Белова С.С.[1], Овсянникова В.В.[2], Сысоева Т.А.[3], Богданова Р.С.[4], Копылов Ф.Ю.[4] Субъективные представления о заболевании и приверженность лечению при фибрилляции предсердий

Belova S.S.[1], Ovsyannikova V.V.[2], Sysoeva T.A.[3], Bogdanova R.S.[4], Kopylov Ph.Yu.[4] Illness beliefs and treatment adherence in atrial fibrillations patients

[1] Институт психологии Российской академии наук, Москва, Россия

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

[3] Психологический институт Российской академии образования, Москва, Россия

[4] Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет) Минздрава России, Москва, Россия

Эмпирическое исследование посвящено субъективным представлениям о заболевании пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) и их приверженности антикоагулянтной терапии (АКТ). В структуре представлений предложено выделять факторы информированности о заболевании, неопределенности его проявлений, непредсказуемости течения, возможности контроля течения, для измерения которых предложен оригинальный опросник. Выявлено, что приверженность АКТ положительно связана с информированностью, отрицательно – с представлением о неопределенности симптоматики. Выделено три кластера пациентов, различавшихся паттернами представлений о заболевании: «благоприятный» (33,8%), «отрицающий» (19,9%), «неопределенный» (42,6%). Благоприятный кластер пациентов отличался более высокой приверженностью лечению в сравнении с остальными кластерами, которые, в свою очередь, не различались по приверженности между собой. Обсуждаются вытекающие из предложенного подхода к структуре представлений и их выявленной типологии заключения, которые могут быть положены в основу разработки темы медико-психологического сопровождения пациентов с ФП.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, приверженность лечению, субъективные представления о заболевании и терапии, когнитивные репрезентации заболевания, антикоагулянтная терапия

Введение

Данная статья представляет эмпирическое исследование, в котором на выборке российских пациентов с фибрилляцией предсердий изучались их субъективные представления об этом заболевании в соотношении с приверженностью антикоагулянтной терапии.

Фибрилляция предсердий (ФП) – наиболее распространенное нарушение сердечного ритма, представленное у 1–2% в популяции, частота встречаемости которого достигает 10–17% у лиц старше 80 лет [Zoni-Berisso, Domenicucci, 2014]. Одним из самых серьезных осложнений заболевания является эмболический инсульт: как независимый фактор ФП повышает риск инсульта в 5 раз [Wolf et al., 1991]. Риск инсульта, ассоциированный с ФП, увеличивается с возрастом, достигая 23,5% у пациентов 80–89 лет [там же]. С ростом продолжительности жизни и эффективности выявления заболевания проблема предотвращения его рисков становится актуальной задачей здравоохранения, в том числе и в России.

Применение антикоагулянтной терапии (АКТ), назначаемой при ФП, как правило, пожизненно, снижает риск инсульта, однако она эффективна лишь при условии, что пациент придерживается графика лечения, т.е. принимает препараты, как предписано, более чем в 80% времени [WHO, 2003]. Оценки неудовлетворительности приверженности лечению при ФП варьируют от 25 до 45%, *при этом постоянство приема антикоагулянтов в одно- и двухлетней перспективе сохраняется лишь у 50–66% пациентов, что существенно повышает вероятность неблагоприятного течения заболевания [Lowres et al., 2019; Salmasi et al., 2020].

Роль субъективных представлений в формировании оптимального поведения пациента – классическая тема для психологии здоровья, требующая конкретизации своего предмета в связи со спецификой заболевания. Данная работа сфокусирована на субъективных представлениях генерализованного плана, которые не тождественны конкретным знаниям о заболевании, но вытекают из их совокупности и ведут к обобщающим и/или оценочным умозаключениям о заболевании и терапии, определяющим поведенческий ответ пациента. Такими обобщающими характеристиками заболевания выступили неопределенность связанных с ним соматических ощущений (асимптоматичность), непредсказуемость его течения, ограниченная возможность контроля его течения, малая «понятность» заболевания как такового.

Вторая особенность данной работы заключается в реализации типологического подхода в описании представлений о заболевании пациентов с ФП, обращение к которому, насколько нам известно, крайне редко. Мы продемонстрируем сочетание типичных паттернов представлений с приверженностью лечению с учетом ряда социально-демографических, клини-

ческих и личностных переменных. Будут предложены таксономические заключения, которые могут быть использованы при разработке программ психолого-медицинского сопровождения пациентов с ФП с целью повышения их приверженности АКТ.

Субъективные представления о заболевании и приверженность лечению у пациентов с фибрилляцией предсердий: современное состояние научной проблемы

Изучение представлений о заболевании связано с теоретической идей, что процессы субъективного отражения заболевания пациентов функционально встроены в механизм инициации и поддержания поведенческого ответа на угрозу здоровью. Для измерения представлений пациентов с ФП о заболевании используются версии универсального опросника The Illness Perception Questionnaire Revised [Moss-morris et al., 2002]. Они позволяют оценить представления, которые в западной психологии принято называть когнитивными репрезентациями: о причинах заболевания и серьезности его последствий, о возможности контроля его течения со стороны пациента и врача, о его длительности и характере рецидивов, о полноте понимания заболевания; фиксируют также его эмоциональные репрезентации и отчет о симптоматике [там же].

Так, МакКейб с соавт. было показано, что заболевание воспринимается как хроническое и непредсказуемое, имеющее серьезные последствия [McCabe et al., 2011, N = 207, пациенты с симптоматической ФП пароксизмальной и персистирующих форм, опросник IPQ-R]. К причинам заболевания пациенты наиболее часто относили психологические факторы, возраст и наследственность. Две трети пациентов оценивали свое понимание заболевания как недостаточное. Эмоциональная оценка ФП была, безусловно, негативной (волнение, тревога, депрессия, злость) [там же].

Было выявлено, что наибольшее количество взаимосвязей в структуре представлений образовали шкалы «негативная эмоциональная репрезентация заболевания» и «понимание заболевания». Пациенты, оценивавшие свое понимание заболевания как более полное, значимо выше оценивали свою способность и способность терапии контролировать течение заболевания, считали последствия ФП менее серьезными, а непредсказуемость меньшей, менее часто указывали в качестве причин заболевания психологические явления [там же]. Негативные эмоциональные репрезентации были связаны с более выраженными представлениями о непредсказуемости заболевания, психологическом источнике его причин, серьезных последствиях, с его недостаточным пониманием и обильностью симптоматики [там же]. Авторы

пришли к заключению, что оценка представлений о заболевании может идентифицировать пациентов группы риска по психологическому дистрессу.

Далее авторы показали, что представления о заболевании вносили наибольший вклад в самооценку психологического дистресса (R^2 = 0.47), не сравнимый с вкладом эмоциоцентрированного копинга (R^2 = 0.08) и частотой самоотчета о симптомах (R^2 = 0.06) [Mccabe, Barnason, 2012]. Конкретнее, такими факторами оказались недостаточное понимание заболевания, восприятие ФП как имеющего серьезные последствия и психологические причины.

Какова связь между представлениями о заболевании и приверженностью лечению при ФП? Миязаки с соавт. показали, что низкая приверженность АКТ, измеренная с помощью опросника MMAS-8, связана с более выраженным негативным эмоциональным реагированием на заболевание и представлением о малой возможности его контроля со стороны пациента и терапии [Miyazaki et al., 2018, N = 99, формы ФП и симптоматичность не уточнены, опросник Brief IPQ].

Бартоли-Абду с соавт. было выявлено, что при высокой приверженности АКТ, которая оценивалась уровнем метаболитов препаратов в крови, более выражены представления о хроническом характере заболевания и менее о его непредсказуемости, серьезности последствий, иммунологических причинах. Также менее выражено негативное эмоциональное реагирование на заболевание [Bartoli-Abdou et al., 2018, N = 351, формы ФП и симптоматичность не уточнены, опросник IPQ-R].

Нам известны лишь два исследования, реализовавших типологический подход к приверженности лечению у пациентов с ФП, через выделение латентных классов пациентов. Бартоли-Абду с соавт. было выделено 4 кластера пациентов со следующими паттернами представлений: 1) принимающие и терапию, и заболевание (40%); 2) настороженно относящиеся к терапии, но принимающие заболевание (21%); 3) принимающие терапию, но испытывающие страх перед заболеванием (24%); 4) настороженно относящиеся к терапии и испытывающие страх перед заболеванием (15%) (там же). Низкая приверженность к АКТ была характерна для трети пациентов 1-го кластера, для половины пациентов 2-го и 3-го кластеров и более чем для 60% пациентов 4-го кластера [там же].

Отличительными особенностями самого «неблагополучного» паттерна представлений выступили недостаточное понимание заболевания, выраженное негативное эмоциональное реагирование на него, недостаточное признание хронического характера заболевания, неуверенность в оценке его как рецидивирующего, в то время как благоприятно понимание регулярности рецидивов [там же]. По представлениям о возможности контроля над течением заболевания (терапевтическим и со стороны пациента) и о тяжести его последствий неблагопри-

ятный кластер представлений не отличался от остальных.

Типология Корнелиус соавт., построенная на основе опроса о причинах неприема лекарств, выявила латентные классы пациентов, нарушение приверженности которых связано: 1) с их ограничениями (прежде всего забыванием, 45%), 2) с ограничениями и мотивацией (14%), 4) с отсутствием видимых причин (41%) [Cornelius et al., 2018]. В психологическом отношении эта классификация менее эвристична для разработки интервенций по сравнению с типологией, описанной выше.

Обобщая представленные результаты, отметим ряд моментов.

1. Исследования представлений о заболевании в связи с приверженностью АКТ у пациентов с ФП малочисленны и различаются методами измерения приверженности, охватом форм заболевания и вариаций выраженности его симптоматики. Систематичность в контроле клинических переменных в дальнейшем представляется необходимой.

2. Субъективные представления пациентов о ФП характеризуются внутренней когерентностью, которая проявляется в направлении связи шкал представлений с приверженностью, а именно с высокой приверженностью связаны оптимальные представления. Стабильно прогностично в отношении приверженности эмоциональное реагирование, в то время как когнитивные измерения проявляют себя вариативно, в т. ч. в паттернах представлений. Это ставит задачу определения тех из них, что наиболее тесно связаны с формированием приверженности и принципиально важны для выявления групп риска. Можно предположить, что в сравнении с частными аспектами представлений (например, о причинах заболевания, о характере рецидивов) более перспективным является обращение к представлениям, связанным с обобщением субъективного опыта переживания заболевания и основанной на этом его интерпретации. Большее внимание стоит уделить оценке не частоты симптомов, а неопределенности симптоматики, специфичной для ФП.

3. Связь отдельных аспектов представлений с приверженностью ставит вопрос о существовании их устойчивых сочетаний, обусловленных содержательной логикой и отношением к поведению. Выявление паттернов представлений в связи с приверженностью представляется перспективным в прикладном отношении, поскольку ориентирует разработку интервенций для повышения приверженности лечению крупных целевых групп пациентов.

Программа исследования

В структуре представлений мы предлагаем выделять четыре фактора.

1. Информированность о заболевании – субъективная оценка пациентом степени (полноты) своей медицинской осведомленности и понимания заболевания.

Ключевые пробелы медицинской осведомленности пациентов с ФП составляют знания о том, что заболевание может протекать бессимптомно и предрасполагать к сердечной недостаточности, что риск инсульта у женщин более высок. Также недостаточно само знание своего диагноза и определения ишемического инсульта [Salmasi et al., 2019a]. Пациенты недостаточно осведомлены о взаимодействии антикоагулянтов с другими препаратами и продуктами питания, о содержании витамина К в продуктах, о сути термина «международное нормализованное отношение» и его интерпретации, о том, какие действия нужно предпринять в случае пропуска дозы антикоагулянта [там же]. Мы предлагаем измерять не актуальный уровень конкретных медицинских знаний, а самооценку информированности, ее воспринимаемую достаточность. Недостаточное понимание заболевания может выступать как серьезным фактором, подрывающим формирование приверженности лечению, так и его отправной точкой. Достаточное же понимание благоприятно, но требует верификации в ходе дальнейшего медицинского сопровождения пациента.

2. Неопределенность проявлений заболевания – субъективная оценка четкости и понятности проявлений заболевания на психосоматическом и интерпретационном уровне.

Понимание информации о заболевании и ясность его психосоматического отражения – тесно связанные друг с другом аспекты представлений, как показывают их операциональные объединения при изучении хронических заболеваний (например, шкала «понятность заболевания» опросника IPQ-R, [Moss-morris et al., 2002]). Важно отметить, что главные симптомы ФП (усталость, одышка, учащенное сердцебиение, дискомфорт/боль в груди, головокружение, тревога, снижение способности переносить физическую нагрузку) неспецифичны, т.е. воспринимаются обобщенно, вне связи с конкретным заболеванием, что составляет проблему понимания их значения особенно на начальном этапе заболевания [McCabe et al., 2011b]. Симптоматика высоко вариативна вплоть до ее отсутствия у 10–40% пациентов вне зависимости от клинической формы заболевания, внутри индивидуально значительно изменчива во времени, может проявляться в субъективных отчетах вне эпизодов аритмии [Streur, 2019]. Эти обстоятельства взаимодействуют с тем, что возможность улучшения состояния при данном заболевании весьма ограничена даже при использовании терапии контроля ритма, а с использованием АКТ, имеющей исключительно превентивный характер, не связана совсем. В совокупности данные факторы ведут к необходимости понимания и принятия высокой степени неопределенности заболевания как на уровне переживания симптоматики, так и на уровне понимания ее малого взаимодействия с терапией. Неопределенность в субъективном

отражении заболевания может выступать фактором, подрывающим стабильность оптимального поведения пациента, поэтому ее изучение в связи с приверженностью представляется оправданным.

3. Непредсказуемость течения заболевания – субъективная оценка характера течения заболевания как непрогнозируемого в своей динамике, вследствие чего величина его рисков определяется в т.ч. их внезапностью.

Непредсказуемость течения заболевания выступает серьезным источником его воспринимаемой угрозы. Она является и фактором дистресса, и мотивационным основанием для формирования оптимальной приверженности лечению. Качественные исследования свидетельствуют, что для пациентов с ФП входят в круг ключевых темы: 1) предотвращение эпизодов аритмии своими усилиями и модификацией образа жизни, 2) управление неожиданно проявляющимися и функционально ограничивающими симптомами, 3) эмоциональное переживание неуспешности своих попыток контролировать течение заболевания, 4) страх инсульта и стремление его предупредить [Taylor et al., 2018; Dalteg et al., 2017]. Несмотря на то что возможности контроля над течением заболевания со стороны пациента объективно ограничены, адекватная оценка его непредсказуемости и связанных с этим рисков принципиально важна для стабильности приверженности АКТ.

4. Контролируемость заболевания – субъективная оценка возможности контроля заболевания с помощью медикаментозной терапии и медицинского наблюдения.

Степень, в которой пациент воспринимает контролируемость заболевания и его рисков как возможную, напрямую связана с его адаптацией к заболеванию и ее поддержкой. Благоприятно представление об оправданности усилий по лечению. Однако пессимистический настрой пациентов нередок, в т.ч. и в связи с качеством медицинского сопровождения: они сообщают о чувстве незащищенности из-за частой смены медицинских работников [MacCabe et al., 2011b], об отсутствии поддержки со стороны врача после постановки диагноза [Altiok et al., 2015], а также о тщетности усилий как таковых – в субъективном опыте пациентов с ФП ярко представлена тема замкнутого круга и неудачного совладания с заболеванием [Taylor et al., 2018]. В случае неблагоприятной установки в отношении контроля важно сформировать у пациента адекватные представления о сфере возможных действий, направленных на сбережение здоровья.

Перечисленные четыре аспекта субъективных представлений и их связь с приверженностью АКТ выступили **предметом** настоящего исследования.

Задачи исследования

1. Разработать инструмент самооценки субъективных представлений о ФП, направленный на измерение четырех указанных аспектов.

2. Описать структуру и паттерны представлений на основании кластерного анализа данных пациентов с ФП.

3. Изучить связь приверженности АКТ и представлений о заболевании у пациентов с ФП с учетом социально-демографических, личностных и клинических переменных.

Гипотезы

1. Могут быть выделены кластеры пациентов с ФП, различающихся паттернами представлений об этом заболевании.

2. Пациенты с ФП с разными паттернами представлений об этом заболевании будут различаться по уровню приверженности антикоагулянтной терапии.

Характеристики выборки

N = 136 (для личностных опросников N = 65–75, в связи с ограничением доступа к испытуемым при пандемии Covid-19), средний возраст 72,47 года (ст. откл. 8,31, размах – 51–87), 71,6% женщины. Образование: высшее – 50%, среднее специальное – 30,1%, среднее – 19,9%. Работают в настоящий момент 14,7%. Проживают в одиночестве 27,4%, проживают не одни 70,6%, проживают с супругом 46,7%. Формы ФП: пароксизмальная 55,1%, персистирующая 7,4%, постоянная 37,5%. Тип АКТ: варфарин 10,3%, НОАК 89,7% (из них «Прадакса» 15,4%, «Эликвис» 22,8%, «Ксарелто» 51,5%). Подгруппы по выраженности симптомов: отсутствуют – 13,2%, легкие – 22,1%, умеренно проявляющиеся – 34,6%, множественные серьезные – 25%, инвалидизирующие – 0,7% (4,4% – нет данных). Одним из критериев включения в исследование являлось отсутствие органических психических расстройств (в том числе деменции), по оценке психиатра.

Методы

1. Опросник приверженности лечению Мориски – Грин (MMAS4) [Moriski et al., 1986].

2. Опросник ситуативной и личностной тревожности (STAI) [Ханин, 1976].

3. Опросник личностных факторов модели «Большая пятерка» (NEO FFI) [Бирюков, Васильев, 1997].

4. Краткий опросник тревоги о здоровье (SHAI) [Желонкина с соавт., 2014].

5. Шкала оценки выраженности симптомов European Heart Rhythm Association [Kirchhof et al., 2007].

6. Разработанный опросник представлений о заболевании, состоявший из 13 утверждений, по каждому из которых нужно было выразить степень согласия по 7-балльной шкале

7. Анкетирование.

Процедура

Протокол исследования был одобрен этическим комитетом Первого Московского государственного медицинского университета имени И. М. Сеченова (выписка №03–19 из протокола Локального этического комитета от 13.02.2019). Пациенты подписывали информированное согласие об участии в исследовании. На очном индивидуальном приеме пациентом самостоятельно или психологом со слов пациента осуществлялась регистрация социально-демографических переменных, заполнение опросника представлений о заболевании. На очном индивидуальном приеме врачом-кардиологом осуществлялось заполнение опросника приверженности лечению (MMAS4), оценка выраженности симптомов (EHRA), постановка диагноза и назначение терапии. Опросники STAI, NEO FFI, SHAI пациенты заполняли самостоятельно.

Результаты исследования

1. Опросник представлений о заболевании: психометрические свойства и связь с другими переменными

1.1. Был проведен факторный анализ ответов на утверждения опросника представлений (метод главных компонент с вращением Varimax; KMO = 0,750, значимость коэффициента сферичности Бартлетта – меньше 0,001). Выделено 4 фактора с нагрузками утверждений выше 0,5, объясняющие 56% дисперсии: непредсказуемость заболевания (альфа Кронбаха 0,834),

неопределенность его проявлений (0,639), информированность о заболевании (0,634), контролируемость заболевания (0,598) (см. табл. 1).

Таблица 1

Факторные нагрузки пунктов опросника представлений о заболевании (ФП)

Утверждения	**Факторы**			
	1	2	3	4
Я считаю, что это заболевание связано с большими рисками для здоровья	**0,730**	0,143	0,155	0,286
Я понимаю, что течение этого заболевания характеризуется непредсказуемостью	**0,612**	0,296	0,171	0,207
Я понимаю, что состояние моего здоровья при этом заболевании может неожиданно измениться	**0,831**	0,078	0,143	0,156
Я знаю, что осложнения при этом заболевании могут возникнуть неожиданно	**0,855**	0,030	0,072	0,000
Мне сложно понять информацию, которую дают мне врачи об этом заболевании	0,064	**0,715**	-0,277	0,078
У меня есть много вопросов по поводу этого заболевания, на которые у меня нет ответов	0,171	**0,688**	-0,110	-0,197
Я стараюсь получить второе мнение (мнение другого врача, кроме лечащего) по поводу этого заболевания	0,011	**0,560**	0,294	-0,337
При этом заболевании мне трудно оценить, улучшается или ухудшается мое состояние	-0,008	**0,680**	-0,008	0,053
Я располагаю достаточной информацией об этом заболевании (возможные симптомы и риски, подходы к лечению)	0,028	-0,141	**0,692**	0,140
Я четко понимаю, на снижение каких рисков направлено лечение при этом заболевании	0,310	-0,162	**0,600**	0,139
Я точно понимаю, в чем состоит нарушение правильной работы органа (органов) при этом заболевании	0,179	-0,086	**0,623**	0,262
Я считаю, что могу контролировать течение этого заболевания с помощью лекарств	0,172	-0,150	0,192	**0,721**
Я считаю, что, если состояние моего здоровья при этом заболевании ухудшится, врачи мне помогут	0,032	-0,020	0,181	**0,738**

Альфа Кронбаха	*0,834*	*0,639*	*0,634*	*0,598*
Название фактора	*Непредсказуемость течения заболевания*	*Неопределенность проявлений заболевания*	*Информированность о заболевании*	*Контролируемость течения заболевания*

1.2. Интеркорреляции шкал представлений приведены в табл. 2. Информированность о заболевании положительно связана с представлением о его контролируемости (r = 0,317**). Представление о непредсказуемости заболевания благоприятно, так как сопряжено с информированностью о нем (r = 0,362**) и представлением о возможности его контроля (r = 0,269**). В сравнении представление о неопределенности проявлений заболеваний отрицательно связано с информированностью (r = -0,195*) и контролируемостью (r = -0,239**). Иначе говоря, непонимание своего состояния и симптомов сопряжено с пассивной позицией пациента в отношении заболевания. Представления о непредсказуемости течения и неопределенности проявлений заболевания независимы. Применение коррекции альфа-уровня при помощи последовательного метода Холма – Бонферрони [Holm, 1979] не меняет описанную структуру связей.

Таблица 2

Интеркорреляции между шкалами опросника представлений о ФП (N = 136, Spearman’s rho)

			1	2	3	4
1	Непредсказуемость течения заболевания	r p	1,000			
2	Неопределенность проявлений заболевания	r p	0,108 0,212	1,000		
3	Информированность о заболевании	r p	**0,362**** 0,000	**-0,19**5* 0,023	1,000	
4	Контролируемость течения заболевания	r p	**0,269**** 0,002	**-0,23**9** 0,005	**0,317**** 0,000	1,000

Примечания. Уровень значимости различий: * p < 0,05, ** p < 0,01.

1.3. Связи шкал представлений с личностными переменными, которые мы рассматриваем как предварительные результаты вследствие небольшого объема данных по опросникам, приведены в табл. 3. Шкалы представлений о заболевании не связаны с личностной и ситуативной тревожностью. Минимальны их связи с личностными диспозициями: положительно сопряжены только открытость опыту и шкала неопределенности (r = 0,372**), бдительность к телесным ощущениям и шкала непредсказуемости (r = 0,242*). Описанным связям могли бы

быть даны частные объяснения, в то время как в целом когнитивные репрезентации по определению должны быть дифференцированы относительно эмоциональных диспозиций, что подтверждает их дискриминантную валидность [Moss-morris et al., 2002]. Так как рассмотрение связи шкал представлений с личностными особенностями на данном этапе исследования носило скорее эксплораторный характер, коррекции уровня значимости не проводились (см. рекомендации в [Streiner, Norman, 2011]), а обнаруженные связи требуют проверок в дальнейших работах.

Таблица 3

Коэффициенты ранговой корреляции шкал опросника представлений о заболевании (ФП) с приверженностью лечению и шкалами личностных опросников (Spearman's rho)

		Непредсказуемость течения заболевания	Неопределенность проявлений заболевания	Информированность о заболевании	Контролируемость течения заболевания
Приверженность лечению (MMAS4)	r	0,060	**-0,178***	**0,198***	*0,167*
	p	0,510	0,049	0,028	*0,065*
	N	123	123	123	123
Ситуативная тревожность (STAI)	r	-0,068	0,066	0,028	-0,076
	p	0,560	0,573	0,809	0,517
	N	75	75	75	75
Личностная тревожность (STAI)	r	0,112	0,177	-0,028	0,046
	p	0,348	0,138	0,813	0,704
	N	72	72	72	72
Тревога о здоровье (SHAI)	r	0,189	0,118	-0,034	-0,022
	p	0,105	0,312	0,774	0,850
	N	75	75	75	75
Страх негативных последствий заболевания (SHAI)	r	0,043	-0,014	-0,054	0,045
	p	0,713	0,905	0,648	0,703
	N	75	75	75	75
Бдительность к телесным ощущениям (SHAI)	r	**0,242***	0,104	0,107	0,039
	p	0,037	0,375	0,360	0,740
	N	75	75	75	75
Нейротизм	r	0,135	-0,010	-0,099	-0,010
	p	0,249	0,932	0,399	0,931
	N	75	75	75	75
Экстраверсия	r	0,099	0,035	0,185	-0,026
	p	0,400	0,763	0,112	0,824
	N	75	75	75	75
Открытость опыту	r	-0,022	**0,372****	0,017	-0,062
	p	0,852	0,001	0,883	0,596
	N	75	75	75	75
Доброжелательность	r	0,045	0,101	0,028	0,046
	p	0,701	0,389	0,810	0,694
	N	75	75	75	75
Добросовестность	r	0,189	-0,099	0,215	0,208
	p	0,104	0,396	0,064	0,073
	N	75	75	75	75

Примечания. Уровень значимости различий:* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

2. Паттерны представлений о заболевании и их корреляты

Для выявления паттернов представлений о заболевании был проведен иерархический кластерный анализ испытуемых по 4 шкалам опросника (метод – межгрупповые связи, мера

расстояния – квадрат Евклидова расстояния). Было выявлено 4 кластера испытуемых, информация о специфике представлений которых наглядно представлена на рис. 1, количественно – в табл. 4.

Первый паттерн представлений, названный «благоприятный», представлен у 33,8% испытуемых (кластер 1). Его отличительной особенностью является сочетание высокой оценки информированности и контролируемости заболевания. Оценки определенности проявлений заболевания и непредсказуемости его течения являются относительно высокими. Формулу паттерна можно обозначить как «пациент достаточно хорошо информирован, проявления заболевания ему субъективно понятны, оценка непредсказуемости заболевания адекватно высока».

Второй паттерн – «отрицающий» – представлен у 19,9% испытуемых (кластер 2). Для него характерно сочетание низкого уровня оценки непредсказуемости течения заболевания и информированности. Определенность проявлений заболевания оценивается выше, а контролируемость – ниже, чем у большинства остальных пациентов. Психологическая формула «пациент не информирован, считает течение заболевание предсказуемым, проявления заболевания ясными» свидетельствует об отрицании проблемы. Это может быть вызвано как асимптоматичностью, так и нежеланием признать свое непонимание и озабоченность заболеванием. Независимо от возможной причины данный паттерн представлений можно считать наиболее неблагоприятным для приверженности лечению.

Третий паттерн – «неопределенный» – представлен у большинства: 42,6% испытуемых (кластер 3). Его отличительные черты – выраженно высокая оценка неопределенности проявлений заболевания и промежуточное положение между благоприятным и отрицающим кластером по информированности. Непредсказуемость заболевания оценивается относительно высоко, а контролируемость – относительно низко. Формула этого паттерна – «пациент высоко оценивает неопределенность своего состояния, умеренно информирован, оценка непредсказуемости заболевания адекватно высока». Неопределенность субъективного отражения заболевания представляется фактором риска для приверженности лечению.

Четвертый паттерн – «отказ» – отличался низкими оценками по всем шкалам, причиной чего, возможно, выступило нежелание проходить обследование, его саботаж. Его разделяли 3,7% выборки (5 человек), что заставило исключить данные из попарных сравнений из дальнейшего статистического анализа.

Таким образом, первая гипотеза о возможности выделения паттернов представлений о заболевании была подтверждена.

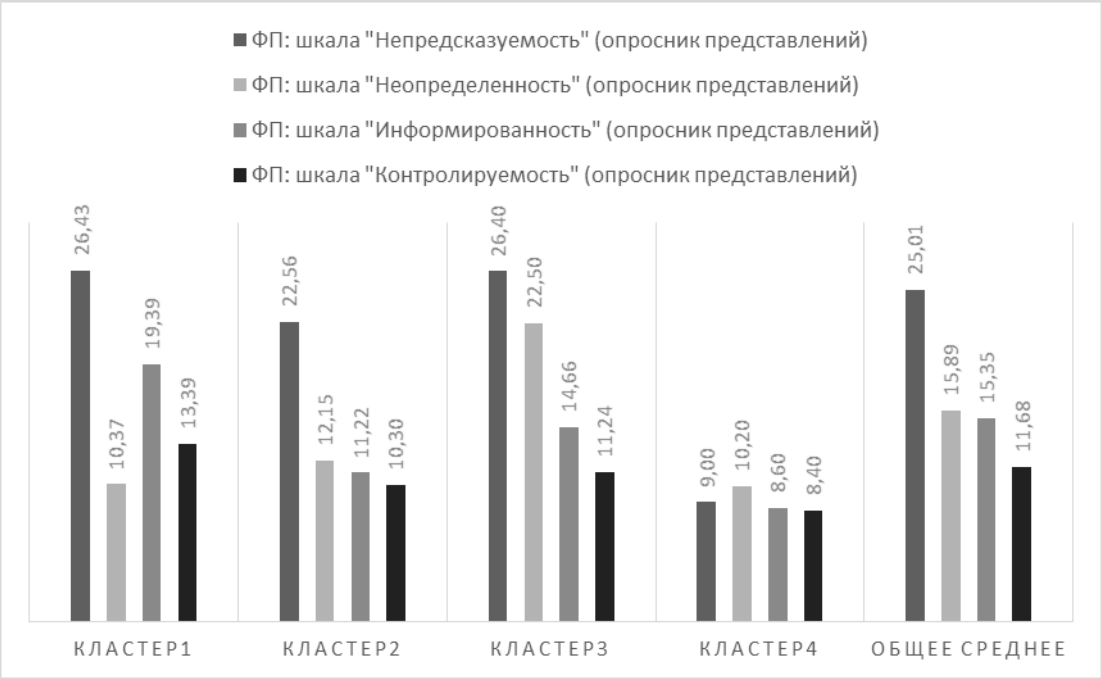


Рис. 1. Представления о заболевании в кластерах пациентов с ФП

«Благоприятный» кластер отличался от других более высокой приверженностью лечению (см. табл. 4). Не были выявлены различия между кластерами в ситуативной и личностной тревожности, по показателям опросников тревоги о здоровье и «большой пятерки».

Таблица 4

Описательная статистика шкал представлений и других количественных переменных по кластерам испытуемых, а также сравнение их выраженности в разных кластерах при помощи критерия Манна – Уитни (p-уровни приведены с поправкой Бонферрони)

						Сравнение кластеров, критерий Манна – Уитни		
Кластер/ переменная	**Кластер1 «*благоприятный*» (33.8%)**	**Кластер2 «*отрицающий*» (19.9%)**	**Кластер 3 «*неопределенный*» (42.6%)**	**Кластер 4 «*отказ*» (3.7%)**	**Общее среднее**	1 vs 2	1 vs 3	2 vs 3
Непредсказуемость течения заболевания	26,43	22,56	26,40	9,00	25,01	**U = 258,5 p = 0,000**	U = 1148 p = 0,474	**U = 330,0 p = 0,000**
Неопределенность проявлений заболевания	10,37	12,15	22,50	10,20	15,89	U = 479,5 p = 0,309	**U = 3,0 p = 0,000**	**U = 18,5 p = 0,000**
Информированность о заболевании	19,39	11,22	14,66	8,60	15,35	**U = 29,5 p = 0,000**	**U = 448,0 p =0,000**	**U = 422,0 p = 0,002**
Контролируемость течения заболевания	13,39	10,30	11,24	8,40	11,68	**U = 204,5 p = 0,000**	**U = 725,0 p = 0,000**	U = 634,5 p = 0,461
Приверженность лечению (MMAS4)	3,50	2,84	3,00	3,40	3,15	**U = 349,0 p = 0,033**	**U = 694,5 p = 0,006**	U = 626,0 p = 0,999
Ситуативная тревожность (STAI)	42,57	42,29	44,53	44,50	43,51	U = 149,5 p = 0,999	U = 339,5 p = 0,999	U = 220,5 p = 0,999

Личностная тревожность (STAI)	47,48	48,09	50,59	48,25	49,08	U = 118,5 p = 0,999	U = 292,0 p = 0,321	U = 141,5 p = 0,684
Тревога о здоровье (SHAI)	9,04	9,57	10,12	7,50	9,55	U = 145,0 p = 0,999	U = 325,5 p = 0,855	U = 223 p = 0,999
Страх негативных последствий заболевания (SHAI)	5,78	6,07	6,50	5,50	6,15	U = 149,0 p = 0,999	U = 340,5 p = 0,999	U = 219,5 p = 0,999
Бдительность к телесным ощущениям (SHAI)	4,83	3,93	5,41	4,00	4,88	U = 123,5 p = 0,696	U = 329,0 p = 0,924	U = 139,0 P = 0,069
Нейротизм	18,95	7,93	19,77	16,25	19,60	U = 120,0 p = 0,807	U = 339,5 p = 0,999	U = 206,5 p = 0,999
Экстраверсия	25,68	21,14	23,57	18,50	23,76	U = 122,0 p = 0,894	U = 328,0 p = 0,999	U = 229,5 p = 0,999
Открытость опыту	22,32	22,71	25,86	23,50	23,96	U = 141,0 p = 0,999	U = 258,5 p = 0,114	U = 150,5 p = 0,108
Доброжелательность	32,09	21,93	32,63	28,75	32,00	U = 153,0 p = 0,999	U = 328,0 p = 0,999	U = 206,5 p = 0,999
Добросовестность	34,27	31,21	30,11	25,00	30,73	U = 88,0 p = 0,096	U = 265,0 p = 0,147	U = 210,5 p = 0,999

Примечания. анализ межгрупповых сравнений с кластером 4 не проводился в связи с его малым объемом; жирным шрифтом выделены высокие уровни значимости сравнений.

Кластеры не различались по возрасту (критерий Краскала – Уоллеса, p = 0,330), полу, образованию, уровню выраженности симптоматики, форме заболевания (критерий Хи-квадрат, во всех случаях $p \geq 0,05$). Выявлена тенденция, что благоприятный и неопределенный паттерн чаще встречаются у неодиноких пациентов, в то время как распространенность паттерна с отрицанием не связана с тем, проживает ли человек один (критерий Хи-квадрат, p = 0,058).

3. Приверженность АКТ при ФП и ее связь с представлениями о заболевании

Приверженность АКТ не обнаружила различий в связи с факторами пола (критерий Манна – Уитни, p = 0,527), образования (тест Краскалла – Уоллеса, p = 0,901), проживания в одиночестве, типа АКТ (варфарин vs НОАК) (критерий Хи-квадрат, p = 0,200, p = 0,638, соответственно). Различия были выявлены в связи с возрастом, формой заболевания, его симптоматичностью и паттерном представлений о заболевании, разделяемом пациентом.

Более высокая приверженность АКТ наблюдалась (1) у пациентов 70 лет и младше в сравнении с пациентами старше 70 лет (критерий Манна – Уитни, p = 0,018); (2) при пароксизмальной форме заболевания в сравнении с персистирующей (критерий Манна – Уитни, p = 0,033) и на уровне тенденции – с постоянной (критерий Манна – Уитни, p = 0,093); (3) при отсутствии симптомов или легких симптомах в сравнении с множественными и инвалидизирующими (критерий Манна – Уитни, p = 0,039) и на уровне тенденции – с умеренными (критерий Манна – Уитни, p = 0,060); (4) при благоприятном паттерне представлений в сравнении с отрицающим и с неопределенным (критерий Манна – Уитни, p = 0,033, p = 0,006, соответ-

ственно) (p-уровни в случаях одновременного сравнения нескольких групп приведены с поправкой Бонферрони).

Таким образом, благоприятный паттерн представлений связан с большей приверженностью, в то время как группы пациентов, которым свойственны представления отрицающего характера и высокая неопределенность в представлениях, менее привержены и не различаются между собой в этом отношении. Таким образом, вторая гипотеза о возможной связи паттернов представлений о заболевании и приверженности к АКТ была подтверждена.

Приверженность лечению обнаружила слабую отрицательную связь со шкалой неопределенности (r = -0,178*), положительную связь – со шкалой информированности r = 0,198*) и не была связана с представлением о непредсказуемости и возможности контроля течения заболевания (табл. 3).

Обсуждение результатов

В структуре представлений о заболевании пациентов с ФП было предложено выделять факторы, связанные с обобщением субъективного опыта его переживания. Их составили оценки информированности о заболевании, неопределенности его проявлений, непредсказуемости течения, контролируемости. Выдвигались гипотезы о возможности выделения типологии представлений и о связанных с ней различиях в приверженности АКТ.

Факторы информированности, неопределенности проявлений и непредсказуемости течения заболевания обнаружили удовлетворительную внутреннюю согласованность. При этом приверженность АКТ была положительно связана с информированностью, отрицательно – с представлением о неопределенности симптоматики. Было выделено три основных кластера пациентов, различавшихся паттернами представлений: «благоприятный» – хорошо информированные пациенты (33,8%), «отрицающий» – плохо информированные пациенты, недооценивающие непредсказуемость течения заболевания и скорее переоценивающие ясность его проявлений (19,9%), «неопределенный» – пациенты с высокой оценкой неопределенности симптоматики и средней информированностью (42,6%). Благоприятный кластер пациентов отличался более высокой приверженностью лечению в сравнении с остальными кластерами, которые в свою очередь не различались по приверженности между собой.

Для паттернов представлений, заданных кластеризацией, системообразующими выступили измерения информированности и неопределенности проявлений, в то время как измерение непредсказуемости течения заболевания вело себя вариативно. Рассмотрим их последовательно.

Фактор информированности заслуживает большого внимания. Качественные исследования фиксируют большую потребность пациентов с ФП в улучшении своего понимания заболевания и терапии [Clarkesmith et al., 2017a; Salmasi et al., 2019b], а количественные – большой спектр конкретных пробелов в их знаниях [Salmasi et al., 2019a]. В нашей работе пациенты оценивали достаточность на настоящий момент доступной им информации о заболевании, общую степень понимания, на снижение каких рисков направлена терапия и в чем именно состоит кардиологическое нарушение. Иначе говоря, фиксировалась самооценка полноты медицинских знаний, недостаточность которой при любом отношении к этому пациента может являться критерием включения пациента в круг тех, кто нуждается в психолого-медицинском сопровождении.

Однако неоднократно было показано, что эффекты образовательных интервенций с целью улучшения медицинских знаний и приверженности пациентов с ФП в целом оказываются эмпирически неубедительными [Clarkesmith et al., 2017b; Bosworth et al., 2018]. Главными причинами этого признаются вариативность причин нарушения приверженности как таковых и во времени, недостаток в интервенциях внимания, уделяемого разработке навыков целеполагания и саморегуляции, игнорирование психологических типологий пациентов, их латентных классов [Bosworth et al., 2018, Cornelius et al., 2018]. Эта сложная картина свидетельствует, что информированность на входе не является гарантом приверженности в будущем. Однако, как показывают наши данные, низкая информированность четко ассоциирована с низкой приверженностью на данный момент независимо от сопутствующих представлений пациента. Дополнительно отметим, что самооценка информированности как достаточной требует верификации в ходе психолого-медицинского сопровождения пациента.

Наибольшее число пациентов вошло в кластер, стержнем представлений в котором явились выраженная неопределенность проявлений заболевания, сложность оценки своего состояния и понимание медицинской информации. Асимптоматичность заболевания и неспецифичность его симптоматики – коварные факторы недооценки серьезности заболевания, формирования некритичного отношения и попустительской позиции в отношении лечения. По нашим данным, этот профиль представлений разделяется пациентами вне зависимости от выраженности их симптоматики и от клинической формы заболевания. Вероятнее всего, за неопределенностью представлений стоят гетерогенные феномены от «истинной» до субъективно воспринимаемой асимптоматичности или неверной интерпретации состояния, требующие дополнительного изучения. Можно предположить, что связь приверженности и неопределенности представлений может обеспечиваться разными модераторами. Например, отсутствием страха vs страха «невидимости» угрозы: первое снижает бдительность, второе

дезорганизует конструктивное поведение. Подобные альтернативы должны быть проработаны при планировании интервенций.

Оценки непредсказуемости, которые были значимо более низкими в отрицающем паттерне представлений, тем не менее были одинаково высоки как в благоприятном, так и в неопределенном паттерне представлений. Это говорит о том, что признание непредсказуемости заболевания может быть ассоциировано как с продуктивным, так и с контрпродуктивным подходом к соблюдению предписаний пациентом. Иначе говоря, адекватное представление о высокой непредсказуемости заболевания, несмотря на свою стрессогенность, может быть встроено в адаптивный поведенческий ответ пациента. Но возможен и обратный эффект: непредсказуемость и нерегулярность рецидивов заболевания могут ложно интерпретироваться как его «несерьезность», что ведет к потере бдительности, а внезапность появления может быть крайне стрессовой и подрывающей приверженность. Эти заключения необходимо принимать во внимание при разработке программ интервенций для пациентов с ФП.

Измерение контролируемости в нашей работе не достигло приемлемого уровня согласованности, поэтому мы считаем обсуждение связанных с ним результатов преждевременным. Отметим, что данное измерение можно рассматривать и как производную от информированности пациента и его восприятия симптоматики, и как следствие уровня развития его саморегуляции и самоэффективности, что может быть протестировано в перспективе. Тем не менее классификация пациентов, заданная тремя измерениями, представляется содержательно интерпретируемой и дающей более четкую таксономию целей психологических интервенций, чем более ранние типологии.

Следует отметить, что кластеры пациентов с разными паттернами представлений не различались по клиническим и социально-демографическим характеристикам. Первый момент может быть объяснен тем, что когнитивные репрезентации заболевания в сравнении с эмоциональными в меньшей степени могут быть напрямую соотнесены с бременем заболевания и соответствующим психологическим дистрессом. Кластеры пациентов не различались тревожностью, личностными чертами, а также диспозициями, связанными с тревогой о здоровье. Второе: унификация когнитивных репрезентаций заболевания может быть объяснена высоким уровнем гомогенности образовательного уровня выборки, а также возможной разнонаправленностью возрастных тенденций (например, более высокая информированность может быть характерна как для начальных этапов заболевании, так и при его длительном течении). Единственная тенденция, впрочем, не достигшая статистической значимости, состояла в том, что фактор наличия микросоциального окружения пациента (его неодиночество) обеспечивал поддержку как благоприятных, так и неопределенных представлений и не был

связан с отрицающими представлениями. Вероятно, последние в большей степени связаны с интрапсихическими и психопатологическими факторами пациента, что требует дальнейшего изучения.

Заключение

В результате работы в представлениях о заболевании пациентов с ФП были выделены такие измерения, как информированность о заболевании, неопределенность его проявлений, непредсказуемость его течения. Были подтверждены гипотезы о возможности выделения кластеров пациентов со специфическими паттернами представлений о заболевании и о различиях приверженности в них. Разработанный опросник можно рекомендовать к использованию как первичный скрининговый инструмент, предназначенный для выявления пациентов группы риска по формированию приверженности АКТ вследствие характера их общих представлений о заболевании. Предложенный подход к выявлению латентных классов пациентов, различающихся субъективными представлениями о заболевании, представляется эвристичным для разработки темы медико-психологического сопровождения пациентов с ФП.

Данное исследование имеет ряд ограничений, которые будут приняты во внимание в последующей работе. К ним относятся малая представленность в выборке мужчин, а также пациентов с персистирующей формой ФП и пациентов, принимающих «Варфарин»; измерение приверженности шкалой самооценки; отсутствие учета фактора длительности заболевания. Следующая цель нашей работы заключается в изучении сравнительного вклада представлений о заболевании, личностных диспозиций и малых эмоциональных расстройств в приверженность лечению пациентов с ФП.

Финансирование

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

Литература

Бирюков С.Д., Васильев О.П. Психогенетическое исследование свойств темперамента и личностных характеристик: анализ структуры изучаемых переменных // Труды Института психологии РАН. Т. 2. М., ИП РАН, 1997. С. 23–51.

Желонкина Т.А., Ениколопов С.Н., Ермушева А.А. Адаптация русскоязычной версии методики P. Salkovskis «Краткий опросник тревоги о здоровье» (Short health anxiety inventory). Теоретическая и экспериментальная психология. 2014. 7(1). С. 30–37.

Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. Л.: ЛНИИТЕК, 1976.

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.

Bartoli-Abdou J.K., Patel J. P., Xie R., Dzahini O., Vadher B., Brown A., Auyeung V. Associations between illness beliefs, medication beliefs, anticoagulation-related quality of life, and INR control: Insights from the Switching Study. Research and Practice in Thrombosis and Haemostasis, 2018, 2(3), 497–507. https://doi.org/10.1002/rth2.12116.

Bosworth H. B., Blalock D. V., Hoyle R. H. The Role of Psychological Science in Efforts to Improve Cardiovascular Medication Adherence. American Psychologist, 2018, 73(8), 968–980. https://doi.org/10.1037/amp0000316.

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, 2017a, No 153, 19–27. doi:10.1016/j.thromres.2017.03.002.

Clarkesmith D.E., Pattiso H.M., Khaing P.H., Lane D. Educational and behavioral interventions for anticoagulant therapy in patients with atrial fibrillation. In Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017b, No 4. https://doi.org/10.1002/14651858.CD008600.pub3.www.cochranelibrary.com.

Cornelius T., Voils C.I., Birk J.L., Romero E.K., Edmondson D.E., Kronish I.M. Identifying Targets for Cardiovascular Medication Adherence Interventions through Latent Class Analysis. Health Psychology, 2018, 37(11), 1006–1014. https://doi.org/10.1037/hea0000661.Identifying.

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.

Holm S. A simple sequentially rejective multiple test procedure. Scandinavian Journal of Statistics, 1979, 6(2), 65–70.

Kirchhof P., Auricchio A., Bax J. et al. Outcome parameters for trials in atrial fibrillation: recommendations from a consensus conference organized by the German Atrial Fibrillation Competence

NETwork and the European Heart Rhythm Association. Europace, 2007, 9(11), 1006–1023. doi:10.1093/europace/eum191.

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/

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., Barnason S.A., Houfek J. Illness beliefs in patients with recurrent symptomatic atrial fibrillation. PACE – Pacing and Clinical Electrophysiology, 2011, 34(7), 810–820. https://doi.org/10.1111/j.1540-8159.2011.03105.

Miyazaki M., Nakashima A., Nakamura Y., Sakamoto Y., Matsuo K., Goto, M., Imakyure, O. Association between medication adherence and illness perceptions in atrial fibrillation patients treated with direct oral anticoagulants: An observational cross-sectional pilot study. PLoS ONE, 2018, 13(9), 1–13. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204814.

Moriski D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Medical Care, 1986, 24(1), 67–74.

Moss-Morris R., Weinman J., Petrie K., Horne R., Cameron L., Buick D. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). Psychology and Health, 2002, 17(1), 1–16. https://doi.org/10.1080/08870440290001494.

Salmasi S., De Vera M.A., Barry A., Bansback N., Harrison M., Lynd, L.D., Loewen P.S. Assessment of Condition and Medication Knowledge Gaps Among Atrial Fibrillation Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. Annals of Pharmacotherapy, 2019a, 53(8), 773–785. https://doi.org/10.1177/1060028019835845.

Salmasi S., Kwan L., Macgillivray J., Vera M.De, Barry A.R., Harrison M., 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, 2019b, No 173, 109–0116. https://doi.org/10.1016/j.thromres.2018.11.015.

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.

Streiner D., Norman G. Correction for multiple testing: is there a resolution? Chest, 2011, 140(1), 16–18. https://doi.org/10.1378/chest.11-0523.

Streur M. Atrial Fibrillation Symptom Perception. The Journal for Nurse Practitioners, 2019, 15(1), 60-64. doi: 10.1016/j.nurpra.2018.08.015.

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.

Wolf P.A., Abbott R.D., Kannel W.B. Atrial Fibrillation as an Independent Risk Factor for Stroke: The Framingham Study. Stroke, 1991, No 22, 983–988. https://doi.org/10.1161/01.STR.22.8.983.

World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. 2003. http:// www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/.

Zoni-berisso M., Domenicucci S. Epidemiology of atrial fibrillation: European perspective. Clinical Epidemiology, 2014, No 6, 213–220. doi: 10.2147/CLEP.S47385.

Поступила в редакцию 11 ноября 2020 г. Дата публикации: 31 декабря 2020 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

Сысоева Татьяна Анатольевна. Кандидат психологических наук, научный сотрудник, Психологический институт Российской академии образования, ул. Моховая, д. 9/4, 125009 Москва, Россия.
E-mail: tatiana.sysoeva@mail.ru

Богданова Радмила Сергеевна. Аспирант. Первый Московский государственный медицин-

ский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет) Минздрава России, ул. Большая Пироговская, д. 2/4, 119435 Москва, Россия.
E-mail: drbogdanovaradmila@gmail.com

Копылов Филипп Юрьевич. Доктор медицинских наук, профессор, директор Института персонализированной кардиологии, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет) Минздрава России, ул. Большая Пироговская, д. 2/4, 119435 Москва, Россия.
E-mail: kopylov_f_yu@staff.sechenov.ru

Ссылка для цитирования

Белова С.С., Овсянникова В.В., Сысоева Т.А., Богданова Р.С., Копылов Ф.Ю. Субъективные представления о заболевании и приверженность лечению при фибрилляции предсердий // Психологические исследования. 2020. Т. 13 No 74, С. 7. URL: http://psystudy.ru

Адрес статьи

http://psystudy.ru/index.php/num/2020v13n74/1812-belova74.html

Belova S.S. [1]. Ovsyannikova V.V. [2], Sysoeva T.A. [3], Bogdanova R.S. [4], Kopylov Ph.Yu.[4] Illness beliefs and treatment adherence in atrial fibrillations patients

[1] Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia
[2] National Research University Higher School of Economics, Moscow, Russia
[3] Psychological Institute of the Russian Academy of Education, Moscow, Russia
[4] I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

The present study examined illness beliefs of atrial fibrillation (AF) patients and their anticoagulation treatment adherence. Four dimensions of illness beliefs were proposed and operationalized by means of a questionnaire developed for this study. In particular, these dimensions are illness awareness, uncertainty of illness manifestations, unpredictable character of illness course and illness control. It was found that the anticoagulation treatment adherence was positively associated with the illness awareness and negatively associated

with the uncertainty of illness manifestations. Three clusters of patients were distinguished based on the illness beliefs patterns: “well-informed about illness” (33,8%), “denying illness” (19,9%), “uncertain about illness” (42,6%). The well-informed cluster of patients demonstrated higher treatment adherence compared to the other clusters, which did not differ one from the other in this respect. The proposed approach to illness beliefs and their patterns is considered with respect to development of medical and psychological care for patients with AF.

Key words: atrial fibrillation, treatment adherence, illness beliefs, therapy beliefs, cognitive representations of disease, anticoagulant therapy

Funding

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

References

Birjukov S.D., Vasil'ev O.P. Psihogeneticheskoe issledovanie svojstv temperamenta i lichnostnyh harakteristik: analiz struktury izuchaemyh peremennyh. Trudy Instituta psihologii RAN. T. 2. M., IP RAN, 1997, 23–51. (in Russian)

Hanin Ju.L. Kratkoe rukovodstvo k primeneniju shkaly reaktivnoj i lichnostnoj trevozhnosti Ch.D. Spilbergera. L.: LNIITEK, 1976. (in Russian)

Zhelonkina T.A., Enikolopov S.N., Ermusheva A.A. Adaptacija russkojazychnoj versii metodiki P. Salkovskis «Kratkij oprosnik trevogi o zdorov'e» (Short health anxiety inventory). Teoreticheskaja i jeksperimental'naja psihologija, 2014, 7(1), 30–37. (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. ttps://doi.org/10.1016/j.anr.2015.10.001.

Bartoli-Abdou J.K., Patel J. P., Xie R., Dzahini O., Vadher B., Brown A., Auyeung V. Associations between illness beliefs, medication beliefs, anticoagulation-related quality of life, and INR control: Insights from the Switching Study. Research and Practice in Thrombosis and Haemostasis, 2018, 2(3), 497–507. https://doi.org/10.1002/rth2.12116.

Bosworth H. B., Blalock D. V., Hoyle R. H. The Role of Psychological Science in Efforts to Improve Cardiovascular Medication Adherence. American Psychologist, 2018, 73(8), 968–980. https://doi.org/10.1037/amp0000316.

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, 2017a, No 153, 19–27. doi:10.1016/j.thromres.2017.03.002.

Clarkesmith D.E., Pattiso H.M., Khaing P.H., Lane D. Educational and behavioral interventions for anticoagulant therapy in patients with atrial fibrillation. In Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017b, No 4. https://doi.org/10.1002/14651858.CD008600.pub3.www.cochranelibrary.com.

Cornelius T., Voils C.I., Birk J.L., Romero E.K., Edmondson D.E., Kronish I.M. Identifying Targets for Cardiovascular Medication Adherence Interventions through Latent Class Analysis. Health Psychology, 2018, 37(11), 1006–1014. https://doi.org/10.1037/hea0000661.Identifying.

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.

Holm S. A simple sequentially rejective multiple test procedure. Scandinavian Journal of Statistics, 1979, 6(2), 65–70.

Kirchhof P., Auricchio A., Bax J. et al. Outcome parameters for trials in atrial fibrillation: recommendations from a consensus conference organized by the German Atrial Fibrillation Competence NETwork and the European Heart Rhythm Association. Europace, 2007, 9(11), 1006–1023. doi:10.1093/europace/eum191.

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/

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., Barnason S.A., Houfek J. Illness beliefs in patients with recurrent symptomatic atrial fibrillation. PACE – Pacing and Clinical Electrophysiology, 2011, 34(7), 810–820. https://doi.org/10.1111/j.1540-8159.2011.03105.

Miyazaki M., Nakashima A., Nakamura Y., Sakamoto Y., Matsuo K., Goto, M., Imakyure, O. As-

sociation between medication adherence and illness perceptions in atrial fibrillation patients treated with direct oral anticoagulants: An observational cross-sectional pilot study. PLoS ONE, 2018, 13(9), 1–13. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204814.

Moriski D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Medical Care, 1986, 24(1), 67–74.

Moss-morris R., Weinman J., Petrie K., Horne R., Cameron L., Buick D. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). Psychology and Health, 2002, 17(1), 1–16. https://doi.org/10.1080/08870440290001494.

Salmasi S., De Vera M.A., Barry A., Bansback N., Harrison M., Lynd, L.D., Loewen P.S. Assessment of Condition and Medication Knowledge Gaps Among Atrial Fibrillation Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. Annals of Pharmacotherapy, 2019a, 53(8), 773–785. https://doi.org/10.1177/1060028019835845.

Salmasi S., Kwan L., Macgillivray J., Vera M.De, Barry A.R., Harrison M., 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, 2019b, No 173, 109–0116. https://doi.org/10.1016/j.thromres.2018.11.015.

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.

Streiner D., Norman G. Correction for multiple testing: is there a resolution? Chest, 2011, 140(1), 16–18. https://doi.org/10.1378/chest.11-0523.

Streur M. Atrial Fibrillation Symptom Perception. The Journal for Nurse Practitioners, 2019, 15(1), 60-64. doi: 10.1016/j.nurpra.2018.08.015.

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.

Wolf P.A., Abbott R.D., Kannel W.B. Atrial Fibrillation as an Independent Risk Factor for Stroke: The Framingham Study. Stroke, 1991, No 22, 983–988. https://doi.org/10.1161/01.STR.22.8.983.

World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. 2003. http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/.

Zoni-berisso M., Domenicucci S. Epidemiology of atrial fibrillation: European perspective. Clinical Epidemiology, 2014, No 6, 213–220. doi: 10.2147/CLEP.S47385.

Information about author

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
Sysoeva Tatiana A. PhD in Psychology, Research Associate, Psychological Institute of Russian Academy of Education, ul. Mokhovaya, 9/4, 125009 Moscow, Russia.
E-mail: tatiana.sysoeva@mail.ru
Bogdanova Radmila S. PhD Student, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), ul. Bolshaya Pirogovskaya, 2/4, 119435 Moscow, Russia.
E-mail: drbogdanovaradmila@gmail.com
Kopylov Philipp Yu. Doctor of Medicine, Professor, Director of the Institute of Personalized Cardiology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), ul. Bolshaya Pirogovskaya, 2/4, 119435 Moscow, Russia.
E-mail: kopylov_f_yu@staff.sechenov.ru

For citation: Belova S.S., Ovsyannikova V.V., Sysoeva T.A., Bogdanova R.S., Kopylov Ph.Yu. Illness beliefs and treatment adherence in atrial fibrillations patients // Psikhologicheskie Issledovaniya, 2020, Vol. 13, No. 74, p. 7. http://psystudy.ru (in Russian, abstr. in English).