

Психосоциальные факторы, влияющие на приверженность кардиореабилитации у пациентов после перенесённого инфаркта миокарда

А.А. Герасимова¹ ✉, А.Б. Холмогорова^{2,3}, Н.В. Погосова¹, А.К. Аушева^{1,4}

Отделение кардиореабилитации

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова» МЗ РФ 121552, Москва, ул. Академика Чазова, д.15А

² ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ» 129090, Российская Федерация, Москва, Большая Сухаревская пл., 3

³ ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» 127051, Российская Федерация, Москва, ул. Сретенка, д. 29

⁴ ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы» 117198, Российская Федерация, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6

✉ Контактная информация: Герасимова Анна Александровна, медицинский психолог отделения кардиореабилитации ФГБУ НМИЦК им. Чазова. Email: anna.al.gerasimova@gmail.com

АКТУАЛЬНОСТЬ

Соблюдение медицинских рекомендаций и приверженность кардиореабилитации остаётся одной из актуальных проблем для помощи пациентам, перенесшим инфаркт миокарда (ИМ). Дополнительными трудностями являются недостаточное исследование данной области и ограничение инструментария. Одним из возможных решений может служить качественный метод — полуструктурированное интервью описания болезни *McGill Illness Narrative Interview*.

ЦЕЛЬ

Определить факторы, влияющие на приверженность кардиореабилитации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проводили на базе ФГБУ «НМИЦ кардиологии им. акад. Чазова» с апреля по август 2023 года. Выборку составили 17 человек (14 мужчин, 3 женщины) в возрасте от 36 до 62 лет, средний возраст — 51 год. Из них 7 человек доставлены непосредственно скорой медицинской помощью в кардиоцентр в момент ИМ (давность 3–7 дней), 10 человек проходили лечение сердечно-сосудистой системы в различных отделениях кардиоцентра и перенесли ИМ в прошлом (давность от 2 месяцев до 3 лет). С каждым респондентом интервьюирование проводили единолично в индивидуальном формате преимущественно в отделении кардиореабилитации в кабинете медицинского психолога.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ВЫВОДЫ

Обнаружена недостаточная информированность о признаках и возможностях первой помощи при инфаркте миокарда среди целевой группы. Целесообразно выделение дополнительных консультаций для повышения информированности о кардиореабилитации, укрепления мотивации и составления плана самостоятельных действий пациента. Привлечение к процессу кардиореабилитации близких для пациента людей может оказать положительное влияние на достижение желаемых изменений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение методов качественного исследования позволило выявить дополнительные факторы, влияющие на недостаточную приверженность кардиореабилитации. Полученные данные могут быть использованы кардиологами, медицинскими психологами и другими участниками медицинской команды для повышения качества взаимодействия и мотивации пациентов к изменениям.

Ключевые слова:

кардиореабилитация, приверженность лечению, комплаентность, инфаркт миокарда

Ссылка для цитирования

Герасимова А.А., Холмогорова А.Б., Погосова Н.В., Аушева А.К. Психосоциальные факторы, влияющие на приверженность кардиореабилитации у пациентов после перенесённого инфаркта миокарда. *Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь*. 2025;14(2):379–386. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2025-14-2-379-386>

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Благодарность, финансирование

Выражаем благодарность Бариновой Ирине Владимировне, Кучиеву Давиду Таймуразовичу, Тартерян Татевик Арменовне, Середовичу Вячеславу Викторовичу за неоценимую помощь в установлении социальных связей. Исследование не имеет спонсорской поддержки

ИМ — инфаркт миокарда

MINI — (*McGill Illness Narrative Interview*) полуструктурированное интервью описания болезни

АКТУАЛЬНОСТЬ

Несмотря на общее снижение за последнее десятилетие, заболеваемость сердечно-сосудистой системы остаётся одной из главных причин смертности [1]. Согласно многоцентровому исследованию регионов Российской Федерации, распространённость инфаркта миокарда (ИМ) составляет 2,9% (5,2% среди мужчин и 1,5% среди женщин), увеличиваясь с возрастом [2].

Если смертность от первичного ИМ в последние годы заметно снижается и во многом зависит от оказанной стационарной медицинской помощи, то динамика снижения возникновения повторных ИМ не так значительна и связана с амбулаторным наблюдением и вторичной профилактикой [3]. По данным 5-летнего наблюдения повторно один или несколько ИМ развились в 26% случаев, а у 18,4% пациентов повторный ИМ стал причиной смертельного исхода. Только 50,5% пациентов не имели повторных коронарных событий за период наблюдения [4].

Кардиореабилитация — комплексная модель вторичной профилактики, доказанно снижающая количество госпитализаций и смертность. Кардиореабилитация основывается на 5 ключевых компонентах: консультации по питанию; модификация факторов риска, включающая достижение целевых показателей и медикаментозную терапию; психообразование и навыки саморегуляции; предоставление информации; физические упражнения [5]. Исследования свидетельствуют о значительном протективном эффекте (от 40 до 45%) комбинации компонентов кардиореабилитации для последующих госпитализаций и смертности [6, 7].

Проблема приверженности лечению остаётся одной из наиболее актуальных в процессе кардиореабилитации. По данным исследования только 38% пациентов посетили кардиолога в поликлинике рекомендованное количество раз в первые 6 месяцев после перенесённого ИМ. Во вторые 6 месяцев 25,9% пациентов ни разу не посещали ни кардиолога, ни терапевта [8].

По данным международного межцентрового исследования из приглашённых на визит-интервью пациентов с ишемической болезнью сердца в интервале от 6 месяцев до 2 лет после выписки из стационара в российской когорте 62,3% пациентов продолжили курить. Соответствовали нормативным значениям по массе тела только 14,6% пациентов. Вместе с тем почти две трети пациентов считают, что уже придерживаются диетологических рекомендаций [9].

Использование прямых вопросов о приверженности медикаментозному лечению позволяет получить приверженность в интервале от 80 до 91% для различных лекарственных категорий. Обоснованные сомнения в достоверности самоотчётов возникают при их сопоставлении с другими данными. При использовании валидированных тестов оценки приверженности медикаментозному лечению количество комплаентных пациентов не превышает 50% [10, 11]. В то же время несоблюдение режима приёма лекарств может быть таким же значимым предиктором кардиоваскулярных событий, как диабет и курение [12].

Существующие исследования выделяют множество факторов, влияющих на неприверженность вторичной профилактике после ИМ: возраст, страх инсульта и жизненные обстоятельства [13]; социокультурные, организационные и административные факторы [14]; гетерогенность врачебных рекомендаций [15].

Дополнительно существуют трудности с поиском наилучшего метода определения неприверженности лечению. Нерегулярный приём лекарственных средств могут успешно маскировать следование социальной желательности и прохождение формальных тестов [16].

Более углублённое качественное исследование отношения к проживаемому ИМ ещё в процессе госпитализации может помочь понять непосредственные точки уязвимости для будущей вторичной профилактики и повысить приверженность кардиореабилитации. Одним из возможных инструментов может служить полуструктурированное интервью описания болезни *McGill Illness Narrative Interview (MINI)*. Опросник разделён на три секции: 1) повествование о симптомах и опыте болезни, организованное с точки зрения непрерывности событий; 2) значимые прототипы, связанные с текущими проблемами со здоровьем, основанные на предыдущем опыте интервьюируемого, членов семьи или друзей, а также средствах массовой информации или других популярных представлениях; 3) любые объяснительные модели, включая ярлыки, причинно-следственные связи, ожидания относительно лечения, его течения и результата. Дополнительные разделы *MINI* посвящены поиску помощи и способам её получения, опыту лечения, соблюдению режима лечения и влиянию заболевания на личность, самовосприятие и отношения с другими людьми [17].

Цель исследования: определить факторы, влияющие на приверженность кардиореабилитации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Выборка

В исследовании приняли участие 17 человек (14 мужчин, 3 женщины), что соотносится со статистическими данными — у мужчин ИМ случается в 3 раза чаще, чем у женщин [2]. Возраст респондентов был от 36 до 62 лет ($M_{\text{возр.}}=51$). Из них 9 человек проживают в Москве, 8 — человек в регионах. Высшее образование имеют 13 человек, 4 — среднее специальное. Все респонденты на момент записи интервью были трудоустроены. В постоянных отношениях состоят 11 человек. Страдают сахарным диабетом 4 человека, курили не менее месяца перед ИМ 10 человек, 15 человек имеют избыточную массу тела.

Процедура

Исследование проводили на базе ФГБУ НМИЦ кардиологии им. академика Е.И. Чазова с апреля по август 2023 года. Выборку составили: 1) 7 человек доставлены непосредственно скорой медицинской помощью в кардиоцентр в момент ИМ (давность 3–7 дней); 2) 10 человек проходили лечение сердечно-сосудистой системы в различных отделениях кардиоцентра и перенесли ИМ в прошлом (давность от 2 месяцев до 3 лет).

Интервьюирование проводили единоразово в индивидуальном формате преимущественно в отделении кардиореабилитации в кабинете медицинского психолога. Длительность интервью варьировала от 30 до 120 минут.

Все респонденты подписали информированное согласие на ведение аудиозаписи и использование её фрагментов в обезличенном виде в будущих публикациях.

Анализ

Все интервью записывали в аудиоформате, переводили вручную в текст. После 11 интервью выборку можно было считать насыщенной, новая информация не появлялась. Кодирование текста происходило с помощью кодов, соответствующих концептуализации используемой методики *MINI* (начало болезни, прототип, объяснительная модель, ответ на лечение и влияние на жизнь).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Начало болезни

Представляется важным отметить характер предваряющей интервьюирование беседы. Озвучиваемое пациентам приглашение к участию в исследовании, формирующее в том числе мотивацию, включало в себя сообщение о заинтересованности со стороны исследователей в душевных переживаниях человека, перенесшего инфаркт миокарда и его последствия. Наиболее частым откликом было выражение удивления, объясняемое типичностью своего состояния и фрагментарностью воспоминаний; типичным был комментарий об отсутствии чувства страха («Инфаркт, случилось и случилось»). Описывая процесс, только два респондента отметили эмоциональную сторону («Страх, что сейчас закончится мой жизненный путь, не было»; «Был удивлён, занервничал, не каждый день о таком говорят»).

Обращает на себя внимание не только отсутствие сильных эмоциональных переживаний в момент инфаркта, но и отстранённость от процесса анализа предшествующих нетипичных физических ощущений:

Г: «За месяца 2–3 появились боли в челюсти, сводит, одышка. Не могла идти, останавливалась.»

М: «Лет 7 назад. Ничего особенного, просто стало повышаться давление, слишком высоко, постоянно высокое давление. Ничего не делал особо, к врачу не обращался. Иногда сбивал.»

Е: «Сейчас понимаю, что было до этого. Первый раз началось, года 2 назад боли в груди, связывал с простудой, лёгкими, я курю. Сейчас я понимаю, что ощущения были одни и те же, 5–10 минут, продышался и всё прошло. Недельку не курил, и всё проходило, и всё нормально.»

Несмотря на имеющиеся проблемы в работе сердечно-сосудистой системы в прошлом или знание об аналогичном заболевании родственников, предположение о том, что в текущий момент времени происходит именно инфаркт, появилось только у 3 респондентов, двое из которых имели среднее медицинское образование.

Е: «С собакой гулял утром. По ходу появилось головокружение, сознание не потерял, но за забор схватился, подержался, минут 15 отдохнул, дошёл до дома. Жена вынесла таблетки, от отца. У него тоже с сердцем это дело. Выпил таблетки, посидел минут 15 на улице. И не обратил внимания.»

Л: «Для меня это было неожиданностью. Чисто теоретически мог приложить к себе, в силу того, что у отца и у матери эта проблема была. Но как-то я к себе это не очень применял.»

Г: «2 года назад впервые столкнулся. На медкомиссии обнаружили высокое давление, после этого занялся лечением — пил таблетки по расписанию, как положено. Последние года 3 началась одышка при высокой

нагрузке, утомляемость. Месяц назад был приступ. Но так как рука болела во вторник, подумал, что это потому что в воскресенье на даче трудился. Сильная боль в предплечье и отдающая в верхнюю левую часть груди. Списывал это на мышечную усталость. Но мысль проскакивала, что это может быть сердце. Но так как было терпимо, на утро всё прошло, я успокоился.»

Обращение за скорой помощью в большинстве случаев инициировалось окружением респондента. Самостоятельное обращение за помощью следовало только после значительного физического дискомфорта, который не купировался самостоятельно. («Поскольку жена перенесла инфаркт, то сразу его заподозрила»; «Просидела целый день дома, думала пройдёт. Выпила вечером но-шпу, ночью. На следующее утро проснулась и поняла, что сама не дойду. Ужасная слабость, не могла сама одеться»; «2 дня это длилось перед вызовом скорой. Тяжело было лежать на боку, оптимально было сидеть. Думал на пневмонию, на сердце не грешил. Меня с работы повезли, ребята вызвали скорую»; «Когда случился инфаркт, приехала бригада скорой, сняла кардиограмму. Потом спросили, вы с больницу с нами поедете, я сказал, что нет. Ещё через неделю приехала вторая скорая [...], после чего жена переслала кардиограмму знакомой, и она с криками прибежала и сказала выбирать: или в операционную или через 3 дня на кладбище»).

Прототип болезни и объяснительная модель

Отсутствие интереса к теме сердечно-сосудистых заболеваний проявлялось и в ответах на вопросы о прототипе болезни, и в объяснительной модели. Полная незаинтересованность проявляется относительно информации из публичного поля («Может быть где-то что-то смотрел, но в голове это не отложилось»; «Я знаю про инфаркт, потому что я училась на медсестру, мне там рассказывали. Но чтобы читать какую-то литературу, чтобы там рассказывали, у кого что — нет. Не очень люблю эти истории про больных людей»; «Не читал, не смотрел, не касалось»; «Даже как-то внимания не обращал на подобное»; «До инфаркта, до того, как он случился, может быть и слышала, но не обращала внимания на тех людей, которые имеют такие же проблемы. Не вникала. Т.к. не касалось», «Я просто не интересовался. Меньше знаешь — крепче спишь»).

Только один респондент произвёл сопоставление своего заболевания с опытом других людей:

Г: «Когда случилось, начала читать литературу, как восстанавливались люди. Читала про одного мужчину, у которого тоже инфаркт, делали шунтирование, и он ездил на велосипеде, на горы поднимался, путешествовал.»

Сравнение собственного состояния с опытом родственников вызывало у респондентов заметную трудность. Обращает на себя внимание поляризованность восприятия, формальность оценки («У нас у всех идёт шунтирование, а не замена клапанов»; «У отца был, ни сходства, ни отличий, ну серьёзно. Вообще не сопоставимы»; «Только отец, сходство во всём. Мои дети видели, как у отца происходило, и тоже самое у меня. Тяжело дышать и головокружение, после таблеток»; «У матери 2 инфаркта, сходство в том, что был инфаркт, в одном и другом случае. Отличие в том, что у матери было 2 инфаркта»).

Данная особенность справедлива и при сравнении заболеваний из близкого окружения («Да, друг, один в один»; «Буквально в прошлом году со мной работал

товарищ, постарше на 3,5 года, не знаю, что тут можно сравнивать, у него инфаркт, у меня инфаркт. Возраст подошёл, может, что-то ещё»; «У нашей одногруппницы годом раньше был инфаркт, не совсем понимаю в чём разница, честно говоря. У каждого из нас с возрастом уже накопились свои проблемы, связанные со здоровьем»; «Я знаю, что какие-то знакомые мне люди умирали от инфаркта. Но это не близкие мне люди, я не понимаю. Был один человек, у него была очень ответственная должность, он много стрессовал, курил, выпивал. Курил от нервов. Вот единственное между нами сходство, мы оба курили, и у нас обоих хорошее чувство юмора. Отличие — возраст, ему лет на 20 больше»).

В единственном случае, проводя сравнение с близким родственником, респондент акцентировал внимание на собственной ответственности, вкладе образа жизни в развившееся заболевание:

Р: «Я сам пришёл к инфаркту. Если бы я вёл более нормальный образ жизни, без вредных привычек, без надрыва, без этих адских стрессов. Там это всё-таки последствия заболевания. С дядей похоже [...] и вот у меня близко к этому. Но я пораньше понял, что это нехорошо. У меня есть план действий».

Каждому респонденту задавали вопрос об основных и дополнительных причинах возникшего заболевания. В строках таблицы отражены названные респондентом причины. Многие респонденты отмечали несколько причин одновременно. В столбцах отражено распределение респондентов по медицинским факторам риска инфаркта миокарда. Большинство респондентов имеют более 1 фактора риска и соответственно были отнесены к нескольким группам (таблица).

Каждый из 17 респондентов имел как минимум один фактор риска на момент произошедшего инфаркта. Двое из 17, не имеющие избыточной массы тела, курили и (или) страдали диабетом. Трое страдающих диабетом имели избыточную массу тела.

Только один респондент из страдающих диабетом указал его в качестве причины инфаркта. Меньше трети, имеющих избыточную массу тела, назвали в числе причин питание или вес. При сочетании факторов веса и диабета ни один из страдающих диабетом не указал лишний вес в качестве причины. Немногим больше половины курящих назвали курение. При сочетании факторов курения и заболевания диабетом диабет ни разу не был озвучен в причинах инфаркта.

Наиболее частой причиной инфаркта респонденты указали наличие стресса в их жизни. В большинстве случаев стресс относился к рабочей сфере, в 3 случаях из 9 к семейным конфликтам. Один из респондентов указал стресс и не упомянул наследственность сразу после рассказа о множественных инфарктах, произошедших у родителей.

Вместе с тем, объясняя механизм возникновения инфаркта, респонденты чаще всего прибегали к некоторому обобщению, холистичности — «организм изнашивается», «время подошло, организм просто устал, копилось за определённые годы», «изнашивалось сердце от всех переживаний», «весна, организм не набрал полную силу», «судьба, что Бог даёт». Обращает на себя внимание некоторая неизбежность и даже фатальность события.

Меньше трети респондентов при описании механизма инфаркта использовали «медицинскую» модель — «закрылся сосудик, который питает мою

Таблица

Объяснительная модель пациентов, перенёсших инфаркт миокарда, n=17

Table

Explanatory model of patients who suffered myocardial infarction, n=17

Объяснительная модель пациентов	Факторы риска		
	Курение (n=10)	Диабет (n=4)	BMI≥25 (n=15)
Стресс	5	1	9
Питание и вес	4		4
Курение	6	1	6
Алкоголь	4	1	6
Диабет		1	
Холестерин	1	1	2
Давление			1
Наследственность			1
Самостоятельный отказ от статинов			1
Низкая физическая активность	1		
COVID-19	1		2

Примечания: большинство респондентов имеют более 1 фактора риска, и соответственно были отнесены к нескольким группам; BMI — индекс массы тела, актуальный на момент исследования

Notes: most respondents have more than 1 risk factor and were therefore assigned to several groups; BMI — body mass index, at the time of the study

левую артерию», «бляшка оторвалась», «холестерин», «бляшка забила сосуд».

Метафоры

Отвечая на вопрос о значении для себя инфаркта, большинство респондентов разделились на две группы. Часть респондентов использовали метафоры, свидетельствующие о значимости проживаемой ситуации: «мне просто дали по башке», «звоночек», «здоровье стало ещё более хрупким», «толчок задуматься», «кардинальные перемены». Для других наиболее значимым оказались последствия заболевания: «ограничения радостей жизни», «рамки», «неудобства», «дискомфорт в жизни». Интересно, что придаваемое инфаркту значение не зависит от длительности прошедшего времени.

Вместе с тем нельзя не отметить использование уменьшительно-ласкательных суффиксов и характерных разговорных выражений в речи респондентов: «таблеточки», «капельки», «давяк», «карвалорчик», «сердечко», «блямбазаживляющие таблеточки», «сосудик», «брошюрка по курению», «немножечко в депрессии». Использование данной укладывается в общую эмоционально невовлечённую форму представления о событии.

Ответ на терапию

Несмотря на использование метафор, свидетельствующих о значимости пережитой ситуации, последующий анализ ответов на вопросы об изменениях в образе жизни не показывает непосредственной взаимосвязи с ответственными действиями. Только один из респондентов, говорящих о «звоночке», бросил курить, находясь ещё в отделении больницы, и продолжает соблюдение данной рекомендации на протяжении года. Один из респондентов со «свежим» инфарктом отказался от курения, находясь в отделении, но использовал метафору ограничений.

Одним из наиболее частых препятствий к отказу от курения называлось получаемое удовольствие: «курение осталось, нравится мне курить», «от курения пока ещё удовольствие испытываю, не готов пока бросить», «хочется каких-то радостей [...] мне практически ничего нельзя, а радостей хочется, вредностей, радостей».

Наиболее выполнимым респонденты указывали приём лекарств. Почти все респонденты артикулировали намерение следовать прописанным схемам приёма препаратов. В то же время в опыте одного из респондентов была самостоятельная отмена одного из кардиологических лекарств. Недостаточную приверженность можно заметить в высказываниях других респондентов: «я как бы следую, но мне хотелось бы, чтобы кто-то взял список и половину вычеркнул, оставил половину основных», «есть мысль, что буду принимать уже по самочувствию». По оценке одного из респондентов, он соблюдает около 80–90% рекомендаций. Некоторые респонденты продолжили употребление алкоголя, сократив его количество или заменив один его вид на другой. Другой респондент продолжил есть продукты с высоким содержанием соли. Респонденты мужчины отмечали, что зачастую не соблюдают предписание по ограничению поднимаемых тяжестей («иногда хочется нарушить, и нарушаю, тяжести какие-то перенести», «не очень удобно чувствовать себя физически слабым»).

Среди значимых факторов, способствующих соблюдению кардиореабилитационных рекомендаций, можно отметить наличие близкого человека, помогающего поддерживать изменения. В большинстве случаев этим человеком является жена респондента («жена больше следит», «больше всех жена беспокоится», «жена уже пилит»). Некоторые респонденты, надеясь на изменения, выражали потребность во внешнем влиянии («поеду закодируюсь, это подсознательно надо давануть, я слабый человек», «всё зависит от работы, если что-то поменяется, то и лишний вес уйдёт», «для прогулок нужна кампания, с друзьями гулять буду»).

ОБСУЖДЕНИЕ

Представленный анализ позволяет выделить существующие трудности у пациентов после ИМ и сформулировать возможные рекомендации для повышения эффективности кардиореабилитации.

На первый план выходит недостаточная осведомлённость широкой части населения о симптомах начала ИМ и необходимой первой помощи. Можно говорить об обязательном включении массового информирования в один из ключевых этапов первичной профилактики с обращением особенного внимания на мужскую часть населения. Выявленная у большинства пациентов патерналистская модель восприятия медицинской помощи может быть успешно использована для дополнительного информирования о необходимых изменениях в образе жизни. В этой работе наиболее эффективными членами реабилитационной бригады могли быть медицинские психологи, обладающие необходимыми компетенциями.

Вторичная профилактика ограничивается заинтересованностью пациентов в следовании рекомендациям по восстановлению. Отмеченный случай самостоятельной отмены препарата или сомнения в необходимости точному следованию, упования на внешние факторы для изменения образа жизни, недо-

статочное следование рекомендациям даже при артикулируемой заинтересованности в заботе о здоровье могут свидетельствовать о необходимости выделения дополнительного времени для прояснения отношения пациента к назначаемому лечению, укрепления мотивации к изменениям, составления плана его самостоятельных действий.

Выделенная нами информация о роли близкого человека в оказании первой помощи и сопровождении в кардиореабилитации подтверждается статистическими данными. Наличие у пациента опекуна или партнёра является положительным предиктором приверженности фармакотерапии [18]. Социальная поддержка является значимым фактором приверженности лечению на протяжении года и более [19].

В числе рекомендаций по повышению приверженности кардиореабилитации может быть привлечение родных и близких пациента, повышение их информированности, мотивирующее на изменения. Для мужчин шансы бросить курить при курящем партнёре ниже на 27%, у женщин — на 35% [20]. Организация быта, в частности приготовление пищи, у большинства семей лежит на плечах женской её части. Можно предположить, что проведение консультаций по питанию с привлечением ответственных за данный вопрос членов семьи может существенно повлиять на достижение рекомендуемых изменений.

Анализ наших данных был бы неполным без упоминания наиболее близкого по дизайну и клинической выборке исследования. Полуструктурированное интервью *MINI* было проведено на выборке из 51 франкоязычного канадца после перенесённого ИМ [21]. Мы использовали аналогичный табличный способ представления данных о называемых причинах ИМ. Несмотря на большую информированность канадских пациентов о причинах, которые вызывают ИМ, применительно к себе они, так же, как и в нашем исследовании, основной причиной указывали переживаемый стресс. В целом можно заметить совпадающее процентное соотношение по называемым причинам и реально имеющимся у пациентов факторам.

Представляет интерес выделенный в канадском исследовании феномен изменения духовного опыта после перенесённого ИМ. Участники исследования отмечали ощущение собственной смертности и находили поддержку, мотивацию и возможности адаптации в собственной духовности, реализуя это в молитве и посещении церкви. Упоминание о конечности жизни, переосмыслении отношения к смерти у наших респондентов носило единичный характер, а изменение в действиях касалось светской области — больше заботиться о здоровье, рекомендовать пройти обследование близким. Отвечая на вопрос о том, как духовные или религиозные практики помогали проходить через этот трудный период жизни, респонденты в большинстве обозначали свой статус (религиозен или нет) и в общих чертах описывали свои отношения к религии и церкви. Ни один из респондентов не сообщил о каких-либо изменениях в духовных или религиозных практиках после ИМ.

Несмотря на стремление к наибольшей репрезентативности и включение респондентов с различными социодемографическими данными, безусловным ограничением исследования является недостаточный объём выборки. Требуются дальнейшие исследования с большим числом участников.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение методов качественного исследования позволило выявить дополнительные факторы, влияющие на недостаточную приверженность вторичной кардиопротекции. Объяснительная модель респондентов о причинах произошедшего инфаркта миокарда в процентном отношении соответствует аналогичному канадскому исследованию. Теоретическая осведомленность о факторах риска инфаркта миокарда не переходит в полной мере в самоанализ и качественные изменения образа жизни. Требуется дальнейшее исследование мотивационного компонента кардиореабилитации, разработка стратегии, учитывающей индивидуальные особенности пациентов. Полученные данные уже могут быть использованы кардиологами, медицинскими психологами и другими участниками медицинской команды для повышения качества взаимодействия и мотивации пациентов к изменениям.

ВЫВОДЫ

1. Обнаружена недостаточная информированность о признаках и возможностях первой помо-

щи при инфаркте миокарда среди целевой группы. Необходима дополнительная психообразовательная работа, направленная на предотвращение рецидивов болезни и повторных госпитализаций. Это позволит сохранить не только жизни и здоровье людей, но и обеспечить существенную экономию вложений в медицину, сократить затраты, которых можно было бы избежать при проведении целенаправленной психологической работы с данным контингентом.

2. Целесообразно выделение дополнительных консультаций для повышения информированности о кардиореабилитации, укрепления мотивации и составления плана самостоятельных действий пациента. В этой работе важную роль могли бы играть медицинские психологи, осведомленные о типичных трудностях таких пациентов и имеющие специальную подготовку.

3. Привлечение к процессу кардиореабилитации близких для пациента людей может оказать положительное влияние на достижение желаемых изменений.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Matskeplishvili S, Kontsevaia A. Cardiovascular Health, Disease, and Care in Russia. *Circulation*. 2021;144(8):586–588. PMID: 34424769 <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.055239>
2. Шальнова С.А., Драпкина О.М., Куценко В.А., Капустина А.В., Муромцева Г.А., Яровая Е.Б. и др. Инфаркт миокарда в популяции некоторых регионов России и его прогностическое значение. *Российский кардиологический журнал*. 2022;27(6):4952. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2022-4952>
3. Самородская И.В., Барбараш О.Л., Кашталап В.В., Старинская М.А. Анализ показателей смертности от инфаркта миокарда в российской федерации в 2006 и 2015 годах. *Российский кардиологический журнал*. 2017;(11):22–26. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2017-11-22-26>
4. Барбараш О.Л., Седых Д.Ю., Горбунова Е.В. Основные факторы, определяющие риск развития повторного инфаркта миокарда. *Сердце: журнал для практикующих врачей*. 2017;16(1):26–31. <https://doi.org/10.18087/rhj.2017.1.2280>
5. Mehra VM, Gaalema DE, Pakosh M, Grace SL. Systematic review of cardiac rehabilitation guidelines: Quality and scope. *Eur J Prev Cardiol*. 2020;27(9):912–928. PMID: 31581808 <https://doi.org/10.1177/2047487319878958>
6. Kabboul NN, Tomlinson G, Francis TA, Grace SL, Chaves G, Rac V, et al. Comparative Effectiveness of the Core Components of Cardiac Rehabilitation on Mortality and Morbidity: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *J Clin Med*. 2018;7(12):514. PMID: 30518047 <https://doi.org/10.3390/jcm7120514>
7. Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, Zwisler AD, Rees K, Martin N, et al. Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Coronary Heart Disease: Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Coll Cardiol*. 2016;67(1):1–12. PMID: 26764059 <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.10.044>
8. Концевая А.В., Веретенникова А.В., Розанов В.Б., Худяков М.Б., Драпкина О.М., Характеристика первого года амбулаторного ведения пациентов, перенесших инфаркт миокарда (по данным российского многоцентрового исследования EUROASPIRE V. *Кардиологический журнал*. 2022;27(5):5004. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2022-5004>
9. Погосова Н.В., Оганов Р.Г., Бойцов С.А., Аушева А.К., Соколова О.Ю., Курсаков А.А. и др. Анализ ключевых показателей вторичной профилактики у пациентов с ишемической болезнью сердца в России и Европе по результатам российской части международного многоцентрового исследования EUROASPIRE V. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2020;19(6):2739. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2020-2739>
10. Погосова Н.В., Бойцов С.А., Аушева А.К., Соколова О.Ю., Арутюнов А.А., Осипова И.В. и др. Медикаментозная терапия и приверженность к ней пациентов с ишемической болезнью сердца: результаты российской части международного многоцентрового исследования EUROASPIRE V. *Кардиология*. 2021;61(8):4–13. <https://doi.org/10.18087/cardio.2021.8.n1650>
11. Jarab AS, Mansour RZ, Muflih S, Qeremc WA, Heshmeha SRA, Mukattash T, et al. Medication non-adherence among outpatients with myocardial infarction: A hospital-based study. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2024;28:101682. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2024.101682>
12. Gehi AK, Ali S, Na B, Whooley MA. Self-reported Medication Adherence and Cardiovascular Events in Patients with Stable Coronary Heart Disease: The Heart and Soul Study. *Arch Intern Med*. 2007;167(16):1798. PMID: 17846400 <https://doi.org/10.1001/archinte.167.16.1798>
13. Crowley MJ, Zullig LL, Shah BR, Shaw RJ, Lindquist JH, Peterson ED, et al. Medication Non-Adherence After Myocardial Infarction: An Exploration of Modifying Factors. *J Gen Intern Med*. 2015;30(1):83–90. PMID: 25361685 <https://doi.org/10.1007/s11606-014-3072-x>
14. Nadery Y, Khorasani P, Feizi A, Parviz S. Causes of nonadherence to treatment in people with myocardial infarction: Content analysis. *J Educ Health Promot*. 2021;10:330. PMID: 34761016 https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_92_21_eCollection_2021
15. Freier C, Heintze C, Herrmann WJ. Prescribing and medical non-adherence after myocardial infarction: qualitative interviews with general practitioners in Germany. *BMC Family Practice*. 2020;21(1):81. PMID: 32384915 <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01145-6>
16. Ye S, Krupka DJ, Davidson KW. Diagnosing Medication Non-Adherence in a Patient with Myocardial Infarction. *Front Psychol*. 2012;3:267. PMID: 22876236 https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00267_eCollection_2012
17. Groleau D, Young A, Kirmayer LJ. The McGill Illness Narrative Interview (MINI): an interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. *Transcult Psychiatry*. 2006;43(4):671–691. PMID: 17166953 <https://doi.org/10.1177/1363461506070796>
18. Фитилёв С.Б., Возжаев А.В., Ключев Д.А., Шкребнёва И.И. Многофакторный анализ приверженности фармакотерапии среди амбулаторных пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца. *Качественная клиническая практика*. 2021;(4):44–52. <https://doi.org/10.37489/2588-0519-2021-4-44-52>
19. Carrillo A, Belnap BH, Rothenberger SD, Feldman R, Rollman BL, Celano CM. Psychosocial predictors of health behavior adherence in heart-failure patients with comorbid depression: a secondary analysis of the Hopeful Heart trial. *BMC Psychology*. 2024;12(1):328. PMID: 38835104 <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01816-4>
20. Cobb LK, McAdams-DeMarco MA, Huxley RR, Woodward M, Koton S, Coresh J, et al. The Association of Spousal Smoking Status with the Ability to Quit Smoking: The Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Am J Epidemiol*. 2014;179(10):1182–1187. PMID: 24699782 <https://doi.org/10.1093/aje/kwu041>
21. Groleau D, Whitley R, Lespérance F, Kirmayer LJ. Spiritual reconfigurations of self after a myocardial infarction: Influence of culture and place. *Health Place*. 2010;16(5):853–860. PMID: 20471300 <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.04.010>

REFERENCES

1. Matskeplishvili S, Kontsevaya A. Cardiovascular Health, Disease, and Care in Russia. *Circulation*. 2021;144(8):586–588. PMID: 34424769 <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.055239>
2. Shalnova SA, Drapkina OM, Kutsenko VA, Kapustina AV, Muromtseva GA, Yarovaya EB, et al. Myocardial infarction in the population of some Russian regions and its prognostic value. *Russian Journal of Cardiology*. 2022;27(6):4952. (In Russ.). <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2022-4952>
3. Samorodskaya IV, Barbarash OL, Kashtalap VV, Starinskaya MA. Mortality from Myocardial Infarction in Russia in the Years 2006 And 2015. *Russian Journal of Cardiology*. 2017;11(22):22–26. (In Russ.). <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2017-11-22-26>
4. Barbarash OL, Sedykh DY, Gorbunova EV. Key Factors Determining the Risk of Recurrent Myocardial Infarction. *Serdtshe: zhurnal dlya praktikuyushchikh vrachey*. 2017;16(1):26–31. (In Russ.) <https://doi.org/10.18087/rhj.2017.1.2280>
5. Mehra VM, Gaalema DE, Pakosh M, Grace SL. Systematic review of cardiac rehabilitation guidelines: Quality and scope. *Eur J Prev Cardiol*. 2020;27(9):912–928. PMID: 31581808 <https://doi.org/10.1177/2047487319878958>
6. Kabboul NN, Tomlinson G, Francis TA, Grace SL, Chaves G, Rac V, et al. Comparative Effectiveness of the Core Components of Cardiac Rehabilitation on Mortality and Morbidity: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *J Clin Med*. 2018;7(12):514. PMID: 30518047 <https://doi.org/10.3390/jcm7120514>
7. Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, Zwisler AD, Rees K, Martin N, et al. Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Coronary Heart Disease: Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Coll Cardiol*. 2016;67(1):1–12. PMID: 26764059 <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.10.044>
8. Kontsevaya AV, Veretennikova AV, Rozanov VB, Khudyakov MB, Drapkina OM. Characteristics of a 1-year outpatient management of patients after myocardial infarction: data from a Russian multicenter study. *Russian Journal of Cardiology*. 2022;27(5):5004. (In Russ.). <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2022-5004>
9. Pogossova NV, Ioganov RG, Boytsov SA, Ausheva AK, Sokolova OYu, Kursakov AA, et al. Secondary prevention in patients with coronary artery disease in Russia and Europe: results from the Russian part of the EUROASPIRE V survey. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2020;19(6):2739. (In Russ.). <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2020-2739>
10. Pogossova NV, Boytsov SA, Ausheva AK, Sokolova OY, Arutyunov AA, Osipova IV, et al. Drug Therapy and Adherence in Patients With Coronary Heart Disease: Results of the Russian part of the EUROASPIRE V International Multicenter Study. *Kardiologiya*. 2021;61(8):4–13. (In Russ.). <https://doi.org/10.18087/cardio.2021.8.n1650>
11. Jarab AS, Mansour RZ, Muflih S, Qeremc WA, Heshmeha SRA, Mukattash T, et al. Medication non-adherence among outpatients with myocardial infarction: A hospital-based study. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2024;28:101682. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2024.101682>
12. Gehi AK, Ali S, Na B, Whooley MA. Self-reported Medication Adherence and Cardiovascular Events in Patients with Stable Coronary Heart Disease: The Heart and Soul Study. *Arch Intern Med*. 2007;167(16):1798. PMID: 17846400 <https://doi.org/10.1001/archinte.167.16.1798>
13. Crowley MJ, Zullig LL, Shah BR, Shaw RJ, Lindquist JH, Peterson ED, et al. Medication Non-Adherence After Myocardial Infarction: An Exploration of Modifying Factors. *J Gen Intern Med*. 2015;30(1):83–90. PMID: 25361685 <https://doi.org/10.1007/s11606-014-3072-x>
14. Nadery Y, Khorasani P, Feizi A, Parviz S. Causes of nonadherence to treatment in people with myocardial infarction: Content analysis. *J Educ Health Promot*. 2021;10:330. PMID: 34761016 https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_92_21_eCollection_2021
15. Freier C, Heintze C, Herrmann WJ. Prescribing and medical non-adherence after myocardial infarction: qualitative interviews with general practitioners in Germany. *BMC Family Practice*. 2020;21(1):81. PMID: 32384915 <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01145-6>
16. Ye S, Krupka DJ, Davidson KW. Diagnosing Medication Non-Adherence in a Patient with Myocardial Infarction. *Front Psychol*. 2012;3:267. PMID: 22876236 https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00267_eCollection_2012
17. Groleau D, Young A, Kirmayer LJ. The McGill Illness Narrative Interview (MINI): an interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. *Transcult Psychiatry*. 2006;43(4):671–691. PMID: 17166953 <https://doi.org/10.1177/1363461506070796>
18. Fitilev SB, Vozzhaev AV, Kliuev DA, Shkrebniova II. Multivariate analysis of medication adherence among outpatients with stable coronary artery disease. *Good Clinical Practice*. 2021;4(4):44–52. (In Russ.). <https://doi.org/10.37489/2588-0519-2021-4-44-52>
19. Carrillo A, Belnap BH, Rothenberger SD, Feldman R, Rollman BL, Celano CM. Psychosocial predictors of health behavior adherence in heart-failure patients with comorbid depression: a secondary analysis of the Hopeful Heart trial. *BMC Psychology*. 2024;12(1):328. PMID: 38835104 <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01816-4>
20. Cobb LK, McAdams-DeMarco MA, Huxley RR, Woodward M, Koton S, Coresh J, et al. The Association of Spousal Smoking Status with the Ability to Quit Smoking: The Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Am J Epidemiol*. 2014;179(10):1182–1187. PMID: 24699782 <https://doi.org/10.1093/aje/kwu041>
21. Groleau D, Whitley R, Lespérance F, Kirmayer LJ. Spiritual reconfigurations of self after a myocardial infarction: Influence of culture and place. *Health Place*. 2010;16(5):853–860. PMID: 20471300 <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.04.010>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Герасимова Анна Александровна

медицинский психолог отделения кардиореабилитации ФГБУ НМИЦК им. Е.И. Чазова;
<https://orcid.org/0000-0001-5298-6084>, anna.al.gerasimova@gmail.com;
 50%: проведение исследования, анализ и интерпретация результатов, подготовка рукописи

Холмогорова Алла Борисовна

профессор, доктор психологических наук, декан факультета «Консультативная и клиническая психология», заведующая кафедрой клинической психологии и психотерапии ФГБОУ ВО МГППУ; руководитель психологического отдела ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»;
<https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>, holmogorovaab@mgppu.ru;
 30%: разработка концепции и дизайна исследования, предоставление доступа к используемой методике, редакция рукописи

Погосова Нана Вачиковна

профессор, доктор медицинских наук, заместитель генерального директора по научно-аналитической работе и профилактической кардиологии ФГБУ НМИЦК им. Е.И. Чазова;
<https://orcid.org/0000-0002-4165-804X>, yuvfrolova@cardio.ru;
 15%: окончательное утверждение рукописи

Аушева Аза Камбулатовна

кандидат медицинских наук, врач-кардиолог, заведующая отделением кардиореабилитации, ведущий научный сотрудник Лаборатории профилактической кардиологии ФГБУ НМИЦК им. Е.И. Чазова; ассистент кафедры доказательной медицины Медицинского института РУДН;
<https://orcid.org/0000-0001-9794-7484>, azausheva3011@gmail.com;
 5%: коммуникация между отделениями, проверка медицинской терминологии

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Psychosocial Factors Influencing Adherence to Cardiac Rehabilitation in Patients After Myocardial Infarction

A.A. Gerasimova¹ ✉, A.B. Kholmogorova^{2, 3}, N.V. Pogosova¹, A.K. Ausheva^{1, 4}

Cardiac Rehabilitation Department

¹ Academician E.I. Chazov National Medical Research Center of Cardiology
Akademika Chazova Str. 15A, Moscow, Russian Federation 121552

² N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine
Bolshaya Sukharevskaya Sq. 3, Moscow, Russian Federation 129090

³ Moscow State University of Psychology and Education
Sretenka Str. 29, Moscow, Russian Federation 127051

⁴ Peoples Friendship University of Russia, Medical Institute
Miklukho-Maklaya Str. 6, Moscow, Russian Federation 117198

✉ **Contacts:** Anna A. Gerasimova, Medical Psychologist, Cardiac Rehabilitation Department, Academician E.I. Chazov National Medical Research Center of Cardiology.
Email: anna.al.gerasimova@gmail.com

BACKGROUND Compliance with medical recommendations and adherence to cardiac rehabilitation remains one of the pressing problems in helping patients who have suffered a myocardial infarction (MI). Additional difficulties include insufficient research in this area and limited tools. One possible solution may be a qualitative method such as a semi-structured McGill Illness Narrative Interview to describe the disease.

AIM OF THE STUDY to identify factors influencing adherence to cardiac rehabilitation.

MATERIAL AND METHODS The study was conducted at the Federal State Budgetary Institution E.I. Chazov National Medical Research Center of Cardiology from April to August 2023. The sample included 17 people (14 men, 3 women) aged 36 to 62 years, the average age was 51 years. Of these, 7 people were admitted directly by ambulance to the cardiology center at the time of myocardial infarction (3–7 days ago), 10 people underwent treatment for the cardiovascular system in various departments of the cardiology center and had myocardial infarction in the past (from 2 months to 3 years ago). Each respondent was interviewed once, in an individual format, mainly in the cardiac rehabilitation department, in the office of a medical psychologist.

RESULTS AND CONCLUSIONS Insufficient awareness of the signs and possibilities of first aid for myocardial infarction was found among the target group. It is advisable to allocate additional consultations to increase awareness of cardiac rehabilitation, strengthen motivation and draw up a plan for independent patient actions. Involvement of people close to the patient in the cardiac rehabilitation process can have a positive impact on achieving the desired changes.

CONCLUSION The use of qualitative research methods allowed additional factors that influence poor adherence to cardiac rehabilitation to be identified. The data obtained can be used by cardiologists, medical psychologists, and other members of the medical team to improve the quality of interaction and motivate patients to change.

Keywords: cardiac rehabilitation, treatment adherence, compliance, myocardial infarction

For citation Gerasimova AA, Kholmogorova AB, Pogosova NV, Ausheva AK. Psychosocial Factors Influencing Adherence to Cardiac Rehabilitation in Patients After Myocardial Infarction. *Russian Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care*. 2025;14(2):379–386. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2025-14-2-379-386> (in Russ.)

Conflict of interest Authors declare lack of the conflicts of interests

Acknowledgments, sponsorship Thanks to Irina Vladimirovna Barinova, David Taimurazovich Kuchiev, Tarteryan Tatevik Armenovna, Vyacheslav Viktorovich Seredovich for invaluable assistance in establishing social connections. The study has no sponsorship

Affiliations

Anna A. Gerasimova	Medical Psychologist of the Cardiac Rehabilitation Department, Academician E.I. Chazov National Medical Research Center of Cardiology; https://orcid.org/0000-0001-5298-6084 , anna.al.gerasimova@gmail.com; 50%, conducting the research, analysis and interpretation of results, preparation of the manuscript
Alla B. Kholmogorova	Professor, Doctor of Psychological Sciences, Dean of the Faculty of "Counseling and Clinical Psychology", Head of the Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Moscow State University of Psychology and Education; Head of the Psychological Department, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine; https://orcid.org/0000-0001-5194-0199 , holmogorovaab@mgppu.ru; 30%, development of the concept and design of the study, providing access to the methodology used, editing the manuscript
Nana V. Pogosova	Professor, Doctor of Medical Sciences, Deputy Director General for Scientific and Analytical Work and Preventive Cardiology, Academician E.I. Chazov National Medical Research Center of Cardiology; https://orcid.org/0000-0002-4165-804X , yuvfrolova@cardio.ru; 15%, final approval of the manuscript
Aza K. Ausheva	Candidate of Medical Science, Head of the Cardiac Rehabilitation Department, Cardiologist, Leading Researcher at the Laboratory of Preventive Cardiology, Academician E.I. Chazov National Medical Research Center of Cardiology; Assistant at the Department of Evidence-Based Medicine, Medical Institute of Peoples Friendship University of Russia; https://orcid.org/0000-0001-9794-7484 , azaausheva3011@gmail.com; 5%, communication between departments, checking medical terminology

Received on 15.12.2024

Review completed on 03.02.2025

Accepted on 24.03.2025

Поступила в редакцию 15.12.2024

Рецензирование завершено 03.02.2025

Принята к печати 24.03.2025