Профилактическая медицина
2020, Т. 23, №5, с. 132-138
https://doi.org/10.17116/profmed202023051132

The Russian Journal of Preventive Medicine
2020, vol. 23, no 5, pp. 132-138
https://doi.org/10.17116/profmed202023051132

Профилактическое консультирование пациентов с множественными факторами риска: концепция «ведущего» фактора риска

© А.М. КАЛИНИНА, Б.Э. ГОРНЫЙ, М.С. КУЛИКОВА

ФГБУ «Национальный научно-исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

В статье обсуждается методический подход к персонифицированной профилактике хронических неинфекционных заболеваний у пациентов с множественными поведенческими факторами риска (ФР), в котором предлагается концепция профилактического консультирования на основе выделения и оценки «ведущего» ФР для конкретного пациента по ряду индивидуальных характеристик: уровня ФР, а также отношения самого пациента к проблеме, связанной с каждым из имеющихся у него поведенческих ФР (важность ФР, готовность пациента к изменению поведения в отношении ФР, уверенность в своей способности изменить ФР). Использование балльных оценок в расчете необходимых параметров делает доступным использование подхода в практике индивидуального мотивационного консультирования для определения эффективной стратегии профилактической работы с конкретным пациентом, имеющим множественные поведенческие ФР.

Ключевые слова: *профилактическое консультирование, множественные факторы риска, ведущий фактор риска, уровень риска, мотивация.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:
Калинина А.М. — https://orcid.org/0000-0003-2458-3629; eLibrary: SPIN: 7598-4533
Горный Б.Э. — https://orcid.org/0000-0002-9589-0186; eLibrarySPIN: 4531-6606
Куликова М.С. — https://orcid.org/0000-0002-7870-5217
Автор, ответственный за переписку: Горный Б.Э. — e-mail: bgornyy@gnicpm.ru

КАК ЦИТИРОВАТЬ:
Калинина А.М., Горный Б.Э., Куликова М.С. Профилактическое консультирование пациентов с множественными факторами риска: концепция «ведущего» фактора риска. *Профилактическая медицина.* 2020;23(5):132–138. https://doi.org/10.17116/profmed202023051132

Preventive counseling of patients with multiple risk factors: the concept of a «leading» risk factor

© A.M. KALININA, B.E. GORNYY, M.S. KULIKOVA

National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russia

ABSTRACT

The article discusses a methodological approach to personalized prevention of chronic non-infectious diseases in patients with multiple behavioral risk factors (RF), which proposes the concept of preventive counseling based on the identification and assessment of the «leading» risk factor for a particular patient based on a number of individual characteristics: the level of risk of this factor for the patient's health, as well as the individual's attitude to the problem associated with the behavioral risk factor (the importance RF of the patient's health, the patient's readiness to change behavior in relation to FR, confidence in the ability to change RF). The use of point ratings in calculating the necessary parameters makes it possible to use the approach in the practice of individual motivational counseling to determine an effective strategy for preventive work with a concrete patient who has multiple behavioral risk factors.

Keywords: *preventive counseling, multiple risk factors, leading risk factor, risk level, motivation.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:
Kalinina A.M. — https://orcid.org/0000-0003-2458-3629; eLibrary: SPIN: 7598-4533
Gornyy B.E. — https://orcid.org/0000-0002-9589-0186; eLibrarySPIN: 4531-6606
Kulikova M.S. — https://orcid.org/0000-0002-7870-5217
Corresponding author: Gornyy B.E. — e-mail: bgornyy@gnicpm.ru

TO CITE THIS ARTICLE:
Kalinina AM, Gornyy BE, Kulikova MS. Preventive counseling of patients with multiple risk factors: the concept of a «leading» risk factor. *The Russian Journal of Preventive Medicine*. 2020;23(5): 132–138. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/profmed202023051132

Больше половины смертей взрослого населения обусловлено хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ), включая сердечно-сосудистые, онкологические заболевания, хронические заболевания нижних дыхательных путей, диабет [1, 2]. К важным детерминантам ХНИЗ, вносящим существенный вклад в заболеваемость и преждевременную смертность населения, относятся: поведенческие факторы риска, такие как потребление табака, не-

здоровое питание, низкая двигательная активность, потребление алкоголя с вредными для здоровья последствиями; психосоциальные факторы, такие как стресс, тревожно-депрессивные состояния, а также отношение самого пациента к своему здоровью и уровень его медицинской грамотности в вопросах сохранения здоровья [3].

Предотвращение негативного влияния на здоровье этих факторов риска на популяционном уровне является важнейший задачей общественного здоровья, а на уровне индивидуума — профессиональной задачей специалистов медицинской профилактики, во многом зависящей от профессиональной компетенции врачей, консультирующих пациентов с факторами риска [4].

Эпидемиологические исследования как в нашей стране, так и за рубежом показывают, что у большинства взрослых людей [5—10] выявляется не один, а два или более поведенческих факторов риска. В нашей стране курят 27,7% населения, избыточно потребляют алкоголь до 11%, имеют низкую физическую активность 38,8%, недостаточное потребление овощей и фруктов — 41,9%, рыбы и морепродуктов —36,8%, избыточное потребление соли — 49,9% [5], что обусловливает необходимость поиска эффективных практических подходов к оказанию помощи таким пациентам по снижению риска заболеваний и осложнений.

Профилактическое консультирование пациента с множественными поведенческими факторами риска направлено не только на информирование о реальных или потенциальных проблемах для его здоровья, связанных с имеющимися у него факторами риска. Специалист-консультант в ходе консультации может оценить вероятность неблагоприятных последствий для здоровья пациента, связанных с конкретным фактором риска, а также оценить важность изменения поведения именно в его конкретном случае, готовность пациента начать изменения по снижению негативного влияния данного фактора риска, а также степень его уверенности в успешности этих изменений. Важно в ходе консультирования оценить также возможные барьеры на пути формирования здоровых привычек и навыков и обсудить с пациентом пути устранения возможных препятствий.

Цель статьи — предложить методический подход к повышению эффективности персонализированного профилактического консультирования пациентов с множественными поведенческими факторами риска путем выделения «ведущего» фактора риска.

Можно ли измерить поведенческие факторы риска?

Когда речь идет о количественных параметрах, например о числе выкуриваемых сигарет или объеме выпиваемого алкоголя, то для оценки связи «фактор—эффект» в отечественной гигиенической науке разработаны количественные оценки риска, основанные на математических моделях [11, 12]. Однако практическое использование таких моделей для индивидуального консультирования затруднено и, кроме того, не все поведенческих факторы риска можно измерить количественно.

Более приемлемым для оценки риска для здоровья может быть использование полуколичественной или качественной оценки этого риска, при котором достаточно понимания того, что данный поведенческий фактор негативно влияет на здоровье и, соответственно, чем больше он выражен, тем вероятнее проявление нарушений здоровья. Примером такой качественной оценки риска для здоровья может служить хорошо известное понятие оценки приверженности пациента выполнению врачебных назначений. Многократно доказано, что частота осложнений и жизненный прогноз хуже у пациентов с низкой приверженностью [13, 14]. Качественные характеристики, оцениваемые по балльным шкалам, часто применяются в интегральной оценке риска для здоровья комплекса факторов [15].

Балльная оценка ряда факторов риска основана на использовании вопросников, например, таких как AUDIT (выявление риска проблем, связанных с употреблением алкоголя) и Фагерстрем (оценка степени табачной зависимости), шкалы психологического стресса Ридера и др. [16, 17].

Понимание того, как пациенты подходят к изменению своего поведения, особенно важно, когда речь идет о присутствии у пациента нескольких поведенческих факторов риска. Так, исследование, проведенное в Великобритании, показало, что в ситуации множественных факторов риска пациенты могут избирать разные стратегии перемен поведения. Некоторые предпочитают менять поведение в отношении всех имеющихся факторов риска одновременно, а другие — действуют последовательно в зависимости от самооценки каждого из факторов риска. Так, при опросе курящих пациентов с избыточной массой тела, которые хотели бросить курить и похудеть, было показано, что большинство (около 65%) из них предпринимали одновременные усилия в отношении этих факторов, остальные предпочитали последовательный подход [18].

Ряд исследований свидетельствует, что изменения в отношении одного поведенческого фактора риска могут способствовать позитивным изменениям в отношении других факторов риска [19, 20]. Исследование S. Johnson и соавт. [21] подтвердило эффект такого взаимовлияния факторов, что демонстрирует этапность изменения, описанную в трансteоретической модели изменений поведения [22]. Так, авторы обнаружили в трех рандомизированных исследованиях, изучавших мультифакторные вмешательства, что пациенты с избыточной массой тела, которые перешли, согласно модели изменения поведения, на стадию «действие/поддержание», имели почти в 2—5 раз больше шансов добиться прогресса в отношении другого сопутствующего фактора риска по сравнению с пациентами, которые не были готовы к изменению поведения в отношении снижения избыточной массы тела [19, 21].

Объяснения такому эффекту были предложены различные. Одни авторы предполагали, что в результате изменения поведения в отношении одного фактора риска у людей повышалась самооценка и уверенность, которая распространялась и на отношение к другим сопутствующим факторам риска [23]. Рядом других авторов считается, что важен именно собственный опыт пациента по изменению поведения, при этом знания и навыки изменений поведения в отношении одного фактора риска могли быть применимы у пациентов и к другим поведенческим факторам риска. Иными словами, были получены доказательства переноса модели поведения человека в отношении одного фактора риска на сопутствующий фактор: некурящие потребляют меньше алкоголя; регулярно физически активные люди курят меньше [24, 25].

Как определить «ведущий» фактор риска?

Понимание того, что поведение в отношении здоровья является неотъемлемой составляющей поведения человека в целом, в основу методологии консультирования пациен-

тов по вопросам здоровья и изменения поведения заложены базовые принципы психологии изменения поведения и формирования мотивации [4, 21, 22, 26—28].

Мотивация к изменению поведения сопровождает человека всю жизнь, и это, прежде всего, стремление к удовлетворению физических потребностей (в еде, воздухе и т.п.). Мотивация к оздоровлению поведения в иерархии жизненных ценностей относится к более высоким целям и становится осознанной активной потребностью [27, 28].

В процессе эффективного профилактического консультирования врач-консультант старается понять, насколько важно для самого пациента достижение перемен и в какой степени он готов измениться и верит в свои собственные силы для их достижения [4]. Основоположниками учения об изменении поведения человека в широком смысле [27, 28] большое значение придается раскрытию и актуализации уникального человеческого потенциала по самоосознанию, что в полной мере можно экстраполировать и на поведение человека, связанное со здоровьем [4]. Этим эффективное профилактическое консультирование и отличается от традиционного врачебного консультирования, поскольку его цель — не просто дать совет и готовые рекомендации, а мотивировать пациента на изменение поведения, побудить его к активным действиям, которые, по мнению пациента, важны именно для него, реалистичны и наиболее достижимы [4, 28, 29].

Важно при профилактическом консультировании ориентироваться на личностно-поведенческие особенности пациента, его мотивацию, включая отношение самого пациента к изменению поведения, стремиться сформировать у пациента желание изменить поведенческие факторы (сформировать персональное «хочу—могу—сделаю») [28]. Такими характеристиками применительно к поведенческим факторам риска являются:

— осознание пациентом важности и необходимости изменений;

— готовность пациента к изменениям;

— уверенность пациента в успехе изменений.

Изменения в этих компонентах мотивации часто считаются промежуточными целями на пути к изменению поведения в отношении здоровья. Для оценки этих характеристик специалистами по мотивационному консультированию [4, 28] предложен простой подход с использованием 10-балльной шкалы («0» — низкий уровень самооценки, «10» — высокий уровень), по которой сам пациент оценивает именно для него важность фактора, готовность измениться и уверенность в успехе изменений. На этом принципе строится концепция выделения «ведущего» фактора риска, т.е. из совокупности имеющихся у пациента поведенческих факторов риска выделяется и ставится в приоритет изменений тот фактор, который по поведенческим характеристикам выделит сам пациент с помощью специалиста-консультанта.

Измерение этих параметров, на наш взгляд, может стать составной частью выбора приоритетного, или «ведущего», поведенческого фактора риска, где оценивается не только его интенсивность, но и отношение к нему самого человека. Ранее принцип построения матриц был рекомендован в работах гигиенистов для расчета популяционных уровней риска [12]. Мы предлагаем модифицированный вариант этого подхода для оценки каждого индивидуального поведенческого фактора риска по четырем компонентам: 1) интенсивность фактора риска (оценивается с помощью вопросников или измерений для количественных факторов); 2) важность перемен; 3) готовность к переменам; 4) уверенность в способности меняться. Компоненты 2, 3 и 4 оцениваются по 10-балльной шкале методом опроса, как описано выше.

Для каждого компонента рассчитывается частный индекс:

$$I_{ч} = \frac{n}{n_{max}},$$

где n — количество баллов, соответствующих определенной выраженности компонента; n_{max} — количество баллов, соответствующих максимальной выраженности компонента.

При этом за максимальную величину риска пагубного потребления алкоголя по вопроснику AUDIT принимается 40 баллов, максимальная величина риска табачной зависимости по вопроснику Фагерстрема — 10 баллов. Для избыточной массы тела максимальная величина риска — 40 кг/м^2. Максимальная величина по 10-балльной шкале самооценки характеристики отношения пациента к ФР (важности, готовности и уверенности равна 10 баллам.

Далее для каждого поведенческого фактора риска, имеющегося у пациента (набор факторов индивидуален), рассчитывается комплексный индекс:

$$I = \frac{I^{и}_{ч} + I^{в}_{ч} + I^{г}_{ч} + I^{у}_{ч}}{4},$$

где $I^{и}_{ч}$ — индекс интенсивности фактора риска; $I^{в}_{ч}$ — индекс важности; $I^{г}_{ч}$ — индекс готовности; $I^{у}_{ч}$ — индекс уверенности.

Оценивая в ходе консультации эти параметры, специалист-консультант выявляет приоритетный («ведущий») фактор риска с максимальной величиной комплексной оценки, с которого можно начинать поведенческую терапию.

В **табл. 1** приведен пример расчета для выявления «ведущего» фактора риска на основе предлагаемого метода у пациента, имеющего несколько факторов риска — риск пагубного потребления алкоголя, курение и избыточную массу тела, связанную с нерациональным питанием (индекс массы тела 30 кг/м^2).

Необходимо подчеркнуть ограничение метода, которое заключается в том, что оценивается риск для здоровья поведенческих факторов риска прежде всего по отношению к риску ХНИЗ и их осложнений, без дифференциации по рискам нарушений со стороны отдельных органов и систем, поскольку такие органоспецифические расчеты требуют специальных исследований.

Для чего необходимо определение «ведущего» фактора риска при профилактическом консультировании?

Известно, что для эффективной персонифицированной профилактической работы с пациентом, имеющим риск соматической патологии и осложнений в связи с наличием у него поведенческих факторов риска, недостаточно только информирования пациента о факторе риска. Необходимо продемонстрировать пациенту уровень его индивидуального риска [30] для более осознанной оценки проблемы именно для него.

Поведенческие факторы образа жизни тесно связаны с такими характеристиками, как тип поведения [18], отношение к здоровью, особенности установок и ценностей человека, которые уже на протяжении десятилетий изучаются в качестве детерминант здоровья, например, в качестве типов коронарно-рискованного поведения [26, 30, 31].

Таблица 1. **Алгоритм выявления ведущего фактора риска (ФР)**

Table 1. **Algorithm of identification the leading risk factor (RF)**

Компонент оценки индивидуального ФР	Индивидуальная величина компонента ФР, баллы	Максимальная величина компонента ФР, баллы
ФР — табакокурение		
Тест Фагерстрема	7	10
Важность ФР	8	10
Готовность изменить ФР	7	10
Уверенность в достижении цели	5	10
Комплексный индекс приоритетности ФР: I=(7/10+8/10+7/10+6/10)/4=0,7		
ФР — риск пагубного потребления алкоголя		
Тест АУДИТ	18	40
Важность ФР	7	10
Готовность изменить ФР	7	10
Уверенность в достижении цели	5	10
Комплексный индекс приоритетности ФР: I=(18/40+7/10+7/10+5/10)/4=0,6		
ФР — избыточная масса тела		
ИМТ	30	40
Важность ФР	9	10
Готовность изменить ФР	8	10
Уверенность в достижении цели	7	10
Комплексный индекс приоритетности ФР: I=(30/40+9/10+8/10+7/10)/4=0,8		
Вывод: Наибольшее значение индекса приоритетности при избыточной массе тела (0,8), что позволяет специалисту определить этот ФР как «ведущий» для планирования стратегии консультирования		

Таблица 2. **Алгоритм профилактического консультирования пациента с множественными факторами риска (ФР) на основе концепции «ведущего» ФР**

Table 2. **Algorithm of preventive counseling for a patient with multiple risk factors (RF) based on the concept of «leading» RF**

Алгоритм действий	Принцип концепции	Метод оценки/расчета
1-й этап	Визуализация для пациента величины индивидуального риска	Интенсивность риска (шкалы, формулы, вопросники)
2-й этап	Формирование мотивации пациента к изменениям на основе осознания им степени важности изменений, готовности к ним и уверенности в достижении результата. «Ведущий» ФР определяется по наибольшему показателю и именно этот ФР — приоритет для начала изменений поведенческих привычек и стереотипов	Метод оценки частных и комплексных индексов риска по 4 компонентам (интенсивность ФР, важность, готовность, уверенность в достижении цели)
3-й этап	Начало изменений и формирование устойчивости мотивации. Реализация принципа «хочу—могу—делаю»	Профилактическое консультирование на основе «ведущего» ФР

Основываясь на анализе междисциплинарных подходов к изучению влияния поведения человека на соматическое здоровье, сегодня мы уже можем утверждать, что поведенческая медицина становится основой медицины профилактической, в частности, персонифицированного профилактического консультирования, которое считается эффективным и экономически целесообразным способом оказания профилактической помощи пациентам с поведенческими факторами риска [32].

Алгоритм персонифицированного профилактического консультирования при множественных поведенческих факторах риска

Итак, если перед врачом находится пациент с множественными факторами риска, мы предлагаем для повышения эффективности профилактического консультирования концепцию «ведущего» фактора риска и пошаговый алгоритм его определения **(табл. 2)**.

Следует подчеркнуть, что в предложенном алгоритме не всегда можно получить согласованную оценку факторов риска. Например, вполне возможно, что наиболее негативный для здоровья фактор риска (по данным 1-го этапа) будет оценен пациентом на 2-м этапе как низкоприоритетный для него и в результате «ведущим» окажется фактор риска с меньшим уровнем выраженности. Специалист-консультант в такой ситуации должен отдать предпочтение решению пациента, и началом изменений может стать фактор с менее высоким уровнем индивидуального риска.

В качестве небольшого отступления необходимо сказать, что такой подход в определенной мере корреспондируется с одним из теоретических принципов эффективного поведенческого консультирования (принцип «низковисящих плодов»), который рассматривается в психологии поведения как базовый навык для любого человека в достижении результатов (сорвать низковисящие плоды можно с наименьшими усилиями, при этом человек получает удовлетворение в достижении этой малой цели, что, в свою очередь, повышает его уверенность в собственных силах, самооценку и закрепляет желание дальнейших действий). В то же время необходимо предостеречь от неверных трактовок такого подхо-

да как пути наименьшего сопротивления. Было бы ошибкой прямолинейно переносить понимание этого принципа применительно к эффективному профилактическому консультированию пациента с множественными факторами риска.

С учетом вышесказанного, задачи специалиста-консультанта на пути к успеху более сложны — необходимо вместе с пациентом не только оценить имеющиеся факторы риска и отношение к ним, но и помочь пациенту увидеть суть проблемы и важность изменений поведения, так как известно, что не все «низковисящие плоды» очевидны и иногда стоит их визуализировать для пациента, чему может помочь концепция выделения «ведущего» фактора риска.

Как повысить эффективность индивидуального профилактического консультирования пациентов с множественными поведенческими факторами риска?

Если у пациента имеются единичные поведенческие факторы риска, то в процессе профилактического консультирования специалисту относительно просто обосновать советы и их важность для конкретного пациента и помочь ему принять решение от «хочу измениться» через самооценку «могу измениться» к «буду менять привычки» [28]. Сложнее обстоит дело, когда у пациента имеется совокупность нездоровых поведенческих факторов риска, которые, как правило, потенцируют друг друга, закрепляются в порочный круг (курение—алкоголь—пассивный отдых на диване и т.п.), что может усугубляться средовыми факторами — окружением в семье, на работе, в трудовом коллективе.

Необходимым условием повышения эффективности профилактического персонифицированного консультирования, как подчеркивалось выше, являются взаимопонимание и партнерство врача и пациента [29]. Пациент должен понимать личную ответственность за свое здоровье и действовать не вопреки, а вместе с врачом, выполняя предписанные им профилактические рекомендации и назначения.

С принятием порядка по диспансеризации взрослого населения в первичном звене отечественного здравоохранения проведение профилактического консультирования закреплено нормативно [33], что ставит ряд организационных задач, которые, конечно, должны быть направлены не только на повышение эффективности консультирования, но и должны учитывать особенности и возможности практического здравоохранения.

Рационализация процесса консультирования через персонификацию поможет повысить его качество и сделать более эффективным. Врач, консультирующий по вопросам здоровья (специалист медицинской профилактики), понимает, что профилактическое консультирование — это доходчивое, понятное объяснение, обучение и попытка повлиять на пациента и мотивировать его к изменению и оздоровлению поведения [29].

Так, в многоцентровом исследовании в 22 европейских странах [34] в 224 учреждениях первичной медико-санитарной помощи при опросе 7947 пациентов было отмечено, что готовность к изменениям поведенческих факторов риска выразили 31,8% пациентов с риском пагубного потребления алкоголя, 29,6% курильщиков, 82,4% пациентов с избыточной массой тела; уверенность в успешном изменении поведенческих факторов риска высказали 56,3% пациентов, в том числе 63,6% физически неактивных, 46,4% курильщиков и 49,5% пациентов с риском пагубного потребления алкоголя. Изменения в этих компонентах мотивации часто считаются промежуточными целями на пути к изменению поведения [35—37].

Таким образом, специалист-консультант, оценивая (в баллах) в ходе консультации индивидуальные особенности отношения пациента к каждому из имеющихся у него поведенческих факторов риска, может количественно определить приоритетный («ведущий») фактор риска, с которого пациенту наиболее рационально начинать процесс изменения поведения и, соответственно, либо снижение риска заболевания (при его отсутствии), либо предупреждение риска осложнений (при уже имеющемся ХНИЗ).

Заключение

Учитывая, что формирование мотивации у пациента обусловлено множеством факторов, в том числе и умением специалиста эффективно консультировать, в практической работе с пациентом, имеющим множественные факторы риска, важно способствовать осознанию им необходимости и готовности изменений поведения, понимания важности этих изменений для его здоровья и оценки вероятности успеха (вера в себя). Только партнерские отношения специалиста и пациента позволят добиться действенности персонифицированного профилактического консультирования и будут способствовать формированию более здорового поведения.

На наш взгляд, использование в ходе профилактического консультирования пациентов с множественными поведенческими факторами риска предложенной концепции «ведущего» фактора риска может быть залогом эффективного персонифицированного профилактического консультирования как важной профилактической технологии [38], широко внедряемой в повседневную практику первичного звена. Кроме того, необходимо совершенствование навыков медицинских специалистов, консультирующих пациентов по вопросам здоровья, в том числе и при множественных поведенческих факторах риска.

Участие авторов: концепция и дизайн исследования, сбор и обработка материала — А.М. Калинина, Б.Э. Горный; написание текста, редактирование — А.М. Калинина, Б.Э. Горный, М.С. Куликова.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013—2020. World Health Organization, 2013. Accessed July 12, 2020. https://apps.who.int/iris/handle/10665/94384
2. World health statistics. WHO; 2012. Accessed July 12, 2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70889/WHO_IER_HSI_12.1_eng.pdf
3. Health Literacy. The solid facts. Editors: Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. WHO. Regional office. Accessed July 12, 2020. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
4. Консультирование по вопросам здоровья и формирования здорового образа жизни. Карелия. 2014. Ссылка активна на 12.07.20.

Konsul'tirovanie po voprosam zdorov'ya i formirovaniya zdorovogo obraza zhizni. Kareliya. 2014. Accessed July 12, 2020. (In Russ.).
https://docplayer.ru/70640436-Konsultirovanie-po-voprosam-zdorovya-i-formirovaniya-zdorovogo-obraza-zhizni-metodicheskoe-posobie.html

5. Баланова Ю.А., Концевая А.В., Шальнова С.А., Деев А.Д., Артамонова Г.В., Гатагонова Т.М., Дупляков Д.В., Ефанов А.Ю., Жернакова Ю.В., Ильин В.А., Конради А.О., Либис Р.А., Минаков А.В., Недогода С.В., Оганов Р.Г., Ощепкова Е.В., Романчук С.В., Ротарь О.П., Трубачева И.А., Шляхто Е.В., Бойцов С.А., Маромцева Г.А., Евстифеева С.Е., Капустина А.В., Константинов В.В., Мамедов М.Н., Баранова Е.И., Назарова О.А., Шутемова Е.А., Фурменко Г.И., Бабенко Н.И., Азарин О.Г., Бондарцов Л.В., Хвостикова А.Е., Ледяева А.А., Чумачек Е.В., Исаева Е.Н., Басырова И.Р., Кондратенко В.Ю., Лопина Е.А., Сафонова Д.В., Скрипченко А.Е., Индукаева Е.В., Черкасс Н.В., Максимов С.А., Данильченко Я.В., Мулерова Т.А., Шалаев С.В., Медведева И.В., Шава В.П., Сторожок М.А., Толпаров Г.В., Астахова З.Т., Тогузова З.А., Кавешников В.С., Карпов Р.С., Серебрякоа В.Н. Распространенность поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции по результатам исследования ЭССЕ-РФ. *Профилактическая медицина*. 2014;17(5):42-52.
Balanova YuA, Kontsevaya AV, Shal'nova SA, Deev AD, Artamonova GV, Gatagonova TM, Duplyakov DV, Efanov AYu, Zhernakova YuV, Il'in VA, Konradi AO, Libis RA, Minakov AV, Nedogoda SV, Oganov RG, Oshchepkova EV, Romanchuk SV, Rotar' OP, Trubacheva IA, Shlyahto EV, Bojcov SA, Maromceva GA, Evstifeeva SE, Kapustina AV, Konstantinov VV, Mamedov MN, Baranova EI, Nazarova OA, Shutemova EA, Furmenko GI, Babenko NI, Azarin OG, Bondarcov LV, Hvostikova AE, Ledyaeva AA, Chumachek EV, Isaeva EN, Basyrova IR, Kondratenko VYu, Lopina EA, Safonova DV, Skripchenko AE, Indukaeva EV, Cherkass NV, Maksimov SA, Danil'chenko YaV, Mulerova TA, Shalaev SV, Medvedeva IV, Shava VP, Storozhok MA, Tolparov GV, Astahova ZT, Toguzova ZA, Kaveshnikov VS, Karpov RS, Serebryakoa VN. Prevalence of behavioral risk factors for cardiovascular disease in the Russian population: Results of the ESSE-RF epidemiological study. *Preventive medicine*. 2014;17(5):42-52. (In Russ.).

6. Schuit AJ, van Loon AJM, Tijhuis M, Ocké MC. Clustering of lifestyle risk factors in a general adult population. *Preventive medicine*. 2002;35(3):219-224. https://doi.org/10.1006/pmed.2002.1064

7. Chou K-L. The prevalence and clustering of four major lifestyle risk factors in Hong Kong Chinese older adults. *J Aging Health*. 2008;20(7):788-803. https://doi.org/10.1177/0898264308321082

8. Baruth M, Addy CL, Wilcox S, Dowda M. Clustering of risk behaviours among African American adults. *Health Educ J*. 2012;71(5):565-575. https://doi.org/10.1177/0017896911411761

9. Poortinga W. The prevalence and clustering of four major lifestyle risk factors in an English adult population. *Preventive medicine*. 2007;44(2):124-128. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2006.10.006

10. Pronk NP, Anderson LH, Crain AL, Martinson BC, O'Connor PJ, Sherwood NE, Whitebird RR. Meeting recommendations for multiple healthy lifestyle factors: prevalence, clustering, and predictors among adolescent, adult, and senior health plan members. *Am J Prev Med*. 2004;27(2):25-33. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.04.022

11. Лебедева-Несевря Н.А. Методические вопросы оценки риска, связанного с воздействием поведенческих факторов на здоровье населения. *Анализ риска здоровью*. 2016;2(14):10-18.
Lebedeva-Nesevrya NA. Methodical questions on assasment of risk associated with behavioral factors' impact on population health. *Analiz riska zdorov'yu*. 2016;2(14):10-18. (In Russ.).

12. Оценка риска, связанного с воздействием факторов образа жизни на здоровье населения: Методические рекомендации. М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора; 2012.
Ocenka riska, svyazannogo s vozdejstviem faktorov obraza zhizni na zdorov'e naseleniya: Metodicheskie rekomendacii. M.: Federal'nyj centr gigieny i epidemiologii Rospotrebnadzora; 2012. (In Russ.).

13. Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю. Приверженность лечению: современный взгляд на знакомую проблему. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2017;16(1):91-95.
Lukina YV, Kutishenko NP, Martsevich SY. Treatment adherence: modern view on a well-known issue. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2017;16(1):91-95. (In Russ.).
https://doi.org/10.15829/1728-8800-2017-1-91-95

14. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization, 2003. Accessed July 12, 2020.
https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf

15. Шаболтас А.В. Риск и рискованное поведение как предмет психологических исследований. *Вестник Санкт-Петербургского университета*. 2014;12(3):5-16. Ссылка активна на 12.07.20.
Shaboltas AV. Risk i riskovannoe povedenie kak predmet psihologicheskih issledovanij. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta*. 2014;12(3):5-16. Accessed July 12, 2020. (In Russ.).
https://pureportal.spbu.ru/ru/publications

16. Jenkins CD, Rosenman RH, Friedman M. Development of an objective psychological test for the determination of the coronary-prone behavior pattern in employed men. *J Chronic Dis*. 1967;20(6):371-379.

17. Калинина А.М., Шальнова С.А., Гамбарян М.Г., Еганян Р.А., Муромцева Г.А., Бочкарева Е.В., Ким И.В. Эпидемиологические методы выявления основных хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска при массовых обследованиях населения. Методическое пособие. Под ред. проф. Бойцова С.А. М.; 2015. Ссылка активна на 12.07.20.
Kalinina A.M., Shal'nova SA, Gambaryan MG, Eganyan RA, Muromceva GA, Bochkareva EV, Kim IV. *Epidemiologicheskie metody vyyavleniya osnovnyh hronicheskih neinfekcionnyh zabolevanij i faktorov riska pri massovyh obsledovaniyah naseleniya. Metodicheskoe posobie*. Ed. by Bojcova S.A. M. 2015. Accessed July 12, 2020. (In Russ.).
https://www.gnicpm.ru

18. Koshy P, Mackenzie M, Leslie W, Lean M, Hankey C. Eating the elephant whole or in slices: views of participants in a smoking cessation intervention trial on multiple behaviour changes as sequential or concurrent tasks. *BMC Public Health*. 2012;12(1):500.
https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-500

19. Lippke S, Nigg CR, Maddock JE. Health-promoting and health-risk behaviors: Theory-driven analyses of multiple health behavior change in three international samples. *Int J Behav Med*. 2012;19(1):1-13.
https://doi.org/10.1007/s12529-010-9135-4

20. Prochaska JJ, Spring B, Nigg CR. Multiple health behavior change research: an introduction and overview. *Prev Med*. 2008;46(3):181-188.
https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.02.001

21. Johnson SS, Paiva AL, Mauriello L, Prochaska JO, Redding C, Velicer WF. Coaction in multiple behavior change interventions: Consistency across multiple studies on weight management and obesity prevention. *Health Psychology*. 2014;33(5):475-480.

22. Prochaska JO. Transtheoretical model of behavior change. *Encycl Behav Med Springer*. 2013:1997-2000.

23. Fleig L, Lippke S, Pomp S, Schwarzer R. Intervention effects of exercise self-regulation on physical exercise and eating fruits and vegetables: A longitudinal study in orthopedic and cardiac rehabilitation. *Prev Med*. 2011;53(3):182-187.
https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.06.019

24. Barnett SM, Ceci SJ. When and where do we apply what we learn? A taxonomy for far transfer. *Psychol Bull*. 2002;128(4):612-637.
https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.4.612

25. Nigg CR, Lee HR, Hubbard AE, Min-Sun K. Gateway health behaviors in college students: investigating transfer and compensation effects. *J Am Coll Heal*. 2009;58(1):39-44.
https://doi.org/10.3200/JACH.58.1.39-44

26. Lin JS, O'Connor E, Evans CV, Senger CA, Rowland MG, Groom HC. Behavioral counseling to promote a healthy lifestyle in persons with cardiovascular risk factors: a systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med Am Coll Physicians*. 2014;161(8):568-578.
https://doi.org/10.7326/M14-0130

27. Маслоу А.Г. Мотивация и личность. 3-изд/ Пер. с англ. СПб.: Питер; 2009.
Maslou AG. *Motivaciya i lichnost'*. 3-izd/ Per. s angl. SPb.: Piter; 2009. (In Russ.).

28. Миллер У.Р., Роллник С. Мотивационное консультирование: как помочь людям измениться. М.: Издательство «Э»; 2017.
Miller UR, Rollnik S. *Motivacionnoe konsul'tirovanie: kak pomoch' lyudyam izmenit'sya*. M.: Izdatel'stvo «E»; 2017. (In Russ.).

29. Калинина А.М. Концептуальная основа профилактического консультирования пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска их развития. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2012;11(4):4-9.
Kalinina AM. Conceptual basis of preventive counselling in patients with chronic non-communicable diseases and their risk factors. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2012;11(4):4-9. (In Russ.).
https://doi.org/10.15829/1728-8800-2012-4-4-9

30 Платонов Д.Ю., Костюк А.И., Брандт О.В., Цыганкова О.В. Детерминанты профилактического поведения в отношении сердечно-сосудистых заболеваний и факторов риска их развития у пациентов с гипертонической болезнью и хронической ишемической болезнью сердца. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2011;7(6):718-724.
Platonov DYu, Kostyuk AI, Brandt OV, Cygankova OV. Determinanty profilakticheskogo povedeniya v otnoshenii serdechno-sosudistyh zabolevanij i faktorov riska ih razvitiya u pacientov s gipertonicheskoj bolezn'yu i hroni-

cheskoj ishemicheskoj bolezn'yu serdca. *Racional'naya farmakoterapiya v kardiologii*. 2011;7(6):718-724. (In Russ.). https://doi.org/10.20996/1819-6446-2011-7-6-718-724

31. Мартынов А.И., Акатова Е.В., Урлаева И.В., Николин О.П., Могилевская Е.И. Поведенческий тип А и острый коронарный синдром. *Современная терапия в психиатрии и неврологии*. 2015;4:46-50.
Martynov AI, Akatova EV, Urlayeva IV, Nikolin OP, Mogilevskaya EI. Type A behavior and acute coronary syndrome. *Sovremennaya terapiya v psikhiatrii i nevrologii*. 2015;4:46-50. (In Russ.).

32. Калинина А.М., Концевая А.В., Деев А.Д. Долгосрочная экономическая эффективность программы многофакторной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в первичной медико-санитарной помощи. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2013;1(12):60-66.
Kalinina AM, Koncevaya AV, Deev AD. Dolgosrochnaya ekonomicheskaya effektivnost' programmy mnogofaktornoj profilaktiki serdechno-sosudistyh zabolevanij v pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshchi. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2013;1(12):60-66. (In Russ.). https://doi.org/10.15829/1728-8800-2013-1-60-66

33. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 марта 2019 г. №124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».
Prikaz Ministerstva zdravoohraneniya RF ot 13 marta 2019 g. No. 124n «Ob utverzhdenii poryadka provedeniya profilakticheskogo medicinskogo osmotra i dispanserizacii opredelennyh grupp vzroslogo naseleniya». (In Russ.).

34. Bulc M, Švab I, Godycki-Cwirko M. Factors that affect readiness to change lifestyle: A 22-country survey from primary care. *Eur J Gen Pract*. 2015; 21(1):33-38. https://doi.org/10.3109/13814788.2014.912269

35. Harris TR, Walters ST, Leahy MM. Readiness to change among a group of heavy-drinking college students: correlates of readiness and a comparison of measures. *J Am Coll Heal*. 2008;57(3):325-330. https://doi.org/10.3200/JACH.57.3.325-330

36. Kaysen DL, Lee CM, LaBrie JW, Tollison SJ. Readiness to change drinking behavior in female college students. *J Stud Alcohol Drugs*. 2009;(16):106-114. https://doi.org/10.15288/jsads.2009.s16.106

37. Rollnick S. Readiness, importance, and confidence: Critical conditions of change in treatment. Ed. By Miller WR, Heather N. Applied clinical psychology. Treating addictive behaviors. *Plenum Press*. 1998.

38. Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Калинина А.М. Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. 5-й пересмотр. М. 2019. Ссылка активна на 12.07.20.
Drapkina OM, Drozdova LYu, Kalinina AM. *Organizaciya provedeniya profilakticheskogo medicinskogo osmotra i dispanserizacii opredelennyh grupp vzroslogo naseleniya*. 5 peresmotr. M. 2019. Accessed July 12, 2020. https://www.gnicpm.ru

Поступила 29.01.2020
Received 29.01.2020
Принята к печати 28.04.2020
Accepted 28.04.2020