

Шляхи стимулювання модифікації способу життя з метою зменшення серцево-судинного ризику на первинній ланці медичної допомоги

Автори: Christi Deaton¹, Paul Aveyard², Monika Hollander³, Judith R. Brouwer⁴, FD Richard Hobbs⁵, на правах Правління EPCCS
Translated by Dr Iryna Voloshyna and Prof. Maryna Dolzhenko

Установи

1. University of Cambridge School of Clinical Medicine, Cambridge University Hospitals, United Kingdom
2. Behavioural Medicine, Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford, OX2 6GG, United Kingdom
3. Julius Center for Health Sciences and Primary Care, UMC Utrecht, Universiteitsweg 100, 3584 CG, Utrecht, The Netherlands,
4. Medcon International, PO Box 916, 2003 RX HAARLEM, The Netherlands
5. Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, Radcliffe Primary Care Building, University of Oxford, OX2 6GG, United Kingdom

Реферат

Спосіб життя в значній мірі визначає рівень превентивної захворюваності та смертності. Нераціональне харчування, гіподинамія, надмірне споживання алкоголю і / або куріння асоціюються зі збільшенням ризику розвитку діабету 2 типу та / або серцево-судинних захворювань. Модифікація способу життя є необхідною складовою для зниження як індивідуального ризику, так і зменшення супутніх витрат для суспільства. Фахівці первинної ланки медичної допомоги займають провідну позицію для спостереження позитивних результатів впливу модифікацій способу життя на стан здоров'я пацієнтів, але вони не завжди знають, як вони можуть стимулювати зміни щодо формування «здорового способу життя» у своїх пацієнтів. Під час двох щорічних засідань EPCCS було узагальнено доказову базу щодо ефективності різних способів стимулювання модифікацій способу життя і виділено висновки ефективних стратегій. Цей документ окреслює представлені докази щодо інгредієнтів успішних стратегій модифікації способу життя та мотиваційних інтерв'ю, а також визначає, які фактори ризику можуть бути покращені різними типами стратегій. Цей документ спрямований на надання практичних рекомендацій лікарям загальної практики та іншим медичним фахівцям первинної ланки, відносно наділення пацієнтів повноваженнями здійснити модифікацію способу життя. Під час засідань EPCCS було визначено області з недостатньою доказовою базою, які були сформульовані в цьому документі, як рекомендації для майбутніх досліджень. Також обговорено потенційний внесок та відповідальність лікарів загальної практики для стимулювати суспільних чи політичні заходів.

Зміст

Вступ	1	Ставлення персоналу первинної медичної допомоги	5
Рекомендації щодо стимулювання модифікації способу життя	2	Яка існує доказова база щодо ефективності методів?	5
Скринінгові методи	2	Докази, базовані на результатах досліджень, що оцінюють стратегії по корекції специфічних поведінкових кардіоваскулярних факторів ризику	8
Оцінка ризику	2	Припинення куріння	8
Роль лікаря загальної практики у профілактиці серцево-судинних захворювань	2	Збільшення фізичної активності	8
Ефективні стилі комунікації	3	Зменшення споживання алкоголю	9
Як почати розмову?	3	Зниження маси тіла	9
Чи має бути медичний показ для того, щоб дати пораду змінити спосіб життя?	3	Мотиваційні інтерв'ю	9
Перспективи для пацієнта	3	Підготовка медичних працівників до консультування щодо зміни способу життя	10
Інгредієнти успішних технік щодо зміни поведінки	4	Соціальні стратегії для промоції здорового способу життя	10
Постановка цілей	4	Висновок	11
Самомоніторинг	4	Рекомендації щодо подальших досліджень	12
Залучення інших	4	Література	13
Досягнення автоматичної поведінки	4		

Вступ

Спосіб життя в значній мірі визначає рівень превентивної захворюваності і смертності (яким можливо було б запобігти). Зокрема, нераціональне харчування, неактивний спосіб життя, надмірне вживання алкоголю або куріння збільшують ризик розвитку цукрового діабету 2 типу та / або хвороб серцево-судинної системи. Проблеми зі здоров'ям, пов'язані з нераціональним способом життя, асоціюються з високими витратами для суспільства. Звідси, очевидно, що для зниження ризику цих хвороб необхідні заходи, спрямовані на модифікацію способу життя, проте, не завжди відомо, як ці зміни можуть бути досягнуті. Фахівці пер-

винної ланки медичної допомоги займають вигідну позицію щодо спостереження за позитивними змінами стану здоров'я під впливом модифікації способу життя. Втім, час спілкування щодо обговорення здорового способу життя та його переваги може бути обмежений протягом консультації. Більше того, лікарі загальної практики не завжди обговорюють ці питання, побоюючись надмірного втручання в життя пацієнтів.

Під час 8-ї щорічної Клінічної Майстер-класу EPCCS, який проходив у м.Прага, (Чеська Республіка) наприкінці 2015 року та під час щорічного саміту EPCCS в м.Дублін (Ірландія) в 2017 році була обговорена доказова база щодо

ефективності різних методик, спрямованих на стимулювання модифікації способу життя, а також виділені висновки з найбільш ефективних стратегій. Більш того, були визначені недостатньо вивчені сфери, які в даному документі окреслені, як рекомендації для подальших досліджень. Цей документ описує представлені докази того, що може бути досягнуто в консультаційній кімнаті лікаря та узагальнює дискусію і висновки засідань EPCCS з метою спрямування настанови до фахівців первинної ланки задля покращення підтримки пацієнтів в досягненні здорового способу життя.

Рекомендації щодо стимулювання модифікації способу життя

У 2016 році настановою Європейського Товариства Кардіологів (ESC) щодо профілактики серцево-судинних захворювань (ССЗ) (1) було визначено профілактику ССЗ, як координований набір дій на популяційному рівні та цільових групах осіб, що спрямована на усунення або мінімізацію впливу ССЗ та асоційованих ускладнень. У багатьох регіонах з високим рівнем доходу було показано значне зниження смертності з 1980-х років, яке, в значній мірі, відбулось завдяки профілактичним заходам. Проте, було відзначено зростання таких факторів ризику, як ожиріння та цукровий діабет 2 типу (ЦД). Залишкові рівні серцево-судинної захворюваності і смертності є результатом не тільки домінування певних факторів ризику, але й збитковою імплементацією превентивних заходів (1). Встановлено, що при усуненні шкідливих звичок і модифікованих факторів ризику, можливо було б запобігти принаймні 80% серцево-судинних ускладнень (2).

Скринінгові методи

Більшість рекомендацій рекомендують комбінувати опортуністичний і систематичний скринінг. Це найбільш економічно ефективна стратегія у осіб з високим ризиком ССЗ, або з вже наявними ССЗ.

Лікарі загальної практики займають особливо важливу позицію для виявлення осіб без ССЗ в анамнезі, але мають кардіоваскулярний ризик. Незважаючи на обмаль доказів щодо ефективності, настановою 2016 ESC з профілактики рекомендується системний підхід щодо оцінки серцево-судинного ризику, з метою визначення популяції, які мають більш високий ризик, на кшталт тих, хто має сімейний анамнез ССЗ. Проведення оцінки серцево-судинного ризику у чоловіків молодших за 40 років і жінок віком до 50 років не рекомендується (1).

Оцінка ризику

Відповідно до настанови ESC 2016, оцінка ризиків повинна повторюватись, щонайменш, кожні п'ять років. Ризик може бути оцінений за допомогою системи SCORE, яка оцінює ризик фатальних ССЗ за 10 років, або іншої валідованої локально системи оцінки ризику. Короткотерміновий ризик, переважно, визначається віком. Саме тому молоді люди, особливо жінки, рідко досягають цільових рівнів лікування. Насправді, низький абсолютний 10-річний ризик може приховати дуже високий відносний ризик, який вимагає поради щодо модифікації способу життя.

Засоби спілкування щодо зменшення ризику включають використання розрахунку відносного ризику за допомогою шкал, обговорення прогнозованої тривалості життя чи вікового ризику. Предиктивні моделі прогнозованої тривалості життя здатні ідентифікувати осіб з високим ступенем ризику,

як на короткі, так і на довгострокові терміни. Адекватних доказів щодо використання оцінки прогнозованої тривалості життя відносно лікувальної тактики і значущості категорій ризику натепер бракує. Відповідно, не сформульовані рекомендації щодо їх використання, але настановою ESC визнається, що це може бути використано, як інструмент комунікації з тими, хто має високий відносний, але низький абсолютний ризик (1). В цій популяції, обговорення вікового ризику може бути корисним, оскільки це ілюструє ймовірність зменшення очікуваної тривалості життя, за умови відсутності профілактичних заходів (3).

Роль лікаря загальної практики у профілактиці серцево-судинних захворювань

Наставою ESC 2016 (1) було визначено, що превентивні заходи щодо серцево-судинних захворювань повинні здійснюватись в усіх медичних установах, в тому числі в закладах первинної медичної допомоги, і підкреслено, що значущість лікаря загальної практики в їх реалізації має становити понад 90% від усіх консультацій пацієнтів у більшості країн. Отже, лікар загальної практики відіграє життєво важливу роль в забезпеченні імплементації відповідних превентивних заходів. Лікар загальної практики - це ключова персона, яка ініціює, координує та забезпечує довготривале спостереження за реалізацією профілактики ССЗ. Фахівці первинної медичної допомоги, зокрема сімейні лікарі та їх співслужбовці, на кшталт медичних сестер, також можуть ідентифікувати пацієнтів з ймовірним ризиком, та здійснювати оцінку ризику для проведення інтервенцій на основі їхнього профілю ризику.

Представлені рекомендації є унікальними, адже враховують як індивідуалізований підхід (спрямований на людей з високим ризиком), так і інтервенції, що мають доказову базу на популяційному рівні. В настанові підкреслюється, що профілактика серцево-судинних захворювань повинна бути оцінена і реалізована на всіх рівнях суспільства та в усіх закладах охорони здоров'я. Це повинно включати в себе збільшення витрат на профілактику в галузі охорони здоров'я та на дії, які роблять громади здоровішими. Усім клініцистам слід враховувати превенцію і промоцію здорового способу життя на рівні професійної відповідальності, підтримувати дії, які сприяють формуванню здорового способу життя. Пацієнти повинні мати повноваження, мати відповідні знання і підтримку, щоб приймати обґрунтовані рішення, вимагати надійних заходів профілактики від провайдерів охорони здоров'я та суспільства. Інформованість пацієнта щодо стану свого здоров'я та можливостей поліпшити його, вочевидь, підкріплює усвідомлення відповідальності існувати здоровим способом життя.

Для обговорення ризику у окремих пацієнтів, настановою ESC рекомендується застосовувати методи когнітивної поведінки для підтримки людей у сприйнятті здорового способу життя. Визначені когнітивно-поведінкові стратегії, такі як мотиваційні інтерв'ю (4) і залучення багатопрофільних команд фахівців (наприклад медсестер, дієтологів, психологів) (5, 6), обидва отримали рекомендацію I класу рівню А, що свідчить про ґрунтовну доказову базу, отриману в результаті проведення кількох рандомізованих контрольованих клінічних досліджень (РКД) або мета-аналізів, які показали, чи є певне втручання корисним, раціональним або ефективним.

Крім того, інша рекомендація класу I рівня А свідчить про

те, що особам з дуже високим ризиком доцільно проводити мультимодальні втручання, які інтегрують медичні ресурси з інформацією про здоровий спосіб життя, фізичну активність, управління стресом та консультування щодо психо-соціальних факторів ризику (6, 7). Дійсно, якщо людина пригнічена або живе у обмежених соціальних умовах, вона може не відчувати себе готовою до змін своєї поведінки. Хоча нелегко вирішити означені питання, треба підкреслювати, що зусилля, спрямовані на надання пацієнтам можливості покращити їх спосіб життя для ліпшого стану здоров'я, ніколи не є даремним.

Невеликі зміни в поведінці можуть мати значний позитивний ефект у довгостроковій перспективі і кілька малих кроків можуть акумулюватись у на великі переваги.

Ефективні стилі комунікації

Багато людей усвідомлюють очікувану користь від змін щодо аспектів свого способу життя, і тому вони хочуть змінитись. Вони можуть бути мотивовані через вдосконалення своїх звичок. Але практика показує, що одного бажання, навіть у дуже мотивованих осіб, часто не є достатнім. Найчастіше виникають численні індивідуальні та зовнішні чинники, які перешкоджають адаптації до здорового способу життя і зламу звичної моделі поведінки. Дружня та конструктивна взаємодія між фахівцем первинної ланки і пацієнтом може дати можливість пацієнтові впоратися з хворобою і дотримувати рекомендований спосіб життя. Індивідуалізоване консультування є основою для мотивації та прихильності до змін поведінки.

В настанові ESC сформульовано перелік ефективних принципів комунікації, зокрема, приділення достатнього часу для створення терапевтичних взаємовідносин та важливість визнання думки пацієнта про його захворювання і турботи. Треба переконатись, що пацієнт розуміє поради, та слід розмовляти з ним «однією мовою». Важливо визнати, що довготривала зміна життєвих звичок може бути складною, і що поступові зміни часто є більш постійними, ніж швидкі поведінкові зміни (1).

Крім того, наведено десять стратегічних кроків для полегшення модифікації способу життя (7). Фахівець первинної ланки повинен створити терапевтичний альянс, а також консультувати осіб з наявним ризиком чи існуючим ССЗ. Пацієнтам слід допомагати зрозуміти зв'язок між способом життя та їх здоров'ям. Допоможіть індивідам оцінити потенційні перешкоди для зміни їх поведінки, і акцентуйте, наприклад, на психосоціальних факторах ризику, таких як стрес чи соціальна ізоляція при проведенні індивідуальних або групових сеансів. Добре, якщо запитати пацієнтів, на чому вони хочуть зосередитись насамперед і отримайте від них зобов'язання модифікувати спосіб життя. Використовуйте комбінацію стратегій, включаючи підкріплення можливостей індивідуума до очікуваних змін. План модифікації способу життя повинен бути розроблений, поєднуючи реалістичні цілі з самоконтролем обраної поведінки (5). Інші фахівці охорони здоров'я, такі як дієтологи, фізіотерапевти, психіатри, соціальні працівники та психологи, повинні залучатися, коли це можливо, і прогрес слід контролювати шляхом подальшого спостереження (7).

Кілька індивідуальних (мотивація, звички, ресурси) і контекстуальних (настрій, можливості та витрати) факторів

впливають на ймовірність того, що людина веде себе певним чином. Поведінковий потенціал, а саме вірогідність прийняття певної відповіді в даному контексті, після ініціальної поведінкової зміни, модифікується в часі та контексті. Прийняття нової поведінки може спричинити декілька відхилень, що потім знову зміняться покращенням поведінки, перш ніж стане сталою поведінкою (8). Доречно підготувати пацієнтів до майбутніх можливих поведінкових девіацій. Хороші відносини між лікарем і пацієнтом з довгостроковими спостереженнями можуть допомогти людині повернутися до нової поведінки, навіть у разі виникнення рецидиву.

Як почати розмову?

Чи має бути медичний показ для того, щоб дати пораду змінити спосіб життя?

Багато лікарів вважають, що найкращим моментом дати пораду, на кшталт, консультування щодо припинення куріння - це коли пацієнт задає питання про здоров'я, пов'язане з курінням (9, 10). Ця думка, однак, не є що підтверджується доказами щодо передумов припинення паління після консультування лікаря (11). Деякі дані свідчать, що пацієнти можуть, насправді, бути більш схильні до роздратування, коли поради пов'язана з поточною медичною проблемою, оскільки вона може бути інтерпретована, як звинувачення у спричиненні хвороби (12). Відсутність медичних причин для початку бесіди не обов'язково має бути бар'єром. В систематичному огляді та мета-аналізі (13) були оцінені як ефективність коротких поради щодо припинення куріння, так і пропозиції застосування замісної терапії нікотином (НЗТ) у курців без мотивації припинення паління. За даними 13 досліджень було показано, що надання підтримки відносно припинення паління мало більший вплив у пацієнтів, які намагались кинути палити (RR: 2.17, 95% ДІ: 1.52-3.11), ніж надання рекомендацій щодо припинення паління з медичних причин (RR: 1.24, 95% ДІ: 1.16 -1.33) та пропонуючи НЗТ (RR: 1.68; 95% ДІ: 1.48-1.89), у порівнянні з ненаданням порад. Збільшення спроб зупинити паління не завжди призводить до кращих результатів щодо припинення паління. Включені дослідження, які показали збільшення спроб кинути палити після пропонування поведінкової підтримки, або НЗТ не враховували бажання кинути палити до надання допомоги. Тому автори прийшли до висновку, що підтримку для припинення паління слід пропонувати більш широко, оскільки попередня оцінка бажання кинути палити може не включати тих, хто також мав шанси на допомогу (13).

Перспективи для пацієнта

В одному дослідженні оцінювали ефективність опортуністичних пропозицій участі у групі контролю ваги пацієнтам із ожирінням, а також їх сприйняття доцільності цього втручання (14). З 2728 потенційних пацієнтів, 1882 були включені і рандомізовані в одну з двох 30-секундних інтервенцій. В групі активних інтервенцій пацієнтів адресували до групи контролю ваги. Якщо ця пропозиція приймалась, лікар пропонував подальше спостереження. У контрольній групі інтервенцій лікар давав поради щодо користі здоров'ю пацієнта від втрати ваги. В групу активних інтервенцій увійшло 722 (77%) особи, а 379 (40%) з них взяли участь у групі менеджменту ваги, у порівнянні з 82 (9%) особами, які були рандомізовані до контрольної групи.

В середньому, було зареєстровано зменшення маси тіла на 2,43 кг через 12 місяців в групі активних інтервенцій та 1,04 кг в групі втручання тільки з порадою (скоригована різниця: 1,43, 95% ДІ: 0,89-1,97). Кількість учасників, які втратили щонайменше 5% або 10% маси тіла за 12 місяців була, що найменш, вдвічі більшою у групі менеджменту ваги проти втручання тільки з порадою, (5% маси тіла: 25 проти 14%, 10% ваги тіла: 12 проти 6%).

На питання про те, що вони думали про лікаря, який акцентує питання щодо їх ваги, коли вони прийшли на консультацію з іншої причини, 1530 (81%) учасників вважали це доцільним та корисним. Чотири (<1%) пацієнти вважали це втручання недоцільним і непотрібним. Рейтинги учасників щодо доцільності та корисності коротких інтервенцій істотно не відрізнялись в обох групах інтервенцій.

Хоча лікарі загальної практики можуть бути стурбовані можливою образою пацієнтів, обговорюючи питання ваги, це дослідження показало, що, коли мова йде про корисний, конструктивний спосіб, це в, основному, сприймається як позитивне втручання, і воно є ефективним (14).

Інгредієнти успішних технік щодо зміни поведінки

У всіх ефективних когнітивно-поведінкових методиках, які теж називають психоосвітніми втручаннями, або методами зміни поведінки (BCTs), основна увага приділяється зміні способу, яким людина думає про себе, свою поведінку та обставини, і про те, як вони можуть модифікувати свій спосіб життя.

Завдяки клінічним дослідженням була проведена оцінка ефективності BCTs, проте звітність про такі складні процеси, як правило, є недостатньою, з великою варіабельністю термінології, що ускладнює відтворюваність даних. Для оптимізації зусиль і зміцнення доказової бази щодо інтервенцій, доцільним є розробка відповідної таксономії з BCTs (15, 16). Таксономія може виявитись корисним методологічним інструментом у дослідженні, яке має на меті характеризувати активні компоненти інтервенцій з певною чутливістю і специфічністю (16).

Постановка цілей

Когнітивна поведінкова стратегія має бути відповідною щоденному життю пацієнта. Лікар може допомогти пацієнту визначити цілі і зрозуміти те, як певні цілі можна перетворити на значущі дії. Оптимальним є формулювання набору малих, реалістичних цілей, оскільки пацієнти, таким чином, матимуть впевненість в тому, що вони досягнуть мету. Пацієнта слід готувати до можливих невдач, формулюючи, як саме вони повинні реагувати в певних ситуаціях (якщо ... буває, тоді я буду ...), якщо вони не дотримуються своїх планів; це допоможе їм зберегти реалістичні очікування. Прогнозування може стати в нагоді щодо визначення ймовірних перешкод і стратегій їх подолання. Пацієнту слід визначитись зі своїми цілями та сформулювати основні правила модифікації способу життя. Більш ефективною стратегією є визначення ряду правил, що мають чіткі межі, і вони пов'язані з почуттям ідентичності, наприклад, якщо пацієнт визначає себе як некурця. Якщо правила включають в себе певні значення, їх легше наслідувати. Багаторазове повторення правил, в решті, стає звичкою. Звичка працює

так само, як "якщо .. тоді" сценарії, за винятком того, що це вже не пізнавальний процес, а скоріше, інстинктивний.

В світлі визначення реалістичних цілей щодо здорового способу життя, цікавим є розглядання терміну "позитивне здоров'я". На протипагу визначенню, сформульованому Всесвітньою організацією охорони здоров'я в 1948 році, в якому здоров'я є "станом повного" фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутністю хвороби чи немочі", пропонується більш широкий погляд на здоров'я (17). Враховуючи теперішню поширеність хронічних та асоційованих з нездоровим способом життя хвороб, здоров'я визначається як "динамічна здатність приймати і керувати власним благополуччям, перед лицем соціальних, фізичних та емоційних проблем", що може бути більш доцільним. Результати досліджень розробників ініціативи "позитивного здоров'я" показали, пацієнти вважали ці якості дуже актуальними (17, 18). Переміщення фокусу від поганого стану здоров'я до гнучкості та добробуту може допомогти у спілкуванні з пацієнтами, спільному прийнятті рішень та визначенні цілей.

Самомоніторинг

Зовнішні інструменти, такі як програми для смартфонів або логги, корисні для здійснення самоконтролю. Лікар загальної практики може дати відгук про певний процес і позитивну підтримку. Не тільки запитуючи пацієнта, чи вони роблять те, що вони мають зробити корисного із запланованого, але також дивлячись на дані про HbA1c, або дані з педометрів / акселерометрів чи програми про стан їх здоров'я, що може бути мотиваційними.

Залучення інших

Існують певні докази того, що залучення партнера або родини може полегшити ефективність втручання, на відміну від а відносин «тет-а-тет» з лікарем. Також «приятельський» підхід був визнаний ефективним, коли відповідальними є дві людини, наприклад, телефонувати один одному для перевірки поведінки та провадження парі, в якому іншій особі треба платити, якщо він або вона буде не в змозі дотримуватись умов.

Досягнення автоматичної поведінки

Знання про перевагу певної поведінки, втім, автоматично не призводить до дотримання такої поведінки. У цьому контексті важливо враховувати, що описано дві основні категорії поведінки: рефлексивна та автоматична поведінка. Рефлексивна поведінка є цілеспрямованою, раціональною, гнучкою, але при цьому, повільною і громіздкою, а автоматична поведінка може розглядатися як чутлива до зовнішніх чинників, не гнучка, що вивільняє пізнавальні процеси. Більшість інтервенцій спрямовані на рефлексивну поведінку, але можливим є досягнення автоматичної поведінки, і остання вважається більше ефективною (19). Підходи для досягнення цього вимагають відображення необхідної реструктуризації навколишнього середовища, так, що зовнішні сигнали, які викликали автоматичну поведінку, були замінені сигналами, що допомагають залучатись до здорової поведінки. Було показано, що використання ліфту стає менш привабливим, коли сповільнюється швидкість зачинення дверей, при цьому частота користування сходами збільшується (20). Наближення здорової їжі на 10 дюймів ближче до вітрини салат-бару в кафетерії збільшує часто-

ту вибору більш здорових варіантів їжі (21). Аналогічним чином, зменшення щільності розташування і доступності торгових точок з нездоровою їжею може зменшити її споживання (22). Також певним спрямуванням автоматичних асоціативних процесів можна досягти зміни поведінки. Важливим прикладом є обмеження маркетингу перекусів, тютюну та алкоголю. Діти, котрі дивляться мультфільми з вставками реклами снєків, або дорослі, які переглядають фільм, де показують сцени з алкоголем, споживають їх в значно більшій кількості, аніж зазвичай. Більше того, той факт, що людина, зазвичай, є схильною до позитивних подразників, може спрацювати, наприклад у разі, якщо будуть застосовані веселі асоціації про здорову їжу в мультфільмах про овочі, для збільшення шансів їх споживання дітьми. Одночасно, фірмова упаковка має бути вилучена з нездорової їжі та тютюну, щоб зменшити їх привабливість. Ключовим є розвиток позитивних асоціацій зі здоровою поведінкою, а також пригнічення поведінкових імпульсів. Незважаючи на певну обмеженість дій окремого лікаря, він може підвищувати обізнаність про ці механізми і допомогти пацієнтам протистояти автоматичній нездоровій поведінці. Більше того, лікарі, які беруть участь у ініціативах, спрямованих на створення здорового середовища, яке стимулює поведінку, можуть мати переваги від цих доказів.

Ставлення персоналу первинної медичної допомоги

Фахівець загальної практики повинен призначити план подальших візитів пацієнта, визначити їх частоту і тривалість, щоб оцінити та посилити прогрес у досягненні мети. Довгострокова підтримка та спостереження також може бути забезпечено за принципом координованої роботи на базі комунікативного програмного забезпечення. Вочевидь, важливо знати, які програми поведінки та ресурси доступні в громаді. Доцільно налаштовувати варіанти індивідуальних потреб та можливостей пацієнта. Незважаючи на те, що за втратою ваги найчастіше слідує відновлення маси тіла, це, слід зазначити, що також є тимчасовим маркером зменшення ризику, або сурогатним маркером на користь для здоров'я. Важливими чинниками є тривалість гіпертензії та інсулінорезистентність. Подібно до існуючого ефекту впливу на кінцеві точки, який було досягнуто в результаті 5 років терапії статинами (23), спостерігали істотну користь від втрати ваги при діабеті, яка тривала довше, ніж період зниження маси тіла, тому будь-яке зменшення маси тіла варто оцінювати, як корисне. Крім того, невеликі зрушення можуть дати пацієнтам відчуття, що він / вона контрольовані, адже це може поліпшити як мотивацію, так і якість життя. Втручання, що зосереджують свою увагу на життєво важливій поведінці, можуть бути ефективними при індукції зміни цієї поведінки (24, 25). Втім, спосіб життя є часто взаємопов'язаним з різноманітними звичками, які потребують відповідної адресації. Тому може

знадобитись більш цілісний підхід, що зосереджується на множинній поведінковій модифікації.

Яка існує доказова база щодо ефективності методів?

Для оцінки стратегій зміни поведінки було проведено дослідження. Були здійснені певні зусилля для оцінки якості та збігу повідомлень цих досліджень, а також уточнення, що є активними компонентами втручання. Тут ми зосередимось на результатах ряду систематичних оглядів та / або мета-аналізів.

Артиніан Н.Т. та ін. оглянули понад 70 досліджень, які оцінили поведінкові втручання з метою створення наукової настанови від Американської асоціації Серця (5). Це виявило, що у більшості досліджень використовувались сурогатні кінцеві точки, такі як рівень ліпідів або рівень АТ, але значущість ефектів, як правило, була скромною. На підставі огляду літератури, документ наводить докази рекомендації щодо здійснення фізичної активності та дієтичних інтервенцій серед дорослих осіб, включно з расовими / етнічними меншинами та / або соціально-економічно неблагополучними популяціями. Клас I, рівень доказів A – когнітивно-поведінкові стратегії включають встановлення мети, зворотній зв'язок, самоконтроль, дії, план подальших контактів, використання стратегій мотиваційних інтерв'ю, довгострокову підтримку та подальшу діяльність, а також поєднання, принаймні двох з цих стратегій, слід вважати доцільним. Настанова сформульована для того, щоб донести найбільш ефективні та ефективні стратегії в практику (5).

Інший систематичний огляд фокусувався на стратегіях, спрямованих на поведінкові зміни при ішемічній хворобі серця (ІХС) (26). В 22 дослідженнях, які відповідали критеріям систематичного огляду найчастіше були включені ВСТ щодо надання інформації про наслідки поведінки та про те, як здійснити поведінкові зміни та постановку мети. Більшість досліджень мали період follow-up менше одного року, деякі - до 2 років, і в одному досліджували показник смертності через 7-9 років.

Таблиця 1 підсумовує результати впливу інтервенцій на фактори ризику і клінічні наслідки. Невеликий, але значний ефект щодо куріння відзначено під час спостереження, що вказує на те, що в цілому втручання, швидше за все, призведе до припинення куріння в порівнянні з лінією контролю. Не було помітно значного впливу на ІМТ, але виявився статистично значущий ефект на рівень систолічного та діастолічного АТ. Втручання не мали суттєвого впливу на ризик подій ІХС, але спостерігався невеликий статистично значущий вплив на ризик смертності (26).

		Кількість Досліджень в аналізі	RR/OR	Середня різниця	95% ДІ	Гетерогенність між дослідженнями	р- значення	Дослідження
ФАКТОРИ РИЗИКУ	Паління	15	RR: 0.89		0.81-0.97	низька		(26)
	ІМТ	8		-0.39 кг/м ²	-1.03 to 0.25	висока		(26)
	Систолічний АТ	10		-3.13 ммртст	-5.11 to -1.15	середня		(26)
	Діастолічний АТ	10		-1.12 ммртст	-2.10 to -0.13	середня		(26)
КЛІНІЧНІ ПОДІЇ	ІХС	5	RR: 0.86		0.68-1.09	помірна		(26)
	Смертність	15	RR: 0.82		0.69-0.97			(26)
	Загальна смертність	6	OR: 1.34		1.10-1.64		P=0.003	(27)
	Смерть від кардіальної патології	5	OR: 1.48		1.17-1.88		P=0.001	(27)
	Повторний інфаркт і госпіталізація	8	OR: 1.35		1.17-1.55		P<0.00	(27)

Таблиця 1. Вплив ЦРТ на фактори ризику та клінічні результати, як це видно при систематичних оглядах (26, 27). RR: співвідношення ризиків, OR: непарне співвідношення, 95% ДІ: 95% довірчий інтервал, ІМТ: індекс маси тіла, АТ: артеріальний тиск, ІХС: ішемічна хвороба серця.

В дослідженні (26) також були розглянуті предиктори впливу; характеристики якого визначили її ефект. Незважаючи на те, що дані 15 досліджень показників смертності показали, що кращі результати мають більш тривалі інтервенції, ніж короткі, ефект не набув статистично значущої різниці. Такі патерни спостерігали щодо впливу на рівень паління. Індивідуальні інтервенції виявились більш ефективними, ніж групові втручання відносно показнику смертності, але, цей ефект був статистично незначим, і не було ніякої різниці не було помічено між підходами щодо впливу на паління. Не було також відзначено різниці в показниках смертності і рівні паління відносно того, чи була інтервенція розроблена на основі психологічної теорії або без теоретичної основи.

Врешті, кількість ВСТ, включених у втручання, не була асоційована зі смертністю з різних категорій ВСТs (постановка цілей / планування дій, огляд цілей / самоконтроль, управління стресом, соціальна підтримка, надання зворотного зв'язку), що могли б прогнозувати смертність. Автори припускають, що неможливість визначити прогностичну валідність аспектів вторинної профілактики виникла через неоднорідність втручання, і через потенційний синергійний вплив при об'єднанні різних технік (26). Слід зазначити, що в цьому дослідженні спостерігалася така неоднорідність щодо вимірювання поведінкових стратегій формування здоров'я, що зумовило неможливість комбінувати результати клінічних досліджень у мета-аналіз.

Ще одна дослідницька група спеціально розглянула 38 ВСТs (в 26 дослідженнях), спрямованих на зменшення малорухомого способу у дорослих (28). Категоризація інтервенцій, зокрема, «багато», «достатньо» та «не дуже» базувалась на основі спостережуваних змін поведінки, при цьому «багато» виявилось в 39%, достатньо - в 21%, отже, ВСТs акцентувались на зменшенні малорухомого способу життя, аніж на збільшенні фізичної активності.

Були визначені декілька основних функцій ВСТs, а саме: освіта, переконання, стимулювання, навчання, реструктуризація оточуючих факторів, моделювання та впровадження. Обіцянка щодо модифікації способу життя асоціювалась зі збільшенням кількості функцій, адресованих до інтервенції, зокрема, дуже перспективна (середні: 1,93 функції на інтервенцію, SD = 1,28) і досить перспективна (середні функції: 2,13, SD: 1,13), в порівнянні з кількістю функцій при інтервенціях неперспективних (середні функції: 1,07, SD = 0,59, P < 0,001).

Найбільш ефективними для стимуляції зміни поведінки виявились інтервенції щодо реструктуризації оточуючих факторів, переконування, освіта або навчання, одночасно з самоконтролем, вмінням вирішувати проблеми, і реструктуризацією соціальних чи фізичних факторів.

При застосуванні перспективних втручань застосовували більше ВСТs (дуже перспективні: середня кількість прийомів: 7,27, SD: 5,19, достатньо перспективні: середня кількість технік: 7,00, SD: 2,83), ніж у втручаннях, які були визнані неперспективними (середня кількість технік: 4,87, SD: 2,70, P < 0,001) (28). Поведінка самоконтролю, вміння вирішувати проблеми, що, вочевидь, сприяє реструктуризації соціального середовища, визнані найбільш перспективними видами інтервенцій (28).

Автори прийшли до висновку, що на сьогоднішній день розуміння найбільш ефективних ВСТs для зменшення малорухомого способу життя спирається на дані досліджень із субоптимальним дизайном, що обмежує остаточні висновки про ефективність втручання. Декілька досліджень вказують малорухомих спосіб життя як критерій включення, а інші - використовували неадекватні контрольні критерії. Отже, база доказів щодо того, «що працює» та «чому» стосовно зниження ризику гіподинамії, є слабкою (28).

При інтерпретації цих даних слід зазначити, що у всіх цих дослідженнях, інтервенції були короткостроковими. Серед досліджень, які увійшли в огляд Goodwin та спіавт. (26), довготривалим було тільки італійське дослідження GOSPEL (29), в якому оцінювали довготермінові втручання, і яке показало величезну ефективність втручання на ризик подій, асоційованих з ІХС.

В рандомізованому дослідженні GOSPEL порівнювали трирічну мультифакторіальну навчальну програму з модифікації способу життя за умов звичайного догляду (включно з програмою кардіореабілітації [CR]) у 3241 пацієнта після нещодавнього інфаркту міокарда (ІМ) при відносному низькому ризику (тільки декілька пацієнтів були віком понад 70 років або з фракцією викиду лівого шлуночка менше 40%).

Втручання не суттєво знизило ризик первинних кінцевих точок (таблиця 2). Проте, це, зменшило ризик декількох вторинних кінцевих точок. Криві Каплана-Мейера щодо оцінки ефективності інтервенції на ризик подій відрізнялись між двома підгрупами. Більше того, пацієнти в групі інтервенції продемонстрували істотне поліпшення у звичках способу життя, в тому числі фізичних вправах, дієті, стійкості до психосоціального стресу, ліпшому контролю за масою тіла) та при призначенні ліків для вторинної профілактики. Таким чином, дослідження GOSPEL показало, що довгострокові мультифакторіальні інтервенції продовжують посилювати ефекти реабілітації після ІМ, що може асоціюватись зі зменшенням ризику значних кардіоваскулярних подій (29).

КІНЦЕВА ТОЧКА	ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ В ГРУПІ ІНТЕРВЕНЦІЙ	ЧАСТОТА В КОНТРОЛЬНІЙ ГРУПІ	ВІДНОШЕННЯ РИЗИКІВ
Первинна кінцева точка	16.1%	18.2%	0.88 (0.74-1.04)
Серцев-судинна смертність, нефатальний ІМ та інсульт	3.2%	4.8%	0.67 (0.47-0.95)
Серцева смерть + нефатальний ІМ	2.5%	4.0%	0.64 (0.43-0.94)
Нефатальний ІМ	1.4%	2.7%	0.52 (0.31-0.86)

Таблиця 2. Вплив 3-річної багатфакторної продолонгованої навчальної та поведінкової програми на кінцеві кардіоваскулярні точки у дослідженні GOSPEL (29).
Первинною кінцевою точкою була смертність від серцево-судинних подій, нефатальний інфаркт міокарда (ІМ), нефатальний інсульт та госпіталізація щодо стенокардії, серцевої недостатності або ургентної реваскуляризації

Результати метааналізу даних 213 клінічних досліджень, за участі пацієнтів з ішемічною хворобою серця, при порівнянні впливу психоосвітніх програм з тими, що включали лише фізичні вправи, встановили ефективність впливу психоосвіти на поведінкові зміни та модифіковані фізіологічні фактори ризику(30).

Психонавчальні втручання дали значний позитивний результат, що вплинуло на рівень фізичної активності через 6-12 місяців, у порівнянні з фізичними вправами та освітнім фактором ризику, але наразі мало доказів щодо впливу на зміну звички паління та харчової поведінки. Цей ефект, як виявилось, пов'язано з такими стратегіями, як постановка цілей, вирішення проблем, самоконтроль та моделювання ролей. Жодного впливу не спостерігалось щодо фізіологічних факторів ризику, включно з АТ під час спокою та вправ, середній вміст жиру в організмі, ІМТ або співвідношення талії до стегна (30). Таким чином, вплив регулярних програм кардіореабілітації може бути поліпшено шляхом додавання психонавчального компонента.

Ще в одному мета-аналізі оцінювали вплив психо-освітніх втручань, спрямованих на припинення куріння у хворих з ІХС (31). В 14 дослідженнях була показана ймовірність більшої частоти припинення куріння (1.51, 95% ДІ: 1,18-1,93) в групі інтервенції у порівнянні з контролем. Відзначено незначне зниження загальної смертності у групі, рандомізованої на психоосвітню інтервенцію (0.73, 95% ДІ: 0,46-1,15). Втручання, як правило, були спрямовані на мотивацію цілей, вірування в потенціал, знання і навички у всіх включених до-

слідженнях, хоча ці дослідження не могли ретроспективно оцінювати поведінкові детермінанти (31).

Ще одна дослідницька група проводила спеціальну оцінку нещодавніх програм модифікації способу життя для хворих на ІХС (опубліковано у 1999-2009 рр.) в контексті їхньої ефективності щодо корекції факторів ризику та пов'язаними з ними способом життя та рівня смертності у порівнянні зі стандартною терапією. Автори звернули увагу на нещодавні інтервенції, оскільки стандартна кардіодопомога з плином часу поліпшується, і ці удосконалення можуть зменшувати значущість програм, що існували доти (27).

Цей мета-аналіз з 23 клінічних випробувань включав понад 11000 рандомізованих пацієнтів, яким було запропоновано участь в програмах по модифікації способу життя з певними перевагами, порівняно зі стандартними схемами лікування. Показники смертності від усіх причин, серцевої смертності, повторних інфарктів та госпіталізації були нижчими в групі втручання (таблиця 1).

Автори відзначають, що програми, які включили всі чотири саморегуляційні ВСТs, а саме визначення мети, планування, самоконтроль та зворотній зв'язок були більш успішними при корекції способу життя, зокрема, при корекції гіподинамії і дієтичних звичок (споживання жиру), ніж програми, в яких ці методики не застосовували. Отримані ефекти не тривали довгостроково. Це дослідження також показало, що втручання за участю партнерів пацієнтів було пов'язано

з більшою перевагою щодо відмови паління та корекції дієтичної поведінки (27).

У поточному (мобільному) технологічному часі, ВСТs також може бути застосовані через, наприклад, текстові повідомлення та надання інформації на веб-сайті. Втручання, такі як встановлення цілей або надання зворотного зв'язку через текстові повідомлення дали позитивні результати щодо поліпшення медичного комплайенсу протягом короткого періоду, щодо фізичної активності – на 6 років, втім не мало ніякого впливу на корекцію харчування або припинення куріння (32).

Було зібрано доказову базу щодо, так званих, дуже коротких інтервенцій (ДКІ), які відносяться до втручань, які займають менше 5 хвилин, і складаються з аналогічних методів, описаних вище, але це має вписуватись в щоденну практику, яка вимагає певного часу. ДКІ також мають на меті забезпечити пацієнтів інструментами, необхідними для здійснення змін їх способу життя.

ДКІ були перевірені на доцільність та прийнятність у двох практиках за участі з 68 пацієнтів. У рандомізованому дослідженні були оцінено три ДКІ: мотиваційна інтервенція щодо включення плану дій, щоденник фізичної активності для постановки цілей та самоконтролю; педометр було доповнено корисними порадами та ідеями для збільшення фізичної активності та діаграма кроків для досягнення мети і самоконтролю; або комбінована інтервенція із застосуванням мотивації та педометру (33).

Докази, базовані на результатах досліджень, що оцінюють стратегії по корекції специфічних поведінкових кардіоваскулярних факторів ризику

Припинення куріння

В систематичному огляді та мета-аналізі 13 досліджень було розглянуто стратегії щодо втручань про припинення куріння, щоб вивчити які підходи можуть бути найбільш ефективними для надання допомоги пацієнтам кинути палити (13).

При порівнянні з групами без втручання, коротка порада кинути палити, що базується на медичних мотивах, збільшує частоту спроб припинення паління на 24% (відношення ризиків (RR): 1.24, 95% ДІ: 1.16-1.33). Пропозиція нікотин-замісної терапії або короткої поради для припинення паління мало сильніший ефект щодо припинення (RR: 1.68; 95% ДІ: 1.48-1.89 та RR: 2.17, 95% ДІ: 1.52-3.11 відповідно).

Пропозиція комплексної допомоги призводила до більшої кількості спроб припинення паління в порівнянні з наданням тільки поради (RR: 1.69; 95% ДІ: 1.24-2.31 щодо підтримки поведінки та RR: 1.39, 95% ДІ: 1.25-1.54 щодо призначення медикаментів).

В одному дослідженні з мета-аналізі вивчали вплив поведінкової підтримки щодо припинення паління в порівнянні з короткою порадою щодо припинення. Невірогідні докази

виявили, що така допомога була ефективніша за короткі поради як щодо довгострокового утримання (RR: 5.25, 95% ДІ: 0.62-44.14). Незважаючи на те, що інтервенція збільшувала частоту спроб кинути палити, дані щодо покращення показників успішності спроб були непереконливі (RR: 3.10, 95% ДІ: 0.38-25.51). Пацієнти, які отримували поведінкову підтримку, оцінили це як більш корисніше, ніж пацієнти, які дали коротку пораду щодо припинення паління (13). Систематичний огляд РКД, в якому здійснили оцінку впливу поради лікарів щодо припинення куріння на частоту утриманням від паління на протязі, принаймні, 6 місяців свідчить про те, що консультування має помірний вплив на припинення паління (34). Частота відмови від паління в контрольних групах, що були включені у дослідження, значно варіювала, коливаючись від 1 до 14%. Припускаючи швидкість виходу без допомоги від 2 до 3% за 12 місяців, дані з 17 досліджень показали, що коротка порада може збільшити цей показник приблизно на 1-3% (RR: 1.66, 95% ДІ: 1.42-1.94).

В 11 випробуваннях, де оцінювали більш інтенсивні втручання, було виявлено незначний додатковий вплив (RR: 1.86, 95% ДІ: 1.60-2.15) у порівнянні з стандартним доглядом (без порад). Було певне свідчення того, що забезпечення спостереження за пацієнтом протягом наступного призначення є важливим компонентом втручання (34). Докази також підтверджують використання нікотин-замісної терапії (НЗТ) або фармакологічної підтримки як допоміжну допомогу щодо припинення паління (35, 36).

НЗТ може бути дана в різних формах, зокрема, жувальна гумка, трансдермальні нікотинові пластирі, назальний спрей, інгалятор або сублінгвальні пігулки, всі, які продемонстрували свою ефективність в допомозі припинення паління. Систематичний огляд показав, що показник відношення ризиків для утримання від нікотину з НЗТ проти контролю становить 1,60 (36). Бупропіон є антидепресантом, який може допомогти в довгостроковому припиненні куріння (37). Метааналіз продемонстрував аналогічні показники, щодо припинення паління, в групі бупропіону проти плацебо, як НЗТ (38).

Вареніклін є частковим агоністом рецептора нікотину, який продемонстрував більш, ніж удвічі більше шансів кинути палити, у порівнянні з плацебо (36). Результати дослідження EUROACTION-PLUS (EA+) показали, що пропозиція опціональної терапії варенікліном для програми профілактичної кардіології, якою керує медсестра, суттєво збільшила абстиненцію від куріння протягом 16 тижнів у пацієнтів з високим ризиком серцево-судинних захворювань. 91% із 350 учасників, рандомізованих в програму EA+, вирішили застосовувати вареніклін. 177 учасників у групі EA+ утримувались від паління, на відміну від 63 з 346 курців, які були рандомізовані в групу стандартного догляду (OR: 4.52, 95% ДІ: 3.20-6.39) (39).

Збільшення фізичної активності

Британські рекомендації NICE рекомендують певні межі для оцінки фізичної активності у пацієнтів (40). Оскільки гіподинамія є фактором ризику серцево-судинних захворювань, це слід розглядати, як привід для «цільових значень». Пропозиція користуватися педометром буде мати лише невеликий ефект, але використання педометру є корисним для встановлення додаткових цілей.

Пацієнти можуть моніторувати себе, і їх прогрес можна обговорити протягом наступних консультаціях. Настанови

потрібні для визначення «цільових значень», що включає обговорення повсякденного життя для обговорення моментів, коли може бути реалізована додаткова фізична активність (40).

Зменшення споживання алкоголю

Вагомим фактором ризику гіпертонії є високий рівень споживання алкоголю. В систематичному огляді було розглянуто методи зміни поведінки, в спробі визначити аспекти інтервенцій, які найкраще збільшують мотивацію щодо означених змін (41). В рамках мотиваційного кластера ВСТ, коротка порада призвела до значного зменшення споживання алкоголю (-56 г на тиждень, $P = 0,025$), втім інформування про наслідки зловживання (+14 г / тиждень, $P = 0,5$), підвищення мотивації та впевненості (+33 г / тиждень, $P = 0,11$), надаючи інформацію про інші зміни поведінки (-38 г / тиждень, $P = 0,10$) або мотиваційне інтерв'ю (-8 г / тиждень, $P = 0,73$), не мали суттєвого впливу на споживання алкоголю.

В саморегуляторному кластері техніки, що спонукає до самоконтролю цільових значень, ведення щоденника вживання алкоголю, було найбільш ефективним (-50 г / тиждень, $P = 0,002$), а планування дій та ідентифікація тригерів (+ 15 г / тиждень, $P = 0,3$), налаштування мети (-22, $P = 0,26$) і підказки щодо перегляду цілей (-29, $P = 0,19$) не мали ефекту. При поєднанні всіх методів в мета-регресію, самоконтроль показав більший розмір ефекту, ніж показник швидкого консультування (-36 проти -8 г на тиждень) (41).

Зниження маси тіла

З метою спроби навчитися встановлювати конкретні цілі було проведено дослідження за участі жінок з надмірною вагою або ожирінням, яких було включено в комерційну Програму щодо зменшення ваги (Weight Watchers) для дослідження впливу додаткової імплементації наміру щодо здійснення втручання зі зменшення ваги (42). Наміри реалізації - це простий документ із специфікаціями стосовно того, що хтось планує поїсти, де, коли і як, наприклад, майбутнього тижня. Також було сформульовано плани подолання проблем, на кшталт, що може зробити хтось у певній ситуації, як-то: «Якщо я голодую, то замість того, щоб їсти нездорову закуску я планую поїсти ... », або «Якщо хтось пропонує мені мою улюблену нездорову їжу, то, щоб не їсти це, я планую ... ».

П'ятдесят п'ять жінок з надмірною вагою або ожирінням (ІМТ: 25.28-48.33) були рандомізовані у групу активного втручання або контролю. Через два місяці -учасниці в групі активних втручання втратили, в середньому, 4,2 кг (95% ДІ: 3.19-5.07) порівняно з 2.1 кг (95% ДІ: 1.11-3.09) серед учасниць контрольної групи. Дослідження показало, що навички планування були ключовим механізмом, який обумовлював втрату ваги шляхом набуття певного наміру (42).

Нещодавно, за результатами автоматизованого, відкритого, кластерно-рандомізованого дослідження DiRECT була проведена оцінка інтенсивної програми менеджменту вагою (43). Мета проекту полягала в тому, щоб оцінити, чи сприяє менеджмент вагою досягненню ремісії при цукровому діабеті 2 типу, у порівнянні з найкращою практикою менеджменту, відповідно до існуючих рекомендацій ($n = 149$ в обох групах), з 23 практик активних втручання та 26 контрольних практик).

Діабет «цукровий діабет 2 типу» було верифіковано в усіх учасників протягом, щонайменш, останніх 6 років; пацієнти мали ІМТ 27-45 кг / м² і не отримували інсуліну. Інтервенція складалась з тотальної заміни раціону (825-853 ккал / добу, дотримання дієти протягом 3-5 місяців), поступове введення їжі (на 2-8 тижні), і проведення структурованої підтримки щодо довготривалої втрати ваги. У пацієнтів, рандомізованих в групу інтервенції, були відмінні антидіабетичні та антигіпертензивні препарати. За 12 місяців втрата ваги, щонайменше, 15 кг спостерігалась у 36 (24%) учасників групи втручання, в порівнянні з 0 в контрольній групі.

В групі втручання 68 (46%) пацієнтів домоглись ремісії діабету, що також спостерігалось у шести (4%) учасників контрольної групи (ВР: 19.7, 95% ДІ: 7.8-49.8, $P < 0,0001$). Середня маса тіла була зменшена на 10,0 кг в групі втручання та на 1,0 кг в контрольній групі. У групі втручання покращилась якість життя, у той час, як в групі контролю, навпаки, погіршилась. За когортами пацієнтів планують спостерігати, щонайменш, протягом 4 років (43)

Мотиваційні інтерв'ю

Філософія мотиваційної співбесіди має свій базис у допомозі людям з залежністю. Це пацієнт-орієнтований підхід, не стільки про переконання осіб і намагання подолати їх стійкість до змін, надаючи їм безліч інформації, але, переважно, це є зміни резистентності. Ключові аспекти мотиваційних інтерв'ю включають в себе обов'язкове залучення клієнта до обговорення питань, побоювань та сподівань, зосередження на його звичках або закономірностях, які клієнт хоче змінити, і це повинно викликати мотивацію зміни, стимулюючи почуття клієнта щодо важливості трансформації, впевненості у реалізації та їх готовність до зміни. Це також може бути використано для розробки практичних кроків, які клієнти хочуть застосувати для реалізації бажаних змін.

Мотиваційні інтерв'ю корисні тим людям, хто є стійким до здійснення змін, або хто амбівалентно ставиться до змін. Це допомагає фахівцеві охорони здоров'я зрозуміти рівень, на якому індивідуум має власну причину, щодо здійснення зміни. Зауважте, що мотивація пацієнтів може відрізнятись від точки зору лікаря загальної практики, тому що фахівець мислить з точки зору зменшення, наприклад, ризику смертності.

Багато компонентів мотиваційного інтерв'ювання перекликаються з вищеозначеними з ВСТs (див. огляд Rubak (4)). У мета-аналізі Rubak et al. оцінювали ефективність мотиваційних інтерв'ю щодо ряду факторів ризику (4). Значні позитивні зміни спостерігались в показниках ІМТ, рівню загальної холестерину, систолічного АТ, вмісту алкоголю в крові та стандартного споживання етанолу. Мотиваційні інтерв'ю можуть бути ефективними під час коротких консультацій про 15 хвилин, але автори вважають, що використання цього підходу, як окремих консультацій, дозволяє збільшити ймовірність досягнення ефекту (4).

Недавній огляд 33 досліджень, присвячений мотиваційному інтерв'юванню на первинній ланці показав, що в 18 з цих досліджень було виявлено позитивний ефект щодо фізич-

ної активності, дієти або споживання алкоголю. Автори були, втім, не дуже впевнені в доказах його ефективності в умовах первинної медичної допомоги. Непевність пояснювалась тим, що суть філософії мотиваційних інтерв'ю наразі є недостатньо вивченою в різних дослідженнях, і поки не існує чіткого визначення, яким чином певні компоненти підходу можуть бути використані. Більш того, персонал закладів первинної допомоги не є підготовлений відповідним чином (4).

Тим не менш, інтервенції з мотиваційними інтерв'ю виявилися найбільш ефективними з застосуванням методів встановлення цілей, планування дій та вирішення проблем, а також соціальної підтримки та зворотних відгуків. У цьому огляді також було зроблено висновок, що ефективність тривалих 4-5 годинних мотиваційних сесій, є більш високою, аніж менша тривалість (44). Стосовно міждисциплінарних підходів, в кластерно-рандомізованому дослідженні EUROACTION були означені (45) сімейно-орієнтовані програми для пацієнтів із коронарними захворюваннями під керівництвом медичних сестер, що проводилися у восьми європейських країнах. В дослідженні була госпітальна ланка і ланка первинної допомоги, на якій медсестра надавала і контролювала інтервенції щодо корекції способу життя для пацієнтів з високим ризиком. Було застосовано поведінкові підходи та мотиваційні інтерв'ю. За 1 рік, майже на 40% більше осіб в групі активної інтервенції почали їсти більше фруктів та овочів, та на 30% збільшували фізичну активність. Вагу виявилось змінити важче; щонайменш, 10% осіб досягли бажаної втрати ваги, та щонайменш, 5% з тих, хто мав надмірну вагу (ІМТ ≥ 25 кг / м²) на початку дослідження. Нарешті, значно більше (16,9%) осіб почали контролювати свій систолічний АТ, згідно настанов (45). Згідно Голландських рекомендацій щодо менеджменту серцево-судинного ризику, великий обсяг роботи лікаря загальної практики може бути виконаний разом з медсестрою, яка має відповідну кваліфікацію. В цьому дослідженні, проведеному в Нідерландах, оцінювали ефективність практики медсестер, які консультували пацієнтів щодо серцево-судинного ризику, профілактики та лікування, альтернативою виконуючи функції лікаря загальної практики (46). Пацієнти високого ризику (n=701) були рандомізовані в групи менеджменту ризику лікарем загальної практики або в групи осіб, яких консультувала медсестра.

Спочатку з'ясувалось, що медсестри змогли досягти навіть більших змін щодо корекції факторів ризику, але після поправки статистичних даних, єдиною зміною, яка залишилась вірогідно більшою в групі під керівництвом медсестер, був нижчий рівень холестерину. Таким чином, на первинній ланці ефективність практики медсестер нічим не поступається лікарській, і може бути навіть більш ефективною для модифікації кардіоваскулярних факторів ризику (46).

Підготовка медичних працівників до консультування щодо зміни способу життя

Ефективність тренінгів для професіоналів у галузі охорони здоров'я щодо поведінкового консультування відповідного контингенту пацієнтів, які самостійно повідомляють про зміну ризик-асоційованої поведінки (паління, споживання алкоголю, фізичні навантаження і здорове харчування) оцінювали в кластерному рандомізованому дослідженні (рандомізованому в умовах загальної практики) (47).

В дослідження було включено 831 пацієнт з, принаймні, одним поведінковим фактором ризику, що увійшли в групу втручання та 996 осіб – в групу контролю. При підготовці фахівців загальної практики були використані змішані програми навчання, при цьому аспекти консультування способу життя було розроблено із застосуванням мотиваційних інтерв'ю.

За три місяці жодних змін не було відзначено в групі втручання, за показниками первинних результатів, коли пацієнт самостійно повідомляв про корисну модифікацію способу життя, у порівнянні з практикою, де працювали лікарі медсестри, яких не навчали тренінгу: (362 (43,6%) проти 404 (40,6%), ВР: 1.12, 95% ДІ: 0.90-1.39). Жодної істотної різниці не спостерігалось щодо основних результатів дослідження протягом 12 місяців (40,6% проти 39,8%, ВР: 1.03, 95% ДІ: 0.83-1.28). Також не відрізнялись біохімічні (ЛПНЩ, ЛПВП і загальний рівень холестерину) та біометричні (співвідношення талії до стегон, індекс маси тіла) параметри (47). Оскільки показники пацієнтів щодо модифікації способу життя були більш вдосконалені в групі втручання, і ці пацієнти продемонстрували більше спроб змінити поведінку і зростання сприйняття того, які зміни відбулись протягом трьох місяців, результати цього дослідження показали, що звичайна консультація з більш кваліфікованим лікарем навряд чи призведе до сталої зміни поведінки та вдосконалення біометричних показників.

Соціальні стратегії для промоції здорового способу життя

Крім мотивації щодо здорового способу життя в рамках індивідуальної консультації, соціальні заходи також можуть бути ефективними на популяційному рівні. Збільшення податків на тютюн або нездорову їжу, або обмеження їх наявності, може бути навіть ще більш ефективним, але в цьому непросто переконувати уряди, наприклад, щодо обмеження продажу певних споживчих товарів. Прикладами політичних заходів для стимулювання здорового способу життя є підвищення податку на цукор, здійснене мексиканським урядом, суворий та непривабливий вигляд сигаретних упаковок. Однак ці інтервенції залишаються винятками, і вони можуть тривати десятиріччя для того, щоб бути реалізованими. Інші ефективні заходи включають в себе впровадження зон вільних від нікотину та компенсацію впровадження програми компенсації за припинення куріння.

Згідно статті, в якій узагальнено основні висновки Рекомендацій ESC 2016 року щодо профілактики, зазначається, що

підхід на популяційному рівні слідує парадигмі Джеффри Роуза, тобто, невеликі зміни в ризику захворювання (або фактору ризику) у всього населення послідовно призводять до більшого зниження рівню цих хвороб, ніж значні зміни тільки у осіб з високим рівнем ризику (48). Зараз ми часто згадуємо паління як фактор ризику, і це, очевидно, дається взнаки. Що стосується паління, то поступові маленькі ефекти дійсно акумулюються до великих змін. Паралелі слід шукати, наприклад, стосовно програм контролю ваги. Уряди повинні брати особливу відповідальність за здійснення догляду за групами з низьким соціально-економічним статусом, які є особливо вразливими щодо нездорового способу життя. Це ті умови, на які мало впливає лікар загальної практики, але здатні політики. Наприклад, оподаткування сигарет або відшкодування ліків для припинення паління може стимулювати чиюсь спробу.

Можна стверджувати, що лікарі загальної практики мають додаткову відповідальність, адже вони є задіяні в сфері громадського здоров'я і, по суті, є представниками інтересів пацієнта в суспільстві. Це не повинно залишатися на розсуді лише політиків. Фактично, в Англії, коли було заборонено куріння у громадських місцях, спочатку дозволялось палити у пабах. Цей план був скасований медичними організаціями та громадським тиском. Часто ті активісти, хто закликає людей змінювати поведінку були тими, що закликали уряди змінювати політику. Звернення до пацієнта про необхідність прийняття здорового способу життя, може додатково мати непрямий вплив на зміни суспільного масштабу, якщо свідчити про те, що це проблема здоров'я корельює з певним ризиком. Крім того, якщо лікар не продовжує піднімати тему модифікації способу життя, пацієнти можуть думати, що ситуація зараз є досить сприятливою і немає необхідності у змінах своєї поведінки.

В коментарях (49) стосовно основних положень про первинну медичну допомогу (48) керівної настанови ESC 2016 щодо профілактики серцево-судинних захворювань (1) також визнається суттєва роль, яку лікар загальної практики може відігравати при індивідуальній оцінці ризику, так і щодо реалізації настанов в національних та регіональних програмах профілактики. На думку авторів, відповідальність лікарів-фахівців у профілактиці серцево-судинних захворювань виходить за межі однієї лише клінічної практики; активна позиція і лідерство вітається в промоції здорового способу життя серед усієї популяції (49). Всі задіяні сторони мають встановити план для кращої співпраці в сфері охорони здоров'я та громаді; лікарі загальної практики можуть діяти з метою оптимізації інтеграції спільних зусиль. Крім того, оскільки зусилля по просуванню здорового способу життя займають багато часу, може знадобитися відповідна компенсація щодо організації. Для досягнення результатів в підгрупах суспільства з певними ситуаціями зі здоров'ям, наприклад, серед осіб з низьким соціально-економічним статусом, швидше за все, вимагає додаткових зусиль або різних підходів. Фінансування має бути доступним для досягнення необхідних зусиль серед всіх верств громади.

Висновок

Доказова база дозволяє свідчити, що використання методів поведінкових змін допомагає пацієнтам модифікувати їх спосіб життя. Це, як правило, більш ефективно, коли йдеться про застосування більш ніж двох стратегій, і якщо основна увага приділяється розвитку навичок. Формулювання розумних цілей є необхідним для збільшення шансів на їх досягнення: визначення намірів фактичної реалізації, а не тільки промова прагнення. Це допомагає бути реалістичним, визнавати ймовірність невдачі, і в планах має бути сформульовано, як поводитися, коли мотивація падає і пацієнт втрачає інтерес. Залучення партнера або члена родини / домогосподарства допомагає більшості пацієнтів. Більш того, самомоніторинг може допомогти у досягненні цілей, а зворотній зв'язок з фахівцем первинної ланки щодо зусиль та очікуваних змін може мати стимулюючий вплив.

Згідно результатів досліджень, люди є більш відкритими до бесід про модифікації способу життя в стінах медичних закладів, аніж думають фахівці, даючи їм кредит довіри. Ефективним може виявитись встановлення певного взаємозв'язку між консультацією і суб'єктами прикладів позитивного здоров'я. Звичайна пропозиція щодо можливостей вже є корисною, особливо якщо лікар допомагає пацієнту приступити до дій безпосередньо одразу після консультації. Це допомагає встановити підзвітність пацієнтів лікареві. Таким чином, зміна поведінки є непростим процесом, тому що ми є не такими раціональними, як звикли думати про себе. Важливо з'ясувати, як лікарі загальної практики можуть реалізувати ці методи у своїй практиці, адже це може спричинити величезні зміни у здоров'ї та житті пацієнта. Важливо зазначити, що ВСТ не мають стільки побічних ефектів, на відміну від фармакотерапії. Ці втручання можна додавати або навіть застосовувати замість ліків, щоб внести змістовні зміни в життя пацієнтів і покращити контроль за факторами ризику. Загалом, немає рецептів від усього. Навіть якщо ефект зусиль, спрямованих на зміну поведінки в галузі охорони здоров'я, є обмеженим, зусилля не витрачаються, як і багато малих ефектів може накопичуватись на значущу користь для здоров'я.

Рекомендації щодо подальших досліджень

У порівнянні з звичайним медичним доглядом або освітніми заходами, методи поведінкових змін можуть бути більш ефективним щодо модифікації поведінки в клінічних дослідженнях, і корекції таких факторів, як припинення куріння та фізичні вправи, принаймні в середньотривалі терміни реалізації. Іноді це зумовлено тим, що дослідження не триває довше, ніж 6 або 12 місяців. Також пацієнти часто роблять невдалі спроби або втрачають мотивацію. Таким чином, підсилення інтервенцій є необхідним, щоб мати можливість очікувати стійкі ефекти. Залишається питання, як ми реалізуємо деякі з цих стратегій. Потрібні додаткові дослідження стосовно оптимізації певних практик і адаптації підходів до потреби індивідуума. Деякі прогалини в доказах вочевидь, виникають внаслідок труднощів відокремити мотиваційні інтерв'ю від інших когнітивних поведінкових методів, оскільки ці методи мають багато спільних стратегій. Тому важливо в дослідженні використовувати ту ж саму точність опису втручань, як ми робимо, коли говоримо про фармако-терапію (наприклад, тип, доза, частота). Впровадження таксономії поведінкових стратегій (15, 16) може бути корисним для досягнення цієї мети.

НЕРОЗВ'ЯЗАНІ ПИТАННЯ ПРО ОПТИМАЛЬНІ ПОВЕДІНКОВІ СТРАТЕГІЇ	УТОЧНЮЮЧІ ПИТАННЯ
Які втручання мають найкращий вплив під час консультації?	Як зробити методи поведінкових стратегій ефективною частиною практики (час, як адаптувати підходи до особистості пацієнта)?
Який метод доставки інформації (консультації) є оптимальним?	Групові порівняно з індивідуальними, тет-а-тет або дистанційні, з використанням (онлайн формату) чи ні; лекція або інтерактивний стиль?
Яка ефективність коротких втручань в порівнянні з багаторазовими, повторюваними втручаннями?	
Як довго слід стежити за модифікацією поведінки щодо впливу на стан здоров'я ?	
Коли можна вважати, що модифікація способу життя є стійкою?	
Хто повинен стимулювати зміну поведінки?	Лікар загальної практики чи медична сестра; або, наприклад, місцевий урядовий орган?
Які обов'язки є у хворого /особисто, які у лікаря загальної практики та / або інших органів влади?	How we use them, how we deliver them, and how we can implement them in busy practices
Коли слід проводити тренінги для лікарів щодо навчання стимулювати поведінкові зміни для формування здорового способу життя?	Студенти, молоді лікарі
Як може бути організований тренінг з навичок комунікації?	Як ми їх застосовуємо, як ми їх доставляємо, і як ми можемо реалізувати їх в умовах інтенсивної практики
Які програми для смартфонів можуть допомогти змінити поведінку?	

Таблиця 3: Прогалини в базі доказів про використання поведінкових стратегій на первинній ланці медичної допомоги

Література

1. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Atherosclerosis*. 2016;252:207-74.
2. Liu K, Daviglius ML, Loria CM, et al. Healthy lifestyle through young adulthood and the presence of low cardiovascular disease risk profile in middle age: the Coronary Artery Risk Development in (Young) Adults (CARDIA) study. *Circulation*. 2012;125(8):996-1004.
3. Cooney MT, Vartiainen E, Laatikainen T, et al. Cardiovascular risk age: concepts and practicalities. *Heart*. 2012;98(12):941-6.
4. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, et al. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2005;55(513):305-12.
5. Artinian NT, Fletcher GF, Mozaffarian D, et al. Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2010;122(4):406-41.
6. Balady GJ, Williams MA, Ades PA, et al. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation*. 2007;115(20):2675-82.
7. Piepoli MF, Corra U, Benzer W, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2010;17(1):1-17.
8. Kwasnicka D, Dombrowski SU, White M, et al. Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories. *Health psychology review*. 2016;10(3):277-96.
9. Coleman T, Murphy E, Cheater F. Factors influencing discussion of smoking between general practitioners and patients who smoke: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2000;50(452):207-10.
10. Coleman T, Wilson A. Anti-smoking advice in general practice consultations: general practitioners' attitudes, reported practice and perceived problems. *Br J Gen Pract*. 1996;46(403):87-91.
11. Senore C, Battista RN, Shapiro SH, et al. Predictors of smoking cessation following physicians' counseling. *Prev Med*. 1998;27(3):412-21.
12. Pilnick A, Coleman T. "I'll give up smoking when you get me better": patients' resistance to attempts to problematise smoking in general practice (GP) consultations. *Soc Sci Med*. 2003;57(1):135-45.
13. Aveyard P, Begh R, Parsons A, et al. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction (Abingdon, England)*. 2012;107(6):1066-73.
14. Aveyard P, Lewis A, Tearne S, et al. Screening and brief intervention for obesity in primary care: a parallel, two-arm, randomised trial. *Lancet*. 2016;388(10059):2492-500.
15. Michie S, Ashford S, Sniehotta FF, et al. A refined taxonomy of behaviour change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behaviours: the CALO-RE taxonomy. *Psychol Health*. 2011;26(11):1479-98.
16. Michie S, Richardson M, Johnston M, et al. The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Ann Behav Med*. 2013;46(1):81-95.
17. Huber M, Knottnerus JA, Green L, et al. How should we define health? *BMJ*. 2011;343:d4163.
18. Huber M, van Vliet M, Giezenberg M, et al. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*. 2016;6(1):e010091.
19. Marteau TM, Hollands GJ, Fletcher PC. Changing human behavior to prevent disease: the importance of targeting automatic processes. *Science*. 2012;337(6101):1492-5.
20. Houten RV, Nau PA, Merrigan M. Reducing elevator energy use: A comparison of posted feedback and reduced elevator convenience. *J Appl Behav Anal*. 1981;14(4):377-87.
21. Rozin P, Scott S, Dingley M, et al. Nudge to nobesity I: Minor changes in accessibility decrease food intake. *Judgment and Decision Making*. 2011;6(4):323-2.
22. Reitzel LR, Cromley EK, Li Y, et al. The effect of tobacco outlet density and proximity on smoking cessation. *Am J Public Health*. 2011;101(2):315-20.
23. Ford I, Murray H, McCowan C, et al. Long-Term Safety and Efficacy of Lowering Low-Density Lipoprotein Cholesterol With Statin Therapy: 20-Year Follow-Up of West of Scotland Coronary Prevention Study. *Circulation*. 2016;133(11):1073-80.
24. Hooper L, Summerbell CD, Higgins JP, et al. Reduced or modified dietary fat for preventing cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001(3):CD002137.
25. Jepson RG, Harris FM, Platt S, et al. The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews. *BMC Public Health*. 2010;10:538.
26. Goodwin L, Ostuzzi G, Khan N, et al. Can We Identify the Active Ingredients of Behaviour Change Interventions for Coronary Heart Disease Patients? A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2016;11(4):e0153271.
27. Janssen V, De Gucht V, Dusseldorp E, et al. Lifestyle modification programmes for patients with coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Prev Cardiol*. 2013;20(4):620-40.
28. Gardner B, Smith L, Lorencatto F, et al. How to reduce sitting time? A review of behaviour change strategies used in sedentary behaviour reduction interventions among adults. *Health psychology review*. 2016;10(1):89-112.
29. Giannuzzi P, Temporelli PL, Marchioli R, et al. Global secondary prevention strategies to limit event recurrence after myocardial infarction: results of the GOSPEL study, a multicenter, randomized controlled trial from the Italian Cardiac Rehabilitation Network. *Arch Intern Med*. 2008;168(20):2194-204.
30. Aldcroft SA, Taylor NF, Blackstock FC, et al. Psychoeducational rehabilitation for health behaviour change in coronary artery disease: a systematic review of controlled trials. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2011;31(5):273-81.
31. Huttunen-Lenz M, Song F, Poland F. Are psychoeducational smoking cessation interventions for coronary heart disease patients effective? Meta-analysis of interventions. *Br J Health Psychol*. 2010;15(Pt 4):749-77.
32. Pfaeffli Dale L, Dobson R, Whittaker R, et al. The effectiveness of mobile-health behaviour change interventions for cardiovascular disease self-management: A systematic review. *Eur J Prev Cardiol*. 2016;23(8):801-17.
33. Pears S, Morton K, Bijker M, et al. Development and feasibility study of very brief interventions for physical activity in primary care. *BMC Public Health*. 2015;15:333.
34. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, et al. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013(5):CD000165.
35. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012(4):CD006103.
36. Stead LF, Perera R, Bullen C, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11:CD000146.
37. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, et al. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014(1):CD000031.
38. Cahill K, Stevens S, Perera R, et al. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013(5):CD009329.
39. Jennings C, Kotseva K, De Bacquer D, et al. Effectiveness of a preventive cardiology programme for high CVD risk persistent smokers: the EUROACTION PLUS varenicline trial. *Eur Heart J*. 2014;35(21):1411-20.
40. NICE. Physical activity: brief advice for adults in primary care Manchester: National Institute for Health and Care Excellence; 2013 [cited 2016 July 26, 2016]. PH44:[Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph44/chapter/1-recommendations>].
41. Michie S, Whittington C, Hamoudi Z, et al. Identification of behaviour change techniques to reduce excessive alcohol consumption. *Addiction (Abingdon, England)*. 2012;107(8):1431-40.
42. Luszczynska A, Sobczyk A, Abraham C. Planning to lose weight: randomized controlled trial of an implementation intention prompt to enhance weight reduction among overweight and obese women. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2007;26(4):507-12.
43. Lean ME, Leslie WS, Barnes AC, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. *Lancet*. 2017.
44. Morton K, Beauchamp M, Prothero A, et al. The effectiveness of motivational interviewing for health behaviour change in primary care settings: a

- systematic review. Health psychology review. 2015;9(2):205-23.
45. Wood DA, Kotseva K, Connolly S, et al. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2008;371(9629):1999-2012.
 46. Voogdt-Pruis HR, Beusmans GH, Gorgels AP, et al. Effectiveness of nurse-delivered cardiovascular risk management in primary care: a randomised trial. Br J Gen Pract. 2010;60(570):40-6.
 47. Butler CC, Simpson SA, Hood K, et al. Training practitioners to deliver opportunistic multiple behaviour change counselling in primary care: a cluster randomised trial. BMJ. 2013;346:f1191.
 48. Piepoli MF, Hoes AW, Brotons C, et al. Main messages for primary care from the 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur J Gen Pract. 2017;1-6.
 49. Marchal S, Van't Hof AWJ, Hollander M. The new European guideline on cardiovascular disease prevention; how to make progress in general practice? Eur J Gen Pract. 2017;1-3.

Подяка

Ми дякуємо всім, хто був присутнім на 8-му щорічному засіданні EPCCS у Празі, Чехії (2015 р.) та щорічній зустрічі EPCCS та на зустріч EPCCS в м.Дублін, Ірландія (2017 р.) за їх внесок у активну дискусію.

EPCCS Consensus Guidance for Primary Care

In this series of practical guidance for primary care physicians, we have previously published the following documents:

- EPCCS Consensus Guidance on Stroke Prevention in Atrial Fibrillation (SPAF) in Primary Care
A version of this paper has been published in Eur J Prev Cardiol (2016 Mar;23(5): 460-473)
- EPCCS Practical Guidance on Heart Failure Diagnosis and Management in Primary Care
A brief version of this Guidance document has been published as a Clinical Intelligence paper in the Br J Gen Pract (2017; 67 (660): 326-327)

Visit [IPCCS.org](https://ipccs.org) to download free copies of the EPCCS Guidance Documents.

Про EPCCS

Європейське товариство серцево-судинної допомоги на первинній ланці (EPCCS) засноване в 2000 році, спрямоване на забезпечення підтримки освіти, досліджень та політики щодо питань, пов'язаних із серцево-судинними захворюваннями в рамках первинної медичної допомоги. Увага EPCCS спрямована на інтереси тих, хто працює в системі первинної медичної допомоги та на використання значної бази даних, яка існує на даний момент, сприяння розширенню бази даних. Основною метою товариства є освіта фахівців.

Рада EPCCS була створена в 2017 році з метою взаємодії Ради EPCCS з фахівцями первинної ланки по всій Європі. Веб-сайт EPCCS пропонує платформу для публікацій перекладених та / або регіональних настанов для первинної медичної допомоги в країнах, представлених у Раді EPCCS.

Для більш детальної інформації відвідайте сайт <https://ipccs.org/>



© 2018 MEDCON International

This document has been produced by MEDCON International, Heemstede, The Netherlands (Publisher). No external funding was received for the production of this document.

No part of this document may be used or reproduced or transmitted in any form or by any means without prior written permission of the Publisher. Reprints may be requested with the Publisher.