

Белова С.С.¹, Овсянникова В.В.² Жить с фибрилляцией предсердий: качественные исследования – о восприятии заболевания пациентами

Belova S.S.¹, Ovsyannikova V.V.² Living with atrial fibrillation: qualitative studies on patients' perception of illness

¹ Институт психологии Российской академии наук, Москва, Россия

² Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва, Россия

В обзоре зарубежных исследований последнего десятилетия, выполненных с помощью качественной методологии и посвященных восприятию заболевания пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), последовательно рассматриваются ключевые темы восприятия пациентами 1) скрининга на ФП, 2) заболевания на его начальном этапе и при многолетнем течении; 3) изменений в качестве жизни пациентов и их семей, связанных с заболеванием; 4) проблемы недостаточной информированности о заболевании; 5) антикоагулянтной терапии. В заключении обсуждаются перспективы использования результатов данного обзора в разработке проблемы медико-психологического сопровождения пациентов с ФП, в том числе в РФ.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, восприятие заболевания, восприятие терапии, качественная методология, качество жизни, приверженность лечению, антикоагулянтная терапия

Введение

Настоящая статья представляет собой аналитический обзор зарубежных психологических исследований последних 10-ти лет, выполненных с использованием качественной методологии и посвященных описанию того, как воспринимают свое заболевание пациенты с фибрилляцией предсердий.

Фибрилляция предсердий (ФП) – наиболее распространённое нарушение сердечного ритма, представленное у 1-2% популяции, с увеличением частоты встречаемости с возрастом до 10-17% у лиц старше 80-ти лет (Zoni-Berisso, Domenicucci, 2014). Как независимый фактор оно сопряжено с высокими рисками: с 5-кратным риском инсульта, с 3-кратным риском сердечной недостаточности и с 1.5-кратным риском смертности по всем причинам (Ruddox et al., 2017; Son et al., 2019). В Европе за последние 20 лет частота выявления этого заболевания выросла вдвое в связи с ростом продолжительности жизни и связанной с этим предрасполагающей коморбидности, эффективности диагностики и терапии хронических заболеваний в целом и ФП в частности (Zoni-Berisso, Domenicucci, 2014). Распространенность заболевания в России за период 2010-2017 гг. выросла на 44% (Колбин с соавт., 2018). Без преувеличения ФП составляет предмет одной из самых острых по неблагоприятным исходам и «дорогостоящих» проблем здравоохранения во всем мире (Piccini et al., 2020).

Вне зависимости от клинической формы заболевания от 10 до 40% пациентов не испытывают в связи с ним никаких симптомов, что откладывает во времени постановку диагноза, существенно затрудняет формирование адекватного отношения к рискам заболевания и приверженности лечению (Gleason et al., 2018, Rienstra et al., 2012, Rho, Page, 2005). Симптоматика в остальной популяции неспецифична, но изнурительна, наиболее часто ее составляют: усталость и одышка, учащенное сердцебиение, дискомфорт/боль в груди, головокружение, тревога (там же). Все это влечет существенное снижение качества жизни пациента и переносимости физической нагрузки (Son et al., 2019), изменения в образе жизни пациента и членов его семьи (Bohnen et al., 2011). Нередким является психологический дистресс, связанный в том числе с пониманием рисков заболевания (McCabe, Barnason, 2012), развитие психосоциальных и когнитивных нарушений (Bamgbade et al., 2020, Serpytis et al., 2018). В целом, несмотря на высокую вариативность проявлений заболевания, его физическая и психологическая обременительность для пожилых пациентов очень высока, в т. ч. в связи с сочетанием с другими хроническими заболеваниями

Белова С.С., Овсянникова В.В. Жить с фибрилляцией предсердий (наиболее часто – с заболеваниями сердца, гипертонией, диабетом) (Piccini et al., 2020).

Применение качественной методологии к реконструкции восприятия заболевания пациентами обладает уникальными эвристическими возможностями поискового характера, важными прежде всего для оптимизации их психологического сопровождения. Ее предметом является текст в широком понимании – выражение субъективного опыта прежде всего в естественном языке, к изучению которого применяются различные методы: анализ дискурса, нарративов, бесед, тематических единиц, метод феноменологической интерпретации и другие (Levitt et al., 2018). Качественная методология нацелена на описание субъективных представлений пациентов о заболевании как системе со своей внутренней логикой. Она проливает свет на личностные смыслы, интерпретации и значения, которые раскрывают психологическое отношение пациента к заболеванию и, в конце концов, определяют его намерения и причины поведения (Хорошилов, Балашова, 2018). За рубежом активное применение качественной методологии для изучения восприятия хронических заболеваний, переживающее яркий подъем во втором десятилетии XXI в. (Shaw et al., 2019), опирается на большую традицию теоретизирования о саморегуляции поведения, направленного на сбережение здоровья (например, в рамках моделей Health Beliefs Model (Orbell et al., 2020), Common Sense Model (Cameron et al., 2020)). Последние построены на предположении, что феноменологический фактор является одним из немногих факторов пациента, в определенной степени допускающий свою модификацию в ходе интервенций, что разумно учитывать в оптимизации его психологического сопровождения. В этой связи необходимо изучение специфики восприятия конкретного заболевания.

Психологическое сопровождение пациентов с ФП – комплексная задача, имеющая целью их психологическую поддержку, снижение дистресса, формирование оптимального отношения к процессу лечения, оптимизацию коммуникации пациента и врача (Скирденко с соавт., 2016). Особенно актуален вопрос поддержки приверженности антикоагулянтной терапии, назначаемой при ФП, как правило, пожизненно с целью снижения риска инсульта. Оценки ее неудовлетворительности варьируют от 25 до 45%, при этом постоянство приема антикоагулянтов в 1-2-летней перспективе сохраняется лишь у 50-66% пациентов, что существенно повышает вероятность неблагоприятного течения заболевания (Lowres et al., 2019, Salmasi et al., 2020).

Основой настоящего обзора выступили 16 зарубежных исследований последнего десятилетия, в

которых по данным глубинных полу-структурированных интервью были реконструированы ключевые темы восприятия заболевания и антикоагулянтной терапии пациентами с ФП. Тематический анализ – зонтичный термин для обозначения класса «теоретически свободных» методов выявления паттернов тем в высказываниях респондентов, показательных для выборки в целом (в противоположность описанию уникальных случаев) (Braun, Clarke, 2006). В одном из исследований (Dalteg et al., 2017) использовался герменевтический анализ для выявления глубинных убеждений о заболевании в супружеских парах. Мы стремились сделать обзор репрезентативным и относительно универсальным, т.е. ориентированным на общие для большинства пациентов темы восприятия заболевания. Его структура включает 6 разделов. В первом разделе рассмотрено восприятие пациентами групп риска процедуры скрининга на ФП. Ключевые темы восприятия заболевания на его начальном этапе, а затем их развитие и пополнение новыми направлениями при более длительном течении представляют второй и третий разделы, соответственно. Четвертый раздел описывает видение пациентами изменений в их образе и качестве жизни в связи с заболеванием, охватывающих, в том числе, их микросоциальное окружение. Пятый раздел посвящен важной теме недостаточной информированности пациентов о заболевании и его неполного понимания. И, наконец, шестой раздел рассматривает восприятие пациентами антикоагулянтной терапии (АКТ). В заключении мы обсуждаем перспективы использования результатов данного обзора в разработке проблемы медико-психологического сопровождения пациентов с ФП, в том числе в РФ.

Пациенты групп риска – о скрининге на ФП

Согласно рекомендациям Европейского кардиологического общества, лицам старше 65 лет показан включенный в общую врачебную практику скрининг на ФП, а лицам старше 75 лет и лицам с высоким риском инсульта – систематический скрининг (Mairesse et al., 2017). При проведении скрининга, наряду с традиционными способами диагностики (ЭКГ, холтеровское мониторирование), используются и портативные медицинские устройства с одним ЭКГ-отведением и «умные часы» (Raja et al., 2019). Хотя дискуссия об эффективности подобных скринингов в национальном масштабе еще продолжается (Lown, Moran, 2019), уже имеются данные об их восприятии пациентами групп риска.

Так, пациенты группы риска¹ в целом позитивно относились к скринингу как инструменту раннего выявления ФП, рассчитывая, что это позволит сократить медицинские расходы в будущем, хотя отмечали, что скрининг, а также его регулярность в долгосрочной перспективе может вызывать и тревожные переживания (Lown et al., 2020). В целом все средства мониторинга ритма были признаны пациентами достаточно комфортными, хотя некоторые предпочитали варианты менее затратные по времени, более простые в использовании. При этом по результатам интервьюирования авторы признали ключевыми два заключения.

1) Несмотря на то, что участникам давались письменные разъяснения о сути заболевания ФП и связанных с ним рисках, в свободных описаниях они все же обнаруживали неполное его понимание, путая с другими заболеваниями сердца и гипертонией.

2) Пациенты сами не придавали значения таким потенциально возможным негативным моментам, связанным со скринингом, как разная точность диагностических тестов (при их меньшей эффективности возможны «ложноотрицательные» заключения) и потенциально возможная гипердиагностика (там же).

Пациенты с ФП – о заболевании на начальном этапе

На начальном этапе заболевания, с момента первого появления симптомов до обращения к врачу и начала лечения, МакКейб с соавторами были идентифицированы 4 главные темы в восприятии заболевания пациентами² (McCabe et al., 2014).

1) *Неверная интерпретация симптоматики.* Пациенты были склонны приписывать свои симптомы другим заболеваниям или немедицинским факторам (старение, стресс, рост нагрузки на работе и т.п.). При нерегулярном проявлении симптомов они считали их несерьезными и выбирали стратегию выжидания, откладывая визит к врачу до ухудшения состояния. Характерно, что объяснимое затруднение пациентов в понимании неспецифичных нерегулярных симптомов зачастую подкреплялось и первоначальной оценкой их как незначительных самими врачами.

2) *Субъективное открытие в понимании ФП как заболевания.* После постановки диагноза пациенты получали устные разъяснения врача о сути заболевания, а также информационные ма-

¹ (N = 15 (Великобритания, ср. возраст 73.9, 26.7% мужчины) (Lown et al., 2020).

² (N = 41 (США), ср. возраст 64.3, 51% мужчины) (McCabe et al., 2014).

териалы разного формата. Они выражали большую готовность узнать больше, но отмечали, что понимание информации о заболевании вызывало затруднения и ощущение информационной перегрузки. Им хотелось повторений, дублирования информации в том или ином формате и большей определенности в том, как распознать состояние, требующее обращения к врачу.

3) *Столкновение со страхами, неопределенностью и продвижение к принятию заболевания.* Наиболее частыми эмоциональными реакциями на постановку диагноза и дальнейшие проявления заболевания были страх и чувство неопределенности. Одышка и учащенное сердцебиение при их сильной выраженности и постоянстве становились пугающими, заставляя пациентов вновь обращаться к врачам. Повышалось их беспокойство о том, каким образом заболевание скажется на их образе жизни. Пациенты с периодическим характером симптомов благодаря постановке диагноза с облегчением находили объяснение своему состоянию. В целом постановка диагноза и информирование о характере лечения продвигало всех пациентов к принятию заболевания. Важно отметить, что эмоциональные реакции пациентов в значительной мере определялись поведением медиков: при проявлении их заботы и внимания пациенты чувствовали, что их опасения находятся под контролем врачей, испытывали меньший страх и большую уверенность в том, что заболевание можно контролировать.

4) *Получение от врача поддержки и подтверждения оправданности обращения за помощью.* Большинство пациентов почувствовали, что врачи считали оправданным их обращение за помощью, а заболевание – серьезным. Они были более спокойны, когда врачи уделяли время их поддержке, проявляли к ним заботливое отношение. Разъяснение ситуации и подхода к лечению способствовали успокоению, чувству контроля над ситуацией и конструктивному взаимодействию врача и пациента. Негативный опыт в этом отношении был представлен случаями, когда врач сам недооценивал важность симптомов и опасений пациента, выражал недоверие его рассказу, что часто вело к откладыванию постановки диагноза и лечения.

По результатам исследования Кларксмита с соавторами тема понимания диагноза пациентами³ включала три компонента (Clarkesmith et al., 2017). Первый состоял в высокой важности для пациента *субъективного* (не медицинского!) *понимания причин заболевания*, к которым они относили образ жизни, наследственность и возраст. Второй компонент – *поиск информации и под-*

³ (N = 16 (Великобритания), ср. возраст 71 год, 56% мужчины) (Clarkesmith et al., 2017).
Психологические исследования 2021 Т 14 No. 76

держки у врачей и в Интернете. И третий – *эмоциональный дистресс, шок* при столкновении с диагнозом, необходимостью длительного лечения и вероятностью инсульта.

Пациенты с ФП – о заболевании при его длительном течении

Более продолжительное течение заболевания характеризуется, с одной стороны, сохранением в восприятии заболевания указанных тем, а с другой – приобретением ими новых граней, связанных с длительностью течения заболевания, а также появлением ряда новых тем. Проиллюстрируем это тремя исследованиями (McCabe et al., 2011, Stridsman et al., 2019, Taylor et al., 2018).

МакКейб с соавторами были выделены следующие 7 ключевых тем в восприятии пациентами⁴ заболевания при его 8-летнем (в среднем) течении (McCabe et al., 2011).

- 1) *Проблема понимания значения симптомов*, которая приводила к откладыванию посещения врача, отсрочке постановки диагноза вследствие неспецифичности симптоматики и непредсказуемости эпизодов аритмии.
- 2) *Неинформированность и отсутствие поддержки со стороны медицинского сопровождения* после постановки диагноза: наибольшая потребность пациентов касалась прояснения причин заболевания, его влияния на образ жизни и возможных вариантов течения.
- 3) *Наличие поворотных моментов (эпизодов аритмии, изменений самочувствия)*, в результате которых пациенты воспринимали свои симптомы как более значимые, меняли свое отношение к происходящему и обращались за помощью.
- 4) *Попытки предотвратить эпизоды аритмии*: от начальных попыток избегать разного рода «триггеров» (повышенных нагрузок, негативных эмоциональных переживаний, недосыпа, продуктов питания и т.п.) до приходящего со временем понимания малой эффективности этих приемов.
- 5) *Управление неожиданно проявляющимися и функционально ограничивающими симп-*

⁴ (N = 15 (США), ср. возраст 59.8, 53% мужчин, симптоматическое течение) (McCabe et al., 2011).

Белова С.С., Овсянникова В.В. Жить с фибрилляцией предсердий *томами*: способы, которыми пациенты пытались самостоятельно справиться с эпизодами аритмии (вызвать сильный кашель, охладить лицо, глубоко дышать и т.п.).

- б) *Эмоциональный дистресс*: чередование эмоциональных взлетов и падений, надежды и отчаяния вследствие «неэффективности» лечения, несмотря на высокую приверженность лечению; самообвинение; страх инсульта; тревога и потеря самоконтроля из-за непредсказуемости начала, продолжительности и последствий эпизодов ФП; ограничение социальной активности и привычного образа жизни; невозможность соответствовать собственным ожиданиям.
- 7) *Примирение, поддерживаемое надеждой на излечение*: строилось не на способности контролировать заболевание, а на принятии его неизбежности и на вере «в освобождение» в лучшем будущем.

В исследовании Стридсман с соавторами были идентифицированы три ключевые темы в восприятии пациентов⁵ со средней 5-летней длительностью заболевания: 1) *симптомы и физические ограничения в повседневной жизни*; 2) *источники тревоги*; 3) *стратегии управления сложившейся ситуацией* (Stridsman et al., 2019).

При общей высокой вариативности симптоматики (от ее отсутствия до обмороков при эпизоде аритмии), наиболее часто отмечались *постоянная усталость, быстрая утомляемость и потеря сил*, ведущие к снижению физической и социальной активности, к негативным психологическим изменениям (удрученности, отчуждению, потере интереса к жизни, сложности в концентрации, забывчивости), зависимости от близких в быту.

Главным и постоянным источником тревоги была названа *непредсказуемость возникновения эпизодов ФП*, которая вынуждала участников ограничивать привычную социальную активность и передвижения, справляться с чувством изолированности, проявлять постоянную бдительность к возможным признакам заболевания. Эпизоды аритмии порождали чувство угрозы жизни в целом из-за остановки сердца, инсульта. Другими источниками тревоги выступили страх побочных эффектов из-за приема антикоагулянтов, а также волнения родственников по поводу ФП у

⁵ (N = 19 (Швеция), ср. возраст 60 лет, 67% мужчин, персистирующая и пароксизмальная формы ФП) (Stridsman et al., 2019).

члена их семьи.

Главные стратегии управления сложившейся ситуацией участников были следующими: 1) *повышение информированности* о заболевании путем получения знаний от медработников, других пациентов, с помощью интернета; 2) *попытки управлять частотой эпизодов ФП* путем выявления факторов, их провоцирующих (например, к ним относили употребление алкоголя, физические или умственные перегрузки, недосыпание, стресс, поздний прием пищи и пр.), вплоть до одержимости подобными размышлениями; 3) *попытки облегчить протекания эпизодов аритмии* (например, глубокое дыхание, отдых или, наоборот, повышение активности); 4) *стремление избавиться от негативных эмоций*, вести себя как до заболевания.

Сравнение этих двух исследований показывает, что помимо ценных уникальных деталей выделенные в них ключевые темы восприятия заболевания близки, сходным образом обобщены (плоскость симптоматики, эмоциональных переживаний, информированности, поведенческих стратегий) и линейно изложены.

В исследовании Тейлор с соавторами в качестве ключевой эксплицируется важная тема *замкнутого круга в субъективном опыте пациентов⁶ с ФП, объединяющего те же измерения* (Taylor et al., 2018). Последовательно связанными составляющими замкнутого круга были признаны: 1) субъективная нехватка знаний и понимания ФП на уровне симптомов; 2) попытки контролировать симптомы; 3) негативные эмоциональные реакции при неэффективности этих попыток. Замкнутый круг имеет отношение и к трем подчиненным темам: 1) непредсказуемости и неопределенности ФП и симптомов; 2) попыткам пациента справиться с симптомами или избегающим поведением, или поведением по принципу «все или ничего» (т.е. колебанием между жизненной активностью на уровне до заболевания и последующим закономерным упадком сил), или снижением общей активности; 3) опасениям и ожиданиям пациента от терапии. Авторы приходят к заключению, что улучшение понимания пациентами заболевания и лечения, а также развитие эффективных стратегий управления симптомами может облегчить психологический дистресс и улучшить качество жизни при ФП.

Пациенты с ФП – об изменениях в образе жизни и своем микросоциальном

⁶ N = 30 (Великобритания), ср. возраст 61.6 года, 66% мужчины, персистирующая форма ФП) (Taylor et al., 2018).

окружении в связи с заболеванием

Ключевые особенности и изменения в образе жизни пациентов с ФП и их микросоциального окружения, связанные с заболеванием, будут представлены ниже на материале трех работ (Altiok et al., 2015, Dalteg et al., 2017, Jones et al., 2020).

Так, Алтиок с соавторами выделяют в описаниях пациентами⁷, принимающими варфарин, своего образа жизни 4 основные темы – специфика и изменение 1) психического, 2) социального, 3) физического статуса в связи с заболеванием, а также 4) контроль и преодоление заболевания (Altiok et al., 2015).

Тема психического статуса конкретизировалась темами второго порядка: принятие болезни; чувство выгорания из-за частых посещений больницы для коррекции дозы антикоагулянта; зависимость от врачей, партнеров, детей; негативные эмоциональные реакции на само заболевание (гнев, обида); фатализм; постоянная тревога из-за непредсказуемости эпизода аритмии, внутреннего кровотечения или кровоизлияния в мозг; страх быть парализованным.

Тема социального статуса раскрывалась так: заболевание оказывает неблагоприятное влияние на социальную активность, сужая ее; ухудшает финансовое положение; члены семьи начинают проявлять заботу и бережное отношение к пациентам, что иногда воспринимается последними как обременительность для близких.

Тема физического статуса связывалась с неспособностью сохранить физическую активность и вести прежний образ жизни вследствие ограничений заболевания (работа по дому, сексуальная активность, спортивные нагрузки).

Тема контроля и преодоления заболевания конкретизировалась следующими темами: чувство незащищенности из-за частой смены медицинских работников; трудности совладания с заболеванием из-за недостатка информации об АКТ; стратегии позитивного копинга в организации жизни при ФП со стороны пациента.

Такое описание разноплановых граней проблемы (психический, социальный и физический ста-

⁷ (N = 32 (Турция), ср. возраст 66.9 года, 50% мужчины, длительность течения от 6 мес.) (Altiok et al., 2015).
Психологические исследования 2021 Т 14 No. 76 <http://psystudy.ru> 10

Белова С.С., Овсянникова В.В. Жить с фибрилляцией предсердий (тус пациента и контроль заболевания с его стороны) безусловно полезно как упорядочивающая классификация. Однако, большей эвристической ценностью обладают работы, которые описывают функциональное взаимодействие элементов подобных структур. В отношении проблемы микросоциального контекста заболевания – его включенности в жизнь пациента и его семьи – подобный функциональный подход был представлен в работе Далтега с соавторами (Dalteg et al., 2017). В работе интервьюировались супружеских пары⁸, в которых один из партнеров имел ФП. К диалогам супругов был применен герменевтический анализ, суть которого сводится к выявлению глубинных личностных убеждений в приложении к ситуации заболевания, которые разделяются в той или иной мере парой как системой.

Глубинные убеждений (core beliefs) имеют фундаментальный характер, определяющий сближение человека с миром и существование в нем. Они определяют идентичность человека и переживаются им как правда, глубоко укоренены и не могут быть легко изменены. Вторичные убеждения (secondary beliefs) выводятся из глубинных, касаются их преломления в жизни с заболеванием и в большей степени подвержены изменению. Было выявлено 3 глубинных и 6 вторичных убеждений в диалогах супружеских пар.

Первое глубинное убеждение – *«Сердце является репрезентацией жизни»* – связано с такими вторичными представлениями, как *«ФП — это угроза жизни»*; *«ФП может и должна быть объяснена»*. Заболевание воспринимается опасным, потому что оно поражает символическое воплощение жизни (сердце), а не что-либо другое. Потребность в объяснении этиологии ФП и триггеров приступов вытекает из потребности супругов в контроле над угрозой жизни.

Второе глубинное убеждение – *«Изменение – это неотъемлемая часть жизни»* – дает основу таким вторичным представлениям, как *«ФП является разрушителем нашей жизни»*, *«ФП не должно мешать нашей жизни»*. Сама по себе идея изменений в жизни представлялась участникам естественной, однако появление ФП в жизни супружеских пар оценивалось как разрушительное и приносящее серьезные ограничения. И в этой связи возникала идея произвольной позиции по отношению к этому вторжению: несмотря на наличие ФП, каждый вправе взвешенно определить, насколько заболеванию будет позволено определять его образ жизни.

⁸ (N = 9 супружеских пар (Швеция), ср. продолжительность брака 42 г., ср. возраст пациентов 62 г., 30% мужчины, ср. продолжительность заболевания - 9 л., персистирующая, пароксизмальная и постоянная формы ФП, АКТ: варфарин – 7 чел., апиксабан – 2 чел.) (Dalteg et al., 2017).

Третье глубинное убеждений – *«Адаптация является фундаментом жизни»* - порождает такие вторичные представления как *«ФП влечет за собой перестройку повседневной жизни»*, *«ФП влечет за собой доверие к профессиональной помощи и приверженность к ней»*. Идея адаптации внутренне ассоциирована с идеей контроля над изменениями. Когда ФП наносит удар, зона определённости и контроля в повседневной жизни супругов подвергается угрозе, возникает необходимость произвольного переопределения ее границ с их стороны, к чему они выражают готовность. Они также могут полагаться в этой задаче на третью сторону – медицинское сопровождение, авторитет и значение которого в области управления АКТ с целью снижения риска инсульта оцениваются очень высоко.

Данные результаты предполагают, что общность позиции супругов со стороны глубинных убеждений дает системный эффект, укрепляя субъективно-смысловую основу убеждений в отношении заболевания. В благоприятном случае разделения адаптивных убеждений она определяет готовность супругов принять лечение как общую задачу и сотрудничать с медицинским сопровождением. Упрощая формулировки, связка смыслов «сердце есть жизнь», «изменения в сердце естественны», «нужно адаптироваться к этим изменениям» становится основанием к построению осознанного и конструктивного отношения к лечению больного, усиленного поддержкой близких. Противоположный вариант – взаимное укрепление неоптимальных глубинных убеждений супругов может привести к большей дезадаптации пациента. Результаты данного исследования являются ценным примером психологического герменевтического анализа, который может быть использован именно в психологическом сопровождении семей пациентов с ФП.

Медицинский аспект сопровождения пациентов с целью улучшения качества их жизни имеет свои целевые приоритеты и инструменты, связанные прежде всего с качеством взаимодействия с врачом и его деятельностью. Джоунс с соавторами на основе контент-анализа материалов глубинного интервью пациентов⁹ предложили структуру проблемы качества жизни, адресованную медикам-исследователям (Jones et al., 2020). В ней были выделены 3 составляющие: детерминанты качества жизни, измерение качества жизни, важность его учета в сопровождении пациента.

⁹ (N = 19 (Великобритания), ср. возраст 74 года, 58% мужчин, ср. длительность заболевания 5 лет, симптоматическое течение, перманентная форма) (Jones et al., 2020).

1. Детерминанты качества жизни при ФП:

- а) постоянная нехватка информации от медицинского сопровождения и недостаточное обсуждение качества жизни на консультациях с врачом, что ведет к чувству фрустрации, изоляции, растерянности;
- б) влияние заболевания на жизнь не только пациента, но и его партнера, ухаживающих лиц и – шире – всей семьи;
- в) выраженная вариативность симптоматики (от почти отсутствия до существенного ограничения физической активности);
- г) влияние сопутствующих заболеваний на физическую активность, недостаточный учет их эффектов и терапии лечащими врачами;
- д) необходимость адаптации к новому образу жизни после постановки диагноза и начала лечения, требующая существенных эмоциональных затрат.

2. Измерение качества жизни при ФП:

- а) для большинства пациентов заполнение опросников качества жизни представлялось затруднительным в связи со значительной вариативностью состояния день ото дня;
- б) для многих пациентов было непонятным разведение эмоционального и физического благополучия в опросниках, поскольку они воспринимались ими как взаимосвязанные;
- в) пациентам было сложно определить, относятся ли те или иные симптомы именно к ФП или же к сопутствующим заболеваниям;
- г) пациенты полагали, что оптимальный баланс временных затрат и содержательности измерений имел место при применении коротких опросников качества жизни общего характера и опросников, ориентированных на оценку качества жизни именно при ФП.

3. Важность учета качества жизни в сопровождении пациента с ФП:

- а) качество жизни представлялось пациентам темой, важность которой превышала значение тем смертности или потребности в посещении врача;
- б) в восприятии участников медики во время консультаций отдают приоритет вопросам, которые скорее «важны для них самих», а не для пациентов, т.е. связаны с терапией (предотвращением инсульта, контролем ритма и ЧСС);
- в) худшее качество жизни, эмоциональные и физические ухудшения со стороны заболевания ассоциировались у пациентов с недостаточным пересмотром лечения в долгосрочной перспективе;
- г) фокусирование на качестве жизни может придавать пациентам чувство уверенности и большей способности управлять своей жизнью при заболевании; пациенты очень ориентированы на улучшение своей информированности и получение поддержки;
- д) благотворный эффект имело само участие в фокус-группе, которое поэтому пациенты рекомендуют для тех, кто впервые столкнулся с заболеванием.

Пациенты с ФП – о потребности в информации о заболевании и терапии

Тема недостаточной информированности пациентов о заболевании и лечении, тема потребности в информации представлены без исключения в каждом качественном исследовании, изложенном выше. Тем не менее, мы остановимся еще на ряде работ, целенаправленно посвященных этому важному предмету (McCabe et al., 2020, Salmasi et al., 2019, Clarkesmith et al., 2017).

В исследовании МакКейб с соавторами были получены ответы на вопросы: 1) что именно пациенты с ФП ценят в предоставлении медицинской информации о заболевании при первичной постановке диагноза? 2) какие способы получения информации для них предпочтительны? (McCabe et al., 2020). Результатом индуктивного анализа высказываний пациентов¹⁰ стало выявление трех ключевых тем.

¹⁰ (N = 25 (США), ср. возраст 68.24 лет, 68% мужчины длительность заболевания до 18 мес. с момента постановки диагноза, без конкретизации клинических форм ФП) (McCabe et al., 2020).

1. Что пациентам было важно знать о ФП при первичной постановке диагноза

Пациентам были субъективно важны 4 момента.

В первую очередь им было критически важно, чтобы *их успокоили*, что заболевание не представляет непосредственной угрозы жизни в настоящий момент и может контролироваться лечением.

Во-вторых, они ценили объяснение, *каким образом заболевание скажется на их образе жизни*, в частности – информирование о том, что привычный образ жизни может быть сохранен.

В-третьих, пациентам было важно получить *информацию о лечении*. Понимание, что заболевание является хроническим, а также смысл терапии, направленной на предотвращение инсульта, не встретило существенных затруднений. Как правило, на начальном этапе заболевания пациенты не претендовали на понимание «продвинутых» подходов к лечению, таких как катетерная абляция и т.д.

В-четвертых, пациенты хотели понять, *каковы причины заболевания и каковы триггеры эпизодов аритмии*, чтобы в какой-то мере иметь чувство контроля над ситуацией. Как правило, подобная информация не предоставлялась.

2. Как и какую информацию о заболевании получали пациенты при первичной постановке диагноза

Типичный *способ подачи информации* состоял в том, что врач на индивидуальном приеме давал словесное объяснение сути заболевания и описывал план лечения, иногда обеспечивая пациента информационным буклетом. Образовательные групповые программы пациентам не предлагались.

Вовлечение пациента в принятие решений о выборе АКТ было вариативным: от подробных объяснений соотношения рисков и эффективности терапии у большинства до минимального информирования нескольких пациентов об этом. Тем не менее, в целом пациенты были удовлетворены этой ситуацией.

Содержание предоставляемой информации касалось серьезности заболевания, его возможного влияния на качество жизни и варианты лечения. Донесение информации о связи ФП и вероятностью инсульта, а также о хроническом характере заболевания было четким. Но не все пациенты получали комментарии относительно возможности учета индивидуальных модифицируемых факторов риска таких как лишний вес, а также возможностей кардиологической реабилитации.

3. Предпочтения пациентов в отношении подачи информации

Участники были едины во мнении, что предоставление информации о заболевании в печатном виде при первичной постановке диагноза было крайне важным и полезным, поскольку давало возможность повторного обращения к ней. Также они полагали, что видео-формат мог бы усилить эффект от устного объяснения врача и помочь подготовить вопросы для него. Отношение к использованию Интернета было смешанным, возможно, из-за возраста участников.

Исследование Салмаси с соавторами показывает, что потребность в информации при более длительном течении заболевания сохраняет примерно ту же структуру (Salmasi et al., 2019). В высказываниях пациентов¹¹ были выделены 4 темы.

1) *Эмоциональная оценка заболевания*, эпицентром которой являлась тревога из-за непонимания его последствий, страха сердечного приступа и смерти, противоречивости получаемой информации и непонимания, как ее применить к себе, кардиологической природы заболевания как таковой. Соответственно, образовательная потребность здесь заключается в снятии тревоги пациента формированием у него понимания, что заболевание не является приговором и может держаться под контролем.

2) *Поведение, связанное с поиском информации* о заболевании и способах справиться с ним в первую очередь в Интернете (причем не на специализированных медицинских ресурсах, а просто в поисковых системах), ведущее к сохранению неудовлетворенности, прежде всего из-за противоречивости и недостоверности информации в сети, ненадежности ее источников, наивности поисковых предположений. Врачи при этом назывались вторым основным источником информации.

¹¹ (N = 10 (Канада), возраст не указан, 80% мужчины, ср. длительность заболевания 8 лет, без конкретизации клинических форм ФП) (Salmasi et al., 2019).

3) *Пробелы в знаниях* касались негативного предрасположения в отношении варфарина так такового и в сравнении с новыми антикоагулянтами, неразличения триггеров и причин аритмии, непонимания и тревоги о необычных симптомах (потливость, головокружение), неадекватной оценки побочных эффектов.

И наконец, 4) *предпочтения в отношении образовательных мероприятий* включали высокую оценку групповых мероприятий, в ходе которых можно быстро получить ответ на вопрос, слушать других пациентов и их вопросы, включиться в некоторое сообщество. Пациенты признавали, что у мероприятий офлайн и онлайн есть свои преимущества и недостатки, и рассматривали последние как дополнительные. Вариативным было отношение пациентов к понятиям снижения абсолютного и относительного рисков: некоторые пациенты предпочитали более простые объяснения. Пациенты предпочитали, чтобы клиническая информация преподносилась не в абстрактной форме, а в конкретной плоскости, приложимой к их индивидуальному случаю, предполагающей ясные указания к действиям, в терминах качества их жизни.

В исследовании Кларксмита с соавторами на вопрос «Какие рекомендации дают пациенты относительно того, как улучшить преподнесение информации о заболевании в ходе образовательных мероприятий?» был получен следующий ответ (Clarkesmith et al., 2017). Пациенты¹² рекомендовали обеспечить 1) *социальную поддержку* на начальном этапе заболевания, т.е. помимо индивидуальной поддержки им представлялось важным знать, что другие люди также живут с данным заболеванием и адаптируются к нему, и хотелось соотноситься с этой группой. Далее, им хотелось бы 2) *более ясной подачи информации* (например, визуализаций, как аритмия связана с инсультом, индивидуальных примеров успешного контроля над заболеванием), 3) *информации именно о заболевании*, а не только о лечении, 4) *обучения техникам релаксации* для снятия тревоги и напряжения, 5) *предоставления информации об устройствах, облегчающих запоминание*.

Пациенты с ФП – об антикоагулянтной терапии

В терапии ФП выделяется несколько направлений, но проблема приверженности лечению рассматривается прежде всего в отношении АКТ. В медицине представлено 2 вида АКТ, различных по механизму действия: антикоагулянты непрямого действия (антагонисты витамина К; напри-

¹² (N = 16 (Великобритания), ср. возраст 71 год, 56% мужчины) (Clarkesmith et al., 2017).
Психологические исследования 2021 Т 14 No. 76

Белова С.С., Овсянникова В.В. Жить с фибрилляцией предсердий мер, варфарин) и антикоагулянты прямого действия (новые пероральные антикоагулянты (НО-АК); например, дабигатран, ривароксабан, апиксабан). В режимном отношении они существенно различны: АКТ прямого действия в целом оценивается как более «удобная» для пациентов (двукратный прием, но при этом отсутствие необходимости мониторингования свертываемости крови, корректировки доз, характерных для АКТ непрямого действия). Однако, приверженность обоим видам АКТ не является идеальной (Salmasi et al., 2020).

Кроме того, приверженность АКТ связана не только с режимной составляющей, но и с психологией ее восприятия пациентом. АКТ направлена на профилактику тромбоза, а не на основное заболевание как таковое и не облегчает текущее состояние («невидимость» эффекта). Длительность ее приема может приводить к постепенному ослаблению бдительности пациента. Кроме того, пациент стоит перед необходимостью оценить и принять соотношение ее рисков (кровотечения) и эффективности (снижение вероятности инсульта). Оба этих аспекта воспринимаются эмоционально окрашено, и вопрос состоит в том, *как найти баланс между разрушительным действием негативных эмоций и их потенциалом оптимизировать следование лечению?*

Качественные исследования демонстрируют не только ограничения, но и ресурсные возможности пациентов в совладании с этой проблемой. В исследовании Баджорек с соавторами изучалось восприятие терапии варфарином (Vajorek et al., 2009). В целом вопреки распространенному представлению о низкой приверженности к терапии варфарином, пациенты¹³ проявили высокий уровень ее принятия, несмотря на первоначальные опасения и сравнительную нехватку знаний. При этом они чувствовали себя «заброшенными» вследствие того, что их медицинское сопровождение и информационное обеспечение было неудовлетворительным. В ходе контент-анализа высказываний пациентов было выделено 5 ключевых тем:

1. недостаточность знаний об АКТ и понимания, как ей следовать;
2. вариативный по успешности опыт получения информации об АКТ (из специальных буклетов, от медицинского персонала);
3. цикличность и объекты эмоциональных реакций на АКТ (страх осложнений заболе-

¹³ (N = 17 (Австралия), ср. возраст 77.2 лет, ср. длительность АКТ варфарином 6.5 лет) (Vajorek et al., 2009).
Психологические исследования 2021 Т 14 No. 76 <http://psystudy.ru> 18

Белова С.С., Овсянникова В.В. Жить с фибрилляцией предсердий вания, побочных эффектов терапии, зависимости от терапии, невозможности контроля терапии, «страшных историй» и т.д.);

4. практический менеджмент АКТ (индивидуально выработанные пациентом приемы следования АКТ в обыденной жизни, ритуалы повышения собственной уверенности);
5. спектр индивидуальных соматических реакций в ходе терапии варфарином.

Авторы обращают внимание, что, отмечая низкое качество своего медицинского сопровождения, пациенты проявляли резильентность: были ориентированы на самостоятельное преодоление трудностей в сложившихся условиях, что отразилось в описании ими индивидуально выработанных способов регуляции негативных эмоциональных состояний, связанных с АКТ.

Браун с соавторами расспрашивали пациентов¹⁴ о поведении в течение дня, связанном с приемом антикоагулянтов, и получили 4 ключевых ответа на вопрос, какими ежедневными практиками и установками пациенты поддерживают свою приверженность АКТ (Brown et al., 2012).

- 1) Постоянным пополнением знания о заболевании и сути АКТ (например, пониманием долгосрочных целей терапии, феномена низкой приверженности, необходимости регулярной коррекции назначений врачом и оправданности участия ухаживающих лиц в процессе лечения).
- 2) Поддержкой краткосрочной и долгосрочной мотивации (например, стремлением предотвратить негативные осложнения заболевания, желанием не стать обузой для семьи).
- 3) Развитием личных привычек, навыков, системы помогающих ритуалов, которые способствуют следованию АКТ (например, принятием "внешних" напоминаний о приеме лекарств, развитием навыков самоорганизации, особенно в новых контекстах – например, в путешествии).
- 4) Подкреплением эффективного поведения через повышение самооэффективности.

¹⁴ (N = 38 (США), ср. возраст 69.9 лет, 89.5% на терапии варфарином) (Brown et al., 2012).

Описанные исследования (Bajorek et al., 2009, Brown et al., 2012) сходны и ценны тем, что в восприятии пациентов выделяются как психологические барьеры, так и фасилитирующие факторы приверженности к терапии варфарином. Среди последних – личные ритуалы, навыки саморегуляции, самоподкрепления, самоэффективности, поддержка ближайшего окружения, страх и мотивация избегания негативных последствий, проактивность личности. В качестве барьеров выступали забывание, беззаботность, неэффективное планирование, конфликт приоритетов, сложность дозировки, недостаток знаний и мотивации.

С появлением антикоагулянтов прямого действия и переводом на них части пациентов перед исследователями встали новые феноменологические вопросы. Один из них следующий:

как воспринимается пациентами НОАК и, в том числе, переход к ним от АКТ непрямого действия?

Общими темами восприятия АКТ обоих видов А являются: а) имплицитное доверие пациента врачам в ее назначении (установка «доктор лучше знает, что делает»); б) тревога по поводу ее побочных эффектов; в) желание иметь возможность быстрого контакта с врачом (Abdou et al., 2018, Clarkesmith et al., 2017, McCabe et al., 2020). Пациенты, для которых НОАК были первым и единственным видом терапии, озабочены также 1) возможным отсутствием специфического антидота для препарата, 2) необходимостью не пропустить его вечерний прием (проблема забывания), 3) непониманием механизма их действия (Clarkesmith et al., 2017).

Пациенты¹⁵, переведённые на НОАК с АКТ непрямого действия, несмотря на высокую приверженность ей в прошлом, признавали, что в режимном отношении она была очень обременительной и сопровождалась волнением по поводу флуктуаций параметров крови с ФП (Abdou et al., 2018). Тем не менее, они отмечали, что отсутствие мониторинга свертываемости крови при НОАК было для них непривычным, создавая ощущение отсутствия контроля над эффективностью терапии, как и необходимость наблюдения за работой почек. Они выражали желание сохранения возможности обращения к врачам, специализирующимся на АКТ, в долгосрочной перспективе для контроля эффективности терапии.

¹⁵ (N = 15 (Великобритания), возраст 53-89 лет, переведены на НОАК менее года назад) (Abdou et al., 2018).
Психологические исследования 2021 Т 14 No. 76 <http://psystudy.ru> 20

В серии европейских фокус-групп пациентов¹⁶ с ФП интервьюировали о факторах приверженности лечению, определяемых ВОЗ: факторы пациента, факторы терапии, факторы характера заболевания, факторы системы здравоохранения, социально-экономические факторы (Vaanholt et al., 2018). Пациенты в свободной форме давали объяснения, насколько и как тот или иной параметр определяет их следование терапии, после чего анализировались частоты категорий ответов. Обобщение данных привело к следующей картине.

Факторы, которые препятствуют приверженности к АКТ: недостаток знаний (в частности, непонимание серьезности последствий уклонения от терапии); плохое качество взаимоотношений пациента и врача; отвлечение внимания от терапии из-за занятости на работе или социальной среды; страх побочных эффектов, изменений в образе жизни. Факторы, способствующие приверженности к АКТ: убеждения пациентов о важности приема антикоагулянтов, особенности личности (организованность, надежность), мотивация, привычки пациентов относительно приема лекарств, эффективное взаимодействие врача и пациента.

Авторы идентифицировали два мотивационных типа пациентов: те, для кого главным мотивирующим фактором следования АКТ выступала идея предотвращения инсульта, и те, для кого главной проблемой являлись побочные эффекты антикоагулянтов (там же).

Обсуждение результатов

Настоящий обзор зарубежных психологических исследований, основанных на качественной методологии, посвящен феноменологии восприятия пациентами с ФП своего заболевания, терапии и себя в их контексте. Мы стремились к репрезентативному представлению универсальных тем, не связанных с возможной существенной индивидуальной спецификой течения заболевания, а также оставались в нормативно-психологической, а не клиничко-психологической плоскости анализа. Так, было освещено (1) восприятие скрининга на ФП пациентами группы риска, восприятие заболевания (2) на начальном этапе и (3) при многолетнем течении, (4) восприятие пациентом изменений в качестве своей жизни и жизни семьи, (5) их видение проблемы недостаточной информированности о заболевании и способах ее разрешения, и, наконец, (6) восприятие антикоагулянтной терапии.

¹⁶ (N = 48, средний возраст 62 года, 2/3 на терапии АКТ непрямого действия) (Vaanholt et al., 2018).

В зарубежной литературе качественные исследования восприятия ФП пациентом представлены более широко, чем в литературе отечественной. Каждая работа уникальна предлагаемым обобщением ключевых тем восприятия заболевания, выявленными деталями, глубиной прикладных выводов. Принимая во внимание, что медико-психологическое сопровождение лиц с ФП становится все более востребованным в связи с ростом продолжительности жизни, можно надеяться, что зарубежный опыт будет полезен российским специалистам.

Стоит отметить, что средний возраст участников описанных исследований составляет около 60 лет, что подчеркивает их ориентацию на ранний в возрастном отношении охват пациентов. Абсолютное большинство исследований обзора дают линейное представление своих результатов, т.е. описывают набор ключевых тем восприятия заболевания, с имплицитной установкой, что они являются отправными точками для разработки отдельных направлений или задач медико-психологического сопровождения. Лишь одно исследование дает экспликацию конкретных рекомендаций к разработке программ сопровождения (исследование образовательных потребностей пациентов, *Salmasi et al., 2019*). Особенно ценными представляются работы, описывающие функциональные схемы соотношения тем в восприятии заболевания, т.е. объяснения механизмов их совместного действия на более глубоком психологическом уровне. В базе данного обзора таких работ было две: 1) с идеей замкнутого круга измерений «недостаточное понимание заболевания → неэффективность контроля симптоматики → дистресс» Тейлор с соавторами (*Taylor et al., 2018*); 2) с идеей системной организации глубинных убеждений и убеждений в отношении заболевания в супружеской паре, где один из партнеров болен ФП, Дальтега с соавторами (*Dalteg et al., 2017*).

Главные содержательные обобщения данной работы представим следующими заключениями.

I. Как на этапе скрининга (т.е. предвосхищающего выявления), так и на всех этапах течения заболевания для пациентов характерно неудовлетворительное понимание сути заболевания, в свою очередь, так или иначе ведущее к эмоциональному дистрессу и дезорганизации оптимального поведения. Этот факт свидетельствует о том, что до сих пор представление информации о сути заболевании пациенту неэффективно в медицинских системах многих стран и требует совершенствования.

II. Ряд тем восприятия заболевания являются инвариантными для всех выделенных нами плоскостей анализа: (1) субъективные переживания по поводу симптомов и сложности их интерпретации, (2) эмоциональный дистресс, (3) недостаточное понимание заболевания и информированности, (4) попытки контролировать течение заболевания со стороны пациента, (5) потребность в контакте с врачом и в социальной поддержке. По существу, эти темы соответствуют главным потребностям эмоционального, регуляторного, когнитивного и социального плана, которые могут задавать универсальные направления психологического сопровождения пациентов.

III. Сопоставление восприятия заболевания пациентами на его начальном этапе и при длительном течении позволяет сделать следующие заключения. 1) Понимание значения симптомов, эмоциональный дистресс, недостаточность понимания и информированности – постоянные темы в субъективных переживаниях пациентов, независимо от этапа заболевания. 2) Со временем актуализируется тема саморегуляции и становятся более выраженными темы как безуспешных, так и продуктивных попыток пациента контролировать течение заболевания, модификации своего образа жизни, а также тема неудовлетворенности медицинским сопровождением и постоянного поиска ее поддержки. 3) Тема принятия заболевания со временем приобретает оттенок примирения с тем, что не подлежит контролю.

Важно отметить, что именно в данных пациентов с многолетним течением ФП обнаруживаются те важные «ресурсные» аспекты их субъективного опыта, которые могут способствовать успешной адаптации к заболеванию и оптимизации приверженности лечению. К ним относятся возможные поворотные моменты восприятия заболевания, попытки корректировать свой образ жизни и контролировать лечение, формы принятия заболевания, основы диалога в семье и т.д. Представляется, что данный раздел результатов крайне полезен тем, что позволяет перевести диалог пациента и персонала по медико-психологическому сопровождению в конкретную и понятную пациенту плоскость описания его образа жизни и действий.

IV. Негативные изменения в образе жизни и качестве жизни, связанные с заболеванием, значительно выражены в отношении как пациента, так и членов его семьи. Их многоуровневый характер (физический, материальный, социально-коммуникационный, эмоциональный, профессиональный аспекты) зафиксирован с большой подробностью. Однако мы хотели бы вновь обратить особое внимание на работы, которые описывают конструктивные соображения, позволяю-

щие подойти к коррекции этой ситуации. К ним мы относим, во-первых, работу Дальтега с соавторами, показавшими важность и механику синергии глубинных убеждений и вторичных убеждений по отношению к заболеванию в супружеской паре, в которой один из партнеров болен ФП (Dalteg et al., 2017). И, во-вторых, работу Джоунс с соавторами, которые показывают, в каких отношениях может быть оптимизирован диалог пациента и медицинского персонала, чтобы проблема качества жизни пациента не была в нем проигнорирована (Jones et al., 2020). Проблема медико-психологического сопровождения на данный момент состоит, по-видимому, в том, что медицинская его часть (по понятным причинам) первостепенна, а психологическая пока представлена в меньшей степени. Однако именно психологические следствия оказываются кардинально важными как для субъективного благополучия пациента, так и для эффективности лечения. Это ставит вопрос об оптимальном распределении функций медицинского персонала и персонала по психологическому сопровождению пациентов.

V. Особого внимания заслуживает тема потребности пациента в информации и ясном понимании заболевания. Качественные исследования фиксируют разные ее грани и формы: от сильного желания «просто знать причины» заболевания при первом столкновении с ним до желаний иметь печатные памятки или конкретную информацию к действию по модификации образа жизни. Стоит различать формальный критерий информированности (дана информация или нет) и субъективный (принята она пациентом к действию или нет), и каждый из них может составлять особую проблему. По существу, проблема неинформированности заключается в отсутствии настроенности медико-психологического сопровождения на удовлетворение потребности пациента в информации в той форме, которая ему понятна и субъективно важна. Например, трата времени на объяснение пациенту, «почему это с ним произошло», прагматически менее полезна, чем донесение мысли о необходимости принимать АКТ. Однако субъективное непонимание является мощнейшим фактором эмоционального дистресса. Констатация наличия этой проблемы имеет целью не критику медицинской системы, а конструктивное предложение разработать линию информационного сопровождения пациентов с ФП с учетом особенностей их субъективного восприятия проблемы.

VI. Восприятие АКТ, приверженность которой крайне важна для снижения рисков заболевания и безусловно проблематична, в качественных исследованиях предстает как имеющее некоторые точки роста для ее оптимизации. Основной вопрос здесь (помимо темы информирования,

описанной выше) касается 1) регуляции эмоционального реагирования на риски (побочные эффекты) и эффект (страх инсульта); 2) способов поддержки организационно-режимной составляющей приема антикоагулянтов. Главный тезис пожилых пациентов, независимо от типа принимаемой АКТ, состоит в том, что они хотят быть приверженными, готовы к модификации своего поведения, потому что очень боятся неблагоприятного исхода. Однако их большая потребность принять медицинскую, психологическую, организационную (например, устройства напоминания) поддержку остается неудовлетворенной, что составляет проблему сопровождения. Выявлено два типа мотивации в отношении следования АКТ: центрированная на идее предотвращения инсульта и на проблеме побочных эффектов, что может определять более узкие фокусы соответствующих интервенций (Vaanholt et al., 2018).

Подытоживая, отметим, что цель описания восприятия хронического заболевания состоит не столько в констатации его «проблемного характера», сколько в прояснении механизмов, обеспечивающих детерминацию ими оптимального поведения пациента в лечебно-восстановительном процессе. И именно в этом отношении их стоит принимать во внимание в совершенствовании системы медико-психологического сопровождения пациентов с ФП.

Заключение

Внимание к проблеме эффективности медико-психологического сопровождения пациентов с ФП на национальном уровне в России представляется как никогда оправданным. Ежегодно растет количество публикаций, посвященных психологической проблематике пациентов с ФП. Так, например, получили освещение темы типов отношения к данному заболеванию (Алехин с соавт., 2011б, 2011в), качества жизни, связанного с наличием заболевания (Алехин с соавт., 2011а), приверженности его лечению (Скирденко, Николаев, 2019). Однако, именно качественная психологическая реконструкция восприятия заболевания пациентами может продуктивно дополнить тему эффективности психологического сопровождения пациента и эффективности его коммуникации с врачом. Результаты зарубежных исследований, представленные в обзоре, показательны как примеры возможного структурирования данной проблемы, в решении которой российской медицинской психологии предстоит пройти свой путь, к чему существуют все методические возможности.

Финансирование

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 18-00-01661 (К) (18-00-01326).

Литература

Алёхин А.Н., Трифонова Е.А., Чумакова И.О., Лебедев Д.С., Михайлов Е.Н. Клинические факторы качества жизни пациентов с фибрилляцией предсердий, проходящих интервенционное лечение. Бюллетень Федерального Центра Сердца, Крови и Эндокринологии Им. В.А. Алмазова, 2011а, No. 4, 15–23.

Алёхин А.Н., Чумакова И.О., Трифонова Е.А., Лебедев Д.С., Михайлов Е.Н. Клинические факторы формирования отношения к болезни у пациентов с фибрилляцией предсердий. Психологические Исследования: Электрон. Науч. Журн., 2011б, 19(5).

Алёхин А.Н., Трифонова Е.А., Лебедев Д.С., Михайлов Е.Н. Психологические проблемы аритмологии (на модели фибрилляции предсердий). Вестник Аритмологии, 2011в, No. 63, 45–54.

Колбин А.С., Мосикян А.А., Татарский Б.А. Социально-экономическое бремя фибрилляции предсердий в России: динамика за 7 лет (2010-2017 годы). Вестник Аритмологии, 2018, No. 92, 42–48. <https://doi.org/10.25760/VA-2018-92-42-48>.

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

Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Вклад приверженности терапии антикоагулянтами в риск осложнений фибрилляции предсердий. Российский Кардиологический Журнал, 2019, 24(2), 64–69.

Хорошилов Д.А., Балашова Е.Ю. Качественные методы в социальной и клинической психологии: пролегомены к междисциплинарному диалогу. Социальная Психология и Общество, 2018, 9(3), 21–30. <https://doi.org/10.17759/sps.2018090303>.

Abdou J.K.B., Patel J.P., Crawshaw J., Vadher B., Brown A. Exploration of adherence and patient experiences with DOACs one year after switching from vitamin-K antagonists- insights from the switching study *Thrombosis Research*, 2018, No. 162, 62–68. <https://doi.org/10.1016/j.thromres.2017.12.021>.

Altiok M., Yilmaz M., Rencüsoğullari I. Living with Atrial Fibrillation: An Analysis of Patients' Perspectives. *Asian Nursing Research*, 2015, 9(4), 305–311. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2015.10.001>.

Bajorek B.V, Ogle S.J., Duguid M.J., Shenfield G.M., Krass I. Balancing risk versus benefit: the elderly patient's perspective on warfarin therapy. *Pharmacy Practice*, 2009, 7(2), 113–123. doi: 10.4321/S1886-36552009000200008.

Bamgbade B.A., Sanghai S.R., McManus D.D., Lessard D., Waring M.E., Forrester S., Pierre-Louis I., Saczynski J.S. Psychosocial and cognitive multimorbidity and health-related quality of life and symptom burden in older adults with atrial fibrillation: The systematic assessment of geriatric elements in atrial fibrillation (SAGE-AF) cohort study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2020, No. 90, 104117. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104117>.

Bohnen M., Shea J.B., Michaud G.F., John R., Stevenson W.G., Epstein L.M., Tedrow U.B., Albert C., Koplan B.A. Quality of life with atrial fibrillation: Do the spouses suffer as much as the patients? *PACE - Pacing and Clinical Electrophysiology*, 2011, 34(7), 804–809. <https://doi.org/10.1111/j.1540-8159.2011.03111.x>.

Braun V., Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 2006, 3(2), 77–101.

Brown T.M., Siu K., Walker D., Pladevall-Vila M., Sander S., Mordin M. Development of a Conceptual Model of Adherence to Oral Anticoagulants to Reduce Risk of Stroke in Patients with Atrial Fibrillation. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 2012, 18(5), 351–362. doi: 10.18553/jmcp.2012.18.5.351.

Cameron L.D., Fleszar-Pavlović S., Khachikian T. Changing Behavior Using the Common-Sense Model of Self-Regulation. *The Handbook of Behavior Change*, 2020, 60–76. doi:10.1017/9781108677318.005.

Clarkesmith D.E., Lip G.Y.H., Lane D.A. Patients' experiences of atrial fibrillation and non-vitamin K antagonist oral anticoagulants (NOACs), and their educational needs: A qualitative study. *Thrombosis Research*, 2017, 153, 19–27. <https://doi.org/10.1016/j.thromres.2017.03.002>.

Dalteg T., Sandberg J., Malm D., Sandgren A., Benzein, E. The heart is a representation of life: an exploration of illness beliefs in couples living with atrial fibrillation. *Journal of Clinical Nursing*, 2017, 26(21–22), 3699–3709. <https://doi.org/10.1111/jocn.13742>.

Gleason K.T., Nazarian S., Himmelfarb C.R.D. Atrial Fibrillation Symptoms and Sex, Race, and Psychological Distress: a Literature Review. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 2018, 33(2), 137–143. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000421>.

Jones J., Stanbury M., Haynes S., Bunting K.V., Lobban T., Camm A.J., Calvert M.J., Kotecha Di. Importance and Assessment of Quality of Life in Symptomatic Permanent Atrial Fibrillation: Patient Focus Groups from the RATE-AF Trial. *Cardiology*, 2020, 145(10), 666–675. <https://doi.org/10.1159/000511048>.

Levitt H.M., Bamberg M., Creswell J.W., Frost D.M., Josselson R., Suárez-Orozco C. Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology: The APA publications and communications board task force report. *American Psychologist*, 2018, 73(1), 26–46. <https://doi.org/10.1037/amp0000151>.

Lown M., Moran P. Should we screen for atrial fibrillation? *The BMJ*, 2019, 43(February), 6–8. <https://doi.org/10.1136/bmj.l43>.

Lown M., Wilcox C.R., Hughes S., Santer M., Lewith G., Moore M., Little P. Patients' views about screening for atrial fibrillation (AF): a qualitative study in primary care. *BMJ Open*, 2020, 10(3), e033061. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033061>.

Lowres N., Giskes K., Hespe C., Freedman B. Reducing stroke risk in atrial fibrillation: Adherence to guidelines has improved, but patient persistence with anticoagulant therapy remains suboptimal. *Kore-*

an *Circulation Journal*, 2019, 49(10), 883–907. <https://doi.org/10.4070/kcj.2019.0234>.

Mairesse G.H, Moran P., Van Gelder I.C., et al. Screening for atrial fibrillation: a European heart rhythm association (EHRA) consensus document endorsed by the heart rhythm Society (HRS), Asia Pacific heart rhythm Society (APHRS), and Sociedad Latinoamericana de Estimulación Cardíaca Y Electrofisiología (SOLAECE). *Europace*, 2017, No. 19, 1589–1623.

Mccabe P.J., Barnason S.A. Illness Perceptions, Coping Strategies, and Symptoms Contribute to Psychological Distress in Patients with Recurrent Symptomatic Atrial Fibrillation. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2012, 27(5), 431–444. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e31821e7ab1>.

McCabe P.J., Kumbamu A., Stuart-mullen L., Hathaway J., Lloyd M. Exploring Patients' Values and Preferences for Initial Atrial Fibrillation Education. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2020, 35(5), 445–455. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000716>.

McCabe P.J., Schumacher K., Barnason S.A. Living with Atrial Fibrillation: A Qualitative Study. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2011, 26(4), 336–344. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e31820019b9>.

McCabe P.J., Rhudy L.M., Devon H.A. Patients' experiences from symptom onset to initial treatment for atrial fibrillation. *Journal of Clinical Nursing*, 2014, 1(507), 786–796. <https://doi.org/10.1111/jocn.12708>.

Orbell S., Zahid H., Henderson C.J. Changing Behavior Using the Health Belief Model and Protection Motivation Theory. *The Handbook of Behavior Change*, 2020, 46–59. doi:10.1017/9781108677318.004.

Piccini J.P., Allred J., Bunch T.J., Deering T.F., Biase L.Di, Hussein A.A., Lewis W.R., Mittal S., Natale A., Osorio J., Packer D.L., Ruff C., Russo A.M., Sanders P., Seiler A., Slotwiner D., Hills M.T., Turakhia M.P., Van Gelder I.C., Varosy P.D., Verma A., Volgman A.S., Wood K.A., Deneke T. Vice-chair F. Rationale, considerations, and goals for atrial fibrillation centers of excellence: A Heart Rhythm Society perspective. *Heart Rhythm*, 2020, 17(10), 1804–1832.

<https://doi.org/10.1016/j.hrthm.2020.04.033>.

Raja J.M., Elsagr C., Roman S., Cave B., Pour-ghaz I., Nanda A., Maturana M., Khouzam R.N. Apple Watch, Wearables, and Heart Rhythm: where do we stand? *Annals of Translational Medicine*, 2019, 7(17), 417. <https://doi.org/10.21037/atm.2019.06.79>.

Rho R.W., Page R.L. Asymptomatic Atrial Fibrillation. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 2005, 48(2), 79–87. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2005.06.005>.

Rienstra M., Lubitz S.A., Mahida S., Magnani J.W., Fontes J.D., Sinner M.F., Van Gelder I.C., Ellinor P.T., Benjamin E.J. Contemporary Reviews in Cardiovascular Medicine Symptoms and Functional Status of Patients with Atrial Fibrillation: State of the Art and Future Research Opportunities. *Circulation*, 2012, No. 125, 2933–2943. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA>.

Ruddox V., Sandven I., Munkhaugen J., Skattebu J., Edvardsen T., Otterstad J.E. Atrial fibrillation and the risk for myocardial infarction, all-cause mortality and heart failure: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Preventive Cardiology*, 2017, 24(14), 1555–1566. <https://doi.org/10.1177/2047487317715769>.

Salmasi S., Loewen P.S., Tandun R., Andrade J.G., De Vera M.A. Adherence to oral anticoagulants among patients with atrial fibrillation: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ Open*, 2020, 10(4), 1–14. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034778>.

Serpytis R., Navickaite A., Serpytiene E., Barysiene J., Marinskis G., Jatuzis D., Petrulioniene Z., Laucevicus A., Serpytis P. Impact of atrial fibrillation on cognitive function, psychological distress, quality of life and impulsiveness. *The American Journal of Medicine*, 2018, 131(6). <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.12.044>.

Shaw R.L., Bishop F.L., Horwood J., Chilcot J., Arden M.A. Enhancing the quality and transparency of qualitative research methods in health psychology. *British Journal of Health Psychology*, 2019, 24(4), 739–745. doi:10.1111/bjhp.12393.

Son Y., Baek K., Lee S.J., Seo E.J. Health-Related Quality of Life and Associated Factors in Patients with Atrial Fibrillation: An Integrative Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2019, No. 16, 3042.

Stridsman M., Strömberg A., Hendriks J., Walfridsson U. Patients' Experiences of Living with Atrial Fibrillation: A Mixed Methods Study. *Cardiology Research and Practice*, 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/6590358>.

Spalmasi S., Kwan, L., Macgillivray, J., Vera, M. De, Barry, A. R., Harrison, M. J., Lynd, L. D., Loewen, P., Vera, M. De, Barry, A. R., Harrison, M. J., Andrade, J., & Larry, D. Assessment of atrial fibrillation patients' education needs from patient and clinician perspectives: A qualitative descriptive study. *Thrombosis Research*, 2019, No. 173, 109–0116. <https://doi.org/10.1016/j.thromres.2018.11.015>.

Taylor E.C., Neill M.O., Hughes L.D., Carroll S., Moss-morris R. 'It' s like a frog leaping about in your chest': Illness and treatment perceptions in persistent atrial fibrillation. *British Journal of Health Psychology*, 2018, 23, 3–21. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12267>.

Vaanholt M.C.W., Weernink M.G.M., von Birgelen C., Groothuis-Oudshoorn C.G.M., IJzerman M.J., van Til J.A. Perceived advantages and disadvantages of oral anticoagulants, and the trade-offs patients make in choosing anticoagulant therapy and adhering to their drug regimen. *Patient Education and Counseling*, 2018, 101(11), 1982–1989. doi: 10.1016/j.pec.2018.06.019.

Zoni-berisso M., Domenicucci S. Epidemiology of atrial fibrillation: European perspective. *Clinical Epidemiology*, 2014, No. 6, 213–220.

Поступила в редакцию 13 января 2021 г. Дата публикации: 30 апреля 2021 г.

Сведения об авторах

Белова Софья Сергеевна. Кандидат психологических наук, научный сотрудник лаборатории психологии и психофизиологии творчества, Институт психологии Российской академии наук, ул. Ярославская, д. 13/1, 129366 Москва, Россия.

E-mail: belovass@ipran.ru

Овсянникова Виктория Владимировна. Кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», ул. Мясницкая, д. 20, 101000 Москва, Россия.

E-mail: vovsyannikova@hse.ru

Ссылка для цитирования

Белова С.С., Овсянникова В.В. Жить с фибрилляцией предсердий: качественные исследования – о восприятии заболевания // Психологические исследования. 2021. Т. 14, № 76, С. 1. URL:

<http://psystudy.ru>

Адрес статьи

<http://psystudy.ru/index.php/num/2021v14n76/1866-belova76.html>

Belova S.S.¹, Ovsyannikova V.V.² Living with atrial fibrillation: qualitative studies on patients' perception of illness

¹ Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

² National Research University Higher School of Economics, Moscow, Russia

The paper presents a review of international studies of the last decade, which apply qualitative methodology in order to reveal illness perception in patients with atrial fibrillation (AF). We consistently cover key themes in patients' illness perception, namely 1) AF screening, 2) the illness dynamics since its onset over the course, 3) changes in health-related quality of life for patients as well as for their family members, 4) insufficient awareness on the illness, 5) anticoagulation therapy. We discuss application perspectives of the review results to medical and psychological support of AF patients in general, and in Russia in particular.

Key words: atrial fibrillation, illness perception, therapy perception, qualitative methodology, quality of life, treatment adherence, anticoagulant therapy

Funding

The study was supported by the Russian Foundation for Basic Research, project № 18-00-01661 (K) (18-00-01326).

References

Abdou J.K.B., Patel J.P., Crawshaw J., Vadher B., Brown A. Exploration of adherence and patient experiences with DOACs one year after switching from vitamin-K antagonists- insights from the switching study *Thrombosis Research*, 2018, No. 162, 62–68. <https://doi.org/10.1016/j.thromres.2017.12.021>.

Aljohin A.N., Trifonova E.A., Chumakova I.O., Lebedev D.S., Mihajlov E.N. Klinicheskie faktory kachestva zhizni pacientov s fibrilljaciej predserdij, prohodjashhih intervencionnoe lechenie. *Bjulleten' Federal'nogo Centra Serdca, Krovi i Jendokrinologii Im. V.A. Almazova*, 2011a, No. 4, 15–23. (in Russian)

Aljohin A.N., Chumakova I.O., Trifonova E.A., Lebedev D.S., Mihajlov E.N. Klinicheskie faktory formirovaniya otnosheniya k bolezni u pacientov s fibrilljaciej predserdij. *Psihologicheskie Issledovaniya: Jelektron. Nauch. Zhurn.*, 2011b, 19(5). (in Russian)

Aljohin A.N., Trifonova E.A., Lebedev D.S., Mihajlov E.N. Psihologicheskie problemy aritmologii (na modeli fibrilljaciej predserdij). *Vestnik Aritmologii*, 2011, No. 63, 45–54. (in Russian)

Altiok M., Yilmaz M., Rencüsoğullari I. Living with Atrial Fibrillation: An Analysis of Patients' Perspectives. *Asian Nursing Research*, 2015, 9(4), 305–311. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2015.10.001>.

Bajorek B.V, Ogle S.J., Duguid M.J., Shenfield G.M., Krass I. Balancing risk versus benefit: the elderly patient's perspective on warfarin therapy. *Pharmacy Practice*, 2009, 7(2), 113–123. doi: 10.4321/S1886-36552009000200008.

Bamgbade B.A., Sanghai S.R., McManus D.D., Lessard D., Waring M.E., Forrester S., Pierre-Louis I., Saczynski J.S. Psychosocial and cognitive multimorbidity and health-related quality of life and symptom burden in older adults with atrial fibrillation: The systematic assessment of geriatric elements in atrial fibrillation (SAGE-AF) cohort study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2020, No. 90, 104117. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104117><https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104117>.

Bohnen M., Shea J.B., Michaud G.F., John R., Stevenson W.G., Epstein L.M., Tedrow U.B., Albert C., Koplan B.A. Quality of life with atrial fibrillation: Do the spouses suffer as much as the patients? *PACE - Pacing and Clinical Electrophysiology*, 2011, 34(7), 804–809. <https://doi.org/10.1111/j.1540-8159.2011.03111.x>.

Braun V., Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 2006, 3(2), 77–101.

Brown T.M., Siu K., Walker D., Pladevall-Vila M., Sander S., Mordin M. Development of a Conceptual Model of Adherence to Oral Anticoagulants to Reduce Risk of Stroke in Patients with Atrial Fibrillation. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 2012, 18(5), 351–362. doi: 10.18553/jmcp.2012.18.5.351.

Cameron L.D., Fleszar-Pavlović S., Khachikian T. Changing Behavior Using the Common-Sense Model of Self-Regulation. *The Handbook of Behavior Change*, 2020, 60–76. doi:10.1017/9781108677318.005.

Clarksmith D.E., Lip G.Y.H., Lane D.A. Patients' experiences of atrial fibrillation and non-vitamin K antagonist oral anticoagulants (NOACs), and their educational needs: A qualitative study. *Thrombosis Research*, 2017, No. 153, 19–27. <https://doi.org/10.1016/j.thromres.2017.03.002>.

Dalteg T., Sandberg J., Malm D., Sandgren A., Benzein E. The heart is a representation of life: an exploration of illness beliefs in couples living with atrial fibrillation. *Journal of Clinical Nursing*, 2017, 26(21–22), 3699–3709. <https://doi.org/10.1111/jocn.13742>.

Gleason K.T., Nazarian S., Himmelfarb C.R.D. Atrial Fibrillation Symptoms and Sex, Race, and Psychological Distress: a Literature Review. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 2018, 33(2), 137–143. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000421>.

Horoshilov D.A., Balashova E.Ju. Kachestvennye metody v social'noj i klinicheskoy psihologii: prolegomeny k mezhdisciplinarnomu dialogu. *Social'naja Psihologija i Obshestvo*, 2018, 9(3), 21–30.

<https://doi.org/10.17759/sps.2018090303>. (in Russian)

Jones J., Stanbury M., Haynes S., Bunting K.V., Lobban T., Camm A.J., Calvert M.J., Kotecha D. Importance and Assessment of Quality of Life in Symptomatic Permanent Atrial Fibrillation: Patient Focus Groups from the RATE-AF Trial. *Cardiology*, 2020, 145(10), 666–675. <https://doi.org/10.1159/000511048>.

Kolbin A.S., Mosikjan A.A., Tatarskij B.A. Social'no-jekonomicheskoe bremja fibrilljacji predserdij v Rossii: dinamika za 7 let (2010-2017 gody). *Vestnik Aritmologii*, 2018, No. 92, 42–48. <https://doi.org/10.25760/VA-2018-92-42-48>. (in Russian)

Levitt H.M., Bamberg M., Creswell J.W., Frost D.M., Josselson R., Suárez-Orozco C. Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology: The APA publications and communications board task force report. *American Psychologist*, 2018, 73(1), 26–46. <https://doi.org/10.1037/amp0000151>.

Lown M., Moran P. Should we screen for atrial fibrillation? *The BMJ*, 2019, 43(February), 6–8. <https://doi.org/10.1136/bmj.l43>.

Lown M., Wilcox C.R., Hughes S., Santer M., Lewith G., Moore M., Little P. Patients' views about screening for atrial fibrillation (AF): a qualitative study in primary care. *BMJ Open*, 2020, 10(3), e033061. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033061>.

Lowres N., Giskes K., Hespe C., Freedman B. Reducing stroke risk in atrial fibrillation: Adherence to guidelines has improved, but patient persistence with anticoagulant therapy remains suboptimal. *Korean Circulation Journal*, 2019, 49(10), 883–907. <https://doi.org/10.4070/kcj.2019.0234>.

Mairesse G.H, Moran P., Van Gelder I.C., et al. Screening for atrial fibrillation: a European heart rhythm association (EHRA) consensus document endorsed by the heart rhythm Society (HRS), Asia Pacific heart rhythm Society (APHRS), and Sociedad Latinoamericana de Estimulación Cardíaca Y Electrofisiología (SOLAECE). *Europace*, 2017, No. 19, 1589–1623.

Mccabe P.J., Barnason S.A. Illness Perceptions, Coping Strategies, and Symptoms Contribute to Psychological Distress in Patients with Recurrent Symptomatic Atrial Fibrillation. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2012, 27(5), 431–444. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e31821e7ab1>.

McCabe P.J., Kumbamu A., Stuart-mullen L., Hathaway J., Lloyd M. Exploring Patients' Values and Preferences for Initial Atrial Fibrillation Education. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2020, 35(5), 445–455. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000716>.

McCabe P.J., Schumacher K., Barnason S.A. Living with Atrial Fibrillation: A Qualitative Study. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2011, 26(4), 336–344. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e31820019b9>.

McCabe P.J., Rhudy L.M., Devon H.A. Patients' experiences from symptom onset to initial treatment for atrial fibrillation. *Journal of Clinical Nursing*, 2014, 1(507), 786–796. <https://doi.org/10.1111/jocn.12708>.

Orbell S., Zahid H., Henderson C.J. Changing Behavior Using the Health Belief Model and Protection Motivation Theory. *The Handbook of Behavior Change*, 2020, 46–59. doi:10.1017/9781108677318.004.

Piccini J.P., Allred J., Bunch T.J., Deering T.F., Biase L.Di, Hussein A.A., Lewis W.R., Mittal S., Natale A., Osorio J., Packer D.L., Ruff C., Russo A.M., Sanders P., Seiler A., Slotwiner D., Hills M.T., Turakhia M.P., Van Gelder I.C., Varosy P.D., Verma A., Volgman A.S., Wood K.A., Deneke T. Vice-chair F. Rationale, considerations, and goals for atrial fibrillation centers of excellence: A Heart Rhythm Society perspective. *Heart Rhythm*, 2020, 17(10), 1804–1832. <https://doi.org/10.1016/j.hrthm.2020.04.033>.

Raja J.M., Elsagr C., Roman S., Cave B., Pour-ghaz I., Nanda A., Maturana M., Khouzam R.N. Apple Watch, Wearables, and Heart Rhythm: where do we stand? *Annals of Translational Medicine*, 2019, 7(17), 417. <https://doi.org/10.21037/atm.2019.06.79>.

Rho R.W., Page R.L. Asymptomatic Atrial Fibrillation. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 2005, 48(2), 79–87. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2005.06.005>.

Rienstra M., Lubitz S.A., Mahida S., Magnani J.W., Fontes J.D., Sinner M.F., Van Gelder I.C., Ellinor P.T., Benjamin E.J. Contemporary Reviews in Cardiovascular Medicine Symptoms and Functional Status of Patients With Atrial Fibrillation: State of the Art and Future Research Opportunities. *Circulation*, 2012, No. 125, 2933–2943. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA>.

Ruddox V., Sandven I., Munkhaugen J., Skattebu J., Edvardsen T., Otterstad J.E. Atrial fibrillation and the risk for myocardial infarction, all-cause mortality and heart failure: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Preventive Cardiology*, 2017, 24(14), 1555–1566. <https://doi.org/10.1177/2047487317715769>.

Salmasi S., Loewen P.S., Tandun R., Andrade J.G., De Vera M.A. Adherence to oral anticoagulants among patients with atrial fibrillation: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ Open*, 2020, 10(4), 1–14. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034778>.

Serpytis R., Navickaite A., Serpytiene E., Barysiene J., Marinskis G., Jatuzis D., Petrulioniene Z., Laucevicius A., Serpytis P. Impact of atrial fibrillation on cognitive function, psychological distress, quality of life and impulsiveness. *The American Journal of Medicine*, 2018, 131(6). <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.12.044>.

Shaw R.L., Bishop F.L., Horwood J., Chilcot J., Arden M.A. Enhancing the quality and transparency of qualitative research methods in health psychology. *British Journal of Health Psychology*, 2019, 24(4), 739–745. doi:10.1111/bjhp.12393.

Skirdenko Ju.P., Zhrebilov V.V., Shustov A.V., Nikolaev N.A. Fibrilljacija predserdij: problemy i perspektivy medicinskogo soprovozhdenija, lechenija i profilaktiki na sovremennom jetape. *Nauchnoe Obozrenie. Medicinskie Nauki*, 2016, No. 3, 115–122. (in Russian)

Skirdenko Ju.P., Nikolaev N.A. Vklad priverzhennosti terapii antikoaguljantami v risk oslozhhnenij fibrilljaciji predserdij. *Rossijskij Kardiologicheskij Zhurnal*, 2019, 24(2), 64–69. (in Russian)

Son Y., Baek K., Lee S.J., Seo E.J. Health-Related Quality of Life and Associated Factors in Patients with Atrial Fibrillation: An Integrative Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2019, No. 16, 3042.

Stridsman M., Strömberg A., Hendriks J., Walfridsson U. Patients' Experiences of Living with Atrial Fibrillation: A Mixed Methods Study. *Cardiology Research and Practice*, 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/6590358>.

Spalmasi S., Kwan L., Macgillivray J., Vera M.De, Barry A.R., Harrison M.J., Lynd L.D., Loewen P., Vera M.De, Barry A.R., Harrison M.J., Andrade J., Larry D. Assessment of atrial fibrillation patients' education needs from patient and clinician perspectives: A qualitative descriptive study. *Thrombosis Research*, 2019, No. 173, 109–0116. <https://doi.org/10.1016/j.thromres.2018.11.015>.

Taylor E.C., Neill M.O., Hughes L.D., Carroll S., Moss-morris R. 'It' s like a frog leaping about in your chest': Illness and treatment perceptions in persistent atrial fibrillation. *British Journal of Health Psychology*, 2018, No. 23, 3–21. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12267>.

Vaanholt M.C.W., Weernink M.G.M., von Birgelen C., Groothuis-Oudshoorn C.G.M., IJzerman M.J., van Til J.A. Perceived advantages and disadvantages of oral anticoagulants, and the trade-offs patients make in choosing anticoagulant therapy and adhering to their drug regimen. *Patient Education and Counseling*, 2018, 101(11), 1982–1989. doi: 10.1016/j.pec.2018.06.019.

Zoni-berisso M., Domenicucci S. Epidemiology of atrial fibrillation: European perspective. *Clinical Epidemiology*, 2014, No. 6, 213–220.

Information about authors

Belova Sofya S. PhD in Psychology, Research Associate, Laboratory of Psychology and Psychophysiology of Creative Activity, Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences, ul. Yaroslavskaya, 13/1, 129366 Moscow, Russia.

E-mail: belovass@ipran.ru

Ovsyannikova Victoria V. PhD in Psychology, Senior Research Associate, Laboratory for Cognitive Research, National Research University "Higher School of Economics", ul. Myasnitskaya, 20, 101000 Moscow, Russia.

E-mail: vovsyannikova@hse.ru

To cite this article

Belova S.S., Ovsyannikova V.V. Living with atrial fibrillation: qualitative studies on patients' perception of illness. *Psikhologicheskie Issledovaniya*, 2021, Vol. 14, No. 76, p. 1. <http://psystudy.ru>