

Н. А. Николаев

**СИСТЕМА
КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ
ПРИВЕРЖЕННОСТИ
В МЕДИЦИНЕ
КОП-25**

**АВТОРСКОЕ РУКОВОДСТВО
ДЛЯ ВРАЧЕЙ И ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ**

Научная монография

Российское научное медицинское общество терапевтов (РНМОТ)
Международная коллаборация изучения приверженности (МКИП/ICAT)
ФГБОУ ВО Омский государственный Медицинский университет Минздрава России

Николай Анатольевич Николаев

**СИСТЕМА
КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ
ПРИВЕРЖЕННОСТИ
В МЕДИЦИНЕ
КОП-25**

**Авторское руководство
для врачей и исследователей**

Сетевое научное издание

© Николаев Н. А., 2024
© ИД «Академия Естествознания»
© АНО «Академия Естествознания»
ISBN 978-5-91327-793-0

Москва
2024

УДК 616–082.3(035.3)

ББК 51.1,59–5я81

Н64

Рецензенты:

Мартынов Анатолий Иванович — д-р мед. наук, профессор, академик РАН, профессор кафедры госпитальной терапии №1 ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, главный редактор журнала «Терапия», президент Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ), вице-президент Общества врачей России (ОВР).

Попов Сергей Валентинович — д-р мед. наук, профессор, академик РАН, директор научно-исследовательского института кардиологии ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН», вице-президент Всероссийского научного общества аритмологов (ВНОА).

Н64

Николаев Н.А.

Система комплексной оценки приверженности в медицине КОП-25. Авторское руководство для врачей и исследователей; научная монография. – М.: Издательский дом Академии Естествознания, 2024. – 100 с., ил.

ISBN 978-5-91327-793-0

DOI 10.17513/np.595

В руководстве представлена технология комплексной оценки приверженности. Освещены вопросы разработки технологии и её инструментов, даны рекомендации по применению опросников системы КОП-25 в медицинской и научной практике, а также по созданию новых опросников на основе опубликованного стандарта. Для практических врачей, клинических фармакологов, организаторов здравоохранения, научных работников, студентов, ординаторов, аспирантов, докторантов, клинических исследователей.

Настоящая публикация распространяется на условиях открытой лицензии (ст. 1286.1 Гражданского кодекса Российской Федерации) и лицензии Creative Commons 3.0 IGO «С указанием авторства – Некоммерческая – Распространение на тех же условиях» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>). Лицензией допускается копирование, распространение и адаптация публикации в некоммерческих целях с указанием библиографической ссылки.

Никакое использование публикации не означает одобрения автором какой-либо организации, товара или услуги. Распространение адаптированных вариантов публикации допускается на условиях указанной или эквивалентной лицензии Creative Commons. При переводе публикации на другие языки приводится библиографическая ссылка и следующая оговорка: «Настоящий перевод не был выполнен автором. Автор не несет ответственности за его содержание и точность. Аутентичным подлинным текстом является оригинальное издание на русском языке». Ответственность за интерпретацию и использование материалов несет пользователь. Автор не несет никакой ответственности за ущерб, связанный с использованием материалов.

Автор заявляет об отказе применять юридические ограничения или технологические меры, создающие другим юридические препятствия в выполнении чего-либо из того, что разрешено лицензией. Это позволяет другим лицам распространять и брать за основу настоящий текст, при условии указания авторства и без дополнительных ограничений.

УДК 614.253.8(035)

ББК 53.59\22

© Николаев Н.А., 2024

© ИД «Академия Естествознания»

© АНО «Академия Естествознания»

ISBN 978-5-91327-793-0

Оглавление

От рецензента	4
От автора	6
Благодарности	7
Введение	8
Определения, термины и понятия	19
Глава 1. Методология разработки системы опросников КОП-25	22
Глава 2. Комплексная оценка приверженности: расчёт показателей	41
Глава 3. Система КОП-25: специализированные анкеты приверженности лечению	45
Глава 4. Система КОП-25: приверженность научной и альтернативной медицине	67
Глава 5. Новые направления Системы КОП-25: образовательная, исследовательская и трудовая приверженность	79
Глава 6. В помощь исследователю: конструктор опросников системы КОП-25	81
Заключение	86
Литература	87

От рецензента



С автором этой книги, врачом и ученым Николаем Анатольевичем Николаевым, мы познакомились восемь лет назад, когда диссертационный совет по внутренним болезням Омского государственного медицинского университета обратился ко мне с просьбой выступить официальным оппонентом по его докторской диссертации. Уже тогда работа Николая Анатольевича, посвященная приверженности и новым подходам к управлению лечением, вызвала у меня большой интерес и понимание её важности и перспективности. За прошедшее время из неё выросла, не побоюсь этого сказать, не просто новая научная школа, а новое научное направление, которое и может, и должно привести к смене наших привычных представлений по целому ряду вопросов внутренней медицины.

Мы привыкли к тому, что, когда мы видим пациента с недостаточной эффективностью лечения, то подсознательно практически всегда думаем, что препарат оказался не очень удачно подобранным, сочетание недостаточно эффективно, дозы недостаточны и так далее. Это привычная позиция практического врача, и, несмотря на то, что мы представляем, что имеют определённое значение и другие показатели, в частности — соблюдение различного рода рекомендаций немедикаментозного характера, несмотря на это, основные наши мысли всё-таки направлены на то, что нужно увеличить дозы, и так далее.

А вот автор лично мне позволил взглянуть на эту проблему с другой стороны, вычленил другую часть, которую мы практически не анализируем. Он зашёл с позиции определения приверженности. Но не только определения, но и попытки её прогнозировать с помощью сложного математического аппарата, примененного при анализе клинического материала, и создав для этого очень ценный и работоспособный инструмент. Мне представляется, что это самое большое достоинство работы: совершенно иной подход, совершенно иной взгляд на, казалось бы, привычные вещи.

И подход, который он сумел реализовать, нам, честно говоря, при первом прочтении или при первом восприятии материала, не всегда по плечу. Понимать эту работу, мне кажется, нужно, очень серьёзно в неё вникнув, в совете со специалистом, который знает современные подходы в статистике. Это у нас слабая сторона науки. Когда наши коллеги, и мы, подаем статьи в зарубежные журналы, мы иногда обижаемся на наших зарубежных коллег — мол, они к нам придираются. А они не придираются — просто у них другие критерии оценки материала, другие методики математической обработки. Николай Анатольевич, мне кажется, в этой ситуации показал, что он работает и на высоком уровне понимания статистики, и на высоком уровне применения новых методов, на мировом уровне.

Очень интересным мне кажется аспект управления лечением на основе приверженности. Здесь нам может показаться не всё ещё понятно. Сама идея ведь является пионерской, может быть, не всегда легко реализуемой на практике. Но если мы не будем пытаться это делать, если мы не будем проявлять смелость в тех предложениях, которые, в частности, сделал Николай Анатольевич, то наше движение в этом направлении не будет существенным.

Я расцениваю эту работу как очень серьёзную заявку на новый взгляд в медицинской науке и практике — возможность управлять лечением на основе приверженности, и через этот механизм влиять на эффективность лечения. И конечно, эта работа даёт основания глубже и дальше разрабатывать эту проблему. Думаю, основываясь на этом методическом подходе, можно в перспективе добиться больших успехов.

Ведь сейчас мы ведь действительно вошли в период информатизации медицины. А как только мы входим в эту сферу — сочетания клинических наблюдений и цифровой трансформации, применения новых и нам не всегда, в силу нашей недостаточной математической подготовки понятных, новых методов статистики, мы начинаем понимать, с одной стороны, сложность этого подхода, а с другой стороны, что без этого уже сегодня работать нельзя.

И в этом плане я не удивлюсь, когда на конференциях любого уровня, где Николай Анатольевич представляет свои достижения, будет возникать много вопросов, потому что проще сказать: «Мы пока не очень готовы воспринять эти идеи», чем сделать над собой усилие и постараться в них вникнуть. Не потому, что они неправильные, а потому, что они новые, и для того чтобы их воспринять, нужно иметь соответствующую подготовку и, если хотите, смелость. Этой подготовки и смелости, у нас с вами, если мы будем откровенны, частенько недостаточно.

Современная медицинская наука и практика благодаря содружественной работе ученых, практических врачей и производителей лекарственных препаратов разработала эффективные методы лечения многих заболеваний. Однако частая недостаточная результативность этих методов, в первую очередь, определяется не их проблемами, а низкой приверженностью пациентов лечению. Более того, приверженность часто изменяется с возрастом, что приводит к снижению качества жизни больных и преждевременной смерти. Без внедрения новых, инновационных механизмов в профилактику и лечение, в том числе таких, какие разработаны автором, достичь заявленных в нашей стране амбициозных целей по продолжительности жизни — 78 лет к 2030 году и 81 год к 2036 году — будет просто невозможно.

В созданных за последние восемь лет на основе исследований и разработок Николая Анатольевича и под его непосредственным руководством консенсусах и руководствах, вначале российских национальных, а теперь уже и международных, предложены принципиально новые подходы к определению степени соблюдения больными рекомендаций по приему лекарственных средств, соблюдению диеты и рекомендованной физической активности в соответствии с наличием тех или иных заболеваний.

В основе этих документов лежит комплексная оценка приверженности, чего до этого ни смог создать никто в мире. Мы поднаторели в клинике, мы поднаторели в методиках, которые нам хорошо знакомы. А это — новое слово, и я в этом вижу наибольшее достоинство направления, которое разрабатывает Николай Анатольевич. И наша общая задача — оценить новые направления, оценить тот большой вклад, который сделал автор своей пионерской работой, и взять ее на вооружение в нашей практической деятельности.

Работы Николая Анатольевича поддержаны и взяты на вооружение вначале Российским научным медицинским обществом терапевтов, а теперь — и многими другими профессиональными медицинскими ассоциациями. Разработанный им опросник КОП-25 и разные его модификации стали самыми популярными в стране.

Я надеюсь, что эта книга послужит для многих врачей и исследователей отправным механизмом, который позволит лучше делать то главное, что составляет цель нашей работы, а для многих из нас и цель жизни — помогать здоровью наших пациентов, помогать им делать свое здоровье лучшим, а жизнь более качественной и более долгой.

Президент РНМОТ, академик РАН, д-р. мед. наук., профессор,
Заслуженный врач РСФСР, Заслуженный деятель науки РФ
Анатолий Иванович МАРТЫНОВ



Москва, 16 апреля 2024 г.

От автора



Когда макет книги был уже готов, пришла трагическая весть, что завершился жизненный путь великого российского врача и педагога, блестящего ученого и организатора науки, человека, которого я считаю одним из главных своих учителей, академика РАН Анатолия Ивановича МАРТЫНОВА.

Роль Анатолия Ивановича в российской медицине, терапевтической науке и практике огромна. На протяжении многих десятилетий он участвовал практически во всех значимых событиях отечественной терапии. Его активность и работоспособность всегда вызывали восхищение. Он автор двухтомника «Внутренние болезни», признанного лучшим учебником по терапии для медицинских вузов, создатель научной терапевтической школы, двадцать два года бессменный президент Российского научного медицинского общества терапевтов. Одной из главных его целей последних лет было проведение в России самого значимого научно-практического мероприятия в области внутренней медицины — Всемирного конгресса терапевтов. И, несмотря на сложные времена, ему удалось получить согласие организаторов. Но провести конгресс Анатолий Иванович уже не успел.

А еще — он был просто фантастической по своему человеческому масштабу личностью!

Анатолий Иванович стал тем человеком, который во многом определил моё нынешнее место в науке, на заре знакомства активно и искренне поддерживав мало кому понятную тему приверженности лечению. А затем, со свойственным ему азартом, энергией и доброжелательностью, стал единомышленником и соавтором всех наших важнейших начинаний и руководств. Очень многое из того, чего мне удалось сделать, сделано благодаря ему.

Памяти Анатолия Ивановича Мартынова — Человека, Врача и Ученого посвящается эта работа.

Руководитель международной колаборации изучения приверженности (ICAT), Член Центрального совета, председатель секции «Приверженность лечению» и Омского отделения РНМОТ, зав. кафедрой экстремальной и доказательной медицины ОмГМУ, д-р мед. наук., доцент
Николай Анатольевич НИКОЛАЕВ

Омск, 20 мая 2024 г.

Благодарности

В современной науке ушло время творцов-одиночек. И мои исследования были бы невозможны без гигантской интеллектуальной, профессиональной и человеческой поддержки очень и очень многих людей. Трудно назвать всех, потому что сегодня — это уже многие сотни и сотни людей. Но постараюсь сделать это максимально полно.

Прежде всего — спасибо моим учителям! Доцент Владимир Григорьевич Федоров в далекие 80-е годы XX века «заразил» меня страстью к научному поиску, в 90-е профессор Юрий Васильевич Редькин помог сформировать систему научного мышления, а профессор Дмитрий Андреевич Поташов оттачивал мышление клиническое. В нынешнем веке профессора Галина Ивановна Нечаева и Мария Анатольевна Ливзан помогли вступить в большую науку, а академик Анатолий Иванович Мартынов своим значением и харизмой страховал мои первые шаги уже на федеральном уровне.

Спасибо команде моих единомышленников и учеников! Доцент Юлия Петровна Скирденко стала главной опорой в большинстве научных начинаний и как исследователь, и как человек. А молодые врачи и ученые — Кирилл Андреевич Андреев, Александр Васильевич Горбенко, Максим Михайлович Федорин, Анастасия Андреевна Балабанова, Тагир Ибрагимович Гайгиев — это костяк команды талантливых и перспективных естествоиспытателей, способных обеспечить развитие научных изысканий в области приверженности.

И конечно, спасибо огромному коллективу ученых и практиков здравоохранения, подержавших исследования приверженности своим авторитетом и знаниями, и сформировавших коллектив международной научной коллаборации изучения приверженности! Глубокая признательность акад. РАН С.Н. Авдееву, чл.-корр. РАН В.Н. Анисимову, чл.-корр. РАН Г.П. Арутюнову, акад. РАН Л.А. Ашрафяну, проф. А.М. Бабунашвили, чл.-корр. РАН Л.А. Балыковой, акад. РАН О.Л. Барбараш, акад. НАН РК В.В. Бенберину, иностр. чл. РАН Р. Валенте, проф. И.А. Васильевой, проф. О.И. Виноградову, акад. РАН А.Л. Гинцбургу, акад. РАН А.В. Горелову, акад. РАН А.А. Гусейнову, иностр. чл. РАН Л. Давидович, иностр. чл. РАН Д.К. Ди Ренцо, акад. РАН О.М. Драпкиной, к.м.н. Л.Ю. Дроздовой, акад. РАН Д.Г. Иоселиани, иностр. чл. РАН Д. Кайдаровой, акад. РАН А.В. Караулову, акад. РАН Р.С. Карпову, чл.-корр. РАН Ж.Д. Кобалава, акад. РАН А.О. Конради, проф. Л.Б. Лазебнику, акад. РАН В.К. Леонтьеву, чл.-корр. РАН А.М. Лиле, акад. НАН РК В.Н. Локшину, акад. РАН В.И. Мазурову, чл.-корр. РАН А.Г. Мартову, чл.-корр. РАН А.О. Марьяндышеву, иностр. чл. РАН Ж. Массару, акад. РАН Г.А. Мельниченко, чл.-корр. РАН С.В. Моисееву, акад. РАН Л.С. Намазовой-Барановой, проф. Н.Г. Незнанову, проф. В.В. Омеляновскому, акад. РАН В.И. Петрову, акад. РАН И.В. Поддубной, акад. РАН Ю.С. Полушину, акад. РАН С.В. Попову, чл.-корр. РАН Ю.И. Рагино, акад. РАН Г.Е. Ройтбергу, проф. Е.В. Ройтману, акад. НАН РБ О.О. Руммо, чл.-корр. РАН С.А. Румянцеву, чл.-корр. РАН Л.В. Рычковаой, чл.-корр. РАН В.И. Скворцовой, иностр. чл. РАН В.А. Снежицкому, чл.-корр. РАН А.Г. Софронову, иностр. чл. РАН Т. Станойкович, чл.-корр. РАН М.М. Танащян, акад. РАН Х.Л. Тахчиди, чл.-корр. РАН О.Н. Ткачевой, чл.-корр. РАН В.В. Фадееву, чл.-корр. РАН М.Р. Хаитову, акад. РАН М.Ш. Хубутия, иностр. чл. РАН К. Шаллеру, акад. РАН О.О. Янушевичу, Ю.А. Агафоновой, проф. Ф.Т. Агееву, к.филос.н. А.В. Антипову, к.м.н. А.В. Аталян, проф. В.А. Ахмедову, к.м.н. Л.Г. Бабицевой, проф. В.Д. Вагнеру, проф. И.А. Виктороваой, Н.Л. Власовой, проф. И.А. Волчегорскому, проф. А.С. Галявичу, доц. О.В. Гаус, к.м.н. В.Г. Гомбергу, к.м.н. А.Ю. Горшкову, д.м.н. И.В. Друк, д.м.н. А.В. Ершову, д.м.н. Е.В. Ефремовой, проф. В.С. Задионченко, проф. А.А. Зайцеву, проф. С.К. Зырянову, д.м.н. М.Ф. Калашниковой, проф. С.С. Каневской, д.м.н. В.В. Кашталапу, проф. С.В. Колбасникову, к.психол.н. К.О. Кондратьевой, проф. О.Ю. Коренновой, д.м.н. О.В. Корпачевой, к.м.н. А.С. Коршунову, к.м.н. А.М. Кочергиной, д.м.н. А.Г. Кутихину, проф. О.И. Лебедеву, д.м.н. Н.Б. Лутовой, проф. А.Г. Малявину, проф. В.Ю. Марееву, доц. Н.Б. Михайловой, д.м.н. О.Л. Морозовой, д.м.н. Д.А. Напалкову, проф. А.О. Недошивину, проф. В.С. Никифорову, д.м.н. Е.И. Никишовой, М.К. Орджоникидзе, проф. В.А. Охлопкову, проф. Е.Б. Павлиновой, д.м.н. А.В. Пашкову, проф. А.Г. Петровой, проф. А.В. Писклакову, д.м.н. А.В. Погодиной, д.филос.н. О.В. Поповой, проф. А.П. Реброву, д.м.н. И.В. Савельевой, проф. Р.И. Сайфудинову, к.м.н. Л.Р. Селимзяновой, д.м.н. Т.Ю. Семиглазовой, к.м.н. Н.В. Советкиной, к.м.н. М.Ю. Сорочкину, проф. А.А. Стремоухову, д.м.н. А.Н. Суркову, д.м.н. Е.В. Сурковой, проф. Л.В. Сутуриной, д.филос.н. П.Д. Тищенко, к.м.н. Е.А. Токарской, д.м.н. Г.Ф. Тотчиеву, Р.В. Тулупову, проф. Г.С. Тумян, проф. В.П. Тюрину, д.м.н. Г.М. Усову, д.м.н. Н.В. Устиново, к.м.н. В.К. Федяевой, д.м.н. Т.В. Фофановой, Е.В. Чебаненко, к.м.н. Р.Н. Шепелю, проф. А.В. Ягоде, проф. С.С. Якушину, и уже ушедшим из жизни проф. В.И. Совалкину, акад. РАН И.В. Медведевой, акад. РАН В.Х. Хавинсону, чл.-корр. РАН Г.Б. Федосееву, проф. В.П. Терентьеву.

Спасибо всем Вам!

Введение

«Мы подобны карликам, усевшимся на плечах гигантов; мы видим больше и дальше, чем они, не потому, что обладаем лучшим зрением, и не потому, что выше их, но потому, что они подняли и возвысили нас собственным величием»

Бернар Шартрский

«Сначала тебя не замечают, потом смеются над тобой, затем борются с тобой. А потом ты побеждаешь».

Мохандас Карамчанд (Махатма) Ганди

Около 20 лет назад, когда я впервые задумался о модели оптимизации лечения своих терапевтических пациентов, то и представить не мог, что она вырастет в концепцию комплексной оценки приверженности. Её следствием стало предложение изменить подход в лечении пациентов — от попыток повышать приверженность, к адаптации лечения их приверженности, а от бинарной модели медицины перейти к тринитарной. Этот подход разрабатывался постепенно, и стал результатом работы прежде всего многопрофильной научной коллаборации, созданной под эгидой Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ), а затем поддержанной многими другими профессиональными медицинскими сообществами.

Не останавливаясь на стратегиях управления лечением, которые подробно обсуждаются в наших консенсусах, руководствах и рекомендациях [1–12], в настоящей работе я хочу привлечь внимание читателя к собственно инструменту комплексной оценки приверженности — системе КОП-25 — в её актуальном виде. Но вначале о том, почему мы с коллегами считаем крайне актуальной необходимость смены сложившейся парадигмы подходов в современной профилактике и лечении.

СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА: ПУТЬ В ТУПИК ИЛИ СМЕНА ПАРАДИГМЫ

Развитие медицины является неравномерным процессом, с периодами подъемов и стагнации. Взрывной рост достижений в области диагностики, лечения и профилактики многих социально значимых заболеваний в XX и начале XXI веков был заложен освобождением общественной и научной мысли от сковывающих их религиозных и социальных догматов XIX века, и обеспечен технологической революцией, в первую очередь базирующейся на достижениях в области фундаментальных наук. За 120 лет средняя продолжительность жизни в России выросла почти в 2,5 раза. Однако, если в этот промежуток разбить на два шестидесятилетних периода, мы увидим некоторые особенности (рис. 1).

В первые шестьдесят лет, с 1900 по 1960 г. отмечался «взрывной» рост средней продолжительности жизни, с 31 до 68 лет, добавив 120 % по отношению к исходной. И это несмотря на две мировые войны (1914–1918 и 1941–1945), в которых участвовала Россия. Ведущими причинами изменения продолжительности жизни в это время стали прорывы в медицинской и социальной сфере: появление антиинфекционной профилактики и терапии; изменения структуры и качества питания; создание антенатальной медицины; развитие системы неотложной помощи.

Второе шестидесятилетие, 1960–2020 гг., было также отмечено достижениями. Введены принципы научной доказательности, структурно организована медицинская помощь, внедрена система экстренной медицины, в рутинную практику вошли интервенционные и диагностические технологии. В снижение смертности от ведущей её причины — сердечно-сосудистых заболеваний — большой вклад внесли меры популяционной профилактики (включая снижение потребления алкоголя и табака) и повышение качества медицинской помощи в первичном звене здравоохранения, что привело к улучшению контроля хронических неинфекционных заболеваний, повышение охвата выявленных больных медикаментозной терапией и другие меры, охватившие большой процент населения РФ. Но в части увеличения продолжительности жизни его можно охарактеризовать как период стагнации, с разнонаправленными колебаниями, определяемыми, не столько развитием медицины, сколько социальными факторами и катаклизмами. В результате с 1960 по 2003 г. средняя продолжительность жизни увеличилась лишь на 0,4 года. Лишь с 2004 г. появляется новый период её роста.

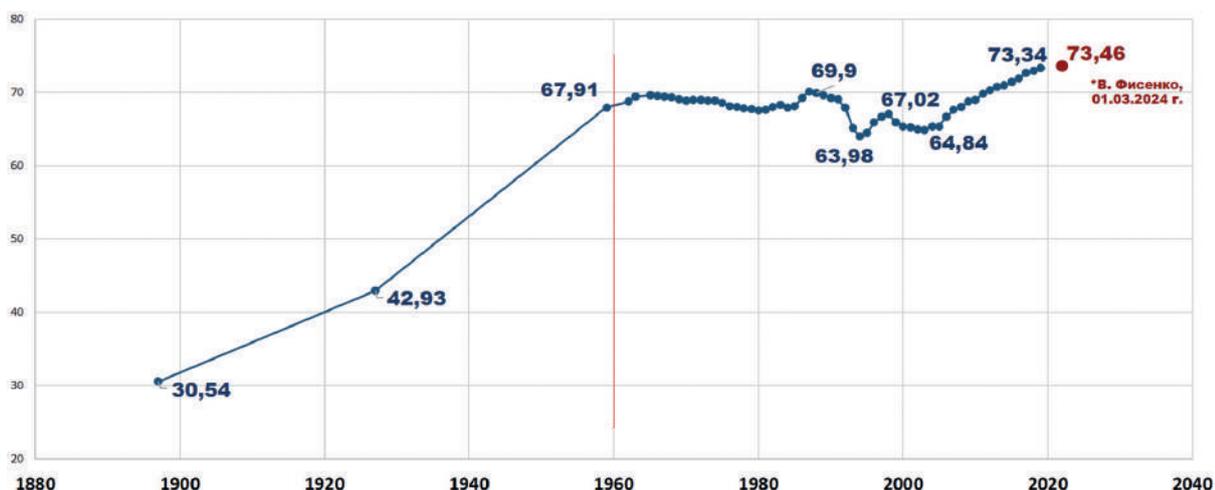


Рис. 1. Средняя продолжительность жизни в России с 1897 по 2024 г., лет. Адаптировано
из: Статистика: средняя продолжительность жизни в России. <https://ruxpert.ru>. [дата обр. 15.03.2024]

Однако начавшаяся в 2020 г. пандемия COVID-19 серьезно, и пока еще недооценено дестабилизировала сформировавшиеся мировые и российские тренды. В результате период 2020–2022 гг. характеризовался негативной динамикой по большинству обсуждаемых показателей [13–15]. Учитывая невозможность корректного использования мировых и отечественных статистических данных 2020 г. и последующих лет для сравнения с предыдущими периодами, в этой работе мы не будем использовать показатели после 2019 г.

С 2003 г. ПЖ в России увеличилась, главным образом, за счет радикального снижения смертности от болезней системы кровообращения (БСК) и сосудистых поражений мозга (СПМ), которое, в свою очередь, произошло в результате организационных мер — создания сети сосудистых центров и использования высокотехнологичных методов лечения пациентов с этими нозологиями. К 2019 г. стандартизованный коэффициент смертности (СКС) от БСК сократился на 48 % (в т. ч. от ишемической болезни сердца на 40 %) а от СПМ на 58 % (рис. 2).

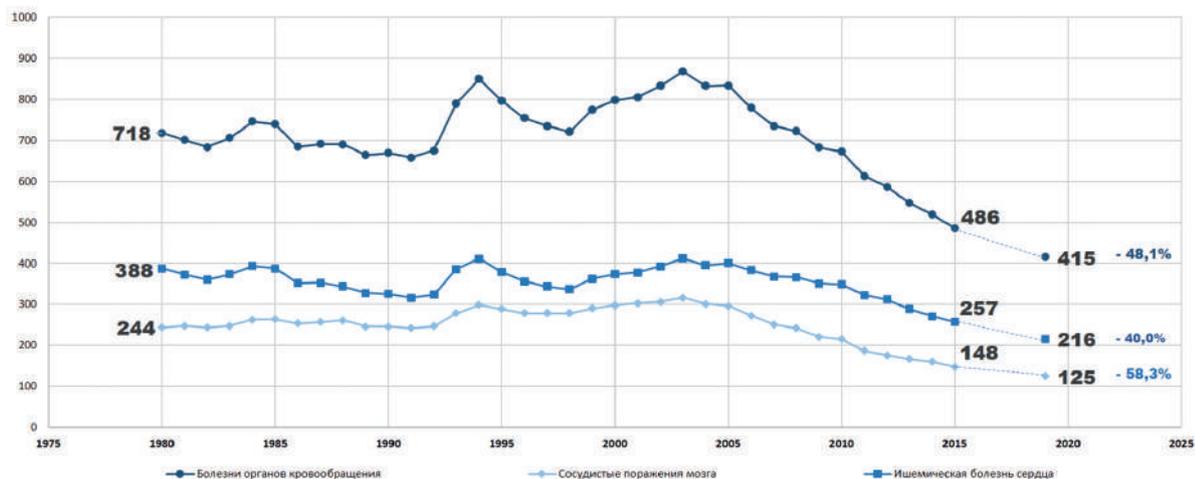


Рис. 2. Смертность в России от болезней системы кровообращения и сосудистых поражений мозга. Стандартизованные коэффициенты смертности от болезней системы кровообращения и центральной нервной системы (на 100 000 населения; период 1980–2019; данные за 2016–2018 гг. отсутствуют). Адаптировано из: European Programme of Work. United Action for Better Health. <https://gateway.euro.who.int/ru/datasets/european-health-for-all-database> [дата обр. 16.03.2024]

Вместе с тем, к этим результатам следует относиться без избыточного оптимизма, поскольку они мало зависят от поведения пациента в отношении болезни, а были достигнуты за счет системных организационных мероприятий и интервенционного лечения. Их потенциал роста в настоящее время

почти исчерпан. Если же оценить СКС заболеваний, где роль пациента в лечении остается высокой, картина окажется весьма удручающей (рис. 3).

По этим группам заболеваний не только не удалось снизить СКС, но он даже возрос от болезней органов мочеполовой системы – на 10 %, органов пищеварения – на 122 %, эндокринных болезней и расстройств питания – на 144 %, а заболеваний психики и нервной системы – на 362 %.

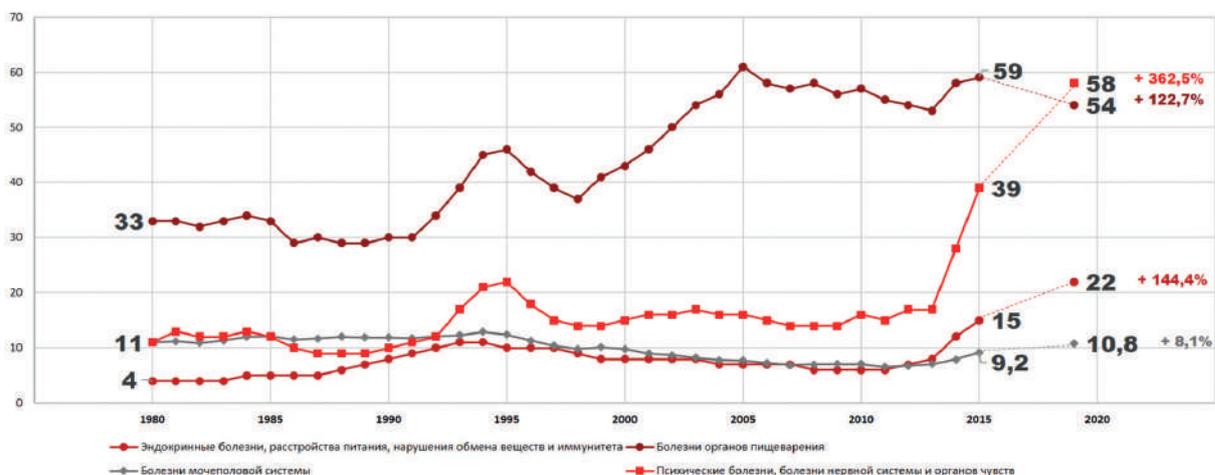


Рис. 3. Смертность в России от болезней органов пищеварения, мочеполовой системы, эндокринных (включая нарушения питания) и психических болезней. Стандартизированные коэффициенты смертности от болезней системы кровообращения и центральной нервной системы (на 100 000 населения; период 1980–2019; данные за 2016–2018 гг. отсутствуют). Адаптировано из: European Programme of Work. United Action for Better Health. <https://gateway.euro.who.int/ru/datasets/european-health-for-all-database> [дата обр. 16.03.2024]

Как следствие, оставляет желать лучшего ситуация с ожидаемой продолжительностью жизни при рождении (рис. 4).

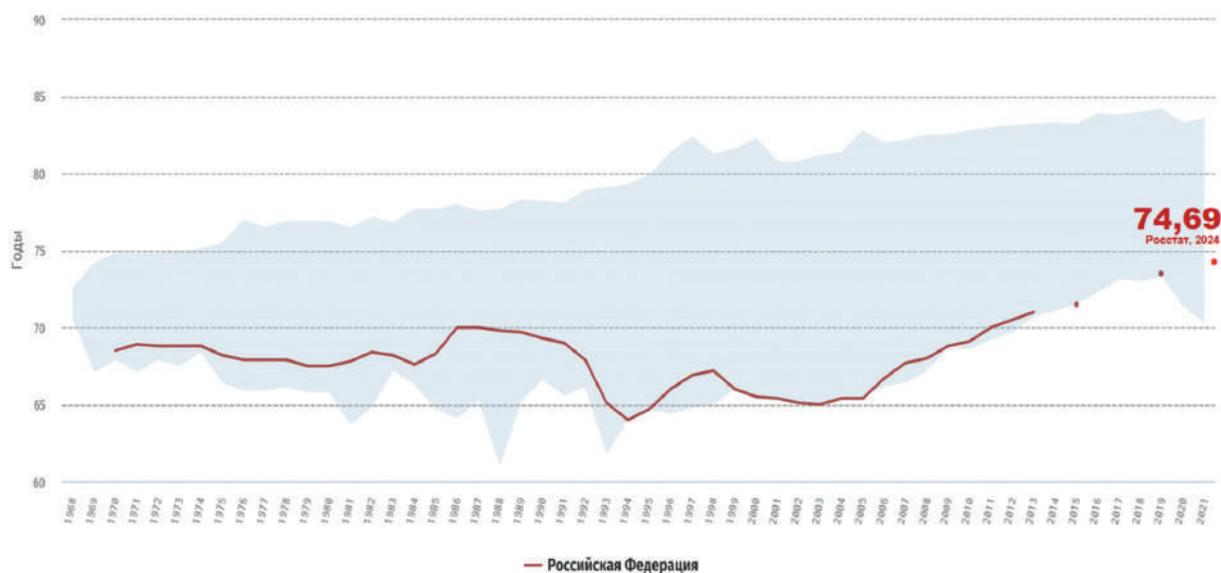


Рис. 4. Ожидаемая продолжительность жизни в России при рождении, для рожденных за период 1970–2024 гг, лет (на фоне соответствующего диапазона максимумов и минимумов стран Европы. Адаптировано из: European Programme of Work. United Action for Better Health. <https://gateway.euro.who.int/ru/datasets/european-health-for-all-database> [дата обр. 16.03.2024]

Установленные российскими национальными проектами цели в отношении средней продолжительности жизни (78 лет к 2024 г.) не только не достигнуты, но и существенно смещены вправо (теперь они определены как цели 2030 г.), и на фоне среднеевропейских показателей выглядят не очень амбициозно.

Текущий прогноз Департамента ООН по экономическим и социальным вопросам в отношении мировых показателей общей смертности так же не оптимистичен (рис. 5). Опираясь на фактическое состояние медицины, расчетная модель свидетельствует о достигнутом уровне нижнего плато, после чего с 2025 г. прогнозируется новый рост общего коэффициента смертности, который, как ожидается, к 2050 г. превысит 19%, достигнув показателя 9,7 на 1000 населения.



Рис. 5. Мировые фактические и прогнозируемые показатели общей смертности, усредненный вариант. Мир в целом, коэффициент смертности на 1000 населения; 1950–2050 гг. («до-ковидная» модель) Адаптировано из: Department of Economic and Social Affairs Population Dynamics World Population Prospects 2019. https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf [дата обр. 16.03.2024]

Перечисленное свидетельствует об исчерпании большинства присущих нынешнему этапу развития медицины резервов эффективности, прежде всего — в отношении хронических неинфекционных заболеваний, а соответственно — грядущих проблемах дальнейшего роста продолжительности и качества жизни населения.

Эта ситуация требует новых, в том числе не стандартных подходов, меняющих современные устоявшиеся, и часто консервативные представления в области системы здравоохранения. В качестве одного из таких подходов можно рассмотреть трансформацию бинарной модели оказания медицинской помощи в тринитарную, в которой ведущую роль приобретает индивидуализированный учет приверженности пациента лечению.

В формировании тринитарных представлений приоритет принадлежит российскому религиозному и политическому философу и социологу XIX–XX в. Н.А. Бердяеву. Он впервые сформулировал «тринитаризм» как понятие, в его классическом (теологическом) звучании [16]. Идеи Н.А. Бердяева в последствии были критически (но также с теологических позиций) рассмотрены и развиты другим религиозным философом, богословом, православным священником и экономистом С.Н. Булгаковым [17]. Вполне естественно, что понятие «тринитарность» долгое время было отдано «на откуп» религиозным мыслителям и обсуждалось преимущественно в рамках схоластических прений вокруг догмата «о единосущем в трех ипостасях Боге» [18]. В 90-е годы XX в. интерес к тринитарности стал возникать у представителей классической науки, философии и культурологии. При этом научный подход в первую очередь касался анализа особенностей и сравнения бинарных и тринитарных моделей.

В 1990–1991 гг. советский и российский физик-механик академик РАН Б.В. Раушенбах в серии статей в журнале «Вопросы философии», предложил рассмотреть тринитарность с позиции формальной логики в рамках классических математических моделей, охарактеризовав ее как «простейшую совокупность, обладающую свойствами триединности, единосущности, неслиянности и нераздельности». Для обоснования такого подхода он предложил простую, но наглядную математическую модель. Введя в трехмерном пространстве ортогональную декартову систему координат и обозначив оси

этой системы как X , Y и Z , он выделил произвольный конечный вектор, идущий из начала координат, которому соответствуют три его составляющие, расположенные на введенных осях.

По мнению Б.В. Раушенбаха, в этой модели сам вектор, с одной стороны, и совокупность его трех составляющих, с другой, являются одним и тем же, таким образом, они обладают триединостью. Одновременно эта модель демонстрирует и единую сущность компонентов, поскольку составляющие вектора, в свою очередь, сами являются векторами.

Для того, чтобы подтвердить, что составляющие этой модели обладают свойством неслиянности, он предложил рассмотреть введенный вектор в качестве силы, способной смещать некоторую материальную точку, находящуюся в начале координат. Для смещения материальной точки в направлении оси X необходима составляющая на этой оси (направленная вдоль оси X), при этом две других составляющих, лежащих на осях Y и Z , не способны сместить точку вдоль оси X , поскольку они направлены перпендикулярно ей. То же самое можно сказать и о составляющих, направленных вдоль осей Y и Z — каждая способна «сдвинуть» материальную точку только вдоль «своего» направления. Таким образом, три составляющих вектора принципиально не способны заменять друг друга, что подтверждает свойство неслиянности (как следствие ортогональной системы координат). При этом, поскольку составляющие вектора связаны с ним абсолютно (так как являются его проекциями на оси), они также связаны и друг с другом, что определяет еще одно свойство тринитарной системы — нераздельность [19]. Таким образом, модель Б.В. Раушенбаха продемонстрировала логически безупречный пример объекта, обладающего совокупностью базовых тринитарных свойств (триединости, единую сущности, неслиянности и нераздельности).

Указанную работу следует рассматривать в качестве определяющей, поскольку она, продемонстрировав возможность и механизм трансляции понятия «тринитарность» из сугубо религиозной области в научную, показала, что может быть использована как ключ к дальнейшему рассмотрению тринитарных систем в различных сферах фундаментальной и прикладной науки.

Это важно еще и потому, что в естественных науках системный подход в большинстве случаев пока базируется на бинарных, а не на тринитарных моделях, поскольку в научно-технической и в социокультурной областях принцип бинарности, как парного взаимодействия противоположных элементов, предполагает возможность существования разного типа связей между такими элементами, включая наиболее жесткий вариант логико-семантической или логико-аксиологической оппозиции, основанный на дихотомии (да — нет, или — или и др.), и потому он внешне прост и удобен. Однако следует учитывать, что в реальных бинарных структурах один из её элементов часто преобладает, искажая систему [20].

В разработке современного тринитарного подхода ведущая роль в России принадлежит Р.Г. Баранцеву, выдвинувшему и обосновавшему необходимость создания открытой методологии, базирующейся на принципах нелинейность-когерентность-открытость, и сформировавшему представление о системной триаде — как простейшей структурной ячейке естественного синтеза в различных отраслях науки [21].

Опираясь на данные С.А. Куджа и С.Я. Цветкова [22], можно отметить, что в настоящее время тринитарный подход и тринитарный анализ как метод познания востребованы в различных научных направлениях — философии, политологии, лингвистике, логике, управлении (включая управление сложностью), педагогике, онтологии (изучение познавательных аспектов тринитарных систем).

Триангуляция, исходно являясь смысловым синонимом тринитарности, в прикладных вопросах развивает тринитарный подход и может быть рассмотрена как инструмент тринитарной системы, используемый для решения теоретических или технических задач. Триангуляционный подход сегодня применяется в математике, науках о Земле, информационной безопасности, искусственном интеллекте и многих других областях знания.

Всё более широкое распространение получает тринитарный системный анализ, реализующийся в двух направлениях — для фрагментации сложных систем на совокупности простых тринитарных модулей, и, альтернативно — для формирования сложных систем из компонентов простых тринитарных систем. При этом в общем случае тринитарную систему можно рассматривать как информационную конструкцию, приобретающую различный смысл и содержание в зависимости от связей между вершинами тринитарного комплекса [23]. Топологическую модель тринитарной системы легко представить в виде мультиграфа, в котором две вершины могут быть соединены более чем одним ребром, что существенно отличает эту систему от обычного треугольника и обычного графа, представляющих лишь её частные случаи [24, 25].

Простейшая тринитарная система чаще всего представляет собой три сущности (категории, фактора), между которыми возникают взаимности (отношения, связи, процессы, потоки, взаимодействия,

соответствия). Устанавливая отношения между объектами, не зависящие от внутренней структуры таких объектов, тринитарная система тем самым отвечает требованиям модели, установленной теорией категорий, а значит, может служить средством категориального анализа. Поскольку параметры тринитарной системы могут принадлежать как к одной, так и к разным категориям, это дает основание формировать различные типы тринитарных систем по категориальным признакам [26].

Если рассматривать тринитарную систему как отражение потоков взаимодействий, может быть выделено еще одно качество модели — цикличность, поэтому в топологии и системах управления тринитарную систему часто применяют для отображения цикла. Причем возникающая в таких тринитарных моделях обратная связь может быть, как «положительной», так и «отрицательной», приводя либо к усилению потока, либо к ослаблению его, что обеспечивает возможность деградации или развития системы. Кроме того, обратная связь, создавая возможность бифуркации, способна приводить к синергетическому эффекту [22].

В социальных науках тринитарная система часто применяется в исследованиях, когда два или более метода используют для проверки результатов одного и того же исследования. Она востребована как в валидизированных количественных, так и в качественных исследованиях [27]. Концепция триангуляции, как тринитарной системы, соответствует методам установления доказательности и статистической значимости при качественных рассуждениях, и применяется для повышения надежности и достоверности результатов [28].

В 2006 г. американский социолог Norman K. Denzin выделил и опубликовал четыре основных типа триангуляционных (тринитарных) систем: триангуляция данных (время, пространство, человек); триангуляция следования (возможные или существующие направления исследований); триангуляция теорий (использование более чем одной теоретической схемы в интерпретации явления); триангуляция методологии (использование более одного метода сбора данных или анализа, таких, как интервью, наблюдения, вопросники и документы) [29]. Отметим, что и опросник КОП-25, разрабатывался в циркулярном исследовании, базирующемся, в том числе, на триангуляционной методологии.

Опираясь на сформированную к настоящему времени методологию тринитарности, можно выделить характерные для большинства систем свойства, предпочтительные с точки зрения тринитарного подхода:

— системы, представляющие собой динамически (в том числе прогрессивно) развивающиеся процессы, в которых компоненты таких систем находятся в постоянном взаимодействии, при этом результат их взаимодействия не зависит от внутренней структуры включенных в эти системы компонентов, но зависит от процесса их взаимодействия;

— системы, в процессе существования которых непрерывно формируется результат, параметры которого постоянно изменяются под влиянием взаимодействия компонентов триады в каждый момент существования системы, при этом полученный результат может быть оценен (и измерен) в любой произвольной точке времени своего существования;

— системы, в которых синергичный эффект при взаимодействии компонентов системы, может быть увеличен при воздействии на каждый компонент такой системы в отдельности, в том числе если такое воздействие осуществляется смежными компонентами системы.

Опираясь на перечисленные свойства, легко прийти к пониманию, что они могут успешно транслироваться на многие медицинские процессы, в первую очередь — при оказании медицинской помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями.

В этом случае сложившаяся классическая бинарная модель взаимодействий «поставщик / получатель медицинской помощи» может быть дополнена третьим звеном — «контролируемая индивидуализация», являющаяся тем компонентом, теперь уже не диады, а триады, который, формируя прямые и обратные связи, обеспечивает управление эффективностью и качеством медицинской помощи, и тогда для её характеристики можно применить новый термин — «тринитарная медицина».

В медицине к ведущим факторам контролируемой индивидуализации в тринитарной модели следует отнести приверженность лечению, причем как пациента, так и поставщика медицинских услуг.

Принцип тринитарности полностью вписывается в объявленный Минздравом России курс на «равноправное партнерство» в рамках 4П-медицины (партнерство, персонификация, прогнозирование, профилактика)¹. Более того, внедрение в эту модель в качестве самостоятельного компонента медицинской помощи оценки приверженности позволяет расширить перечень П-принципов до пяти, трансформировав в 5П-медицину.

¹ Министр здравоохранения РФ М.А. Мурашко. «Безопасность пациентов — дело каждого»; из онлайн-лекции для студентов медицинских и фармацевтических факультетов России, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 20 сентября 2023 г.

Наибольшее значение управление лечением и медицинской профилактикой на основе приверженности приобретает в случаях, когда компонентом контролируемой индивидуализации выступает личность пациента, но не только в качестве получателя медицинской помощи, а как её одновременного полноправного регулятора и соучастника. В первую очередь это касается тех состояний и заболеваний, когда пациент, основываясь на предложенных врачом моделях действий, самостоятельно регулирует особенности приема лекарственных препаратов, лабораторного контроля своего состояния, обследований, медицинских визитов и т. д. В этом случае тринитарная модель выводит на принципиально новый уровень реализации и значительно расширяет смысловое содержание обсуждаемого, но до сих пор почти не применяемого в России понятия «ответственное самолечение» [30].

Принцип повышения эффективности лечения на основе приверженности представлен на рис. 6. Он заключается в том, что при стандартном оказании медицинской помощи в условной когорте можно выделить три группы пациентов: с достигнутым результатом вмешательств («синие человечки»), тех, у которых результат не может быть достигнут по объективным причинам («красные человечки»), и тех, у кого результат потенциально достижим, но не достигнут в связи с недоучетом фактора приверженности («черные человечки»).



Рис. 6. Принципиальная схема повышения эффективности медицинских вмешательств на основе учета приверженности при трансформации бинарной модели медицинской помощи в тринитарную (пояснения в тексте)

Бинарная модель не позволяет выделить недостаточно приверженных лечению из когорты и, соответственно, учесть этот фактор для воздействия. Тринитарная модель, как и бинарная, не может воздействовать на «красных человечков», но способна выделять недостаточно приверженных пациентов и, индивидуализируя вмешательства, повысить итоговую их эффективность.

ПРОБЛЕМЫ ОПРОСНИКОВ КОРОТКОЙ И СРЕДНЕЙ ШКАЛЫ

Говоря об оценке приверженности, не могу не остановиться на еще одном принципиальном моменте. Практический врач заинтересован в том, чтобы затратить на сбор информации как можно меньше времени. Поэтому в медицине наиболее популярны опросники короткой или средней шкалы². Однако их применение в клинической, и научной практике в настоящее время как минимум, не обоснованно, что связано с наличием у таких опросников высокого риска возникновения двух видов ошибок точности прогноза — групповой и индивидуальной.

Суть проблемы групповой ошибки представлена на рис. 7.

Как показали коллеги из Кемерово на примере больных с острой декомпенсацией сердечной недостаточности, ошибка предсказанной приверженности лекарственной терапии опросниками короткой и средней шкалы в сравнении с фактической (оценённой методом счета препаратов), достигает сотен процентов. При этом изученные опросники короткой шкалы завышают предсказанную приверженность более чем на 200%, а опросники средней шкалы, напротив, на 300–500% её занижают. В то время, как ошибка предсказанной приверженности опросниками длинной шкалы не превышает одного квартиля. Это делает проблематичным применение опросников короткой и средней шкалы в клинических исследованиях, направленных на выявление и учет лекарственной приверженности, и вызывает сомнение в обоснованности их применения в медицинской практике.

² Виды опросников по размеру шкалы (анкеты): опросники «короткой шкалы» — от 1 до 4 вопросов; опросники «средней шкалы» — от 5 до 12 вопросов; опросники «длинной шкалы» — 13 вопросов и более. Из.: Н.А. Николаев. Приверженность и гипертония: проблемы и решения, о которых мы не догадываемся. Лекция, 2023 г.

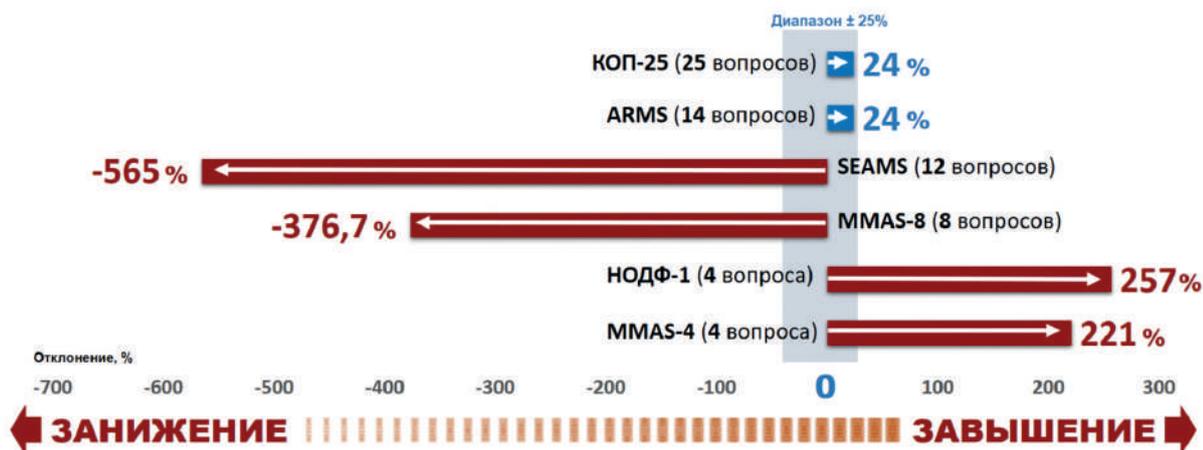


Рис. 7. Отклонение предсказанной опросником лекарственной приверженности от фактической.
 Адаптировано из: Комплексная оценка приверженности медикаментозной терапии у пациентов с острой декомпенсацией сердечной недостаточности по данным разных опросников И.М. Окунев, А.М. Кочергина, В.В. Кашталап, 2022 г., DOI: 10.32364/2587-6821-2022-6-1-39-44

Вопрос высокого риска индивидуальной ошибки прогноза опросников короткой и средней шкалы выглядит еще более серьезно. Для её выявления мы выполнили следующий эксперимент.

У находящихся на стационарном лечении 300 пациентов с ИБС была оценена приверженность лечению, причём каждый респондент одновременно заполнял опросник, включающий анкеты КОП-25 (опросник длинной шкалы), MMAS-8 (опросник средней шкалы) и MMAS-4 (опросник короткой шкалы). Такой дизайн позволил сравнить результаты тестирования не только между выборками, но и по каждому респонденту индивидуально.

Учитывая, что опросники MMAS предназначены лишь для оценки лекарственной приверженности, для сравнения в КОП-25 были использованы соответствующие им шкалы — лекарственной и интегральной приверженности лечению. Результаты анкетирования по шкале лекарственной приверженности КОП-25 были ранжированы в порядке последовательного возрастания полученных показателей, с распределением по уровням приверженности — низкий, средний, высокий (рис. 8, А) и в целом в выборке (рис. 8, Б).

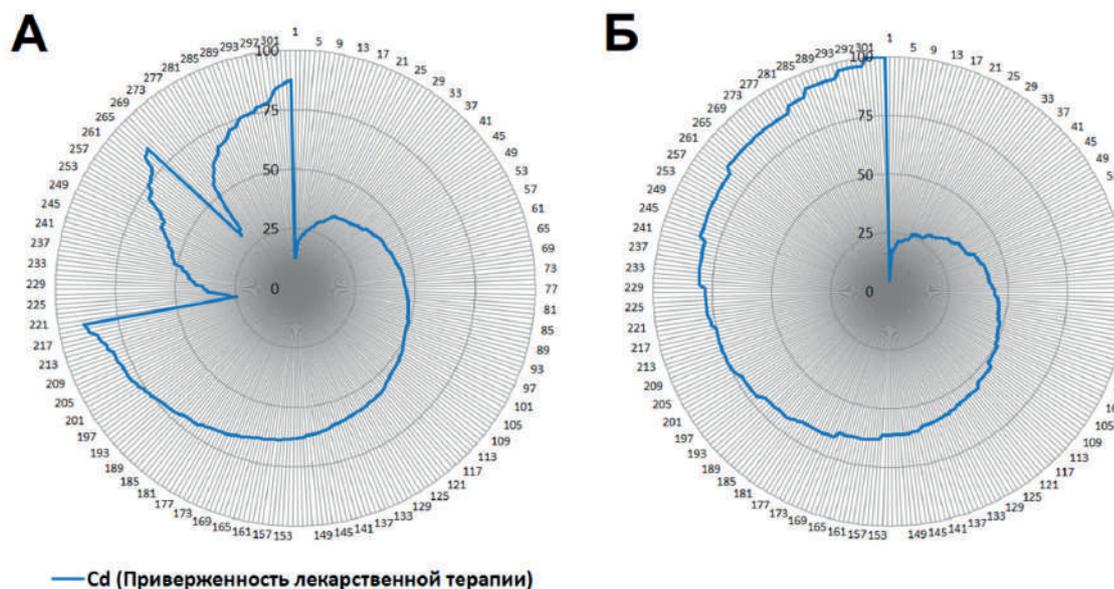


Рис. 8. Распределение лекарственной приверженности (КОП-25) с градацией по уровням (А) и последовательное по возрастанию (Б). Выборка 300 респондентов; одномоментное исследование приверженности опросниками КОП-25, MMAS-4 и MMAS-8, Н.А. Николаев с соавт., 2021–2023 гг.

Затем на показатели лекарственной приверженности наложили связанные с ними показатели интегральной приверженности лечению (рис. 9). Видно, что при имеющемся незначительном индивидуальном разбросе значений, и при распределении по уровням приверженности (рис. 9, В), и при последовательном распределении внутри всей выборки (рис. 9, Г), в целом они очень близки.

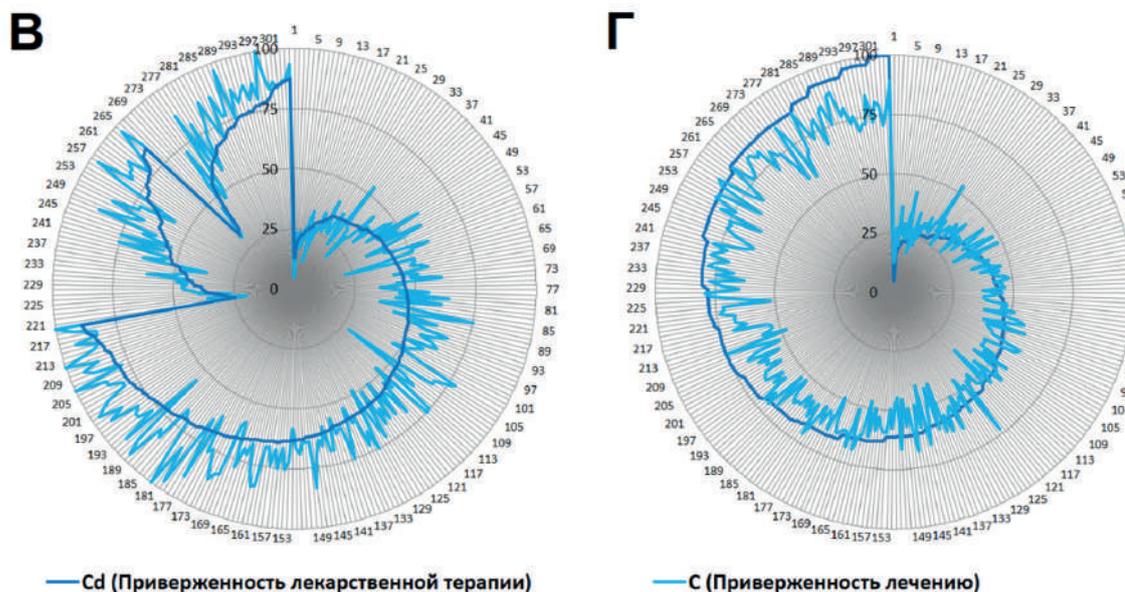


Рис. 9. Совмещение распределения лекарственной приверженности (КОП-25) с градацией по уровням (В) и последовательное по возрасту (Г) с общей (интегральной) приверженностью. Выборка 300 респондентов; одномоментное исследование приверженности опросниками КОП-25, ММАС-4 и ММАС-8, Н.А. Николаев с соавт., 2021–2023 гг.

Следующим шагом на диаграмме отразили связанное с лекарственной приверженностью по КОП-25 распределение значений, полученных ММАС-4 (рис. 10, Д и Е). Кроме того, на второй диаграмме были отражены связанные с КОП-25 значения ММАС-8 (рис. 10, Е). Как показано на рисунке, полученные при таком одномоментном тестировании значения ММАС-4 и ММАС-8 распределяются на диаграмме хаотично, и, более того, демонстрируют совершенно несовпадающие значения между собой.

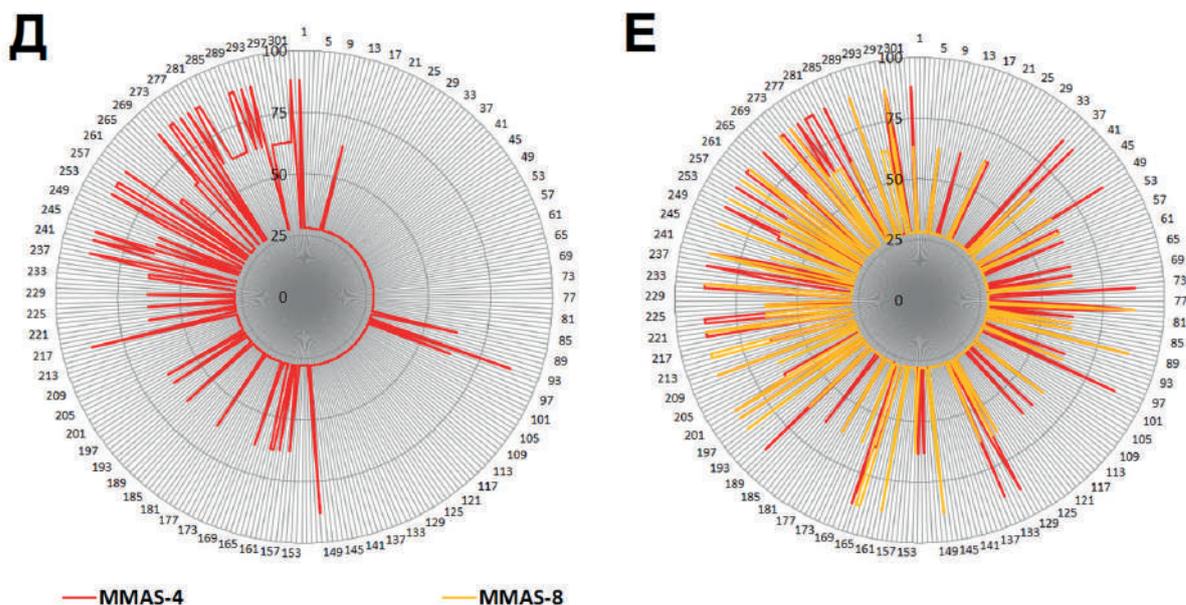


Рис. 10. Распределение лекарственной приверженности ММАС-4 с привязкой к распределению КОП-25 с градацией по уровням (Д) и последовательное по возрасту, совмещенное с ММАС-8, с привязкой к распределению КОП-25 (Е). Выборка 300 респондентов; одномоментное исследование приверженности опросниками КОП-25, ММАС-4 и ММАС-8, Н.А. Николаев с соавт., 2021–2023 гг.

Учитывая неоднократно подтвержденную хорошую чувствительность и специфичность опросника КОП-25 и продемонстрированную в настоящем эксперименте высокую степень внутреннего соответствия значений его отдельных шкал с одной стороны, и фактически случайный разброс значений опросников MMAS, не коррелирующих не только со шкалами КОП-25, но и между собой, следует говорить о том, что прогностическая способность таких опросников, по крайней мере, в отношении индивидуальной предикции приверженности, неудовлетворительна.

В завершение показатели КОП-25, MMAS-4 и MMAS-8 были объединены на соответствующих диаграммах (рис. 11).

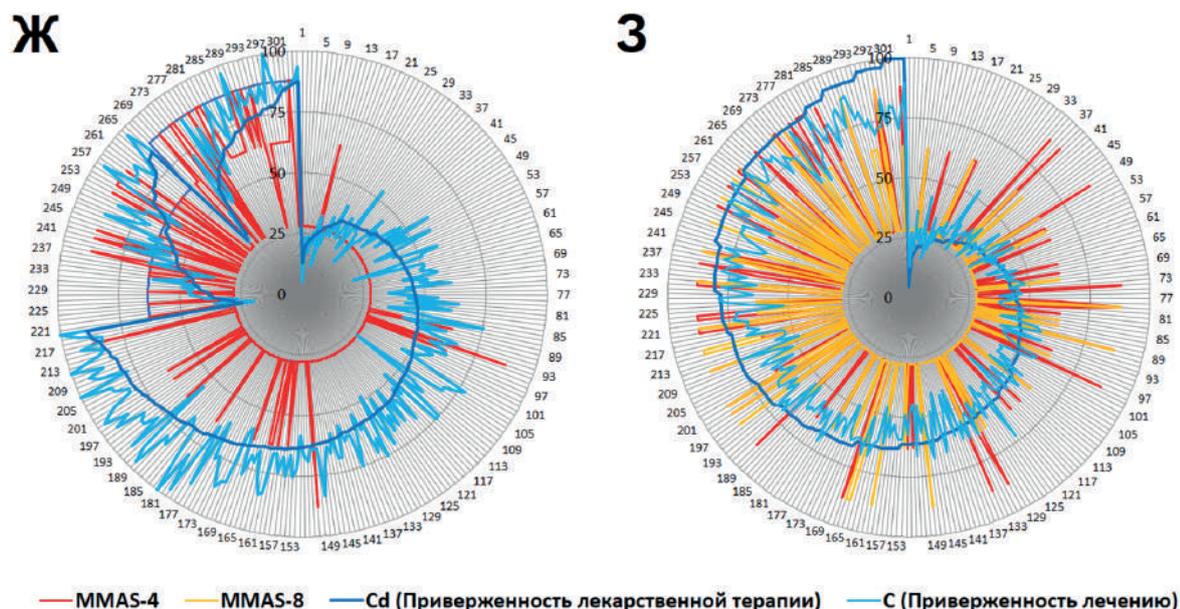


Рис. 11. Совмещение распределения лекарственной приверженности MMAS-4 с привязкой к распределению лекарственной и общей приверженности КОП-25 с градацией по уровням (Ж) и последовательное по возрастанию, совмещенное с MMAS-8, с привязкой к КОП-25 (З). Выборка 300 респондентов; одномоментное исследование приверженности опросниками КОП-25, MMAS-4 и MMAS-8, Н.А. Николаев с соавт., 2021–2023 гг.

Видно, что при высокой степени совпадения значений обеих шкал КОП-25, полностью отсутствует связь с ними результатов, полученных по MMAS-4 и MMAS-8 как при распределении по уровням приверженности (рис. 11, Ж), так и при последовательном распределении (рис. 11, З). Таким образом, при одновременном анкетировании у одних и тех же респондентов оцениваемые опросники дают совершенно разные результаты, а соответственно — и разный прогноз приверженности.

Полученные результаты показывают, что не только нецелесообразно, но и потенциально опасно использовать опросники короткой и средней шкалы в медицинской практике, особенно в случаях, когда на основе оценённой приверженности будут приниматься клинические решения, по меньшей мере до того, пока не будут получены убедительные свидетельства их прогностической ценности.

Но есть и еще одна сторона проблемы опросников короткой шкалы, которую тоже следует учитывать. Их потенциальная предсказательная способность касается только приверженности лекарственной терапии. Однако, помимо лекарственной приверженности, в курации больных, особенно хроническими заболеваниями, не менее, а иногда и более важно одномоментно оценивать и другие виды приверженности, прежде всего — модификации образа жизни и медицинскому сопровождению.

И это выводит на первый план оценку комплексной приверженности лечению. Система КОП-25 в настоящее время позволяет решить эту задачу. Наша главная цель — сделать комплексную оценку приверженности понятным для практического врача и исследователя рутинным инструментом клинической и научной практики.

Разумеется, система КОП-25 не идеальна. Автор прекрасно осознаёт это, и с радостью примет то время, когда и если будут разработаны новые, более точные или более технологичные инструменты оценки приверженности. Однако, в настоящее время КОП-25 лидирует в Российской Федерации по частоте использования в научных исследованиях.

Наиболее широко комплексная оценка приверженности представлена в кардиологии, прежде всего — при изучении артериальной гипертензии [31–50], ишемической болезни сердца и сердечной недостаточности [51–68], коморбидности и смежных вопросов кардиологии [69–100], ревматологической патологии [101–111], пульмонологии и фтизиатрии [112–125], медицинской психологии и психиатрии [126–138], неврологии [139–141], гематологии и онкогематологии [142–144], гериатрии [145–150], гастроэнтерологии и диетологии [151–165], урологии и нефрологии [166–170], эндокринологии [171–175], стоматологии [176–179], вакцинопрофилактике и антиинфекционной терапии [180–183], в решении более общих вопросов организации и информатизации здравоохранения [184–199]. В качестве инструментов опросники КОП-25 используются в клинических исследованиях [200–203], включены в утвержденные Экспертным советом Минздрава России клинические рекомендации и руководства [204–207].

Понятно, что на пути рутинизации оценки приверженности в медицинской практике есть очевидные препятствия, важнейшим из которых является необходимость смены традиционной профессиональной парадигмы в отношении лечения: от приоритизации значения стандарта — к приоритизации значения индивидуальных особенностей пациента, и прежде всего от приоритизации адаптации пациента к необходимой терапии, к приоритизации приспособления терапии к индивидуальным особенностям пациента.

Такой переход неминуемо повлечет за собой необходимость реформирования систем медицинской стандартизации (прежде всего — на уровне протоколов лечения и клинических рекомендаций) контроля качества медицинской помощи и многих других областей медицинской науки и практики. Но если в качестве приоритета ставить возможность улучшения показателей качественной жизни пациента, то силами профессионального медицинского сообщества, общества и государства такие препятствия могут быть успешно преодолены.

Завершая введение, еще два замечания о эксклюзивных свойствах системы КОП-25 — возможности оценки потенциальной приверженности и приверженности представителей пациентов.

ФАКТИЧЕСКАЯ И ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ

Традиционно принято оценивать фактическую приверженность лечению. Вместе с тем, оценка фактической приверженности возможна далеко не всегда. Например, у здоровых респондентов, у лиц с неустановленным диагнозом заболевания (либо с установленным, но не имеющим клинических проявлений) либо при отсутствии рекомендаций по лечению и режиму — использование традиционных анкет фактической приверженности как минимум, не корректно.

В тоже время, возникает множество ситуаций, когда у таких респондентов оценка приверженности желательна или необходима (например, для оценки рисков развития нежелательных эффектов при назначении препаратов с синдромами «рикошета» или «отмены», при включении в программы дорогостоящего или высокотехнологичного лечения, требующих особых режимов медицинского сопровождения и т. д.).

Это привело нас к необходимости разработки инструментов, для оценки не только фактической, но и потенциальной приверженности лечению. На сегодняшний день эта проблема в системе КОП-25 успешно решена — все опросники фактической приверженности лечению продублированы в варианте, пригодном для оценки потенциальной приверженности.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ПАЦИЕНТОВ

Есть и такие ситуации, когда ни фактическую ни потенциальную приверженность пациента оценить невозможно. В первую очередь это касается детей младших возрастов, или лиц с нарушенными когнитивными функциями. Особенностью таких пациентов является то, что процесс лечения контролируют и выполняют не они сами, а их законные представители — родители, опекуны, социальные работники, дети, иные лица. Это делает необходимым оценивать приверженность не пациентов, а их представителей. Специально для таких ситуаций была разработана отдельная шкала КОП-25 для оценки фактической и потенциальной приверженности таких лиц.

Определения, термины и понятия

БАЗОВЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Приверженность (авторское определение, 2024) — степень готовности к осознанным изменениям, поступкам либо действиям, ради достижения цели.

Приверженность здоровью (авторское определение, 2024) — способность управлять необходимыми изменениями в интересах собственного физического, душевного и социального благополучия.

Приверженность лечению (определение МКИП/ICAT, 2023) — характеристика прогнозируемой способности пациента, имеющего хотя бы одно установленное заболевание, к выполнению рекомендаций в отношении лекарственной терапии, медицинского сопровождения и модификации образа жизни на протяжении неопределенно долгого времени.

Потенциальная приверженность лечению (определение МКИП/ICAT, 2023) — характеристика прогнозируемой способности не имеющего установленных заболеваний или их клинических проявлений, либо не получающего какого-либо лечения респондента, к выполнению рекомендаций в отношении лекарственной терапии, медицинского сопровождения и модификации образа жизни на протяжении неопределенно долгого времени, в случае возникновения таких обстоятельств.

Количественная оценка приверженности (определение МКИП/ICAT, 2023) — способ выражения результата оценки приверженности в номинальной шкале с установленной точностью, в процентах от максимально возможного расчётного значения.

Комплексная оценка приверженности, КОП (определение МКИП/ICAT, 2023) — способ одномоментной оценки фактической или потенциальной приверженности лекарственной терапии, медицинскому сопровождению, модификации образа жизни и интегральной приверженности лечению.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ И ТЕХНИЧЕСКИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ТЕРМИНЫ И ПОНЯТИЯ

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.

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

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

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.

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

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 — показатель, отражающий прогнозируемую вероятность выполнения респондентом возможных рекомендаций в отношении лекарственной терапии.

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

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

Опросник приверженности — 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.

Потенциальная важность лекарственной терапии — 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 — 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 — показатель, отражающий уровень предполагаемой значимости обязательств в отношении рекомендованного изменения образа жизни в субъективной иерархии ценностей респондента.

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

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

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

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

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

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

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

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

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).

Глава 1.

Методология разработки системы опросников КОП-25

Анализ клинических исследований в области внутренних болезней показал, что характеристики лекарственных препаратов (свойства, связанные с принадлежностью к определённому классу; свойства, связанные с принадлежностью к определённому поколению внутри класса; эксклюзивные свойства) являются существенными для оценки конечного результата лечения больного [208-213].

При этом самостоятельное и важное знание имеют: позиция пациента, получающего фармакологическое лечение, а также его отношение к проводимой терапии, значимости получаемых позитивных и негативных эффектов, и к собственно результату лечения [212-214]. Социологические инструменты (опросники) для одномоментной комплексной оценки приверженности, включающие количественную оценку степени приверженности лекарственной терапии, медицинскому сопровождению и модификации образа жизни, в российской и мировой практике отсутствовали [212].

СОЗДАНИЕ ШКАЛЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ

Поэтому одной из главных целей научного поиска было определено создание опросника комплексной количественной оценки приверженности для медицинской практики. Для этого в 2003-2008 гг. нами было выполнено открытое кросс-секционное исследование по разработке исследовательского инструментария и серия проверочных модельных экспериментов, объединенные в циркулярную модель.

Учитывая, что исследование включало социологическую часть, в которой интервьюируемые отвечали на вопросы, составляющие личную и семейную тайну, необходимым требованием дизайна было сохранение высокого уровня этических норм. В основу организации исследования был положен Кодекс врачебной этики Российской Федерации³ и Правила клинической практики в Российской Федерации.

К участию в исследовании допускались лица, осознанно подписавшие Добровольное информированное согласие участника исследования. Анкетируемые после ознакомления и перед подписанием текста Добровольного информированного согласия дополнительно получали разъяснения, что все приобретённые исследователем сведения, включая идентифицирующую участника исследования информацию, при обработке результатов исследования будут обезличены. При составлении текста Добровольного информированного согласия использовали «Международные этические правила биомедицинских исследований с включением человека» и «Рекомендации для врачей по проведению биомедицинских исследований на людях Всемирной Медицинской Ассоциации» в соответствии с требованиями, установленными Конвенцией о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины. Схема и структура клинического исследования, исследования качества жизни связанного со здоровьем и пилотного социологического исследования были одобрены ЛЭК ГОУ ВПО ОмГМА Росздрава [Протокол № 6 от 10.04.2003 г.].

Поскольку организм человека в статистическом поле должен рассматриваться как сложная стохастическая система, находящаяся под постоянным воздействием контролируемых (в том числе измеряемых количественно) и неконтролируемых (случайных и неизвестных) факторов, а включенные в исследование респонденты представляли выборную совокупность генеральной совокупности, репрезентативность выборки обеспечивали случайностью отбора объектов однородной генеральной совокупности и достаточной численностью независимых наблюдений.

³ Кодекс врачебной этики Российской Федерации. Одобрен Всероссийским Пироговским съездом врачей 7 июня 1997 г.

Для проверки свойств распределения генеральной совокупности выдвигали статистические гипотезы. В качестве нулевой (H_0) выдвигали гипотезу о принадлежности показателей одной генеральной совокупности, в качестве альтернативной (H_1) — о принадлежности показателей различным генеральным совокупностям. Уровнем значимости α , определяющим размер критической области V_k , устанавливали вероятность α менее 0,05.

В статистических пакетах SPSS 13.0 и Stat Soft Statistica 6.0 for Windows оценивали p -значение (p -level), принимая $p = P[Z > |z_B| | H_0]$. При $p > \alpha$ гипотезу H_0 принимали на уровне значимости p . При $p < \alpha$ гипотезу H_0 отклоняли, поскольку z_B попадала в критическую область. За ошибку первого рода (отклонение правильной гипотезы H_0) принимали величину α , поскольку $P[Z \in V_k / H_0] = \alpha$. За ошибку второго рода (неверное принятие H_0 , когда верна альтернативная H_1) принимали β , вероятность которой рассчитывали: $\beta = P[Z \in V / V_k / H_1]$. Мощность критерия $\mu(V_k, \Theta)$, расцениваемую как вероятность отклонения H_0 при конкретном Θ принимали равной α , так как $\mu(V_k, \Theta) = P[Z \in V_k / H_0] = \alpha$.

Минимальный объем выборки (с учетом принятых в исследовании пределов ошибок $\alpha = 0,05$ и $\beta \leq 0,1$) определяли решением системы уравнений: $\{P[Z \in V_k / H_0] = 0,05; P[Z \in V / V_k / H_1] \leq 0,1$. Требуемое число наблюдений для получения значимых различий в независимых выборках определяли как

$$n_1, n_2 \geq \frac{t_{05}^2 (Sx_1^2 + Sx_2^2)}{(x_1 - x_2)^2}.$$

Требуемое число наблюдений для получения значимых различий показателей в связанных выборках устанавливали по формуле:

$$n \geq \frac{t_{05}^2 S_{\Delta x}^2}{(\Delta x)^2}.$$

Гипотезы о виде распределения проверяли, используя критерии *Shapiro-Wilkin* и χ^2 *Kolmogorov-Smirnov*. χ^2 По формуле

$$\chi^2 = \sum \frac{(n_k - np_k)^2}{np_k}.$$

для принятого уровня значимости α гипотеза H_0 признавалась согласующейся с результатами наблюдений при

$$\chi^2 < \chi_{1-\alpha}^2 (r-l-1),$$

где $\chi_{1-\alpha}^2 (r-l-1)$ — квантиль порядка $1 - \alpha$ распределения χ^2 с $(r-l-1)$ степенями свободы; l — число неизвестных параметров распределения, оцениваемых по выборке. Гипотезу H_0 отклоняли при $\chi^2 \geq \chi_{1-0,05}^2 (r-l-1)$. Если распределение сравниваемых признаков удовлетворяло требованиям проведения параметрического исследования, применяли t -критерий *Student*. Расчет t -критерия в связанных выборках выполняли как $t = |\Delta x| / S_{\Delta x} / \sqrt{n}$. В независимых выборках для расчетов t -критерия использовали формулу:

$$t = |x_1 - x_2| / \sqrt{\{S_1^2 (n_1 - 1) + (S_2^2 (n_2 - 1))\} (n_1 + n_2) / (n_1 + n_2 - n_1) n_2}.$$

В случаях, когда распределение сравниваемых признаков не удовлетворяло требованиям параметрического исследования, а также при небольших объемах выборок ($n < 30$) и/или когда поставленные задачи не могли быть решены параметрическими методами, применяли непараметрические методы.

Для проверки гипотезы H_0 о принадлежности двух независимых выборок (объемов n_1 и n_2) однородным генеральным совокупностям использовали критерий серий *Wald-Wolfowitz* (*Wald-Wolfowitz runs test*). Учитывая большие объемы выборок ($n > 20$), вычисления выполняли, используя статистику Z . Статистику Z критерия *Wald-Wolfowitz* рассчитывали по формуле:

$$Z = \left[N - \left(\frac{2n_1 n_2}{n_1 + n_2} \right) \left(\frac{1}{2} \right) \right] / \sqrt{\left[\frac{2n_1 n_2 (2n_1 n_2 - n_1 - n_2)}{(n_1 + n_2)^2 (n_1 + n_2 - 1)} \right]}.$$

Гипотезу H_0 принимали на уровне значимости α , если выборочное значение z_B статистики Z , удовлетворяло неравенству $|z_B| \leq u_{1-\alpha/2}$, где $u_{1-\alpha/2}$ — квантиль нормального распределения ($N(0, 1)$) с одной степенью свободы порядка $1 - \alpha/2$; гипотезу H_0 отклоняли, если $|z_B| > u_{1-\alpha/2}$.

Для проверки гипотезы H_0 о некоррелированности двух признаков (X, Y) измеренных в порядковых или количественных шкалах из пар наблюдений $(x_l, y_l, l = 1, 2, \dots, n)$ в качестве мер статистической зависимости употребляли ранговые коэффициенты корреляции *Spearman* (ρ_s) и *Kendall* (τ). Выборочный коэффициент ранговой корреляции *Spearman* вычисляли по формуле:

$$r_s = 1 - \left[\frac{6 \sum (x'_i - y'_i)^2}{n(n^2 - 1)} \right],$$

где x'_i, y'_i — ранги переменных; n — число наблюдений. Коэффициент ранговой корреляции *Spearman* определяли, как модуль выборочного коэффициента: $\rho_s = |r_s|$. Гипотезу H_0 принимали на уровне значимости α , если $r_s > 0$ и $\rho_s < \rho(\alpha, n)$, при альтернативной гипотезе H_1 , что $\rho_s > 0$. Коэффициент ранговой корреляции *Kendall* вычисляли по формуле: $\tau = 1 - [4k] / [n(n - 1)]$, где k — число инверсий в ряду рангов второй переменной (y'_i) при условии, что ранги первой переменной (x'_i) упорядочены; n — число наблюдений. При $n > 10$ для вычисления коэффициента ранговой корреляции *Kendall* использовали Z статистику:

$$Z = \left(\sqrt{[9n(n-1)] / [2(2n+5)]} \right) \tau.$$

Для проверки гипотезы H_0 о некоррелированности более чем двух признаков использовали методы множественной логистической регрессии.

Во всех случаях при сравнении выборок предпочтение отдавали наиболее чувствительному из использованных критериев. Средние выборочные значения количественных признаков приведены в тексте в виде $M \pm SE$, где M — среднее выборочное, SE — стандартная ошибка среднего. Анализируемый материал представлен как медиана, верхний и нижний квартили ($Q_1 - Me - Q_2$). При ненормальном распределении значений указывалась медиана ($V_{0,5}$), 25-перцентиль ($V_{0,25}$) и 75-перцентиль ($V_{0,75}$).

Статистическую обработку материала, построение графиков и таблиц выполняли на персональном компьютере с процессором AMD Sempron 3000 box S754 с использованием программных пакетов статистической обработки данных SPSS 13.0 и Stat Soft Statistica 6.0 и редактора электронных таблиц MS Excel в Windows XP.

Для уточнения вопросов: правильно ли понимают вопросы респонденты, на сколько адекватно и однозначно интерпретируют их значение; присутствуют ли в опроснике вопросы, ответы респондентов на которые не подлежат анализу; не слишком ли длинна или утомительна процедура заполнения опросника; сколько времени занимает его заполнение; требуется ли в процессе заполнения опросника активное участие интервьюера было выполнено пилотное исследование. Его процедура включала тестирование словесных формулировок и форм вопросов, использование предназначенного для самостоятельного заполнения опросника в личном интервью для выявления персональных трудностей его заполнения, употребление открытых вопросов с целью выявления типичных ответов.

В модели пациента основным заболеванием была определена гипертоническая болезнь (ГБ; артериальная гипертензия, I11 по МКБ-10). Выбор нозологии объяснялся наибольшей распространенностью в популяции взрослого населения среди значимых для здоровья сердечно-сосудистых заболеваний, сочетающейся с необходимостью постоянной фармакотерапией большинства респондентов.

Для выявления факторов, способных повлиять на качество антигипертензивной терапии больных ГБ на базе стационара дневного пребывания МУЗ «Городской клинический кардиологический диспансер» (г. Омск, Россия) обследовано 150 респондентов страдающих ГБ.

В исследование включали лиц, подписавших добровольное информированное согласие и соответствующих следующим критериям: мужчины и женщины в возрасте от 46 до 75 лет, больные ГБ; стаж зарегистрированного заболевания не менее 3 лет; документированный факт применения в этот период времени лекарственных средств, используемых для постоянной антигипертензивной терапии; свободное владение устным и письменным русским языком.

Лимитирующими факторами являлись: отсутствие понимания респондентом целей исследования; вторичная артериальная гипертензия⁴; инфаркт миокарда, возникший менее чем за 6 месяцев до начала исследования; острое нарушение мозгового кровообращения, возникшее менее чем за

⁴ Исключение диагноза вторичной АГ осуществляли на основании результатов комплексного исследования, включавшего клиническое исследование крови и мочи, исследование уровня глюкозы цельной капиллярной крови, биохимическое исследование крови, электрокардиографию, эхокардиографию, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ультразвуковое исследование сонных и бедренных артерий [по показаниям], рентгенографическое исследование черепа [по показаниям], ангиографическое исследование почек [по показаниям], магниторезонансная томография головного мозга [по показаниям].

6 месяцев до начала исследования; нестабильная стенокардия; прием запрещенных в ходе исследования препаратов⁵; лекарственная и/или наркотическая и/или токсическая (в т.ч. алкогольная) зависимость, установленная на основании анамнестических данных либо выявленная на любом этапе исследования; отказ подписать информированное согласие.

Критериями прекращения исследования были определены: решение лечащего врача, если продолжение лечения с использованием исследуемого препарата/препаратов оказалось нежелательным для данного пациента; отказ от продолжения участия в исследовании.

В качестве основного критерия эффективности исследования был установлен суммарный социологический результат мониторинга вопросов, включённых в систему опросников, определяющих эффективность лечения на основании оценки качества жизни, связанного со здоровьем (валидизированный в РФ стандартизированный опросник Ferrans and Powers Quality of Life Index Cardiac Version IV: FPQLIC-IV) и выявляющих факторы, способные повлиять на приверженность лечению (пилотная модель авторского опросника). Первичную и интегральную конечную точки исследования оценивали по ISOQOL. Дополнительно учитывали: сохранение или улучшение интегрального показателя качества жизни качества жизни, связанного со здоровьем (КЖСЗ) по Ferrans and Powers; сохранение или улучшение отдельных характеристик КЖСЗ по Ferrans and Powers.

Для оптимизации работы с больными ГБ старших возрастов, нами был разработан оригинальный дизайн опросника QLIC-IV в виде анкеты с 35 парами вопросов (всего 70 вопросов), с шестью вариантами ответов на каждый вопрос. Для удобства работы, варианты ответов приведены на каждой странице опросника. Перед началом работы с опросником каждому участнику исследования индивидуально в доступной для него форме разъясняли методику заполнения опросника. Исследуемый отвечал на вопросы анкеты самостоятельно, письменно выделяя в согласованной с исследователем форме удовлетворяющий его вариант ответа на каждый вопрос. Заполненные опросники обрабатывали с помощью автоматизированной программы анализа данных.

В исследование методом случайной выборки было включено 150 больных (стратификация по полу: 60 мужчин и 90 женщин) в возрасте от 46 до 74 лет (средний возраст 56,7 лет), страдающих гипертонической болезнью со степенью АГ II–III, на момент включения в исследование имевших САД 160 и более мм рт. ст. и ДАД 100 и более мм рт. ст. При включении в исследование его участников дополнительно стратифицировали в равноценные группы сравнения. Группы сопоставимы ($p > 0,05$). Общая характеристика исследуемых групп приведена в табл. 1.

Таблица 1

Общая характеристика исследуемых групп

Показатель	Группа 1 ($n = 75$; $M \pm SE^6$)	Группа 2 ($n = 75$; $M \pm SE$)
Мужчины, %	40	40
Женщины, %	60	60
Средний возраст, лет	56,7 ± 9,4	56,7 ± 9,3
Систолическое артериальное давление, мм рт. ст.	169,42 ± 17,6	169,28 ± 18,9
Диастолическое артериальное давление, мм рт. ст.	96,74 ± 6,8	96,77 ± 7,1
Пульсовое артериальное давление, мм рт. ст.	72,68 ± 4,5	72,51 ± 4,4
Среднее гемодинамическое давление, мм рт. ст.	120,93 ± 9,3	120,87 ± 9,5

Статистически значимые различия между группами отсутствуют; по Wald-Wolfowitz во всех случаях $p > 0,05$

⁵ Самостоятельный прием участником исследования с целью снижения артериального давления любых лекарственных средств, за исключением назначенных исследователем в период исследования.

⁶ Здесь и далее средние выборочные значения количественных признаков приведены в виде $M \pm SE$, где M — среднее выборочное, SE — стандартная ошибка среднего.

Возрастное распределение участников отражено в табл. 2.

Таблица 2

Распределение участников исследования по возрастным группам

Показатель	Возраст обследованных, лет (n = 150)			
	45–49	50–59	60–69	70–75
Больные ГБ, чел.	14	53	66	17
Больные ГБ, %	9,4	35,3	43,9	11,3

В соответствии с рекомендациями WHO/ISH (1999) и ESH/ESC (2003), у обследуемых выявляли традиционные факторы риска. Отягощенная наследственность по ГБ включала в себя стойкое повышение АД в возрасте до 55 лет (исключая симптоматические артериальные гипертензии), случаи нарушения мозгового кровообращения (включая транзиторные ишемические атаки), перенесённые инфаркты миокарда, случаи внезапной смерти (в возрасте до 55 лет у мужчин и 65 лет у женщин) у родственников пациентов первой и второй линий родства (табл. 3).

Таблица 3

Основные факторы риска

Показатель	Опытная группа 1 (n = 75)		Опытная группа 2 (n = 75)	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Отягощенный по ГБ семейный анамнез	26	32	24	34
Курение	17	2	16	2
Злоупотребление алкоголем	6	0	5	0
Избыточное употребление поваренной соли	18	24	18	27
Малоподвижный образ жизни	30	41	29	41

Респонденты предъявляли жалобы на ухудшение самочувствия, связываемое ими с проявлениями ГБ. Наиболее часто предъявлялись жалобы на головную боль различной локализации, продолжительности и интенсивности (93,3%), слабость и высокую утомляемость (83,3%), головокружение (71,3%), нарушение сна (68,7%), чувство шума/звона в ушах (64,6%), мелькание «мушек» перед глазами (37,3%), эпизоды тошноты и/или рвоты (18,7%), боль в области сердца (12%) возникающие в период повышения или на высоте АД. Боль в области сердца участниками исследования описывалась как «колющая» или «ноющая», продолжительностью от нескольких секунд до нескольких часов, преимущественно низкой (70,6%) и умеренной (23,1%) интенсивности, часто возникающая на фоне или сопровождающаяся эмоциональным напряжением. Женщины отмечали клинические проявления, ассоциируемые с ГБ чаще, чем мужчины (унифицированный показатель 4,74 у женщин, против 4,12 у мужчин; статистически значимое различие по Wald-Wolfowitz, $p < 0,05$).

Результаты лабораторного (клинического и биохимического) исследования свидетельствовали о наличии умеренного нарушения липидного обмена (гиперхолестеринемия, гипер-β-липопротеидемия) как у мужчин, так и у женщин. К верхней границе половых норм приближались показатели скорости оседания эритроцитов (СОЭ) у женщин и мужчин. Прочие показатели, полученные при лабораторном исследовании крови, находились в пределах возрастных и половых норм. По результатам клинического исследования мочи существенных отклонений от нормальных значений не зарегистрировано. Характеристика основных показателей лабораторного исследования отражена в табл. 4.

По данным электрокардиографического исследования, у всех участников исследования отмечались патологические изменения в миокарде: нарушение метаболических процессов (98,7%), гипертрофия миокарда левых отделов сердца (82,0%), нарушение проводимости по ножкам пучка Гиса (28,0%). При этом нарушение биоэнергетических процессов в миокарде и гипертрофия левых отделов сердца у мужчин и женщин встречались с практически равной частотой (табл. 5):

Таблица 4

Основные показатели клинического и биохимического исследования крови

Показатель	Мужчины	Женщины
	(n = 60; M ± SE)	(n = 90; M ± SE)
Гемоглобин периферической крови, г/л	142,32 ± 4,71*	127,43 ± 4,20
Скорость оседания эритроцитов, мм/ч	7,92 ± 1,13*	11,06 ± 1,22
Глюкоза капиллярной крови, ммоль/л	5,21 ± 0,40	4,54 ± 0,41
Протромбиновый индекс, %	95,66 ± 4,62	97,71 ± 4,47
Билирубин крови общий, мкмоль/л	14,92 ± 1,61*	12,61 ± 1,38
Белок крови общий, г/л	70,81 ± 1,12	71,23 ± 1,11
Холестерин общий, ммоль/л	5,92 ± 0,62	6,51 ± 0,63
β-липопротеиды, оптич. ед.	52,47 ± 4,93	55,04 ± 4,91
Триглицериды, ммоль/л	1,52 ± 0,31	1,44 ± 0,24
Креатинин крови, мкмоль/л	75,41 ± 3,94	72,29 ± 3,43
Мочевина крови, ммоль/л	5,22 ± 0,71	5,73 ± 0,44
Калий плазмы крови, ммоль/л	4,02 ± 0,11	4,24 ± 0,11
Магний плазмы крови, ммоль/л	1,33 ± 0,21	1,34 ± 0,23

Статистически значимые различия между группами: * — по Wald-Wolfowitz $p < 0,05$

Таблица 5

Характеристика выявленных по ЭКГ основных патологических изменений

Показатель	Мужчины		Женщины	
	(n = 60)		(n = 90)	
	человек	%	человек	%
Нарушение биоэнергетических процессов в миокарде	60	100,0	88	97,8
ЭКГ-признаки гипертрофии миокарда левого предсердия и/или левого желудочка	49	81,7	74	82,2
Нарушение проводимости (неполная и полная блокада) ножек пучка Гиса	19	31,7	23	25,6

В пилотном исследовании у его участников оценивали вопросы, связанные с качеством жизни и приверженностью медицинским рекомендациям. ВОЗ определяет качество жизни как «восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами». Исследование качества жизни в соответствии с требованиями научного управления клинической практикой является обязательным этапом любого клинического исследования, основанного на принципах доказательной медицины. Динамическая оценка качества жизни особенно значима при лечении больных с хроническими заболеваниями, когда разывшееся страдание сопровождает человека на протяжении всей оставшейся жизни, оказывая существенное влияние на общую удовлетворенность существованием или его отдельными проявлениями. В связи с этим изучение качества жизни, связанного со здоровьем, заняло особое место в клинических исследованиях.

В качестве инструмента исследования качества жизни был использован специализированный опросник Ferrans & Power QLIC-IV. Этот выбор был обусловлен тем, что он достаточно просто и технологично позволяет оценивать, как суммарный Индекс качества жизни (Total index of quality of life — QLI), так и его важнейшие составляющие: индекс здоровья (Index of health — HI), индекс социального статуса (Index of the social status — ISS), индекс психологического статуса (Index of the psychological status — IPS) и индекс семейной удовлетворенности (Index of satisfaction family — ISF). Помимо удобства практического использования, для этого опросника характерны хорошая валидность и технологическая мощность, позволяющая оперировать динамическими показателями в короткие (от 1 месяца) промежутки времени. Немаловажным фактором являлось и то, что вопросы опросника в наибольшей степени соответствовали решению стратегических задач исследования — выявлению факторов, потенциально способных влиять на эффективность лечения.

В результате исследования было установлено, что для участников исследования нет факторов качества жизни, которые могут быть характеризованы как «совершенно не важные» (минимальный уровень значимости) и «почти не важные» (очень низкий уровень значимости): все факторы оценивались респондентами от «скорее неважные, чем важные» (несущественный уровень значимости) и выше [212].

К группе факторов с несущественным уровнем значимости отношение респондентов было различным в зависимости от пола различно. Для трудоспособных женщин скорее неважными, чем важными оказались состояние их сексуальной жизни, возможность получения эмоциональной поддержки вне семьи, а также наличие или отсутствие образования. Для мужчин не имело существенного значения количество неприятностей, происходящих в жизни, и наличие или отсутствие веры в Бога.

К факторам, значимость которых оценивалась респондентами как «скорее важная, чем не важная» (существенный уровень значимости) женщины относили наличие возможности для отдыха, собственные успехи в достижении целей, свой внешний вид, степень удовлетворения собой, свою веру в Бога, а также те изменения в жизни, на которые им пришлось пойти из-за болезни. Интересно, что мужчины все эти факторы (за исключением веры в Бога) характеризовали как «достаточно важные», а существенно значимыми считают наличие сил для повседневной активности, возможность жить столько, сколько захочется и возможность самостоятельно справляться с финансовыми проблемами. И мужчины, и женщины к этой же группе факторов относят степень важности своих взаимоотношений с соседями.

Как «достаточно важные» (высокий уровень значимости) женщины оценивали влияние неприятностей, медицинского обслуживания, возможности прожить сколько хочется, эмоциональной поддержки, получаемой в семье, счастливого будущего, сохранения душевного равновесия и общего благополучия. Мнение мужчин в этом случае частично совпадало с мнением женщин, но они дополнительно относили к ним свои отношения с друзьями, наличие возможности помогать другим, а также самореализация в достижении поставленных целей.

Факторы, характеризующиеся как «исключительно важные» (очень высокий уровень значимости) оказались также различны для мужчин и женщин. Женщины считали исключительно важными факторами благополучие своих детей и благополучие семьи. Для мужчин были исключительно важны возможность обслуживания себя без посторонней помощи, получение эмоциональной поддержки в семье, а также наличие сексуальной жизни. Единственный фактор, относимый к «исключительно важным» и мужчинами, и женщинами — здоровье других членов семьи.

Эти субъективные характеристики существенно повлияли на величину индексов здоровья, семейного, социального и психологического статусов, что отражено в табл. 6, однако значимо не отразились на суммарных индексных показателях у мужчин и женщин.

Таблица 6

Зависимость QLI и его отдельных составляющих от пола респондентов

Параметры	Мужчины (n = 60; M ± SE)	Женщины (n = 90; M ± SE)
Индекс здоровья (HI)	36 ± 7,9	35 ± 7,4
Индекс социального статуса (ISS)	17 ± 6,4	19 ± 5,9
Индекс психологического статуса (IPS)	21 ± 7,2	20 ± 7,3
Индекс удовлетворенности семьей (ISF)	18 ± 5,8	22 ± 5,2
Суммарный индекс качества жизни (QLI)	92 ± 30,3	96 ± 28,8

Статистически значимые различия между группами отсутствуют;
по Wald-Wolfowitz во всех случаях $p > 0,05$

Для участников настоящего исследования оказались характерны в целом низкие показатели личностного, семейного и социального самоощущения. Даже рассматривая как среднестатистический уровень удовлетворенности популяции своим существованием в объеме 210 баллов (50 % от потенциально идеального ответа интервьюеров — 420 баллов, когда все вопросы одинаково высоко важны, при этом всеми вопросами все абсолютно удовлетворены), у участников исследования этот показатель составлял менее 44 % у мужчин и чуть более 45 % у женщин. При этом из всех исследуемых параметров качества жизни наиболее значимым для респондентов являлся индекс здоровья, и именно его изменения потенциально способны определять величину суммарного индекса качества жизни, тогда как показатели личностного и семейного комфорта являлись менее значимыми, а индекс социального самоощущения практически не зависел от результата терапии.

Кроме опросника QLIC-IV, в пилотном исследовании был использован разработанный автором опросник, посвящённый выявлению дополнительных факторов, влияющих на качество лечения больных ГБ. При составлении опросника использованы рекомендации В.И. Добренькова и А.И. Кравченко, (2004).

Опросник включал 32 вопроса, на каждый из которых имелось 6 вариантов ответов, градуированных по степени важности (совершенно не важно; почти не важно; скорее неважно, чем важно; скорее важно, чем неважно; достаточно важно; очень важно). Перед началом работы каждому участнику исследования индивидуально в доступной для него форме разъясняли методику заполнения опросника. Исследуемый отвечал на вопросы анкеты самостоятельно, письменно выделяя в согласованной с исследователем форме удовлетворяющий его вариант ответа на каждый вопрос.

Ответы респондентов распределяли по 4 группам: проблемы взаимоотношений с лечащим врачом; проблемы, связанные с наличием основного заболевания; проблемы, связанные с проводимой лекарственной терапией (включая особенности приёма препаратов и затрат на лечение); проблемы, связанные с диспансерным обслуживанием (включая плановые и внеочередные госпитализации).

В результате пилотного исследования из 32 вопросов было выделено 10, продемонстрировавших информационную ценность (значимость вопросов расценена респондентами как «достаточно важная» или «очень важная»). Эти вопросы освещали следующие проблемы: значение ощущений, связываемых с приёмом лекарственных средств; значение необходимости изменения из-за болезни привычного образа жизни; значение необходимости изменения из-за болезни привычной диеты; значение клинических ; значение необходимости регулярного измерения артериального давления; значение необходимости неоднократного приёма препаратов в течение дня; значение необходимости ежедневного приёма препаратов; значение необходимости одновременного приёма нескольких препаратов; значение осведомлённости о своих лабораторных показателях; значение необходимости регулярного посещения лечащего врача.

Компильтивный анализ ответов респондентов на вопросы авторского опросника и опросника QLIC-IV позволил сформировать итоговый блок из 15 вопросов, которые были включены в протокол опросника для открытого точечного кросс-секционного эмпирического социологического исследования. Характеристика значимости вопросов приведена на рис. 12.

При анализе ответов оказалось, что ряд вопросов (ощущения, связываемые с приёмом лекарственных средств; ощущения, связываемые с наличием гипертонической болезни; необходимость принимать антигипертензивные препараты каждый день) был одинаково и высоко значимым как для мужчин, так и для женщин.

Для женщин такой же уровень значимости имели величина артериального давления и необходимость его регулярного измерения, необходимость принимать препараты несколько раз в течение дня и необходимость одновременного приёма нескольких лекарственных препаратов, изменение из-за болезни привычной диеты, и знание о значении своих лабораторных показателей. Для мужчин были наиболее важны изменение привычного образа жизни, необходимость регулярного посещения лечащего врача и общие изменения в жизни, на которые пришлось пойти из-за болезни. Три фактора мужчины отметили как исключительно важные — необходимость приёма препаратов несколько раз в течение дня или нескольких препаратов одновременно, а также качество своей сексуальной жизни. Выделение этих позиций как приоритетных на самом деле очень важно, так как они демонстрируют, что из качественных факторов, как для женщин, так и для мужчин критическими являются комплаентные характеристики лечения («дружелюбие» эффектов антигипертензивных средств, минимальность изменений привычных обычаев и устоев, спокойствие за сохранность своего соматического состояния).

Для уточнения влияния субъективных факторов на качество терапии на базе в МУЗ «Городской клинический кардиологический диспансер» (г. Омск, Россия) было выполнено открытое точечное кросс-секционное эмпирическое социологическое исследование. В исследование включали респондентов, подписавших добровольное информированное согласие и соответствующих следующим критериям:

гендерный — мужчины (до общего количества 240 человек) и женщины (до общего количества 360 человек)⁷;

возрастной — лица в возрасте от исполнившихся 45 лет, до исполнившихся 74 лет включительно⁸;

⁷ Соотношение участников исследования в зависимости от пола выбрано пропорционально распределению мужчин и женщин в исследуемой возрастной выборке в пределах популяции.

⁸ На основании Возрастной периодизации онтогенеза человека.

нозологический — больные ГБ со степенью АГ по данным анамнеза, подтвержденным документально не ниже II (в соответствии с критериями ESH/ESC 2007) [18], со стажем зарегистрированной ГБ, продолжительностью не менее 3 лет;

фармакологический — документированный факт применения в этот период любых антигипертензивных средств, используемых для постоянной антигипертензивной терапии на протяжении не менее чем 1 календарного года;

социальный — получение заработной платы в качестве основного источника дохода или получение трудовой и/или социальной пенсии;

лингвистический — свободное владение устным и письменным русским языком.

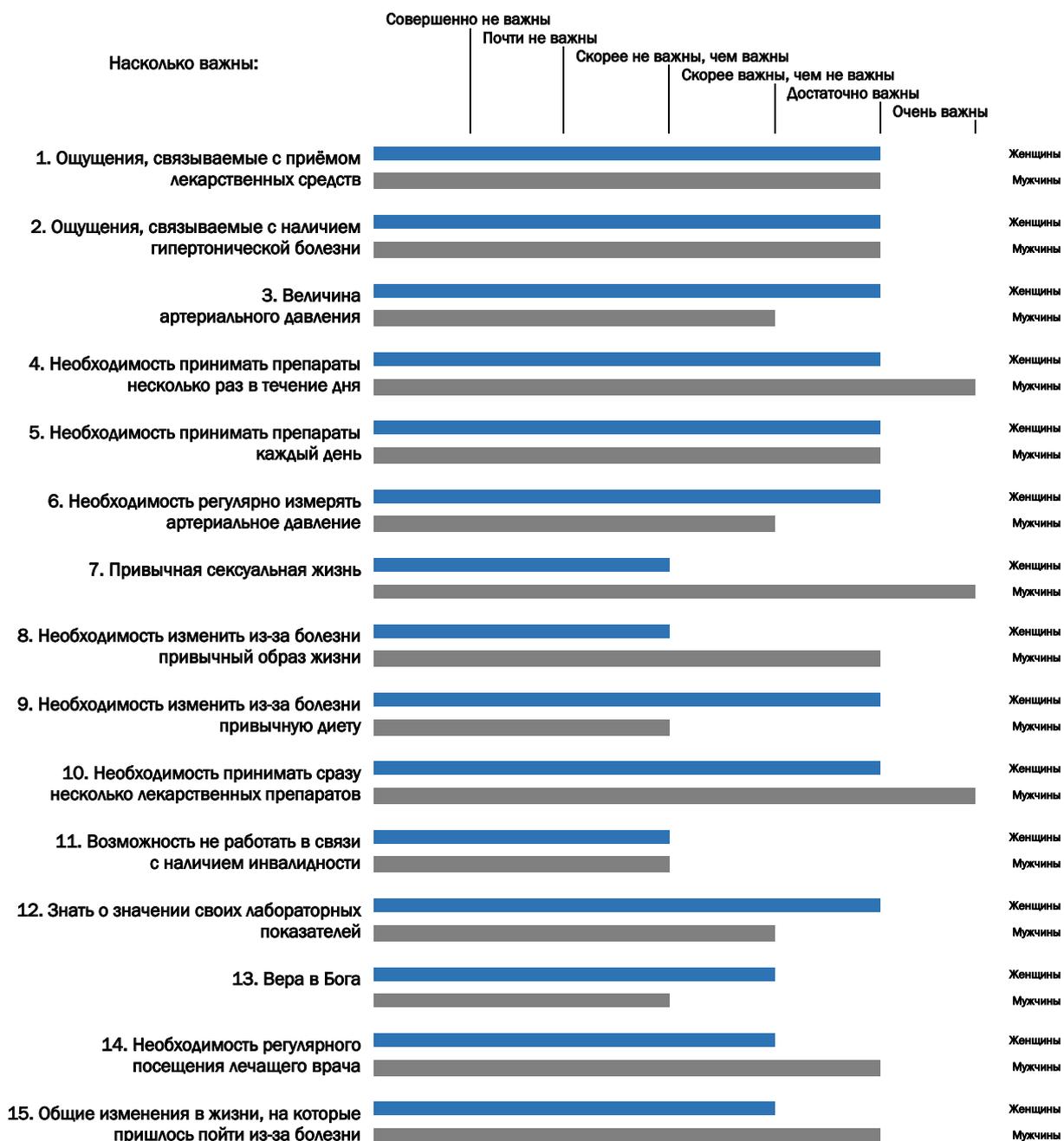


Рис. 12. Значимость отдельных факторов лечения и модификации образа жизни, связанных с ГБ (пояснения в тексте)

Лимитирующими факторами являлись: отсутствие понимания респондентом целей исследования; лекарственная и/или наркотическая и/или токсическая (в т. ч. алкогольная) зависимость, установленная на основании анамнестических данных либо выявленная на любом этапе исследования; острый

инфаркт миокарда, возникший менее чем за 6 месяцев до начала исследования; острое нарушение мозгового кровообращения, возникшее менее чем за 6 месяцев до начала исследования; нестабильная стенокардия; вторичная артериальная гипертензия; прием запрещенных в ходе исследования препаратов⁹; отказ подписать информированное согласие.

Критериями прекращения исследования были определены: решение лечащего врача, если продолжение лечения с использованием исследуемых препаратов оказалось нежелательным для данного респондента; отказ больного от продолжения участия в исследовании.

Репрезентативный объем выборки определяли по G. Gallup (1978). Минимальное расчётное количество участников исследования (зависимость от объема генеральной совокупности, при точности исследования 5 %, величине риска 0,95) установлено в объеме 398 человек. С учётом потенциально высокого коэффициента вариации и социо-коммуникативных особенностей аудитории объем выборочной совокупности увеличен на 50 %, до 600 респондентов.

На контрольную дату исследования было получено 588 заполненных анкет. Из них по техническим причинам (наличие пропущенных ответов на вопросы; наличие более чем одной отметки в графах ответов, при этом невозможно установить, какой из ответов утверждён интервьюируемым как окончательный) выбраковано 93. Анкет, утверждённых исследователем как пригодных для анализа — 495, в том числе: заполненных женщинами: 297, заполненных мужчинами — 198.

Оценивая важность изменения привычного образа жизни (рис. 13), мужчины оказались более консервативными в своих установках в отношении базовых соматических потребностей (жизнь в целом, жизнь, как система привычных стереотипов, сексуальная составляющая жизни), при этом продемонстрировали существенно меньшую, чем женщины, значимость нематериальных факторов (вопросы веры). В результате, при расчёте индекса важности модификации образа жизни (IUWL) различия между мужской и женской выборками достигли уровня статистической значимости (Wald-Wolfowitz; $p = 0,039$).

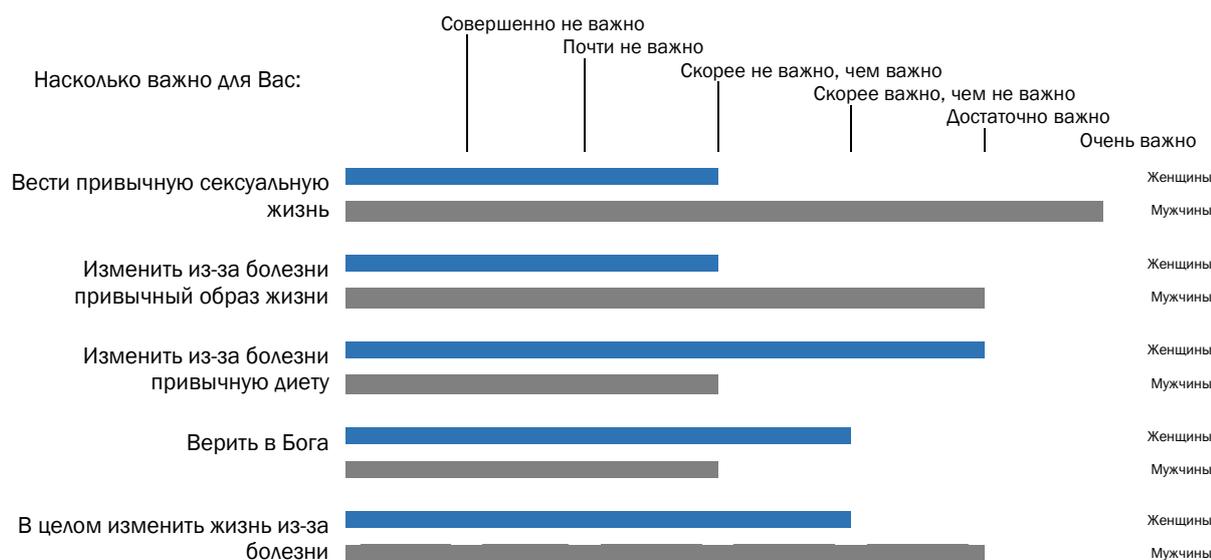


Рис. 13. Оценка респондентами важности модификации образа жизни

Иная картина сложилась при оценке респондентами важности терапии (рис. 14). В этой группе факторов при сходных величинах продемонстрирована очень высокая плотность значений, как у мужчин, так и у женщин, что косвенно демонстрирует высокую информированность исследуемой выборки о необходимости антигипертензивной фармакотерапии.

Оценивая важность медицинского сопровождения (рис. 15), респонденты вновь демонстрировали различие взглядов. Динамический контроль над своим состоянием женщинами представлялся важным фактором привычного существования, в то время как мужчины предавали медицинскому наблюдению меньшее значение. Однако различия между выборками не достигли уровня статистической значимости.

⁹ Самостоятельный прием участником исследования с целью снижения артериального давления любых лекарственных средств, за исключением назначенных исследователем в период исследования.

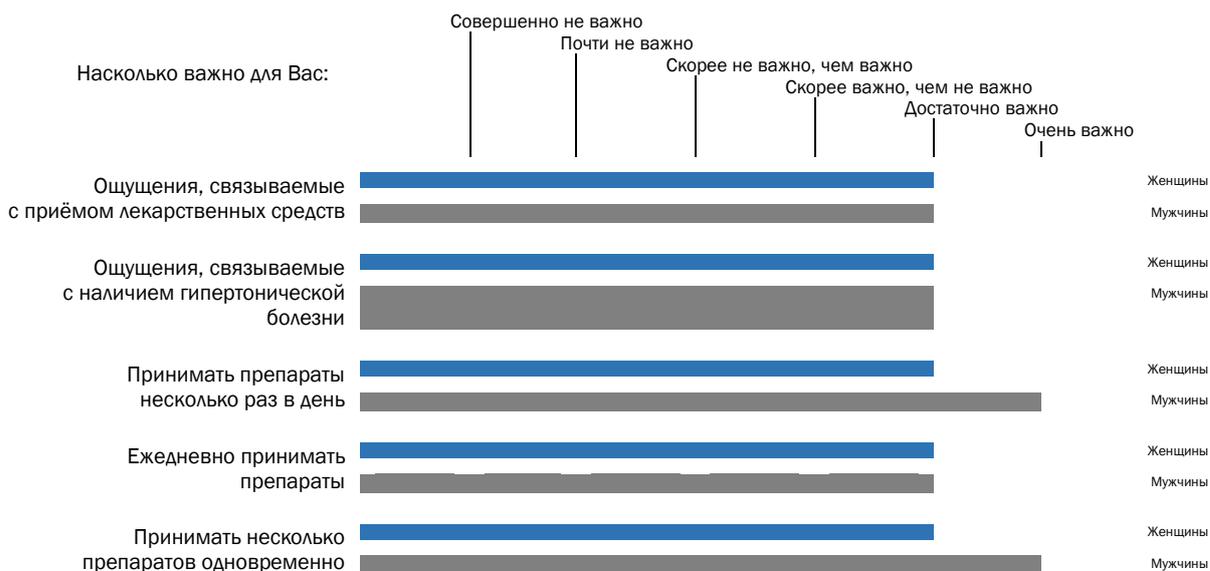


Рис. 14. Оценка важности лекарственной терапии

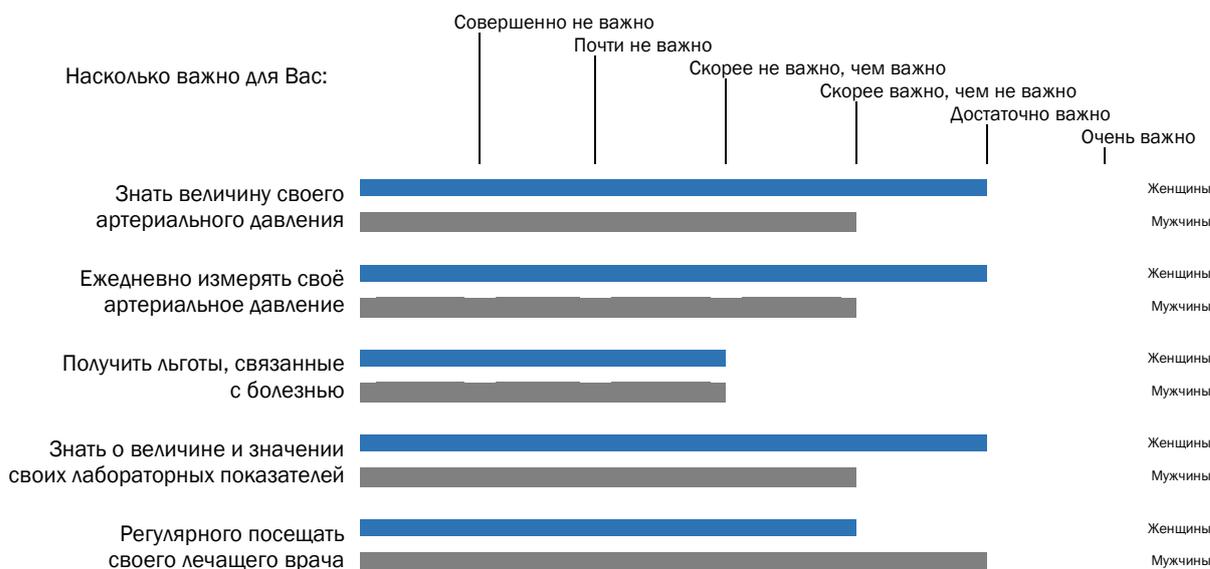


Рис. 15. Оценка важности медицинского сопровождения

Существенно большие различия позиций у мужчин и женщин выявлены при оценке их готовности к выполнению врачебных рекомендаций (рис. 16).

Женщины показали в целом достаточно высокую готовность к модификации образа жизни в соответствии с врачебными рекомендациями. Мужчины, напротив, демонстрировали нейтральное или осторожно-негативное отношение к выполнению врачебных назначений, особенно в отношении вмешательств, требующих высокой частоты и регулярности событий (измерение артериального давления, посещение врача).

При оценке респондентами готовности к проведению лекарственной терапии эта тенденция сохранялась (рис. 17). Женщины в целом позитивно воспринимали возможные технологии лечения (регулярность приёма препаратов, возможную необходимость приёма нескольких препаратов, возможную необходимость приёма препаратов несколько раз в день), тогда как мужчины лояльно относились лишь к необходимости регулярного однократного приема одного препарата. Наибольшее неприятие у мужчин вызывал информация о возможных неблагоприятных эффектах лекарственной терапии, особенно при наличии риска ухудшения сексуальной функции.

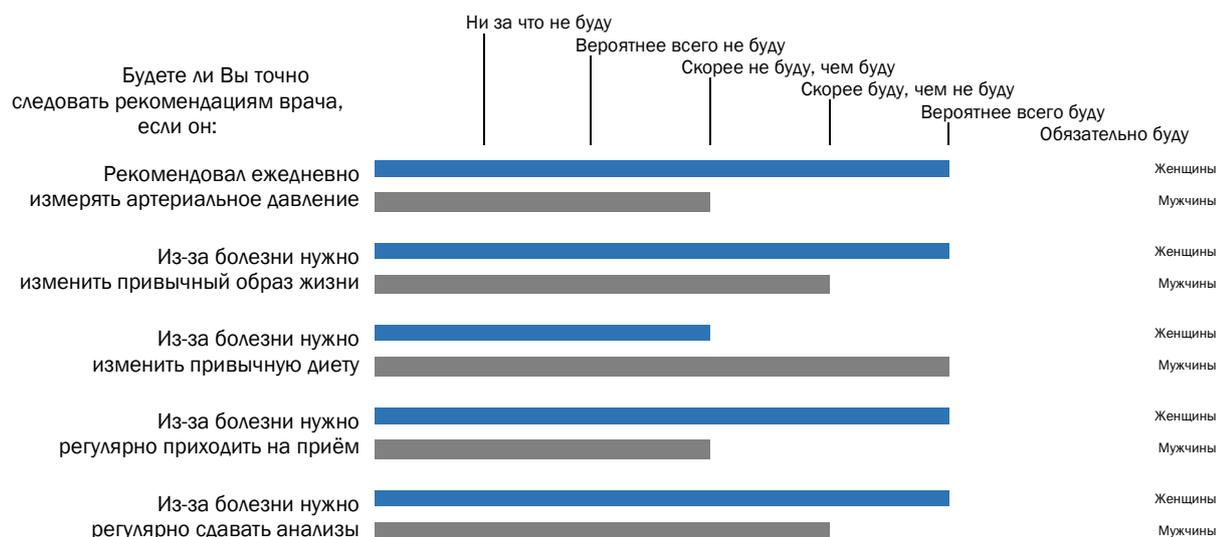


Рис. 16. Готовность модифицировать образ жизни

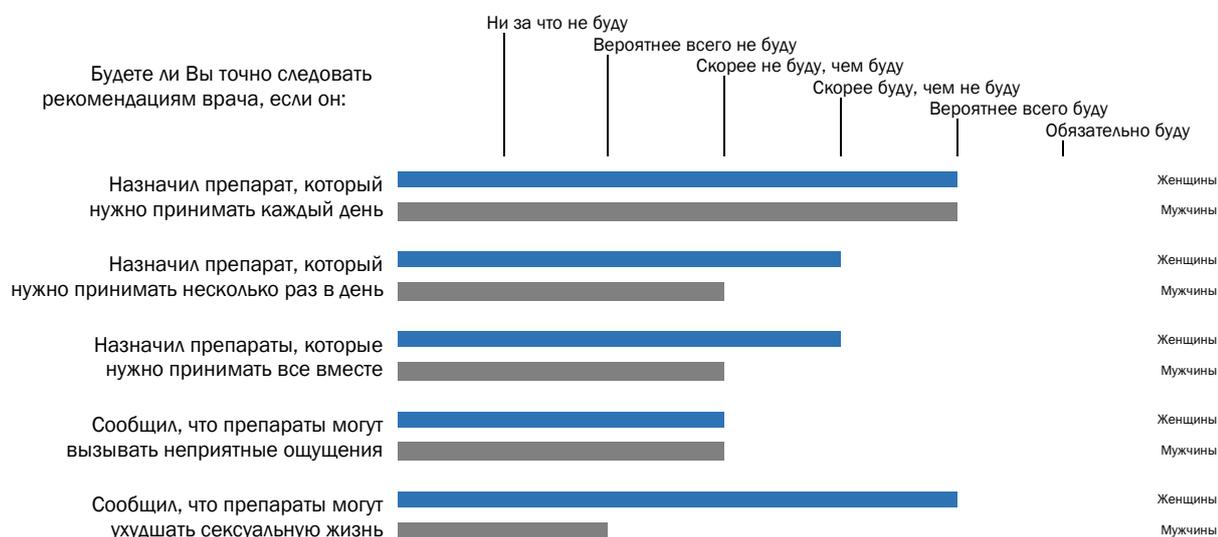


Рис. 17. Готовность к лекарственной терапии

Отметим, что общий уровень значимости для респондентов всех поставленных в исследовании вопросов, оказался достаточно высоким.

На основании полученных результатов были рассчитаны индексы ожидаемой эффективности модификации образа жизни (EUWL), лекарственной терапии (EMT) и медицинского сопровождения (EMS).

Оказалось, что они прогнозируют удовлетворительные результаты вмешательств, а у женщин ожидаемая эффективность лекарственной терапии и медицинского сопровождения может быть прогностически оценена как хорошая.

Тем не менее, мужчины, при ожидаемом лояльном отношении к лекарственной терапии и модификации образа жизни, оказались наименее готовы к медицинскому сопровождению лечения, в то время как у женщин наибольшие проблемы вызывала необходимость модификации образа жизни.

Показатели в целом по выборке близки полученным при исследовании мнения женщин, что отражает как преобладание женщин в выборке, так и более плотный ряд презентуемых им результатов.

Готовность больных к регулярному медицинскому наблюдению также имела гендерные особенности (Рис. 18). Женщины более приемлемо относились к необходимости активного контроля состояния своего здоровья, чем мужчины, при этом у мужчин в качестве лимитирующих в первую очередь выступали вмешательства, требующие деятельного изменения привычного уклада жизни (явка в медицинское учреждение, выполнение лабораторных исследований).

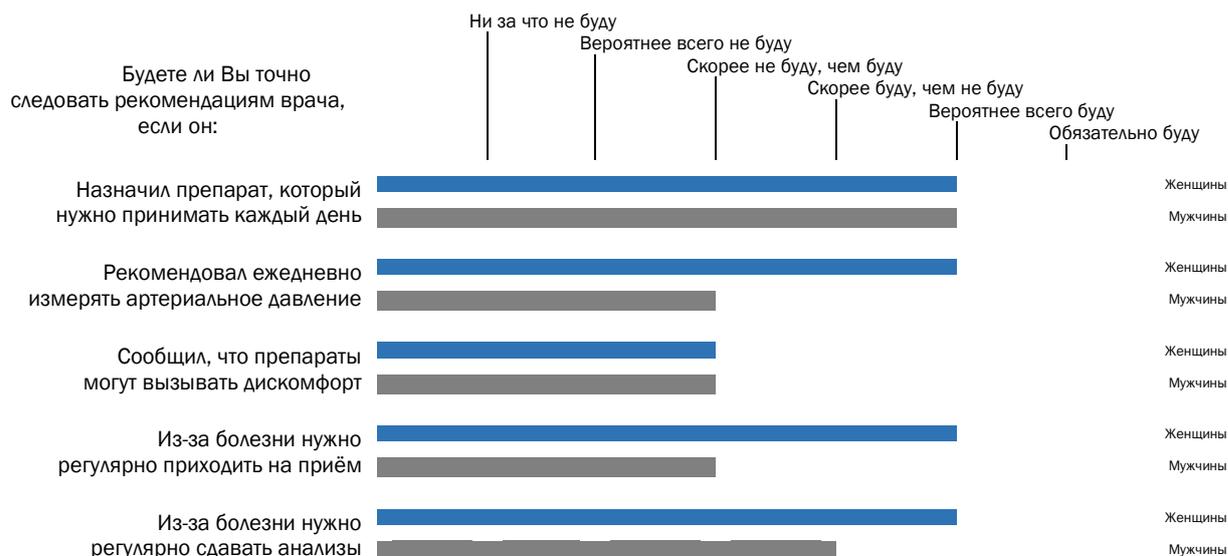


Рис. 18. Готовность к медицинскому наблюдению

Итоговый показатель IEET также продемонстрировал различия в выборках мужчин и женщин: если у женщин эффективность лечения ожидалась хорошая, то у мужчин её прогноз оказался лишь удовлетворительным.

В рамках исследования выполнен анализ связей между величинами разработанных интегральных индексов и отдельными исследуемыми величинами. Для этого участников исследования в зависимости от величины показателя прогноза стратифицировали в три группы, с высоким, удовлетворительным и неудовлетворительным результатом. После чего в этих группах оценили связь с выявленной в эксперименте приверженностью конкретному вмешательству (табл. 7–9).

Таблица 7

Связь показателя EUWL с приверженностью изменению диеты

Показатель	Эффективность		
	Высокая	Удовлетворительная	Высокая
Количество участников исследования в группе	92	159	137
Неисполнение рекомендаций, случаев (на 100 участников: N)	7,5	19,6	68,4
Степень связи N – EUWL; корреляция Spearman (ρ_s) по выборочному r_s ; DI_{95}	$\rho_s < 0,05$ $r_s = +0,205$	$\rho_s < 0,05$ $r_s = +0,122$	$\rho_s < 0,001$ $r_s = +0,441$

Оказалось, что у больных с хорошим, удовлетворительным и неудовлетворительным результатом приверженности вмешательствам существует прямая сильная положительная корреляционная связь между ожидаемой эффективностью модификации образа жизни и приверженностью пациента к рекомендациям по модификации диеты. В то же время, при оценке в качестве критерия приверженности пациента к измерению артериального давления такая связь была выявлена только в группе больных неудовлетворительным результатом приверженности к вмешательству. Частота визитов во всех группах была тесно связана с показателем приверженности к медицинскому сопровождению.

Таблица 8

Связь показателя EUWL с приверженностью контролю артериального давления

Показатель	Эффективность		
	Высокая	Удовлетворительная	Неудовлетворительная
Количество участников исследования в группе	92	159	137
Неисполнение рекомендаций, случаев (на 100 участников: N)	6,2	6,4	56,4
Степень связи $N - EUWL$; корреляция Spearman (ρ_s) по выборочному r_s ; DI_{95}	$\rho_s > 0,05$ $r_s = +0,088$	$\rho_s > 0,05$ $r_s = +0,092$	$\rho_s < 0,01$ $r_s = +0,622$

Таблица 9

Связь показателя EUWL с приверженностью установленной частоте визитов

Показатель	Эффективность		
	Высокая	Удовлетворительная	Высокая
Количество участников исследования в группе	104	218	173
Неисполнение рекомендаций, случаев (на 100 участников: N)	8, 2	17,1	28,4
Степень связи $N - EUWL$; корреляция Spearman (ρ_s) по выборочному r_s ; DI_{95}	$\rho_s < 0,05$ $r_s = +0,306$	$\rho_s < 0,05$ $r_s = +0,317$	$\rho_s < 0,05$ $r_s = +0,412$

Таким образом, полученные результаты продемонстрировали, что приверженность респондентов лечению потенциально прогнозируема, при этом факторы, влияющие на этот прогноз, могут быть выделены и измерены. Для обоснования прогностической ценности этих положений в рамках исследования был выполнен модельный эксперимент.

МОДЕЛЬНЫЙ ЭКСПЕРИМЕНТ

Основной задачей эксперимента было выявление взаимосвязи расчетной приверженности лечению с количеством и кратностью принимаемых лекарственных средств.

Эксперимент являлся модельным, поскольку в целях соблюдения медицинской и профессиональной этики, в соответствии с Международными этическими правилами для биомедицинских исследований с включением человека CIOMS, в эксперименте суррогатно моделировалась ситуация приёма лекарственных средств, при этом участники эксперимента в постоянном приёме каких-либо лекарственных средств на протяжении его проведения не нуждались, а сами средства в используемых дозах значимым терапевтическим и потенциальным нежелательным воздействиями не обладали.

В качестве модели лекарственных средств использовали: таблетки аскорбиновой кислоты 0,025 г. (РУПП Белмедпрепараты); таблетки декстрозы моногидрата 0,5 г. (Московская фармацевтическая фабрика). Отбор участников исследования осуществляли из пациентов Городского клинического кардиологического диспансера (г. Омск, Россия) и Регионального центра семейной медицины (г. Омск, Россия). Эксперимент проводился с 15 июня по 1 ноября 2006 года. Последняя дата включения в эксперимент 28 июля 2006 года.

В исследование включали добровольцев, подписавших добровольное информированное согласие¹⁰ и соответствующих следующим критериям: гендерный — мужчины (до общего количества 60 человек) и женщины (до общего количества 90 человек) в возрасте от исполнившихся 45 лет, до исполнившихся 74 лет включительно¹¹; нозологический — больные АГ, не имеющие других заболеваний, и не нуждающиеся в постоянном приёме антигипертензивных или иных лекарственных средств; социальный — получение заработной платы в качестве основного источника дохода или получение трудовой и/или социальной пенсии; лингвистический — свободное владение устным и письменным русским языком.

Лимитирующими факторами являлись: отсутствие понимания респондентом целей исследования; лекарственная и/или наркотическая и/или токсическая (в т.ч. алкогольная) зависимость, установленная на основании анамнестических данных либо выявленная на любом этапе исследования; возникновение при включении в эксперимент или на этапах эксперимента любых заболеваний, требующих приёма лекарственных средств; прием запрещенных в ходе исследования препаратов¹²; отказ подписать информированное согласие.

Критериями прекращения исследования на любом его этапе были определены: решение исследователя, если продолжение участия в эксперименте по какой-либо причине оказалось нежелательным для данного добровольца; решение добровольца отказаться от продолжения участия в исследовании.

Используя вышеуказанные критерии, в исследование методом случайной выборки включили 150 добровольцев (стратификация по полу: 60 мужчин и 90 женщин) в возрасте от 46 до 74 лет (средний возраст 52,9 года, медиана 55 лет). Возрастное распределение участников эксперимента отражено в табл. 10.

Таблица 10

Возрастное распределение участников эксперимента

Показатель	Возраст обследованных, лет			
	45–49	50–59	60–69	70–75
Всего участников:				
человек	28	51	60	9
%	18,6	34,6	40,7	6,1
в том числе мужчин	11	16	27	4
в том числе женщин	17	35	31	5

¹⁰ **Добровольное информированное согласие участника модельного эксперимента.** Я, участник исследования, зарегистрированный под №XXX добровольно, опираясь исключительно на собственное мнение и без принуждения, принимаю решение участвовать в программе модельного эксперимента. Мне разъяснено, что целью эксперимента является выяснение особенностей приёма таблетированных лекарственных препаратов в домашних условиях. С этой целью мне предложено принимать один или несколько таблетированных витаминных препаратов, из числа тех, что мне выдаст исследователь. Мне разъяснено, что моей основной задачей в исследовании является приём препаратов в том количестве и с той периодичностью, которую мне укажет исследователь. Мне разъяснено, что препараты будут выданы мне исследователем безвозмездно, с избытком от назначенного мне количества, но после окончания исследования я должен буду вернуть исследователю неизрасходованные мной препараты. Я подтверждаю, что согласен принимать назначенный мне препарат (препараты) в количестве, с кратностью в течение суток и с продолжительностью, указанными мне исследователем. Я осознаю, что самостоятельное, без консультации с врачом-исследователем, изменение дозировок, кратности и длительности приема назначенных мне препаратов либо частичный или полный отказ от их приема нежелательны. Мне сообщено, что при приёме любого лекарственного средства, в том числе и содержащего витамины, возможно развитие нежелательных эффектов. Мне сообщено, что для приёма каждого лекарственного средства существуют временные или постоянные противопоказания. Я подтверждаю, что исследователь ознакомил меня со всеми известными ему нежелательными эффектами и противопоказаниями, в отношении средств, приём которых мне назначен. При этом я подтверждаю, что ранее я неоднократно принимал витаминные и поливитаминные препараты без какого-либо заметного для себя вреда. Я подтверждаю, что исследователем подробно разъяснены и мне понятны все использованные в этом абзаце термины, а также мне пояснены последствия перечисленных состояний.

Я ознакомлен с тем, что перед началом эксперимента мне предложено ответить на вопросы опросника, при этом я готов с возможной для меня точностью и откровенностью письменно ответить на все вопросы, опросника, включая те, которые я считаю сомнительными или интимными. При этом исследователем мне гарантировано, что полученные от меня сведения будут использованы только в научных целях, а сами материалы будут выглядеть таким образом, что стороннему наблюдателю никаким образом будет невозможно установить мою личность. На основании изложенного, с учетом предоставленной и разъясненной мне информации, даю добровольное информированное согласие на участие в эксперименте. Дата. Подпись и её расшифровка.

¹¹ Соотношение участников эксперимента в зависимости от пола и возраста выбрано пропорционально распределению мужчин и женщин в основной части исследования.

¹² Самостоятельный прием участником эксперимента лекарственных средств, за исключением назначенных исследователем в период исследования.

Все добровольцы были проанкетированы с использованием разработанного автором опросника¹³. После этого методом случайной выборки сформировали 4 группы добровольцев¹⁴.

Каждому добровольцу было поручено в течение 90 дней подряд ежедневно принимать используемые в эксперименте препараты со следующей периодичностью (рис. 19): участникам 1 группы — 1 таблетка препарата «А» 1 раз в сутки 1 (схема 1), участникам 2 группы — 1 таблетка препарата «А» 2 раза в сутки, утром и вечером (схема 2), участникам 3 группы — 1 таблетка препарата «А» 3 раза в сутки, утром, в обед и вечером (схема 3), участникам 4 группы — 2 таблетки препарата «А» и 1 таблетка препарата «В» 1 раз в сутки (схема 4). Все препараты было предписано принимать не разжёвывая, запивая 1/2 стакана воды.

Схемы приёма препаратов:

	Утро	Обед	Вечер	
Схема 1				Препарат А
Схема 2				Препарат А
Схема 3				Препарат А
Схема 4				Препарат А
				Препарат А
				Препарат В

Рис. 19. Программа приёма препаратов участниками эксперимента

Каждому добровольцу в зависимости от группы, в которую он был включён, были выданы соответствующие препараты. Препараты были упакованы в аптечные банки тёмного стекла ёмкостью 100 мл с завинчивающимися крышками. Банки были маркированы соответственно «Препарат А» (содержали таблетки аскорбиновой кислоты 0,025 г) или «Препарат В» (содержали таблетки декстрозы моногидрата 0,5 г).

Количество таблеток в каждой банке было просчитано, причём превышало количество таблеток, необходимых для планового курса приёма в каждой группе (для препарата «А» — 100 таблеток препарата в 1 группе, 200 во второй группе, 300 в третьей группе, 200 в четвёртой группе; для препарата «В» — 100 таблеток в 4 группе). Участники эксперимента были предупреждены, что все оставшиеся после его завершения таблетки необходимо вернуть исследователю.

После завершения эксперимента из 148 участников материалы для исследования представили 129 человек (42 мужчины, 87 женщин). Из 19 человек не представивших материалы 11 были вынуждены прекратить участие в эксперименте в связи с развитием или обострением соматических заболеваний, потребовавших изменения режима и активных медицинских вмешательств (у 1 участника аппендэктомия по поводу острого аппендицита; у 1 участника холецистэктомия по поводу обострения жёлчнокаменной болезни, у 1 участника выявлен рак кишечника, у 1 участника перелом шейки бедренной кости, у 3 участников клинические проявления ИБС, нозологические причины у 4 участников не установлены), 2 не смогли участвовать в связи с трудовой занятостью (командировка), 6 прекратили участие в исследовании не мотивируя причины. Структурные изменения в группах исследования отражены в табл. 11.

Таблица 11

Внутригрупповые структурные изменения

Показатель	Участники эксперимента ($n_1 = 148$; $n_2 = 129$)			
	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4
Количество участников в начале эксперимента (n_1)	37	37	37	37
Количество участников при завершении эксперимента (n_2)	33	30	32	34

¹³ См. выше.

¹⁴ Общее количество участников в группах (148) было меньшим, чем в первоначальной выборке (150).

Все таблетки, возвращенные добровольцами после окончания эксперимента, были заново пересчитаны. На основании результатов пересчёта вычисляли количество таблеток, не принятых участниками эксперимента в целом по каждой группе и внутри группы в среднем на 1 участника эксперимента. Используя методику оценки приверженности лекарственной терапии [14], выяснили степень приверженности участников эксперимента приёму препаратов¹⁵. Результаты первого этапа эксперимента приведены в табл. 12.

Таблица 12

Приверженность участников эксперимента приёму препаратов

Показатель	Участники эксперимента (n=129)			
	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4
Таблеток, выданных в группе, штук	3300	6000	9600	10200
Количество таблеток, которое должно быть возвращено исследователю, штук	330	600	960	1020
Количество таблеток, фактически возвращённых исследователю, штук	371	744	1688	1323
Количество таблеток, не принятых участниками, штук	41	144	728	303
Количество не принятых таблеток в пересчёте на 1 участника, штук	1,24	4,80	22,75	8,91
Приверженность приёму лекарственных средств, %	98,7	97,6	92,4	97,0
Приверженность приёму лекарственных средств по шкале качества, баллов	4	3	2	3

Оказалось, что приверженность участников эксперимента к приёму препаратов в группах существенно различалась. По шкале качества отличный результат (5 баллов) не был зарегистрирован ни в одной группе, хорошей (4 балла) оказалась приверженность лишь в группе 1. В группах добровольцев, принимавших 1 таблетку 2 раза в сутки и одновременно 3 таблетки 1 раз в сутки, приверженность оказалась удовлетворительной (3 балла), а в группе с приёмом 1 таблетки 3 раза в сутки — неудовлетворительной (2 балла). Таким образом, в модельном эксперименте продемонстрировано, что кратность приёма препаратов является фактором, более существенно влияющим на приверженность пациента к лечению, чем количество принимаемых одновременно препаратов. При этом кратность приёма более 2 раз в сутки может снизить ожидаемую эффективность терапии до неудовлетворительной.

Вторым этапом эксперимента являлся анализ ответов, полученных при заполнении добровольцами авторского опросника и расчёт интегральных показателей (табл. 13).

Оказалось, что участники эксперимента не только приемлемо воспринимали важность лекарственной терапии, медицинского сопровождения и модификации образа жизни, но и декларировали достаточную готовность к реализации этих позиций. Женщины демонстрировали в целом более высокий, чем мужчины уровень лояльности в отношении мониторируемых позиций, причём по степени готовности к медицинскому сопровождению эти различия достигали уровня статистической значимости (Wald-Wolfowitz, $p = 0,029$).

При сравнении результатов, полученных в модельном эксперименте, с результатами социологического исследования, между мужчинами и между женщинами отдельно (табл. 14) были выявлены сходные подходы добровольцев и больных к понятию важности лечебных мероприятий и готовности их выполнения, однако больные (как мужчины, так и женщины) придавали этому большее значение, чем добровольцы, при этом показатели важности модификации образа жизни у женщин и лекарственной терапии у мужчин оказались статистически различными (Wald-Wolfowitz, $p = 0,044$ и $p = 0,037$ соответственно).

Эти же тенденции прослеживались при сравнении приверженности к приёму препаратов в модельном эксперименте и исследовании в целом по выборкам (табл. 15). Видно, что практически по всем позициям показатели в исследовании оказались лучшими, чем полученные в эксперименте. Как результат, лучшей оказалась ожидаемая эффективность лечебных вмешательств и ожидаемая эффективность лечения в целом.

¹⁵ Приверженность участников эксперимента приёму препаратов рассчитывали по формуле: $D = B / (A \times C) \times 100$, (%), где A — число таблеток препарата (препаратов), назначенных для ежедневного приема, B — число таблеток препарата (препаратов), принятых участником исследования фактически, C — число дней лечения между визитами, D — показатель приверженности участника эксперимента к приёму препаратов. Критерии приверженности приёму препаратов (в баллах по Шкале качества): 5 баллов (отличная) — 99–100 %, 4 балла (хорошая) — 98–99 %, 3 балла (удовлетворительная) — 97–98 %, 2 балла (неудовлетворительная) — менее 97 %.

Таблица 13

Оценка важности вмешательств и готовности к соблюдению вмешательств

Показатель	Участники эксперимента (n = 129)		
	Мужчины (n = 42; M ± SE)	Женщины (n = 87; M ± SE)	Выборка в целом (n = 129; M ± SE)
Важность модификации образа жизни (IUWL)	19,8 ± 1,9	16,3 ± 1,6*	17,3 ± 1,9
Важность лекарственной терапии (IMT)	22,6 ± 1,6	24,2 ± 1,5	24,0 ± 1,6
Важность медицинского сопровождения (IMS)	18,2 ± 2,4	21,2 ± 3,1	20,3 ± 3,2
Готовность к модификации образа жизни (AUWL)	20,4 ± 1,9	22,8 ± 1,9	22,2 ± 1,9
Готовность к лекарственной терапии (AMT)	16,2 ± 2,5	19,6 ± 2,6	18,9 ± 2,6
Готовность к медицинскому сопровождению (AMS)	16,4 ± 2,4	21,6 ± 2,7*	20,4 ± 2,6
Ожидаемая эффективность модификации образа жизни (EUWL)	2,23 ± 0,4	2,42 ± 0,4	2,34 ± 0,4
Ожидаемая эффективность лекарственной терапии (EMT)	2,46 ± 0,7	1,88 ± 0,6	1,98 ± 0,7
Ожидаемая эффективность медицинского сопровождения (EMS)	3,01 ± 0,4	1,97 ± 0,4*	2,18 ± 0,4
Прогнозируемая эффективность лечения (IEET)	2,48 ± 0,6	2,08 ± 0,6	2,13 ± 0,6

Таблица 14

Лекарственная приверженность в модельном эксперименте и социологическом исследовании

Показатель	Участники			
	Мужчины, эксперимент (n = 42; M ± SE)	Мужчины, исследование (n = 240; M ± SE)	Женщины, эксперимент (n = 87; M ± SE)	Женщины, исследование (n = 360; M ± SE)
Важность модификации образа жизни (IUWL)	19,8 ± 1,9	21,3 ± 1,4	16,3 ± 1,6	19,2 ± 1,3*
Важность лекарственной терапии (IMT)	22,6 ± 1,6	27,1 ± 1,6*	24,2 ± 1,5	25,3 ± 1,3
Важность медицинского сопровождения (IMS)	18,2 ± 2,4	20,2 ± 1,9	21,2 ± 3,1	21,9 ± 1,9
Готовность к модификации образа жизни (AUWL)	20,4 ± 1,9	19,4 ± 1,9	22,8 ± 1,9	23,2 ± 1,6
Готовность к лекарственной терапии (AMT)	16,2 ± 2,5	16,2 ± 2,4	19,6 ± 2,6	21,1 ± 2,2
Готовность к медицинскому сопровождению (AMS)	16,4 ± 2,4	16,1 ± 2,2	21,6 ± 2,7	22,9 ± 2,1
Ожидаемая эффективность модификации образа жизни (EUWL)	2,23 ± 0,4	2,18 ± 0,3	2,42 ± 0,4	2,02 ± 0,3
Ожидаемая эффективность лекарственной терапии (EMT)	2,46 ± 0,7	2,04 ± 0,4	1,88 ± 0,6	1,69 ± 0,4
Ожидаемая эффективность медицинского сопровождения (EMS)	3,01 ± 0,4	2,76 ± 0,4	1,97 ± 0,4	1,79 ± 0,3
Прогнозируемая эффективность лечения (IEET)	2,48 ± 0,6	2,21 ± 0,6	2,08 ± 0,6	1,82 ± 0,6

Примечание: * — статистически значимые различия между группами (эксперимент/исследование) Wald-Wolfowitz (Z), (p < 0,05).

Ни по одной позиции не было достигнуто статистической значимости различий, что свидетельствует как о тождественности поведенческих моделей реагирования пациентов на исследуемые ситуации, так и о достаточной информационной ценности разработанных инструментов исследования. Вместе с тем, эти различия представляются вполне естественными, так как в исследование были включены больные, имеющие существенный стаж клинически выраженной АГ, испытывающие

страдания, связанные с наличием заболевания и этим дополнительно мотивированные к лечению, в то время как в модельный эксперимент были включены лица, ещё не имеющие выраженных клинических проявлений, связанных с АГ и фактически мотивированные к приёму препаратов личными представлениями о лечении и наставлениями исследователя.

Таблица 15

Лекарственная приверженность в эксперименте и исследовании

Параметры	Выборка в целом, эксперимент ($n = 129$; $M \pm SE$)	Выборка в целом, исследование ($n = 600$; $M \pm SE$)
Важность модификации образа жизни (IUWL)	17,3 ± 1,9	19,9 ± 1,4
Важность лекарственной терапии (IMT)	24,0 ± 1,6	25,9 ± 1,6
Важность медицинского сопровождения (IMS)	20,3 ± 3,2	21,3 ± 1,9
Готовность к модификации образа жизни (AUWL)	22,2 ± 1,9	22,8 ± 1,6
Готовность к лекарственной терапии (AMT)	18,9 ± 2,6	19,9 ± 2,4
Готовность к медицинскому сопровождению (AMS)	20,4 ± 2,6	21,1 ± 2,4
Ожидаемая эффективность модификации образа жизни (EUWL)	2,34 ± 0,4	2,07 ± 0,3
Ожидаемая эффективность лекарственной терапии (EMT)	1,98 ± 0,7	1,88 ± 0,4
Ожидаемая эффективность медицинского сопровождения (EMS)	2,18 ± 0,4	1,99 ± 0,4
Прогнозируемая эффективность лечения (IEET)	2,13 ± 0,6	1,99 ± 0,6

Примечание: Во всех случаях отсутствуют статистически значимые различия по Wald-Wolfowitz (Z), ($p > 0,05$).

Важным для завершающей части эксперимента было выяснить, есть ли связь между прогнозируемой индивидуальной приверженностью к лечению и продемонстрированным добровольцами качеством приёма препаратов. Для этого участники эксперимента на основании анализа результатов опросника по критерию ожидаемой эффективности лечения (IEET) были стратифицированы в три группы, с хорошим, удовлетворительным и неудовлетворительным прогнозом. После чего в этих группах оценили выявленную в эксперименте приверженность приёму препаратов (табл. 16).

Таблица 16

Связь показателя IEET с лекарственной приверженностью

Показатель	Участники эксперимента ($n=129$)		
	Высокая эффективность (IEET = 1–1,99)	Удовлетворительная эффективность (IEET = 2–3,99)	Неудовлетворительная эффективность (IEET = 4 и более)
Количество добровольцев в группе, человек	36	59	34
Количество не принятых таблеток в пересчёте на 1 участника (N штук; $M \pm SE$)	1,28 ± 0,84	2,96 ± 2,12* ⁽¹⁾	18,54 ± 11,52 ** ⁽²⁾ ; ** ⁽³⁾
Степень связи N – IEET; корреляция Spearman (ρ_s) по выборочному r_s	$\rho_s < 0,001$ $r_s = +0,705$	$\rho_s < 0,001$ $r_s = +0,622$	$\rho_s < 0,001$ $r_s = +0,761$

Примечание: статистически значимые различия между группами: группа 2 к группе 1 (1); группа 3 к группе 1 (2); группа 3 к группе 2 (3); Wald-Wolfowitz runs test (Z), * – ($p < 0,05$), ** – ($p < 0,001$).

Оказалось, что количество не принятых добровольцами таблеток тем больше, чем хуже у них их прогностическое значение IEET. При корреляционном анализе по Spearman это наблюдение нашло статистическое подтверждение: была выявлена прямая сильная положительная связь между величиной показателя ожидаемой эффективности лечения IEET и числом пропущенных участниками эксперимента приёмов препаратов. Результаты социологического исследования и модельного эксперимента были опубликованы в серии научных монографий [1, 212, 217].

Глава 2.

Комплексная оценка приверженности: расчёт показателей

Поскольку учение о комплексной оценке приверженности, пройдя начальное становление продолжает свое развитие, формулы расчета показателей неоднократно видоизменялись. Первоначально вычисляли прогностические индексы: эффективности модификации образа жизни (Efficiency of updating of a way of life — EUWL), эффективности лекарственной терапии (Efficiency of medicinal therapy — EMT) и эффективности врачебного сопровождения (Efficiency of medical support — EMS) [212, 215–217]. Практика показала, что для удобства врачей и исследователей следует модифицировать оценку показателей, переведя ее из индексов в более привычное для них представление в процентах (условных процентах) приверженности, как доли от теоретически возможного «идеального» значения, принятого за 100 %. Поэтому первично разработанные формулы с 2017 г. не применяют.

В настоящее время расчет по всем анкетам приверженности проводят следующим образом.

АКТУАЛЬНЫЕ ФОРМУЛЫ (С 2017 ГОДА ПО НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ)

Базовая анкета опросника КОП-25 содержит 25 вопросов и состоит из двух условных частей: «Важность вмешательств» и «Готовность к выполнению вмешательств».

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.

Первая часть включает 15 вопросов, позволяющих определить важность для респондента проблем и критериев:

- модификация лекарственной терапии (вопросы 2, 3, 4, 6, 14),
- модификации образа жизни (вопросы 7, 8, 9, 12, 15),
- модификация медицинского сопровождения (вопросы 1, 5, 10, 11, 13).

При подсчёте баллы суммируют, рассчитывая показатели:

- важность лекарственной терапии (Importance of medicinal therapy — MD),
- важность модификации образа жизни (Importance of updating of a way of life — MC),
- важность медицинского сопровождения (Importance of medical support — MM).

Для каждого расчетного показателя минимально возможное количество баллов составляет 5, а максимально возможное — 30.

Индекс важности лечения (Index of Importance of treatment — MT) рассчитывают, как простую арифметическую сумму всех набранных баллов. Его диапазон составляет от 15 до 90 баллов.

Вторая часть опросника включает 10 вопросов, которые позволяют оценить степень готовности респондента к выполнению вмешательств. Эти вопросы также объединены в 3 блока:

- модификация лекарственной терапии (вопросы 16, 17, 18, 20, 21)
- модификации образа жизни (вопросы 19, 22, 23, 24, 25),

— модификация медицинского сопровождения (вопросы 16, 19, 20, 24, 25), при этом вопросы 1, 4, 5, 9, и 10 являются контрольными, обеспечивая перекрестную проверку достоверности ответов.

При подсчёте баллы суммируют, рассчитывая показатели:

- готовность к лекарственной терапии (Adherence to medicinal therapy — GD)
- готовность к модификации образа жизни (Adherence to updating a way of life — GC),
- готовность к медицинскому сопровождению (Adherence to medical support — GM).

Как и в первой части опросника, минимально возможное количество баллов составляет 5, а максимально возможное — 30.

Суммарный индекс готовности к лечению (Index of Adherence to treatment — GT) рассчитывают, как простую арифметическую сумму набранных баллов. Его диапазон составляет от 15 до 90 баллов.

Визуально первую и вторую части анкеты не разделяют.

Номенклатура и расчёт российских и международных наименований показателей «важность» и «готовность» представлены в табл. 17 и 18.

Таблица 17

Технические показатели: важность

Показатель	Обозначения и признаки		
	Российское обозначение	Международное обозначение	Порядковые номера вопросов анкеты и расчёт показателя
Важность (потенциальная важность) лекарственной терапии	ВТ	MD	2, 3, 4, 6, 14
Важность (потенциальная важность) медицинского сопровождения	ВС	MM	1, 5, 10, 11, 13
Важность (потенциальная важность) модификации образа жизни	ВМ	МС	7, 8, 9, 12, 15
Важность (потенциальная важность) лечения	ВЛ	MT	MT=MD+MM+VC

Таблица 18

Технические показатели: готовность

Показатель	Обозначения и признаки		
	Российское обозначение	Международное обозначение	Порядковые номера вопросов анкеты и расчёт показателя
Готовность (потенциальная готовность) к лекарственной терапии	ГТ	GD	16, 17, 18, 20, 21
Готовность (потенциальная готовность) к медицинскому сопровождению	ГС	GM	16, 19, 20, 24, 25
Готовность (потенциальная готовность) к модификации образа жизни	ГМ	GC	19, 22, 23, 24, 25
Готовность (потенциальная готовность) к лечению	ГЛ	GT	GT=GD+GM+GC

РАССЧЕТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ

Показатели приверженности (потенциальной приверженности) лекарственной терапии, медицинского сопровождения, модификации образа жизни и интегрального показателя приверженности лечению рассчитывают следующим образом (выражая результат в условных процентах, %):

Приверженность (потенциальная приверженность) лекарственной терапии

$$AT = 200 \div [(30 \div MD) \times (60 \div GD)], \quad (1)$$

где **AT** — приверженность лекарственной терапии, усл. %;
MD — важность лекарственной терапии, балл;
GD — готовность к лекарственной терапии, балл.

Приверженность (потенциальная приверженность) медицинскому сопровождению

$$AV = 200 \div [(30 \div MM) \times (60 \div GM)], \quad (2)$$

где **AV** — приверженность медицинскому сопровождению, усл. %;
MD — важность медицинского сопровождения, балл;
GD — готовность к медицинскому сопровождению, балл.

Приверженность (потенциальная приверженность) модификации образа жизни

$$AM = 200 \div [(30 \div MC) \times (60 \div GC)], \quad (3)$$

где **AM** — приверженность модификации образа жизни, усл. %;
MC — важность модификации образа жизни, балл;
GC — готовность к модификации образа жизни, балл.

Приверженность (потенциальная приверженность) лечению

$$AI = (AV + 2AM + 3AT) \div 6, \quad (4)$$

где **AI** — приверженность лечению, усл. %
AV — приверженность медицинскому сопровождению, усл. %;
AM — приверженность модификации образа жизни, усл. %;
AT — приверженность лекарственной терапии, усл. %.

Каждый полученный результат имеет точное расчетное значение, т. е. является обособленной 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.

Рекомендуется в научных исследованиях применять точность с округлением до второго знака после запятой, в медицинской практике допустимо использовать округление до целых значений.

Кроме того, 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 %) [9–11].

Повысить точность прогноза приверженности можно рассчитав коэффициент предикции (потенциальной предикции). Его вычисляют как отношение полученного значения соответствующего показателя готовности к полученному значению соответствующего показателя важности. Коэффициент предикции предоставляет врачу и исследователю дополнительную информацию об увеличении или уменьшении вероятности того, что респондент будет следовать рекомендованным ему действиям.

Номенклатура российских и международных наименований коэффициентов предикции представлена в табл. 19.

Таблица 19

Коэффициенты предикции

Показатель	Обозначения и признаки		
	Российское обозначение	Международное обозначение	Расчёт
Коэффициент предикции (потенциальной предикции) лекарственной терапии	КТ	RD	$RD = GD \div MD$
Коэффициент предикции (потенциальной предикции) медицинского сопровождения	КС	RM	$RM = GM \div MM$
Коэффициент предикции (потенциальной предикции) модификации образа жизни	КМ	RC	$RC = GC \div MC$
Коэффициент предикции (потенциальной предикции) лечения	КЛ	RT	$RT = GT \div MT$

Интерпретация коэффициента предикции: при значении показателя 1,0 и более вероятность того, что респондент будет придерживаться рекомендаций увеличивается, при значении показателя менее 1,0 – уменьшается.

ОНЛАЙН КАЛЬКУЛЯТОРЫ СВОБОДНОГО ДОСТУПА



Сайт КОП-25 / САА-25 Международной коллаборации изучения приверженности / International Collaboration on Adherence to Treatment (МКИП / ICAT)

Калькулятор системы КОП-25 на русском и английском языках. Обеспечивает расчёт по всем шкалам системы. Содержит полные тексты актуальных российских и международных руководств по приверженности.

Адрес: <http://www.prognoz-med.ru/#/>



Сайт Психологические тесты онлайн

Калькулятор КОП-25. Обеспечивает расчёт по шкале фактической приверженности лечению взрослых (18 лет и старше).

Адрес: <https://psyttests.org/diag/kop25-run.html>

Глава 3.

Система КОП-25: специализированные анкеты приверженности лечению

В актуальную версию системы КОП-25 включено пять видов специализированных анкет оценки приверженности лечению (для взрослых, беременных, подростков 12–14 и 15–17 лет, и законных представителей), каждая в двух вариантах — для оценки фактической и потенциальной приверженности. Российская и международная кодификации представлены в табл. 20 и 21.

Таблица 20

Российская кодификация опросников приверженности лечению

Основной и группирующий коды	Обозначения		
	Уточняющий код, категория респондентов	Дополнительный код, вид приверженности	Код анкеты на русском языке
КОП-25 (комплексная оценка приверженности); М (приверженность лечению)	А (взрослые)	1 (фактическая)	КОП-25 МА1
		2 (потенциальная)	КОП-25 МА2
	В (беременные)	1 (фактическая)	КОП-25 МВ1
		2 (потенциальная)	КОП-25 МВ2
	С (подростки 12–14)	1 (фактическая)	КОП-25 МС1
		2 (потенциальная)	КОП-25 МС2
	Е (подростки 15-17)	1 (фактическая)	КОП-25 МЕ1
		2 (потенциальная)	КОП-25 МЕ2
	Н (законные представители)	1 (фактическая)	КОП-25 МН1
		2 (потенциальная)	КОП-25 МН2

Таблица 21

Международная кодификация опросников приверженности лечению

Основной и группирующий коды	Обозначения		
	Уточняющий код, категория респондентов	Дополнительный код, вид приверженности	Международный код анкеты
СAA-25 (комплексная оценка приверженности), М (приверженность лечению)	А (взрослые)	1 (фактическая)	СAA-25 МА1
		2 (потенциальная)	СAA-25 МА2
	В (беременные)	1 (фактическая)	СAA-25 МВ1
		2 (потенциальная)	СAA-25 МВ2
	С (подростки 12–14)	1 (фактическая)	СAA-25 МС1
		2 (потенциальная)	СAA-25 МС2
	Е (подростки 15-17)	1 (фактическая)	СAA-25 МЕ1
		2 (потенциальная)	СAA-25 МЕ2
	Н (законные представители)	1 (фактическая)	СAA-25 МН1
		2 (потенциальная)	СAA-25 МН2

Коды системы разработаны с применением дублирующих букв кириллицы и латинского алфавита, что обеспечивает единообразие группирующих и уточняющих кодов на русском и английском языках.

ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ АНКЕТ КОП-25 М

КОП-25 МА (взрослые)

Чувствительность — 93 % [1–3, 9–11, 212, 215, 218–220]

Специфичность — 78 % [1–3, 9–11, 212, 215, 218–220]

Надежность — 94 % [1–3, 9–11, 212, 215, 218–220]

Альфа Кронбаха (Cronbach's alpha) — 0,818 [9, 10, 220]

Альфа Кронбаха на основе стандартизированных пунктов (Cronbach's alpha, α_{st}) — 0,832 [9, 10, 220]

Каппа Коэна (Cohen's kappa, κ) — 0,562 [9, 10, 220]

КОП-25 МВ (беременные)

Чувствительность — 93 % [9, 10, 220, 223]

Специфичность — 78 % [9, 10, 220, 223]

Надежность — 94 % [9–11, 220, 223]

Альфа Кронбаха (Cronbach's alpha) — 0,900 [9, 10, 223]

Альфа Кронбаха на основе стандартизированных пунктов (Cronbach's alpha, α_{st}) — 0,912 [9, 10, 223]

Каппа Коэна (Cohen's kappa, κ) — 0,913 [9, 10, 223]

КОП-25 МС (подростки 12–14 лет)

Чувствительность — 93 % [9, 10, 221]

Специфичность — 78 % [9, 10, 221]

Надежность — 94 % [9, 10, 221]

Альфа Кронбаха (Cronbach's alpha) — 0,818 [9, 10, 221]

Альфа Кронбаха на основе стандартизированных пунктов (Cronbach's alpha, α_{st}) — 0,857 [9, 10, 221]

Каппа Коэна (Cohen's kappa, κ) — 1,000 [9, 10, 221]

КОП-25 МЕ (подростки 15–17 лет)

Чувствительность — 93 % [9, 10, 222]

Специфичность — 78 % [9, 10, 222]

Надежность — 94 % [9, 10, 222]

Альфа Кронбаха (Cronbach's alpha) — 0,818 [9, 10, 222]

Альфа Кронбаха на основе стандартизированных пунктов (Cronbach's alpha, α_{st}) — 0,832 [9, 10, 222]

Каппа Коэна (Cohen's kappa, κ) — 0,562 [9, 10, 222]

КОП-25 МН (законные представители)

Чувствительность — 91 % [9, 10, 223]

Специфичность — 74 % [9, 10, 223]

Надежность — 93 % [9, 10, 223]

Альфа Кронбаха (Cronbach's alpha) — 0,822 [9, 10, 223]

Альфа Кронбаха на основе стандартизированных пунктов (Cronbach's alpha, α_{st}) — 0,836 [9, 10, 223]

Каппа Коэна (Cohen's kappa, κ) — 0,909 [9, 10, 223]

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ АНКЕТЫ ОЦЕНКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ

Далее в этой главе приводятся актуальные тексты всех специализированных анкет комплексной оценки приверженности и потенциальной приверженности. Исходно анкеты опубликованы в Российском национальном руководстве «Приверженность лечению» и международном методическом руководстве «Приверженность в клинической практике» [9, 11].

КОП-25 МА1. Анкета оценки приверженности лечению респондентов, достигших возраста 18 лет, за исключением беременных

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

КОП-25 МА2. Анкета оценки потенциальной приверженности лечению респондентов, достигших возраста 18 лет, за исключением беременных

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 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

КОП-25 МВ1. Анкета оценки приверженности лечению беременных

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

КОП-25 МВ2. Анкета оценки потенциальной приверженности лечению беременных

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 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. 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

КОП-25 МС1. Анкета оценки приверженности лечению подростков старше 11 лет, но не достигших возраста 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 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 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 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

КОП-25 МС2. Анкета оценки потенциальной приверженности лечению подростков старше 11 лет, но не достигших возраста 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

КОП-25 ME1. Анкета оценки приверженности лечению подростков старше 14 лет, но не достигших возраста 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

КОП-25 ME2. Анкета оценки потенциальной приверженности лечению подростков старше 14 лет, но не достигших возраста 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 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 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

КОП-25 МН1. Анкета оценки приверженности лечению законных представителей пациентов

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

КОП-25 МН2. Анкета оценки потенциальной приверженности лечению законных представителей пациентов

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

Глава 4.

Система КОП-25: приверженность научной и альтернативной медицине

Поскольку положенная в основу КОП-25 расчётная модель показала свою эффективность в оценке приверженности лечению, автор и научная коллаборация проблем приверженности заинтересовались возможностью разработки на этой основе опросников в других областях. Первым шагом стало создание инструментов, направленных на выявление приверженности респондентов научной и альтернативной ей медицине. Мы считаем такое направление исследований полезным и перспективным, поскольку выявление отношения пациента к предлагаемым ему медицинским вмешательствам (в части принятия, либо непринятия их) важно для выработки индивидуализированного врачебного подхода, а вера и убеждения пациента способны значимо влиять на итоговый результат [224].

При разработке новых опросников в фокус-группах различных возрастных и профессиональных групп респондентов были выделены и протестированы формулировки вопросов, позволяющих оценить лояльность к отдельным положениям научной медицины и альтернативным ей практикам. Затем вопросы были ранжированы по рейтингу в соответствии с моделью (более подробное ее описание представлено в главе 6 «В помощь исследователю: конструктор опросников системы КОП-25»).

Российская и международная кодификации приверженности представлены в табл. 22 и 23. Анкеты разработаны для выявления и оценки только фактической приверженности.

Таблица 22

Российская кодификация опросников приверженности научной и альтернативной медицине

Основной и группирующий коды	Обозначения		
	Уточняющий код, категория медицины	Дополнительный код, вид приверженности	Международный код анкеты
КОП-25 (комплексная оценка приверженности);	К (научная медицина)	1 (фактическая)	КОП-25 ТК1
Т (иная приверженность)	М (альтернативная медицина)	1 (фактическая)	КОП-25 ТМ1

Таблица 23

Международная кодификация опросников приверженности научной и альтернативной медицине

Основной и группирующий коды	Обозначения		
	Уточняющий код, категория медицины	Дополнительный код, вид приверженности	Международный код анкеты
САА-25 (комплексная оценка приверженности);	К (научная медицина)	1 (фактическая)	САА-25 ТК1
Т (иная приверженность)	М (альтернативная медицина)	1 (фактическая)	САА-25 ТМ1

РАСЧЁТ ПРИВЕРЖЕННОСТИ НАУЧНОЙ МЕДИЦИНЕ

Базовая анкета опросника КОП-25 ТК1 содержит 25 вопросов и состоит из двух условных частей: «Важность научной медицины» и «Готовность следовать научной медицине». На каждый вопрос анкеты имеется 6 вариантов ответов, оцениваемых в баллах. Вес каждого балла аналогичен указанным для расчёта приверженности лечению.

Первая часть включает 15 вопросов, позволяющих определить важность для респондента проблем и критериев:

- важность научных знаний (вопросы 2, 3, 4, 6, 14),
- важность научных убеждений (вопросы 1, 5, 10, 11, 13).
- важность научных представлений (вопросы 7, 8, 9, 12, 15),

При подсчёте баллы суммируют, рассчитывая показатели:

- важность научных знаний (importance of scientific knowledge — IK),
- важность научных убеждений (importance of scientific beliefs — IB),
- важность научных представлений (importance of scientific ideas — II).

Для каждого расчетного показателя минимально возможное количество баллов составляет 5, а максимально возможное — 30.

Индекс важности научной медицины (Index of importance of scientific medicine — IS) рассчитывают, как простую арифметическую сумму всех набранных баллов. Его диапазон составляет от 15 до 90 баллов.

Номенклатура и расчёт российских и международных наименований показателя «важность научной медицины» представлены в табл. 24.

Таблица 24

Технические показатели: важность научной медицины

Показатель	Обозначения и признаки		
	Российское обозначение	Международное обозначение	Порядковые номера вопросов анкеты и расчёт показателя
Важность научных знаний	ВЗ	IK	2, 3, 4, 6, 14
Важность научных убеждений	ВУ	IB	1, 5, 10, 11, 13
Важность научных представлений	ВП	II	7, 8, 9, 12, 15
Важность научной медицины	ВМ	IS	IS = IK + IB + II

Вторая часть опросника включает 10 вопросов, которые позволяют оценить степень готовности респондента к выполнению вмешательств. Эти вопросы также объединены в 3 блока:

- готовность действовать на основании научных знаний (вопросы 16, 17, 18, 20, 21)
- готовность действовать на основании научных убеждений (вопросы 16, 19, 20, 24, 25),
- готовность действовать на основании научных представлений (вопросы 19, 22, 23, 24, 25).

При подсчёте баллы суммируют, рассчитывая показатели:

- готовность действовать на основании научных знаний (willingness to act on the basis of scientific knowledge — WK)
- готовность действовать на основании научных убеждений (willingness to act on the basis of scientific beliefs — WB),
- готовность действовать на основании научных представлений (willingness to act on the basis of scientific ideas — WI).

Минимально возможное количество баллов составляет 5, а максимально возможное — 30.

Индекс готовности к научной медицине (index of readiness for scientific medicine — WS) рассчитывают, как простую арифметическую сумму набранных баллов. Его диапазон составляет от 15 до 90 баллов.

Визуально первую и вторую части анкеты не разделяют.

Номенклатура и расчёт российских и международных наименований показателя «готовность к научной медицине» представлены в табл. 25.

Технические показатели: готовность к научной медицине

Показатель	Обозначения и признаки		
	Российское обозначение	Международное обозначение	Порядковые номера вопросов анкеты и расчёт показателя
Готовность действовать на основании научных знаний	ДЗ	WK	16, 17, 18, 20, 21
Готовность действовать на основании научных убеждений	ДУ	WB	16, 19, 20, 24, 25
Готовность действовать на основании научных представлений	ДП	WI	19, 22, 23, 24, 25
Готовность к научной медицине	ДМ	WS	WS = WK + WB + WI

Приверженность научным знаниям

$$SK = 200 \div [(30 \div IK) \times (60 \div WK)], \quad (5)$$

где SK — приверженность научным знаниям, усл. %;
 IK — важность научных знаний, балл;
 WK — готовность действовать на основании научных знаний, балл.

Приверженность научным убеждениям

$$SB = 200 \div [(30 \div IB) \times (60 \div WB)], \quad (6)$$

где SB — приверженность научным убеждениям, усл. %;
 IB — важность научных убеждений, балл;
 WB — готовность действовать на основании научных убеждений, балл.

Приверженность научным представлениям

$$SI = 200 \div [(30 \div IS) \times (60 \div WS)], \quad (7)$$

где SI — приверженность научным представлениям, усл. %;
 IS — важность научных представлений, балл;
 WS — готовность действовать на основании научных представлений, балл.

Приверженность научной медицине

$$SM = (SI + 2SB + 3SK) \div 6, \quad (8)$$

где SM — приверженность научной медицине, усл. %
 SI — приверженность научным представлениям, усл. %;
 SB — приверженность научным убеждениям, усл. %;
 SK — приверженность научным знаниям, усл. %.

Рекомендуется в научных исследованиях применять точность с округлением до второго знака после запятой, в медицинской практике допустимо использовать округление до целых значений. Также выделяют три уровня приверженности, соответствующие диапазонам, используемым в настоящем руководстве: «высокий» (диапазон значений 75 % и более), «средний» (диапазон значений от 50 % до 75 %) и «низкий» (диапазон значений менее 50 %) [9–11].

Повысить точность прогноза приверженности можно рассчитав коэффициент предикции. Его вычисляют как отношение полученного значения соответствующего показателя готовности к полученному значению соответствующего показателя важности. Коэффициент предикции предоставляет врачу и исследователю дополнительную информацию об увеличении или уменьшении вероятности того, что респондент будет следовать рекомендованным ему действиям.

Номенклатура российских и международных наименований коэффициентов предикции научной медицины представлена в табл. 26.

Таблица 26

Коэффициенты предикции научной медицины

Показатель	Обозначения и признаки		
	Российское обозначение	Международное обозначение	Расчёт
Коэффициент предикции научных знаний	НЗ	СК	СК = WK ÷ IK
Коэффициент предикции научных убеждений	НУ	СВ	СВ = WB ÷ IB
Коэффициент предикции научных представлений	НП	СИ	СИ = WI ÷ II
Коэффициент предикции научной медицины	НМ	СМ	СМ = WS ÷ IS

Интерпретация коэффициента предикции: при значении показателя 1,0 и более вероятность того, что респондент будет придерживаться рекомендаций в области научной медицины увеличивается, при значении показателя менее 1,0 — уменьшается.

ОНЛАЙН КАЛЬКУЛЯТОР ДЛЯ РАССЧЕТА ПРИВЕРЖЕННОСТИ НАУЧНОЙ МЕДИЦИНЕ



Сайт КОП-25 / САА-25 Международной колаборации изучения приверженности / International Collaboration on Adherence to Treatment (МКИП / ICAT)

Калькулятор системы КОП-25 на русском и английском языках. Обеспечивает расчёт по всем шкалам системы. Содержит полные тексты актуальных российских и международных руководств по приверженности.

Адрес: <http://www.prognoz-med.ru/#/>

АНКЕТА ОЦЕНКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ НАУЧНОЙ МЕДИЦИНЕ

Далее приведён актуальный текст анкеты комплексной оценки приверженности научной медицине. Анкета публикуется впервые.

КОП-25 ТК1. Анкета оценки приверженности научной медицине

1. Насколько для Вас важно, привержен ли Ваш врач научной (доказательной) медицине?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно	Скорее важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
2. Синтетические лекарства почти всегда опаснее природных. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
	1	2	3	4	5	6
3. Вакцинация часто бывает вредна, поэтому от неё лучше отказываться, или применять только в крайнем случае. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
	1	2	3	4	5	6
4. Капельницы и уколы помогают лучше, чем таблетки. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
	1	2	3	4	5	6
5. Антибиотики при простуде помогают быстрее выздороветь. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
	1	2	3	4	5	6
6. Научная медицина плоха тем, что не учитывает уникальность здоровья конкретного больного. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
	1	2	3	4	5	6
7. Организм всегда сам подскажет, что будет лучше для моего здоровья. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
	1	2	3	4	5	6
8. Личный опыт врача важнее того, что написано в руководствах и рекомендациях. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
	1	2	3	4	5	6
9. Если полезное действие препарата я никак не ощущаю, а в инструкции указаны побочные эффекты, такой препарат лучше не принимать. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
	1	2	3	4	5	6
10. Современная доказательная медицина прежде всего обслуживает интересы производителей лекарств, а не пациентов. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
	1	2	3	4	5	6
11. Чтобы избежать инфекционных болезней, вместо вакцинации лучше закалывать организм и принимать улучшающие иммунитет средства. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
	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	Скорее важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
13. Антибиотики опасны, потому надо прекращать их прием сразу после того, как стало лучше, а не принимать весь назначенный срок. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
	1	2	3	4	5	6

14. Только я могу оценить, подходит мне лекарство или нет. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
	1	2	3	4	5	6
15. Биологически активные добавки к пище (БАД) почти всегда так же эффективны как лекарственные препараты, но гораздо безопаснее их. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
	1	2	3	4	5	6
16. Если врач назначит Вам только синтетические лекарства, будете ли Вы их принимать?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
17. Если врач предложит Вам вакцинироваться, будете ли Вы выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
18. Если врач откажется назначать Вам капельницы, объясняя это «доказательной медициной», будете ли Вы довольны таким лечением?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
19. Если врач откажется назначать Вам антибиотики при простуде, станете ли Вы принимать их самостоятельно?	Обязательно буду	Вероятнее всего буду	Скорее буду	Скорее не буду	Вероятнее всего не буду	Ни за что не буду
	1	2	3	4	5	6
20. Если у Вас возникнет ощущение, что назначенные лекарства не подходят, будете ли Вы без совета с врачом прекращать их прием?	Обязательно буду	Вероятнее всего буду	Скорее буду	Скорее не буду	Вероятнее всего не буду	Ни за что не буду
	1	2	3	4	5	6
21. Если врач рекомендует изменить привычки и образ жизни, объясняя это «доказательной медициной», будете ли Вы это делать?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
22. Выбирая между природными БАД и синтетическими лекарствами, будете ли Вы принимать только БАД, а не такие лекарства?	Обязательно буду	Вероятнее всего буду	Скорее буду	Скорее не буду	Вероятнее всего не буду	Ни за что не буду
	1	2	3	4	5	6
23. Будете ли Вы длительно принимать лекарство с указанными в инструкции побочными эффектами, если его лечебное действие никак не ощущаете?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
24. Будете ли Вы продолжать приём антибиотиков до конца назначенного срока, если самочувствие заметно улучшится раньше этого срока?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
25. Будете ли Вы для защиты от инфекций вместо вакцинации принимать иммуномодуляторы и заниматься закаливанием?	Обязательно буду	Вероятнее всего буду	Скорее буду	Скорее не буду	Вероятнее всего не буду	Ни за что не буду
	1	2	3	4	5	6

РАСЧЁТ ПРИВЕРЖЕННОСТИ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Базовая анкета опросника КОП-25 ТМ1 содержит 25 вопросов и состоит из двух условных частей: «Важность научной медицины» и «Готовность следовать научной медицине». На каждый вопрос анкеты имеется 6 вариантов ответов, оцениваемых в баллах. Вес каждого балла аналогичен указанным для расчёта приверженности лечению.

Первая часть включает 15 вопросов, позволяющих определить важность для респондента проблем и критериев:

- важность знаний, альтернативных научным (вопросы 2, 3, 4, 6, 14),
- важность убеждений, альтернативных научным (вопросы 1, 5, 10, 11, 13),
- важность представлений, альтернативных научным (вопросы 7, 8, 9, 12, 15).

При подсчёте баллы суммируют, рассчитывая показатели:

- важность знаний, альтернативных научным importance of alternative scientific knowledge — АК),
- важность убеждений, альтернативных научным (importance of alternative scientific beliefs — АВ),
- важность представлений, альтернативных научным (importance of alternative scientific ideas — AI).

Для каждого расчетного показателя минимально возможное количество баллов составляет 5, а максимально возможное — 30.

Индекс важности альтернативной медицины (index of importance of alternative medicine — AS) рассчитывают, как простую арифметическую сумму всех набранных баллов. Его диапазон составляет от 15 до 90 баллов.

Номенклатура и расчёт российских и международных наименований показателя «важность альтернативной медицины» представлены в табл. 27.

Таблица 27

Технические показатели: важность альтернативной медицины

Показатель	Обозначения и признаки		
	Российское обозначение	Международное обозначение	Порядковые номера вопросов анкеты и расчёт показателя
Важность знаний, альтернативных научным	АЗ	АК	2, 3, 4, 6, 14
Важность убеждений, альтернативных научным	АУ	АВ	1, 5, 10, 11, 13
Важность представлений, альтернативных научным	АП	AI	7, 8, 9, 12, 15
Важность альтернативной медицины	АМ	AS	AS = АК + АВ + AI

Вторая часть опросника включает 10 вопросов, которые позволяют оценить степень готовности респондента к выполнению вмешательств. Эти вопросы также объединены в 3 блока:

- готовность действовать на основании знаний, альтернативных научным (вопросы 16, 17, 18, 20, 21)
- готовность действовать на основании убеждений, альтернативных научным (вопросы 16, 19, 20, 24, 25),
- готовность действовать на основании представлений, альтернативных научным (вопросы 19, 22, 23, 24, 25).

При подсчёте баллы суммируют, рассчитывая показатели:

- готовность действовать на основании знаний, альтернативных научным (willingness to act on the basis of knowledge alternative to scientific knowledge — ВК)
- готовность действовать на основании убеждений, альтернативных научным willingness to act on the basis of beliefs alternative to scientific — ВВ),
- готовность действовать на основании представлений, альтернативных научным (willingness to act on the basis of beliefs alternative to scientific — ВI).

Минимально возможное количество баллов составляет 5, а максимально возможное — 30.

Индекс готовности к альтернативной медицине (index of readiness for alternative medicine – BS) рассчитывают, как простую арифметическую сумму набранных баллов. Его диапазон составляет от 15 до 90 баллов.

Визуально первую и вторую части анкеты не разделяют.

Номенклатура и расчёт российских и международных наименований показателя «готовность к научной медицине» представлены в табл. 28.

Таблица 28

Технические показатели: готовность к альтернативной медицине

Показатель	Обозначения и признаки		
	Российское обозначение	Международное обозначение	Порядковые номера вопросов анкеты и расчёт показателя
Готовность действовать на основании знаний, альтернативных научным	БЗ	БК	16, 17, 18, 20, 21
Готовность действовать на основании убеждений, альтернативных научным	БУ	ВВ	16, 19, 20, 24, 25
Готовность действовать на основании представлений, альтернативных научным	БП	ВІ	19, 22, 23, 24, 25
Готовность к альтернативной медицине	БМ	BS	BS=БК+ВВ+ВІ

Приверженность знаниям, альтернативным научным

$$NK = 200 \div [(30 \div AK) \times (60 \div BK)], \quad (9)$$

где NK – приверженность знаниям, альтернативным научным, усл. %;
 АК – важность научных знаний, балл;
 BK – готовность действовать на основании научных знаний, балл.

Приверженность убеждениям, альтернативным научным

$$NB = 200 \div [(30 \div AB) \times (60 \div BB)], \quad (10)$$

где NB – приверженность убеждениям, альтернативным научным, усл. %;
 АВ – важность научных убеждений, балл;
 ВВ – готовность действовать на основании научных убеждений, балл.

Приверженность представлениям, альтернативным научным

$$NI = 200 \div [(30 \div AI) \times (60 \div BI)], \quad (11)$$

где NI – приверженность представлениям, альтернативным научным, усл. %;
 AI – важность научных представлений, балл;
 BI – готовность действовать на основании научных представлений, балл.

Приверженность альтернативной медицине

$$NM = (NI + 2NB + 3NK) \div 6, \quad (12)$$

где NM — приверженность альтернативной медицине, усл. %
 NI — приверженность представлениям, альтернативным научным усл. %;
 NB — приверженность убеждениям, альтернативным научным, усл. %;
 NK — приверженность знаниям, альтернативным научным усл. %.

Рекомендуется в научных исследованиях применять точность с округлением до второго знака после запятой, в медицинской практике допустимо использовать округление до целых значений. Также выделяют три уровня приверженности, соответствующие диапазонам, используемым в настоящем руководстве: «высокий» (диапазон значений 75 % и более), «средний» (диапазон значений от 50 % до 75 %) и «низкий» (диапазон значений менее 50 %) [9–11].

Повысить точность прогноза приверженности можно рассчитав коэффициент предикции. Его вычисляют как отношение полученного значения показателя готовности к полученному значению соответствующего показателя важности. Коэффициент предикции предоставляет врачу и исследователю дополнительную информацию об увеличении или уменьшении вероятности того, что респондент будет следовать рекомендациям.

Номенклатура российских и международных наименований коэффициентов предикции альтернативной медицины представлена в табл. 29.

Таблица 29

Коэффициенты предикции альтернативной медицины

Показатель	Обозначения и признаки		
	Российское обозначение	Международное обозначение	Расчёт
Коэффициент предикции знаний, альтернативных научным	ГЗ	СК	СК = BK ÷ AK
Коэффициент предикции убеждений, альтернативных научным	ГУ	СВ	СВ = BB ÷ AB
Коэффициент предикции представлений, альтернативных научным	ГП	СИ	СИ = BI ÷ AI
Коэффициент предикции альтернативной медицины	ГМ	СБ	СБ = BS ÷ AS

Интерпретация коэффициента предикции: при значении показателя 1,0 и более вероятность того, что респондент будет придерживаться действий в области альтернативной медицины увеличивается, при значении показателя менее 1,0 — уменьшается.

ОНЛАЙН КАЛЬКУЛЯТОР ДЛЯ РАССЧЕТА ПРИВЕРЖЕННОСТИ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ



Сайт КОП-25 / САА-25 Международной колаборации изучения приверженности / International Collaboration on Adherence to Treatment (МКИП / ICAT)

Калькулятор системы КОП-25 на русском и английском языках. Обеспечивает расчёт по всем шкалам системы. Содержит полные тексты актуальных российских и международных руководств по приверженности.

Адрес: <http://www.prognoz-med.ru/#/>

АНКЕТА ОЦЕНКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Далее приводятся актуальный текст анкет комплексной оценки приверженности альтернативной медицине. Анкета публикуются впервые.

КОП-25 ТМ1. Анкета оценки приверженности альтернативной медицине.

1. Для лечения следует применять любые известные методики, включая методики альтернативной медицины. Вы согласны с этим утверждением?	Нет	В основном нет	Скорее нет	Скорее да	В основном да	Да
	1	2	3	4	5	6
2. Акупунктуру, иглоукалывание и иглорефлексотерапию применяют несколько тысяч лет, потому это проверенный и нужный вид лечения. Вы согласны с этим утверждением?	Нет / не знаю об этом	В основном нет	Скорее нет	Скорее да	В основном да	Да
	1	2	3	4	5	6
3. Гомеопатия помогает организму безопасно распознать и победить болезнь, что лучше синтетических лекарств с их многочисленными побочными эффектами. Вы согласны с этим утверждением?	Нет / не знаю об этом	В основном нет	Скорее нет	Скорее да	В основном да	Да
	1	2	3	4	5	6
4. Биорезонансная терапия улучшает здоровье без применения лекарств, так как исправляет нарушенные процессы саморегуляции в организме. Вы согласны с этим утверждением?	Нет / не знаю об этом	В основном нет	Скорее нет	Скорее да	В основном да	Да
	1	2	3	4	5	6
5. Остеопатия эффективно помогает восстановить внутренние ритмы и взаимодействие тканей организма, улучшая здоровье без операций и лекарств. Вы согласны с этим утверждением?	Нет / не знаю об этом	В основном нет	Скорее нет	Скорее да	В основном да	Да
	1	2	3	4	5	6
6. Биоэнергетика, парапсихология и экстрасенсорика, исправляя биополе человека, улучшают здоровье при многих заболеваниях. Вы согласны с этим утверждением?	Нет / не знаю об этом	В основном нет	Скорее нет	Скорее да	В основном да	Да
	1	2	3	4	5	6
7. Мой организм всегда сам подскажет, что будет лучше для моего здоровья. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
	1	2	3	4	5	6
8. Электропунктура и метод Фоля выявляют нарушение энергетики организма, который приводит к развитию заболеваний. Вы согласны с этим утверждением?	Нет / не знаю об этом	В основном нет	Скорее нет	Скорее да	В основном да	Да
	1	2	3	4	5	6
9. Гомеопатия и релиз-активность, основываясь на памяти воды, обладают хорошей эффективностью и делают лечение безопасным. Вы согласны с этим утверждением?	Нет / не знаю об этом	В основном нет	Скорее нет	Скорее да	В основном да	Да
	1	2	3	4	5	6
10. Производители лекарств критикуют альтернативную медицину ни ради здоровья людей, а, чтобы сохранить свои доходы. Вы согласны с этим утверждением?	Нет / не знаю об этом	В основном нет	Скорее нет	Скорее да	В основном да	Да
	1	2	3	4	5	6
11. Натуропатия, используя только свойственные организму продукты, помогает восстановить здоровье человека естественным путем, что лучше, чем лекарствами или вакцинами. Вы согласны с этим утверждением?	Нет / не знаю об этом	В основном нет	Скорее нет	Скорее да	В основном да	Да
	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	Скорее важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6

13. Гемосканирование (диагностика по живой капле крови) обнаруживает множество заболеваний, которые не выявляют обычные анализы. Вы согласны с этим утверждением?	Нет / не знаю об этом	В основном нет	Скорее нет	Скорее да	В основном да	Да
	1	2	3	4	5	6

14. Вакцинация истощает иммунитет, при этом её плохие последствия часто скрывают, а пользу преувеличивают. Вы согласны с этим утверждением?	Нет / не знаю об этом	В основном нет	Скорее нет	Скорее да	В основном да	Да
	1	2	3	4	5	6

15. Очистка организма от шлаков важна для профилактики болезней и продления жизни. Вы согласны с этим утверждением?	Нет / не знаю об этом	В основном нет	Скорее нет	Скорее да	В основном да	Да
	1	2	3	4	5	6

16. Если Вам предложат сеансы акупунктуры (иглокалывания, иглорефлексотерапии) будете ли Вы их получать?	Нет / не знаю об этом	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

17. Если Вам предложат лечиться гомеопатическими препаратами, будете ли Вы их принимать?	Нет / не знаю об этом	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

18. Если Вам предложат биорезонансную диагностику или терапию, будете ли Вы их получать?	Нет / не знаю об этом	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

19. Если Вам предложат лечение у остеопата, будете ли Вы его получать?	Нет / не знаю об этом	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

20. Если Вам предложат вакцинироваться, будете ли Вы отказываться от прививки?	Нет / не знаю об этом	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

21. Если Вам предложат сеансы коррекции биополя, будете ли Вы их получать?	Нет / не знаю об этом	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

22. Если Вам предложат процедуры очистки организма от шлаков, будете ли Вы их проходить?	Нет / не знаю об этом	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

23. Если Вам предложат релаксационные препараты, будете ли Вы их принимать?	Нет / не знаю об этом	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

24. Если Вам предложат сеансы натуропатии (ароматерапию, гирудотерапию и др.) будете ли Вы их получать?	Нет / не знаю об этом	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

25. Если Вам предложат оценку микроэлементного состава волос или гемосканирование, будете ли Вы их проходить?	Нет / не знаю об этом	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

ОГРАНИЧЕНИЯ ОПРОСНИКОВ ПРИВЕРЖЕННОСТИ НАУЧНОЙ И АЛЬТЕРНАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

При создании опросников по возможности учитывались их объективные и субъективные ограничения.

При заполнении подобных вопросников респонденты склонны завышать или искажать свои оценки, поэтому в период разработки анкет были предприняты дополнительные шаги, направленные на повышение качества создаваемого инструментария:

- проведена предварительная рандомизация респондентов пилотных выборок по возрастному и профессиональному критериям;
- обращено особое внимание каждого респондента пилотных выборок, на то, насколько важно быть искренним и непредвзятым;
- любой вопрос, не ясный респонденту, обсуждался с профильными экспертами;
- при составлении опросника были приложены усилия к тому, чтобы сделать все 25 вопросов каждой анкеты легко понимаемым для отвечающих, вне зависимости от наличия либо отсутствия профессиональной подготовки.

К существующим ограничениям оценки приверженности научной и альтернативной медицине автор относит:

- отсутствие независимых исследований с использованием данного опросника;
- отсутствие публикаций с оценкой технических характеристик шкалы;
- возможное смещение результатов, связанное с образовательным уровнем, социальным статусом и убеждениями респондентов;
- потенциальный риск искажения информации, представляемой респондентами при заполнении анкеты, связанный с невозможностью дифференцировать совокупность их личных представлений, сформировавшихся под влиянием индивидуальной среды и личного опыта, от совокупности личных представлений, сформировавшихся под влиянием социума.

Глава 5.

Новые направления Системы КОП-25: образовательная, исследовательская и трудовая приверженность

Существуют еще ряд направлений, где разработка инструментов на основе модели КОП-25 представляется перспективной. Прежде всего, это — образовательная, исследовательская и трудовая приверженность.

В системе КОП-25 эти опросники находятся в начальной стадии своего создания. Тем не менее, их общая концепция уже разработана, так же, как и базовая кодификация (табл. 30 и 31.).

Таблица 30

Российская кодификация разрабатываемых опросников

Основной и группирующий коды	Обозначения		
	Уточняющий код, категория приверженности	Дополнительный код, вид приверженности	Международный код анкеты
КОП-25 (комплексная оценка приверженности);	О (образовательная)	1 (фактическая) 2 (потенциальная)	КОП-25 Т01 КОП-25 Т02
	Р (исследовательская)	1 (фактическая) 2 (потенциальная)	КОП-25 ТР1 КОП-25 ТР2
Т (иная приверженность)	Т (трудовая)	1 (фактическая) 2 (потенциальная)	КОП-25 ТТ1 КОП-25 ТТ2

Таблица 31

Международная кодификация разрабатываемых опросников

Основной и группирующий коды	Обозначения		
	Уточняющий код, категория приверженности	Дополнительный код, вид приверженности	Международный код анкеты
САА-25 (комплексная оценка приверженности);	О (образовательная)	1 (фактическая) 2 (потенциальная)	САА-25 Т01 САА-25 Т02
	Р (исследовательская)	1 (фактическая) 2 (потенциальная)	САА-25 ТР1 САА-25 ТР2
Т (иная приверженность)	Т (трудовая)	1 (фактическая) 2 (потенциальная)	САА-25 ТТ1 САА-25 ТТ2

Концепция предполагает постановку целей, формирование целевой аудитории и потенциальных заинтересованных сторон тестирования. Целями соответствующего тестирования в первую очередь должны являться меры помощи респондентам, направленные на учет выявленных предпочтений или проблем.

В то же время, качественное тестирование позволит предоставить информацию и другим заинтересованным сторонам — работодателям, организаторам образовательных услуг, научных исследований и т. д., которая будет полезной для принятия организационных, управленческих, методологических и других решений.

На протяжении многих лет я работаю в медицинском вузе, и хорошо вижу те потребности в части подобного тестирования, которые существуют, но до сих пор не удовлетворены.

Оценка образовательной приверженности важна как на этапе подготовки к поступлению в вуз при работе с абитуриентами, так и на этапе обучения студентов и ординаторов, поскольку с одной стороны — образовательная приверженность тесно связана с их успеваемостью [225, 226], а с другой — изучение структуры и индивидуальных приоритетов обучающихся в отношении отдельных форм обучения позволяет организатору учебного процесса индивидуализировать образовательные траектории, повышая эффективность обучения.

Не меньший интерес представляет и выявление исследовательской приверженности. Существующие подходы к организации научных исследований с участием обучающихся часто не учитывают этот фактор. Также это может быть использовано как вспомогательный инструмент профориентации на следующих ступенях научного образования, например — при поступлении и обучении в аспирантуре.

Оценка трудовой приверженности так же полезна, особенно в условиях нарастающего дефицита кадровых ресурсов страны. Выявление трудовых предпочтений наряду с прочим способно повысить эффективность формирования трудовой траектории обучающихся и выпускников.

В той или иной степени, такие вопросы важны для руководителей процессов и в других областях науки, образования и промышленности.

Предварительную работу над этими опросниками системы КОП-25 мы планируем завершить в 2025 году.

Глава 6.

В помощь исследователю: конструктор опросников системы КОП-25

Важными задачами науки является тиражирование полученных результатов и содействие научному поиску. Основанная на тринитарной модели [227], логика системы опросников КОП-25 прошла многократную проверку надежности и показала эффективность и воспроизводимость. Поэтому автор посчитал необходимым опубликовать алгоритм создания новых опросников. Надеюсь, что он окажется полезным и начинающим, и опытным исследователям в различных областях научного знания.

АЛГОРИТМ СОЗДАНИЯ ОПРОСНИКОВ

Шаг 1. Реестр вопросов

По выбранной тематике необходимо сформировать два перечня вопросов:

Первый — не менее 15 вопросов с формулировками, позволяющими оценить значимость для респондента изучаемой проблемы.

Второй — не менее 10 вопросов, с формулировками, позволяющими оценить готовность респондента к совершению или не совершению действий, направленных на решение изучаемой проблемы.

Примечание: исходно вопросов в каждом перечне может быть больше, но в этом случае их нужно рейтинговать в пилотном исследовании по степени значимости (как это делал автор, показано в главе 1). После рейтингования нужно отсечь все вопросы после 15-го в первом перечне и после 10-го во втором перечне.

Шаг 2. Реестр ответов

На каждый вопрос должно быть сформулировано 6 вариантов ответов. Вне зависимости от формулировок, 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.

При этом логика вариантов ответов должна полностью соответствовать логике вопроса.

Например, если вопрос сформулирован в виде «насколько для вас важно...», то ответы располагают в следующей последовательности: «совершенно не важно» (1), «почти не важно» (2), «скорее не важно, чем важно» (3), «скорее важно, чем неважно» (4), «достаточно важно» (5), «очень важно» (6). Если вопрос сформулирован в виде «будете ли вы...», то ответы располагают в следующей последовательности: «низа что не буду» (1), «вероятнее всего не буду» (2), «скорее не буду» (3), «скорее буду» (4), «вероятнее всего, буду» (5), «обязательно буду» (6).

Шаг 3. Рейтинг вопросов и матрица конструктора

В первом перечне вопросы следует выстроить по рейтингу, с 1-го по 15-й, от наиболее значимых (вопрос 1), к наименее значимым (вопрос 15), разделив на 3 группы по 5 вопросов в каждом.

Оптимально, если каждая такая группа вопросов решает одну из исследовательских проблем. В этом случае по рейтингу следует разделить полученные группы (по 5 вопросов в каждой), поставив на первое место наиболее значимую, а на третье место — наименее значимую.

Во второй группе аналогично следует выстроить вопросы с 1 по 10.

После этого вопросы следует расположить в анкете в соответствии с матрицей (рис. 20).

1	2		3	4		5		
х2		х3		х3		х2		
6	7		8	9		10		
х3		х1		х1		х2		
11	12		13	14		15		
х2		х1		х2		х1		
16	16	17	18		19	19	20	20
х3	х2	х3	х3		х2	х1	х3	х2
21		22		23	24	24	25	25
х3		х1		х1	х2	х1	х2	х1

Рис. 20. Матрица конструктора

Вопросы размещают следующим образом.

а) Вопросы 1–5 из первого перечня размещают в любом выбранном исследователем порядке под номерами, соответствующими темно-синим клеткам (коэффициент х3).

б) Вопросы 6–10 из первого перечня размещают в любом выбранном исследователем порядке под номерами, соответствующими синим клеткам (коэффициент х2).

в) Вопросы 11–15 из первого перечня размещают в любом выбранном исследователем порядке под номерами, соответствующими светло-синим клеткам (коэффициент х1).

г) Вопросы 1–5 из второго перечня размещают в любом выбранном исследователем порядке под номерами, соответствующими бордовым клеткам (коэффициент х3).

д) Вопросы 6–10 из второго перечня размещают в любом выбранном исследователем порядке под номерами, соответствующими светло-оранжевым клеткам (коэффициент х1).

Примечания:

1. Необходимо строго следовать указанному порядку размещения вопросов, так как это требование необходимо для последующего математического расчёта.

2. В «оранжевой» зоне размещаются 10 вопросов, при этом вопросы, попадающие в зону с коэффициентом х2 также используют в дальнейших математических расчётах.

Шаг 4. Расчёт технических показателей

Первая часть включает 15 вопросов, позволяющих определить важность для респондента проблем и критериев:

Важность 1 (вопросы 2, 3, 4, 6, 14),

Важность 2 (вопросы 1, 5, 10, 11, 13).

Важность 3 (вопросы 7, 8, 9, 12, 15),

Для каждого показателя минимальное количество баллов составляет 5, максимальное — 30.

Индекс важности рассчитывают, как простую арифметическую сумму всех набранных баллов. Его диапазон составляет от 15 до 90 баллов.

Примечание. Целесообразно каждому показателю присвоить буквенное обозначение. В конструкторе для наглядности вместо буквенных обозначений используются цветные карты.

Цветовая карта показателей важности и принципов их расчёта приведена в табл. 32

Таблица 32

Цветовая карта показателей важности

Показатель	Обозначения и признаки	
	Обозначение	Расчёт
Важность 1		$2 + 3 + 4 + 6 + 14$
Важность 2		$1 + 5 + 10 + 11 + 13$
Важность 3		$7, + 8 + 9 + 12 + 15$
Индекс важности	 =  +  + 	

Вторая часть включает 10 вопросов, позволяющих оценить готовность респондента к действию. Эти вопросы также объединены в 3 блока:

Готовность 1 (вопросы 16, 17, 18, 20, 21)

Готовность 2 (вопросы 16, 19, 20, 24, 25),

Готовность 3 (вопросы 19, 22, 23, 24, 25)

Как и в первой части опросника, минимально возможное количество баллов составляет 5, а максимально возможное — 30.

Индекс готовности рассчитывают, как простую арифметическую сумму всех набранных баллов. Его диапазон составляет от 15 до 90 баллов.

Цветовая карта показателей готовности и принципов их расчёта приведена в табл. 33.

Цветовая карта показателей готовности

Показатель	Обозначения и признаки	
	Обозначение	Расчёт
Готовность 1		16 + 17 + 18 + 20 + 21
Готовность 2		16 + 19 + 20 + 24 + 25
Готовность 3		19 + 22 + 23 + 24 + 25
Индекс готовности		 =  +  + 

Шаг 5. Расчёт основных показателей

Показатели приверженности (потенциальной приверженности) лекарственной терапии, медицинского сопровождения, модификации образа жизни и интегрального показателя приверженности лечению рассчитывают следующим образом (выражая результат в условных процентах, %):

Приверженность 1

$$\text{Приверженность 1} = 200 \div [(30 \div \text{важность 1}) \times (60 \div \text{готовность 1})],$$

где  — приверженность 1, усл. %;

 — важность 1, баллов;

 — готовность 1, баллов.

Приверженность 2

$$\text{Приверженность 2} = 200 \div [(30 \div \text{важность 2}) \times (60 \div \text{готовность 2})],$$

где  — приверженность 2, усл. %;

 — важность 2, баллов;

 — готовность 2, баллов.

Приверженность 3

$$\text{■} = 200 \div [(30 \div \text{■}) \times (60 \div \text{■})],$$

где  — приверженность 3, усл. %;

 — важность 3, баллов;

 — готовность 3, баллов.

Интегральная (общая) приверженность

$$\text{■} = (\text{■} + 2 \text{■} + 3 \text{■}) \div 6,$$

где  — интегральная (общая) приверженность 1, усл. %;

 — приверженность 3, усл. %;

 — приверженность 2, усл. %

 — приверженность 1, усл. %.

Шаг 6. Расчёт коэффициента предикции

Повысить точность прогноза приверженности можно рассчитав коэффициент предикции. Его вычисляют как отношение индекса готовности к индексу важности. Интерпретация: при значении показателя 1,0 и более вероятность того, что респондент будет придерживаться рекомендаций увеличивается, при значении показателя менее 1,0 — уменьшается.

$$\text{■} = \text{■} \div \text{■},$$

где  — коэффициент предикции, ед.;

 — индекс готовности, ед.;

 — индекс важности, ед.

ОБЩАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ

В клинической практике выделяют три уровня приверженности: «высокий» (75% и более), «средний» (от 50% до 75%) и «низкий» (менее 50%). При этом высокий уровень интерпретируют как «достаточный», средний и низкий — как «недостаточный».

Заключение

Завершая знакомство читателя с системой КОП-25, хочется кратко остановиться еще на нескольких моментах, которые представляются важными.

Прежде всего, это текущая реформа организации медицинской помощи в стране, связанная с переходом на обязательности применения клинических рекомендаций. Эту проблему я подробно освещал в специальной статье [228]. Сейчас же лишь отмечу, что формируемая система оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций является значительным шагом вперед по сравнению с разрозненным клиническим опытом, однако пока настолько несовершенна, а содержание многих клинических рекомендаций столь дискуссионно, что их обязательность в настоящих условиях вызывает сомнения. Полагаю, что нужно вернуться к вопросу актуализации структуры клинических рекомендаций, предусмотрев разделы, отражающие актуальные знания в смежных направлениях, в первую очередь в сфере искусственного интеллекта как системы поддержки принятия врачебных решений, и в области обязательной комплексной оценки приверженности лечению как инструмента индивидуализации вмешательств.

Не менее важно новым подходам учить учителей. Многие инновационные решения, успешно применяющиеся в клинической практике и показавшие свою эффективность [229, 230] остаются локальными, и с уходом их авторов часто необратимо теряются. Система КОП-25 успешно вышла из этой зоны риска, и благодаря научной коллаборации в области приверженности получила собственную жизнь в научных исследованиях. Однако в системе медицинского образования о ней почти ничего не известно.

Для расширения информированности врачей, медицинских преподавателей и исследователей автором, совместно с Ассоциацией врачей первичного звена СИРАНО (<https://edu-sirano.ru>) создан бесплатный образовательный цикл «Приверженность лечению: практикум амбулаторного врача» из 12 лекций. Это первый шаг по реальному расширению информированности, но пока вопросы приверженности не будут включены в программы медицинского образования, двигаться в этом направлении будет очень и очень трудно.

В этой связи автор в меру сил поддержит любые независимые исследования с использованием разработанных опросников, в том числе — направленные на оценку их технических параметров (чувствительности, специфичности, надежности, воспроизводимости и др.), как и разработки образовательных модулей и программ и готов оказать исследователям необходимую методическую помощь.

Все заинтересованные лица могут писать мне на электронную почту niknik.67@mail.ru.

Литература

1. Руководство по клиническим исследованиям внутренних болезней. Николаев Н.А. Монография / Москва, 2015.

2. Первый российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению: основные положения, алгоритмы и рекомендации. Драпкина О.М., Ливзан М.А., Мартынов А.И., Моисеев С.В., Николаев Н.А., Скирденко Ю.П. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2018. Т. 13. № 1–2. С. 259–271.

3. Первый российский консенсус по количественной оценке приверженности лечению (одобрен XII Национальным конгрессом терапевтов – Москва, 22–24 ноября 2017 г.). Николаев Н.А., Мартынов А.И., Драпкина О.М., Ливзан М.А., Моисеев С.В., Скирденко Ю.П., Бунова С.С., Викторова И.А., Задионченко В.С., Лазебник Л.Б., Малявин А.Г., Нелидова А.В., Нечаева Г.И., Пушкарева Л.А., Ребров А.П., Сайфутдинов Р.И., Совалкин В.И., Терентьев В.П., Тюрин В.П., Уразов В.П. и др. Терапия. 2018. № 5 (23). С. 11–32.

4. Первый российский консенсус по количественной оценке результатов медицинских вмешательств. Арутюнов А.Г., Бойцов С.А., Викторова И.А., Власов В.В., Воевода М.И., Воробьев П.А., Драпкина О.М., Задионченко В.С., Зарубина Т.В., Зырянов С.К., Карпов Р.С., Кобалава Ж.Д., Колбасников С.В., Лазебник Л.Б., Ливзан М.А., Малявин А.Г., Мартынов А.И., Медведева И.В., Моисеев С.В., Напалков Д.А. и др. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2019. Т. 14. № 2. С. 283–301.

5. The first russian consensus on the quantitative assessment of the adherence to treatment. Nikolaev N.A., Martynov A.I., Skirdenko Yu.P., Drapkina O.M., Livzan M.A., Moiseev S.V., Bunova S.S., Viktorova I.A., Zadionchenko V.S., Lazebnik L.B., Malyavin A.G., Nelidova A.V., Nechaeva G.I., Pushkaryova L.A., Rebrov A.P., Sajfutdinov R.I., Sovalkin V.I., Terentev V.P., Tyurin V.P., Urazov V.P. et al. Medical News of North Caucasus. 2019. Т. 14. № 3. С. 424–434.

6. Управление лечением на основе приверженности: алгоритмы рекомендаций для пациентов. Междисциплинарные рекомендации. 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., Агеев Ф.Т., Андреев К.А., Бабичева Л.Г., Бунова С.С., Викторова И.А., Волчегорский И.А., Галявич А.С., Гаус О.В., Гомберг В.Г., Горбенко А.В., Драпкина О.М. и др. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2020. Т. 15. № 4. С. 461–468.

7. Управление лечением на основе приверженности. 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., Ершов А.В., Агеев Ф.Т., Андреев К.А., Бабичева Л.Г., Бунова С.С., Викторова И.А., Волчегорский И.А., Воробьев П.А., Галявич А.С., Гаус О.В., Гомберг В.Г. и др. Consilium Medicum. 2020. Т. 22. № 5. С. 9–18.

8. Management of adherence-based treatment. Consensus document -clinical guidelines. English version. Nikolaev N.A., Martynov A.I., Skirdenko Yu.P., Anisimov V.N., Vasilieva I.A., Vinogradov O.I., Lazebnik L.B., Poddubnaya I.V., Roitman E.V., Ageev F.T., Andreev K.A., Babicheva L.G., Bunova S.S., Viktorova I.A., Volchegorskiy I.A., Galyavich A.S., Gaus O.V., Gomberg V.G., Gorbenko A.V., Drapkina O.M. et al. Medical News of North Caucasus. 2021. Т. 16. № 2. С. 125–134.

9. Приверженность лечению. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П., Авдеев В.Н., Анисимов В.Н., Арутюнов Г.П., Ашрафян Л.А., Бабунашвили А.М., Балыкова Л.А., Барбараш О.Л., Васильева И.А., Виноградов О.И., Гинцбург А.Л., Горелов А.В., Драпкина О.М., Иоселиани Д.Г., Карпов Р.С., Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Лазебник Л.Б. и др. Российское национальное руководство / Москва, 2022.

10. Приверженность лечению. Российское национальное руководство. Краткое издание для практических врачей. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П., Авдеев В.Н., Анисимов В.Н., Арутюнов Г.П., Ашрафян Л.А., Бабунашвили А.М., Балыкова Л.А., Барбараш О.Л., Васильева И.А., Виноградов О.И., Гинцбург А.Л., Горелов А.В., Драпкина О.М., Иоселиани Д.Г., Карпов Р.С., Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Лазебник Л.Б. и др. Терапия. 2023. Т. 9. № S1 (63). С. 1–108.

11. Приверженность в клинической практике. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П., Авдеев С.Н., Анисимов В.Н., Арутюнов Г.П., Ашрафян Л.А., Бабунашвили А.М., Балыкова 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. и др. Международное методическое руководство / Москва, 2023.

12. Международная декларация о приверженности лечению 2023 («Омская декларация»): презентация для российских читателей. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П., Андреев К.А., Горбенко А.В., Авдеев С.Н., Анисимов В.Н., Арутюнов Г.П., Ашрафян Л.А., Бабунашвили А.М., Балыкова 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. и др. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2024. Т. 19. № 1. С. 1–9.

13. Положихина М.А. Смертность в период пандемии COVID-19 и направления снижения риска: предварительные итоги 2020 г. / Экономические и социальные проблемы России. 2021. № 2. С. 50–73. doi: 10.31249/espr/2021.02.03.

14. Кашепов А.В. Избыточная смертность населения в 2020–2021 гг / Вестник Алтайской академии экономики и права. 2021. № 5–2. С. 200–207.

15. Федеральная служба государственной статистики. Естественное движение населения в разрезе субъектов Российской Федерации за май 2022 года (размещено 08.07.2022). URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/313/document/171890> (дата обращения: 20.07.2022).

16. Бердяев Н.А. Истина православия // Вестник Русского западно-европейского Патриаршего экзархата, 1952. № 11. С. 4–11.

17. Булгаков С.Н. Труды о Троичности. М.: О.Г.И, 2001, 330 с. ISBN 5-94282-005-8

18. Опрятная О.Н. Противоречия современной практики социального управления и тринитарный подход к их интерпретации // Образование и общество, 2004. № 2(25). С. 69–74.

19. Раушенбах Б.В. О логике триединости // Вопросы философии, 1990. № 11. С. 166–169.

20. Нигматуллина Ю.Г. «Срединная культура»: диалог бинарного и тринитарного мышления / Ученые записки Казанского университета. Серия гуманитарные науки, 2017. Т. 159. Кн. 1. С. 26–42.

21. Опрятная О.Н. Тринитарный подход как методологическое основание управления сложностью / Социология: методология, методы, математическое моделирование, 2005. Т.10. № 21. С. 29–50.

22. Кудж С.А., Цветков В.Я. Тринитарные системы. / Российский технологический журнал, 2019. Т. 7(6) С. 151–167. <https://doi.org/10.32362/2500-316X-2019-7-6-151-167>.

23. Цветков В.Я. Тринитарные системы / Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований, 2016. № 11(3). С. 556–556. URL: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=10539> (дата обращения: 12.11.2023).

24. Vizing VG, Toft B. The coloring of incidentors and vertices of an undirected multigraph / Discretn. Anal. Issled. Oper., 2001. Ser.1. № 8(3). P. 3–14.

25. Kuznetsov A.M. Network multigraph mathematical model and class hierarchy / J. Scientific Research Publications, 2013. № 1. P. 87–93.

26. Маклейн С. Категории для работающего математика. М.: Физматлит, 2004. 351 с. ISBN 5-9221-0400-4.

27. Rothbauer P.M. Triangulation. In: Given L.M. (Ed.) The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods // Sage Publications, 2008. P. 892–894.

28. Кудж С.А., Цветков В.Я. Качественные рассуждения: Монография. М.: МАКС Пресс, 2017. 112 с. ISBN 978-5-317-05681-0.

29. Denzin N.K. Sociological Methods: A Sourcebook. (5th Edn). Aldine Transaction, 2006. 600 p. ISBN 978-0-202-30840-1

30. Толпыгина С.Н., Марцевич С.Ю., Концевая А.В., Драпкина О.М. Ответственное самолечение — основополагающие принципы и место в современной системе здравоохранения / Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2018. № 14(1). С. 101–110.

31. Оптимизация диагностики и приверженности к лечению у пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией в амбулаторных условиях. Максименкова В.В. диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Смоленская государственная медицинская академия. Смоленск, 2009.

32. Оцінка прихильності до лікування хворих на гіпертонічну хворобу. Качан І.С. / Запорожский медицинский журнал. 2012. № 1 (70). С. 070–072.

33. Приверженность лечению больных артериальной гипертензией: состояние вопроса на современном этапе. Дюсенова Л.Б., Пивина Л.М., Балашкевич Н.А. / В сб.: формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности. Материалы IV Международной научно-практической конференции, посвященной 10-летию открытия первого в Бурятии кабинета медико-социальной

- помощи в поликлиническом звене. Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления. 2015. С. 126–127.
34. Применение тройной фиксированной комбинации как возможность повышения приверженности к антигипертензивной терапии. Чукаева И.И., Спирыкина Я.Г. / Лечебное дело. 2015. № 4. С. 70–78.
35. Вариабельность артериального давления и приверженность к лечению мужчин среднего возраста больных с артериальной гипертензией на фоне контролируемой терапии. Султанов Х.С., Алимova Н.А., Шарипова Х.Е. / Здоровоохранение Таджикистана. 2015. № 3 (326). С. 42-49.
36. Прогноз приверженности больных артериальной гипертензией к постоянной лекарственной терапии. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Жеребилов В.В. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2015. № 11–1. С. 47-50.
37. Приверженность мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной артериальной гипертензией к выполнению врачебных рекомендаций. Алимova Н.А., Шарипова Х.Е., Султонов Х.С., Негматова Г.М., Сохибов Р.Г. / Вестник Авиценны. 2015. № 3 (64). С. 71-76.
38. Прогноз приверженности к лечению как основа повышения эффективности терапии больных артериальной гипертензией. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Жеребилов В.В. Международный журнал экспериментального образования. 2016. № 3–1. С. 72.
39. Новая технология пациенториентированной терапии больных артериальной гипертензией и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Николаев Н.А., Жеребилов В.В., Скирденко Ю.П., Шустов А.В. Международный журнал экспериментального образования. 2016. № 3–1. С. 23-24.
40. Технология пациенториентированной терапии в лечении больных артериальной гипертензией. Николаев Н.А. / Современные проблемы науки и образования. 2016. № 1. С. 23.
41. Изучение факторов, оказывающих влияние на приверженность амбулаторной терапии пациентов с гипертонической болезнью. Зуйкова А.А., Муравицкая М.Н., Посметьева О.С., Ханина Е.А. / Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2018. Т. 17. № 4. С. 873–877.
42. Исследование приверженности к лечению пациентов с артериальной гипертензией в амбулаторных условиях. Янковая Т.Н., Завадкина В.А. / В сб.: Современная наука: актуальные вопросы, достижения и инновации. Сборник научных трудов по материалам X Международной научно-практической конференции. Ответственный редактор: Скорикова Екатерина Николаевна. 2019. С. 30–34.
43. Blood pressure control and cardiovascular risk profile in hypertensive patients under specialist care in argentina: results from the charter study. Marín M., Barochiner J., Rodríguez P., Renna N., Castellaro C., Espeche W., De Cerchio A., Del Sueldo M., Vissani S., Zilberman J. / Journal of Clinical Hypertension. 2019. Т. 21. № 10. С. 1456–1462.
44. Распространенность артериальной гипертензии и приверженность к ее лечению среди широкой аудитории социальных сетей: результаты интернет-опроса. Семенова О.Н., Наумова Е.А., Булаева Ю.В. / Кардиология: новости, мнения, обучение. 2019. Т. 7. № 1 (20). С. 15-23.
45. Сравнительный анализ гендерных особенностей приверженности к терапии пациентов с гипертонической болезнью. Скрижалина Е.Е., Шевцова В.И., Зуйкова А.А., Есина Е.Ю. / В сб.: НЕДЕЛЯ НАУКИ — 2020. материалы Международного молодежного форума. 2020. С. 174-176.
46. Сравнительный анализ гендерных особенностей приверженности к терапии пациентов с гипертонической болезнью. Скрижалина Е.Е., Шевцова В.И., Зуйкова А.А., Есина Е.Ю., Тимошина Е.А. / В сб.: Современная патология: опыт, проблемы, перспективы. Сборник материалов I Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Под редакцией А.В. Колсанова, Г.П. Котельникова, Т.А. Федориной. Самара, 2020. С. 473-476.
47. Эффективная антигипертензивная терапия: фокус на управление приверженностью. Бунова С.С., Жернакова Н.И., Федорин М.М., Скирденко Ю.П., Осипова О.А. / Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020. Т. 19. № 5. С. 259-266.
48. Исследование факторов, влияющих на комплаентность амбулаторных больных гипертонической болезнью. Муравицкая М.Н., Зуйкова А.А., Посметьева О.С., Тырнова Н.Ю. / Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2020. Т. 19. № 1. С. 159-164.
49. Приверженность антигипертензивной терапии больных гипертонической болезнью с различными вариантами коморбидной патологии на амбулаторно-поликлиническом этапе. Жихорева Д.Н., Муравицкая М.Н., Зуйкова А.А., Ханина Е.А., Добрынина И.С., Ковалева Л.П., Антипова Е.И. / В сб.: Молодежь и медицинская наука. материалы VIII Всероссийской межвузовской научно-практической конференции молодых ученых с международным участием. Тверь, 2021. С. 127–131.
50. Влияние информирования о совладающем адаптивном поведении на приверженность лечению курящих пациентов с артериальной гипертензией. Манюгина Е.А., Бурсиков А.В. / Вестник Ивановской медицинской академии. 2021. Т. 26. № 3. С. 27–31.

51. Особенности приверженности к лечению у больных стабильной стенокардией в сочетании с мерцательной аритмией. Жеребилов В.В., Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. *Международный журнал экспериментального образования*. 2016. № 4-3. С. 520.

52. Приверженность к лечению как возможный предиктор осложнений стабильной стенокардии. Жеребилов В.В., Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Землянов А.В., Ульбашев Д.С. *Международный журнал экспериментального образования*. 2016. № 3-1. С. 70

53. Гендерные особенности приверженности к лечению у больных стабильной стенокардией. Жеребилов В.В., Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. *Международный журнал экспериментального образования*. 2016. № 4-3. С. 509–510.

54. Тяжёлое течение стабильной стенокардии повышает приверженность больных к лекарственной терапии. Жеребилов В.В., Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Землянов А.В., Ульбашев Д.С. *Международный журнал экспериментального образования*. 2016. № 3-1. С. 22–23.

55. Приверженность к лечению и приём миокардиальных цитопротекторов у больных стабильной стенокардией. Жеребилов В.В., Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. *Международный журнал экспериментального образования*. 2016. № 4–3. С. 507–508.

56. Особенности приверженности к лечению у больных стабильной стенокардией, перенесших инфаркт миокарда. Жеребилов В.В., Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. *Международный журнал экспериментального образования*. 2016. № 5–1. С. 136–136а.

57. Приверженность к лечению у больных хронической сердечной недостаточностью. Жиленко О.М., Куценгер В.С., Нейфельд М.С., Скирденко Ю.П. / *Научное обозрение. Медицинские науки*. 2017. № 5. С. 37–40.

58. Новые подходы к индивидуализированному выбору пероральных антикоагулянтов у больных фибрилляцией предсердий. Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2018. Т. 14. № 1. С. 58–64.

59. Факторы, определяющие прогноз у высокоприверженных лекарственной терапии пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Переверзева К.Г., Фиголь А.К. / В сб.: *Материалы ежегодной научной конференции Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, посвящённой 70-летию основания ВУЗа на Рязанской земле*. Рязань, 2020. С. 36–38.

60. Количественная оценка факторов приверженности к лечению у больных инфарктом миокарда. Касаткин Е.Е., Абрамова М.Р. / *Молодежный инновационный вестник*. 2020. Т. 9. № 52. С. 85–87.

61. Генетические и негенетические факторы в оценке прогноза у высоко приверженных лекарственной терапии больных, перенесших инфаркт миокарда. Переверзева К.Г., Якушин С.С., Галус А.С., Шанина А.Р. / *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2021. Т. 20. № 4. С. 74–81.

62. Неприверженность к лечению при гиперлипидемии — фактор риска сердечно-сосудистого заболевания? Сумароков А.Б. / *Кардиологический вестник*. 2021. Т. 16. № 1. С. 28–33.

63. Фармакотерапевтические подходы к лечению стабильной стенокардии: трудные вопросы — простые решения. Сизова Ж.М. / *Медицинский совет*. 2021. № 4. С. 34–40.

64. Ассоциации полиморфизмов генов и прогноза у высоко приверженных медикаментозной терапии пациентов после инфаркта миокарда. Переверзева К.Г., Якушин С.С., Никифоров А.А., Новоселова А.А. / *Архив внутренней медицины*. 2021. Т. 11. № 5 (61). С. 380–388.

65. Оценка эффективности и безопасности использования системы удаленного наблюдения пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Переверзева К.Г., Якушин С.С. / *Терапия*. 2021. Т. 7. № 7 (49). С. 95-102.

66. Роль приверженности в терапии хронической сердечной недостаточности и пути ее повышения. Мещерина Н.С., Хардинова Е.М., Горшунова Н.К., Абросимова Н.В., Леонтьева Т.С. / *Человек и его здоровье*. 2021. Т. 24. № 3. С. 4-13.

67. Особенности приверженности к лечению у пациентов с ХСН. Шарунова Д.А., Фомина Н.В. / В сб.: *Ментальное здоровье — интеграция подходов. Материалы V Всероссийской научно-практической конференции*. Нижний Новгород, 2023. С. 120–124.

68. Приверженность лечению как неотъемлемый компонент тактики ведения пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Ларина В.Н., Замятин К.А., Шерегова Е.Н., Кудинова М.А. / *Российский кардиологический журнал*. 2024. Т. 29. № 1. С. 62–70.

69. Роль полиморбидности и полипрагмазии в приверженности к лечению кардиоваскулярных больных. Оруджова Л.А., Скирденко Ю.П., Жеребилов В.В., Николаев Н.А. *РМЖ. Медицинское обозрение*. 2016. № 3. С. 102.

70. Фибрилляция предсердий: проблемы и перспективы медицинского сопровождения, лечения и профилактики на современном этапе. Скирденко Ю.П., Жеребилов В.В., Шустов А.В., Николаев Н.А. Научное обозрение. Медицинские науки. 2016. №3. С. 115–122.

71. Приверженность к лечению у больных фибрилляции предсердий. Скирденко Ю.П., Шустов А.В., Жеребилов В.В., Николаев Н.А. Международный журнал экспериментального образования. 2016. №4–3. С. 510.

72. Гендерные особенности приверженности к лечению у больных фибрилляции предсердий. Скирденко Ю.П., Шустов А.В., Жеребилов В.В., Николаев Н.А., Чебаненко Е.В. Международный журнал экспериментального образования. 2016. №4–3. С. 508–509.

73. Treatment adherence as a new choice factor for optimization of oral anticoagulation therapy in patients with atrial fibrillation and hemostatic gene polymorphisms. Skirdenko Yu.P., Shustov A.V., Zhrebilov V.V., Nikolayev N.A. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2016. Т. 12. №5. С. 494–502.

74. Возрастные аспекты приверженности к лечению у больных мерцательной аритмией. Скирденко Ю.П., Шустов А.В., Жеребилов В.В., Николаев Н.А. Международный журнал экспериментального образования. 2016. №5-1. С. 137–137а.

75. Приверженность к лечению пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями: определяющие факторы и способы улучшения при различных видах оказания медицинской помощи. Семенова О.Н. / Дисс. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского. Саратов, 2018.

76. Количественная оценка приверженности к лечению у больных фибрилляцией предсердий в условиях реальной клинической практики. Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Терапевтический архив. 2018. Т. 90. №1. С. 17–21.

77. Оптимизация антикоагулянтной терапии у больных фибрилляцией предсердий. Скирденко Ю.П. диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. 2018.

78. Основные тренды приверженности к лечению у кардиологических больных. Андреев К.А., Плиндер М.И., Сидоров Г.Г., Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. В сборнике: Современные проблемы науки и образования. Материалы международных научных конференций, проведенных Академией Естествознания (Международной ассоциацией ученых, преподавателей и специалистов). Москва, 2018. С. 36.

79. Гендерные особенности приверженности к лечению и изменению образа жизни пациентов кардиологического профиля / Шевцова В.И., Филатова О.Н. В сб.: Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины. Материалы 77-й международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов. 2019. С. 49.

80. Оценка комплаенса и модификации образа жизни пациентов с гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца. Мелихова С.П., Шевцова В.И., Зуйкова А.А. / В сб.: Молодежь, наука, медицина. материалы 65-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием. 2019. С. 648–651.

81. Оценка комплаентности пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Шевцова В.И., Котова Ю.А., Зуйкова А.А. / В книге: Инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста. Материалы V Всероссийской научной конференции молодых специалистов, аспирантов, ординаторов. 2019. С. 67–68.

82. Вклад приверженности терапии антикоагулянтами в риск осложнений фибрилляции предсердий. Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Российский кардиологический журнал. 2019. Т. 24. №2. С. 64–69.

83. Приверженность к лечению и модификации образа жизни пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Шевцова В.И., Котова Ю.А., Филатова О.Н. / В сб.: Актуальные проблемы медико-биологических дисциплин. Сборник научных трудов IV Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых, аспирантов, студентов. Под редакцией Л.В. Матвеевой. 2019. С. 68–71.

84. The prediction of the bisoprolol effectiveness in patients with stable coronary artery disease with post-infarction atherosclerosis. Bunova S.S., Zhernakova N.I., Grishchenko A.A., Zamahina O.V., Nikolaev N.A. Journal of Cardiovascular Disease Research. 2020. Т. 11. №4. С. 105–109.

85. Пациентоориентированные технологии оценки риска и прогноза эффективности терапии кардиологических больных. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Ливзан М.А., Замахина О.В. Монография / Москва, 2019.

86. Антикоагулянтная терапия при фибрилляции предсердий в реальной практике: проблемы и перспективы. Скирденко Ю.П., Николаев Н.А., Ливзан М.А., Ершов А.В. Вестник Российской академии медицинских наук. 2019. Т. 74. №2. С. 98–107.

87. Клинически значимые пищевые предпочтения больных фибрилляцией предсердий: нозологические и региональные особенности. Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Терапевтический архив. 2019. Т. 91. № 1. С. 38–42.
88. Постинфарктный период: фокус на приверженность лечению. Кужелева Е.А., Гарганеева А.А. / Томск, 2020.
89. Анализ низкой приверженности к антикоагулянтной терапии у пациентов фибрилляцией предсердий. Есина Е.Ю., Зуйкова А.А., Посметьева О.С., Шевцова В.И. / Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2020. № 82. С. 48–50.
90. Приверженность лекарственной терапии, модификации образа жизни и медицинскому сопровождению больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Бунова С.С., Жернакова Н.И., Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020. Т. 19. № 6. С. 38–42.
91. Алгоритм выбора антикоагулянта для больных фибрилляцией предсердий. Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2020. Т. 16. № 2. С. 199–205.
92. Role of folic acid drugs in the treatment with antithrombotic and anticoagulant drugs for patients with cardiovascular diseases based on the analysis of virtual reality medical data. Zhang A., Wang J., Jing Q. / Journal of Healthcare Engineering. 2021. Т. 2021. С. 991–4787.
93. Коррекция факторов риска и антиаритмическая терапия у больных с фибрилляцией предсердий. Прекина В.И., Родин О.В., Горбунова Е.С. / В сб.: L Огарёвские чтения. Материалы всероссийской с международным участием научной конференции. В 3-х частях. Отв. за выпуск А.М. Давыдкин, сост. К.В. Родионова. Саранск, 2022. С. 365–371.
94. Факторы, определяющие комплаенс пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Гвинашвили Л.О., Лисняк М.А. / Молодой ученый. 2022. № 3 (398). С. 257–260.
95. Современная антикоагулянтная терапия при фибрилляции предсердий: приверженность пациентов в клинической практике. Скирденко Ю.П., Николаев Н.А., Переверзева К.Г., Тимакова А.Ю., Галус А.С., Якушин С.С. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2022. Т. 18. № 1. С. 49–55.
96. Возможности определения приверженности фармакотерапии у больных кардиологического профиля в амбулаторной практике. Леонтьева Т.С., Мещерина Н.С. / В сб.: Значение и эффективность современных профилактических технологий в решении задач федерального проекта по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями в амбулаторной практике. Сборник материалов Российской научно-практической конференции с международным участием. Под редакцией Н.В. Медведева. Курск, 2023. С. 133–137.
97. Уровень качества жизни и приверженности к терапии у пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Цуканова А.А., Долгих А.С. / В сб.: Молодежная наука и современность. Материалы 88 Международной научной конференции студентов и молодых ученых. В 4-х томах. Курск, 2023. С. 573–575.
98. Причины низкой приверженности антикоагулянтной терапии варфарином. Сабирзянова А.А., Галявич А.С., Хайруллин Р.Н., Балеева Л.В., Галеева З.М., Галимзянов А.Ф., Сафин Д.Д., Слютер М., Акимова С.В. / Врач. 2023. Т. 34. № 9. С. 22–25.
99. Приверженность лечению кардиологических больных: подходы к оценке, пути повышения и прогностическое значение. Холкина А.А., Исаков В.А., Тимофеев Е.В. / Juvenis Scientia. 2023. Т. 9. № 4. С. 18–34.
100. Приверженность лекарственной терапии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, перенесших COVID-19 (6 месяцев наблюдения). Тяпаева А.Р., Наумова Е.А., Семенова О.Н., Булаева Ю.В., Тяпкина Д.А., Бородай А.А. / Российский кардиологический журнал. 2024. Т. 29. № S1. С. 32–39.
101. Оценка приверженности к лечению у пациентов с остеоартрозом. Замятина Е.А., Багирова Г.Г. / Врач-аспирант. 2012. Т. 55. № 6.3. С. 433–439.
102. Социально-демографические, психологические и клинические факторы, влияющие на приверженность к терапии у пациентов с остеоартритом и коморбидными заболеваниями. Иванова А.В., Даудова П.Г., Оптовко Д.А. В сб.: Актуальные проблемы современной медицины. сборник научных статей по материалам XXVI научно-практической конференции сотрудников и студентов Института медицинского образования Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого. 2019. С. 74–81.
103. Приверженность лечению больных анкилозирующим спондилитом. Сагитова Э., Багирова Г. / Врач. 2019. Т. 30. № 11. С. 63–66.
104. Мотивация к реабилитации и ее корреляты у пациентов с травмами опорно-двигательного аппарата. Часть 2. Пермьякова М.Е., Леонтьева Е.А. / Известия Уральского федерального университета. Серия 1: Проблемы образования, науки и культуры. 2019. Т. 25. № 3 (189). С. 223–230.

105. Проблемы приверженности лечению коморбидных пациентов с ревматоидным артритом. Никитина Н.М., Егорова Е.В., Мелехина И.Ф., Григорьева С.Н., Ребров А.П. / Архивь внутренней медицины. 2020. Т. 10. №5 (55). С. 372–381.
106. Оценка результатов стоматологического обследования лиц с недифференцированной дисплазией соединительной ткани. Григорович Э.Ш., Самохина В.И., Полякова Р.В. / *Cathedra*-Кафедра. Стоматологическое образование. 2021. №78. С. 16–21.
107. Анализ приверженности лечению у больных ревматоидным артритом. Постникова П.О., Коваленко П.С., Дыдыкина И.С., Аболёшина А.В., Лила А.М. / Современная ревматология. 2022. Т. 16. №4. С. 40–45.
108. Оценка приверженности к лечению базисными противовоспалительными препаратами у больных с ревматоидным артритом. Сакенова М.М., Перевезенцева В.М., Рахимова С.С., Ережепова М.М. / Тенденции развития науки и образования. 2022. №85–9. С. 98–100.
109. Факторы, влияющие на приверженность лечению больных с первичной подагрой (обзор литературы). Карнакова М.В., Калягин А.Н., Андрющенко И.В., Максикова Т.М. / Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. 2023. №2 (66). С. 50–61.
110. Эффективность терапии и качество жизни пациентов с ревматоидным артритом в зависимости от исходной приверженности лечению. Никитина Н.М., Егорова Е.В., Богдалова Л.Р., Зиядудлаев Ш.Х., Ребров А.П. / Профилактическая медицина. 2023. Т. 26. №5. С. 78–84.
111. Комплаентность к базисной противовоспалительной терапии больных с ревматоидным артритом. Ауканова А.О., Бекболаткызы А., Мырзабай У.К., Аубек С.К. / Научный аспект. 2023. Т. 28. №12. С. 3442–3449.
112. Приверженность лечению пациентов с ХОБЛ. Малярчук С.А., Елфимов А.И., Старокожева В.С., Попандопуло А.С. / В сб.: неделя науки – 2017. Материалы всероссийского молодёжного форума с международным участием. 2017. С. 129–130.
113. Приверженность лечению пациентов с хронической обструктивной болезнью легких. Мальных Ф.Т., Малярчук С.А., Елфимов А.И. / В сб.: актуальные вопросы современной медицины. материалы X юбилейной межрегиональной научно-практической конференции врачей первичного звена здравоохранения Северо-Кавказского федерального округа «Качество жизни лиц пожилого и старческого возраста – зеркало здоровья населения». 2017. С. 158–162.
114. Influence of age, accompanying diseases and also highly treated treatment at frequency of frequency of postoperative complications after hysterectomy conducted. Kadomtsev D.V., Pasechnikova E.A., Zelinskaya M.Iu., Azarkin E. Э Theoretical & Applied Science. 2017. №6 (50). С. 90–92.
115. Сравнительный анализ эффективности лечения больных туберкулезом с разной приверженностью к лечению. Лебедь Л.В., Поддубная Л.В. / Вестник гигиены и эпидемиологии. 2019. Т. 23. №4. С. 339–343.
116. Приверженность к лечению больных бронхиальной астмой молодого возраста в зависимости от пола. Стрелова Д.А., Полетаева Н.Б. / В сб.: актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения. Материалы V Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, посвященной 75-летию Победы в Великой Отечественной войне, 90-летию УГМУ и 100-летию медицинского образования на Урале. 2020. С. 376–380.
117. Аналитическое исследование приверженности к терапии пациентов с аллергическими и неаллергическими заболеваниями верхних дыхательных путей. Жукова Н.Н., Манжос М.В., Селезнев А.В. / Социальные аспекты здоровья населения. 2020. Т. 66. №6. С. 4.
118. Возможности комбинированной бронхолитической терапии в комплексном лечении пациентов с коморбидной патологией: в фокусе пациенты с впервые выявленным туберкулезом и хронической обструктивной болезнью легких. Багишева Н.В., Мордык А.В., Викторова И.А., Трухан Д.И., Нестерова К.И., Моисеева М.В., Батищева Т.Л., Ароян А.Р. / Фарматека. 2021. Т. 28. №10. С. 93–98.
119. Факторный анализ медицинских факторов риска развития неблагоприятного исхода лечения туберкулеза у коморбидных пациентов. Багишева Н.В., Мордык А.В., Викторова И.А., Нестерова К.И., Гольяпин В.В., Ароян А.Р., Руденко С.А., Ширинская Н.В. / Фарматека. 2021. Т. 28. №5. С. 96–102.
120. Сердечно-сосудистая патология у пациентов с впервые выявленным туберкулезом и хронической обструктивной болезнью легких. Багишева Н.В., Мордык А.В., Викторова И.А., Трухан Д.И. / Медицинский совет. 2021. №14. С. 142–148.
121. Особенности фармакотерапии артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца у пациентов с туберкулезом легких на фоне хронической обструктивной болезни легких. Багишева Н.В., Викторова И.А., Мордык А.В., Моисеева М.В., Голошубина В.В., Филипенко Г.В., Ароян А.Р., Стативка Е.А. / Атмосфера. Новости кардиологии. 2021. №3. С. 29–34.

122. Комплаентность, как предиктор эффективности терапии первой линии при саркоидозе органов дыхания. Игнатьева Е.А. / В сборнике: Материалы X Съезда врачей-пульмонологов Сибири и Дальнего Востока с международным участием. 2023. С. 118–123.

123. Оценка приверженности родителей к специфическому лечению детей, больных туберкулезом. Ходоренко В.А., Яровая Ю.А., Лозовская М.Э., Максеменюк Е.В., Зубкова Е.В. / *Children's Medicine of the North-West*. 2023. Т. 11. №3. С. 125–130.

124. Возрастные и гендерные особенности пациентов с туберкулезом и сопутствующей коморбидной патологией, проживающих в сельской местности. Шапран А.А., Багишева Н.В., Мордык А.В., Моисеева М.В., Куччаева Л.Э., Закалова М.Д., Арбаева Е.С., Штейнборн И.Г. / *Клинический разбор в общей медицине*. 2023. Т. 4. № 7. С. 12–16.

125. Различные подходы в коррекции уровня приверженности лечению больных туберкулезом. Перспективы использования аддитивных технологий во фтизиатрической практике. Наумов А.Г., Шпрыков А.С. / *Пульмонология*. 2024. Т. 34. № 1. С. 80–89.

126. Психологические реакции на болезнь и приверженность лечению. Фирсова Л.Д. / *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2013. № 8. С. 41–44.

127. Психодиагностические аспекты приверженности к лечению в процессе медицинской реабилитации. Котельникова А.В., Кукшина А.А. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2016. Т. 93. № 3. С. 4–9.

128. Связь индивидуально-личностных особенностей пациентов и приверженности выполнению рекомендаций врача по гигиене полости рта. Ситкина Е.В. / *Вестник Московского университета. Серия 14: Психология*. 2019. № 3. С. 141–160.

129. Роль индивидуально-личностных особенностей пациентов в отношении к стоматологическому здоровью и приверженности выполнению рекомендаций при стоматологическом лечении. Ситкина Е.В. / диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. Санкт-Петербург, 2020.

130. Влияние депрессии на комплаентность пациентов амбулаторного звена. Шевцова В.И., Бурцева С.В., Тимошина Е.А., Шевцов А.Н. / В сб.: Молодежь и медицинская наука. Материалы VII Всероссийской межвузовской научно-практической конференции молодых ученых с международным участием. Редколлегия: М.Н. Калинкин [и др.]. Тверь, 2020. С. 666–668.

131. Концепции психосоматических соотношений в общемедицинской практике. Канаева Л.С., Царегородцев Д.А., Ромасенко Л.В., Махаева Д.В. / *Психическое здоровье*. 2020. № 7. С. 60–70.

132. Приверженность к лечению в оценках ординаторов. Миненок В.А., Солянина В.А., Овод А.И. / В сб.: Проблемы общественного здоровья и здравоохранения. сборник трудов Всероссийской научно-практической онлайн-конференции с международным участием. Курск, 2022. С. 150–154.

133. Реабилитационная приверженность личности в условиях инвалидизации: методика оценки. Морозова Е.В., Алексанин С.С., Рыбников В.Ю. / *Вестник психотерапии*. 2022. № 81. С. 79–92.

134. Социально-психологические предикторы успешности адаптации пациентов с шизофренией. Султанова А.Н., Овчинников А.А., Гаджиева У.Х., Тагильцева Е.В., Станкевич А.С., Чут У.Ю., Дубковская Л.А., Карафинка П.М., Аунбу П.С., Бахтин М.И., Мохова В.И., Жданова А.Г., Чижигов Р.Е., Сальникова С.Д. / *Международный научно-исследовательский журнал*. 2022. № 7-3 (121). С. 130–136.

135. Продуктивное влияние мотивации на здоровье популяции. Свицерская Л.Н., Тарасова О.М. / *Живая психология*. 2022. Т. 9. № 5 (37). С. 19–29.

136. Реабилитационная приверженность личности в условиях инвалидизации: психологическая концепция. Морозова Е.В. / Дисс. на соискание ученой степени доктора психологических наук / Санкт-Петербургский государственный университет. Москва, 2023.

137. Приверженность лечению у больных с расстройствами шизофренического спектра и семья больного (клинико-динамические, клинические и социально-психологические параметры). Макаревич О.В. / Дисс. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева. Санкт-Петербург, 2023.

138. Коммуникативные отношения «врач-пациент» в терапии и общей врачебной практике: фокус на приверженность. Кононова А.Г., Колбасников С.В., Кориичкина Л.Н., Зенина О.Ю. / В сб.: медицинский дискурс: теория и практика. сборник научных трудов по материалам XI международной научно-практической и образовательной конференции. Тверь, 2023. С. 20–25.

139. Профилактика инсульта и системных тромбоемболий у больных фибрилляцией предсердий, внимание на приверженность к лечению. Есина Е.Ю., Зуйкова А.А., Добрынина И.С., Бочарников А.М. / *Системный анализ и управление в биомедицинских системах*. 2019. Т. 18. № 4. С. 35–39.

140. Приверженность лечению у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями как мультифакториальная проблема. Танащян М.М., Антонова К.В., Лагода О.В., Корнилова А.А., Щукина Е.П. / Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2023. Т. 15. № 1. С. 18–27.
141. Комплаентность к терапии у пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Филимонова О.А., Вербих Т.Э., Белова Е.В. / Девиантология. 2023. Т. 7. № 1 (12). С. 26–31.
142. Приверженность пациентов к терапии прямыми ингибиторами ха-фактора в реальной клинической практике. Воробьева Н.А., Мельничук Е.Ю., Воробьева А.И. / Клиническая геронтология. 2020. Т. 26. № 11–12. С. 5–11.
143. К вопросу лабораторной оценки приверженности к терапии прямыми оральными антикоагулянтами. Воробьева Н.А., Мельничук Е.Ю., Воробьева А.И. / Тромбоз, гемостаз и реология. 2021. № 2. С. 38–46.
144. Приверженность к лечению у пациентов с заболеваниями системы крови и реципиентов аlogenных органов и тканей. Кольгаева Э.И., Дроков М.Ю., Выборных Д.Э. / Онкогематология. 2023. Т. 18. № 1. С. 132–141.
145. Возрастные особенности приверженности к лечению больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Кононова Е.Л., Мансурова К.А., Решетникова Е.И. / В сб.: Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения в России, странах Ближнего Востока и Африки. Сборник статей III научно-практической конференции с международным участием. Киров, 2023. С. 112–115.
146. Анализ качества жизни и приверженности к терапии пациентов старшего возраста с кардиоваскулярной патологией. Цуканова А.А., Долгих А.С., Попова Д.С. / В сб.: Студенческий научный форум. Материалы Международной студенческой научной конференции. Под редакцией Н.Е. Старчиковой, отв. секретарь Н.И. Нефедова. Москва, 2023. С. 45–46.
147. Ведение гериатрического пациента на основе оценки его приверженности лечению. Ниязов А.Д., Симулин М.А., Типушов А.Е., Храмцов К.В., Казин А.А., Шайгарданов И.С., Бийсолтанов Д.А., Клеменов А.В. / В книге: клиническая медицина на пути к активному долголетию. Сборник статей 3-й Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. Нижний Новгород, 2023. С. 68–73.
148. Фибрилляция предсердий у лиц старческого возраста и долгожителей: ретроспективный анализ клинического портрета пациентов с применением технологий искусственного интеллекта. Дружиков М.А., Кузнецова Т.Ю. / Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023. Т. 22. № 7. С. 25–34.
149. Роль рутинного клинического обследования в отборе пациентов для скрининга гериатрических синдромов. Лебедев Д.Т., Жернакова Н.И., Лебедев Т.Ю., Хохлюк Е.В., Осипова О.А. / Успехи геронтологии. 2023. Т. 36. № 5. С. 698–703.
150. Возрастные особенности приверженности терапии среди пациентов с бронхиальной астмой (научный обзор). Мельник С.И., Мельникова И.Ю., Багомедова К.К. / Профилактическая и клиническая медицина. 2024. № 1 (90). С. 25–32.
151. Приверженность к лечению больных хроническими заболеваниями органов пищеварения. Фирсова Л.Д., Калашникова Н.Г., Котельникова А.В., Комиссаренко И.А. / Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2011. № 8. С. 34–37.
152. Пищевое поведение в студенческой среде. Ливзан М.А., Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Федорин М.М., Горбенко А.В., Андреев К.А., Андреева Е.К., Иванов А.И., Ивахненко А.Т. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2019. № 2. С. 13–16.
153. Вынужденное пищевое поведение: насколько пациенты готовы следовать нашим рекомендациям? Скирденко Ю.П., Николаев Н.А., Ливзан М.А., Крайцер А.П., Васильева Е.О., Землянов А.В., Оруджова Л.А.К., Ульбашев Д.С. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018. № 7 (155). С. 25–29.
154. Эффективность управления питанием в реальной клинической практике: вопросов больше, чем ответов. Скирденко Ю.П., Николаев Н.А., Ливзан М.А., Крайцер А.П., Землянов А.В., Ульбашев Д.С., Оруджова Л.А., Костенко М.Б., Колбина М.В. Фарматека. 2018. № 13 (366). С. 57–62.
155. Клинически значимые пищевые предпочтения: оценка, анализ, интерпретация. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Ливзан М.А., Колбина М.В., Костенко М.Б., Макейкина М.А. Фарматека. 2018. № 9 (362). С. 85–88.
156. Приверженность к лечению пациентов с хроническим панкреатитом. Ковальногова Я.А., Боричева Д.А., Сячина А.В. / В книге: 74-я Итоговая научная конференция студентов Ростовского государственного медицинского университета. сборник материалов. Ростовский государственный медицинский университет. Ростов-на-Дону, 2020. С. 146–147.
157. Приверженность лечению пациентов с синдромом раздраженного кишечника: состояние вопроса. Суханова С.А., Тимакова А.Ю., Ливзан М.А., Федорин М.М., Скирденко Ю.П., Гаус О.В., Андреев К.А., Горбенко А.В., Плиндер М.И. / Профилактическая медицина. 2021. Т. 24. № 8. С. 101–108.

158. Низкий уровень приверженности к лекарственной терапии у пациентов гастроэнтерологического профиля. Горбенко А.В., Скирденко Ю.П., Николаев Н.А., Ливзан М.А., Андреев К.А., Федорин М.М. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2021. № 8 (192). С. 134–141.

159. Приверженность модификации образа жизни при неалкогольной жировой болезни печени. Андреев К.А., Скирденко Ю.П., Николаев Н.А., Ливзан М.А., Горбенко А.В., Федорин М.М., Кролевец Т.С. Бюлетень сибирской медицины. 2021. Т. 20. № 4. С. 112–122.

160. Приверженность лечению больных воспалительными заболеваниями кишечника. Андреев К.А., Горбенко А.В., Скирденко Ю.П., Николаев Н.А., Ливзан М.А., Бикбавова Г.Р., Федорин М.М. Бюлетень сибирской медицины. 2021. Т. 20. № 3. С. 120–128.

161. Prevalence and relationship of gastrointestinal symptoms and depression in medical students. Bunova S.S., Andreev K.A., Skirdenko Yu.P., Nikolaev N.A., Zhernakova N.I. HIV Nursing. 2022. Т. 22. № 2. С. 64–68.

162. Психологические характеристики пациентов с воспалительными кишечными заболеваниями с различным уровнем приверженности лечению. Зюзина Д.С., Щелкова О.Ю. / В книге: Психология и медицина: пути поиска оптимального взаимодействия. Сборник материалов IX международной конференции студентов и молодых ученых. Редколлегия: Н.В. Яковлева, Н.Н. Уланова, А.В. Баранова, А.А. Бекетова, Н.В. Наместникова, Д.В. Чуканов. Рязань, 2022. С. 209–215.

163. Анализ факторов, определяющих комплаентность к безглютеновой диете. Результаты самообследования пациентов с целиакией. Ашуров Г.М., Шушакова М.В., Ефремова А.Ю. / В сб.: Мечниковские чтения-2023. Сборник материалов конференции. 96-я Всероссийская научно-практическая конференция студенческого научного общества с международным участием. Санкт-Петербург, 2023. С. 142–143.

164. Роль модификации образа жизни в формировании и прогрессировании фиброза печени при НАЖБП. Кролевец Т.С., Костоглод А.В., Костоглод Т.В., Ливзан М.А., Сыровенко М.И. / РМЖ. 2023. № 5. С. 27–31.

165. Комплаентность и качество жизни больных с воспалительными заболеваниями кишечника. Джамалова Р.Д., Мухаббатов Д.К., Рахмонов Д.Т., Али-Заде С.Г. / Вестник Авиценны. 2024. Т. 26. № 1. С. 76–85.

166. Проблема комплаентности пациентов с хронической почечной недостаточностью. Лысенко Ю.С., Микита О.Ю., Пинчук А.В., Хубутя М.Ш. / Вестник психотерапии. 2020. № 76 (81). С. 109–122.

167. Приверженность к лечению пациентов с хронической почечной недостаточностью до и после трансплантации почки. Лысенко Ю.С., Микита О.Ю., Пинчук А.В., Хубутя А.Ш. / Вестник психотерапии. 2020. № 75 (80). С. 60–66.

168. Влияние инвазивных вмешательств на риск развития инфекций мочевыводящих путей, связанных с оказанием медицинской помощи, у пациентов старших возрастных групп (на примере крупного многопрофильного стационара в Алтайском крае). Сурсякова К.И., Сафьянова Т.В., Лукьяненко Н.В., Прокопьев В.В., Дронов С.В., Козлов Д.Ю. / Якутский медицинский журнал. 2021. № 4 (76). С. 70–71.

169. Экономические аспекты нон-комплаентного поведения пациентов с хронической почечной недостаточностью и пути его коррекции. Лысенко Ю.С., Микита О.Ю., Пинчук А.В., Хубутя М.Ш. / Трансплантология. 2022. Т. 14. № 3. С. 278–291.

170. Приверженность больных с хроническим простатитом и синдромом хронической тазовой боли к лечению с учетом длительности заболевания и классификации UPOINT. Лойко В.С., Попков В.М., Фомкин Р.Н., Бахметьев А.С. / Медицинский вестник Башкортостана. 2023. Т. 18. № 3 (105). С. 28–32.

171. Интегральный подход к оценке приверженности к лечению у амбулаторных пациентов с эндокринной патологией. Шахиянов А.В., Чекашкина В.В., Велиева М.М. / Синергия Наук. 2019. № 37. С. 96–100.

172. Оценка влияния медико-социальных факторов на приверженность пациентов с сахарным диабетом к модификации образа жизни. Водолагин М.В., Эккерт Н.В., Козлов В.В. / Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. 2021. Т. 13. № 5. С. 247–263.

173. Исследование приверженности к лечению у беременных с гестационным сахарным диабетом. Аксенова Е.А. / В сб.: Студент года 2022. сборник статей XX Международного научно-исследовательского конкурса. Пенза, 2022. С. 272–276.

174. Приверженность лечению и модификации образа жизни девочек-подростков с нарушением менструального цикла. Антипов М.С., Жаркин Н.А., Баринаева И.А., Красицова Н.А., Смольников Е.Н. / Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2023. Т. 19. № 2 (99). С. 52–60.

175. Предиктивная диагностика факторов риска развития саркопении у пожилых пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Самойлова Ю.Г., Матвеева М.В., Хорошунова Е.А., Подчиненова Д.В., Якимова Я.Л. / Архивъ внутренней медицины. 2024. Т. 14. № 1 (75). С. 52–62.

176. Результаты количественной оценки уровня приверженности лечению у пациентов стоматологических медицинских организаций. Григорович Э.Ш., Нагаева М.О., Худорожков Ю.Г., Смирнова Л.Е., Евтюхина Н.С., Дзюба Е.В. / *Стоматология*. 2021. Т. 100. № 6–2. С. 53–58.
177. Показатели приверженности к лечению у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта. Дзюба Е.В., Нагаева М.О. / *Пародонтология*. 2021. Т. 26. № 1. С. 38–42.
178. Влияние уровня приверженности лечению на эффективность стандартной консервативной терапии воспалительных заболеваний пародонта. Дзюба Е.В., Нагаева М.О., Григорович Э.Ш. / *Проблемы стоматологии*. 2021. Т. 17. № 4. С. 76–81.
179. Клинико-лабораторная оценка эффективности применения фармакологической композиции комбинированного действия при лечении пародонтита у лиц с недостаточной приверженностью лечению. Дзюба Е.В., Нагаева М.О. / *Проблемы стоматологии*. 2023. Т. 19. № 3. С. 58–63.
180. Клиническое и фармакоэкономическое обоснование диагностики и лечения ВИЧ-инфекции у военнослужащих ВС РФ. Булыгин М.А. / *Дисс. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова. Санкт-Петербург, 2021.*
181. Доверие и компетентность населения по вопросам вакцинопрофилактики. Контимирова Е.Н., Дзаурова Ф.А.Б. / В сб.: *Современные проблемы экологии и здоровья населения. Материалы всероссийской конференции с международным участием, посвященной 60-летию образования Восточно-Сибирского института медико-экологических исследований и IV всероссийской научно-практической конференции молодых ученых. Иркутск, 2021. С. 225–230.*
182. Оценка приверженности к лечению ОРВИ среди студентов КГМУ. Щукина Е.В., Абрамова А.Е., Малеева М.В. / В сб.: *Фармакология разных стран. Сборник научных трудов по материалам V Международной научно-практической конференции, посвященной 88-летию Курского государственного медицинского университета, 85-летию кафедры фармакологии и 10-летию Института международного образования Харбинского медицинского университета. Курск, 2022. С. 193–196.*
183. Оценка приверженности лечению больных вич-инфекцией. Пузырева Л.В., Фролова Е.В., Исаева Т.А., Ситникова С.В., Толох И.М., Балабохина М.В., Мусин М.А., Ткачук К.О. / *Забайкальский медицинский вестник*. 2023. № 2. С. 103–109.
184. Пути повышения комплаентности пациентов в программе льготного лекарственного обеспечения. Елисеева Е.В., Манеева Е.С., Кропотов А.В. / *Качественная клиническая практика*. 2019. № 3. С. 60–68.
185. Проблема приверженности к лечению в общей медицинской практике. Гогниева Д.Г., Щечко-чихин Д.Ю., Гаврилова Е.В., Сыркина Е.А., Богданова Р.С., Сыркин А.Л., Копылов Ф.Ю. / *Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия*. 2019. Т. 12. № 6. С. 510–515.
186. Опросники и шкалы для оценки приверженности к лечению — преимущества и недостатки диагностического метода в научных исследованиях и реальной клинической практике. Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. / *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2020. Т. 19. № 3. С. 232–239.
187. Рациональная фармакотерапия в реальной клинической практике сквозь призму мультиморбидности и лекарственной безопасности. Трухан Д.И. / *Клинический разбор в общей медицине*. 2020. № 2. С. 29–39.
188. Самооценка здоровья и ее ассоциации с уровнем личностной тревожности в открытой популяции: гендерный аспект. Каюмова М.М., Гакова А.А., Акимова Е.В. / *Врач*. 2022. Т. 33. № 12. С. 42–47.
189. Роль телереабилитации после инсульта в аспекте обеспечения приверженности терапии. Николаев В.А. / В сб.: *Актуальные аспекты медицинской деятельности в молодежной среде. сборник статей III научно-практической конференции с международным участием. Киров, 2023. С. 153–156.*
190. Роль фармацевтического консультирования в приверженности лечению. Свицерская Л.Н. / В сб.: *ответственное фармацевтическое консультирование и информирование в фармацевтической практике. Сборник статей II Межрегиональной научно-практической конференции. 2023. С. 56–66.*
191. Отношение к здоровью, профилактике и медицинской помощи: гендерный аспект. Акимов А.М., Каюмова М.М., Новоселов А.В., Лебедев Е.В., Бессонова М.И. / *Врач*. 2023. Т. 34. № 6. С. 45–47.
192. Комплаенс (приверженность к лечению): аналитический обзор содержания, моделей, методов диагностики и приемов коррекции. Журавлева Е.А. / *Ученые записки Российского государственного социального университета*. 2023. Т. 22. № 2 (167). С. 76–86.
193. Способы оценки приверженности к терапии при хронических заболеваниях. Кужина А.К., Рейхерт Л.И., Кичерова О.А., Зотов П.Б., Доян Ю.И. / *Паллиативная медицина и реабилитация*. 2023. № 3. С. 5–7.

194. Разработка алгоритма выявления значимых параметров для определения стадии заболевания в системе поддержки принятия врачебных решений. Серобабов А.С., Денисова Л.А. / Известия Тульского государственного университета. Технические науки. 2023. №2. С. 157-162.
195. Разработка системы поддержки принятия врачебных решений при назначении лечения пациенту. Серобабов А.С., Денисова Л.А., Серобабова А.Л. / Известия Тульского государственного университета. Технические науки. 2023. №9. С. 321-325.
196. Системная модель и архитектурное решение системы пациент-ориентированных рекомендаций для управления риском развития сердечно-сосудистых событий. Афанасьева Т.В., Платов П.В. / Автоматизация процессов управления. 2023. №1 (71). С. 15-24.
197. Роль телереабилитации после инсульта в аспекте обеспечения приверженности терапии. Николаев В.А. / В сб.: Актуальные вопросы истории медицины и современные проблемы развития здравоохранения. Сборник статей (онлайн) II научно-практической конференции с международным участием. Киров, 2024. С. 106-110.
198. Разработка электронного помощника для удаленной оценки приверженности лечению пациентов с использованием шкалы Мориски-Грин. Гаранин А.А., Рубаненко А.О., Трусов Ю.А. / Современные проблемы науки и образования. 2024. №2. С. 7.
199. Персонализированный подход к модификации образа жизни и коррекции двигательной активности у мужчин и женщин репродуктивного возраста. Галиева Г.Д., Шафранов Д.В., Томилова Е.А., Колпаков В.В., Райлян А.Л. / Человек. Спорт. Медицина. 2024. Т. 24. №1. С. 74-83.
200. Применение комбинированного препарата Эквамер в борьбе за терапевтическую эффективность и приверженность лечению. Кужелева Е.А., Гарганеева А.А., Торим Ю.Ю., Пушникова Е.Ю. / Поликлиника. 2021. №2. С. 39-42.
201. Оценка эффективности и приверженности больных с ишемической болезнью сердца лечению комбинированным препаратом ацетилсалициловой кислоты и клопидогрела: исследование КОБРА. Ломакин Н.В., Бурячковская Л.И., Сеничкина А.А., Сумароков А.Б., Доценко Ю.В., Казей В.И. / Consilium Medicum. 2021. Т. 23. №1. С. 61-69.
202. Комплексная оценка приверженности медикаментозной терапии у пациентов с острой декомпенсацией сердечной недостаточности по данным разных опросников. Окунев И.М., Кочергина А.М., Кашталап В.В. / РМЖ. Медицинское обозрение. 2022. Т. 6. №1. С. 39-44.
203. Проблемные вопросы и разработка классификаций основных параметров качества и приверженности фармакотерапии. Часть I: приверженность пациентов к лечению. Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. / Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023. Т. 22. №6. С. 86-94.
204. Генерализованное тревожное расстройство. Васильева А.В., Зинченко Ю.П., Исаева Е.Р., Караваева Т.А., Конорева А.Е., Мизинова Е.Б., Мосолов С.Н., Полторац С.В. / Клинические рекомендации. Взрослые. Электронное издание / Москва, 2021.
205. Паническое расстройство. Бебуришвили А.А., Васильева А.В., Гантман М.В., Караваева Т.А., Зинченко Ю.П., Исаева Е.Р., Мизинова Е.Б., Морозова М.А., Мосолов С.Н., Полторац С.В., Потанин С.С. / Клинические рекомендации. Взрослые. Электронное издание / Москва, 2021.
206. Психические и психосоматические расстройства в общей медицинской практике. Ромасенко Л.В., Благова О.В., Вандыш-Бубко В.В., Гиленко М.В., Ермилов О.В., Канаева Л.С., Махов В.М., Семенова Н.Д., Тарасова Г.В., Третьяков А.Ю., Чичкова Н.В. / Краткое руководство для врачей / Москва, 2023.
207. Доказательная фармакотерапия в кардиологии. Национальное руководство. Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Лукина Ю.В., Якусевич В.В., Толпыгина С.Н., Самородская И.В., Лукьянов М.М., Загребельный А.В., Метельская В.А., Поддубская Е.А., Драпкина О.М., Якушин С.С. / Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2024. Т. 20. №1. С. 105-170.
208. Фармакоэкономическая эффективность различных схем комбинированной антигипертензивной терапии у пожилых больных. Редькин Ю.В., Николаев Н.А. Терапевтический архив. 2005. Т. 77. №4. С. 62-66.
209. Принципы полифокальной терапии больных артериальной гипертонией. Николаев Н.А. Современные наукоемкие технологии. 2007. №12. С. 68.
210. Полифокальная антигипертензивная терапия инновационный путь оптимизации лечебного процесса. Николаев Н.А. Современные наукоемкие технологии. 2007. №12. С. 67-68.
211. Оптимизация терапии больных ибс в сочетании с артериальной гипертонией. Николаев Н.А. Сахарный диабет. 2008. №1. С. 20-23.
212. Доказательная гипертензиология: количественная оценка результата антигипертензивной терапии. Николаев Н.А. Москва, 2008.

213. Новые возможности оптимизации терапии больных ишемической болезнью сердца в сочетании с гипертонической болезнью. Николаев Н.А. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2008. Т. 7. № 1. С. 33–38.
214. Инновационная антигипертензивная терапия в свете завершенных научных исследований. Николаев Н.А. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2009. Т. 5. № 2. С. 89–97.
215. Доказательная гипертензиология: пациентоориентированная антигипертензивная терапия. Николаев Н.А. Москва, 2015.
216. Пациентоориентированная антигипертензивная терапия: концепция, методология, технология. Николаев Н.А. автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Ом. гос. мед. ун-т. Омск, 2016.
217. Пациентоориентированная антигипертензивная терапия: клинические рекомендации для практических врачей. Николаев Н. Врач. 2016. № 4. С. 82–85.
218. Количественная оценка приверженности к лечению в клинической медицине: протокол, процедура, интерпретация. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Жеребилов В.В. Качественная клиническая практика. 2016. № 1. С. 50–59.
219. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25). Николаев Н.А., Скирденко Ю.П. Клиническая фармакология и терапия. 2018. Т. 27. № 1. С. 74–78.
220. Шкала количественной оценки приверженности лечению «КОП-25»: актуализация формулировок, конструктивная и факторная валидность и мера согласия. 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. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2021. Т. 17. № 6. С. 845–852.
221. Специализированная анкета системы опросников КОП-25 для оценки потенциальной приверженности лечению подростков 12–14 лет: надежность и внутренняя устойчивость. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Андреев К.А., Горбенко А.В., Павлинова Е.Б., Усов Г.М., Федорин М.М. Педиатрическая фармакология. 2023. Т. 20. № 5. С. 420–426.
222. Опросник количественной оценки приверженности лечению: модификация для подростков 15–17 лет, валидизация и оценка надежности. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Павлинова Е.Б., Андреев К.А., Горбенко А.В., Захарова Т.Д., Ливзан М.А., Усов Г.М., Федорин М.М., Чебаненко Е.В. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2022. Т. 67. № 5. С. 72–77.
223. Анкеты комплексной оценки приверженности лечению КОП-25 для беременных женщин и законных представителей пациентов: внутренняя устойчивость и оценка надежности. Андреев К.А., Горбенко А.В., Савельева И.В., Скирденко Ю.П., Усов Г.М., Федорин М.М., Николаев Н.А. Научный вестник Омского государственного медицинского университета. 2024;4(2):5–11. doi: 10.61634/2782-3024-2024-14-5-11.
224. Оценка важности веры — как возможный предиктор приверженности лечению. Кашева К.А., Липперт В.Н., Голендяева П.И., Скирденко Ю.П., Федорин М.М., Горбенко А.В., Андреев К.А., Николаев Н.А. Научный вестник Омского государственного медицинского университета. 2022. Т. 2. № 3 (7). С. 4–11.
225. Медицинское образование и потенциальная приверженность лечению — сюрпризы сплошного поперечного среза. Федорин М.М., Горбенко А.В., Андреев К.А., Охотникова П.И., Демко И.В., Скирденко Ю.П., Ливзан М.А., Николаев Н.А. Профилактическая медицина. 2020. Т. 23. № 6. С. 15–21.
226. Студент в современном вузе: что влияет на успеваемость? Николаев Н.А., Остапенко В.А., Винжегина В.А., Судакова А.Н., Ахмедов В.А., Крамарь М.В., Мишанкин Ф.И. Фундаментальные исследования. 2007. № 8. С. 2.
227. Медицина и тринитарный подход. Николаев Н.А. Научный вестник Омского государственного медицинского университета. 2022. Т. 2. № 4 (8). С. 4–9.
228. Применение клинических рекомендаций: «обязательно нельзя рекомендательно» — где поставить запятую? Николаев Н.А. Терапия. 2023. Т. 9. № 4 (66). С. 7–13.
229. Рациональная фармакотерапия в кардиологии: от минимизации расходов к эффективному управлению. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Бунова С.С., Ершов А.В. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2018. Т. 14. № 2. С. 292–297.
230. Рациональная фармакотерапия в кардиологии: от рутинного контроля к эффективному управлению. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Бунова С.С., Ершов А.В. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2017. Т. 13. № 5. С. 609–614.

Научное издание

Николаев Николай Анатольевич

СИСТЕМА КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ В МЕДИЦИНЕ КОП-25

Авторское руководство для врачей и исследователей

Сетевое научное издание

Научная монография



© Николай А. Н., 2024
© ИД «Академия Естествознания»
© АНО «Академия Естествознания»
ISBN 978-5-91327-793-0

