контролируемой приверженности является оптимальным создание междисциплинарных групп и тесное сотрудничество между работниками первичной медико-санитарной помощи и специалистами. Такими группами может быть обеспечен эффективный вклад как в создание междисциплинарных и специальных рекомендаций, так и в разработку автоматизированных систем поддержки принятия решений в отношении терапии, облегчающих согласование соответствующих фактических данных и принятие адекватных решений [8, 25].

(44) Стратегической целью системы качества в отношении приверженности должна быть постоянная готовность поставщиков медицинской помощи к оценке приверженности пациента лечению и предоставлению учитывающих это рекомендаций [18, 28]. Дальнейшее изучение теоретических основ формирования приверженности, наряду с оценкой перспектив лечения конкретного пациента, может предоставить клиницистам дополнительные возможности повышения способности пациента придерживаться рекомендациям [23, 138]. Необходимы дальнейшие хорошо продуманные исследования для изучения последствий вмешательств, улучшающих способности принимать лекарства и приверженности к ним, в первую очередь у пожилых людей, которым назначают несколько лекарств [93].

ИНСТРУМЕНТЫ ОЦЕНКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ

Для оценки приверженности лечению применяют прямые (например, внешний контроль приема препаратов пациентом или контроль концентрации применяемого препарата в биологических средах) и косвенные (например, врачебный опрос или интервьюирование) способы.

Прямые способы сопоставимо более объективны и точны, чем косвенные (в отношении лекарственной приверженности), значительно более дорогостоящи, сложны в реализации, трудоемки для исследователя и неудобны в условиях быта. Поэтому мало подходят для общего применения.

Поэтому, несмотря на то, что косвенные способы обладают рядом недостатков (риски непрогнозируемого смещения оценочных суждений респондентов; потенциальное уменьшение надежности и качества предоставляемых сведений в связи с невозможностью получения объективной информации о мнениях, мотивах и ценностях; возможное искажение при выборе вариантов ответов, связанное с образовательным уровнем, социальным статусом и убеждениями), их применение в условиях реальной клинической практики является предпочтительным.

Традиционный подход к выбору опросников для оценки приверженности заключается в выборе тестов с минимальным количеством вопросов (для снижения трудоемкости получения результата). При этом от опросников ожидают высоких показателей внутренней согласованности, надежности, чувствительности и специфичности, а также учёта, для каких респондентов тест был валидирован, диагностирует ли он самоэффективность, выявляет ли факторы неприверженности и так далее.

При этом большинство опросников «короткой шкалы» в отношении диагностической и прогностической способности оценки приверженности демонстрируют результаты в диапазоне от посредственных до крайне неудовлетворительных, и обладают весьма невысокой воспроизводимостью.

Изучение вопросов приверженности, в том числе ее фундаментальных свойств показало [1, 2], что для разработки и принятия эффективных врачебных решений оценки только лекарственной приверженности крайне недостаточно. Управление лечением, прежде всего при хронических заболеваниях, должно основываться на комплексной оценке приверженности. Такая оценка, наряду с лекарственной приверженностью, обязательно должна включать одновременный анализ приверженности лекарственной терапии и модификации образа жизни.

Мы вынуждены констатировать, что в настоящее время опросников комплексной оценки приверженности, основанных на измеряемых (количественных) шкалах почти нет.

Единственная система таких опросников — КОП-25 — разработана и применяется в России. Она включает 10 анкет (5 для оценки фактической и 5 для оценки потенциальной приверженности), для 5 групп респондентов (взрослые, подростки 12–14 и 15–17 лет, беременные, законные представители пациентов). Однако в силу ряда причин, прежде всего — крайне инерционных процессов в мировом здравоохранении, пока эта система не валидирована в других странах. Аналогичных систем комплексной оценки приверженности больше нигде в мире не создано.

Отдельной проблемой является оценка приверженности лечению психиатрических больных. Частичным её решением является применение системы КОП-25 (в тех случаях, когда за лечение этих пациентов отвечают их законные представители — родственники, попечители и так далее). Другим вариантом решения является количественная оценка приверженности таких больных, формируемая медицинскими работниками. Примером такого опросника является так же Российская шкала количественной оценки комплайенса (ШКОК).

В настоящем Руководстве в качестве основных инструментов оценки приверженности представлены оба этих опросника — КОП-25 и ШКОК.

Краткие сравнительные характеристики основных опросников приверженности, применяемых в мире, а также нозологическая карта (по МКБ-11) опросников приверженности, рекомендуемых Руководством, представлены далее.

Основные опросники: диагностическое поле

| ОПРОСНИК | Лекар- ственная терапия | Посеще- ние врача и само- контроль состояния | Изменение образа жизни | Инте- гральная привер- женность | Потенциаль- ная привер- женность |
|--|-------------------------------|--|------------------------------|--|--|
| Краткий лекарственный опросник / Brief Medication Questionnaire (BMQ) | + | | | | |
| Опросник восполнения лекарств и приверженности к ним / Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) | + | | | | |
| Опросник удовлетворенности лекарственным лечением / Medication Satisfaction Questionnaire (MSQ) | + | | | | |
| Отечественный опросник приверженности терапии / Domestic questionnaire of adherence to therapy | + | | | | |
| Система опросников комплексной оценки приверженности (КОП-25) / The system of questionnaires for comprehensive assessment of treatment adherence (CAA-25) | + | + | + | + | + |
| Шкала комплайенса Morisky / 4-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) | + | | | | |
| Шкала комплайенса Morisky / 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) | + | | | | |
| Шкала оценки приверженности больных гипертонией Hill-Bone / Scale of assessment of adherence of patients with hypertension Hill-Bone (HB-9, HB-14) | + | + | + | | |
| Шкала приверженности Национального общества доказательной фармакотерапии / Scale of adherence of the National Society of Evidence-Based Pharmacotherapy | + | | | | |
| Шкала репортирования приверженности к приему лекарств / Medication Adherence Report Scale (MARS-5, MARS-10) | + | | | | |
| Шкала самоэффективности в применении лекарств / The Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale (SEAMS-13, SEAMS-21) | + | | | | |

Основные опросники: целевая аудитория

| ОПРОСНИК | Лица 18 лет и старше | Беременные | Лица 15–17 лет | Лица 12–14 лет | Законные представители респондентов |
|---|----------------------|------------|----------------|----------------|-------------------------------------|
| Краткий лекарственный опросник / Brief Medication Questionnaire (BMQ) | + | | | | |
| Опросник выполнения лекарств и приверженности к ним / Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) | + | | | | |
| Опросник удовлетворенности лекарственным лечением / Medication Satisfaction Questionnaire (MSQ) | + | | | | |
| Отечественный опросник приверженности терапии / Domestic questionnaire of adherence to therapy | + | | | | |
| Система опросников комплексной оценки приверженности (КОП-25) / The system of questionnaires for comprehensive assessment of treatment adherence (CAA-25) | + | + | + | + | + |
| Шкала комплайенса Morisky / 4-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) | + | | | | |
| Шкала комплайенса Morisky / 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) | + | | | | |
| Шкала оценки приверженности больных гипертонией Hill-Bone / Scale of assessment of adherence of patients with hypertension Hill-Bone (HB-9, HB-14) | + | | | | |
| Шкала приверженности Национального общества доказательной фармакотерапии / Scale of adherence of the National Society of Evidence-Based Pharmacotherapy | + | | | | |
| Шкала репортирования приверженности к приему лекарств / Medication Adherence Report Scale (MARS-5, MARS-10) | + | | | | |
| Шкала самоэффективности в применении лекарств / The Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale (SEAMS-13, SEAMS-21) | + | | | | |

Нозологическая карта рекомендуемых опросников приверженности (по МКБ-11)

| ГРУППЫ ПО МКБ-11 | Лица 18 лет и старше | Лица 12–14 | Лица 15–17 | Беременные | Попечители |
|--|----------------------|------------|------------|------------|------------|
| 01 Хронические инфекционные и паразитарные болезни | КОП-25 А | КОП-25 Г | КОП-25 В | | КОП-25 Д |
| 02 Новообразования | КОП-25 А | КОП-25 Г | КОП-25 В | | КОП-25 Д |
| 03 Болезни системы крови или кроветворных органов | КОП-25 А | КОП-25 Г | КОП-25 В | | КОП-25 Д |
| 04 Болезни иммунной системы | КОП-25 А | КОП-25 Г | КОП-25 В | | КОП-25 Д |
| 05 Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена | КОП-25 А | КОП-25 Г | КОП-25 В | | КОП-25 Д |
| 06 Психические, поведенческие расстройства и расстройства нейропсихического развития | ШКОК | ШКОК | ШКОК | ШКОК | КОП-25 Д |
| 07 Расстройства цикла сон-бодрствование | КОП-25 А | КОП-25 Г | КОП-25 В | | КОП-25 Д |
| 08 Болезни нервной системы | КОП-25 А | КОП-25 Г | КОП-25 В | | КОП-25 Д |
| 09 Заболевания зрительной системы | КОП-25 А | КОП-25 Г | КОП-25 В | | КОП-25 Д |
| 10 Болезни уха или сосцевидного отростка | КОП-25 А | КОП-25 Г | КОП-25 В | | КОП-25 Д |
| 11 Болезни системы кровообращения | КОП-25 А | КОП-25 Г | КОП-25 В | | КОП-25 Д |
| 12 Болезни органов дыхания | КОП-25 А | КОП-25 Г | КОП-25 В | | КОП-25 Д |
| 13 Болезни органов пищеварения | КОП-25 А | КОП-25 Г | КОП-25 В | | КОП-25 Д |
| 14 Болезни кожи | КОП-25 А | КОП-25 Г | КОП-25 В | | КОП-25 Д |
| 15 Болезни опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани | КОП-25 А | КОП-25 Г | КОП-25 В | | КОП-25 Д |
| 16 Болезни мочеполовой системы | КОП-25 А | КОП-25 Г | КОП-25 В | | КОП-25 Д |
| 17 Состояния, связанные с сексуальным здоровьем | КОП-25 А | | КОП-25 В | | КОП-25 Д |
| 18 Беременность, роды и послеродовой период | | | | КОП-25 Б | |
| 22 Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин | КОП-25 А | КОП-25 Г | КОП-25 В | | КОП-25 Д |
| 24 Факторы, влияющие на состояние здоровья или обращение в медицинские организации | КОП-25 А | КОП-25 Г | КОП-25 В | | КОП-25 Д |

КОМПЛЕКСНАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ

Основные характеристики комплексной оценки приверженности

| ПОКАЗАТЕЛИ | ХАРАКТЕРИСТИКИ, ЕДИНИЦЫ ИЗМЕРЕНИЯ, ДИАПАЗОН ЗНАЧЕНИЙ |
|--|---|
| ПРИВЕРЖЕННОСТЬ И ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ (включают: приверженность лекарственной терапии, приверженность медицинскому сопровождению, приверженность модификации образа жизни, интегральная приверженность лечению) | количественные показатели, выражаемые в номинальной шкале, в условных процентах от максимальной теоретически возможной приверженности (принятой за 100 %): наименьшее возможное значение — 2,78 наибольшее возможное значение — 100 |
| ВАЖНОСТЬ И ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ ВАЖНОСТЬ ГОТОВНОСТЬ И ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ ГОТОВНОСТЬ | количественные показатели, выражаемые в номинальной шкале в баллах: наименьшее возможное значение — 5 наибольшее возможное значение — 30 |

Поставщикам медицинской помощи рекомендовано округлять полученные при вычислении значения по правилу округления к ближайшему целому до целых чисел. Исследователям рекомендовано использовать точные полученные значения, либо округлять полученные при вычислении значения по правилу округления к ближайшему целому до сотых (оставляя два знака после запятой).

Уровни приверженности

Критерии предназначены для оценки и интерпретации приверженности (включая потенциальную приверженность), выявленной с помощью опросников с количественной (полуколичественной) шкалой.

| ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ | УРОВЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ | МОДЕЛЬ ПОВЕДЕНИЯ РЕСПОНДЕНТА |
|---------------------|-------------------------|--|
| 75 % и более | высокий (достаточный) | рекомендации и основанные на них действия выполняться будут или вероятнее всего будут |
| от 50 % до 75 % | средний (недостаточный) | рекомендации и основанные на них действия выполняться будут или скорее будут, чем не будут |
| менее 50 % | низкий (недостаточный) | рекомендации и основанные на них действия выполняться скорее не будут или не будут |

При заболеваниях и состояниях, требующих длительной (постоянной) лекарственной терапии и (или) медицинского сопровождения, в качестве минимально приемлемого (достаточного) следует использовать значение показателя приверженности (потенциальной приверженности), превышающее 75 %. Значения, меньшие указанного уровня, следует расценивать как недостаточные. Вместе с тем, указанное не исключает возможность для поставщика медицинской помощи или исследователя выбирать и устанавливать иные значения минимально приемлемого (достаточного) уровня, если это соответствует цели или задачам медицинского вмешательства или исследования.

Лекарственная терапия

| ПОКАЗАТЕЛЬ | ХАРАКТЕРИСТИКА | ИНТЕРПРЕТАЦИЯ |
|--|--|---|
| Приверженность лекарственной терапии | Способность респондента выполнять рекомендации в отношении приема и кратности приема лекарственных средств на протяжении неопределенно долгого времени | Чем больше полученное значение, тем выше уровень приверженности лекарственной терапии |
| Важность лекарственной терапии | Значимость для респондента обязательств в отношении рекомендованного объема, кратности и продолжительности приема лекарственных средств | Чем больше полученное значение, тем больше значимость лекарственной терапии |
| Готовность к лекарственной терапии | Выраженность намерения респондента выполнять рекомендации в отношении объема, кратности и продолжительности приема лекарственных средств | Чем больше полученное значение, тем больше готовность к лекарственной терапии |
| Потенциальная приверженность лекарственной терапии | Способность респондента выполнять возможные рекомендации в отношении приема и кратности приема лекарственных средств на протяжении неопределенно долгого времени | Чем больше полученное значение, тем выше уровень потенциальной приверженности лекарственной терапии |
| Потенциальная важность лекарственной терапии | Предполагаемая значимость для респондента обязательств в отношении рекомендованного объема, кратности и продолжительности приема лекарственных средств | Чем больше полученное значение, тем больше потенциальная значимость лекарственной терапии |
| Потенциальная готовность к лекарственной терапии | Предполагаемая выраженность намерения респондента выполнять рекомендации в отношении объема, кратности и продолжительности приема лекарственных средств | Чем больше полученное значение, тем больше потенциальная готовность к лекарственной терапии |

Медицинское сопровождение

| ПОКАЗАТЕЛЬ | ХАРАКТЕРИСТИКА | ИНТЕРПРЕТАЦИЯ |
|---|---|--|
| Приверженность медицинскому сопровождению | Способность респондента выполнять рекомендации в отношении объема и кратности медицинского наблюдения на протяжении неопределенно долгого времени | Чем больше полученное значение, тем выше уровень приверженности медицинскому сопровождению |
| Важность медицинского сопровождения | Значимость для респондента обязательств в отношении рекомендованного объема и кратности медицинского наблюдения | Чем больше полученное значение, тем больше значимость медицинского сопровождения |
| Готовность к медицинскому сопровождению | Выраженность намерения респондента выполнять рекомендации в отношении объема и кратности медицинского наблюдения | Чем больше полученное значение, тем больше готовность к медицинскому сопровождению |
| Потенциальная приверженность медицинскому сопровождению | Способность респондента выполнять возможные рекомендации в отношении объема и кратности медицинского наблюдения на протяжении неопределенно долгого времени | Чем больше полученное значение, тем выше уровень потенциальной приверженности медицинскому сопровождению |
| Потенциальная важность медицинского сопровождения | Предполагаемая значимость для респондента обязательств в отношении объема и кратности медицинского наблюдения | Чем больше полученное значение, тем больше потенциальная значимость медицинского сопровождения |
| Потенциальная готовность к медицинскому сопровождению | Предполагаемая выраженность намерения респондента выполнять рекомендации в отношении объема и кратности медицинского наблюдения | Чем больше полученное значение, тем больше потенциальная готовность к медицинскому сопровождению |

Модификация образа жизни

| ПОКАЗАТЕЛЬ | ХАРАКТЕРИСТИКА | ИНТЕРПРЕТАЦИЯ |
|---|---|--|
| Приверженность модификации образа жизни | Способность респондента выполнять рекомендации в отношении изменения образа жизни на протяжении неопределенно долгого времени | Чем больше полученное значение, тем выше уровень приверженности модификации образа жизни |
| Важность модификации образа жизни | Значимость для респондента обязательств в отношении рекомендованного изменения образа жизни | Чем больше полученное значение, тем больше значимость модификации образа жизни |
| Готовность к модификации образа жизни | Выраженность намерения респондента выполнять рекомендации в отношении изменения образа жизни | Чем больше полученное значение, тем больше готовность к модификации образа жизни |
| Потенциальная приверженность модификации образа жизни | Способность респондента выполнять возможные рекомендации в отношении изменения образа жизни на протяжении неопределенно долгого времени | Чем больше полученное значение, тем выше уровень потенциальной приверженности модификации образа жизни |
| Потенциальная важность модификации образа жизни | Предполагаемая значимость для респондента обязательств в отношении изменения образа жизни | Чем больше полученное значение, тем больше потенциальная значимость модификации образа жизни |
| Потенциальная готовность к модификации образа жизни | Предполагаемая выраженность намерения респондента выполнять рекомендации в отношении изменения образа жизни | Чем больше полученное значение, тем больше потенциальная готовность к модификации образа жизни |

Интегральная приверженность лечению

| ПОКАЗАТЕЛЬ | ХАРАКТЕРИСТИКА | ИНТЕРПРЕТАЦИЯ |
|---|---|--|
| Интегральная приверженность лечению | Комплексная способность респондента выполнять рекомендации в отношении лекарственной терапии, медицинского сопровождения и изменения образа жизни на протяжении неопределенно долгого времени | Чем больше полученное значение, тем выше уровень интегральной приверженности лечению |
| Интегральная потенциальная приверженность лечению | Комплексная способность респондента выполнять возможные рекомендации в отношении лекарственной терапии, медицинского сопровождения и изменения образа жизни на протяжении неопределенно долгого времени | Чем больше полученное значение, тем выше уровень интегральной потенциальной приверженности лечению |

ИНСТРУМЕНТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ

Система комплексной оценки приверженности лечению КОП-25

Система КОП-25 предназначена для оценки приверженности и потенциальной приверженности лечению по шкалам: лекарственная терапия, медицинское сопровождение, модификация образа жизни, комплексная приверженность.

В систему включено 10 специализированных вариантов анкеты (5 для оценки приверженности и 5 для оценки потенциальной приверженности) для следующих категорий респондентов: лица в возрасте 18 лет и старше; беременные; лица в возрасте 15–17 лет; лица в возрасте 13–15 лет; законные представители пациентов.

Опросник заполняется респондентом лично или с участием интервьюера. Анкета опросника включает 25 вопросов с вариантами ответов. Анкета опросника заполняется последовательно с 1 по 25 вопрос. На каждый вопрос имеется 6 вариантов ответов. Респондент выбирает наиболее подходящий, по его мнению, ответ из предложенного для каждого вопроса закрытого перечня вариантов ответов. На каждый вопрос анкеты может быть выбран только один ответ. Обработку результатов анкетирования выполняют как в автоматизированном, так и в ручном режиме.

Инструменты и технология анкетирования представлены в Приложении 1.

Шкала прогнозирования медикаментозного комплайенса в психиатрии

Опросник предназначен для оценки приверженности лечению лиц с психическими заболеваниями. Шкала заполняется лечащим врачом на основании всей полноты информации о больном после ознакомления с анамнезом, клиническим состоянием, подробностями субъективного отношения к лекарственной терапии, данными наблюдения медперсонала за приемом лекарств при нахождении больного в стационаре и лиц близкого окружения при нахождении больного во внебольничных условиях. При заполнении шкалы могут использоваться бланки произвольной формы. Пункты шкалы градуированы, градуировки снабжены содержательными характеристиками различий.

Характеристики градаций по возможности приведены к однозначно распознаваемым поведенческим характеристикам или установкам больного.

Уровень продуктивной и негативной психопатологической симптоматики оценивают с помощью шкал BPRS и SANS.

Общий уровень функционирования на производстве, в учебе и семье оценивают при помощи шкалы GAF.

Общий балл рассчитывают простым сложением величин градаций отдельных пунктов.

Инструменты и технология анкетирования представлены в Приложении 2.

Также официальное описание технологии анкетирования и инструменты опросников опубликованы в руководствах [1, 2]:

1. Приверженность лечению. Российское национальное руководство / Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П., Авдеев В.Н. [и др.] / Под общей ред. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П. — М.: Издательский дом Академии Естествознания, 2022. — 224 с., ил. ISBN 978-5-91327-746-6. DOI 10.17513/np.541. — EDN VMWTIF.

2. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П., Авдеев В.Н. [и др.] Приверженность лечению. Российское национальное руководство. Краткое издание для практических врачей. Терапия. 2023;1(S):1–108. DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.1suppl.1-108>.

ПРОГНОЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ

Для прогноза эффективности медицинских вмешательств полученные у конкретного пациента значения приверженности (потенциальной приверженности) соотносят с диапазоном значений соответствующего уровня приверженности (высокий, средний или низкий). Выявленный уровень приверженности свидетельствует о наиболее вероятном варианте прогноза эффективности вмешательства. Указанное не исключает, что в отдельных случаях индивидуальные особенности конкретного респондента или неучтённые воздействия могут повлиять на эффективность вмешательств.

Ожидаемая эффективность отдельных вмешательств в зависимости от уровня приверженности лекарственной терапии

Прием одного лекарственного препарата с разной частотой в течение дня

| ВМЕШАТЕЛЬСТВО | УРОВЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ | ПРОГНОЗ ПОВЕДЕНИЯ РЕСПОНДЕНТА |
|---|------------------------|---|
| Прием одного лекарственного препарата (фиксированной комбинации препаратов) 1 раз в сутки | высокий | вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено |
| | средний | |
| | низкий | вмешательство будет выполнено скорее частично, чем полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено частично, чем не выполнено |
| Прием одного лекарственного препарата (фиксированной комбинации препаратов) 2 раза в сутки | высокий | вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено |
| | средний | вмешательство будет выполнено скорее частично, чем полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено частично, чем не выполнено |
| | низкий | вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено |
| Прием одного лекарственного препарата (фиксированной комбинации препаратов) 3 раза в сутки, либо чаще | высокий | вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено |
| | средний | вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено |
| | низкий | |

Прием двух лекарственных препаратов с разной частотой в течение дня

| ВМЕШАТЕЛЬСТВО | УРОВЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ | ПРОГНОЗ ПОВЕДЕНИЯ РЕСПОНДЕНТА |
|---|------------------------|---|
| Раздельный прием двух лекарственных препаратов (фиксированных комбинаций препаратов) 1 раз в сутки | Высокий | вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено |
| | Средний | вмешательство будет выполнено скорее частично, чем полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено частично, чем не выполнено |
| | Низкий | вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено |
| Раздельный прием двух лекарственных препаратов (фиксированных комбинаций препаратов) 2 раза в сутки | Высокий | вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено |
| | Средний | вмешательство будет выполнено скорее частично, чем полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено частично, чем не выполнено |
| | Низкий | вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено |
| Раздельный прием двух лекарственных препаратов (фиксированных комбинаций препаратов) 3 раза в сутки либо чаще | Высокий | вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено |
| | Средний | вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено |
| | Низкий | |

Прием трех и более лекарственных препаратов с разной частотой в течение дня

| ВМЕШАТЕЛЬСТВО | УРОВЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ | ПРОГНОЗ ПОВЕДЕНИЯ РЕСПОНДЕНТА |
|--|------------------------|--|
| <p>Раздельный прием трех или более лекарственных препаратов (фиксированных комбинаций препаратов) 1 раз в сутки</p> | <p>высокий</p> | <p>вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено</p> |
| | <p>средний</p> | <p>вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено</p> |
| | <p>низкий</p> | |
| <p>Раздельный прием трех или более лекарственных препаратов (фиксированных комбинаций препаратов) 2 раза в сутки</p> | <p>высокий</p> | <p>вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено</p> |
| | <p>средний</p> | <p>вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено</p> |
| | <p>низкий</p> | |
| <p>Раздельный прием трех или более лекарственных препаратов (фиксированных комбинаций препаратов) 3 раза в сутки либо чаще</p> | <p>высокий</p> | <p>вмешательство будет выполнено скорее частично, чем полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено частично, чем не выполнено</p> |
| | <p>средний</p> | <p>вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено</p> |
| | <p>низкий</p> | |

Ожидаемая эффективность отдельных вмешательств в зависимости от уровня приверженности медицинскому сопровождению

Различные варианты посещения врача без необходимости регулярного самоконтроля состояния здоровья

| ВМЕШАТЕЛЬСТВО | УРОВЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ | ПРОГНОЗ ПОВЕДЕНИЯ РЕСПОНДЕНТА |
|--|------------------------|---|
| Посещение врача в режиме «по требованию» без обязательных визитов; регулярный самоконтроль состояния не требуется | Высокий | вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено |
| | Средний | |
| | Низкий | |
| Посещение врача с обязательными визитами чаще, чем 1 раз в 3 месяца, но реже, чем 1 раз в месяц; регулярный самоконтроль состояния не требуется | Высокий | вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено |
| | Средний | |
| | Низкий | вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено |
| Посещение врача с обязательными визитами чаще, чем 1 раз в месяц; регулярный самоконтроль состояния не требуется | Высокий | вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено |
| | Средний | |
| | Низкий | вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено |

**Различные варианты посещения врача
при необходимости регулярного самоконтроля состояния здоровья**

| ВМЕШАТЕЛЬСТВО | УРОВЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ | ПРОГНОЗ ПОВЕДЕНИЯ РЕСПОНДЕНТА |
|---|------------------------|---|
| <p>Посещение врача в режиме «по требованию» без обязательных визитов; требуется регулярный самоконтроль состояния</p> | Высокий | вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено |
| | Средний | вмешательство будет выполнено скорее частично, чем полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено частично, чем не выполнено |
| | Низкий | вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено |
| <p>Посещение врача с обязательными визитами чаще, чем 1 раз в 3 месяца, но реже, чем 1 раз в месяц; требуется регулярный самоконтроль состояния</p> | Высокий | вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено |
| | Средний | вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено |
| | Низкий | вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено |
| <p>Посещение врача с обязательными визитами чаще, чем 1 раз в месяц; требуется регулярный самоконтроль состояния</p> | Высокий | вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено |
| | Средний | вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено |
| | Низкий | вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено |

Ожидаемая эффективность отдельных вмешательств в зависимости от уровня приверженности модификации образа жизни

Коррекция только привычной диеты или только привычных физических нагрузок с различными вариантами ограничения нежелательных привычек

| ВМЕШАТЕЛЬСТВО | УРОВЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ | ПРОГНОЗ ПОВЕДЕНИЯ РЕСПОНДЕНТА |
|---|------------------------|---|
| Коррекция привычной диеты или физических нагрузок; ограничения или отказа от нежелательных привычек не требуется | Высокий | вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено |
| | Средний | |
| | Низкий | вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено |
| Коррекция привычной диеты или физических нагрузок; ограничение нежелательных привычек | Высокий | вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено |
| | Средний | |
| | Низкий | вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено |
| Коррекция привычной диеты или физических нагрузок; отказ от нежелательных привычек | Высокий | вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено |
| | Средний | |
| | Низкий | вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено |

Одновременная коррекция привычной диеты и привычных физических нагрузок с различными вариантами ограничения нежелательных привычек

| ВМЕШАТЕЛЬСТВО | УРОВЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ | ПРОГНОЗ ПОВЕДЕНИЯ РЕСПОНДЕНТА |
|--|------------------------|--|
| <p>Коррекция привычной диеты и физических нагрузок; ограничения или отказа от нежелательных привычек не требуется</p> | <p>высокий</p> | <p>вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено</p> |
| | <p>средний</p> | <p>вмешательство будет выполнено скорее частично, чем полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено частично, чем не выполнено</p> |
| | <p>низкий</p> | <p>вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено</p> |
| <p>Коррекция привычной диеты и физических нагрузок; ограничение нежелательных привычек</p> | <p>высокий</p> | <p>вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено</p> |
| | <p>средний</p> | <p>вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено</p> |
| | <p>низкий</p> | |
| <p>Коррекция привычной диеты и физических нагрузок; отказ от нежелательных привычек</p> | <p>высокий</p> | <p>вмешательство будет выполнено скорее частично, чем полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено частично, чем не выполнено</p> |
| | <p>средний</p> | <p>вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено</p> |
| | <p>низкий</p> | |

ВИЗУАЛЬНЫЕ ШКАЛЫ ПРОГНОЗИРУЕМОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕКОТОРЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ С УЧЕТОМ ПРИВЕРЖЕННОСТИ

Прием лекарственных препаратов

| ВМЕШАТЕЛЬСТВА | УРОВЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ | | |
|--|------------------------|------------------|------------|
| | ДОСТАТОЧНЫЙ | НЕДОСТАТОЧНЫЙ | |
| | ВЫСОКИЙ | СРЕДНИЙ | НИЗКИЙ |
| Прием 1 лекарственного препарата 1 раз в сутки | да или скорее да | да или скорее да | скорее нет |
| Прием 1 лекарственного препарата 2 раза в сутки | да или скорее да | скорее нет | нет |
| Прием 1 лекарственного препарата более 2 раз в сутки | да или скорее да | нет | нет |
| Прием 2 лекарственных препаратов | да или скорее да | скорее нет | нет |
| Прием 2 лекарственных препаратов 2 раза в сутки | да или скорее да | скорее нет | нет |
| Прием 2 лекарственных препаратов более 2 раз в сутки | да или скорее да | нет | нет |
| Прием более 2 лекарственных препаратов 1 раз в сутки | да или скорее да | нет | нет |
| Прием более 2 лекарственных препаратов 2 раза в сутки | да или скорее да | нет | нет |
| Прием более 2 лекарственных препаратов более 2 раз в сутки | скорее нет | нет | нет |

Посещения врача и самоконтроль состояния

| УРОВЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ | | | |
|---|------------------|------------------|------------------|
| ВМЕШАТЕЛЬСТВА | ДОСТАТОЧНЫЙ | НЕДОСТАТОЧНЫЙ | |
| | ВЫСОКИЙ | СРЕДНИЙ | НИЗКИЙ |
| Посещения «по требованию», самоконтроль не требуется | да или скорее да | да или скорее да | да или скорее да |
| Посещения не чаще 1 раза в месяц, самоконтроль не требуется | да или скорее да | да или скорее да | скорее нет |
| Посещения чаще 1 раза в месяц, самоконтроль не требуется | да или скорее да | да или скорее да | скорее нет |
| Посещения «по требованию», требуется самоконтроль | да или скорее да | скорее нет | нет |
| Посещения не чаще 1 раза в месяц, требуется самоконтроль | да или скорее да | нет | нет |
| Посещения чаще 1 раза в месяц, требуется самоконтроль | да или скорее да | нет | нет |

Коррекция привычек

| ВМЕШАТЕЛЬСТВА | УРОВЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ | | |
|---|------------------------|---------------------|--------|
| | ДОСТАТОЧНЫЙ | НЕДОСТАТОЧНЫЙ | |
| | ВЫСОКИЙ | СРЕДНИЙ | НИЗКИЙ |
| Коррекция диеты или нагрузок; коррекции нежелательных привычек не требуется | да или скорее да | да или скорее да | нет |
| Коррекция диеты и нагрузок; коррекции нежелательных привычек не требуется | да или скорее да | скорее нет | нет |
| Коррекция диеты или нагрузок; ограничение нежелательных привычек | да или скорее да | да или скорее да | нет |
| Коррекция диеты и нагрузок; ограничение нежелательных привычек | да или скорее да | нет | нет |
| Коррекция диеты или нагрузок; отказ от нежелательных привычек | да или скорее да | нет | нет |
| Коррекция диеты и нагрузок; отказ от нежелательных привычек | скорее нет | нет | нет |

УПРАВЛЕНИЕ ЛЕЧЕНИЕМ: ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ СТРАТЕГИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОГНОЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Управление лечением с учётом выявленных уровней приверженности у конкретного пациента направлено на достижение максимально возможного результата медицинских вмешательств.

Основы действий врача в зависимости от уровня приверженности пациента

| УРОВЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ | ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ | ПОСЕЩЕНИЕ ВРАЧА И САМОКОНТРОЛЬ СОСТОЯНИЯ | ИЗМЕНЕНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ |
|------------------------------------|--|--|--|
| ВЫСОКИЙ (ДОСТАТОЧНЫЙ) | не требует специального подбора и коррекции количества препаратов и кратности их приема | не требуют создания специальных режимов и условий медицинского сопровождения | рекомендованы подробные рекомендации по модификации диеты и нагрузок, а также в отношении отказа от нежелательных привычек и зависимостей |
| СРЕДНИЙ (НЕДОСТАТОЧНЫЙ) | нецелесообразно назначать более 3 препаратов (фиксированных комбинаций препаратов) для одновременного приема, при кратности более 2 раз в сутки | целесообразно планировать офисные визиты не чаще 1 раза в месяц и ограничивать количество лабораторных и инструментальных исследований, выделяя наиболее значимые | целесообразны краткие рекомендации в отношении диеты и образа жизни, непосредственно влияющие на течение и прогноз заболевания |
| НИЗКИЙ (НЕДОСТАТОЧНЫЙ) | целесообразно назначать не более 1 лекарственного препарата (фиксированной комбинации препаратов) не чаще 2 раз в сутки; нецелесообразно назначать препараты с «эффектом рикошета» или «эффектом отмены» | целесообразно планировать медицинское сопровождение в форме визитов «по требованию»; необходимые лабораторные и инструментальные исследования следует выполнять во время таких визитов | целесообразны очень краткие и конкретные рекомендации в отношении питания и нагрузок, непосредственно влияющих на течение и прогноз заболевания; не следует ожидать отказа от нежелательных привычек |

Выбор лечебной стратегии с учётом выявленного уровня приверженности (потенциальной приверженности) лекарственной терапии

| УРОВЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ | ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ СТРАТЕГИИ |
|---|--|
| <p>ВЫСОКИЙ (ДОСТАТОЧНЫЙ)</p> | <p>регулярный приём препаратов до 3 раз в сутки включительно значительно не снижает готовность пациента к лечению</p> |
| | <p>препараты можно назначать в виде фиксированных или нефиксированных комбинаций, либо в их сочетании; количество препаратов до 5 на 1 прием значительно не снижает готовность к лечению</p> |
| <p>СРЕДНИЙ (НЕДОСТАТОЧНЫЙ)</p> | <p>регулярный приём препаратов более двух раз в сутки значительно снижает готовность пациента к их приёму</p> |
| | <p>препараты можно назначать в виде фиксированных или нефиксированных комбинаций; одномоментное назначение трёх и более лекарственных средств значительно снижает готовность пациента к лечению</p> |
| <p>НИЗКИЙ (НЕДОСТАТОЧНЫЙ)</p> | <p>способность соблюдать регулярный приём препаратов хотя бы 1 раз в сутки сомнительна; рекомендация о регулярном приёме лекарственных средств, с частотой 2 или более раза в сутки, неэффективна</p> |
| | <p>лекарственные средства по возможности следует назначать в виде одного препарата или фиксированной комбинации препаратов; одномоментное назначение нескольких препаратов значительно снижает готовность пациента к их приёму</p> |
| | <p>следует учитывать возможность спонтанного прекращения приема или перерывов в приеме препаратов, что повышает риск развития нежелательных эффектов препаратов, требующих длительного титрования доз и (или) обладающих «синдромом рикошета» («синдромом отмены»)</p> |

Выбор лечебной стратегии с учётом выявленного уровня приверженности (потенциальной приверженности) медицинскому сопровождению

| УРОВЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ | ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ СТРАТЕГИИ |
|--------------------------------|---|
| ВЫСОКИЙ (ДОСТАТОЧНЫЙ) | <p>рекомендации по самоконтролю пациентом состояния здоровья или его отдельных параметров эффективны</p> <p>программу медицинского сопровождения следует основывать на оптимальной частоте плановых (в т. ч. профилактических) визитов, лабораторных и инструментальных исследований, в том числе установленных стандартами или клиническими рекомендациями</p> |
| СРЕДНИЙ (НЕДОСТАТОЧНЫЙ) | <p>рекомендации по самоконтролю пациентом состояния здоровья или его отдельных параметров частично эффективны или малоэффективны</p> <p>программу медицинского сопровождения следует основывать на минимально необходимой частоте плановых офисных визитов, с ограничением выполняемых исследований по количеству, отдавая предпочтение наиболее значимым</p> |
| НИЗКИЙ (НЕДОСТАТОЧНЫЙ) | <p>рекомендации по самоконтролю пациентом состояния здоровья или его отдельных параметров малоэффективны или не эффективны</p> <p>программу медицинского сопровождения следует основывать на обращениях «по требованию», связанных с изменением симптомов заболевания; профилактические визиты и визиты для планового обследования выполняться скорее не будут, чем будут, или не будут</p> |

Выбор лечебной стратегии с учётом выявленного уровня приверженности (потенциальной приверженности) модификации образа жизни

| УРОВЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ | ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ СТРАТЕГИИ |
|------------------------------------|--|
| ВЫСОКИЙ (ДОСТАТОЧНЫЙ) | <p>рекомендации по ограничению или отказу от нежелательных привычек (включая курение табака и электронных сигарет употребление токсических веществ, употребление алкоголя, избыточное употребление пищи и т. д.) могут быть обширными и детализированными</p> <p>рекомендации по коррекции привычной диеты (включая модификацию периодичности и структуры питания, отказ или уменьшение употребления отдельных продуктов и т. д.) и режима физических нагрузок (виды, частота, кратность) могут охватывать все стороны здоровья пациента</p> |
| СРЕДНИЙ (НЕДОСТАТОЧНЫЙ) | <p>рекомендации по ограничению нежелательных привычек (включая курение табака и электронных сигарет употребление токсических веществ, употребление алкоголя, избыточное употребление пищи и т. д.) должны быть конкретными и лаконичными; рекомендации по полному отказу от таких привычек выполняться скорее не будут, чем будут, или не будут</p> <p>рекомендации по коррекции привычной диеты, а также о видах, частоте и кратности физических нагрузок следует представлять в виде конкретной лаконичной информации; указанные рекомендации в первую очередь должны относиться к заболеванию, наиболее значимому в отношении развития опасных осложнений, неблагоприятного прогрессирования или исхода</p> |
| НИЗКИЙ (НЕДОСТАТОЧНЫЙ) | <p>рекомендации по ограничению нежелательных привычек целесообразно представлять в виде конкретного лаконичного перечня решений и действий, наиболее значимых для снижения жизнеугрожающего риска; полный или частичный отказ от нежелательных привычек маловероятен или невозможен</p> <p>рекомендации по коррекции диеты и физических нагрузок должны быть конкретными и предельно краткими; общие рекомендации по коррекции привычной диеты и физических нагрузок не эффективны</p> |

МОДЕЛИ УПРАВЛЕНИЯ ЛЕЧЕНИЕМ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ

Модель пациента: дееспособный пациент, имеющий хроническое заболевание.

Необходимы соответствующие стандарту лечения постоянная лекарственная терапия, медицинское наблюдение и модификация образа жизни.

Модель формирования стратегии лекарственной терапии

| ШАГ 1 | ШАГ 2 | ШАГ 3 | ШАГ 4 |
|--|--|--|---|
| <p>Выбрать средства, необходимые для лечения</p> <p>КЛАСС 1</p> | <p>Решения при назначении терапии:</p> <ul style="list-style-type: none"> — внутри каждого класса выбор препарата, обладающего: — наибольшей длительностью действия; — меньшими рисками развития осложнений («синдром рикошета») в случае пропуска приема; — совместимого с препаратами других классов. <p>Оптимизация схемы приема препаратов (единое время, единые условия, минимальная кратность)</p> | <p>Первичный мониторинг:</p> <ul style="list-style-type: none"> — оценить переносимость проводимой терапии (включая нежелательные эффекты); — оценить эффективность проводимой терапии (степень достижения целевых параметров лечения); — первичная коррекция вмешательств при необходимости (коррекция доз, замена препаратов) | <p>Текущий мониторинг:</p> <ul style="list-style-type: none"> — сформировать терапевтическую систему включая фиксированные комбинации препаратов в эффективных дозах; — коррекция (изменение, дополнение) лекарственной терапии по показаниям; — анализ и коррекция результатов лечения (в т.ч. с учетом терапии иных заболеваний, включая оценку рисков лекарственных взаимодействий) |
| <p>Выбрать средства, необходимые для лечения</p> <p>КЛАСС 2</p> | | | |
| <p>Выбрать средства, необходимые для лечения</p> <p>КЛАСС 3</p> | | | |
| <p>Выбрать средства, необходимые для лечения</p> <p>КЛАСС 4</p> | | | |

Модель формирования стратегии изменения образа жизни

| ШАГ 1 | ШАГ 2 | ШАГ 3 | ШАГ 4 |
|--|---|--|--|
| Анализ физической активности | При выявленной недостаточной физической активности дать конкретные рекомендации, например: «ходить пешком не менее 20 минут в день» | <p style="text-align: center;">Первичный мониторинг:</p> <p style="text-align: center;">— оценить эффективность выполнения рекомендаций (оценка достижения целей в отношении физической активности, массы тела, ограничения или прекращения употребления конкретных продуктов, снижения количества выкуриваемых сигарет, употребления алкоголя и пр.);</p> <p style="text-align: center;">— коррекция рекомендаций (при необходимости);</p> <p style="text-align: center;">— коррекция терапии (при необходимости)</p> | <p style="text-align: center;">Текущий мониторинг:</p> <p style="text-align: center;">— оценить эффективность выполнения рекомендаций с учетом результатов первичного мониторинга;</p> <p style="text-align: center;">— коррекция рекомендаций (при необходимости);</p> <p style="text-align: center;">— коррекция терапии (при необходимости)</p> |
| Анализ нежелательных привычек и зависимостей | При наличии рисков влияния нежелательных привычек либо зависимостей на проводимую лекарственную терапию, ИЗМЕНИТЬ ТЕРАПИЮ с учетом таких рисков | | |
| Анализ пищевого поведения и пищевых предпочтений | <p>Оценить влияние конкретных продуктов на заболевание и лекарственную терапию.</p> <p>Оценить солевой режим.</p> <p>Дать просто выполнимые рекомендации. НЕДОПУСТИМО абстрактное ограничение компонентов диеты, значимо не влияющих на состояние здоровья конкретного пациента!</p> | | |

Модель формирования стратегии медицинского сопровождения

| ШАГ 1 | ШАГ 2 | ШАГ 3 | ШАГ 4 |
|--|--|--|--|
| <p>Анализ необходимости медицинского сопровождения</p> | <p>Разработать программу медицинского сопровождения с минимально необходимым количеством вмешательств.</p> | <p>Первичный мониторинг:</p> <ul style="list-style-type: none"> — оценить эффективность выполнения рекомендаций | |
| <p>Анализ необходимости лабораторного (аппаратного) мониторинга состояния здоровья</p> | <p>Обязательно разъяснить пациенту значение таких вмешательств для его здоровья и жизни</p> | <ul style="list-style-type: none"> — коррекция рекомендаций (при необходимости) — коррекция сопровождения (при необходимости) | <p>Текущий мониторинг:</p> <ul style="list-style-type: none"> — оценить эффективность выполнения рекомендаций с учетом результатов первичного мониторинга; |
| <p>Анализ необходимости и возможности ответственного самоконтроля состояния пациента (модель ответственного самолечения)</p> | <p>Установить минимальное количество и кратность приема препаратов;</p> <p>исключить прием препаратов, обладающих значимым «синдромом отмены»;</p> <p>описать симптомы «критических состояний» и алгоритм действий при них (вызов)</p> | <p>Первичный мониторинг:</p> <ul style="list-style-type: none"> — оценить качество ответственного самоконтроля; — оценить возможность продолжения реализации модели ответственного самолечения | <ul style="list-style-type: none"> — коррекция рекомендаций (при необходимости); — коррекция модели ответственного самолечения (при необходимости) |

Список литературы

1. Приверженность лечению. Российское национальное руководство / Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П., Авдеев В.Н. [и др.] / Под общей ред. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П. — М.: Издательский дом Академии Естествознания, 2022. — 224 с., ил. ISBN 978-5-91327-746-6. DOI 10.17513/np.541. — EDN VMWTF.
2. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П., Авдеев В.Н. [и др.] Приверженность лечению. Российское национальное руководство. Краткое издание для практических врачей. *Терапия*. 2023;1(S):1–108. DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.1suppl.1-108>.
3. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (САА-25). *Клиническая фармакология и терапия* 2018;1(27):74-78.
4. Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д., Вукс А.Я. Метод прогнозирования медикаментозного комплайенса в психиатрии: методические рекомендации. СПб., 2007. — 17с.
5. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П., Анисимов В.Н., Васильева И.А., Виноградов О.И., Лазебник Л.Б., Поддубная И.В., Ройтман Е.В. и др. Управление лечением на основе приверженности. Согласительный документ — Междисциплинарные рекомендации РНМОТ, НОГР, НАТГ, ОДН, ГОРАН, РОО, РОФ. *Consilium-Medicum* 2020;5:9-18. DOI: 10.26442/20751753.2020.5.200078.
6. Geest S., Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs* 2003;2(4):323.
7. Nikolaev N.A., Martynov A.I., Skirdenko YU.P., Drapkina O.M., Livzan M.A., Moiseev S.V., on behalf of the Working group and Committee of experts. The first Russian consensus on the quantitative assessment of the adherence to treatment. *Medical News of North Caucasus* 2019;14(3):424-434. DOI:10.14300/mnnc.2019.14072.
8. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, WHO 2003;211 pp.
9. Николаев Н.А. Доказательная гипертензиология: количественная оценка результата антигипертензивной терапии. М.: Издательский дом «Академия естествознания», 2008. 92 с.
10. Николаев Н.А. Доказательная гипертензиология: пациентоориентированная антигипертензивная терапия. М.: Издательский дом Академии естествознания, 2015. 178 с.
11. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Бойцов С.А., Драпкина О.М. и др. Первый Российский консенсус по количественной оценке результатов медицинских вмешательств. *Медицинский вестник Северного Кавказа* 2019;2(14):283-301.
12. Скирденко Ю.П., Николаев Н.А., Переверзева К.Г., Тимакова А.Ю., Галус А.С., Якушин С.С. Современная антикоагулянтная терапия при фибрилляции предсердий: приверженность пациентов в клинической практике. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2022;18(1):49-55. <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2022-02-03>.
13. Berra E., Azizi M., Capron A., Hoieggen A., Rabbia F., Kjeldsen S.E., Staessen J.A., Wallemacq P., Persu A.. Evaluation of adherence should become an integral part of assessment of patients with apparently treatment-resistant hypertension. *Hypertension* 2016;68:297–306.
14. Kennedy-Martin T., Boye K.S., Peng X. Cost of medication adherence and persistence in type 2 diabetes mellitus: a literature review // *Patient preference and adherence*. — 2017. — Т. 11. — С. 1103.
15. Iuga A.O., McGuire M.J. Adherence and health care costs // *Risk management and healthcare policy*. — 2014. — Т. 7. — С. 35.
16. Моисеев С.В. Как улучшить приверженность к двойной антитромбоцитарной терапии после острого коронарного синдрома. *Клиническая фармакология и терапия* 2011;4(20):34–40.
17. Николаев Н.А. Пациентоориентированная антигипертензивная терапия: клинические рекомендации для практических врачей. *Врач* 2016;4:82-85.
18. Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Вклад приверженности терапии антикоагулянтами в риск осложнений фибрилляции предсердий. *Российский кардиологический журнал* 2019;2:64-69.
19. Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Количественная оценка приверженности к лечению у больных фибрилляцией предсердий в условиях реальной клинической практики. *Терапевтический архив* 2018;1:17-21.
20. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Драпкина О.М., Ливзан М.А. др. от имени Комитета экспертов. Первый Российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению. *Терапия* 2018;5:11-32.

21. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П., Анисимов В.Н., Васильева И.А., Виноградов О.И., Лазебник Л.Б., Поддубная И.В., Ройтман Е.В. и др. Управление лечением на основе приверженности: алгоритмы рекомендаций для пациентов. Междисциплинарные рекомендации. Медицинский вестник Северного Кавказа 2020;15(4):461-468. DOI:10.14300/mnnc.2020.15109.

22. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Балабанова А.А., Горбенко А.В., Андреев К.А., Федорин М.М., Ливзан М.А., Чебаненко Е.В., Усов Г.М. Шкала количественной оценки приверженности лечению «САА-25»: актуализация формулировок, конструктивная и факторная валидность и мера согласия. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2021;17(6):845-852. DOI:10.20996/1819-6446-2021-12-12.

23. Maffoni M, Traversoni S, Costa E, Midão L, Kardas P, Kurczewska-Michalak M, Giardini A. Medication adherence in the older adults with chronic multimorbidity: a systematic review of qualitative studies on patient's experience. Eur Geriatr Med 2020 Jun;11(3):369-381. doi: 10.1007/s41999-020-00313-2.

24. Vahanian A., Beyersdorf F., Praz F., Milojevic M., Baldus S., Bauersachs J., Capodanno D., Conradi L., Bonis M.D., Paulis R.D., Delgado V., Freemantle N., Gilard M., Haugaa K.H., Jeppsson A., Jüni P., Pierard L., Prendergast B.D., Sádaba J.R., Tribouilloy C., Wojakowski W. ESC/EACTS Scientific Document Group, 2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease: Developed by the Task Force for the management of valvular heart disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). European Heart Journal (2022) 43, 561–632 <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab395>.

25. Visseren F.L.J., Mach F., Smulders Y.M., Carballo D., Koskinas K.C., Bäck M., Benetos A., Biffi A, Boavida J.M., Capodanno D., Cosyns B., Crawford C., Davos C.H., Desormais I., Di Angelantonio E, Franco O.H., Halvorsen S., Hobbs F.D.R., Hollander M., Jankowska E.A., Michal M., Sacco S., Sattar N., Tokgozoglul L., Tonstad S., Tsioufis K.P., van Dis I., van Gelder I.C., Wannier C., Williams B.; ESC National Cardiac Societies; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2021 Sep 7;42(34):3227-3337. doi: 10.1093/eurheartj/ehab484.

26. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal 2018;39:3021–3104. doi:10.1093/eurheartj/ehy339.

27. Mancia G, Rea F, Cuspidi C, Grassi G, Corrao G. Blood pressure control in hypertension. Pros and cons of available treatment strategies. J Hypertens 2017;35:225–233

28. Оруджова Л.А., Скирденко Ю.П., Жеребилов В.В., Николаев Н.А. Роль полиморбидности и полипрагмазии в приверженности к лечению кардиоваскулярных больных. Medical review 2016;3:102-103.

29. Лысенко Ю.С., Микита О.Ю., Пинчук А.В., Хубутия А.Ш. Приверженность к лечению пациентов с хронической почечной недостаточностью до и после трансплантации почки. Вестник Психотерапии. 2020;5(80):60-6.

30. Ickovics J.R., Meisler A. W. Adherence in AIDS clinical trials: a framework for clinical research and clinical care. J. Clin. Epidemiol 1997;50(4):385–91.

31. Kastrissios H., Suárez J. R., Hammer S., Katzenstein D., et al. The extent of non-adherence in a large AIDS clinical trial using plasma dideoxynucleoside concentrations as a marker. AIDS 1998;12(17):2305–11.

32. Corrao G, Zambon A, Parodi A, Poluzzi E, Baldi I, Merlino L, Cesana G, Mancia G. Discontinuation of and changes in drug therapy for hypertension among newly-treated patients: a population-based study in Italy. J Hypertens 2008;26:819–824.

33. Gale NK, Greenfield S, Gill P, Gutridge K, Marshall T. Patient and general practitioner attitudes to taking medication to prevent cardiovascular disease after receiving detailed information on risks and benefits of treatment: a qualitative study. BMC Fam Pract 2011;12:59.

34. Krousel-Wood M, Joyce C, Holt E, Muntner P, Webber LS, Morisky DE, Frohlich ED, Re RN. Predictors of decline in medication adherence: results from the cohort study of medication adherence among older adults. Hypertension 2011;58:804–810.

35. Андреев К.А., Плиндер М.А., Сидоров Г.Г., Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Основные тренды приверженности к лечению у кардиологических больных. Современные проблемы науки и образования 2018;3:36-36.

36. Лутова Н.Б. Взаимосвязь субъективной удовлетворенности лечением и комплайенса больных психозами. Российский психиатрический журнал. 2012;6:65-68.

37. Intas G., Kalogianni A., Stergiannis P., Bratakos M. et al. Development and validation of a diabetes self-care activities questionnaire // Journal of Diabetes Nursing. 2012, Vol. 16, № 3, P. 100–110.

38. Fagard RH. Resistant hypertension. *Heart* 2012;98:254–261.
39. O'Shea B. Non-compliance and related phenomena. *Irish J. Psychol. Med.* 1995;12(2):72-76.
40. Skirdenko Ju.P., Zhrebilov V.V., Nikolaev N.A. Predictors of adherence to treatment in patients with atrial fibrillation. *International Journal of Applied and Fundamental Research.* 2016;5. www.science-sd.com/467-25081. Дата последнего доступа: 13.09.2016.
41. Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Проблема комплаенса в клинической психиатрии. *Психиатрия и психофармакотерапия.* 2004;4(6):159-162.
42. Fleischhacker W.W., Oehl M.A., Hummer M. Factors influencing compliance in schizophrenia patients. *J. Clin. Psychiatry.* 2003;16(64):10-13.
43. World Health Organization. Secondary prevention of non-communicable disease in low and middle-income countries through community-based and health service interventions. 2002. [//www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf). Дата последнего доступа: 07.09.2019.
44. Вид В.Д., Лутова Н.Б., Борцов А.В. Оценка субъективной удовлетворенности больного лечением в психиатрическом стационаре: состояние вопроса. Сообщение 1. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* 2007;1(2):7-9.
45. Лутова Н.Б. Взаимосвязь медикаментозного комплаенса и терапевтического альянса у больных психозами. *Вестник психотерапии.* 2012;44(49):23-29.
46. Shi L. et al. Concordance of adherence measurement using self-reported adherence questionnaires and medication monitoring devices *//Pharmacoeconomics.* — 2010. — Т. 28. — № 12. — С. 1097-1107.
47. Shi L. et al. Correlation between adherence rates measured by MEMS and self-reported questionnaires: a meta-analysis *//Health and quality of life outcomes.* — 2010. — Т. 8. — № 1. — С. 1-7.
48. Bakris G.L., Lindholm L.H., Black H.R., Krum H., Linas S., Linseman J.V., Arterburn S., Sager P., Weber M. Divergent results using clinic and ambulatory blood pressures: report of a darusentan-resistant hypertension trial. *Hypertension* 2010;56:824–830.
49. Laurent S., Schlaich M., Esler M. New drugs, procedures, and devices for hypertension. *Lancet* 2012;380:591–600.
50. Vrijens B., Vincze G., Kristanto P., Urquhart J., Burnier M. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *BMJ* 2008;336:1114–1117.
51. Gaebel W. Towards the improvement of compliance: the significance of psycho-education and new antipsychotic drugs. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 1997; 1(12):37-42.
52. Piatkowska O., Fernill D. Medication—Compliance and Practical Handbook / ed. by D.G. Kavanach. London^ Charman & Hall. 1992:339-355.
53. Wircht E.C. Noncompliance or how many aunts has Matilda? *Lancet.* 1993;342:909-913.
54. Жеребилов В.В., Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Гендерные особенности приверженности к лечению у больных стабильной стенокардией. *Международный журнал экспериментального образования* 2016;4(3):509-510.
55. Жиленко О.М., Кукенгемер В.С., Нейфельд М.С., Скирденко Ю.П. Приверженность к лечению у больных хронической сердечной недостаточностью. *Научное обозрение. Медицинские науки.* 2017; 5: 37-40; URL: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=1033> (дата последнего доступа: 07.09.2019).
56. Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. Опросники и шкалы для оценки приверженности к лечению — преимущества и недостатки диагностического метода в научных исследованиях и реальной клинической практике. *Кардиоваскулярная Терапия и Профилактика.* 2020;19(3):2562]. DOI:10.15829/1728-8800-2020-2562.
57. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Жеребилов В.В. Количественная оценка приверженности к лечению в клинической медицине: протокол, процедура, интерпретация. *Качественная клиническая практика* 2016;1:50-59.
58. Burnier M. Managing 'resistance': is adherence a target for treatment? *Curr Opin Nephrol Hypertens* 2014;23:439–443.
59. Лутова Н.Б. Комплаенс и психопатологическая симптоматика. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* 2012;3:59-65.
60. Лутова Н.Б., Макаревич О.В. Влияние семьи на медикаментозный комплаенс больных шизофренией. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* 2010;2:33-36.
61. Лутова Н.Б., Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Комплаенс в психиатрии и способ его оценки. *Психиатрия и психофармакотерапия.* 2002;1:8-12.

62. Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б., Вид В.Д. Роль подсистемы мотивации к лечению в общей структуре комплаенса у больных при проведении психофармакотерапии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016;4(116):32-36. DOI 10.1716/jnevro20161164132-36.

63. Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б., Вид В.Д. Типология больных психическими расстройствами в зависимости от структуры мотивации к лечению и приверженности терапии. Социальная и клиническая психиатрия. 2018;2(28):12-17.

64. Sorokin M.Y., Neznanov N.G., Lutova N.B., Wied V.D. Revisiting Drug Compliance: The Need for a Holistic Approach in the Treatment of Severe Mental Disorders. Consortium Psychiatricum. 2021;3(2):17-25. DOI 10.17816/CP93.

65. Агеев Ф.Т., Фофанова Т.В., Смирнова М.Д. Методы оценки, контроля и повышения приверженности терапии. Сердечная Недостаточность 2013;7(81):380-381.

66. Арабидзе Г.Г., Белоусов Ю.Б., Карпов Ю.А. Артериальная гипертония. Справочное руководство по диагностике и лечению. М.: Ремедиум; 1999. 225 с.

67. Журавская Н. Ю. Изучение приверженности лекарственной терапии больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, перенесших мозговой инсульт, диссертация на соискание ученой степени канд. мед. наук. Государственный научно — исследовательский центр профилактической медицины. М.; 2015.

68. Aliotta S.L., Vlasnik Jon J., DeLor Bonnie. Enhancing Adherence to Long-Term Medical Therapy: A New Approach to Assessing and Treating Patients. Advances in Therapy 2004;21(4):214–231.

69. Chowdhury R., Khan H., Heydon E., Shroufi A., et al. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. Eur. Heart J 2013;34(38):2940–8.

70. Corrao G., Parodi A., Nicotra F., Zambon A., Merlino L., Cesana G., Mancina G.. Better compliance to antihypertensive medications reduces cardiovascular risk. J Hypertens 2011;29:610–618.

71. Tiffe T., Wagner M., Rucker V., Morbach C., Gelbrich G., Stork S., Heuschmann P.U. Control of cardiovascular risk factors and its determinants in the general population- findings from the STAAB cohort study. BMC Cardiovasc Disord 2017;17:276.

72. Пучиньян Н.Ф., Довгалецкий Я.П., Долотовская П.В., Фурман Н.В. Приверженность рекомендованной терапии больных, перенесших острый коронарный синдром, и риск развития сердечно-сосудистых осложнений в течение года после госпитализации. Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2011;5(7):567–573.

73. Claxton A.J., Cramer J., Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. Clin. Ther 2001;23(8):1296–310.

74. Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication. N. Engl. J. Med 2005;353(5):487–97

75. Waeber B., Leonetti G., Kolloch R., McInnes G.T. Compliance with aspirin or placebo in the Hypertension Optimal Treatment (HOT) study. J. Hypertens 1999;17(7):1041–5.

76. Ефремова Е.В., Мензоров М.В., Сабитов И.А. Приверженность к лечению больных с хронической сердечной недостаточностью в условиях коморбидности. Клиническая медицина 2015;9:20-2.

77. Ho P.M., Bryson C.L., Rumsfeld J.S. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. Circulation 2009;119(23):3028–35.

78. Hwang S.L., Liao W.C., Huang T.Y. Predictors of quality of life in patients with heart failure. Jpn. J. Nurs Sci 2014;11(4):290-98.

79. Levine D.A., Morgenstern L. B., Langa K. M., Piette J. D., et al. Recent trends in cost-related medication nonadherence among stroke survivors in the United States. Ann. Neurol 2013;73(2):180–8.

80. Govani S.M. et al. Defining an optimal adherence threshold for patients taking subcutaneous anti-TNFs for inflammatory bowel diseases //The American journal of gastroenterology. — 2018. — Т. 113. — № 2. — С. 276.

81. Karve S. et al. Good and poor adherence: optimal cut-point for adherence measures using administrative claims data //Current medical research and opinion. — 2009. — Т. 25. — № 9. — С. 2303-2310.

82. Driving Therapy Adherence for Improved Health Outcomes. A Manifesto for the European Elections 2019. http://www.seniorinternationalhealthassociation.org/wp-content/uploads/2015/05/SIHA_Manifesto_Booklet_Online-version_without-sign_spread.pdf. Дата последнего доступа: 07.09.2019.

83. Misdrahi D., Llorca P.M., Lançon C., Bayle F.J. Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutical considerations and research implications. Encephale 2001;28(3):266–72.

84. Rodgers P.T., Ruffin D.M. Medication nonadherence: Part II—A pilot study in patients with congestive heart failure. Manag. Care Interface 1998;11(9):67–9.

85. Schiff G.D., Fung S., Speroff T., McNutt R. A. Decompensated heart failure: symptoms, patterns of onset, and contributing factors. *Am. J. Med* 2003;114(8):625–30.
86. Senst B.L., Achusim L.E., Genest R.P., Cosentino L.A., et al. Practical approach to determining costs and frequency of adverse drug events in a health care network. *Am. J. Health. Syst. Pharm* 2001;58(12):1126–32.
87. Stevens V.J., Obarzanek E., Cook N.R., Lee I.M., Appel L.J., Smith West D., Milas N.C., Mattfeldt-Beman M., Belden L., Bragg C., Millstone M., Raczynski J., Brewer A., Singh B., Cohen J., Trials for the Hypertension Prevention Research G. Long-term weight loss and changes in blood pressure: results of the Trials of Hypertension Prevention, phase II. *Ann Intern Med* 2001;134:1–11.
88. Whelton P.K., Appel L.J., Espeland M.A., Applegate W.B., Ettinger W.H. Jr, Kostis J.B., Kumanyika S., Lacy C.R., Johnson K.C., Folmar S., Cutler J.A. Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older persons: a randomized controlled trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE). TONE Collaborative Research Group. *JAMA* 1998;279:839–846.
89. Alphs L., Nasrallah H., Bossie C., Fu D-J., Gopal S., Hough D., Turkoz I. Factors associated with relapse in schizophrenia despite adherence to long-acting injectable antipsychotic therapy. *Int Clin Psychopharmacol*, 2016 Jul;31(4):202-9. DOI: 10.1097/YIC.000000000000125.
90. Barkhof E., Meijer C.J., de Sonnevile L.M.J., Linszen D.H., de Haan L. Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia—a review of the past decade. *Eur Psychiatry* . 2012 Jan;27(1):9-18. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2011.02.005. Epub 2011 May 10.
91. Zygmunt A., Olsson M., Boyer C., Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*. 2002 Oct;159(10):1653-64. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.10.1653.
92. Conn V.S. et al. Medication adherence interventions that target subjects with adherence problems: systematic review and meta-analysis // *Research in Social and Administrative Pharmacy*. — 2016. — Т. 12. — № 2. — С. 218-246.
93. Cross A.J., Elliott R.A., Petrie K., Kuruvilla L., George J. Interventions for improving medication-taking ability and adherence in older adults prescribed multiple medications. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 May 8;5(5):CD012419. doi: 10.1002/14651858.
94. Hindricks G., Potpara T., Dagres N., Arbelo E, Bax J.J., Blomström-Lundqvist C., Boriani G., Castella M., Dan G.A., Dilaveris P.E., Fauchier L., Filippatos G., Kalman J.M., La Meir M., Lane D.A., Lebeau J.P., Lettino M., Lip G.Y.H., Pinto F.J., Thomas G.N., Valgimigli M., Van Gelder .IC., Van Putte B.P., Watkins C.L.; ESC Scientific Document Group. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2021 Feb 1;42(5):373-498. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa612.
95. Mazzaglia G., Ambrosioni E., Alacqua M., Filippi A., et al. Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Circulation* 2009;120(16):1598–605.
96. Хохлов А.А., Лисенкова Л.А., Раков А.А. Анализ факторов, определяющих приверженность к антигипертензивной терапии. *Качественная Клиническая Практика* 2003;4:59–66.
97. Birtwhistle R.V., Godwin M.S., Delva M.D., Casson R.I., et al. Randomised equivalence trial comparing three month and six month follow up of patients with hypertension by family practitioners. *BMJ* 2004;328(7433):204.
98. Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU), “Targeting Adherence”, May 2008. <https://www.pgeu.eu/en/policy/5-adherence.html>. Дата последнего доступа: 07.04.2023.
99. Фесенко Э.В., Коновалов Я.С., Аксенов Д.В., Перельгин К.В. Современные проблемы обеспечения приверженности пациентов пожилого возраста с сердечно-сосудистой патологией к фармакотерапии. *Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия Медицина. Фармация* 2011;22(16/1):95–99.
100. Coleman C.I., Limone B., Sobieraj D.M., Lee S., et al. Dosing frequency and medication adherence in chronic disease. *J. Manag. Care Pharm* 2012;18(7):527–39.
101. Schedlbauer A., Davies P., Fahey T. Interventions to improve adherence to lipid lowering medication. *Cochrane database Syst. Rev* 2010;3:CD004371.
102. Mann D.M. et al. Predictors of nonadherence to statins: a systematic review and meta-analysis // *Annals of Pharmacotherapy*. — 2010. — Т. 44. — № 9. — С. 1410-1421.
103. Balkrishnan R. Predictors of medication adherence in the elderly // *Clinical therapeutics*. — 1998. — Т. 20. — № 4. — С. 764-771.

104. Строкова Е.В., Ш Е.А., Шварц Ю.Г. Влияние внутренней картины болезни, копинг-стратегий и самооотношения пациенток, перенесших инфаркт миокарда, на регулярность и приверженность к длительной терапии ишемической болезни сердца. *Современные исследования социальных проблем* 2012;1:1169–1190.

105. Строкова Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Динамика аффективных расстройств на фоне длительного приема аторвастатина, отношение к болезни и приверженность к лечению статином пациентов с высоким риском развития ИБС. *Современные проблемы науки и образования* 2011;6:18.

106. Тарасенко Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Приверженность к длительному лечению и факторы на нее влияющие. *Фундаментальные исследования* 2007;9:57–58.

107. Jokisalo E., Enlund H., Halonen P., Takala J., et al. Factors related to poor control of blood pressure with antihypertensive drug therapy. *Blood Press* 2003;12(1):49–55.

108. Langebeek N. et al. Predictors and correlates of adherence to combination antiretroviral therapy (ART) for chronic HIV infection: a meta-analysis // *BMC medicine*. — 2014. — Т. 12. — № 1. — С. 1-14.

109. Mausbach B.T., Schwab R.B., Irwin S.A. Depression as a predictor of adherence to adjuvant endocrine therapy (AET) in women with breast cancer: a systematic review and meta-analysis // *Breast Cancer Research and Treatment*. — 2015. — Т. 152. — № 2. — С. 239-246.

110. Brandes K., Mullan B. Can the common-sense model predict adherence in chronically ill patients? A meta-analysis // *Health psychology review*. — 2014. — Т. 8. — № 2. — С. 129-153.

111. Hendershot C.S. et al. Alcohol use and antiretroviral adherence: review and meta-analysis // *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. — 2009. — Т. 52. — № 2. — С. 180-202.

112. DiMatteo M.R., Haskard K.B., Williams S.L. Health beliefs, disease severity, and patient adherence: a meta-analysis // *Medical care*. — 2007. — С. 521-528.

113. Алексеева Т.С. Факторы, влияющие на приверженность к модификации образа жизни в организованной популяции. *Системные гипертензии* 2013;12:19-22.

114. Naderi SH, Bestwick JP, Wald DS. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients. *Am J Med* 2012;125:882–887.e1.

115. Benson J., Britten N. Patients' views about taking antihypertensive drugs: questionnaire study. *BMJ* 2003;326(7402):1314–5.

116. Gupta P., Patel P., Strauch B., Lai F.Y., Akbarov A., Gulsin G.S., Beech A., Maresova V., Topham P.S., Stanley A., Thurston H., Smith P.R., Horne R., Widimsky J., Keavney B., Heagerty A., Samani NJ, Williams B., Tomaszewski M.. Biochemical screening for nonadherence is associated with blood pressure reduction and improvement in adherence. *Hypertension* 2017;70:1042–1048.

117. Jung O., Gechter J.L., Wunder C., Paulke A., Bartel C., Geiger H., Toennes S.W. Resistant hypertension? Assessment of adherence by toxicological urine analysis. *J Hypertens* 2013;31:766–774.

118. Tomaszewski M., White C., Patel P., Masca N., Damani R., Hepworth J., Samani N.J., Gupta P., Madira W., Stanley A., Williams B. High rates of non-adherence to antihypertensive treatment revealed by high-performance liquid chromatography tandem mass spectrometry (HP LC-MS/MS) urine analysis. *Heart* 2014;100:855–861.

119. Домбровский В.С., Омеляновский В.В. Вопросы изучения приверженности лечению: критерии оценки и терминология. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2015;2(20):16-23.

120. Collado-Mateo D., Lavín-Pérez A.M., Peñacoba C., Del Coso J., Leyton-Román M., Luque-Casado A., Gasque P., Fernández-Del-Olmo M.Á., Amado-Alonso D.. Key Factors Associated with Adherence to Physical Exercise in Patients with Chronic Diseases and Older Adults: An Umbrella Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Feb 19;18(4):2023. doi: 10.3390/ijerph18042023.

121. Essery R. et al. Predictors of adherence to home-based physical therapies: a systematic review // *Disability and rehabilitation*. — 2017. — Т. 39. — № 6. — С. 519-534.

122. Fletcher B.R., Hartmann-Boyce J., Hinton L., McManus R.J. The effect of selfmonitoring of blood pressure on medication adherence and lifestyle factors: a systematic review and meta-analysis. *Am J Hypertens* 2015;28:1209–1221.

123. Conn V.S., Ruppert T.M., Chase J.A., Enriquez M., Cooper P.S. Interventions to improve medication adherence in hypertensive patients: systematic review and meta-analysis. *Curr Hypertens Rep* 2015;17:94.

124. Parati G., Omboni S. Role of home blood pressure telemonitoring in hypertension management: an update. *Blood Press Monit* 2010;15:285–295.

125. Menditto E. et al. Patient centric pharmaceutical drug product design—The impact on medication adherence // *Pharmaceutics*. — 2020. — Т. 12. — № 1. — С. 44.

126. Konkle-Parker D.J. A motivational intervention to improve adherence to treatment of chronic disease // *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. — 2001. — Т. 13. — № 2. — С. 61-68.
127. Burnier M., Brede Y., Lowy A. Impact of prolonged antihypertensive duration of action on predicted clinical outcomes in imperfectly adherent patients: comparison of aliskiren, irbesartan and ramipril. *Int J Clin Pract* 2011;65:127–133.
128. Lowy A., Munk V.C., Ong S.H., Burnier M., Vrijens B., Tousset E.P., Urquhart J. Effects on blood pressure and cardiovascular risk of variations in patients' adherence to prescribed antihypertensive drugs: role of duration of drug action. *Int J Clin Pract* 2011;65:41–53.
129. Connor J., Rafter N., Rodgers A. Do fixed-dose combination pills or unit-of-use packaging improve adherence? A systematic review // *Bulletin of the World Health Organization*. — 2004. — Т. 82. — № 12. — С. 935-939.
130. Saini S.D. et al. Effect of medication dosing frequency on adherence in chronic diseases. — 2009.
131. Anglada-Martinez H. et al. Does mHealth increase adherence to medication? Results of a systematic review // *International journal of clinical practice*. — 2015. — Т. 69. — № 1. — С. 9-32.
132. Perez-Jover V. et al. Mobile apps for increasing treatment adherence: systematic review // *Journal of medical Internet research*. — 2019. — Т. 21. — № 6. — С. e12505.
133. Алексеев В.Н., Малеванная О.А., Самих Е.Н. Причины низкой приверженности к лечению больных первичной остроугольной глаукомой. *Офтальмологические ведомости* 2010;3(4):37-39.
134. Драпкина О.М., Ливзан М.А., Мартынов А.И., Моисеев С.В. и др. Первый Российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению: основные положения, алгоритмы и рекомендации. *Медицинский вестник Северного Кавказа* 2018;1.2(13):259-271.
135. Скирденко Ю.П., Шустов А.В., Жеребилов В.В., Николаев Н.А. Приверженность к лечению как новый фактор выбора оральных антикоагулянтов у носителей мутаций системы гемостаза больных фибрилляцией предсердий. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии* 2016;5(12):494-502.
136. Balkrishnan R. The importance of medication adherence in improving chronic-disease related outcomes: what we know and what we need to further know // *Medical care*. — 2005. — Т. 43. — № 6. — С. 517-520.
137. Марцевич С.Ю., Кутищенко Н.П., Толпыгина С.Н., Лукина Ю.В., и др. Эффективность и безопасность лекарственной терапии при первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. *Рекомендации ВНОК, 2011. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2011;5:72.
138. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Бунова С.С., Ершов А.В. Рациональная фармакотерапия в кардиологии: от рутинного контроля к эффективному управлению. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии* 2017;5(13):609-614.
139. Morisky D.E., Ang A., Krousel-Wood M., Ward H. J. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting // *J. Clin. Hypertens (Greenwich)*. 2008; 10 (5): 348–354.
140. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence // *Med. Care*. 1986; 24: 67–74.
141. Погосова Г.В. Улучшение приверженности к лечению артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца — ключевое снижение сердечнососудистой смертности. *Кардиология* 2007;3:79–84.
142. Gupta P., Patel P., Horne R., Buchanan H., Williams B., Tomaszewski M. How to screen for non-adherence to antihypertensive therapy. *Curr Hypertens Rep* 2016;18:89.
143. McDonnell P.J., Jacobs M.R. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. *Ann. Pharmacother* 2002;36(9):1331–6.

Приложение 1

СИСТЕМА ОПРОСНИКОВ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ КОП-25

Разработанный в 2008 г. для оценки приверженности лечению больных артериальной гипертензией, опросник КОП-25 в 2010 г. был модернизирован и адаптирован для универсального применения. В 2016 г. в журнале «Качественная клиническая практика» опубликован протокол процедуры анализа приверженности к лечению с помощью КОП-25, в 2018 в журнале «Клиническая фармакология и терапия» осуществлена официальная публикация текста опросника и его методологии.

Анкета опросника включает 25 вопросов.

В настоящее время разработано 10 модификаций анкеты: для оценки фактической и потенциальной приверженности лекарственной терапии, медицинскому сопровождению, модификации образа жизни, а также интегральной приверженности лечению в различных группах респондентов (подростки, взрослые, беременные, а также законные представители ограниченно дееспособных и недееспособных пациентов).

Анкетирование респондентов

Опросник заполняется респондентом лично или с участием интервьюера. Анкета опросника включает 25 вопросов с вариантами ответов.

Анкета опросника заполняется последовательно с 1 по 25 вопрос. На каждый вопрос имеется 6 вариантов ответов. Респондент выбирает наиболее подходящий, по его мнению, ответ из предложенного для каждого вопроса закрытого перечня вариантов ответов. На каждый вопрос анкеты может быть выбран только один ответ.

В систему КОП-25 включены следующие анкеты:

КОП-25 А1 комплексной оценки приверженности лечению дееспособных респондентов, достигших возраста 18 лет и старше, за исключением беременных женщин;

КОП-25 А2 комплексной оценки потенциальной приверженности лечению дееспособных респондентов, достигших возраста 18 лет и старше, за исключением беременных женщин;

КОП-25 Б1 комплексной оценки приверженности лечению дееспособных респондентов — беременных женщин;

КОП-25 Б2 комплексной оценки потенциальной приверженности лечению дееспособных респондентов — беременных женщин;

КОП-25 В1 комплексной оценки приверженности лечению дееспособных респондентов, достигших возраста 15 лет, но не достигших 18 лет;

КОП-25 В2 комплексной оценки потенциальной приверженности лечению дееспособных респондентов, достигших возраста 15 лет, но не достигших 18 лет;

КОП-25 Г1 комплексной оценки приверженности лечению ограничено дееспособных респондентов, достигших возраста 12 лет, но не достигших 15 лет;

КОП-25 Г2 комплексной оценки потенциальной приверженности лечению ограничено дееспособных респондентов, достигших возраста 12 лет, но не достигших 15 лет;

КОП-25 Д1 комплексной оценки приверженности лечению респондентов — законных представителей, в том числе родителей, опекунов, попечителей, лиц, не достигших возраста 12 лет, а также иных недееспособных или ограничено дееспособных лиц;

КОП-25 Д2 комплексной оценки потенциальной приверженности лечению респондентов — законных представителей, в том числе родителей, опекунов, попечителей, лиц, не достигших возраста 12 лет, а также иных недееспособных или ограничено дееспособных лиц.

Алгоритм выбора анкеты опросника КОП-25 в зависимости от групповой принадлежности респондента (блок-схема)

| | | |
|--|---|------------------|
| Дееспособные респонденты, достигшие возраста 18 лет и старше, за исключением беременных женщин | Установлен диагноз хронического заболевания | Анкета КОП-25 А1 |
| | Хронические заболевания или их проявления не выявлены | Анкета КОП-25 А2 |
| Дееспособные респонденты — беременные женщины | Установлен диагноз хронического заболевания | Анкета КОП-25 Б1 |
| | Хронические заболевания или их проявления не выявлены | Анкета КОП-25 Б2 |
| Дееспособные респонденты, достигшие возраста 15 лет ^{<*>} , но не достигшие возраста 18 лет, за исключением беременных женщин | Установлен диагноз хронического заболевания | Анкета КОП-25 В1 |
| | Хронические заболевания или их проявления не выявлены | Анкета КОП-25 В2 |
| Ограничено дееспособные респонденты, достигшие возраста 12 лет, но не достигшие возраста 15 лет ^{<*>} | Установлен диагноз хронического заболевания | Анкета КОП-25 Г1 |
| | Хронические заболевания или их проявления не выявлены | Анкета КОП-25 Г2 |
| Респонденты — законные представители (в т.ч. родители, опекуны, попечители) лиц, не достигших возраста 12 лет ^{<*>} , а также иных недееспособных и ограничено дееспособных лиц | У подопечного установлен диагноз хронического заболевания | Анкета КОП-25 Д1 |
| | У подопечного хронические заболевания или их проявления не выявлены | Анкета КОП-25 Д2 |

^{<*>} Заполняют анкету опросника самостоятельно. Заполняет анкету опросника с согласия законного представителя (родителя, опекуна, попечителя, иного лица) респондента, оформляемого в порядке (при наличии), установленном национальным законодательством.

^{<*>} Полные тексты анкет также размещены в сети Интернет на сайтах Российского научного медицинского общества терапевтов <https://rnmot.org/sektsii/struktura-dok-med-8.html> и Научной электронной библиотеки <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=50783444>.

Анкеты оценки приверженности лечению

Анкета КОП-25 А1 комплексной оценки приверженности лечению дееспособных респондентов, достигших возраста 18 лет и старше, за исключением беременных женщин

| | | | | | | |
|--|---------------------|----------------|----------------------------|----------------------------|------------------|-------------|
| 1. Врач выявил у вас хроническую болезнь. Важно ли вам знать, какими признаками она проявляется? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|--------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------|---------------------|
| 2. Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|--------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------|---------------------|
| 3. Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|--------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------|---------------------|
| 4. Врач назначил вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|--------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------|---------------------|
| 5. Врач предложил вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---------------------|----------------|----------------------------|----------------------------|------------------|-------------|
| 6. Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас не ощущать эти проявления? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|------------------------------|----------------|----------------------------|----------------------------|------------------|-------------|
| 7. Насколько важна для вас сексуальная жизнь? | Совершенно не важно / её нет | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|--------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------|---------------------|
| 8. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычный образ жизни. Насколько сложно для вас такое изменение? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|--------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------|---------------------|
| 9. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычную диету. Насколько сложно для вас такое изменение? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------|----------------|----------------------------|----------------------------|------------------|-------------|
| 10. Хроническая болезнь может привести к ограничению или утрате трудоспособности. Насколько важно для вас в таком случае получать социальную помощь от государства? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---------------------|----------------|----------------------------|----------------------------|------------------|-------------|
| 11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы. Насколько важно для вас знать результаты анализов? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---------------------|----------------|----------------------------|----------------------------|------------------|-------------|
| 12. Все люди верят или не верят в бога. Насколько важно для вас верить в бога? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|-------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------|---------------------|
| 13. Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярно посещать врача. Насколько сложно для вас такое врачебное наблюдение? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Приём лекарств может вызывать неприятные ощущения. Насколько сложно для вас будет переносить такие ощущения? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас пойти на такие ограничения? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Врач назначил лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Врач назначил лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Врач назначил несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Врач предложил каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Врач сообщил, что назначенные лекарства могут вызывать неприятные ощущения, в том числе и те, что вы у себя уже наблюдаете. Будете ли вы принимать такие лекарства? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. Врач сообщил, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальные возможности. Будете ли вы принимать такие лекарства? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно приходить на приём. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно сдавать анализы. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Анкета КОП-25 А2 комплексной оценки потенциальной приверженности лечению дееспособных респондентов, достигших возраста 18 лет и старше, за исключением беременных женщин

| | | | | | | |
|---|------------------------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------|---------------------|
| 1. Если врач выявит у вас хроническую болезнь, важно ли будет вам знать, какими признаками она проявляется? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Если врач назначит вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Если врач предложит вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас, если вы заболете, не ощущать эти проявления? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Насколько важна для вас сексуальная жизнь? | Совершенно не важно / её нет | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Хроническая болезнь может вынудить изменить привычный образ жизни. Насколько сложно будет для вас такое изменение? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Хроническая болезнь может вынудить изменить привычную диету. Насколько сложно будет для вас такое изменение? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Хроническая болезнь может привести к ограничению или утрате трудоспособности. Насколько важно для вас в таком случае получать социальную помощь от государства? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы. Насколько важно будет для вас знать результаты анализов? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Все люди верят или не верят в бога. Насколько важно для вас верить в бога? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|-------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------|---------------------|
| 13. Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярно посещать врача. Насколько сложно будет для вас такое врачебное наблюдение? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Приём лекарств может вызывать неприятные ощущения. Насколько сложно будет для вас переносить такие ощущения? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас пойти на такие ограничения? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Если врач назначит вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Если врач предложит вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Если врач сообщит вам, что назначенные лекарства могут вызывать неприятные ощущения, будете ли вы принимать такие лекарства? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. Если врач сообщит вам, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальные возможности, будете ли вы принимать такие лекарства? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно регулярно приходить на приём, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно регулярно сдавать анализы, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Анкета КОП-25 Б1 комплексной оценки приверженности лечению дееспособных респондентов — беременных женщин

| | | | | | | |
|---|------------------------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------|---------------------|
| 1. Врач выявил у вас хроническую болезнь. Важно ли вам знать, какими признаками она проявляется? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Врач назначил вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Врач предложил вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас не ощущать эти проявления? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Насколько важна для вас сексуальная жизнь? | Совершенно не важно / её нет | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычный образ жизни. Насколько сложно для вас такое изменение? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычную диету. Насколько сложно для вас такое изменение? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Хроническая болезнь может привести к ограничению или утрате трудоспособности. Насколько важно для вас в таком случае получать социальную помощь от государства? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы. Насколько важно для вас знать результаты анализов? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Все люди верят или не верят в бога. Насколько важно для вас верить в бога? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярно посещать врача. Насколько сложно для вас такое врачебное наблюдение? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|-------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------|---------------------|
| 14. Врач сообщил вам, что назначенные лекарства могут оказать влияние на плод, при этом не будут угрожать его жизни, а возможная польза для вас от лекарства больше, чем вероятный вред для плода. Насколько сложно для вас будет принимать такие лекарства? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас пойти на такие ограничения? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Врач назначил лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Врач назначил лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Врач назначил несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Врач предложил каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Врач сообщил вам, что назначенные лекарства могут вызывать незначительные отклонения в росте плода, или вызывать неприятные ощущения у вас. Будете ли вы принимать такие лекарства? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. Врач сообщил, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальные возможности. Будете ли вы принимать такие лекарства? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно приходить на приём. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно сдавать анализы. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Анкета КОП-25 Б2 комплексной оценки потенциальной приверженности лечению дееспособных респондентов — беременных женщин

| | | | | | | |
|---|------------------------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------|---------------------|
| 1. Если врач выявит у вас хроническую болезнь, важно ли будет вам знать, какими признаками она проявляется? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Если врач назначит вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Если врач предложит вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас, если вы заболете, не ощущать эти проявления? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Насколько важна для вас сексуальная жизнь? | Совершенно не важно / её нет | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Хроническая болезнь может вынудить изменить привычный образ жизни. Насколько сложно будет для вас такое изменение? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Хроническая болезнь может вынудить изменить привычную диету. Насколько сложно будет для вас такое изменение? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Хроническая болезнь может привести к ограничению или утрате трудоспособности. Насколько важно для вас в таком случае получить социальную помощь от государства? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы. Насколько важно будет для вас знать результаты анализов? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Все люди верят или не верят в бога. Насколько важно для вас верить в бога? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярно посещать врача. Насколько сложно будет для вас такое врачебное наблюдение? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|-------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------|---------------------|
| 14. Если врач сообщит вам, что назначенные лекарства могут оказывать влияние на плод, при этом не будут угрожать его жизни, а возможная польза для вас от лекарства больше, чем вероятный вред для плода, насколько сложно будет для вас принимать эти лекарства? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас пойти на такие ограничения? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Если врач назначит вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Если врач предложит вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Если врач сообщит вам, что назначенные лекарства могут вызывать незначительные отклонения в росте плода, или вызывать неприятные ощущения у вас, будете ли вы принимать такие лекарства? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. Если врач сообщит вам, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальные возможности, будете ли вы принимать такие лекарства? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно регулярно приходить на приём, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно регулярно сдавать анализы, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Анкета КОП-25 В1 комплексной оценки приверженности лечению дееспособных респондентов, достигших возраста 15 лет, но не достигших 18 лет

| | | | | | | |
|--|---------------------|----------------|----------------------------|----------------------------|------------------|-------------|
| 1. Врач выявил у вас хроническую болезнь. Важно ли вам знать, какими признаками она проявляется? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|--------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------|---------------------|
| 2. Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|--------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------|---------------------|
| 3. Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|--------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------|---------------------|
| 4. Врач назначил вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|--------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------|---------------------|
| 5. Врач предложил вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---------------------|----------------|----------------------------|----------------------------|------------------|-------------|
| 6. Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас не ощущать эти проявления? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|------------------------------|----------------|----------------------------|----------------------------|------------------|-------------|
| 7. Насколько важно для вас находиться в личных отношениях, включая эмоциональную или физическую близость? | Совершенно не важно / её нет | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|--------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------|---------------------|
| 8. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычный образ жизни. Насколько сложно для вас такое изменение? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|--------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------|---------------------|
| 9. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычную диету. Насколько сложно для вас такое изменение? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------|----------------|----------------------------|----------------------------|------------------|-------------|
| 10. Хроническая болезнь может привести к ограничению или утрате трудоспособности. Насколько важно для вас в таком случае получать социальную помощь от государства? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---------------------|----------------|----------------------------|----------------------------|------------------|-------------|
| 11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы. Насколько важно для вас знать результаты анализов? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---------------------|----------------|----------------------------|----------------------------|------------------|-------------|
| 12. Все люди верят или не верят в бога. Насколько важно для вас верить в бога? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|-------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------|---------------------|
| 13. Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярно посещать врача. Насколько сложно для вас такое врачебное наблюдение? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Приём лекарств может вызывать неприятные ощущения. Насколько сложно для вас будет переносить такие ощущения? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас пойти на такие ограничения? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Врач назначил лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Врач назначил лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Врач назначил несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Врач предложил каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Врач сообщил, что назначенные лекарства могут вызывать неприятные ощущения, в том числе и те, что вы у себя уже наблюдаете. Будете ли вы принимать такие лекарства? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. Врач сообщил, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальные возможности. Будете ли вы принимать такие лекарства? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно приходить на приём. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно сдавать анализы. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Анкета КОП-25 В2 комплексной оценки потенциальной приверженности лечению дееспособных респондентов, достигших возраста 15 лет, но не достигших 18 лет

| | | | | | | |
|---|------------------------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------|---------------------|
| 1. Если врач выявит у вас хроническую болезнь, важно ли будет вам знать, какими признаками она проявляется? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Если врач назначит вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Если врач предложит вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас, если вы заболете, не ощущать эти проявления? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Насколько важно для вас находиться в личных отношениях, включая эмоциональную или физическую близость? | Совершенно не важно / её нет | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Хроническая болезнь может вынудить изменить привычный образ жизни. Насколько сложно будет для вас такое изменение? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Хроническая болезнь может вынудить изменить привычную диету. Насколько сложно будет для вас такое изменение? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Хроническая болезнь может привести к ограничению или утрате трудоспособности. Насколько важно для вас в таком случае получать социальную помощь от государства? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы. Насколько важно будет для вас знать результаты анализов? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Все люди верят или не верят в бога. Насколько важно для вас верить в бога? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|-------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------|---------------------|
| 13. Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярно посещать врача. Насколько сложно будет для вас такое врачебное наблюдение? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Приём лекарств может вызывать неприятные ощущения. Насколько сложно будет для вас переносить такие ощущения? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас пойти на такие ограничения? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Если врач назначит вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Если врач предложит вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Если врач сообщит вам, что назначенные лекарства могут вызывать неприятные ощущения, будете ли вы принимать такие лекарства? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. Если врач сообщит вам, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальные возможности, будете ли вы принимать такие лекарства? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно регулярно приходить на приём, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно регулярно сдавать анализы, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Анкета КОП-25 Г1 комплексной оценки приверженности лечению ограничено дееспособных респондентов, достигших возраста 12 лет, но не достигших 15 лет

| | | | | | | |
|---|------------------------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------|---------------------|
| 1. Врач выявил у вас хроническую болезнь. Важно ли вам знать, какими признаками она проявляется? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Врач назначил вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Врач предложил вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас не ощущать эти проявления? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Насколько важно для вас находиться с кем-либо в личных отношениях? | Совершенно не важно / её нет | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычный образ жизни. Насколько сложно для вас такое изменение? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычную диету. Насколько сложно для вас такое изменение? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Хроническая болезнь может привести к ограничению или утрате трудоспособности. Насколько важно для вас в таком случае получить социальную помощь от государства? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы. Насколько важно для вас знать результаты анализов? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Все люди во что-либо верят или не верят. Насколько важно для вас во что-либо верить? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|-------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------|---------------------|
| 13. Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярно посещать врача. Насколько сложно для вас такое врачебное наблюдение? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Приём лекарств может вызывать неприятные ощущения. Насколько сложно для вас будет переносить такие ощущения? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас пойти на такие ограничения? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Врач назначил лекарство, которое нужно принимать регулярно в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Врач назначил лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Врач назначил несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Врач предложил каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Врач сообщил, что назначенные лекарства могут вызывать неприятные ощущения, в том числе и те, что вы у себя уже наблюдаете. Будете ли вы принимать такие лекарства? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. Врач сообщил, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальные возможности. Будете ли вы принимать такие лекарства? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно приходить на приём. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно сдавать анализы. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Анкета КОП-25 Г2 комплексной оценки потенциальной приверженности лечению ограниченно дееспособных респондентов, достигших возраста 12 лет, но не достигших 15 лет

| | | | | | | |
|---|---------------------|----------------|----------------------------|----------------------------|------------------|-------------|
| 1. Если врач выявит у вас хроническую болезнь, важно ли будет вам знать, какими признаками она проявляется? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|--------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------|---------------------|
| 2. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|--------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------|---------------------|
| 3. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|--------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------|---------------------|
| 4. Если врач назначит вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|--------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------|---------------------|
| 5. Если врач предложит вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---------------------|----------------|----------------------------|----------------------------|------------------|-------------|
| 6. Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас, если вы заболаете, не ощущать эти проявления? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|------------------------------|----------------|----------------------------|----------------------------|------------------|-------------|
| 7. Насколько важно для вас находиться с кем-либо в личных отношениях? | Совершенно не важно / её нет | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|--------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------|---------------------|
| 8. Хроническая болезнь может вынудить изменить привычный образ жизни. Насколько сложно будет для вас такое изменение? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|--------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------|---------------------|
| 9. Хроническая болезнь может вынудить изменить привычную диету. Насколько сложно будет для вас такое изменение? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------|----------------|----------------------------|----------------------------|------------------|-------------|
| 10. Хроническая болезнь может привести к ограничению или утрате трудоспособности. Насколько важно для вас в таком случае получать социальную помощь от государства? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---------------------|----------------|----------------------------|----------------------------|------------------|-------------|
| 11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы. Насколько важно будет для вас знать результаты анализов? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---------------------|----------------|----------------------------|----------------------------|------------------|-------------|
| 12. Все люди во что-либо верят или не верят. Насколько важно для вас во что-либо верить? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|-------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------|---------------------|
| 13. Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярно посещать врача. Насколько сложно будет для вас такое врачебное наблюдение? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Приём лекарств может вызывать неприятные ощущения. Насколько сложно будет для вас переносить такие ощущения? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас пойти на такие ограничения? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Если врач назначит вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Если врач предложит вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Если врач сообщит вам, что назначенные лекарства могут вызывать неприятные ощущения, будете ли вы принимать такие лекарства? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. Если врач сообщит вам, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальные возможности, будете ли вы принимать такие лекарства? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно регулярно приходить на приём, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно регулярно сдавать анализы, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Анкета КОП-25 Д1 комплексной оценки приверженности лечению респондентов — законных представителей, в том числе родителей, опекунов, попечителей, лиц, не достигших возраста 12 лет, иных недееспособных или ограничено дееспособных лиц

| | | | | | | |
|---|------------------------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------|---------------------|
| 1. Врач выявил у подопечного хроническую болезнь. Важно ли вам знать, какими признаками она проявляется? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Врач назначил подопечному лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Врач назначил подопечному лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Врач назначил подопечному несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Врач предложил каждый день в течение многих лет отмечать проявления болезни, имеющиеся у подопечного. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас, чтобы подопечный не ощущал эти проявления? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Насколько важна для вас возможность сексуальной жизни подопечного? | Совершенно не важна / её нет | Почти не важна | Скорее не важна, чем важна | Скорее важна, чем не важна | Достаточно важна | Очень важна |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычный образ жизни подопечного. Насколько сложно для вас такое изменение? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычную диету подопечного. Насколько сложно для вас такое изменение? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. При ограничении или полной утрате трудоспособности подопечного, насколько важно для вас будет его обеспечение социальной помощью от государства? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы у подопечного. Насколько важно для вас знать результаты его анализов? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Все люди верят или не верят в бога. Насколько важно для вас верить в бога? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярного осмотра врачом подопечного. Насколько сложно для вас такое врачебное наблюдение? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|-------------------|-------------------------|------------------------------------|------------------------------------|----------------------|-------------------------|
| 14. Приём лекарств может вызывать неприятные ощущения. Насколько беспокоит вас возникновение таких ощущений у подопечного? | Очень беспокоит | Достаточно беспокоит | Скорее беспокоит, чем не беспокоит | Скорее не беспокоит, чем беспокоит | Почти не беспокоит | Совершенно не беспокоит |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас ограничить таким образом подопечного? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Врач назначил подопечному лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Врач назначил подопечному лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Врач назначил подопечному несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Врач предложил каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся у подопечного проявления болезни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Врач сообщил, что назначенные лекарства могут вызывать у подопечного неприятные ощущения. Будете ли вы давать ему такие лекарства? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. Врач сообщил, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальные возможности подопечного. Будете ли вы давать ему такие лекарства? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни подопечного. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету подопечного. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. Врач сообщил, что в связи с болезнью подопечному нужно регулярно посещать врача. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. Врач сообщил, что в связи с болезнью подопечному нужно регулярно сдавать анализы. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Анкета КОП-25 Д2 комплексной оценки потенциальной приверженности лечению респондентов — законных представителей, в том числе родителей, опекунов, попечителей, лиц, не достигших возраста 12 лет, иных недееспособных или ограничено дееспособных лиц

| | | | | | | |
|--|------------------------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------|---------------------|
| 1. Если врач выявит у подопечного хроническую болезнь. Важно ли будет вам знать, какими признаками она проявляется? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Если врач назначит подопечному лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Если врач назначит подопечному лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Если врач назначит подопечному несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Если врач предложит каждый день в течение многих лет отмечать проявления болезни, имеющиеся подопечного, насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас, чтобы подопечный не ощущал эти проявления? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Насколько важна для вас возможность сексуальной жизни подопечного? | Совершенно не важна / её нет | Почти не важна | Скорее не важна, чем важна | Скорее важна, чем не важна | Достаточно важна | Очень важна |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Хроническая болезнь может вынудить изменить привычный образ жизни подопечного. Насколько сложно для вас такое изменение? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Хроническая болезнь может вынудить изменить привычную диету подопечного. Насколько сложно для вас такое изменение? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Хроническая болезнь может привести к ограничению или полной утрате трудоспособности подопечного. В таком случае насколько важно для вас будет его обеспечение социальной помощью от государства? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы у подопечного. Насколько важно для вас знать результаты его анализов? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Все люди верят или не верят в бога. Насколько важно для вас верить в бога? | Совершенно не важно | Почти не важно | Скорее не важно, чем важно | Скорее важно, чем не важно | Достаточно важно | Очень важно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|-------------------|-------------------------|------------------------------------|------------------------------------|----------------------|-------------------------|
| 13. Хроническая болезнь может привести к необходимости регулярных осмотров врачом подопечного. Насколько сложно для вас такое врачебное наблюдение? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Приём лекарств может вызывать неприятные ощущения. Насколько беспокоит вас возникновение таких ощущений у подопечного? | Очень беспокоит | Достаточно беспокоит | Скорее беспокоит, чем не беспокоит | Скорее не беспокоит, чем беспокоит | Почти не беспокоит | Совершенно не беспокоит |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас будет ограничить таким образом подопечного? | Очень сложно | Достаточно сложно | Скорее сложно, чем несложно | Скорее несложно, чем сложно | Почти несложно | Совершенно несложно |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Если врач назначит подопечному лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Если врач назначит подопечному лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Если врач назначит подопечному несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Если врач предложит каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся у подопечного проявления болезни, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Если врач сообщит, что назначенные лекарства могут вызывать у подопечного неприятные ощущения, будете ли вы давать ему такие лекарства? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. Если врач сообщит, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальные возможности подопечного, будете ли вы давать ему такие лекарства? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Если врач сообщит, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни подопечного, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. Если врач сообщит, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету подопечного, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. Если врач сообщит, что в связи с болезнью подопечному нужно регулярно осматриваться врачом, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. Если врач сообщит, что в связи с болезнью подопечному нужно регулярно сдавать анализы, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? | Ни за что не буду | Вероятнее всего не буду | Скорее не буду, чем буду | Скорее буду, чем не буду | Вероятнее всего буду | Обязательно буду |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Обработка результатов анкетирования

Заполненная анкета обрабатывается интервьюером в ручном режиме (в два этапа), либо автоматизировано, на калькуляторе расчета приверженности.

Обработка результатов анкетирования в ручном режиме

На каждый вопрос анкеты имеется 6 вариантов ответов, оцениваемых в баллах.

Вне зависимости от варианта анкеты и от формулировки конкретного ответа, для последующих расчетов номерам ответов присваиваются следующие баллы:

- варианту ответа под порядковым номером «1» — 1 балл,
- варианту ответа под порядковым номером «2» — 2 балла,
- варианту ответа под порядковым номером «3» — 3 балла,
- варианту ответа под порядковым номером «4» — 4 балла,
- варианту ответа под порядковым номером «5» — 5 баллов,
- варианту ответа под порядковым номером «6» — 6 баллов.

Первый этап

На первом этапе вычисляют технические показатели: «важность лекарственной терапии», «важность медицинского сопровождения», «важность модификации образа жизни» и «готовность к лекарственной терапии», «готовность к медицинскому сопровождению», «готовность к модификации образа жизни». Каждый технический показатель представляет собой простую сумму баллов, полученную при ответах на соответствующие вопросы, таким образом, минимально возможное значение каждого технического показателя составляет 5 баллов, а максимально возможное — 30 баллов.

Технические показатели

| Показатель | Символ | Порядковые номера вопросов анкеты, баллы ответов на которые суммируют |
|--|----------|---|
| Важность (потенциальная важность) лекарственной терапии | ВТ (ВТп) | 2, 3, 4, 6, 14 |
| Важность (потенциальная важность) медицинского сопровождения | ВС (ВСп) | 1, 5, 10, 11, 13 |
| Важность (потенциальная важность) модификации образа жизни | ВМ (ВМп) | 7, 8, 9, 12, 15 |
| Готовность (потенциальная готовность) к лекарственной терапии | ГТ (ГТп) | 16, 17, 18, 20, 21 |
| Готовность (потенциальная готовность) к медицинскому сопровождению | ГС (ГСп) | 16, 19, 20, 24, 25 |
| Готовность (потенциальная готовность) к модификации образа жизни | ГМ (ГМп) | 19, 22, 23, 24, 25 |

После этого рассчитывают коэффициенты предикции. Коэффициент предикции вычисляют как отношение полученного значения соответствующего показателя готовности к полученному значению соответствующего показателя важности.

Коэффициенты предикции

| Показатель | Символ | Расчет показателя |
|--|--------|----------------------|
| Коэффициент предикции лекарственной терапии | КТ | $КТ = ГТ \div ВТ$ |
| Коэффициент потенциальной предикции лекарственной терапии | КТп | $КТп = ГТп \div ВТп$ |
| Коэффициент предикции медицинского сопровождения | КС | $КС = ГС \div ВС$ |
| Коэффициент потенциальной предикции медицинского сопровождения | КСп | $КСп = ГСп \div ВСп$ |
| Коэффициент предикции модификации образа жизни | КМ | $КМ = ГМ \div ВМ$ |
| Коэффициент потенциальной предикции модификации образа жизни | КМп | $КМп = ГМп \div ВМп$ |

Интерпретация значений коэффициентов предикции и потенциальной предикции

При значении показателя 1,0 и более вероятность реализации респондентом рекомендаций увеличивается.

При значении показателя менее 1,0 вероятность реализации рекомендаций уменьшается.

Комментарии:

Коэффициент предикции (потенциальной предикции) может предоставить поставщику медицинских услуг или исследователю дополнительную информацию об увеличении или уменьшении вероятности того, что респондент будет следовать рекомендованным ему действиям.

При этом расчет коэффициентов предикции (потенциальной предикции) пока не может рассматриваться как обязательный, поскольку пока не накоплено достаточно убедительной информации о его диагностической и прогностической ценности.

В то же время, количественная оценка показателей важности и готовности и коэффициента предикции рассматривается Рабочей группой в качестве потенциально важных дополнительных предикторов прогноза сохранения приверженности на протяжении времени и потенциальных маркеров эффективности мероприятий, направленных на управление приверженностью. Рабочая группа призывает к расширению исследований в данной области.

Второй этап

На втором этапе рассчитывают показатели приверженности (потенциальной приверженности) лекарственной терапии, медицинскому сопровождению, модификации образа жизни и интегральный показатель — приверженность лечению.

Каждый такой показатель представляет собой величину, вычисленную для конкретного респондента, выраженную в условных процентах (от максимальной теоретически возможной, принятой за 100 %).

Расчет показателей приверженности и потенциальной приверженности

Приверженность лекарственной терапии

$$ПТ = \frac{200}{(30 \div ВТ) \times (60 \div ГТ)},$$

где ПТ — приверженность лекарственной терапии, %; ВТ — важность лекарственной терапии, баллов; ГТ — готовность к лекарственной терапии, баллов.

Приверженность медицинскому сопровождению

$$ПС = \frac{200}{(30 \div ВС) \times (60 \div ГС)},$$

где ПС — приверженность медицинскому сопровождению, %; ВТ — важность медицинского сопровождения, баллов; ГТ — готовность к медицинскому сопровождению, баллов.

Приверженность модификации образа жизни

$$ПМ = \frac{200}{(30 \div ВМ) \times (60 \div ГМ)},$$

где ПМ — приверженность модификации образа жизни, %; ВТ — важность модификации образа жизни, баллов; ГТ — готовность к модификации образа жизни, баллов.

Приверженность лечению

$$ПЛ = \frac{ПС + 2ПМ + 3ПТ}{6},$$

где ПЛ — приверженность лечению, %; ПС — приверженность медицинскому сопровождению; ПМ — приверженность модификации образа жизни; ПТ — приверженность лекарственной терапии.

Потенциальная приверженность лекарственной терапии

$$ПТп = \frac{200}{(30 \div ВТп) \times (60 \div ГТп)},$$

где ПТп — потенциальная приверженность лекарственной терапии; ВТп — потенциальная важность лекарственной терапии, баллов; ГТп — потенциальная готовность к лекарственной терапии, баллов.

Потенциальная приверженность медицинскому сопровождению

$$ПСп = \frac{200}{(30 \div ВСп) \times (60 \div ГСп)},$$

где ПСп — потенциальная приверженность медицинскому сопровождению, %; ВТп — потенциальная важность медицинского сопровождения, баллов; ГТп — потенциальная готовность к медицинскому сопровождению, баллов.

Потенциальная приверженность модификации образа жизни

$$ПМп = \frac{200}{(30 \div ВМп) \times (60 \div ГМп)},$$

где ПМп — потенциальная приверженность модификации образа жизни, %; ВТп — потенциальная важность модификации образа жизни, баллов; ГТп — потенциальная готовность к модификации образа жизни, баллов.

Потенциальная приверженность лечению

$$ПЛп = \frac{ПСп + 2ПМп + 3ПТп}{6},$$

где ПЛп — потенциальная приверженность лечению, %; ПСп — потенциальная приверженность медицинскому сопровождению; ПМп — потенциальная приверженность модификации образа жизни; ПТп — потенциальная приверженность лекарственной терапии.

Интерпретация результатов

Выделяют три уровня приверженности, соответствующие диапазонам, используемым в настоящем руководстве: «высокий» (при нахождении полученного результата в диапазоне значений 75 % и более), «средний» (при нахождении в диапазоне от 50 % до 75 %) и «низкий» (при нахождении в диапазоне менее 50 %).

При этом каждый полученный результат имеет точное расчетное значение, т. е. является обособленно количественной характеристикой конкретного вида приверженности, а соответственно может быть ранжирован внутри диапазона, а также служить как единицей сравнения в сопоставлении с другими измерениями у одного и того же респондента, так и единицей сравнения с аналогично полученными показателями других респондентов.

Обработка результатов анкетирования в автоматизированном режиме

Для анкетирования в автоматизированном режиме пользователь (пациент) самостоятельно, либо с участием интервьюера, используя персональный компьютер или иное коммуникационное электронное устройство, обеспечивающее доступ в сеть «Интернет», осуществляет переход на сайт опросника любым из следующих способов доступа:

— доступ с помощью автоматизированного распознавания QR:



— переход по электронной ссылке: <http://www.prognoz-med.ru/#/>

Осуществив доступ, пользователь активирует приложение «Приверженность лечению», в котором заполняет опросник, последовательно вводя информацию в рабочие поля и отвечая на вопросы опросника.

После заполнения электронной анкеты на английском либо русском языках (по выбору) результат обрабатывается автоматически и выдаётся в виде заключения с рекомендациями, которое может быть сохранено пользователем в виде электронного документа, либо распечатано.

— доступ с помощью автоматизированного распознавания QR:



— переход по электронной ссылке: <https://psytests.org.ru/diag/kop25-run.html>

Осуществив доступ, пользователь активирует приложение «Приверженность лечению», в котором заполняет опросник (только на русском языке), последовательно вводя информацию в рабочие поля и отвечая на вопросы опросника.

После заполнения электронной анкеты результат обрабатывается автоматически и выдаётся по дополнительному запросу пользователя в виде заключения без рекомендаций, которое может быть сохранено пользователем в виде электронного документа, либо распечатано.

Приложение 2

ШКАЛА КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ КОМПЛАЙЕНСА

Термином «комплайенс» принято обозначать следование больного данным ему лечебным рекомендациям. Хотя это в принципе относится к любым рекомендациям врача, включая советы по здоровому образу жизни, под комплаенсом прежде всего подразумевают следование больного лекарственным назначениям.

В психиатрии комплаенс представляет собой проблему большой практической важности. Несоблюдение лекарственного режима вносит весьма существенный вклад в частоту рецидивирования заболевания и возрастание тяжести обострений.

У пациентов, прекративших прием лекарств, чаще наблюдается антисоциальное и суицидальное поведение. Социальными последствиями нарушения комплаенса являются производственные и семейные проблемы больных, снижающие их качество жизни, а также финансовое бремя дорогостоящего лечения учащающихся рецидивов, которое в конечном счете ложится на плечи здорового населения. Чем ниже комплаенс, тем дороже становится лечить психозы.

Тяжесть последствий нарушений больными с психическими расстройствами режима лекарственной терапии усугубляется их широкой распространенностью. Считается, что от одной трети до половины больных нарушают режим приема лекарств уже во время пребывания в психиатрическом стационаре и около двух третей без согласования с врачами снижают рекомендованные дозировки, хаотически принимают или совсем прекращают прием препаратов.

Уровень комплаенса определяет сложное взаимодействие нескольких групп факторов, основные из которых — факторы, связанные с медикацией, пациентом, его отношениями с врачом и близким окружением.

Главным параметром, связанным с медикацией, является переносимость препарата. Комплаенс снижают такие побочные эффекты нейролептиков как экстрапирамидная симптоматика, нейролептическая дисфория, акатизия, сексуальная дисфункция и увеличение веса. Надежным предиктором низкого комплаенса является субъективный дистресс от увеличения веса.

Предикторами комплаенса являются и социально-психологические характеристики больных. Больные с хорошим комплаенсом имеют более высокий уровень адаптации в семье и на производстве. Комплаенс высоко коррелирует с производственной занятостью, социальными отношениями и повседневной активностью. Детерминантами низкого комплаенса являются недостаточная социальная активация и низкий уровень глобального функционирования.

Планирование деятельности психиатрической службы, оценка предполагаемой эффективности обслуживания больных требуют долгосрочного прогноза их следования лекарственным назначениям после выписки из стационара. Знание внутренней структуры комплаенса позволяет узнать, каким его уровень будет в дальнейшем. Сложность структуры комплаенса предполагает точную диагностику нарушений механизмов, обуславливающих его качество у каждого отдельного больного, что позволяет сделать соответствующие коррекционные вмешательства по оптимизации комплаенса более целенаправленными и эффективными. Объяктивация уровня комплаенса необходима для оценки эффективности мер по его коррекции.

Однако точная оценка уровня комплаенса и его механизмов представляет собой весьма сложную задачу. Оценку комплаенса затрудняет то обстоятельство, что больные часто имеют тенденцию к завышению его уровня, избегая порицания врача и возложения на себя ответственности за возможное ухудшение состояния. Это обстоятельство делает недоверительными данные о комплаенсе, полученные исключительно по самоотчетам больных без соответствующей коррекции с помощью информации, полученной от лечащих врачей и родственников.

Общие положения

Шкала оценки медикаментозного комплайенса в психиатрии заполняется не больным, а его лечащим врачом на основании достаточной полноты имеющейся информации о нем. Выходя за пределы самоотчета больного оценка комплайенса становится системной, опираясь на все основные группы факторов, влияющих на соблюдение режима лекарственной терапии: факторы, связанные с отношением к медикации, с пациентом, лечащим врачом и близким окружением.

Показания к использованию опросника

Все случаи проведения лекарственной терапии в психиатрическом здравоохранении на добровольной основе.

Ограничения

- невозможность добровольного проведения лекарственной терапии в связи с отказом больного от лечения;
- невозможность проведения лекарственной терапии по соматическим противопоказаниям.

Описание технологии

Шкала заполняется лечащим врачом на основании всей полноты информации о больном после ознакомления с анамнезом, клиническим состоянием, подробностями субъективного отношения к лекарственной терапии, данными наблюдения медперсонала за приемом лекарств при нахождении больного в стационаре и лиц близкого окружения при нахождении больного во внебольничных условиях.

При заполнении шкалы могут использоваться бланки произвольной формы. Пункты шкалы градуированы, градуировки снабжены содержательными характеристиками различий.

Характеристики градаций по возможности приведены к однозначно распознаваемым поведенческим характеристикам или установкам больного. Более сложной может оказаться идентификация вариантов психологически обусловленного саботирования медикации, связанных с особенностями реагирования на врача, внутренней картины болезни и наличием субъективной (не всегда осознаваемой) выгоды от болезни, а также степени осознания психологических механизмов заболевания. Успех здесь определяется клинической квалификацией эксперта и полнотой предварительного обследования больного.

Уровень продуктивной и негативной психопатологической симптоматики оценивают с помощью шкал BPRS и SANS. Для BPRS легкая степень тяжести заболевания кодируется при общем балле до 40, средняя — 40–60, значительная — свыше 60. Для SANS низкий уровень нарушений кодируется при общем балле менее 30, средний уровень — 30–60, высокий — свыше 60.

Низкая частота рецидивирования определяется при наличии по данным анамнеза не более одного рецидива в год, средняя — при 2–3, высокая — свыше 3 рецидивов в год.

Общий уровень функционирования на производстве, в учебе и семье оценивают при помощи шкалы оценки глобального функционирования (GAF). Низкий уровень нарушений кодируют при общем показателе свыше 60 баллов, средний — 40–60 баллов, высокий — менее 40 баллов.

Высокому уровню материальной поддержки окружающих в приобретении лекарств соответствует возможность приобретения любого набора требуемых дорогостоящих препаратов, среднему — некоторых из них, низкому — лишь недорогих общедоступных лекарственных средств.

Количественные значения градаций выстроены таким образом, что нарастанию величины балла соответствует повышение уровня комплайенса. Нижний уровень градаций везде равен нулю за исключением п.п. 1.10 и 1.11, относящихся к пути введения препарата, где существенным представляется учет того, используется ли данный модус поступления лекарства на момент заполнения шкалы. При этом 0 означает как индифферентное отношение больного к данному пути введения, так и то, что он не используется. Приемлемость для больного данного способа повышает, а неприемлемость понижает общий шкальный балл на одну единицу.

Общий балл рассчитывают простым сложением величин градаций отдельных пунктов.

Анкетирование респондентов

Шкала медикаментозного комплайенса

1. Отношение к медикации

| 1.1. Поведение при проведении медикаментозного лечения | Баллы |
|--|-------|
| Самостоятельный прием лекарств | 2 |
| Прием лекарств под контролем медицинского персонала, родственников | 1 |
| Уклонение от приема лекарств (избегает приема, отказывается) | 0 |

| 1.2. Заинтересованность в приеме лекарств | Баллы |
|---|-------|
| Активное отношение к приему препарата, понимание необходимости приема, интерес к параметрам терапии | 3 |
| Согласие на прием препарата при наличии сомнений в его эффективности | 2 |
| Пассивное согласие на прием при отсутствии надежды на эффект | 1 |
| Нежелание принимать лекарства | 0 |

| 1.3. Наличие опасений, связанных с психотропным действием вообще, или проявлением побочных эффектов | Баллы |
|---|-------|
| Отсутствие необоснованных опасений в отношении медикации | 5 |
| Считает, что психотропные препараты в дальнейшем могут вызвать неприятные побочные действия | 4 |
| Считает, что препараты как любые «химические», то есть чужеродные вещества могут оказаться вредными для организма | 3 |
| Считает, что психотропные вещества в дальнейшем могут произвести психологический эффект «зомбирования», «разрушения» личности | 2 |
| Негативно относится к принимаемому препарату, так как на себе испытал его субъективно тягостные побочные действия или отсутствие эффекта | 1 |
| Негативно относится к лекарствам, так как на себе испытал их субъективно тягостные побочные действия или отсутствие эффекта нескольких (3 и более) препаратов | 0 |

| 1.4. Психологически обусловленное саботирование медикации | Баллы |
|--|-------|
| Психологически обусловленное саботирование отсутствует | 5 |
| Недостаточность субъективного страдания от болезни | 4 |
| Особенности восприятия врача (проявление недоверия, недовольство контактом и т. д.) | 3 |
| Страх стигматизации (прием лекарств воспринимается как подтверждение наличия психического заболевания для себя или окружающих) | 2 |
| Особенности внутренней картины болезни | 1 |
| Наличие вторичной выгоды от болезни (обеспечение заботы родных, освобождение от ответственности и нагрузок, материальные выгоды) | 0 |

| 1.5. Анамнестические сведения о нарушении комплайенса (при их наличии) | Баллы |
|--|-------|
| Нет нарушений | 4 |
| Снижение дозировок лекарств | 3 |
| Нерегулярность приема лекарств | 2 |
| Прекращение приема лекарств | 1 |
| Прием не рекомендованных врачом лекарств | 0 |

| 1.6. Отношение больного к принимавшимся ранее препаратам | Баллы |
|--|-------|
| Положительное | 2 |
| Нейтральное / ранее не принимал | 1 |
| Отрицательное | 0 |

| 1.7. Оценка больным эффективности принимаемого на данный момент препарата при монотерапии | Баллы |
|---|-------|
| Высокая | 2 |
| Средняя | 1 |
| Низкая | 0 |

| 1.8. Оценка больным эффективности принимаемой на данный момент комбинации препаратов | Баллы |
|--|-------|
| Высокая | 2 |
| Средняя | 1 |
| Низкая | 0 |

| 1.9. Приемлемость парентерального способа введения препарата | Баллы |
|--|-------|
| Удовлетворен | +1 |
| Индифферентен / не используется | 0 |
| Не удовлетворен | -1 |

| 1.10. Приемлемость перорального приема препарата | Баллы |
|--|-------|
| Удовлетворен | +1 |
| Индифферентен / не используется | 0 |
| Не удовлетворен | -1 |

| 1.11. Удовлетворенность режимом приема препарата | Баллы |
|--|-------|
| Полностью удовлетворен | 2 |
| Нейтрален | 1 |
| Неудовлетворен | 0 |

| 1.12. Доступность препарата | Баллы |
|--|-------|
| Доступен | 1 |
| Недоступен по финансовым или иным причинам | 0 |

| 1.13. Информация о времени ожидаемого начала действия препарата | Баллы |
|---|-------|
| Получена больным | 1 |
| Не получена | 0 |

2. Факторы, связанные с пациентом

| 2.1. Осознание болезни | Баллы |
|---|-------|
| Инсайт на психологические механизмы болезни | 3 |
| Наличие критики к симптомам | 2 |
| Частичная критика | 1 |
| Отсутствие критики | 0 |

| 2.2. Уровень продуктивной психопатологической симптоматики (по шкале BPRS) | Баллы |
|--|-------|
| Низкий | 2 |
| Средний | 1 |
| Высокий | 0 |

| 2.3. Уровень негативной симптоматики (по шкале SANS) | Баллы |
|--|-------|
| Низкий | 2 |
| Средний | 1 |
| Высокий | 0 |

| 2.4. Частота рецидивирования | Баллы |
|------------------------------|-------|
| Низкая | 2 |
| Средняя | 1 |
| Высокая | 0 |

| 2.5. Суицидальные и прочие тенденции к саморазрушающему поведению | Баллы |
|---|-------|
| Низкие | 2 |
| Средние | 1 |
| Высокие | 0 |

| 2.6. Коморбидность со злоупотреблением психоактивными веществами и/или расстройствами личности | Баллы |
|---|--------------|
| Отсутствует | 1 |
| Имеется | 0 |

| 2.7. Глобальный уровень социального функционирования, адаптации больного (по шкале GAF) | Баллы |
|--|--------------|
| Высокий | 2 |
| Средний | 1 |
| Низкий | 0 |

| 2.8. Наличие когнитивных нарушений | Баллы |
|---|--------------|
| Отсутствуют | 1 |
| Имеются | 0 |

3. Факторы, связанные с близким окружением

| 3.1. Уровень социальной поддержки, включая материальное содействие в приобретении лекарственных средств | Баллы |
|--|--------------|
| Высокий | 2 |
| Средний | 1 |
| Низкий | 0 |

| 3.2. Отношение близкого окружения к медикации | Баллы |
|--|--------------|
| Адекватное отношение | 3 |
| Отрицательное отношение друзей | 2 |
| Отрицательное отношение лечащего психотерапевта / парапрактика | 1 |
| Отрицательное / inadequate отношение семьи | 0 |

4. Факторы, связанные с лечащим врачом

| 4.1. Терапевтический альянс | Баллы |
|------------------------------------|--------------|
| Высокий | 2 |
| Средний | 1 |
| Низкий | 0 |

| 4.2. Адекватность врачебного наблюдения вне обострения | Баллы |
|---|--------------|
| Высокая | 2 |
| Средняя | 1 |
| Низкая | 0 |

Краткая психиатрическая оценочная шкала (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)

Кодировка: 1 — отсутствует, 2 — весьма незначительно, 3 — незначительно, 4 — умеренно, 5 — умеренно выражено, 6 — выражено, 7 — крайняя степень выраженности.

1. Отношение к соматическому состоянию.

Степень обращенности к имеющемуся состоянию физического здоровья. Оценивайте, в какой степени физическое здоровье рассматривается пациентом в качестве проблемы, вне зависимости от того, имеются ли основания для жалоб, или нет.

2. Тревога.

Чрезмерная озабоченность, опасения, тревога относительно настоящего и будущего. Оценивайте лишь высказывания больного о его субъективных переживаниях. Не следует делать выводы о наличии страха по соматическим симптомам или невротическим защитным механизмам.

3. Эмоциональный уход в себя.

Недостаток эмоционального контакта с собеседником и недостаточный учет ситуации осмотра. Оценивайте лишь то, насколько больному не удается установить эмоциональный контакт с другими лицами в ситуации общения.

4. Распад мыслительных процессов.

Степень, до которой мыслительный процесс оказывается спутанным, инкогерентным или разорванным. Оценивайте лишь интеграцию вербальных выражений, а не субъективное впечатление, имеющееся у больного о своих мыслительных возможностях.

5. Чувство вины.

Чрезмерная озабоченность или угрызания совести относительно прежнего поведения. Оценивайте субъективное переживание вины на основе высказываний больного и их аффективного сопровождения. Не следует делать вывод о наличии чувства вины лишь потому, что обнаруживаются депрессия, тревога или невротическая защита.

6. Напряженность.

Признаки напряженности, «нервности» и повышенной двигательной активности в моторике. Описывайте лишь двигательные признаки напряженности, а не субъективные переживания больного.

7. Манерность, вычурность поведения.

Бросающиеся в глаза особенности психомоторики, необычный рисунок двигательного поведения, выделяющий определенных психически больных из группы «нормальных». Оценивайте лишь качественные отклонения картины моторики, а не просто повышенную двигательную активность.

8. Идея величия.

Повышенная самооценка, убежденность в собственной необыкновенной силе и способностях. Оценивайте лишь высказывания больных о себе или в сравнении с другими, но не поведение в ситуации беседы.

9. Депрессивное настроение.

Подавленность, печаль. Оценивайте лишь степень подавленности. Не делайте выводов на основании таких сопутствующих депрессивных проявлений, как общая заторможенность и соматические симптомы.

10. Враждебность.

Недоброжелательность, уничижительное, презрительное отношение, враждебность к лицам вне ситуации осмотра. Оценивайте лишь высказывания больного о своих чувствах и действиях по отношению к другим. Не следует делать выводы о враждебности на основании наличия невротической защиты, тревоги или соматических симптомов. Поведение относительно проводящего осмотр оценивается в п. 14 (снижение установки на сотрудничество с врачом).

11. Подозрительность, параноидные содержания.

Убежденность (бредовая или иная) в том, что окружающие имеют или имели желание причинить вред больному или отрицательно оценивали его. Оценивайте лишь те подозрения, которые основываются на устойчивых соответствующих высказываниях, вне зависимости от того, касаются ли они недавних или более ранних ситуаций.

12. Галлюцинации.

Восприятия, не основанные на соответствующих нормальных внешних раздражителях. Оценивайте лишь такие переживания, которые, по высказываниям больного, появились в течение последних недель и которые — так, как они описывались — демонстрируют отчетливые отличия от нормального мышления и представлений.

13. Двигательная заторможенность.

Снижение энергетического уровня, видимое по замедлению движений. Оценивайте лишь наблюдаемое поведение больного, а не его субъективное впечатление о своей бодрости.

14. Снижение установки на сотрудничество с врачом.

Очевидное сопротивление, недовольство, предубежденность и недостаточная готовность сотрудничать с проводящим осмотр. Оценивайте лишь установку больного и его реакции на проводящего осмотр и на ситуацию осмотра. Не оценивайте высказывания, свидетельствующие об отсутствии установки на сотрудничество вне ситуации осмотра.

15. Вычурность мышления.

Необычные, странные, причудливые или вычурные содержания мышления. Оценивайте лишь степень необычности, а не степень распада процесса мышления (формальные нарушения мышления учитываются в п.4).

16. Аффективная уплощенность, притупление.

Редуцированная эмоциональность, очевидный недостаток нормальных чувств и вовлеченности.

17. Возбуждение.

Повышенная эмоциональность, ажитированность, повышенная амплитуда реакций.

18. Нарушения ориентировки.

Спутанность или недостаточная способность к ориентировке в месте, времени или окружающих лицах.

Шкала оценки негативной симптоматики (Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS)

Кодировка: 0 — отсутствует, 1 — спорно, 2 — в легкой степени, 3 — умеренно, 4 — выражено, 5 — тяжелые нарушения.

1. Уплотнение и ригидность аффекта.

1. Обеднение мимики. 2. Снижение спонтанной подвижности. 3. Обеднение выразительности моторики. 4. Избегание контакта взглядом. 5. Уплотнение аффекта. 6. Неадекватность аффекта (паратимии). 7. Монотонность, снижение выразительности речи. 8. Субъективное ощущение потери эмоций.

2. Нарушения речи.

1. Обеднение словарного запаса. 2. Обеднение тематики разговора. 3. Обрывы мыслей. 4. Ответы с задержкой. 5. Субъективная оценка нарушений речи.

3. Апато-абулические расстройства.

1. Уход за собой. 2. Снижение продуктивности в работе или учебе. 3. Снижение физического энергетического потенциала. 4. Субъективная оценка апато-абулических нарушений.

4. Ангедония — асоциальность.

1. Активность свободного времени. 2. Сексуальные интересы. 3. Способность чувствовать интимность и близость. 4. Отношения с родными и коллегами (аутизм). 5. Субъективное осознание ангедонии-асоциальности.

Ссылка на полный текст Шкалы оценки негативных симптомов
(Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS) в сети «Интернет»



https://bstudy.net/771771/psihologiya/shkala_otsenki_negativnyh_simptomov_sans

Шкала глобального функционирования (Global Assessment of Functioning, GAF)

100–80.

Нет снижения, высокий уровень функционирования; работает полным напряжением и выполняет все, что ожидается, поддерживает отличные отношения по работе, эффективно продвигается в своей карьере.

80–60.

Нет снижения, удовлетворительный уровень функционирования; работает на удовлетворительном уровне, хорошие отношения по работе, удовлетворительное продвижение в карьере.

60–40.

Незначительное снижение, легкие затруднения в функционировании; легкие затруднения в работе, учебе или домашнем хозяйстве, некоторые трудности в отношениях по работе, некоторые трудности в продвижении, есть прогулы на работе или в школе.

40–20.

Умеренное снижение, значительные затруднения в функционировании: значительные трудности в работе, учебе или домашнем хозяйстве, значительные трудности в отношениях, отсутствие продвижения, частые прогулы или постоянные опоздания, или пренебрежение домашними обязанностями.

20–0.

Сильное снижение, практическая невозможность функционирования; практическая невозможность выполнять работу, учиться или заниматься домашним хозяйством, очень частые прогулы или полное пренебрежение домашним хозяйством.

Adherence to Treatment in Clinical Practice

Main Sections and Appendices in English

INTRODUCTION

Researches in the area of adherence to treatment are conducted in most countries of the world. However, the volume and quality of knowledge acquired are very uneven. This depends both on the special characteristics of national health care systems and on the development of self-managed professional medical associations and other special qualities (social, economic, religious, traditional, etc.), that are characteristic of a particular country.

Since the beginning of the twenty-first century many professional national and supra-national medical associations (in first line the countries of European Union and economically developed countries) pay an ever-growing attention to matters of medical adherence, as a result of which there have been inconclusions concerning compliance (drug compliance in first line) in the documents developed by them. Such interest is still not systemic. Adherence interventions are mainly focused on measures related to increasing or maintaining patient adherence to treatment.

More and more data is being accumulated, indicating that such measures, being quite labor-intensive and costly, either provide a short-term subsequent result when discontinued, or do not lead to it at all.

Understanding the significance of this problem and the need to search for solutions has become one of the most important motivations for the activities of the initially Russian and now international scientific group on adherence research, which led to the creation of this Guide.

The main conclusions, based on the analysis of global research experience in the field of medical adherence, are formulated in 44 recommendations and consolidated positions in the Guide. The Omsk Declaration on Treatment Adherence was developed and adopted based on the materials mentioned above. This approach allowed the authors and experts of the Guide to focus the reader's attention on the most important points reflecting the current state of the adherence issue, which include the following:

- The medical and scientific community, based on a patient-centered approach in the diagnosis, treatment, and prevention of diseases, is still not ready or not fully ready to accept that medical decisions based on individual patient adherence may contradict existing recommendations and guidelines.

- Basic treatment adherence (as opposed to situational adherence) is likely to be very weakly modifiable or not modifiable at all. It is advisable to consider it as an unmodifiable (based on current knowledge) factor that affects the patient's health and their ability to receive treatment.

- The assessment of adherence should be comprehensive and take into account not only medication adherence but also adherence to lifestyle changes and medical follow-up. Developing medical decisions based solely on medication adherence assessment will not be as effective in most cases as decisions based on comprehensive treatment adherence assessment.

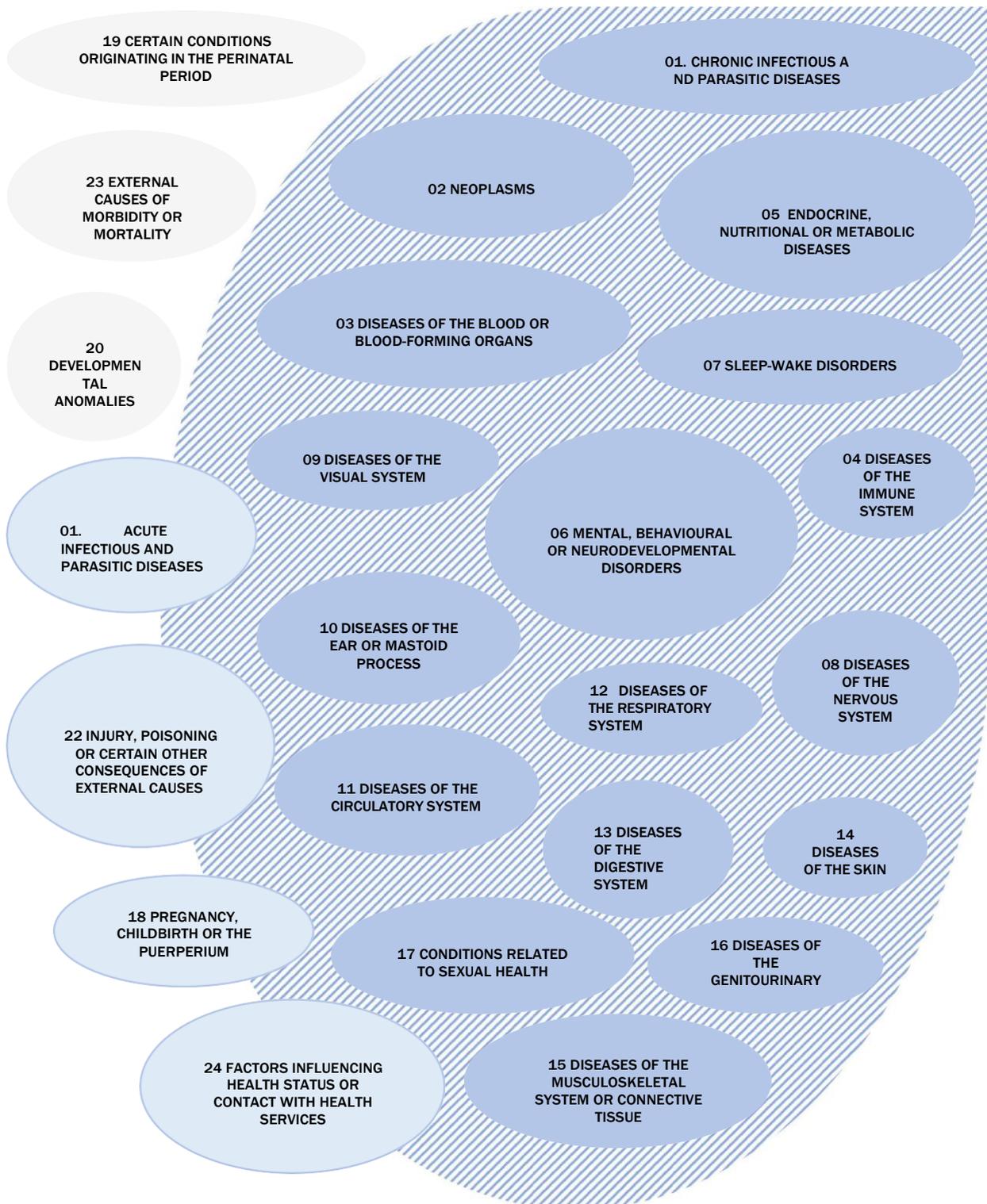
- Individual identification and assessment of a patient's basic adherence should be considered as the basis for making all subsequent medical decisions. In all cases where possible, both current and potential adherence should be identified. The assessment of potential adherence should be prioritized for individuals who require lifestyle modifications to prevent the formation of risk factors or to combat them.

The authors and experts of the Guide believe that comprehensive assessment of adherence should be considered as an important factor in stratifying research samples in scientific studies. This issue will be further discussed in subsequent documents of the scientific group.

This Guide is intended for application in medical practice. It is based on predictive models, decision models, and tactical algorithms, which, as the authors hope, will improve decision-making in the provision of medical care.

The authors understand that the field of adherence-based treatment management is still poorly studied. The collaboration of research and medical efforts and open exchange of accumulated data on adherence will provide a better foundation for further improving the quality of treatment and prevention.

AREAS OF INTEGRATED ASSESSMENT OF ADHERENCE IN ICD-11



Groups of diseases and conditions (according to ICD-11) in which a comprehensive assessment of adherence is appropriate.

TERMS AND DEFINITIONS

Questionnaire form is a specially designed list of questions formulated taking into account the respondent's group affiliation, with options for answering questions. It is designed for standardized collection of information about actual or potential adherence.

Importance is a formed integrative characteristic of a person, reflecting the level of significance of a concept, phenomenon or action in the subjective hierarchy of values of the respondent.

Willingness is a formed integrative characteristic of a personality, reflecting the motivational attitude of the respondent to the commission of an action, including the image of the structure of the action and the orientation of consciousness to its implementation.

Researcher (medical researcher) is an employee of a scientific, educational, medical or other organization who organizes and/or performs scientific research with human participation independently or as part of a scientific team, including the use of medicines, biological products or medical equipment.

Adherence quantitative assessment (QAA) is a method of quantifying the result of the adherence study on a nominal scale, as a percentage of the maximum possible calculated value.

Comprehensive assessment of adherence (CAA) — is a method of simultaneously evaluating adherence (both current and potential) to medication therapy, medical follow-up, lifestyle modifications, and overall treatment adherence.

The prediction coefficient is the predicted probability of the actions declared by the respondent, calculated as the ratio of the indicator characterizing the respondent's intention to implement recommendations (readiness) to the indicator of their significance level (importance).

The questionnaire is a standardized tool for obtaining information about the actual or potential adherence of the respondent, including a list of questions with possible answers to them, and a processing procedure based on a certain way of interpreting the answers received.

A medical service provider is an individual medical worker or a medical organization that has the right (license) to provide medical diagnostic and/or medical services, or any person or organization that provides or pays for medical care in the normal business course..

Potential adherence is a characteristic of the predicted ability of a respondent who has no established diseases to fulfill, if they occur, recommendations regarding drug therapy, medical support and lifestyle modification for an indefinite period of time.

Adherence is a characteristic of the predicted ability of a respondent with at least one established disease to implement recommendations regarding drug therapy, medical support and lifestyle modification for an indefinite period of time.

The circular research model is a system in which experimental methods (necessary for specific testing of the effectiveness of the research material) are supplemented by non-experimental (observational) methods that study the effectiveness and applicability of intervention in real life (retrospective observations, prospective series of cases, etc.)

Drug therapy importance (DTI) is an indicator reflecting the level of significance of obligations in relation to the recommended volume, frequency and duration of taking medicines in the subjective hierarchy of values of the respondent.

Medical support importance (MSI) is an indicator reflecting the level of significance of obligations in relation to the recommended volume, frequency and duration of medical supervision in the subjective hierarchy of values of the respondent.

Lifestyle modification importance (LMI) is an indicator reflecting the level of significance of obligations in relation to the recommended lifestyle change in the subjective hierarchy of values of the respondent.

Readiness to drug therapy (RDT) is an indicator reflecting the severity of the respondent's intention to implement recommendations regarding the volume, frequency and duration of taking medications.

Readiness to medical support (RMS) is an indicator reflecting the intensity of the respondent's intention to implement recommendations regarding the volume, frequency and duration of medical supervision.

Readiness to lifestyle modification (RLM) is an indicator reflecting the intensity of the respondent's intention to implement recommendations regarding lifestyle changes.

Adherence sufficiency (AS) — compliance of the respondent's adherence indicator with the minimum indicator (level) established for medical intervention or scientific research.

The drug therapy prediction coefficient (DTPC) is an indicator reflecting the predicted probability of the respondent to fulfill recommendations regarding drug therapy.

The predictive coefficient of medical support (PCMS) is an indicator reflecting the predicted probability of the respondent to fulfill the recommendations regarding medical support.

The predictive coefficient of lifestyle modification (PCLM) is an indicator reflecting the predicted probability of the respondent to fulfill recommendations regarding lifestyle modification.

The coefficient of potential prediction of drug therapy (CPPDT) is an indicator reflecting the predicted probability of the respondent to fulfill possible recommendations regarding drug therapy.

The coefficient of potential prediction of medical support (CPPMS) is an indicator reflecting the predicted probability of the respondent to fulfill possible recommendations of medical support.

The coefficient of potential prediction of lifestyle modification (CPPLM) is an indicator reflecting the predicted probability of the respondent to fulfill possible recommendations regarding lifestyle modification.

The potential importance of drug therapy (PIDT) is an indicator reflecting the level of the expected significance of obligations in relation to the recommended volume, frequency and duration of taking medications in the subjective hierarchy of values of the respondent.

The potential importance of medical support (PIMS) is an indicator reflecting the level of the expected significance of obligations in relation to the recommended volume, frequency and duration of medical supervision in the subjective hierarchy of values of the respondent.

The potential importance of lifestyle modification (PILM) is an indicator reflecting the level of the expected significance of obligations in relation to the recommended lifestyle change in the subjective hierarchy of values of the respondent.

Potential readiness for drug therapy (PRDM) is an indicator reflecting the severity of the respondent's proposed intention to implement recommendations regarding the volume, frequency and duration of taking medications.

Potential readiness for medical support (PRMS) is an indicator reflecting the intensity of the respondent's proposed intention to implement recommendations regarding the volume, frequency and duration of medical supervision.

Potential readiness for lifestyle modification (PRLM) is an indicator reflecting the intensity of the respondent's proposed intention to implement recommendations regarding lifestyle changes.

Potential adherence to drug therapy (PADT) is the predicted ability of the respondent to fulfill possible recommendations regarding the volume and frequency of taking medications for an indefinite period of time.

Potential adherence to treatment (PAT) is an integrative indicator that characterizes the supposed complex ability of a patient to fulfill recommendations regarding drug therapy, medical support and lifestyle modification.

Potential adherence to medical support (PCMS) is the predicted ability of the respondent to fulfill possible recommendations regarding the scope and frequency of medical supervision for an indefinite period of time.

Potential adherence to lifestyle modification (PCLM) is the predicted ability of the respondent to fulfill possible recommendations regarding lifestyle changes for an indefinite period of time.

Adherence to drug therapy (ADT) is the predicted ability of the respondent to fulfill recommendations regarding the volume and frequency of taking medications for an indefinite period of time.

Treatment adherence (TA) is an integrative indicator that characterizes the patient's complex ability to fulfill recommendations regarding drug therapy, medical support and lifestyle modification.

Adherence to medical support (AMS) is the predicted ability of the respondent to fulfill recommendations regarding the volume and frequency of medical supervision for an indefinite period of time.

Adherence to lifestyle modification (ALM) is the predicted ability of the respondent to implement recommendations regarding lifestyle changes for an indefinite period of time.

The level of adherence (LC) is a grouping feature that allows, based on an assessment of adherence, to assign a respondent to a group with a similar prognosis of medical interventions or outcomes, to which, on this basis, a model of medical intervention common to all members of such a group can be applied.

COLOUR GUIDE SCHEME

Colour

Key

— filling the cell of the main title or column header, as well as the row for all tables and modular schemes (main colour)

— filling the cell of the main title or column header, as well as the row for all tables and modular schemes (additional colour)

— filling color for the cell of the main column in general information and reference tables (main colour)

— filling color for the cell of the main column in general information and reference tables (additional colour)

— filling color for the cell of the additional column in general information and reference tables (main colour)

— filling color for the cell of the additional column in general information and reference tables (additional colour)

— filling in the table cells and flowcharts, indicating adherence, indicating that the intervention will be fully carried out, or more likely to be carried out, than not carried out

— filling in the table cells and flowcharts, indicating adherence, indicating that the intervention is more likely to be partially carried out than fully carried out, or more likely to be partially carried out than not carried out.

— filling in the table cells and flowcharts, indicating adherence, indicating that the intervention is more likely to not be carried out, or the intervention will not be fully carried out.

RECOMMENDATION METHODOLOGY

In the guidelines, all recommendations are ranked according to strength of classes of recommendation (CoR) and levels of evidence (LoE) depending on the number and quality of studies on this issue.

Target audience is health care providers (medical workers; healthcare organizers); researchers (medical researchers), university students; university professors; research and pedagogical workers; scientific workers.

Levels of Evidence (LoE) for Diagnostic Interventions

| LoE | <i>Hierarchy of clinical trial designs (in descending order of the level of evidence I to III)</i> |
|-------|--|
| A | Data derived from multiple randomized clinical trials or meta-analyses. |
| B | Data derived from a single randomized clinical trial or large non-randomized studies. |
| C | Consensus of opinion of the experts and/or small studies, retrospective studies, registries. |
| C (4) | Noncomparative studies, description of the clinical case. |
| C (5) | Mechanism of action justification or the experts' opinion. |

Classes of Recommendations (CoR) for Diagnostic Interventions

| CoR | <i>Definition</i> |
|-----|---|
| I | Evidence and/or general agreement that a given treatment or procedure is beneficial, useful, effective. |
| II | Conflicting evidence and/or a divergence of opinion about the usefulness/efficacy of the given treatment or procedure. |
| III | Evidence or general agreement that the given treatment or procedure is not useful/effective, and in some cases, may be harmful. |

<*> If a single clinical trial is evaluated, this condition is not applicable.

Levels of Evidence (LOE) for Therapeutic and Preventive Interventions

| LOE | Hierarchy of clinical trial designs (in descending order of the level of evidence I to III) |
|-------|--|
| A | Data derived from multiple randomized clinical trials or meta-analyses. |
| B | Data derived from a single randomized clinical trial or large non-randomized studies. |
| C | Consensus of opinion of the experts and/or small studies, retrospective studies, registries. |
| C (4) | Noncomparative studies, description of the clinical case. |
| C (5) | Mechanism of action justification or the experts' opinion. |

Classes of Recommendations (COR) for Therapeutic and Preventive Interventions

| COR | Definition |
|-----|---|
| I | Evidence and/or general agreement that a given treatment or procedure is beneficial, useful, effective. |
| II | Conflicting evidence and/or a divergence of opinion about the usefulness/efficacy of the given treatment or procedure. |
| III | Evidence or general agreement that the given treatment or procedure is not useful/effective, and in some cases, may be harmful. |

<*> If a single clinical trial is evaluated, this condition is not applicable.

RECOMMENDATIONS AND CONSOLIDATED STATEMENTS

(1) Comprehensive adherence to treatment is understood as the degree to which a patient's behavior aligns with the agreed-upon recommendations received from a healthcare provider regarding medication adherence, adherence to diet, implementation of other lifestyle changes, as well as medical follow-up [5–8]. Adherence to treatment is particularly significant in long-term therapy for chronic diseases. These include diseases that have at least one of the following characteristics: indefinite or lifelong duration; residual manifestations, periodically or constantly disabling due to irreversible pathological changes; the need for special patient preparation for rehabilitation and regular or constant use of rehabilitation measures; existing or predicted need for periodic or continuous medical observation, support, or care. [7–11].

(2) Prognosis regarding treatment outcomes and results cannot be considered effective if the level of adherence is not used to justify project planning and evaluation. The effectiveness of healthcare system performance cannot be accurately assessed if it is measured solely by resource utilization and intervention effectiveness indicators; projected health outcomes based on such data cannot be achieved if adherence indicators are not used to justify results' planning and evaluation. [8, 12].

(3) *Healthcare providers and researchers are recommended to use adherence assessment in order to reduce costly investigations and procedures (including interventional treatment), as well as unnecessary medication prescriptions [9, 13]. In the field of biomedical technologies, to alleviate the burden of chronic diseases, such technologies should be implemented in a system that takes into account individual adherence characteristics [8, 10, 14, 15].*

Recommendation class I (Level of evidence B).

(4) *Adherence change is a continuous and dynamic process. To achieve clinical outcomes, it is recommended to segment the patient population according to their readiness level to follow recommendations [11, 16–19].*

Recommendation class III (Level of evidence C).

(5) *Researchers and healthcare providers are recommended to increase the number of adherence studies, including quantitative measurement and exploration of its fundamental properties. To study adherence, it is necessary to use simple but comparable methods, tools, and scales. Considering that there is growing evidence that adherence is one of the leading factors in treatment success, research organizers in the field of adherence need to ensure the expansion of the choice of tools and methodological support, with a priority given to the development and implementation of recommendations, consensus, and guidelines at the supranational level [5, 8, 9, 10, 19–25].*

Recommendation class III (Level of evidence C).

(6) To confirm the possibility of sustainable improvement in medication adherence based on modern resources, it is necessary to increase the duration of adherence and treatment management studies, minimizing heterogeneity and standardizing the design. The potential of available adherence management technologies to significantly and long-term improve treatment outcomes should be demonstrated in adequately designed studies, including classical randomized controlled trials (RCTs) and large-scale observational studies [5, 7, 9, 10, 26]. However, since it is extremely challenging to achieve this in classical RCTs due to special motivation of clinical staff and patients and meticulous control of treatment administration, it is necessary to assess the impact of therapeutic strategies on adherence and therapeutic inertia in real-world clinical practice. Moreover, it is essential to consider the results of such studies regarding the influence of therapy (including combination therapy) on adherence, parameter control, and outcomes in everyday life conditions [5, 7, 24, 25, 27].

(7) Since treatment management based on individual levels of adherence, or adherence management, can have a greater impact on population health than improving specific medical treatments, healthcare providers and researchers should expand the practice of adherence-based treatment management to the maximum extent possible [3, 8, 9, 16, 28].

(8) Insufficient adherence to treatment is a global problem of worldwide scale. Poor adherence to long-term treatment methods significantly reduces treatment effectiveness, making this issue critically important for population health, both in terms of quality of life and healthcare economics [8, 29]. Adherence to treatment in patients with chronic diseases is one of the most important factors ensuring treatment quality and directly influencing prognosis [30, 31].

(9) There is increasing evidence that low patient adherence to treatment, along with physician inertia (lack of changes in prescribed medication therapy when the desired outcome is not achieved), is a leading cause of inadequate treatment [32–34].

(10) Absolute adherence to treatment, which refers to consistent and precise adherence to all medical recommendations over a prolonged or indefinite period of time, is only observed in specific randomized clinical trials and center trials and is not typical in real-world medical practice [8, 35].

(11) Since comprehensive adherence to treatment and its individual components can be reasonably predicted based on an expanding list of predictors and adherence measurement tools, healthcare providers should develop and implement universal, reliable, and practical tools for assessing adherence [3, 5, 9–11, 16, 17, 36, 37].

(12) Accurate assessing of the level of adherence is a complex task. All known methods of studying adherence, both direct and indirect, have methodological or technological limitations [8, 38–40].

(13) The challenges in selecting effective strategies for diagnosing and managing adherence are due to the complexity of its structure, resulting from a large number of variables that influence a patient's compliance or non-compliance with physician recommendations. These variables often form one or several subsystems that interact closely with each other [41–43]. Understanding the properties and structure of adherence implies the ability to diagnose the mechanisms of its disruptions with sufficient accuracy, which determine the quality of adherence in a specific patient (including the association of adherence mechanisms with patient satisfaction with treatment), directly affecting the effectiveness of patient-provider interactions [36, 43–45].

(14) *Healthcare providers, based on the fact that among the main methods of assessing adherence (direct questioning; pill count; measurement of drug concentrations or their metabolites in body fluids; monitoring visits and interventions; electronic monitoring; use of remote monitoring systems; questionnaires), the most efficient method in terms of the effort-effectiveness ratio is questionnaire-based assessment. In medical practice, it is recommended to prioritize and routinely use adherence assessment through questionnaires [8, 29, 46, 47].*

Recommendation class II (Level of evidence B).

(15) The value of most standardized questionnaires is limited, but other methods, such as determining drug levels in blood and urine, despite being more informative, cannot be widely used [48–50]. The results obtained from questionnaires can both overestimate and underestimate adherence. Self-reports and patient diaries are relatively economical, quick, and simple ways to obtain information about adherence. However, significant data distortion cannot be ruled out (which can reach up to 30 % in terms of overestimating adherence), reducing the reliability of such data without additional verification and correction using other methods [39, 51–53]. The assessment of adherence can be improved with the emergence of cheaper and more reliable methods for detecting drugs that can be used in everyday practice [58, 75]. The traditional use of “short scale” questionnaires to assess treatment adherence has serious limitations due to the high risk of patients providing knowingly false answers (leading to significant overestimation of results) and low test validity [11, 16, 54–57, 137, 139, 140].

(16) *Healthcare providers are recommended to use questionnaires in medical practice that allow for comprehensive exploration of both actual and potential adherence (covering medication therapy, medical support, and lifestyle modification), quantitatively or semi-quantitatively (evaluating on a nominal scale), selectively for specific cohorts (adults, adolescents, pregnant women, legal representatives of patients, etc.), universally applicable to patients with various diseases, with the possibility of automated data entry and processing [1, 2, 5, 10–12, 58].*

Recommendation class III (Level of evidence C).

(17) For a comprehensive assessment of adherence to medication therapy, medical support, and lifestyle modification (including potential adherence) in competent adult respondents, adolescents, pregnant women, as well as legal representatives of patients, healthcare providers and researchers are recommended to use the COP-25 questionnaire system as the first choice [5, 9, 11, 21, 57, 58].

Recommendation class II (Level of evidence C).

(18) For use in psychiatry, with the aim of individually determining the level of adherence of the respondent, identifying subsystem deficits of compliance, and identifying their impact on the mechanisms of such deficits, as well as for the task of predicting compliant behavior and objectively monitoring therapeutic correction of adherence, healthcare providers and researchers are recommended to use the Russian Medication Compliance Scale as the first choice [4, 41, 59, 60, 62–64].

Recommendation class II (Level of evidence C).

(19) Long-term adherence to any treatment is low, regardless of the disease, and in most cases does not exceed 50 % of the theoretically possible level. For the majority of patients, initial adherence to treatment (or adherence to specific medical recommendations) decreases over time [65–69]. Therapy control through blood and urine tests for the presence of medications demonstrates a very low level of medication adherence. Studies conducted in the general population show that adherence, assessed by the regularity of prescription refills, was less than 50 % for half of the patients [5, 70, 71]. Only a significant reduction in the risk of complications or adverse outcomes motivates patients to engage in preventive medication treatment. Adherence to medication therapy for the prevention of cardiovascular diseases ranges from 50 % for primary prevention to 66 % for secondary prevention [25]. In chronic somatic diseases, the proportion of non-adherent patients ranges from 20 % to 60 % [72–75].

(20) Researchers and healthcare providers are recommended to consider a level of adherence to medication therapy of at least 75 % of the maximum possible score on a specific questionnaire scale as sufficient [76–81].

Recommendation class III (Level of evidence C).

(21) Insufficient adherence to treatment is dangerous. It has serious consequences, and it is an independent factor that worsens the prognosis [43, 65, 82]. The consequence of insufficient adherence to medication therapy and lifestyle modifications is the worsening of the course of diseases and their prognosis, while the cost of treatment increases [71, 74, 82–86]. Approximately 9 % of cardiovascular disease cases in Europe can be attributed to poor treatment adherence [25]. The main drawback of lifestyle change interventions is the decrease in adherence over time [87, 88]. The global consequences of insufficient treatment adherence are deteriorating health and increased overall healthcare costs; the impact of insufficient treatment adherence grows as the burden of chronic diseases increases [8]. Healthcare providers should take into account non-compliance with recommendations for each patient and impartially inquire about it [25].

(22) Researchers and healthcare providers are recommended to use the following leading strategies aimed at improving adherence: medication therapy monitoring/support, environmental support, psychosocial support, and pharmacological support [10, 17, 42, 43, 89–92].

Recommendation class II (Level of evidence B).

(23) Measures aimed at improving adherence provide significant positive returns on investment in primary and secondary prevention in the short and medium term. However, all specialized educational programs aimed at improving adherence to treatment gradually lose their effectiveness over time and are ineffective or less effective in the long term [8, 35]. Only behavioral and mixed educational and behavioral interventions can increase the proportion of individuals adhering to medication therapy [93]. No type of intervention leads to improved adherence if it is a continuous variable. Only educational and mixed educational and behavioral interventions have a minor or no impact on long-term adherence [93].

(24) Healthcare providers are recommended to include in medical care the assessment of patient preferences, interpretation of factual data, and their application to the individual patient, consideration of overall prognosis including expected lifespan, functional status, and quality of life, as well as the clinical feasibility of the intervention [25]. Adherence to treatment, occurrence of adverse effects from medication, economic burden of treatment, and the stress experienced by caregivers should be taken into account when optimizing treatment methods and care plans that emphasize adherence to essential medications and eliminate unnecessary ones. Planning for extended patient care should begin as early as possible [25]. It is also necessary to ensure proper patient education about treatment options, how to adhere to treatment, and the potential consequences of non-adherence, in addition to managing patient expectations regarding treatment goals [94].

Recommendation class I (Level of evidence B).

(25) In cardiovascular diseases, sufficient adherence to medication therapy compared to insufficient adherence reduces the risk of developing cardiovascular events by 20 %, and the risk of fatal outcomes from any disease by 35–40 % [95].

(26) Healthcare providers are recommended to use the following parameters as predictors of sufficient adherence to treatment [66, 79, 96–98]:

- Higher education
- Receiving health-related social support from the government
- Older age
- Frequency of medication intake (taking into account that single-dose medication intake, including in the form of fixed combinations, is associated with significantly higher adherence to medication therapy compared to multiple-dose regimens [99], and maximum adherence to medication therapy in patients with chronic somatic diseases is observed with single-dose medication intake) [5, 9, 10, 100–103].

Recommendation class I (Level of evidence B).

(27) Healthcare providers are recommended to use the following parameters as predictors of insufficient adherence to treatment [20, 22, 25, 40, 65, 94, 96, 102–113]:

- Multiple medication prescriptions, complex or inconvenient medication regimens
- Longer duration of illness
- Limited financial resources
- Poor doctor-patient relationships (including distrust towards the doctor)
- Underestimation of the severity of the condition, lack of belief in treatment success
- Patient's denial of the illness, fear, or distorted perceptions of the consequences and side effects of treatment
- Low level of education
- Alcohol abuse
- Intellectual and/or cognitive impairments
- Mental disorders
- Physical limitations
- Financial aspects
- Loneliness
- Good overall health

Recommendation class I (Level of evidence B).

(28) Depression is an important independent factor that worsens adherence, and adequate antidepressant therapy for such patients improves treatment adherence [25]. Chronic somatic diseases without pronounced symptoms are predictors of insufficient adherence to medication therapy [8].

(29) Healthcare providers should take into account the possibility of factors directly related to the providers themselves (knowledge, awareness of guiding principles, experience, interdisciplinary team approach) and the healthcare system (working conditions, access to treatment, cost) influencing treatment adherence [10, 22, 94].

(30) Healthcare providers, including multidisciplinary teams members involved in patient care, should conduct regular reviews of events and interventions carried out by any provider or team member to identify cases of non-adherence to recommendations and implement strategies to improve adherence, where appropriate [94].

(31) In the elderly population of the Russian population, the leading cause of low adherence to medication therapy is the development of adverse effects and the fear of experiencing them [99].

(32) Premature discontinuation of medication therapy and inadequate adherence to recommendations are the most common manifestations of low adherence. More than 30 % of patients independently discontinue their prescribed therapy after 6 months, and after 1 year, more than 50 % of patients [114]. During the following 12 months after a coronary event, 30 % of patients independently discontinue the recommended therapy, and in arterial hypertension, more than 60 % of patients, with half of them citing concerns about “addiction” (dependence formation) and direct “harm” from the therapy being conducted [65, 72, 115]. Low adherence to prescribed therapy is a common cause of pseudo-resistance, which is detected in 50 % of patients during examination using laboratory monitoring of medication intake [116–118].

(33) The degree of adherence to treatment is inversely related to the complexity of the prescribed treatment regimen. The number of medications prescribed to the patient as part of the therapy significantly influences adherence to treatment. Modern studies indicate that the proportion of patients with low adherence to medication therapy, which is less than 10 % when prescribed one tablet, increased to 20 % when prescribed two tablets, to 40 % when taking three tablets, and became extremely significant, up to complete refusal of treatment, if the patient was prescribed five or more tablets [9, 10, 116, 142, 143].

(34) *The choice of medical intervention (for example, preference for surgical treatment over medication therapy) is recommended in addition to general selection criteria (inaccessibility, comorbidities, geographical conditions, lifestyle or occupational conditions, patient refusal) when high-quality medication therapy is unlikely or carries an increased risk of complications due to insufficient adherence. This is also recommended for patients whose expected lifespan is shorter than the anticipated longevity of the implant or prosthesis [24].*

Recommendation class III (Level of evidence C).

(35) Adherence to lifestyle modification, particularly physical exercise, depends on various variables that can be controlled and modified by researchers and healthcare providers.

(36) *Healthcare providers are recommended to enhance adherence to physical exercise by improving the characteristics of exercise programs; involving specialists from different disciplines; providing supervision, technology, initial assessment of participant characteristics, participant education, adequate expectations and knowledge about risks and benefits, enjoyment and absence of unpleasant experiences; ensuring integration of exercise into daily life, social support and connection, communication and feedback, access to information on exercise progress and monitoring, self-monitoring of effectiveness and participant competence, active participant role, and clear goal setting [119–121].*

Recommendation class I (Level of evidence C).

(37) *Healthcare providers are recommended to use the following methods to improve (maintain) adherence to treatment, with the best results achieved through a combination of these methods [122]:*

— Adapting medication intake to the patient’s habits [123],

Recommendation class I (Level of evidence B).

— Providing accessible self-monitoring algorithms [119, 124],

Recommendation class III (Level of evidence C).

— Using special packaging for medication dosing [125],

Recommendation class III (Level of evidence C).

— Conducting motivational conversations [126],

Recommendation class II (Level of evidence C).

— Ensuring transmission of telemetry information from the patient’s home [120],

Recommendation class II (Level of evidence C).

— Improving integration of healthcare providers with the involvement of pharmacists and nurses [123].

Recommendation class I (Level of evidence B).

(38) Healthcare providers are recommended to use appropriate therapeutic regimens, minimizing adverse effects and utilizing once-daily dosing medications, preferably in the form of fixed-dose combinations [9, 10, 50, 127–130, 141].

Recommendation class I (Level of evidence C).

(39) Healthcare providers are recommended to use mobile communication applications to enhance patient adherence to medication therapy and lifestyle modifications [131, 132].

Recommendation class I (Level of evidence C).

(40) Despite existing evidence to the contrary, there is still a tendency to focus on identifying adherence problems solely related to patients, while relatively neglecting factors associated with healthcare providers and the healthcare system [8, 43, 97, 133, 134]. The lack of alignment between a patient's willingness to be treated and a healthcare provider's willingness to treat often results in treatment being prescribed to patients who are not ready to follow the recommended medical advice [19, 28, 135].

(41) Currently, there are no universal intervention strategies that are equally effective in improving or maintaining adherence for all patients, conditions, and circumstances. Therefore, adherence-promoting measures should be tailored to the specific health-related needs of each patient. To achieve this goal, healthcare systems and providers need to develop accurate assessment tools for both adherence and the factors influencing it. Additionally, there is a need for counseling tools for healthcare professionals on adherence issues that can be adapted to different socio-economic conditions. This toolkit should encompass three dimensions — knowledge (information about adherence), thinking (clinical decision-making process), and action (behavioral tools for healthcare professionals) [8, 119].

(42) Researchers and healthcare providers are recommended to adopt an interdisciplinary approach to studying adherence and its implementation. It is also important to provide training and enhance the commitment of the professional community to implementing this interdisciplinary approach [136].

Recommendation class III (Level of evidence C).

(43) To develop effective treatment measures based on individually assessed and controlled adherence, it is optimal to create interdisciplinary groups and foster close collaboration between primary healthcare workers and specialists. Such groups can contribute effectively to the development of interdisciplinary and specialized recommendations, as well as the development of automated decision support systems regarding therapy, facilitating the alignment of relevant factual data and the making of appropriate decisions [8, 25].

(44) The strategic goal of the quality system regarding adherence should be the continuous readiness of healthcare providers to assess patient's adherence to treatment and provide recommendations that take this into account [18, 28]. Further exploration of the theoretical foundations of adherence formation, along with evaluating the treatment prospects for individual patients, can provide clinicians with additional opportunities to enhance patients' ability to adhere to recommendations [23, 138]. Further well-designed research is needed to study the consequences of interventions that improve medication-taking abilities and adherence, particularly in older adults who are prescribed multiple medications [93].

ADHERENCE ASSESSMENT TOOLS

Direct methods (external monitoring of medication intake by the patient or monitoring the concentration of the administered drug in biological fluids) and indirect methods (physician interviews or questionnaires) are used to assess treatment adherence.

Direct methods are generally considered more objective and accurate than indirect methods (in terms of medication adherence), but they are more expensive, complex to implement, labor-intensive for the researcher, and inconvenient in everyday life. Therefore, they are less suitable for general use.

Despite the drawbacks of indirect methods (such as the risk of unpredictable bias in respondents' judgments, potential reduction in the reliability and quality of information due to the inability to obtain objective information about opinions, motivations, and values, and possible distortion in the choice of response options related to educational level, social status, and beliefs), their application in real clinical practice is preferable.

The traditional approach to selecting questionnaires for assessing adherence involves choosing tests with a minimal number of questions (to reduce the complexity of obtaining results). These questionnaires are expected to have high internal consistency, reliability, sensitivity, and specificity, as well as consider for which respondents the test has been validated, whether it assesses self-efficacy, identifies factors of non-adherence, and so on.

Most "short scale" questionnaires for assessing adherence demonstrate results ranging from mediocre to extremely unsatisfactory in terms of diagnostic and prognostic ability, and they have relatively low reproducibility.

Most "short scale" questionnaires for assessing adherence demonstrate results ranging from mediocre to extremely unsatisfactory in terms of diagnostic and prognostic ability, and they have relatively low reproducibility.

Studies on adherence, including its fundamental properties [1, 2], have shown that assessing only medication adherence is insufficient for developing effective medical decisions. Management of treatment, especially for chronic diseases, should be based on a comprehensive assessment of adherence. The assessment should include not only medication adherence but also the simultaneous analysis of adherence to medication therapy and lifestyle modifications.

It must be noted that currently there is a lack of questionnaires for comprehensive assessment of adherence based on measurable (quantitative) scales.

CAA-25 is the only appropriate system. It was developed in Russia. It includes 10 questionnaires (5 for assessing current adherence and 5 for assessing potential adherence) for 5 groups of respondents (adults, adolescents aged 12–14 and 15–17, pregnant women, and legal representatives of patients). Due to inertial processes in worldwide healthcare system, this tool has not been validated in other countries yet. No similar comprehensive adherence assessment systems have been created anywhere else in the world.

Assessment of adherence to treatment in psychiatric patients is challenging. A partial solution to this problem is the use of the CAA-25 system (in case if the legal representatives of these patients are responsible for their treatment). Another approach is the quantitative assessment of adherence conducted by healthcare professionals (e. g. Russian Compliance Quantification Scale (CQS)).

Both CAA-25 and CQS are presented in this guide as the main tools for assessing adherence.

Brief comparative characteristics of the main adherence questionnaires used worldwide, and a nosological map (according to ICD-11) of the adherence questionnaires recommended in the guide, are provided below.

Key Questionnaires: Diagnostic Field

| Questionnaire | Drug therapy | Doctor appointment and self-control | Lifestyle modification | Integral adherence | Potential adherence |
|--|--------------|-------------------------------------|------------------------|--------------------|---------------------|
| Brief Medication Questionnaire (BMQ) | Yes | | | | |
| Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) | Yes | | | | |
| Medication Satisfaction Questionnaire (MSQ) | Yes | | | | |
| Domestic questionnaire of adherence to therapy | Yes | | | | |
| The system of questionnaires for comprehensive assessment of treatment adherence | Yes | Yes | Yes | Yes | Yes |
| 4-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) | Yes | | | | |
| 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) | Yes | | | | |
| Scale of assessment of adherence of patients with hypertension Hill-Bone (HB-9, HB-14) | Yes | Yes | Yes | | |
| Scale of adherence of the National Society of Evidence-Based Pharmacotherapy | Yes | | | | |
| Medication Adherence Report Scale (MARS-5, MARS-10) | Yes | | | | |
| The Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale (SEAMS-13, SEAMS-21) | Yes | | | | |

Key Questionnaires: Target Audience

| Questionnaire | 18+ years old | Pregnant | 15–17 years old | 12–14 years old | Legal representatives |
|--|---------------|----------|-----------------|-----------------|-----------------------|
| Brief Medication Questionnaire (BMQ) | Yes | | | | |
| Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) | Yes | | | | |
| Medication Satisfaction Questionnaire (MSQ) | Yes | | | | |
| Domestic questionnaire of adherence to therapy | Yes | | | | |
| The system of questionnaires for comprehensive assessment of treatment adherence | Yes | Yes | Yes | Yes | Yes |
| 4-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) | Yes | | | | |
| 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) | Yes | | | | |
| Scale of assessment of adherence of patients with hypertension Hill-Bone (HB-9, HB-14) | Yes | | | | |
| Scale of adherence of the National Society of Evidence-Based Pharmacotherapy | Yes | | | | |
| Medication Adherence Report Scale (MARS-5, MARS-10) | Yes | | | | |
| The Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale (SEAMS-13, SEAMS-21) | Yes | | | | |

Nosological Map of Recommended Adherence Questionnaires (according to ICD-11)

| GROUPS according TO ICD-11 | 18+ years old | 12–14 years old | 15–7 years old | Pregnant | Legal representatives |
|---|---------------|-----------------|----------------|----------|-----------------------|
| 01 Certain infectious or parasitic diseases | CAA-25 A | CAA-25 D | CAA-25 C | | CAA-25 E |
| 02 Neoplasms | CAA-25 A | CAA-25 D | CAA-25 C | | CAA-25 E |
| 03 Diseases of the blood or blood-forming organs | CAA-25 A | CAA-25 D | CAA-25 C | | CAA-25 E |
| 04 Diseases of the immune system | CAA-25 A | CAA-25 D | CAA-25 C | | CAA-25 E |
| 05 Endocrine, nutritional or metabolic diseases | CAA-25 A | CAA-25 D | CAA-25 C | | CAA-25 E |
| 06 Mental, behavioural or neuro-developmental disorders | CQS | CQS | CQS | CQS | CAA-25 E |
| 07 Sleep-wake disorders | CAA-25 A | CAA-25 D | CAA-25 C | | CAA-25 E |
| 08 Diseases of the nervous system | CAA-25 A | CAA-25 D | CAA-25 C | | CAA-25 E |
| 09 Diseases of the visual system | CAA-25 A | CAA-25 D | CAA-25 C | | CAA-25 E |
| 10 Diseases of the ear or mastoid process | CAA-25 A | CAA-25 D | CAA-25 C | | CAA-25 E |
| 11 Diseases of the circulatory system | CAA-25 A | CAA-25 D | CAA-25 C | | CAA-25 E |
| 12 Diseases of the respiratory system | CAA-25 A | CAA-25 D | CAA-25 C | | CAA-25 E |
| 13 Diseases of the digestive system | CAA-25 A | CAA-25 D | CAA-25 C | | CAA-25 E |
| 14 Diseases of the skin | CAA-25 A | CAA-25 D | CAA-25 C | | CAA-25 E |
| 15 Diseases of the musculoskeletal system or connective tissue | CAA-25 A | CAA-25 D | CAA-25 C | | CAA-25 E |
| 16 Diseases of the genitourinary system | CAA-25 A | CAA-25 D | CAA-25 C | | CAA-25 E |
| 17 Conditions related to sexual health | CAA-25 A | | CAA-25 C | | CAA-25 E |
| 18 Pregnancy, childbirth or the puerperium | | | | CAA-25 B | |
| 22 Injury, poisoning or certain other consequences of external causes | CAA-25 A | CAA-25 D | CAA-25 C | | CAA-25 E |
| 24 Factors influencing health status or contact with health services | CAA-25 A | CAA-25 D | CAA-25 C | | CAA-25 E |

COMPREHENSIVE ADHERENCE

Main features of comprehensive adherence assessment

| Indicators | Characteristics, measurement units, values range |
|--|---|
| ADHERENCE AND POTENTIAL ADHERENCE (medication adherence, adherence to medical follow-up, adherence to lifestyle modifications, overall treatment adherence) | Quantitative indicators expressed on a nominal scale, in conditional percentages of the maximum theoretically possible adherence (taken as 100 %): Minimum possible value — 2,78 Maximum possible value — 100 |
| Importance and potential importance Readiness and potential readiness | Quantitative indicators expressed on a nominal scale in points: Minimum possible value — 5 Maximum possible value — 30 |

Healthcare providers are recommended to round the calculated values to the nearest whole number when expressing quantitative indicators on a nominal scale. Researchers are recommended to use the exact calculated values or round them to the nearest hundredth when expressing quantitative indicators.

Adherence Levels

The criteria are intended for assessing and interpreting adherence (including potential adherence) identified through questionnaires with a quantitative (semi-quantitative) scale.

| Indicator value | Adherence level | Respondent's behavior model |
|-----------------|------------------------|--|
| 75% and higher | High (sufficient) | The recommendations and actions based on them will be implemented or are likely to be implemented |
| 50-75% | average (insufficient) | The recommendations and actions based on them are more likely to be implemented than not to be implemented |
| 50% and lower | low (insufficient) | The recommendations and actions based on them are less likely to be implemented or will not be implemented |

For diseases and conditions requiring long-term drug therapy and/or medical support, a value of adherence (potential adherence) exceeding 75 % should be considered as the minimum acceptable (sufficient) level. Values below this level should be considered insufficient. However, this does not exclude the possibility for healthcare providers or researchers to choose and establish other values for the minimum acceptable level if it aligns with the goals or objectives of medical intervention or research.

| Drug Therapy | | |
|---|--|--|
| Indicator | Characteristic | Interpretation |
| Adherence to drug therapy | The ability of the respondent to follow recommendations regarding the intake and intake frequency of medication over an indefinitely long period of time | The higher is the obtained value, the higher is the level of adherence to drug therapy |
| Importance of drug therapy | The importance for the respondent of the obligations regarding the recommended dosage, frequency, and duration of medication intake | The higher is the obtained value, the higher is importance of drug therapy |
| Readiness for drug therapy | The degree of the respondent's intention to follow recommendations regarding the dosage, frequency, and duration of medication intake | The higher is the obtained value, the higher is the readiness for drug therapy |
| Potential adherence to drug therapy | The ability of the respondent to adhere to possible recommendations regarding the intake and frequency of medication intake over an indefinitely long period of time | The higher is the obtained value, the higher is the level of potential adherence to drug therapy |
| Potential importance of drug therapy | The presumed importance for the respondent of the obligations regarding the recommended dosage, frequency, and duration of medication intake | The higher is the obtained value, the higher is the potential importance of drug therapy |
| Potential readiness for drug therapy | The presumed degree of the respondent's intention to follow recommendations regarding the dosage, frequency, and duration of medication intake | The higher is the obtained value, the higher is the potential readiness of drug therapy |

| Medical Follow-up | | |
|--|--|---|
| Indicator | Characteristic | Interpretation |
| Adherence to medical follow-up | The ability of the respondent to follow recommendations regarding the volume and frequency of medical follow-up over an indefinitely long period of time | The higher is the obtained value, the higher is the level of adherence to medical follow-up |
| Importance of medical follow-up | The importance for the respondent of the obligations regarding the recommended volume and frequency of medical follow-up | The higher is the obtained value, the higher is the importance of medical follow-up |
| Readiness for medical follow-up | The degree of the respondent's intention to follow recommendations regarding the volume and frequency of medical follow-up | The higher is the obtained value, the higher is the readiness for medical follow-up |
| Potential adherence to medical follow-up | The ability of the respondent to adhere to possible recommendations regarding the volume and frequency of medical follow-up over an indefinitely long period of time | The higher is the obtained value, the higher is the level of potential adherence to medical follow-up |
| Potential importance of medical follow-up | The presumed importance for the respondent of the obligations regarding the volume and frequency of medical follow-up | The higher is the obtained value, the higher is the potential importance of medical follow-up |
| Potential readiness for medical follow-up | The presumed degree of the respondent's intention to follow recommendations regarding the volume and frequency of medical follow-up | The higher is the obtained value, the higher is the potential readiness of medical follow-up |

| Lifestyle Modification | | |
|---|---|--|
| Indicator | Characteristic | Interpretation |
| Adherence to lifestyle modification | The ability of the respondent to follow recommendations regarding lifestyle modification over an indefinitely long period of time | The higher is the obtained value, the higher is the level of adherence to lifestyle modification |
| Importance of lifestyle modification | The importance for the respondent of the obligations regarding the recommended lifestyle modification | The higher is the obtained value, the higher is the importance of lifestyle modification |
| Readiness for lifestyle modification | The degree of the respondent's intention to follow recommendations regarding lifestyle modification | The higher is the obtained value, the higher is the readiness for lifestyle modification |
| Potential adherence to lifestyle modification | The ability of the respondent to adhere to possible recommendations regarding lifestyle modification over an indefinitely long period of time | The higher is the obtained value, the higher is the level of potential adherence to lifestyle modification |
| Potential importance of lifestyle modification | The presumed importance for the respondent of the obligations regarding lifestyle modification | The higher is the obtained value, the higher is the potential importance of lifestyle modification |
| Potential readiness for lifestyle modification | The presumed degree of the respondent's intention to follow recommendations regarding lifestyle modification | The higher is the obtained value, the higher is the potential readiness of lifestyle modification |

Comprehensive Treatment Adherence

| Indicator | Characteristic | Interpretation |
|---|--|--|
| Comprehensive treatment adherence | The comprehensive ability of the respondent to follow recommendations regarding medication therapy, medical follow-up, and lifestyle modification over an indefinitely long period of time | The higher is the obtained value, the higher is the level of comprehensive treatment adherence |
| Potential Comprehensive treatment adherence | The comprehensive ability of the respondent to adhere to possible recommendations regarding medication therapy, medical follow-up, and lifestyle modification over an indefinitely long period of time | The higher is the obtained value, the higher is the level of potential comprehensive treatment adherence |

COMPREHENSIVE ADHERENCE ASSESSMENT TOOLS

Comprehensive Adherence Assessment System CAA-25

The CAA-25 system is designed to assess adherence and potential adherence to treatment across the following scales: medication therapy, medical follow-up, lifestyle modification, and comprehensive adherence. The system includes 10 specialized versions of the questionnaire (5 for assessing adherence and 5 for assessing potential adherence) for the following respondent categories: individuals aged 18 and older, pregnant individuals, individuals aged 15–17, individuals aged 13–15, and legal representatives.

The questionnaire is filled out by the respondent personally or with the assistance of an interviewer. The questionnaire consists of 25 questions with multiple-choice answers. The questionnaire is filled out sequentially from question 1 to question 25. Each question has 6 answer options, and the respondent selects the most suitable answer from the provided closed list of options for each question. Only one answer can be selected for each question of the questionnaire. The results of the survey can be processed both automatically and manually.

The tools and technology for conducting the survey are presented in Appendix 1.

Medication Compliance Prognosis Scale in Psychiatry

The questionnaire is designed to assess treatment adherence in individuals with mental disorders. The scale is completed by the treating physician based on comprehensive information about the patient, including medical history, clinical condition, subjective attitude towards medication therapy, observations of healthcare personnel regarding medication intake during hospitalization, and input from individuals in the patient's close environment during outpatient care. The scale can be filled out using custom forms. The scale items are graded and accompanied by meaningful descriptions of differences.

The gradations are characterized by behavior or attitudes of the patient that can be clearly recognized.

The level of productive and negative psychopathological symptoms is assessed using the BPRS and SANS scales.

The overall level of functioning in work, education, and family is assessed using the GAF scale.

The total score is calculated by summing the gradation values of individual items.

The tools and survey methodology are presented in Appendix 2.

The official description of the survey methodology and questionnaire tools are published in the guidelines [1,2]:

1. Adherence to treatment. Russian National Guidelines / Nikolaev N.A., Martynov A.I., Skirdenko Y.P. Avdeev V.N. [et al] / Under the general ed. Nikolaev N.A., Martynov A.I., Skirdenko Y.P. — Moscow: Publishing House of the Academy of Natural Science, 2022. — 224 p., ISBN 978-5-91327-746-6. DOI 10.17513/np.541. — EDN VMWTIF.

2. Nikolaev N.A., Martynov A.I., Skirdenko Y.P., Avdeev V.N. [et al] Adherence to treatment. Russian national guideline. Brief edition for practicing physicians. *Therapeutics*. 2023;1(S):1-108. DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.1suppl.1-108.3>.

PROGNOSIS OF INTERVENTION EFFECTIVENESS BASED ON LEVEL OF ADHERENCE

The obtained values of adherence (potential adherence) for a specific patient are compared with the range of values for the corresponding level of adherence (high, moderate, or low) to forecast the effectiveness of medical interventions. The identified level of adherence indicates the most probable forecast for the effectiveness of the intervention. The individual characteristics of a specific respondent or unaccounted factors may influence the effectiveness of the interventions in specific cases.

Expected Effectiveness of Specific Interventions Depending on The Level of Adherence to Medication Therapy

Taking a Single Medication with Different Frequencies Throughout the Day

| INTERVENTION | Adherence level | RESPONDENT'S BEHAVIOR PROGNOSIS |
|--|-----------------|---|
| Taking a single medication (fixed combination of medications) once daily | high | the intervention will be fully implemented, or the intervention is more likely to be fully implemented than partially implemented or not implemented |
| | average | |
| | low | the intervention is more likely to be partially implemented than fully implemented, or the intervention is more likely to be partially implemented than not implemented |
| Taking a single medication (fixed combination of medications) twice daily | High | the intervention will be fully implemented, or the intervention is more likely to be fully implemented than partially implemented or not implemented |
| | average | the intervention is more likely to be partially implemented than fully implemented, or the intervention is more likely to be partially implemented than not implemented |
| | low | the intervention is more likely to be partially or fully not implemented, or the intervention will not be implemented |
| Taking a single medication (fixed combination of medications) three times a day or more frequently | High | the intervention will be fully implemented, or the intervention is more likely to be fully implemented than partially implemented or not implemented |
| | average | the intervention is more likely to be partially or fully not implemented, or the intervention will not be implemented |
| | low | |

Taking Two Medications with Different Frequencies Throughout the Day

| INTERVENTION | Adherence level | RESPONDENT'S BEHAVIOR PROGNOSIS |
|--|-----------------|---|
| Taking two medications separately (fixed combinations of medications) once daily | High | the intervention will be fully implemented, or the intervention is more likely to be fully implemented than partially implemented or not implemented |
| | average | the intervention is more likely to be partially implemented than fully implemented, or the intervention is more likely to be partially implemented than not implemented |
| | low | the intervention is more likely to be partially or fully not implemented, or the intervention will not be implemented |
| Taking two medications separately (fixed combinations of medications) twice daily | High | the intervention will be fully implemented, or the intervention is more likely to be fully implemented than partially implemented or not implemented |
| | average | the intervention is more likely to be partially implemented than fully implemented, or the intervention is more likely to be partially implemented than not implemented |
| | low | the intervention is more likely to be partially or fully not implemented, or the intervention will not be implemented |
| Taking two medications separately (fixed combinations of medications) three times a day or more frequently | High | the intervention will be fully implemented, or the intervention is more likely to be fully implemented than partially implemented or not implemented |
| | average | the intervention is more likely to be partially or fully not implemented, or the intervention will not be implemented |
| | low | |

Taking Three or More Medications with Different Frequencies Throughout the Day

| INTERVENTION | Adherence level | RESPONDENT'S BEHAVIOR PROGNOSIS |
|--|-----------------|---|
| Taking three or more medications separately (fixed combinations of medications) once daily | High | the intervention will be fully implemented, or the intervention is more likely to be fully implemented than partially implemented or not implemented |
| | average | the intervention is more likely to be partially or fully not implemented, or the intervention will not be implemented |
| | low | |
| Taking three or more medications separately (fixed combinations of medications) twice daily | High | the intervention will be fully implemented, or the intervention is more likely to be fully implemented than partially implemented or not implemented |
| | average | the intervention is more likely to be partially or fully not implemented, or the intervention will not be implemented |
| | low | |
| Taking three or more medications separately (fixed combinations of medications) three times a day or more frequently | High | the intervention is more likely to be partially implemented than fully implemented, or the intervention is more likely to be partially implemented than not implemented |
| | average | the intervention is more likely to be partially or fully not implemented, or the intervention will not be implemented |
| | low | |

Expected Effectiveness of Individual Interventions Depending on The Level of Adherence to Medical Follow-up

Various Options for Visiting a Doctor Without the Need for Regular Self-Monitoring of Health Condition

| INTERVENTION | Adherence level | RESPONDENT'S BEHAVIOR PROGNOSIS |
|---|-----------------|---|
| <p>Visiting a doctor on demand without mandatory appointments; Regular self-monitoring is not required</p> | High | <p>the intervention will be fully implemented, or the intervention is more likely to be fully implemented than partially implemented or not implemented</p> |
| | average | |
| | low | |
| <p>Visiting a doctor with mandatory appointments more often than once every 3 months, but less often than once a month; Regular self-monitoring is not required</p> | High | <p>the intervention will be fully implemented, or the intervention is more likely to be fully implemented than partially implemented or not implemented</p> |
| | average | |
| | low | <p>the intervention is more likely to be partially or fully not implemented, or the intervention will not be implemented</p> |
| <p>Visiting a doctor with mandatory appointments more often than once a month Regular self-monitoring is not required</p> | High | <p>the intervention will be fully implemented, or the intervention is more likely to be fully implemented than partially implemented or not implemented</p> |
| | average | |
| | low | <p>the intervention is more likely to be partially or fully not implemented, or the intervention will not be implemented</p> |

Various Options for Visiting a Doctor When Regular Self-Monitoring of Health Condition Is Necessary

| INTERVENTION | Adherence level | RESPONDENT'S BEHAVIOR PROGNOSIS |
|---|-----------------|---|
| <p>Visiting a doctor on demand without mandatory appointments; Regular self-monitoring is required</p> | High | the intervention will be fully implemented, or the intervention is more likely to be fully implemented than partially implemented or not implemented |
| | average | the intervention is more likely to be partially implemented than fully implemented, or the intervention is more likely to be partially implemented than not implemented |
| | low | the intervention is more likely to be partially or fully not implemented, or the intervention will not be implemented |
| <p>Visiting a doctor with mandatory appointments more often than once every 3 months, but less often than once a month; Regular self-monitoring is required</p> | High | the intervention will be fully implemented, or the intervention is more likely to be fully implemented than partially implemented or not implemented |
| | average | the intervention is more likely to be partially or fully not implemented, or the intervention will not be implemented |
| | low | |
| <p>Visiting a doctor with mandatory appointments more often than once a month; Regular self-monitoring is required</p> | High | the intervention will be fully implemented, or the intervention is more likely to be fully implemented than partially implemented or not implemented |
| | average | the intervention is more likely to be partially or fully not implemented, or the intervention will not be implemented |
| | low | |

Expected Effectiveness of Individual Interventions Depending on The Level of Adherence to Lifestyle Modification

Correction of Usual Diet Only or Usual Physical Activity Only with Various Options for Limiting Unwanted Habits

| INTERVENTION | Adherence level | RESPONDENT'S BEHAVIOR PROGNOSIS |
|--|-----------------|---|
| <p>Correction of the usual diet or physical activity; No restrictions or giving up unwanted habits is required</p> | High | <p>the intervention will be fully implemented, or the intervention is more likely to be fully implemented than partially implemented or not implemented</p> |
| | average | |
| | low | <p>the intervention is more likely to be partially or fully not implemented, or the intervention will not be implemented</p> |
| <p>Correction of the usual diet or physical activity; Restriction of unwanted habits</p> | High | <p>the intervention will be fully implemented, or the intervention is more likely to be fully implemented than partially implemented or not implemented</p> |
| | average | <p>the intervention is more likely to be partially or fully not implemented, or the intervention will not be implemented</p> |
| | low | |
| <p>Correction of the usual diet or physical activity; Giving up unwanted habits</p> | High | <p>the intervention will be fully implemented, or the intervention is more likely to be fully implemented than partially implemented or not implemented</p> |
| | average | <p>the intervention is more likely to be partially or fully not implemented, or the intervention will not be implemented</p> |
| | low | |

Simultaneous Correction of The Usual Diet and Regular Physical Activity with Various Options for Restricting Unwanted Habits

| INTERVENTION | Adherence level | RESPONDENT'S BEHAVIOR PROGNOSIS |
|--|-----------------|---|
| <p>Correction of the usual diet or physical activity; No restrictions or giving up unwanted habits is required</p> | High | the intervention will be fully implemented, or the intervention is more likely to be fully implemented than partially implemented or not implemented |
| | average | the intervention is more likely to be partially implemented than fully implemented, or the intervention is more likely to be partially implemented than not implemented |
| | low | the intervention is more likely to be partially or fully not implemented, or the intervention will not be implemented |
| <p>Correction of the usual diet or physical activity; Restriction of unwanted habits</p> | High | the intervention will be fully implemented, or the intervention is more likely to be fully implemented than partially implemented or not implemented |
| | average | the intervention is more likely to be partially or fully not implemented, or the intervention will not be implemented |
| | low | |
| <p>Correction of the usual diet or physical activity; Giving up unwanted habits</p> | High | the intervention is more likely to be partially implemented than fully implemented, or the intervention is more likely to be partially implemented than not implemented |
| | average | the intervention is more likely to be partially or fully not implemented, or the intervention will not be implemented |
| | low | |

VISUAL SCALES OF PREDICTED EFFECTIVENESS OF CERTAIN INTERVENTIONS TAKING INTO ACCOUNT ADHERENCE

Medications Intake

| INTERVENTIONS | ADHERENCE LEVEL | | |
|--|-------------------|-------------------|-----------|
| | SUFFICIENT | INSUFFICIENT | |
| | HIGH | AVERAGE | LOW |
| Taking 1 medication once daily | yes or rather yes | yes or rather yes | rather no |
| Taking 1 medication twice daily | yes or rather yes | rather no | no |
| Taking 1 medication more than two times a day | yes or rather yes | no | no |
| Taking 2 medications once daily | yes or rather yes | rather no | no |
| Taking 2 medications twice daily | yes or rather yes | rather no | no |
| Taking 2 medications more than two times a day | yes or rather yes | no | no |
| Taking more than 2 medications once daily | yes or rather yes | no | no |
| Taking more than 2 medications twice daily | yes or rather yes | no | no |
| Taking more than 2 medications more than two times a day | rather no | no | no |

Visiting a Doctor and Self-Monitoring

| INTERVENTIONS | ADHERENCE LEVEL | | |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|
| | SUFFICIENT | INSUFFICIENT | |
| | HIGH | AVERAGE | LOW |
| Visits on demand, self-monitoring is not required | yes or rather yes | yes or rather yes | yes or rather yes |
| Visits no more than once a month, self-monitoring is not required | yes or rather yes | yes or rather yes | rather no |
| Visits more than once a month, self-monitoring is not required | yes or rather yes | yes or rather yes | rather no |
| Visits on demand, self-monitoring is required | yes or rather yes | rather no | no |
| Visits no more than once a month, self-monitoring is required | yes or rather yes | no | no |
| Visits more than once a month, self-monitoring is required | yes or rather yes | no | no |

Habits Correction

| INTERVENTIONS | ADHERENCE LEVEL | | |
|---|-------------------|-------------------|-----|
| | SUFFICIENT | INSUFFICIENT | |
| | HIGH | AVERAGE | LOW |
| Dietary or physical activity correction; No correction of unwanted habits is required | yes or rather yes | yes or rather yes | no |
| Dietary and physical activity correction; No correction of unwanted habits is required | yes or rather yes | rather no | no |
| Dietary or physical activity correction; Restriction of unwanted habits | yes or rather yes | yes or rather yes | no |
| Dietary and physical activity correction; Restriction of unwanted habits | yes or rather yes | no | no |
| Dietary or physical activity correction; Giving up unwanted habits | yes or rather yes | no | no |
| Dietary and physical activity; correction; Giving up unwanted habits | rather no | no | no |

TREATMENT MANAGEMENT: CHOOSING A TREATMENT STRATEGY BASED ON INTERVENTION EFFECTIVENESS FORECAST

Treatment management taking into account the identified levels of adherence in a specific patient aims to achieve the maximum possible outcome of medical interventions

Basics of Physician Actions Depending on the Level of Patient Adherence

| ADHERENCE LEVEL | Drug therapy | Visiting a doctor and self-monitoring | LIFESTYLE MODIFICATION |
|------------------------|---|--|---|
| High (Sufficient) | special adjustment and correction of the number of medications and their administration frequency are not required | the creation of special regimens and conditions for medical follow-up are not required | detailed recommendations for modifying diet and exercise, quitting unwanted habits and dependencies are recommended |
| Average (Insufficient) | It is not advisable to prescribe more than 3 medications (fixed-dose combinations) for simultaneous intake with a frequency of more than 2 times a day | It is advisable to schedule office visits no more than once a month and limit the number of laboratory and instrumental examinations focusing on the most significant ones | Brief recommendations regarding diet and lifestyle that directly impact the course and prognosis of the disease are advisable |
| Low (Insufficient) | It is advisable to prescribe no more than 1 medication (fixed-dose combination) no more than twice daily; it is not advisable to prescribe medications with a «rebound effect» or «withdrawal effect» | It is advisable to plan medical follow-up in the form of «on-demand» visits; necessary laboratory and instrumental examinations should be performed during such visits | It is advisable to provide very brief and specific recommendations regarding diet and physical activity that directly impact the course and prognosis of the disease; complete unwanted habits cessation should not be expected |

Treatment Strategy Choice Taking into Account the Identified Adherence Level (Potential Adherence) to Drug Therapy

| ADHERENCE LEVEL | TREATMENT STRATEGY FEATURES |
|------------------------|---|
| High (Sufficient) | Regular intake of medications up to 3 times a day does not significantly reduce the patient's readiness for treatment |
| | Medications can be prescribed in the form of fixed or unfixed combinations, or in combination with each other; the number of medications up to 5 per dose does not significantly reduce readiness for treatment |
| Average (Insufficient) | Regular intake of medications more than twice a day significantly reduces the patient's readiness to their intake |
| | Medications can be prescribed in the form of fixed or unfixed combinations; simultaneous prescription of three or more medications significantly reduces the patient's readiness for treatment |
| Low (Insufficient) | The ability to adhere to regular medication intake at least once a day is questionable; the recommendation for regular intake of medications with a frequency of 2 or more times a day is ineffective |
| | Medications should be prescribed as a single drug or fixed drug combination whenever possible; simultaneous prescription of multiple medications significantly reduces the patient's readiness for their intake |
| | It is important to consider the possibility of spontaneous discontinuation or interruptions in medication intake, which increases the risk of developing adverse effects of medications that require long-term dose titration and/or have a «rebound effect» or «withdrawal syndrome» |

Treatment Strategy Choice Taking into Account the Identified Adherence Level (Potential Adherence) to Medical Follow-Up

| ADHERENCE LEVEL | TREATMENT STRATEGY FEATURES |
|------------------------|--|
| High (Sufficient) | <p data-bbox="531 450 1449 640">Recommendations for self-monitoring of health status or its individual parameters are effective</p> <p data-bbox="531 685 1449 880">The medical follow-up program should be based on the optimal frequency of scheduled (including preventive) visits, laboratory and instrumental examinations, including those established by standards or clinical guidelines</p> |
| Average (Insufficient) | <p data-bbox="531 920 1449 1115">Recommendations for self-monitoring of health status or its individual parameters are partially effective or ineffective</p> <p data-bbox="531 1160 1449 1357">The medical follow-up program should be based on the minimum necessary frequency of scheduled office visits, with a limitation on the number of performed examinations, giving preference to the most significant ones</p> |
| Low (Insufficient) | <p data-bbox="531 1402 1449 1592">Recommendations for self-monitoring of health status or its individual parameters are ineffective or not effective</p> <p data-bbox="531 1637 1449 1821">The medical follow-up program should be based on «on-demand» visits related to changes in disease symptoms; preventive visits and visits for routine examinations are more likely not to be performed than to be performed, or they will not be performed</p> |

Treatment Strategy Choice Taking into Account the Identified Adherence Level (Potential Adherence) to Lifestyle Modification

| ADHERENCE LEVEL | TREATMENT STRATEGY FEATURES |
|------------------------|---|
| High (Sufficient) | <p>Recommendations for limiting or quitting unwanted habits (including tobacco and e-cigarette smoking, consumption of toxic substances, alcohol consumption, excessive food intake, etc.) can be extensive and detailed</p> <p>Recommendations for correcting the usual diet (including modifying the frequency and structure of meals, avoiding or reducing the consumption of certain foods, etc.) and physical activity regimen (types, frequency, intensity) can cover all aspects of the patient's health</p> |
| Average (Insufficient) | <p>Recommendations for limiting unwanted habits (including tobacco and e-cigarette smoking, consumption of toxic substances, alcohol consumption, excessive food intake, etc.) should be specific and concise; recommendations for complete cessation of such habits are more likely not to be followed than to be followed, or they will not be followed</p> <p>Recommendations for correcting the usual diet, as well as the types, frequency, and intensity of physical activity, should be presented as specific and concise information; these recommendations should primarily relate to the disease that is most significant in terms of the development of dangerous complications, unfavorable progression, or outcome</p> |
| Low (Insufficient) | <p>Recommendations for limiting unwanted habits should be presented as a specific and concise list of decisions and actions that are most significant for reducing life-threatening risks; complete or partial cessation of unwanted habits is unlikely or impossible</p> <p>Recommendations for correcting diet and physical activity should be specific and concise; general recommendations for correcting the usual diet and physical activity are not effective</p> |

TREATMENT MANAGEMENT MODELS IN INSUFFICIENT ADHERENCE

Patient model: capable patient with a chronic illness

Continuous medication therapy, medical follow-up, and lifestyle modification in accordance with the treatment standard are necessary.

Model for Developing a Medication Therapy Strategy

| STEP 1 | STEP 2 | STEP 3 | STEP 4 |
|--|---|---|--|
| <p>Selecting the necessary medications for treatment</p> <p>CLASS 1</p> | <p>Decisions when prescribing therapy:</p> <p>Within each class, selecting a medication that has:</p> <ul style="list-style-type: none"> — the longest duration of action; — lower risks of complications (rebound syndrome) in case of missed doses; — compatibility with medications from other classes. <p>Optimizing the medication regimen (same time, same conditions, minimal frequency).</p> | <p>Primary monitoring:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Assess the tolerability of the ongoing therapy (including adverse effects). — Evaluate the effectiveness of the ongoing therapy (degree of achieving treatment goals). — Perform initial intervention adjustments if necessary (dose adjustments, medication replacements) | <p>Ongoing monitoring:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Establish a therapeutic regimen including fixed combinations of medications at effective doses. — Adjust (modify, supplement) medication therapy as indicated. — Analyze and adjust treatment outcomes (including considering therapy for other conditions, assessing risks of drug interactions) |
| <p>Selecting the necessary medications for treatment</p> <p>CLASS 2</p> | | | |
| <p>Selecting the necessary medications for treatment</p> <p>CLASS 3</p> | | | |
| <p>Selecting the necessary medications for treatment</p> <p>CLASS 4</p> | | | |

Model for Developing a Lifestyle Modification Strategy

| STEP 1 | STEP 2 | STEP 3 | STEP 4 |
|--|--|---|--|
| Physical activity analysis | If insufficient physical activity is identified, provide specific recommendations (e.g., “walk for at least 20 minutes a day”) | | |
| Analysis of unwanted habits and dependencies | If there are risks associated with the impact of unwanted habits or dependencies on the ongoing medication therapy, MODIFY THE THERAPY taking into account these risks | <p>Primary monitoring:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Evaluate the effectiveness of following recommendations (assessing the achievement of goals regarding physical activity, body weight, restriction or cessation of specific food consumption, reduction in the number of cigarettes smoked, alcohol consumption, etc.). – Adjust recommendations if necessary. – Adjust therapy if necessary. | |
| Analysis of eating behavior and food preferences | <p>Evaluate the impact of specific foods on the disease and medication therapy.</p> <p>Evaluate the salt intake.</p> <p>Provide easily achievable recommendations. It is UNACCEPTABLE to impose abstract restrictions on dietary components that do not significantly affect the specific patient's health condition!</p> | | <p>Ongoing monitoring:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Evaluate the effectiveness of following recommendations based on the results of primary monitoring. – Adjust recommendations if necessary. – Adjust therapy if necessary. |

Model for Developing a Medical Follow-up Strategy

| STEP 1 | STEP 2 | STEP 3 | STEP 4 |
|--|--|---|--|
| <p>Analysis of the need for medical follow-up</p> | <p>Develop a medical follow-up program with the minimum necessary interventions.</p> <p>Explain to the patient the significance of interventions for their health and life</p> | <p>Primary monitoring:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Evaluate the effectiveness of following the recommendations. — Adjust the recommendations if necessary. — Adjust the follow-up if necessary | <p>Ongoing monitoring:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Evaluate the effectiveness of following the recommendations taking into account the results of the primary monitoring. — Adjust the recommendations if necessary. — Adjust the model of responsible self-treatment if necessary |
| <p>Analysis of the need for laboratory (instrumental) health status monitoring</p> | <p>Establish the minimum number and frequency of medication intake.</p> <p>Exclude the use of medications with significant withdrawal syndrome.</p> <p>Describe the symptoms of “critical conditions” and the algorithm of actions in case of such conditions (emergency call)</p> | <p>Primary monitoring:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Evaluate the quality of responsible self-monitoring. — Assess the feasibility of continuing the implementation of the model of responsible self-treatment | |
| <p>Analysis of the need and feasibility of responsible self-monitoring (model of responsible self-treatment)</p> | | | |

List of Literature

1. Adherence to treatment. Russian National Guidelines / Nikolaev N.A., Martynov A.I., Skirdenko Y.P., Avdeev V.N. [et al] / Under the general ed. Nikolaev N.A., Martynov A.I., Skirdenko Y.P. — Moscow: Publishing House of the Academy of Natural Science, 2022. — 224 p., ISBN 978-5-91327-746-6. DOI 10.17513/np.541. — EDN VMWTF.
2. Nikolaev N.A., Martynov A.I., Skirdenko Y.P., Avdeev V.N. [et al] Adherence to treatment. Russian national guideline. Brief edition for practicing physicians. *Therapeutics*. 2023;1(S):1-108. DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.1suppl.1-108.3>.
4. Lutova N.B., Bortsov A.V., Vid V.D., Vuks A.Y. Method of predicting medication compliance in psychiatry: methodological recommendations. St. Petersburg, 2007. — 17c.
5. Nikolaev N.A., Martynov A.I., Skirdenko Y.P., Anisimov V.N., Vasilieva I.A., Vinogradov O.I., Lazebnik L.B., Poddubnaya I.V., Roitman E.V. et al. Adherence-based treatment management. Consensus document — Interdisciplinary recommendations of RSMST, SSGR, NATH, SEN, GSRAS, ROO, RSP. *Consilium-Medicum* 2020;5:9-18. DOI: 10.26442/20751753.2020.5.200078.
6. Geest S., Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs* 2003;2(4):323.
7. Nikolaev N.A., Martynov A.I., Skirdenko Y.P., Drapkina O.M., Livzan M.A., Moiseev S.V., on behalf of the Working group and Committee of experts. The first Russian consensus on the quantitative assessment of the adherence to treatment. *Medical News of North Caucasus* 2019;14(3):424-434. DOI:10.14300/mnnc.2019.14072.
8. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, WHO 2003;211 pp.
9. Nikolaev N.A. Evidence-based hypertensiology: quantitative assessment of the result of antihypertensive therapy. Moscow: Publishing House "Academy of Natural Science", 2008. 92 p.
10. Nikolaev N.A. Evidence-based hypertensiology: patient-oriented antihypertensive therapy. M.: Publishing House of the Academy of Natural Sciences, 2015. 178 p.
11. Nikolaev N.A., Martynov A.I., Boitsov S.A., Drapkina O.M. et al. First Russian consensus on quantitative assessment of the results of medical interventions. *Medical Bulletin of the North Caucasus* 2019;2(14):283-301.
12. Skirdenko Y.P., Nikolaev N.A., Pereverzeva K.G., Timakova A.Y., Galus A.S., Yakushin S.S. Modern anticoagulant therapy in atrial fibrillation: patient adherence in clinical practice. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2022;18(1):49-55. <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2022-02-03>.
13. Berra E., Azizi M., Capron A., Hoiegggen A., Rabbia F., Kjeldsen S.E., Staessen J.A., Wallemacq P., Persu A.. Evaluation of adherence should become an integral part of assessment of patients with apparently treatment-resistant hypertension. *Hypertension* 2016;68:297-306.
14. Kennedy-Martin T., Boye K. S., Peng X. Cost of medication adherence and persistence in type 2 diabetes mellitus: a literature review // Patient preference and adherence. — 2017. — T. 11. — C. 1103.
15. Iuga A.O., McGuire M.J. Adherence and health care costs // Risk management and healthcare policy. — 2014. — T. 7. — C. 35.
16. Moiseev S.V. How to improve adherence to dual anti-thrombocyte therapy after acute coronary syndrome. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 2011;4(20):34-40.
18. Skirdenko Y.P., Nikolaev N.A. The contribution of adherence to anticoagulant therapy to the risk of complications of atrial fibrillation. *Russian Journal of Cardiology* 2019;2:64-69.
19. Skirdenko Y.P., Nikolaev N.A. Quantitative assessment of adherence to treatment in patients with atrial fibrillation in real clinical practice. *Therapeutic Archive* 2018;1:17-21.
20. Nikolaev N.A., Martynov A.I., Drapkina O.M., Livzan M.A. et al. on behalf of the Expert Committee. First Russian consensus on quantitative assessment of adherence to treatment. *Therapeutics* 2018;5:11-32.
21. Nikolaev N.A., Martynov A.I., Skirdenko Y.P., Anisimov V.N., Vasilieva I.A., Vinogradov O.I., Lazebnik L.B., Poddubnaya I.V., Roitman E.V. et al. Adherence-based treatment management: algorithms

- of recommendations for patients. Interdisciplinary recommendations. Medical Bulletin of the North Caucasus 2020;15(4):461-468. DOI:10.14300/mnnc.2020.15109.
22. Nikolaev N.A., Skirdenko Y.P., Balabanova A.A., Gorbenko A.V., Andreev K.A., Fedorin M.M., Livzan M.A., Chebanenko E.V., Usov G.M. The scale of quantitative assessment of adherence to treatment "KOP-25": updating of formulations, construct and factor validity and measure of agreement. Rational Pharmacotherapy in Cardiology 2021;17(6):845-852. DOI:10.20996/1819-6446-2021-12-12.
23. Maffoni M., Traversoni S., Costa E., Midão L., Kardas P., Kurczewska-Michalak M., Giardini A.. Medication adherence in the older adults with chronic multimorbidity: a systematic review of qualitative studies on patient's experience. Eur Geriatr Med 2020 Jun;11(3):369-381. doi: 10.1007/s41999-020-00313-2.
24. Vahanian A., Beyersdorf F., Praz F., Milojevic M., Baldus S., Bauersachs J., Capodanno D., Conradi L., Bonis M.D., Paulis R.D., Delgado V., Freemantle N., Gilard M., Haugaa K.H., Jeppsson A., Jüni P., Pierard L., Prendergast B.D., Sádaba J.R., Tribouilloy C., Wojakowski W. ESC/EACTS Scientific Document Group, 2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease: Developed by the Task Force for the management of valvular heart disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). European Heart Journal (2022) 43, 561–632 <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab395>.
25. Visseren F.L.J., Mach F., Smulders Y.M., Carballo D., Koskinas K.C., Bäck M., Benetos A., Biffi A., Boavida J.M., Capodanno D., Cosyns B., Crawford C., Davos C.H., Desormais I., Di Angelantonio E., Franco O.H., Halvorsen S., Hobbs F.D.R., Hollander M., Jankowska E.A., Michal M, Sacco S., Sattar N., Tokgozoglul., Tonstad S., Tsioufis K.P., van Dis I., van Gelder I.C., Wanner C., Williams B.; ESC National Cardiac Societies; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2021 Sep 7;42(34):3227-3337. doi: 10.1093/eurheartj/ehab484.
26. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal 2018;39:3021–3104. doi:10.1093/eurheartj/ehy339.
27. Mancia G., Rea F., Cuspidi C., Grassi G., Corrao G. Blood pressure control in hypertension. Pros and cons of available treatment strategies. J Hypertens 2017;35:225–233
28. Orujova L.A., Skirdenko Y.P., Zherebilov V.V., Nikolaev N.A. Role of polymorbidity and polypragmasia in adherence to treatment of cardiovascular patients. Medical review 2016;3:102-103.
29. Lysenko Y.S., Mikita O.Y., Pinchuk A.V., Khubutia A.Sh. Adherence to treatment of patients with chronic renal failure before and after renal transplantation. Bulletin of Psychotherapy. 2020;5(80):60-6.
30. Ickovics J.R., Meisler A.W. Adherence in AIDS clinical trials: a framework for clinical research and clinical care. J. Clin. Epidemiol 1997;50(4):385–91.
31. Kastrissios H., Suárez J.R., Hammer S., Katzenstein D., et al. The extent of non-adherence in a large AIDS clinical trial using plasma dideoxynucleoside concentrations as a marker. AIDS 1998;12(17):2305–11.
32. Corrao G., Zambon A., Parodi A., Poluzzi E., Baldi I., Merlino L., Cesana G., Mancia G.. Discontinuation of and changes in drug therapy for hypertension among newly-treated patients: a population-based study in Italy. J Hypertens 2008;26:819–824.
33. Gale N.K., Greenfield S., Gill P., Gutridge K., Marshall T. Patient and general practitioner attitudes to taking medication to prevent cardiovascular disease after receiving detailed information on risks and benefits of treatment: a qualitative study. BMC Fam Pract 2011;12:59.
34. Krousel-Wood M., Joyce C., Holt E., Muntner P., Webber L.S., Morisky D.E., Frohlich E.D., Re R.N. Predictors of decline in medication adherence: results from the cohort study of medication adherence among older adults. Hypertension 2011;58:804–810.
35. Andreev K.A., Plinder M.A., Sidorov G.G., Skirdenko Y.P., Nikolaev N.A. Main trends of adherence to treatment in cardiologic patients. Modern problems of science and education 2018;3:36-36.
36. Lutova N.B. The relationship between subjective satisfaction with treatment and compliance of psychotic patients. Russian psychiatric journal. 2012;6:65-68.
37. Intas G., Kalogianni A., Stergiannis P., Bratakos M. et al. Development and validation of a diabetes self-care activities questionnaire // Journal of Diabetes Nursing. 2012, Vol. 16, №3, P. 100–110.
38. Fagard RH. Resistant hypertension. Heart 2012;98:254–261.
39. O'Shea B. Non-compliance and related phenomena. Irish. J. Psychol. Med. 1995;12(2):72-76.

40. Skirdenko Ju.P., Zherebilov V.V., Nikolaev N.A. Predictors of adherence to treatment in patients with atrial fibrillation. *International Journal of Applied and Fundamental Research*. 2016;5. www.science-sd.com/467-25081. 13.09.2016.
41. Neznanov N.G., Vid V.D. The problem of compliance in clinical psychiatry. *Psychiatry and psychopharmacotherapy*. 2004;4(6):159-162.
42. Fleischhacker W.W., Oehl M.A., Hummer M. Factors influencing compliance in schizophrenia patients. *J. Clin. Psychiatry*. 2003;16(64):10-13.
43. World Health Organization. Secondary prevention of non-communicable disease in low and middle-income countries through community-based and health service interventions. 2002. [//www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf). Дата последнего доступа: 07.09.2019.
44. Vid V.D., Lutova N.B., Bortsov A.V. Evaluation of subjective satisfaction of a patient with treatment in a psychiatric hospital: the state of the issue. *Message 1. Review of psychiatry and medical psychology*. V.M. Bekhterev. 2007;1(2):7-9.
45. Lutova N.B. Interrelation of medication compliance and therapeutic alliance in psychotic patients. *Vestnik Psychotherapii*. 2012;44(49):23-29.
46. Shi L. et al. Concordance of adherence measurement using self-reported adherence questionnaires and medication monitoring devices // *Pharmacoeconomics*. — 2010. — Т. 28. — № 12. — С. 1097-1107.
47. Shi L. et al. Correlation between adherence rates measured by MEMS and self-reported questionnaires: a meta-analysis // *Health and quality of life outcomes*. — 2010. — Т. 8. — № 1. — С. 1-7.
48. Bakris G.L., Lindholm L.H., Black H.R., Krum H., Linas S., Linseman J.V., Arterburn S., Sager P., Weber M. Divergent results using clinic and ambulatory blood pressures: report of a darusentan-resistant hypertension trial. *Hypertension* 2010;56:824–830.
49. Laurent S., Schlaich M., Esler M. New drugs, procedures, and devices for hypertension. *Lancet* 2012;380:591–600.
50. Vrijens B., Vincze G., Kristanto P., Urquhart J., Burnier M. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *BMJ* 2008;336:1114–1117.
51. Gaebel W. Towards the improvement of compliance: the significance of psycho-education and new antipsychotic drugs. *Int. Clin. Psychopharmacol*. 1997; 1(12):37-42.
52. Piatkowska O., Fernill D. Medication — Compliance and Practical Handbook / ed. by D.G. Kavanach. London^ Charman & Hall. 1992:339-355.
53. Wircht E.C. Noncopmpliance or how many aunts has Matilda? *Lancet*. 1993;342:909-913.
54. Zherebilov V.V., Skirdenko Y.P., Nikolaev N.A. Gender features of adherence to treatment in patients with stable angina pectoris. *International journal of experimental education* 2016;4(3):509-510.
55. Zhilenko O.M., Kukengemer V.S., Neufeld M.S., Skirdenko Y.P. Adherence to treatment in patients with chronic heart failure. *Scientific Review. Medical Sciences*. 2017; 5: 37-40; URL: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=1033> (date of last access: 07.09.2019).
56. Lukina Y.V., Kutishenko N.P., Martsevich S.Y., Drapkina O.M. Questionnaires and scales to assess adherence to treatment — advantages and disadvantages of the diagnostic method in scientific research and real clinical practice. *Cardiovascular Therapeutics and Prophylaxis*. 2020;19(3):2562]. DOI:10.15829/1728-8800-2020-2562.
57. Nikolaev N.A., Skirdenko Y.P., Zherebilov V.V.. Quantitative assessment of adherence to treatment in clinical medicine: protocol, procedure, interpretation. *Qualitative Clinical Practice* 2016;1:50-59.
58. Burnier M. Managing ‘resistance’: is adherence a target for treatment? *Curr Opin Nephrol Hypertens* 2014;23:439–443.
59. Lutova N.B. Compliance and psychopathologic symptomatology. Review of psychiatry and medical psychology named after V.M. Bekhterev. 2012;3:59-65.
60. Lutova N.B., Makarevich O.V. Influence of family on medication compliance of schizophrenia patients. Review of psychiatry and medical psychology named after V.M. Bekhterev. V.M. Bekhterev. 2010;2:33-36.
61. Lutova N.B., Neznanov N.G., Weed V.D. Compliance in psychiatry and the method of its evaluation. *Psychiatry and psychopharmacotherapy*. 2002;1:8-12.

62. Sorokin M.Y., Lutova N.B., Weed V.D. The role of the subsystem of motivation to treatment in the overall structure of compliance in patients under psychopharmacotherapy. *Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov*. 2016;4(116):32-36. DOI 10.1716/jnevro20161164132-36.
63. Sorokin M.Y., Lutova N.B., Vid V.D. Typology of patients with psychiatric disorders depending on the structure of motivation to treatment and adherence to therapy. *Social and Clinical Psychiatry*. 2018;2(28):12-17.
64. Sorokin M.Y., Neznanov N.G., Lutova N.B., Wied V.D. Revisiting Drug Compliance: The Need for a Holistic Approach in the Treatment of Severe Mental Disorders. *Consortium Psychiatricum*. 2021;3(2):17-25. DOI 10.17816/CP93.
65. Ageev F.T., Fofanova T.V., Smirnova M.D. Methods of assessment, control and improvement of adherence to therapy. *Heart Insufficiency* 2013;7(81):380-381.
66. Arabidze G.G., Belousov Y.B., Karpov Y.A. Arterial hypertension. Guideline on diagnostics and treatment. Moscow: Remedium; 1999. 225 p.
67. Zhuravskaya N.Y. Studying the adherence to drug therapy of patients with cardiovascular diseases who have suffered a cerebral stroke, dissertation for the degree of Candidate of Medical Sciences. State scientific and research center of preventive medicine. M.; 2015.
68. Aliotta S.L., Vlasnik Jon J., DeLor Bonnie. Enhancing Adherence to Long-Term Medical Therapy: A New Approach to Assessing and Treating Patients. *Advances in Therapy* 2004;21(4):214-231.
69. Chowdhury R., Khan H., Heydon E., Shroufi A., et al. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. *Eur. Heart J* 2013;34(38):2940-8.
70. Corrao G., Parodi A., Nicotra F., Zambon A., Merlino L., Cesana G., Mancia G. Better compliance to antihypertensive medications reduces cardiovascular risk. *J Hypertens* 2011;29:610-618.
71. Tiffe T., Wagner M., Rucker V., Morbach C., Gelbrich G., Stork S., Heuschmann P.U. Control of cardiovascular risk factors and its determinants in the general population- findings from the STAAB cohort study. *BMC Cardiovasc Disord* 2017;17:276.
72. Puchinyan N.F., Dovgalevsky Ya.P., Dolotovskaya P.V., Furman N.V. Adherence to recommended therapy in patients with acute coronary syndrome and the risk of cardiovascular complications within a year after hospitalization. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2011;5(7):567-573.
73. Claxton A.J., Cramer J., Pierce C.A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clin. Ther* 2001;23(8):1296-310.
74. Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication. *N. Engl. J. Med* 2005;353(5):487-97
75. Waeber B., Leonetti G., Kolloch R., McInnes G.T. Compliance with aspirin or placebo in the Hypertension Optimal Treatment (HOT) study. *J. Hypertens* 1999;17(7):1041-5.
76. Efremova E.V., Menzorov M.V., Sabitov I.A. Adherence to treatment of patients with chronic heart failure in conditions of comorbidity. *Clinical Medicine* 2015;9:20-2.
77. Ho P.M., Bryson C.L., Rumsfeld J. S. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation* 2009;119(23):3028-35.
78. Hwang S.L., Liao W.C., Huang T.Y. Predictors of quality of life in patients with heart failure. *Jpn. J. Nurs Sci* 2014;11(4):290-98.
79. Levine D.A., Morgenstern L. B., Langa K. M., Piette J. D., et al. Recent trends in cost-related medication nonadherence among stroke survivors in the United States. *Ann. Neurol* 2013;73(2):180-8.
80. Govani S.M. et al. Defining an optimal adherence threshold for patients taking subcutaneous anti-TNFs for inflammatory bowel diseases // *The American journal of gastroenterology*. — 2018. — T. 113. — № 2. — С. 276.
81. Karve S. et al. Good and poor adherence: optimal cut-point for adherence measures using administrative claims data // *Current medical research and opinion*. — 2009. — T. 25. — № 9. — С. 2303-2310.
82. Driving Therapy Adherence for Improved Health Outcomes. A Manifesto for the European Elections 2019. http://www.seniorinternationalhealthassociation.org/wp-content/uploads/2015/05/SIHA_Manifesto_Booklet_Online-version_without-sign_spread.pdf. Дата последнего доступа: 07.09.2019.
83. Misdrahi D., Llorca P. M., Lançon C., Bayle F. J. Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutical considerations and research implications. *Encephale* 2001;28(3):266-72.

84. Rodgers P.T., Ruffin D.M. Medication nonadherence: Part II—A pilot study in patients with congestive heart failure. *Manag. Care Interface* 1998;11(9):67–9.
85. Schiff G.D., Fung S., Speroff T., McNutt R. A. Decompensated heart failure: symptoms, patterns of onset, and contributing factors. *Am. J. Med* 2003;114(8):625–30.
86. Senst B.L., Achusim L.E., Genest R.P., Cosentino L.A., et al. Practical approach to determining costs and frequency of adverse drug events in a health care network. *Am. J. Health. Syst. Pharm* 2001;58(12):1126–32.
87. Stevens V.J., Obarzanek E., Cook N.R., Lee I.M., Appel L.J., Smith West D., Milas N.C., Mattfeldt-Beman M., Belden L., Bragg C., Millstone M., Raczynski J., Brewer A., Singh B., Cohen J., Trials for the Hypertension Prevention Research G. Long-term weight loss and changes in blood pressure: results of the Trials of Hypertension Prevention, phase II. *Ann Intern Med* 2001;134:1–11.
88. Whelton P.K., Appel L.J., Espeland M.A., Applegate W.B., Ettinger W.H. Jr, Kostis J.B., Kumanyika S., Lacy C.R., Johnson K.C., Folmar S., Cutler J.A. Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older persons: a randomized controlled trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE). TONE Collaborative Research Group. *JAMA* 1998;279:839–846.
89. Alphas L., Nasrallah H., Bossie C., Fu D-J., Gopal S., Hough D., Turkoz I. Factors associated with relapse in schizophrenia despite adherence to long-acting injectable antipsychotic therapy. *Int Clin Psychopharmacol*, 2016 Jul;31(4):202-9. DOI: 10.1097/YIC.000000000000125.
90. Barkhof E., Meijer C.J., de Sonnevile L.M.J., Linszen D.H., de Haan L. Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia—a review of the past decade. *Eur Psychiatry* . 2012 Jan;27(1):9-18. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2011.02.005. Epub 2011 May 10.
91. Zygmunt A., Olfson M., Boyer C., Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*. 2002 Oct;159(10):1653-64. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.10.1653.
92. Conn V.S. et al. Medication adherence interventions that target subjects with adherence problems: systematic review and meta-analysis // *Research in Social and Administrative Pharmacy*. — 2016. — T. 12. — № 2. — C. 218-246.
93. Cross AJ, Elliott RA, Petrie K, Kuruvilla L, George J. Interventions for improving medication-taking ability and adherence in older adults prescribed multiple medications. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 May 8;5(5):CD012419. doi: 10.1002/14651858.
94. Hindricks G., Potpara T., Dagres N., Arbelo E., Bax J.J., Blomström-Lundqvist C., Boriani G., Castella M., Dan G.A., Dilaveris P.E., Fauchier L., Filippatos G., Kalman J.M., La Meir M, Lane D.A., Lebeau J.P., Lettino M., Lip G.Y.H., Pinto F.J., Thomas G.N., Valgimigli M., Van Gelder I.C., Van Putte B.P., Watkins C.L.; ESC Scientific Document Group. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2021 Feb 1;42(5):373-498. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa612.
95. Mazzaglia G., Ambrosioni E., Alacqua M., Filippi A., et al. Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Circulation* 2009;120(16):1598–605.
96. Khokhlov A.L., Lisenkova L.A., Rakov A.A. Analysis of factors determining adherence to antihypertensive therapy. *Qualitative Clinical Practice* 2003;4:59-66.
97. Birtwhistle R.V., Godwin M.S., Delva M.D., Casson R.I., et al. Randomised equivalence trial comparing three month and six month follow up of patients with hypertension by family practitioners. *BMJ* 2004;328(7433):204.
98. Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU), “Targeting Adherence”, May 2008. <https://www.pgeu.eu/en/policy/5-adherence.html>. Дата последнего доступа: 07.04.2023.
99. Fesenko E.V., Konovalov Y.S., Aksenov D.V., Perelygin K.V. Modern problems of ensuring adherence of elderly patients with cardiovascular pathology to pharmacotherapy. *Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universitet. Series Medicine. Pharmacia* 2011;22(16/1):95-99.
100. Coleman C.I., Limone B., Sobieraj D. M., Lee S., et al. Dosing frequency and medication adherence in chronic disease. *J. Manag. Care Pharm* 2012;18(7):527–39.
101. Schedlbauer A., Davies P., Fahey T. Interventions to improve adherence to lipid lowering medication. *Cochrane database Syst. Rev* 2010;3:CD004371.

102. Mann D.M. et al. Predictors of nonadherence to statins: a systematic review and meta-analysis // *Annals of Pharmacotherapy*. — 2010. — Т. 44. — № 9. — С. 1410-1421.
103. Balkrishnan R. Predictors of medication adherence in the elderly // *Clinical therapeutics*. — 1998. — Т. 20. — № 4. — С. 764-771.
104. Strokova E.V., Sh E.A., Shvarts Y.G. Influence of the internal picture of the disease, coping strategies and self-attitude of female patients who have had myocardial infarction on the regularity and adherence to long-term therapy of coronary heart disease. *Contemporary Social Problems Research* 2012;1:1169-1190.
105. Strokova E.V., Naumova E.A., Shvarts Y.G. Dynamics of affective disorders on the background of long-term atorvastatin administration, attitude to the disease and adherence to statin treatment in patients with high risk of IDH development. *Modern problems of science and education* 2011;6:18.
106. Tarasenko E.V., Naumova E.A., Shvarts Y.G. Adherence to long-term treatment and factors influencing it. *Fundamental Research* 2007;9:57-58.
107. Jokisalo E., Enlund H., Halonen P., Takala J., et al. Factors related to poor control of blood pressure with antihypertensive drug therapy. *Blood Press* 2003;12(1):49-55.
108. Langebeek N. et al. Predictors and correlates of adherence to combination antiretroviral therapy (ART) for chronic HIV infection: a meta-analysis // *BMC medicine*. — 2014. — Т. 12. — № 1. — С. 1-14.
109. Mausbach B.T., Schwab R.B., Irwin S.A. Depression as a predictor of adherence to adjuvant endocrine therapy (AET) in women with breast cancer: a systematic review and meta-analysis // *Breast Cancer Research and Treatment*. — 2015. — Т. 152. — № 2. — С. 239-246.
110. Brandes K., Mullan B. Can the common-sense model predict adherence in chronically ill patients? A meta-analysis // *Health psychology review*. — 2014. — Т. 8. — № 2. — С. 129-153.
111. Hendershot C. S. et al. Alcohol use and antiretroviral adherence: review and meta-analysis // *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. — 2009. — Т. 52. — № 2. — С. 180-202. MLA
112. DiMatteo M.R., Haskard K.B., Williams S.L. Health beliefs, disease severity, and patient adherence: a meta-analysis // *Medical care*. — 2007. — С. 521-528.
113. Alexeeva T.S. Factors influencing adherence to lifestyle modification in an organized population. *Systemic Hypertension* 2013;12:19-22.
114. Naderi S.H., Bestwick J.P., Wald D.S. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients. *Am J Med* 2012;125:882-887.e1.
115. Benson J., Britten N. Patients' views about taking antihypertensive drugs: questionnaire study. *BMJ* 2003;326(7402):1314-5.
116. Gupta P., Patel P., Strauch B., Lai F.Y., Akbarov A., Gulsin G.S., Beech A., Maresova V., To-pham P.S., Stanley A., Thurston H., Smith P.R., Horne R., Widimsky J., Keavney B., Heagerty A., Samani N.J., Williams B., Tomaszewski M. Biochemical screening for nonadherence is associated with blood pressure reduction and improvement in adherence. *Hypertension* 2017;70:1042-1048.
117. Jung O., Gechter J.L., Wunder C., Paulke A., Bartel C., Geiger H., Toennes S.W. Resistant hypertension? Assessment of adherence by toxicological urine analysis. *J Hypertens* 2013;31:766-774.
118. Tomaszewski M., White C., Patel P., Masca N., Damani R., Hepworth J., Samani N.J., Gupta P, Madira W., Stanley A., Williams B. High rates of non-adherence to antihypertensive treatment revealed by high-performance liquid chromatography tandem mass spectrometry (HP LC-MS/MS) urine analysis. *Heart* 2014;100:855-861.
119. Dombrovsky V.S., Omelyanovsky V.V.. Issues in the study of adherence to treatment: evaluation criteria and terminology. *Medical technologies. Assessment and choice*. 2015;2(20):16-23.
120. Collado-Mateo D., Lavín-Pérez A.M., Peñacoba C., Del Coso J., Leyton-Román M., Luque-Casado A., Gasque P., Fernández-Del-Olmo M.Á., Amado-Alonso D. Key Factors Associated with Adherence to Physical Exercise in Patients with Chronic Diseases and Older Adults: An Umbrella Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Feb 19;18(4):2023. doi: 10.3390/ijerph18042023.
121. Essery R. et al. Predictors of adherence to home-based physical therapies: a systematic review // *Disability and rehabilitation*. — 2017. — Т. 39. — № 6. — С. 519-534.
122. Fletcher B.R, Hartmann-Boyce J, Hinton L, McManus RJ. The effect of selfmonitoring of blood pressure on medication adherence and lifestyle factors: a systematic review and meta-analysis. *Am J Hypertens* 2015;28:1209-1221.

123. Conn V.S., Ruppert T.M., Chase J.A., Enriquez M., Cooper P.S. Interventions to improve medication adherence in hypertensive patients: systematic review and meta-analysis. *Curr Hypertens Rep* 2015;17:94.

124. Parati G., Omboni S. Role of home blood pressure telemonitoring in hypertension management: an update. *Blood Press Monit* 2010;15:285–295.

125. Menditto E. et al. Patient centric pharmaceutical drug product design—The impact on medication adherence // *Pharmaceutics*. — 2020. — T. 12. — № 1. — C. 44.

126. Konkle-Parker D.J. A motivational intervention to improve adherence to treatment of chronic disease // *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. — 2001. — T. 13. — № 2. — C. 61-68.

127. Burnier M., Brede Y., Lowy A. Impact of prolonged antihypertensive duration of action on predicted clinical outcomes in imperfectly adherent patients: comparison of aliskiren, irbesartan and ramipril. *Int J Clin Pract* 2011;65:127–133.

128. Lowy A., Munk V.C., Ong S.H., Burnier M., Vrijens B., Tousset E.P., Urquhart J. Effects on blood pressure and cardiovascular risk of variations in patients' adherence to prescribed antihypertensive drugs: role of duration of drug action. *Int J Clin Pract* 2011;65:41–53.

129. Connor J., Rafter N., Rodgers A. Do fixed-dose combination pills or unit-of-use packaging improve adherence? A systematic review // *Bulletin of the World Health Organization*. — 2004. — T. 82. — № 12. — C. 935-939.

130. Saini S.D. et al. Effect of medication dosing frequency on adherence in chronic diseases. — 2009.

131. Anglada-Martinez H. et al. Does mHealth increase adherence to medication? Results of a systematic review // *International journal of clinical practice*. — 2015. — T. 69. — № 1. — C. 9-32.

132. Perez-Jover V. et al. Mobile apps for increasing treatment adherence: systematic review // *Journal of medical Internet research*. — 2019. — T. 21. — № 6. — C. e12505.

133. Alekseev V.N., Malevannaya O.A., Samikh E.N. Causes of low adherence to treatment of patients with primary acute angle glaucoma. *Ophthalmologicheskie vedomosti* 2010;3(4):37-39.

134. Drapkina O.M., Livzan M.A., Martynov A.I., Moiseev S.V., et al. The First Russian Consensus on Quantitative Assessment of Adherence to Treatment: Main Provisions, Algorithms and Recommendations. *Medical Bulletin of the North Caucasus* 2018;1.2(13):259-271.

135. Skirdenko Y.P., Shustov A.V., Zherebilov V.V., Nikolaev N.A. Adherence to treatment as a new factor in the choice of oral anticoagulants in carriers of hemostasis system mutations in patients with atrial fibrillation. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2016;5(12):494-502.

136. Balkrishnan R. The importance of medication adherence in improving chronic-disease related outcomes: what we know and what we need to further know // *Medical care*. — 2005. — T. 43. — № 6. — C. 517-520.

137. Martsevich S.Y., Kutishenko N.P., Tolpygina S.N., Lukina Y.V., et al. Effectiveness and safety of drug therapy in primary and secondary prevention of cardiovascular diseases. Recommendations of RSSC, 2011. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2011;5:72.

138. Nikolaev N.A., Skirdenko Y.P., Bunova S.S., Ershov A.V. Rational pharmacotherapy in cardiology: from routine control to effective management. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2017; 5(13):609-614.

139. Morisky D.E., Ang A., Krousel-Wood M., Ward H.J. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting // *J. Clin. Hypertens (Greenwich)*. 2008; 10 (5): 348–354.

140. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence // *Med. Care*. 1986; 24: 67–74.

141. Pogosova G.V. Improving adherence to treatment of arterial hypertension and ischemic heart disease — a key reduction in cardiovascular mortality. *Cardiology* 2007;3:79-84.

142. Gupta P., Patel P., Horne R., Buchanan H., Williams B., Tomaszewski M. How to screen for non-adherence to antihypertensive therapy. *Curr Hypertens Rep* 2016;18:89.

143. McDonnell P.J., Jacobs M.R. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. *Ann. Pharmacother* 2002;36(9):1331–6.

Appendix 1

QUESTIONNAIRE SYSTEM FOR COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF TREATMENT ADHERENCE CAA-25

Developed in 2008 to assess treatment adherence in patients with arterial hypertension, the CAA-25 questionnaire was modified and adapted for universal use in 2010. In 2016, the protocol for analyzing treatment adherence using the CAA-25 was published in the journal “Quality Clinical Practice”. In 2018, the questionnaire and its methodology were officially published in the journal “Clinical Pharmacology and Therapy”.

The questionnaire consists of 25 questions.

Currently, there are 10 modifications of the questionnaire developed to assess current and potential adherence to drug therapy, medical follow-up, lifestyle modification, overall treatment adherence in different groups of respondents (adolescents, adults, pregnant women, legal representatives of patients with limited legal capacity, and incapacitated ones).

Survey of respondents

The questionnaire is filled out by the respondent personally, or with the participation of the interviewer. The questionnaire questionnaire includes 25 questions with multiple answers.

The questionnaire questionnaire is filled in sequentially from 1 to 25 questions. There are 6 possible answers to each question. The respondent chooses the most appropriate answer, in his opinion, from the closed list of answer options proposed for each question. Only one answer can be selected for each question of the questionnaire.

The following questionnaires are included in the CAA-25 system:

CAA-25 A1 quantitative assessment of adherence to treatment of capable respondents who have reached the age of 18 years and older, with the exception of pregnant women;

CAA-25 A2 quantitative assessment of the potential adherence to treatment of capable respondents who have reached the age of 18 years and older except pregnant women;

CAA-25 B1 quantitative assessment of adherence to treatment of capable respondents — pregnant women;

CAA-25 B2 quantitative assessment of potential adherence to treatment of able-bodied respondents — pregnant women;

CAA-25 C1 quantitative assessment of adherence to treatment of capable 15–17 years old respondents;

CAA-25 C2 quantifying the potential adherence to treatment of capable 15–17 years old respondents;

CAA-25 D1 quantitative assessment of adherence to treatment of limited capable respondents who have reached the age of 12 years, but have not reached 15 years;

CAA-25 D2 quantitative assessment of potential adherence to treatment of limited capable 12–14 years old respondents;

CAA-25 E1 quantitative assessment of the adherence to treatment of respondents — legal representatives, including parents, guardians, trustees, persons under the age of 12 years, as well as other incapacitated or disabled persons;

CAA-25 E2 quantitative assessment of the potential adherence to treatment of respondents — legal representatives, including parents, guardians, trustees, persons under the age of 12, as well as other incapacitated or disabled persons.

Algorithm for Selecting the CAA-25 Questionnaire Based on the Respondent's Group Affiliation (Flowchart)

| | | |
|--|--|-----------|
| Capable respondents aged 18 and older excluding pregnant women | A diagnosis of a chronic disease has been established | CAA-25 A1 |
| | No chronic diseases or their manifestations have been detected. | CAA-25 A2 |
| Capable respondents – pregnant women | A diagnosis of a chronic disease has been established | CAA-25 B1 |
| | No chronic diseases or their manifestations have been detected. | CAA-25 B2 |
| Capable respondents aged 15–17 <*> excluding pregnant women | A diagnosis of a chronic disease has been established | CAA-25 C1 |
| | No chronic diseases or their manifestations have been detected. | CAA-25 C2 |
| Limited capacity respondents aged 12–14 <*> | A diagnosis of a chronic disease has been established | CAA-25 D1 |
| | No chronic diseases or their manifestations have been detected. | CAA-25 D2 |
| Legal representatives-respondents (including parents, guardians, custodians) of individuals aged 11 or less<*>, and other legally incapacitated and limited capacity individuals | The ward has been diagnosed with a chronic disease | CAA-25 E1 |
| | No chronic diseases or their manifestations have been detected in the ward | CAA-25 E2 |

<*> The questionnaire is filled out independently with the consent of the legal representative (parent, guardian, custodian, or other person) of the respondent in accordance with the procedures (if applicable) established by national legislation

<***> The full questionnaires are available on the websites of the Russian Scientific Medical Society of Internal Medicine <https://rnmot.org/sektsii/struktura-dok-med-8.html> and the Scientific Electronic Library <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=50783444>.

Treatment Adherence Assessment Questionnaires

Questionnaire CAA-25 A1 quantitative assessment of adherence to treatment for capable respondents 18 years of age and older, except pregnant women

| | | | | | | |
|--|--|----------------------|---------------------------------------|--|------------------------|--------------------------|
| 1. Your doctor has diagnosed you with a chronic illness. Is it important for you to know what signs it shows? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Your doctor has prescribed medicine for you to take every day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Your doctor has prescribed a medicine that you must take several times a day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Your doctor has prescribed several medicines for you to take every day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Your doctor has suggested that you note your symptoms every day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Chronic illness has its symptoms. How important is it for you not to feel these symptoms? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. How important is your sex life to you? | Completely unimportant/ I don't have a sex life | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. A chronic illness forces you to change your lifestyle. How complicated is this change for you? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Complicated enough |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. A chronic illness forces you to change your usual diet. How complicated is this change for you? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Complicated enough |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. A chronic illness can lead to restriction or loss of ability to work. How important is it for you to receive social assistance from the government in this case? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Chronic illness can change the functioning of internal organs and laboratory tests. How important is it for you to know your laboratory tests results? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--|------------------------|---------------------------|
| 12. All people believe or don't believe in God. How important is it to you to believe in God? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Chronic illness leads to the need for regular medical follow-ups. How complicated is it for you to have this kind of medical follow-up? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely un-complicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Taking medicine can be uncomfortable. How complicated would it be for you to tolerate these feelings? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely un-complicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. A chronic illness can limit your usual life, activities and entertainment. How complicated is it for you to accept such restrictions? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely un-complicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Your doctor has prescribed medicine to be taken every day for many years. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Your doctor has prescribed medicine that you should take several times a day for many years. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Your doctor has prescribed several medications to be taken every day for many years. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Your doctor suggested that you note your symptoms every day for many years. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Your doctor has told you that the prescribed medicine may cause discomfort, including the discomfort you are already experiencing. Will you take these medications? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. Your doctor told you that the prescribed medications may impair your sexual abilities. Will you take these medications? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Your doctor has told you that you need to change your lifestyle because of your illness. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. Your doctor has told you that you need to change your diet because of your illness. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. Your doctor has told you that you need to make regular follow-ups because of your illness. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. Your doctor told you that you should have regular lab tests because of your illness. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Questionnaire CAA-25 A2 quantitative assessment of potential adherence to treatment for capable respondents 18 years of age and older, except pregnant women

| | | | | | | |
|--|--|----------------------|---------------------------------------|--|------------------------|--------------------------|
| 1. If your doctor diagnoses you with a chronic illness, is it important for you to know what signs it shows? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. If your doctor prescribes a medication that you must take every day for many years, how complicated would it be for you to follow that recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. If your doctor prescribes a medication that you need to take several times a day for years, how complicated would it be for you to follow that recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. If your doctor prescribes several medications for you to take every day for many years, how complicated would it be for you to follow that recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. If your doctor suggested that you note your symptoms every day for many years, how complicated would it be for you to follow this recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Chronic illness has its symptoms. How important is it for you, if you get sick, not to feel these symptoms? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. How important is your sex life to you? | Completely unimportant/ I don't have a sex life | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. A chronic illness can force you to change your lifestyle. How complicated would it be for you to make this change? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. A chronic illness can force you to change your usual diet. How complicated would that change be for you? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. A chronic illness can lead to restriction or loss of ability to work. How important is it for you to receive social assistance from the government in this case? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Chronic illness can change the way your internal organs work and lab tests. How important would it be for you to know your lab test results? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. All people believe or don't believe in God. How important is it to you to believe in God? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|---|------------------------|--------------------------|
| 13. Chronic illness leads to the need for regular medical follow-ups. How complicated is it for you to have this kind of medical follow-up? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Taking medicine can be uncomfortable. How complicated would it be for you to tolerate these feelings? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. A chronic illness can limit your usual life, activities and entertainment. How complicated is it for you to accept such restrictions? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. If your doctor prescribes you a medicine to be taken every day for many years, will you always follow that recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. If your doctor prescribes you a medication to be taken several times a day for many years, will you always follow that recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. If your doctor prescribes several medications for you to take every day for many years, will you always follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. If your doctor suggested that you note your symptoms every day for many years, would you always follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. If your doctor tells you that the prescribed medicine may cause discomfort, will you take it? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. If your doctor tells you that the prescribed medication may impair your sexual abilities, will you take the medication? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. If your doctor tells you that you need to change your lifestyle because of an illness, will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. If your doctor tells you that you need to change your diet because of an illness, will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. If your doctor tells you that you need to make regular follow-ups because of your illness, will you follow that recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. If your doctor tells you that you should have regular lab tests because of your illness, will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Questionnaire CAA-25 B1 quantitative assessment of adherence to treatment for capable pregnant women respondents

| | | | | | | |
|--|--|----------------------|---------------------------------------|--|------------------------|--------------------------|
| 1. Your doctor has diagnosed you with a chronic illness. Is it important for you to know what signs it shows? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Your doctor has prescribed medicine for you to take every day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Your doctor has prescribed a medicine that you must take several times a day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Your doctor has prescribed several medicines for you to take every day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Your doctor has suggested that you note your symptoms every day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Chronic illness has its symptoms. How important is it for you not to feel these symptoms? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. How important is your sex life to you? | Completely unimportant/ I don't have a sex life | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. A chronic illness forces you to change your lifestyle. How complicated is this change for you? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. A chronic illness forces you to change your usual diet. How complicated is this change for you? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. A chronic illness can lead to restriction or loss of ability to work. How important is it for you to receive social assistance from the government in this case? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Chronic illness can change the functioning of internal organs and laboratory tests. How important is it for you to know your laboratory tests results? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. All people believe or don't believe in God. How important is it to you to believe in God? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|---|------------------------|--------------------------|
| 13. Chronic illness leads to the need for regular medical follow-ups. How complicated is it for you to have this kind of medical follow-up? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Your doctor has told you that the prescribed medication may affect the fetus but will not be life-threatening, and that the possible benefit to you from the medication is greater than the possible harm to the fetus. How complicated would it be for you to take this kind of medication? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. A chronic illness can limit your usual life, activities and entertainment. How complicated is it for you to accept such restrictions? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Your doctor has prescribed medicine to be taken every day for many years. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Your doctor has prescribed medicine that you should take several times a day for many years. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Your doctor has prescribed several medications to be taken every day for many years. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Your doctor suggested that you note your symptoms every day for many years. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Your doctor has told you that the prescribed medicine may cause discomfort, including the discomfort you are already experiencing. Will you take these medications? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. Your doctor told you that the prescribed medications may impair your sexual abilities. Will you take these medications? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Your doctor has told you that you need to change your lifestyle because of your illness. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. Your doctor has told you that you need to change your diet because of your illness. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. Your doctor has told you that you need to make regular follow-ups because of your illness. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. Your doctor told you that you should have regular lab tests because of your illness. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Questionnaire CAA-25 B2 quantitative assessment of potential adherence to treatment for capable pregnant women respondents

| | | | | | | |
|--|--|----------------------|---------------------------------------|--|------------------------|--------------------------|
| 1. If your doctor diagnoses you with a chronic illness, is it important for you to know what signs it shows? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. If your doctor prescribes a medication that you must take every day for many years, how complicated would it be for you to follow that recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. If your doctor prescribes a medication that you need to take several times a day for years, how complicated would it be for you to follow that recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. If your doctor prescribes several medications for you to take every day for many years, how complicated would it be for you to follow that recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. If your doctor suggested that you note your symptoms every day for many years, how complicated would it be for you to follow this recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Chronic illness has its symptoms. How important is it for you, if you get sick, not to feel these symptoms? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. How important is your sex life to you? | Completely unimportant/ I don't have a sex life | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. A chronic illness can force you to change your lifestyle. How complicated would it be for you to make this change? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. A chronic illness can force you to change your usual diet. How complicated would that change be for you? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. A chronic illness can lead to restriction or loss of ability to work. How important is it for you to receive social assistance from the government in this case? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Chronic illness can change the way your internal organs work and lab tests. How important would it be for you to know your lab test results? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. All people believe or don't believe in God. How important is it to you to believe in God? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|---|------------------------|--------------------------|
| 13. Chronic illness leads to the need for regular medical follow-ups. How complicated is it for you to have this kind of medical follow-up? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. If your doctor tells you that your prescription medication may affect the fetus but will not be life-threatening, and the possible benefit to you from the medication is greater than the likely harm to the fetus, how complicated would it be for you to take the medication? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. A chronic illness can limit your usual life, activities and entertainment. How complicated is it for you to accept such restrictions? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. If your doctor prescribes you a medicine to be taken every day for many years, will you always follow that recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. If your doctor prescribes you a medication to be taken several times a day for many years, will you always follow that recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. If your doctor prescribes several medications for you to take every day for many years, will you always follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. If your doctor suggested that you note your symptoms every day for many years, would you always follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. If your doctor tells you that the prescribed medicine may cause discomfort, will you take it? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. If your doctor tells you that the prescribed medication may impair your sexual abilities, will you take the medication? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. If your doctor tells you that you need to change your lifestyle because of an illness, will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. If your doctor tells you that you need to change your diet because of an illness, will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. If your doctor tells you that you need to make regular follow-ups because of your illness, will you follow that recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. If your doctor tells you that you should have regular lab tests because of your illness, will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Questionnaire CAA-25 C1 for quantitative assessment of adherence to treatment for capable 15-17 years old respondents

| | | | | | | |
|--|------------------------|----------------------|---------------------------------------|--|------------------------|--------------------------|
| 1. Your doctor has diagnosed you with a chronic illness. Is it important for you to know what signs it shows? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Your doctor has prescribed medicine for you to take every day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Your doctor has prescribed a medicine that you must take several times a day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Your doctor has prescribed several medicines for you to take every day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Your doctor has suggested that you note your symptoms every day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Chronic illness has its symptoms. How important is it for you not to feel these symptoms? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. How important is it for you to be in a loving relationship, including emotional or physical intimacy? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. A chronic illness forces you to change your lifestyle. How complicated is this change for you? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. A chronic illness forces you to change your usual diet. How complicated is this change for you? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. A chronic illness can lead to restriction or loss of ability to work. How important is it for you to receive social assistance from the government in this case? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Chronic illness can change the functioning of internal organs and laboratory tests. How important is it for you to know your laboratory tests results? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. All people believe or don't believe in God. How important is it to you to believe in God? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|------------------|--------------------|---------------------------------------|---|------------------------|--------------------------|
| 13. Chronic illness leads to the need for regular medical follow-ups. How complicated is it for you to have this kind of medical follow-up? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|------------------|--------------------|---------------------------------------|---|------------------------|--------------------------|
| 14. Taking medicine can be uncomfortable. How complicated would it be for you to tolerate these feelings? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|------------------|--------------------|---------------------------------------|---|------------------------|--------------------------|
| 15. A chronic illness can limit your usual life, activities and entertainment. How complicated is it for you to accept such restrictions? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 16. Your doctor has prescribed medicine to be taken every day for many years. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 17. Your doctor has prescribed medicine that you should take several times a day for many years. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 18. Your doctor has prescribed several medications to be taken every day for many years. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 19. Your doctor suggested that you note your symptoms every day for many years. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 20. Your doctor has told you that the prescribed medicine may cause discomfort, including the discomfort you are already experiencing. Will you take these medications? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 21. Your doctor told you that the prescribed medications may impair your sexual abilities. Will you take these medications? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 22. Your doctor has told you that you need to change your lifestyle because of your illness. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 23. Your doctor has told you that you need to change your diet because of your illness. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 24. Your doctor has told you that you need to make regular follow-ups because of your illness. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 25. Your doctor told you that you should have regular lab tests because of your illness. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Questionnaire CAA-25 C2 quantitative assessment of potential adherence to treatment for capable 15–17 years old respondents

| | | | | | | |
|--|------------------------|----------------------|---------------------------------------|--|------------------------|--------------------------|
| 1. If your doctor diagnoses you with a chronic illness, is it important for you to know what signs it shows? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. If your doctor prescribes a medication that you must take every day for many years, how complicated would it be for you to follow that recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. If your doctor prescribes a medication that you need to take several times a day for years, how complicated would it be for you to follow that recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. If your doctor prescribes several medications for you to take every day for many years, how complicated would it be for you to follow that recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. If your doctor suggested that you note your symptoms every day for many years, how complicated would it be for you to follow this recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Chronic illness has its symptoms. How important is it for you, if you get sick, not to feel these symptoms? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. How important is it for you to be in a loving relationship, including emotional or physical intimacy? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. A chronic illness can force you to change your lifestyle. How complicated would it be for you to make this change? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. A chronic illness can force you to change your usual diet. How complicated would that change be for you? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. A chronic illness can lead to restriction or loss of ability to work. How important is it for you to receive social assistance from the government in this case? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Chronic illness can change the way your internal organs work and lab tests. How important would it be for you to know your lab test results? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. All people believe or don't believe in God. How important is it to you to believe in God? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|------------------|--------------------|---------------------------------------|---|------------------------|--------------------------|
| 13. Chronic illness leads to the need for regular medical follow-ups. How complicated is it for you to have this kind of medical follow-up? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|------------------|--------------------|---------------------------------------|---|------------------------|--------------------------|
| 14. Taking medicine can be uncomfortable. How complicated would it be for you to tolerate these feelings? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|------------------|--------------------|---------------------------------------|---|------------------------|--------------------------|
| 15. A chronic illness can limit your usual life, activities and entertainment. How complicated is it for you to accept such restrictions? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 16. If your doctor prescribes you a medicine to be taken every day for many years, will you always follow that recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 17. If your doctor prescribes you a medication to be taken several times a day for many years, will you always follow that recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 18. If your doctor prescribes several medications for you to take every day for many years, will you always follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 19. If your doctor suggested that you note your symptoms every day for many years, would you always follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 20. If your doctor tells you that the prescribed medicine may cause discomfort, will you take it? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 21. If your doctor tells you that the prescribed medication may impair your sexual abilities, will you take the medication? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 22. If your doctor tells you that you need to change your lifestyle because of an illness, will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 23. If your doctor tells you that you need to change your diet because of an illness, will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 24. If your doctor tells you that you need to make regular follow-ups because of your illness, will you follow that recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 25. If your doctor tells you that you should have regular lab tests because of your illness, will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Questionnaire CAA-25 D1 quantitative adherence to treatment assesment for limited capable 12-14 years old respondents

| | | | | | | |
|--|------------------------|----------------------|---------------------------------------|--|------------------------|--------------------------|
| 1. Your doctor has diagnosed you with a chronic illness. Is it important for you to know what signs it shows? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Your doctor has prescribed medicine for you to take every day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Your doctor has prescribed a medicine that you must take several times a day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Your doctor has prescribed several medicines for you to take every day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Your doctor has suggested that you note your symptoms every day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Chronic illness has its symptoms. How important is it for you not to feel these symptoms? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. How important is it for you to be in a loving relationship with someone? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. A chronic illness forces you to change your lifestyle. How complicated is this change for you? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. A chronic illness forces you to change your usual diet. How complicated is this change for you? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. A chronic illness can lead to restriction or loss of ability to work. How important is it for you to receive social assistance from the government in this case? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Chronic illness can change the functioning of internal organs and laboratory tests. How important is it for you to know your laboratory tests results? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. All people believe or disbelieve in something. How important is it to you to believe in something? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|------------------|--------------------|---------------------------------------|---|------------------------|--------------------------|
| 13. Chronic illness leads to the need for regular medical follow-ups. How complicated is it for you to have this kind of medical follow-up? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|------------------|--------------------|---------------------------------------|---|------------------------|--------------------------|
| 14. Taking medicine can be uncomfortable. How complicated would it be for you to tolerate these feelings? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|------------------|--------------------|---------------------------------------|---|------------------------|--------------------------|
| 15. A chronic illness can limit your usual life, activities and entertainment. How complicated is it for you to accept such restrictions? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 16. Your doctor has prescribed medicine to be taken every day for many years. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 17. Your doctor has prescribed medicine that you should take several times a day for many years. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 18. Your doctor has prescribed several medications to be taken every day for many years. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 19. Your doctor suggested that you note your symptoms every day for many years. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 20. Your doctor has told you that the prescribed medicine may cause discomfort, including the discomfort you are already experiencing Will you take these medications? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 21. Your doctor told you that the prescribed medications may impair your sexual abilities. Will you take these medications? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 22. Your doctor has told you that you need to change your lifestyle because of your illness. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 23. Your doctor has told you that you need to change your diet because of your illness. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 24. Your doctor has told you that you need to make regular follow-ups because of your illness. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 25. Your doctor told you that you should have regular lab tests because of your illness. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Questionnaire CAA-25 D2 quantitative assessment of potential adherence to treatment for limited capable 12–14 years old respondents

| | | | | | | |
|--|------------------------|----------------------|---------------------------------------|--|------------------------|--------------------------|
| 1. If your doctor diagnoses you with a chronic illness, is it important for you to know what signs it shows? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. If your doctor prescribes a medication that you must take every day for many years, how complicated would it be for you to follow that recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. If your doctor prescribes a medication that you need to take several times a day for years, how complicated would it be for you to follow that recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. If your doctor prescribes several medications for you to take every day for many years, how complicated would it be for you to follow that recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. If your doctor suggested that you note your symptoms every day for many years, how complicated would it be for you to follow this recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Chronic illness has its symptoms. How important is it for you, if you get sick, not to feel these symptoms? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. How important is it for you to be in a loving relationship with someone? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. A chronic illness can force you to change your lifestyle. How complicated would it be for you to make this change? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. A chronic illness can force you to change your usual diet. How complicated would that change be for you? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. A chronic illness can lead to restriction or loss of ability to work. How important is it for you to receive social assistance from the government in this case? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Chronic illness can change the way your internal organs work and lab tests. How important would it be for you to know your lab test results? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. All people believe or disbelieve in something. How important is it to you to believe in something? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|------------------|--------------------|---------------------------------------|---|------------------------|--------------------------|
| 13. Chronic illness leads to the need for regular medical follow-ups. How complicated is it for you to have this kind of medical follow-up? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|------------------|--------------------|---------------------------------------|---|------------------------|--------------------------|
| 14. Taking medicine can be uncomfortable. How complicated would it be for you to tolerate these feelings? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|------------------|--------------------|---------------------------------------|---|------------------------|--------------------------|
| 15. A chronic illness can limit your usual life, activities and entertainment. How complicated is it for you to accept such restrictions? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 16. If your doctor prescribes you a medicine to be taken every day for many years, will you always follow that recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 17. If your doctor prescribes you a medication to be taken several times a day for many years, will you always follow that recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 18. If your doctor prescribes several medications for you to take every day for many years, will you always follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 19. If your doctor suggested that you note your symptoms every day for many years, would you always follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 20. If your doctor tells you that the prescribed medicine may cause discomfort, will you take it? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 21. If your doctor tells you that the prescribed medication may impair your sexual abilities, will you take the medication? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 22. If your doctor tells you that you need to change your lifestyle because of an illness, will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 23. If your doctor tells you that you need to change your diet because of an illness, will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 24. If your doctor tells you that you need to make regular follow-ups because of your illness, will you follow that recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 25. If your doctor tells you that you should have regular lab tests because of your illness, will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Questionnaire CAA-25 E1 quantitative assessment of adherence to treatment for respondents — legal representatives, including parents, guardians, custodians, persons under 12 years of age, other incapacitated or disabled persons

| | | | | | | |
|--|------------------------|----------------------|---------------------------------------|--|------------------------|--------------------------|
| 1. A doctor has diagnosed your ward with a chronic illness. Is it important for you to know what the signs it shows? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. A doctor has prescribed a medication for a ward that must be taken every day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. A doctor has prescribed a medication for the ward that must be taken several times a day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. A doctor has prescribed several medications for a ward to take every day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. A doctor suggested that every day for many years, you should note the ward's symptoms. How complicated is it for you to follow this recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Chronic illness has its symptoms. How important is it for you that the ward does not feel these symptoms? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. How important to you is your ward's ability to have a sex life? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. A chronic illness forces a change in the ward's lifestyle. How complicated is this change for you? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. A chronic illness forces change the ward's usual diet. How complicated is this change for you? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. If the ward is limited or totally unable to work, how important would it be for you to provide him or her with social assistance from the government? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Chronic illness can change the ward's internal organs functioning and lab tests. How important is it for you to know the results of his lab tests? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. All people believe or don't believe in God. How important is it to you to believe in God? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|------------------|--------------------|---------------------------------------|---|------------------------|--------------------------|
| 13. Chronic illness leads to the need for regular follow-up examinations by the ward's doctor. How complicated is it for you to have this follow-up with a doctor? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|----------------------|--------------------|---|--|---------------------------|---------------------------|
| 14. Taking medication can make the ward feel uncomfortable. How disturbed are you by these feelings in your ward? | It's very disturbing | It disturbs enough | It's more likely to disturb than not to disturb | It rather doesn't disturb than it disturbs | It almost doesn't disturb | It doesn't disturb at all |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|------------------|--------------------|---------------------------------------|---|------------------------|--------------------------|
| 15. A chronic illness can limit your normal life, activities and entertainment. How complicated is it for you to limit your ward in this way? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 16. A doctor has prescribed a medicine for the ward to take every day for many years. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 17. A doctor has prescribed a medication to be taken several times a day for many years. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 18. A doctor has prescribed several medications for the ward to take every day for many years. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 19. A doctor has suggested that you note your ward's symptoms every day for many years. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 20. A doctor told you that the prescribed medication may make the ward feel uncomfortable. Will you give him such medication? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 21. A doctor has said that the prescribed medication may impair the ward's sexual abilities. Will you give him such medication? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 22. A doctor told you that you need to change your ward's lifestyle because of the illness. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 23. A doctor told you that you have to change your ward's usual diet because of his illness. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 24. A doctor told you that due to an illness, the ward needs to have regular follow-up. Will you definitely follow this recommendation? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 25. A doctor told you that due to the illness, the ward needs to have regular lab tests. Will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Questionnaire CAA-25 E2 quantitative assessment of potential adherence to treatment for respondents — legal representatives, including parents, guardians, custodians, persons under the age of 12, other incapacitated or disabled persons

| | | | | | | |
|--|------------------------|----------------------|---------------------------------------|--|------------------------|--------------------------|
| 1. If a doctor identifies a ward with a chronic illness, would it be important for you to know what symptoms it shows? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. If a doctor prescribes a medication for the ward that must be taken every day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. If a doctor prescribes a medication for the ward that must be taken several times a day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. If a doctor prescribes several medications for a ward to take every day for many years. How difficult is it for you to follow this recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. If a doctor suggested that every day for many years you should note the symptoms of your ward's illness, how difficult would it be for you to follow this recommendation? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Chronic illness has its symptoms. How important is it for you that the ward does not feel these symptoms? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. How important to you is your ward's ability to have a sex life? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. A chronic illness forces a change in the ward's lifestyle. How complicated is this change for you? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. A chronic illness forces change the ward's usual diet. How complicated is this change for you? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. If the ward is limited or totally unable to work, how important would it be for you to provide him or her with social assistance from the government? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Chronic illness can change the ward's internal organs functioning and lab tests. How important is it for you to know the results of his lab tests? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. All people believe or don't believe in God. How important is it to you to believe in God? | Completely unimportant | Almost not important | Not important rather than important | Rather more important than not important | Really important | Very important |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|------------------|--------------------|---------------------------------------|---|------------------------|--------------------------|
| 13. Chronic illness leads to the need for regular follow-up examinations by the ward's doctor. How complicated is it for you to have this follow-up with a doctor? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|----------------------|--------------------|---|--|---------------------------|---------------------------|
| 14. Taking medication can make the ward feel uncomfortable. How disturbed are you by these feelings in your ward? | It's very disturbing | It disturbs enough | It's more likely to disturb than not to disturb | It rather doesn't disturb than it disturbs | It almost doesn't disturb | It doesn't disturb at all |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|------------------|--------------------|---------------------------------------|---|------------------------|--------------------------|
| 15. A chronic illness can limit your normal life, activities and entertainment. How complicated is it for you to limit your ward in this way? | Very complicated | Complicated enough | More complicated than not complicated | Rather not complicated than complicated | Almost not complicated | Completely uncomplicated |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 16. If a doctor prescribes a medication for a ward to take every day for many years, will you follow that recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 17. If a doctor prescribes a medication for a ward that must be taken several times a day for years, will you follow that recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 18. If a doctor prescribes several medications for a ward to take every day for years, will you follow that recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 19. If a doctor suggested that you note your ward's symptoms every day for many years, would you follow the recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 20. If a doctor tells you that a prescribed medication may make your ward feel uncomfortable, will you give him or her that medication? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 21. If a doctor tells you that a prescribed medication may impair your ward's sexual ability, will you give him or her that medication? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 22. If a doctor tells you that you need to change your ward's lifestyle because of his or her illness, will you follow the recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 23. If a doctor tells you that your ward's usual diet must be changed because of his or her illness, will you follow the recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 24. If a doctor tells you that your ward needs to be seen by a doctor regularly because of his or her illness, will you follow that recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|
| 25. If a doctor tells you that due to an illness your ward needs to have regular lab tests, will you follow this recommendation exactly? | No way I'm going to do it | Probably won't do it | More likely wouldn't do it than do it | Would rather do than not do it | More likely to do it | Would definitely do it |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Processing of survey results

The completed questionnaire is processed by the interviewer manually (in two stages), or automatically, on the adherence calculator .

Processing of survey results in manual mode

There are 6 possible answers to each question of the questionnaire, evaluated in points.

Regardless of the questionnaire variant and the wording of a specific answer, the following points are assigned to the answer numbers for subsequent calculations:

- the answer variant with the ordinal number “1” — 1 point,
- the answer variant with the ordinal number “2” — 2 points,
- the answer variant with the ordinal number “3” — 3 points,
- the answer variant with the ordinal number “4” — 4 points,
- the answer variant with the ordinal number “5” — 5 points,
- the answer variant with the ordinal number “6” — 6 points.

The first stage

At the first stage, technical indicators are calculated: “the importance of drug therapy”, “the importance of medical support”, “the importance of lifestyle modification” and “readiness for drug therapy”, “readiness for medical support”, “readiness for lifestyle modification”.

Each technical indicator is a simple sum of points obtained by answering the relevant questions, so the minimum possible value of each technical indicator is 5 points, and the maximum possible is 30 points.

Technical indicators

| Indicator | Symbol | The numbers of the questionnaire questions, the scores of the answers to which are summed up |
|---|----------|--|
| The importance (potential importance) of drug therapy | BT (BTп) | 2, 3, 4, 6, 14 |
| Importance (potential importance) of medical support | BC (BCп) | 1, 5, 10, 11, 13 |
| The importance (potential importance) of lifestyle modification | BM (BMп) | 7, 8, 9, 12, 15 |
| Readiness (potential readiness) for drug therapy | ГТ (ГТп) | 16, 17, 18, 20, 21 |
| Readiness (potential readiness) for medical support | ГС (ГСп) | 16, 19, 20, 24, 25 |
| Readiness (potential readiness) for lifestyle modification | ГМ (ГМп) | 19, 22, 23, 24, 25 |

After that, the reduction coefficients are calculated. The reduction coefficient is calculated as the ratio of the received value of the corresponding readiness indicator to the received value of the corresponding importance indicator.

Prediction coefficients

| Indicator | Symbol | Calculation of the indicator |
|---|-----------------|-------------------------------------|
| Predictive factor of drug therapy | KT | $KT = \Gamma T \div BT$ |
| Coefficient of potential prediction of drug therapy | KT _п | $KT_{п} = \Gamma T_{п} \div BT_{п}$ |
| The coefficient of prediction of medical support | KC | $KC = \Gamma C \div BC$ |
| Coefficient of potential prediction of medical support | KC _п | $KC_{п} = \Gamma C_{п} \div BC_{п}$ |
| The coefficient of prediction of lifestyle modification | KM | $KM = \Gamma M \div BM$ |
| The coefficient of prediction of lifestyle modification | KM _п | $KM_{п} = \Gamma M_{п} \div BM_{п}$ |

Interpretation of the prediction coefficients values and potential prediction

With a value of 1.0 or more, the probability of the respondent implementing the recommendations increases.

If the indicator value is less than 1.0, the probability of implementing the recommendations decreases.

Comments:

The prediction coefficient (potential prediction) can provide additional information to the health care provider or researcher about the increase or decrease in the probability that the respondent will follow the recommended actions.

The calculation of prediction coefficients (potential prediction) cannot yet be considered mandatory, since sufficient convincing information about its diagnostic and prognostic value has not yet been accumulated.

The quantitative assessment of the indicators of importance and readiness and the prediction coefficient is considered as potentially important additional predictors of the forecast of maintaining adherence over time and potential markers of the effectiveness of measures aimed at managing adherence.

The second stage

At the second stage, indicators of adherence (potential adherence) to drug therapy, medical support, lifestyle modification and adherence to treatment are calculated.

Each indicator is a value calculated for a particular respondent. It is expressed in conditional percentages (from the maximum theoretically possible, taken as 100 %).

Calculation of adherence and potential adherence indicators

Adherence to drug therapy

$$\text{ПТ} = \frac{200}{(30 \div \text{ВТ}) \times (60 \div \text{ГТ})},$$

ПТ — adherence to drug therapy, %; ВТ — the importance of drug therapy, points; ГТ — readiness for drug therapy, points.

Adherence to medical support

$$\text{ПС} = \frac{200}{(30 \div \text{ВС}) \times (60 \div \text{ГС})},$$

ПС — adherence to medical support, %; ВС — the importance of medical support, points; ГС — readiness for medical support, points.

Adherence to lifestyle modification

$$\text{ПМ} = \frac{200}{(30 \div \text{ВМ}) \times (60 \div \text{ГМ})},$$

ПМ — adherence to lifestyle modification, %; ВМ — the importance of lifestyle modification, points; ГМ — readiness for lifestyle modification, points.

Adherence to treatment

$$\text{ПЛ} = \frac{\text{ПС} + 2\text{ПМ} + 3\text{ПТ}}{6},$$

ПЛ — adherence to treatment, %; ПС — adherence to medical support, %; ПМ — adherence to lifestyle modification, %; ПТ — adherence to drug therapy, %.

Potential adherence to drug therapy

$$\text{ПТп} = \frac{200}{(30 \div \text{ВТп}) \times (60 \div \text{ГТп})},$$

ПТп — potential adherence to drug therapy, %; ВТп — potential importance of drug therapy, points; ГТп — potential readiness for drug therapy, points.

Potential adherence to medical support

$$\Pi C_{\Pi} = \frac{200}{(30 \div B C_{\Pi}) \times (60 \div \Gamma C_{\Pi})},$$

ΠC_{Π} — potential adherence to medical support, %; $B T_{\Pi}$ — potential importance of medical support, points; ΓT_{Π} — potential readiness for medical support, points.

Potential adherence to lifestyle modification

$$\Pi M_{\Pi} = \frac{200}{(30 \div B M_{\Pi}) \times (60 \div \Gamma M_{\Pi})}.$$

ΠM_{Π} — potential adherence to lifestyle modification, %; $B T_{\Pi}$ — potential importance of lifestyle modification, points; ΓT_{Π} — potential readiness for lifestyle modification, points.

Potential treatment adherence

$$\Pi \Lambda_{\Pi} = \frac{\Pi C_{\Pi} + 2\Pi M_{\Pi} + 3\Pi T_{\Pi}}{6},$$

$\Pi \Lambda_{\Pi}$ — potential treatment adherence, %; ΠC_{Π} — potential adherence to medical support, %; ΠM_{Π} — potential adherence to lifestyle modification, %; ΠT_{Π} — potential adherence to drug therapy, %.

Interpretation of results

There are three levels of adherence corresponding to the ranges used in this guide: “high” (when the result is in the range of values of 75 % or more), “medium” (when in the range of 50 % to 75 %) and “low” (when in the range of 50 % or less).

Each result obtained has an exact calculated value, i.e. it is a separate quantitative characteristic of a particular type of adherence, and accordingly can be ranked within a range, and also serve as a unit of comparison in comparison with other measurements of the same respondent, and a unit of comparison with similarly obtained indicators of other respondents.

Processing of Survey Results in Automated Mode

For automated questionnaire administration, the user (patient) independently or with the assistance of an interviewer, using a personal computer or other communication electronic device that provides access to the Internet, accesses the questionnaire website through any of the following access methods:

- access through automated QR code recognition



- access via the link: <http://www.prognoz-med.ru/#/>

After gaining access, the user activates the “Adherence to Treatment” application, in which the questionnaire is filled out by entering information into the respective fields and answering the questionnaire’s questions.

After completing the electronic questionnaire in either English or Russian (according to the user’s choice), the results are automatically processed and presented as a conclusion with recommendations, which can be saved by the user as an electronic document or printed out.

- access through automated QR code recognition



- access via the link: <https://psyttests.org.ru/diag/kop25-run.html>

After gaining access, the user activates the “Adherence to Treatment” application, in which the questionnaire is filled out (Russian language only) by entering information into the respective fields and answering the questionnaire’s questions

After completing the electronic questionnaire, the results are automatically processed and provided to the user upon additional request in the form of a conclusion without recommendations, which can be saved by the user as an electronic document or printed out

Appendix 2

COMPLIANCE QUANTIFICATION SCALE

The term “compliance” is used to denote the patient’s adherence to the medical recommendations. Although this applies in principle to any doctor’s recommendations, including advice on a healthy lifestyle, compliance primarily means following the patient’s medication prescriptions.

In psychiatry, compliance is an important issue. Non-compliance with the drug regimen makes a very significant contribution to the frequency of recurrence of the disease and an increase in the severity of relapse.

Patients who have stopped taking medications are more likely to have antisocial and suicidal behavior. The social consequences of compliance violations are the industrial and family problems of patients, which reduce their quality of life, as well as the financial burden of expensive treatment of frequent relapses, which ultimately falls on the budget of a healthy population. The lower the compliance, the more expensive it becomes to treat psychoses.

The severity of the consequences of violations by mentally ill patients of the drug therapy regime is aggravated by their widespread prevalence. It is believed that from one third to half of patients violate the medication regimen already during their stay in a psychiatric hospital and about two thirds reduce the recommended dosages without the consent of doctors, randomly take or completely stop taking medications.

The level of compliance determines the complex interaction of several groups of factors, the main of which are factors related to medicine, the patient, his relationship with the doctor and his close environment.

The main parameter associated with treatment is the drug tolerability. Side effects of neuroleptics as extrapyramidal symptoms, neuroleptic dysphoria, akathisia, sexual dysfunction and weight gain decrease compliance. A reliable predictor of low compliance is subjective distress from weight gain.

The social and psychological characteristics of patients are also predictors of compliance. Patients with good compliance have a higher level of adaptation in the family and at work. Compliance is highly correlated with industrial employment, social relations and daily activity. The determinants of low compliance are insufficient social activation and a low level of global functioning.

Planning of psychiatric services, evaluation of the expected effectiveness of patient care require a long-term prognosis of their adherence to medicinal prescriptions after discharge from the hospital. Knowing internal structure of compliance allows to find out its future level. The complexity of the compliance structure implies an accurate diagnosis of violations of the mechanisms that determine its quality in each individual patient, which makes it possible to make appropriate corrective interventions to optimize compliance more targeted and effective. Objectification of the compliance level is necessary to assess the effectiveness of measures to correct it.

However, an accurate assessment of the level of compliance and its mechanisms is a very difficult task. Assessment of compliance is complicated by the fact that patients often tend to overestimate its level, avoiding censuring the doctor and taking responsibility for possible deterioration of the condition. This circumstance makes the data on compliance, obtained exclusively from self-reports of patients without appropriate correction with the help of information received from attending physicians and relatives, unreliable.

General clauses

The scale of assessment of drug compliance in psychiatry is filled not by the patient, but by his attending physician on the basis of sufficient completeness of the available information about him. Following out beyond the patient's self-report, compliance assessment becomes systematic, relying on all the main groups of factors affecting compliance with the drug therapy regimen: factors related to the attitude to medicine, with the patient, the attending physician and the close environment.

Indications for using the questionnaire

All cases of voluntary drug therapy in psychiatry.

Limitations

- the impossibility of voluntary drug therapy due to the patient's treatment refusal;
- the inability to carry out drug therapy due to somatic contraindications.

Description of the technology

Description of the technology

The scale is filled in by the attending physician on the basis of the fullness of information about the patient, after familiarization with the anamnesis, clinical condition, details of the subjective attitude to drug therapy, data from the observation of medical staff taking medications when the patient is in the hospital and close associates when the patient is in out-of-hospital conditions.

When filling in the scale, any form can be used. The points of the scale are graduated, the graduations are provided with meaningful characteristics of the differences.

The characteristics of the graduations are brought to recognizable behavioral characteristics or attitudes of the patient. It may be more difficult to identify options for psychologically conditioned sabotage of medication related to the peculiarities of the response to the doctor, the internal picture of the disease and the presence of subjective benefits from the disease, as well as insight of the psychological mechanisms of the disease. Success is determined by the clinical qualification of the expert and the completeness of the preliminary examination of the patient.

The level of productive and negative psychopathological symptoms is assessed using the BPRS and SANS scale. For BPRS, a low level of severity is encoded with a total score of up to 40, average — 40-60, high — over 60. For SANS, the low level of severity is encoded with a total score of less than 30, the average level is 30 — 60, and the high level is over 60.

A low recurrence rate is encoded if, according to the anamnesis, there is no more than one recurrence per year, the average is 2-3, and the high is more than 3 recurrences per year.

The overall level of functioning at work, in school and in the family is assessed using the Global Assessment of Functioning scale (GAF). A low level of violations is encoded with a total score of over 60 points, an average of 40-60 points, a high of less than 40 points.

The high level of material support of people around in the purchase of medicines corresponds to the possibility of purchasing any set of expensive drugs required, the average — some of them, the low — only inexpensive publicly available medicines.

The quantitative values of the graduations are arranged in such a way that an increase in the level of compliance corresponds to an increase in the score value. The lower level of graduations is zero except paragraphs 1.10 and 1.11 related to the drug administration route, where it is essential to take into account whether this mode of drug intake is used at the time of filling the scale. At the same time, 0 means both the patient's indifferent attitude to this route of administration, and the fact that it is not used. The acceptability of this method for the patient increases, and the unacceptability lowers the overall school score by one unit.

The total score is calculated by adding the values of the graduations of individual points.

Survey of respondents

Medication Compliance Scale

1. Attitude towards medication

| 1.1. Behavior in Medication Therapy | Scores |
|---|--------|
| Self-administration of medications | 2 |
| Taking medication under the control of medical personnel, relatives | 1 |
| Avoiding taking medication | 0 |

| 1.2. Interest in taking medication | Scores |
|--|--------|
| Active attitude towards taking the medication, understanding of the necessity of taking it, interest in the therapy parameters | 3 |
| Consent to take the medication when in doubt about its effectiveness | 2 |
| Passive acceptance with no hope of effect | 1 |
| Unwillingness to take medication | 0 |

| 1.3. Concerns related to psychotropic effects in general, or manifestation of side effects | Scores |
|---|--------|
| No unfounded concerns about medication | 5 |
| Considers that psychotropic medications may cause unpleasant side effects in the future | 4 |
| Considers that medications, like any "chemical", i.e., foreign substances, may prove harmful to the bod | 3 |
| Considers that psychotropic medications may produce a psychological effect of "zombification", "destruction" of personality in the future | 2 |
| Is negative about the medication taken because he/she has experienced subjectively distressing side effects or lack of effect | 1 |
| Negative about the medication because she/he has experienced subjectively distressing side effects or lack of effects of several (3 or more) of the medications | 0 |

| 1.4. Psychologically Conditioned Sabotage of Medication | Scores |
|--|--------|
| Psychologically conditioned sabotage is absent | 5 |
| Lack of subjective suffering from the illness | 4 |
| Peculiarities of doctor's perception (mistrust, dissatisfaction with contact, etc.) | 3 |
| Fear of stigmatization (taking medication is perceived as confirmation of mental illness to self or others) | 2 |
| Peculiarities of the internal picture of the illness | 1 |
| The presence of secondary benefits from the illness (providing care to relatives, release from responsibility and stress, material benefits) | 0 |

| 1.5. Anamnestic information about compliance disorders (if any) | Scores |
|--|---------------|
| No disorders | 4 |
| Reduced medication dosages | 3 |
| Irregular medication intake | 2 |
| Discontinuation of medications | 1 |
| Taking medications not recommended by a doctor | 0 |

| 1.6. Patient's attitude to previously taken medications | Scores |
|--|---------------|
| Positive | 2 |
| Neutral / previously not accepted | 1 |
| Negative | 0 |

| 1.7. Patient Evaluation of the Effectiveness of the Drug currently Being Taken for Monotherapy | Scores |
|---|---------------|
| High | 2 |
| Medium | 1 |
| Low | 0 |

| 1.8. Patient Evaluation of the Effectiveness of the Current Drug Combination | Scores |
|---|---------------|
| High | 2 |
| Medium | 1 |
| Low | 0 |

| 1.9. Acceptability of the parenteral method of drug administration | Scores |
|---|---------------|
| Satisfied | +1 |
| Indifferent / not used | 0 |
| Not satisfied | -1 |

| 1.10. Acceptability of oral medication | Scores |
|---|---------------|
| Satisfied | +1 |
| Indifferent / not used | 0 |
| Not satisfied | -1 |

| 1.11. Satisfaction with the drug regimen | Scores |
|---|---------------|
| Satisfied | 2 |
| Indifferent | 1 |
| Not satisfied | 0 |

| 1.12. Medication Availability | Scores |
|--|---------------|
| Available | 1 |
| Not available for financial or other reasons | 0 |

| 1.13. Information about the expected start time of the medication | Scores |
|--|---------------|
| Received by patient | 1 |
| Not received | 0 |

2. Patient-Related Factors

| 2.1. Awareness of illness | Scores |
|--|---------------|
| Insight into the psychological mechanisms of the illness | 3 |
| Existence of criticism of symptoms | 2 |
| Partial criticism | 1 |
| Absence of criticism | 0 |

| 2.2. Level of productive psychopathological symptomatology (BPRS scale) | Scores |
|--|---------------|
| High | 2 |
| Medium | 1 |
| Low | 0 |

| 2.3. Level of negative symptoms (SANS scale) | Scores |
|---|---------------|
| High | 2 |
| Medium | 1 |
| Low | 0 |

| 2.4. Recurrence rate | Scores |
|-----------------------------|---------------|
| Low | 2 |
| Medium | 1 |
| High | 0 |

| 2.5. Suicidal and other self-destructive tendencies | Scores |
|--|---------------|
| Low | 2 |
| Medium | 1 |
| High | 0 |

| 2.6. Comorbidity with psychoactive substance use and/or personality disorders | Scores |
|--|---------------|
| Not available | 1 |
| Available | 0 |

| 2.7. Global level of social functioning, adaptation of the patient (according to the GAF scale) | Scores |
|--|---------------|
| High | 2 |
| Medium | 1 |
| Low | 0 |

| 2.8. Presence of cognitive disorders | Scores |
|---|---------------|
| Not available | 1 |
| Available | 0 |

3. Factors related to the inner circle

| 3.1. Level of social support, including material assistance in purchasing medications | Scores |
|--|---------------|
| High | 2 |
| Medium | 1 |
| Low | 0 |

| 3.2. Attitudes of the inner circle toward medication | Scores |
|---|---------------|
| Adequate attitude | 3 |
| Negative attitude of friends | 2 |
| Negative attitude of attending psychotherapist/parapractitioner | 1 |
| Negative/inadequate attitude of family | 0 |

4. Factors related to the attending physician

| 4.1. Therapeutic Alliance | Scores |
|----------------------------------|---------------|
| High | 2 |
| Medium | 1 |
| Low | 0 |

| 4.2. Adequacy of medical supervision outside of an exacerbation | Scores |
|--|---------------|
| High | 2 |
| Medium | 1 |
| Low | 0 |

Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

Encoding: 0 — not assessed, 1 — not present, 2 — very mild, 3 — mild, 4 — moderate, 5 — moderately severe, 6 — severe, 7 — extremely severe.

1. Somatic concern.

Degree of concern over present bodily health. Rate the degree to which physical health is perceived as a problem by the patient, whether complaints have a realistic basis or not.

2. Anxiety.

Worry, fear, or over-concern for present or future. Rate solely on the basis of verbal report of patient's own subjective experiences. Do not infer anxiety from physical signs or from neurotic defense mechanisms

3. Emotional withdrawal.

Deficiency in relating to the interviewer and to the interviewer situation. Rate only the degree to which the patient gives the impression of failing to be in emotional contact with other people in the interview situation.

4. Conceptual disorganization.

Degree to which the thought processes are confused, disconnected, or disorganized. Rate on the basis of integration of the verbal products of the patient; do not rate on the basis of patient's subjective impression of his own level of functioning.

5. Guilt feelings.

Over-concern or remorse for past behavior. Rate on the basis of the patient's subjective experiences of guilt as evidenced by verbal report with appropriate affect; do not infer guilt feelings from depression, anxiety or neurotic defenses.

6. Tension.

Physical and motor manifestations of tension "nervousness", and heightened activation level. Tension should be rated solely on the basis of physical signs and motor behavior and not on the basis of subjective experiences of tension reported by the patient.

7. Mannerism, and posturing.

Unusual and unnatural motor behavior, the type of motor behavior which causes certain mental patients to stand out in a crowd of normal people. Rate only abnormality of movements; do not rate simple heightened motor activity here.

8. Grandiosity.

Exaggerated self-opinion, conviction of unusual ability or powers. Rate only on the basis of patient's statements about himself or self-in-relation-to-others, not on the basis of his demeanor in the interview situation.

9. Depressive mood.

Despondency in mood, sadness. Rate only degree of despondency; do not rate on the basis of inferences concerning depression based upon general retardation and somatic complaints.

10. Hostility.

Animosity, contempt, belligerence, disdain for other people outside the interview situation. Rate solely on the basis of the verbal report of feelings and actions of the patient toward others; do not infer hostility from neurotic defenses, anxiety, nor somatic complaints. (Rate attitude toward interviewer under "uncooperativeness").

11. Suspiciousness.

Belief (delusional or otherwise) that others have now, or have had in the past, malicious or discriminatory intent toward the patient. On the basis of verbal report, rate only those suspicions which are currently held whether they concern past or present circumstances.

12. Hallucinatory behaviour.

Perceptions without normal external stimulus correspondence. Rate only those experiences which are reported to have occurred within the last week and which are described as distinctly different from the thought and imagery processes of normal people

13. Motor retardation.

Reduction in energy level evidenced in slowed movements. Rate on the basis of observed behavior of the patient only; do not rate on the basis of patient's subjective impression of own energy level.

14. Uncooperativeness

Evidence of resistance, unfriendliness, resentment, and lack of readiness to cooperate with the interviewer. Rate only on the basis of the patient's attitude and responses to the interviewer and the interview situation; do not rate on basis of reported resentment or uncooperativeness outside the interview situation.

15. Unusual thought content.

Unusual, odd, strange or bizarre thought content. Rate here the degree of unusualness, not the degree of disorganization of thought processes.

16. Blunted affect.

Reduced emotional tone, apparent lack of normal feeling or involvement.

17. Excitement.

Heightened emotional tone, agitation, increased reactivity.

18. Disorientation.

Confusion or lack of proper association for person, place or time.

Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS

Encoding: 0 — none/none at all, 1 — questionable, 2 — mild, 3 — moderate, 4 — marked, 5 — severe, U — unknown/cannot be assessed/not assessed

1. Affective flattening or blunting.

1. Unchanging facial expression. 2. Decreased spontaneous movements. 3. Paucity of expressive gestures. 4. Poor eye contact. 5. Affective nonresponsivity. 6. Inappropriate affect (parathymia). 7. Lack of vocal inflections. 8. Global rating of affective flattening.

2. Alogia.

1. Poverty of speech. 2. Poverty of content of speech. 3. Blocking. 4. Increased latency of response. 5. Global rating of alogia

3. Avolition/apathy

1. Grooming and hygiene. 2. Inpersistence at work or school. 3. Physical anergia. 4. Global rating of avolition/apathy.

4. Anhedonia/asociality

1. Recreational interests and activities. 2. Sexual activity. 3. Ability to feel intimacy and closeness. 4. Relationships with friends and peers. 5. Global rating of anhedonia/asociality

5. Attention.

1. Social inattentiveness. 2. Inattentiveness during mental status testing. 3. Global rating of attention.

Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS



https://bstudy.net/771771/psihologiya/shkala_otsenki_negativnyh_simptomov_sans

Global Assessment of Functioning, GAF

100–91.

Superior functioning in a wide range of activities, life's problems never seem to get out of hand, is sought out by others because of his or her many positive qualities. No symptoms.

90–81.

Absent or minimal symptoms (e.g., mild anxiety before an exam), good functioning in all areas, interested and involved in a wide range of activities. socially effective, generally satisfied with life, no more than everyday problems or concerns (e.g. an occasional argument with family members).

80–71.

If symptoms are present, they are transient and expectable reactions to psychosocial stressors (e.g., difficulty concentrating after family argument); no more than slight impairment in social, occupational or school functioning (e.g., temporarily failing behind in schoolwork).

70–61.

Some mild symptoms (e.g. depressed mood and mild insomnia) OR some difficulty in social, occupational, or school functioning (e.g., occasional truancy, or theft within the household), but generally functioning pretty well, has some meaningful interpersonal relationships.

60–51.

Moderate symptoms (e.g., flat affect and circumstantial speech, occasional panic attacks) OR moderate difficulty in social, occupational, or school functioning (e.g., few friends, conflicts with peers or co-workers).

50–41.

Serious symptoms (e.g., suicidal ideation, severe obsessional rituals, frequent shoplifting) OR any serious impairment in social, occupational, or school functioning (e.g., no friends, unable to keep a job).

40–31.

Some impairment in reality testing or communication (e.g., speech is at times illogical, obscure, or irrelevant) OR major impairment in several areas, such as work or school, family relations, judgment, thinking, or mood (e.g., depressed man avoids friends, neglects family, and is unable to work; child frequently beats up younger children, is defiant at home, and is failing at school).

30–21.

Behavior is considerably influenced by delusions or hallucinations OR serious impairment in communication or judgment OR inability to function in almost all areas (e.g., stays in bed all day; no job, home, or friends).

20–11.

Some danger of hurting self or others (e.g., suicide attempts without clear expectation of death; frequently violent; manic excitement) OR occasionally fails to maintain minimal personal hygiene (e.g., smears feces) OR gross impairment in communication (e.g., largely incoherent or mute).

10–1.

Persistent danger of severely hurting self or others (e.g., recurrent violence) OR persistent inability to maintain minimal personal hygiene OR serious suicidal act with clear expectation of death.

Научное издание

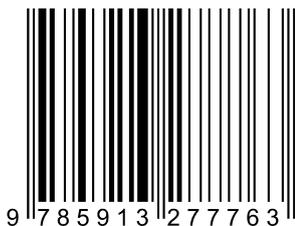
Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П., Авдеев С.Н., Анисимов В.Н., Арутюнов Г.П., Ашрафян Л.А., Бабунашвили А.М., Балькова Л.А., Барбараш О.Л., Бенберин В.В., Валента Р., Васильева И.А., Виноградов О.И., Гинцбург А.Л., Горелов А.В., Гусейнов А.А., Давидович Л., Ди Ренцо Д.К., Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Иоселиани Д.Г., Кайдарова Д., Караулов А.В., Карпов Р.С., Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Лазебник Л.Б., Леонтьев В.К., Ливзан М.А., Лиля А.М., Локшин В.Н., Мазуров В.И., Мартов А.Г., Марьяндышев А.О., Массар Ж., Мельниченко Г.А., Моисеев С.В., Намазова-Баранова Л.С., Незнанов Н.Г., Омеляновский В.В., Петров В.И., Поддубная И.В., Полушин Ю.С., Попов С.В., Рагино Ю.И., Ройтберг Г.Е., Ройтман Е.В., Руммо О.О., Румянцев С.А., Рычкова Л.В., Скворцова В.И., Снежицкий В.А., Софронов А.Г., Станойкович Т., Танашян М.М., Тахчиди Х.П., Ткачева О.Н., Фадеев В.В., Хавинсон В.Х., Хаитов М.Р., Хубутия М.Ш., Шаллер К., Янушевич О.О., Агафонова Ю.А., Агеев Ф.Т., Андреев К.А., Антипов А.В., Аталян А.В., Ахмедов В.А., Бабишева Л.Г., Вагнер В.Д., Викторова И.А., Власова Н.Л., Волчегорский И.А., Галявич А.С., Гаус О.В., Гомберг В.Г., Горбенко А.В., Горшков А.Ю., Друк И.В., Ершов А.В., Ефремова Е.В., Задионченко В.С., Зайцев А.А., Зырянов С.К., Калашникова М.Ф., Каневская С.С., Кашталап В.В., Колбасников С.В., Кондратьева К.О., Кореннова О.Ю., Корпачева О.В., Коршунов А.С., Кочергина А.М., Кутихин А.Г., Лебедев О.И., Лутова Н.Б., Малявин А.Г., Мареев В.Ю., Михайлова Н.Б., Морозова О.Л., Напалков Д.А., Недошивин А.О., Нечаева Г.И., Никифоров В.С., Никишова Е.И., Орджоникидзе М.К., Охлопков В.А., Павлинова Е.Б., Пашков А.В., Петрова А.Г., Пискалов А.В., Погодина А.В., Попова О.В., Ребров А.П., Савельева И.В., Сайфутдинов Р.И., Селимзянова Л.Р., Семиглазова Т.Ю., Советкина Н.В., Сорокин М.Ю., Стремюхов А.А., Сурков А.Н., Суркова Е.В., Сутурина Л.В., Терентьев В.П., Тищенко П.Д., Токарская Е.А., Тотчиев Г.Ф., Тулупов Р.В., Тумян Г.С., Тюрин В.П., Усов Г.М., Устинова Н.В., Федорин М.М., Федяева В.К., Фофанова Т.В., Чебаненко Е.В., Шепель Р.Н., Штейнборн И.Г., Ягода А.В., Якушин С.С.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

МЕЖДУНАРОДНОЕ МЕТОДИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Сетевое научное издание

Под общей ред. Николаева Н.А., Скирденко Ю.П., Мартынова А.И.



© Коллектив авторов., 2023
© ИД «Академия Естествознания»
© АНО «Академия Естествознания»
ISBN 978-5-91327-776-3

Scientific publication

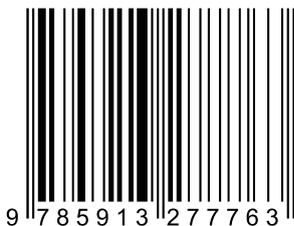
Nikolaev N.A., Martynov A.I., Skirdenko YU.P., Avdeev S.N., Anisimov V.N., Arutyunov G.P., Ashrafyan L.A., Babunashvili A.M., Balykova L.A., Barbarash O.L., Benberin V.V., Valenta R., Vas-il'eva I.A., Vinogradov O.I., Gincburg A.L., Gorelov A.V., Gusejnov A.A., Davidovich L., Di Renzo G.C., Drapkina O.M., Drozdova L.YU., Ioseliani D.G., Kaidarova D., Karaulov A.V., Karpov R.S., Kobala-va ZH.D., Konradi A.O., Lazebnik L.B., Leont'ev V.K., Livzan M.A., Lila M.A., Lokshin V.N., Mazurov V.I., Martov A.G., Mar'yandyshev A.O., Massard G., Mel'nichenko G.A., Moiseev S.V., Namazova-Bar-anova L.S., Neznanov N.G., Omel'yanovskij V.V., Petrov V.I., Poddubnaya I.V., Polushin YU.S., Pop-ov S.V., Ragino YU.I., Rojtberg G.E., Rojtman E.V., Rummo O.O., Rumyancev S.A., Rychkova L.V., Skvorcova V.I., Snezhitskiy V.A., Sofronov A.G., Stanojkovic T., Tanashyan M.M., Tahchidi H.P., Tk-acheva O.N., Fadeev V.V., Havinson V.H., Haitov M.R., Hubutiya M.SH., Schaller K., YAnushevich O.O. Agafonova YU.A., Ageev F.T., Andreev K.A., Antipov A.V., Atalyan A.V., Ahmedov V.A., Babicheva L.G., Vagner V.D., Viktorova I.A., Vlasova N.L., Volchegorskij I.A., Galyavich A.S., Gaus O.V., Gombert V.G., Gorbenko A.V., Gorshkov A.YU., Druk I.V., Ershov A.V., Efremova E.V., Zадionchenko V.S., Zajcev A.A., Zyryanov S.K., Kalashnikova M.F., Kanevskaya S.S., Kashtalap V.V., Kolbasnikov S.V., Kondrat'eva K.O., Korenova O.YU., Korpacheva O.V., Korshunov A.S., Kochergina A.M., Kutihin A.G., Lebedev O.I., Luto-va N.B., Malyavin A.G., Mareev V.YU., Mihajlova N.B., Morozova O.L., Napalkov D.A., Nedoshivin A.O., Nechaeva G.I., Nikiforov V.S., Nikishova E.I., Ordzhonikidze M.K., Ohlopkov V.A., Pavlinova E.B., Pa-shkov A.V., Petrova A.G., Pisklakov A.V., Pogodina A.V., Popova O.V., Rebrov A.P., Savel'eva I.V., Saj-futdinov R.I., Selimzyanova L.R., Semiglazova T.YU., Sovetkina N.V., Sorokin M.YU., Stremouhov A.A., Surkov A.N., Surkova E.V., Suturina L.V., Terent'ev V.P., Tishchenko P.D., Tokarskaya E.A., Totchiev G.F., Tulupov R.V., Tumyan G.S., Tyurin V.P., Usov G.M., Ustinova N.V., Fedorin M.M., Fedyeva V.K., Fofano-va T.V., Chebanenko E.V., SHepel' R.N., SHtejnborn I.G., YA goda A.V., YAKushin S.S.

ADHERENCE TO TREATMENT IN CLINICAL PRACTICE

INTERNATIONAL METHODOLOGICAL GUIDE

Online scientific publication

Under the general edit. Nikolaev N.A., Martynov A.I., Skirdenko YU.P.



© Team of authors., 2023
© Publishing House "Academy of Natural Sciences"
© ANO "Academy of Natural Sciences"
ISBN 978-5-91327-776-3

