
КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ
CLINICAL PSYCHOLOGY

**Социально-демографические факторы приверженности к лечению
при фибрилляции предсердий: взгляд психолога**

Шепелева Е.А.,

*кандидат психологических наук, старший научный сотрудник сектора диагностики одаренности,
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,
e_shep@rambler.ru*

Лаптева Н.М.,

*младший научный сотрудник лаборатории психологии и психофизиологии творчества,
Институт психологии Российской академии наук (ИПРАН), Москва, Россия,
n.m.lapteva@mail.ru*

Мухорина А.К.,

*Кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии и психосоматики,
ФГАОУ ВО ПМГМУ имени И.М. Сеченова МЗРФ (Сеченовский университет), Москва, Россия,
annatikhorina@gmail.com*

Богданова Р.С.,

*ассистент кафедры кардиологии, функциональной и ультразвуковой диагностики Института клинической
медицины, ФГАОУ ВО ПМГМУ имени И.М. Сеченова МЗРФ (Сеченовский университет), Москва, Россия,
drbogdanovaradmila@gmail.com*

Сыркина Е.А.,

*кандидат медицинских наук, доцент кафедры кардиологии, функциональной и ультразвуковой диагностики
Института клинической медицины, ФГАОУ ВО ПМГМУ имени И.М. Сеченова МЗРФ (Сеченовский университет),
Москва, Россия,
e_syrkina@mail.ru*

В статье представлен обзор зарубежных и отечественных исследований социально-демографических факторов приверженности пациентов к лечению при фибрилляции предсердий и других хронических заболеваниях. Низкая приверженность к лечению при долгосрочной терапии является основной причиной снижения эффективности лечения. Рассмотрены такие социально-демографические предикторы приверженности к лечению, как пол, возраст, расовая принадлежность, семейное положение, уровень образования и дохода. Анализ результатов исследований показывает неоднозначность и нередко противоречивость связи этих факторов с приверженностью к лечению. Вместе с тем приверженность к лечению изучается в связи с индивидуально-личностными факторами — личностными чертами, уровнем эмоционального интеллекта, самооффективностью, мотивационными особенностями. Выдвигается предположение о взаимодействии индивидуально-личностных и общих социально-демографических факторов и их опосредованном влиянии на приверженность к лечению при долгосрочной терапии.

Ключевые слова: приверженность к лечению, социально-демографические факторы, индивидуально-личностные предикторы, индивидуальные различия, фибрилляция предсердий.

Для цитаты:

Социально-демографические факторы приверженности к лечению при фибрилляции предсердий: взгляд психолога [Электронный ресурс] / Е.А. Шепелева, Н.М. Лаптева, А.К. Мухорина, Р.С. Богданова, Е.А. Сыркина // Современная зарубежная психология. 2019. Т. 8. № 3. С. 78—87. doi: 10.17759/jmfp.2019080309

For citation:

Socio-demographic factors of commitment to treatment in atrial fibrillation: a psychologist's view [Elektronnyi resurs] / E.A. Shepeleva, N.M. Lapteva, A.K. Mukhorina., R.S. Bogdanova, E.A. Syrkina. *Journal of Modern Foreign Psychology*, 2019, vol. 8, no. 3, pp. 78—87. doi: 10.17759/jmfp.2019080309 (In Russ.; Abstr. in Engl.).

Введение

Согласно докладу Всемирной организации здравоохранения от 2003 г., приверженность пациентов к лечению при долгосрочной лекарственной терапии является основным фактором, определяющим успешность лечения. Даже в развитых странах лишь приблизительно 50% пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, придерживаются рекомендаций врачей по долгосрочному лечению, для развивающихся стран это число еще ниже. Проблема может быть выражена следующим образом: «Лекарства не будут действовать, если их не принимать» [39]. Низкая приверженность к лечению ослабляет оптимальные клинические преимущества терапии и, таким образом, снижает общую эффективность систем здравоохранения, в том числе является причиной повышения расходов. Согласно сообщению ВОЗ, долгосрочные последствия повышения результативности мероприятий по обеспечению приверженности к лечению могут быть более эффективными для здоровья населения, чем любое улучшение специфического лечения [39].

«Низкая» или «плохая» приверженность к лечению выражается как в полном игнорировании рекомендаций лечащего врача, так и в нарушении предписанного режима и дозировок приема выписанных препаратов. Степень приверженности к лечению может быть оценена разными способами — по самоотчету больных, с помощью подсчета принятых медикаментов, в том числе с использованием специальных электронных таблеток, а также по анализу содержания в организме больных выписанных препаратов [5]. К. Крюгер, Б. Фелки и Б. Бергер сообщают, что доля хронических заболеваний в причинах смертности в США составляет 70%, при этом от 20 до 50% пациентов не следуют рекомендациям врачей по лечению. Оценено, что низкая приверженность к лечению может дополнительно «стоить» государству 100 миллиардов долларов ежегодно [24].

Причины, по которым пациенты не следуют рекомендациям врачей по лечению заболеваний, разноплановы и обусловлены как экономическими и социальными, так и медицинскими и психологическими факторами. Как полагают эксперты ВОЗ, повышение приверженности пациентов к лечению не всегда возможно силами системы здравоохранения, врач также может не иметь ресурсов для работы с пациентами в этом направлении. ВОЗ рекомендует использовать междисциплинарный подход для поиска решения проблемы низкой приверженности пациентов к лечению, при этом социальная и семейная поддержка пациентов в процессе лечения рассматривается как ключевой фактор, влияющий на состояние здоровья и поведение пациентов [39]. Вероятно, совместная исследовательская работа специалистов — врачей и психологов, направленная на изучение индивидуальных социально-демографических предикторов низкой приверженности к лечению, позволит лучше представлять возможности для ее повышения. Представленный в дан-

ной статье обзор по проблеме социально-демографических факторов, вносящих вклад в степень приверженности к лечению, а также анализ подходов к их психологической интерпретации проведен с целью поиска путей решения этой проблемы, значимой как на социальном, так и на индивидуальном уровне.

Общие социально-демографические факторы приверженности к лечению

Социально-демографические факторы, связанные с приверженностью к лечению при долгосрочной терапии, являются предметом изучения как врачей [2] так и психологов [3]. Подход специалистов сферы здравоохранения направлен, скорее, на выявление социальных групп риска неприверженности к лечению, чем на анализ психологического состояния пациентов, относящихся к таким группам риска. Одним из наиболее полных исследований такого рода является метаанализ Е. Миллз с соавторами, обобщающий результаты более 100 работ по выявлению социальных факторов, способствующих и препятствующих приему пациентами антивирусной терапии при ВИЧ-инфекции. Данные метаанализа позволили четко обозначить социальные факторы, являющимися барьерами и фасилитаторами приверженности к лечению. К снижающим приверженность к лечению факторам относится социальная изоляция больных, финансовые трудности, бездомность, хаотический график работы, сложность координации лечения с работой, семьей, обязанностями по уходу. Повышающими приверженность к лечению факторами являются совместное проживание с кем-либо, особенно способствует лечению проживание с детьми, а также напоминания со стороны семьи и друзей о необходимости лечения [9]. Несмотря на то, что полученные результаты, вероятно, опосредованы спецификой течения ВИЧ-инфекции, при которой больным известно, что низкая приверженность к лечению неизбежно приведет к летальному исходу, эти данные позволяют лучше представлять социально-демографические факторы приверженности к лечению и при других хронических заболеваниях, требующих долгосрочной профилактики или терапии. Конкретизировать механизмы действия выявленных социально-демографических факторов могут помочь психологические исследования, направленные на изучение индивидуально-психологических ощущений больных при воздействии общих социальных причин низкой приверженности к лечению. Примером такого исследования является работа Дж. Симони, П. Фрика, Д. Локхарта и Д. Лейбовица (2002), проводившаяся в США на выборке 50 больных с ВИЧ-инфекцией, главным образом малоимущих и относящихся к расовым меньшинствам. Было выявлено, что пациенты в целом обладали высокой приверженностью к лечению (принимали более 85% предписанных лекарств за последние 3 дня), но не всегда

следовали инструкциям по режиму приема и дозированию препаратов. В этом исследовании не было выявлено социально-демографических показателей, связанных с приверженностью к лечению, вероятно, в связи с однородностью выборки. Наиболее часто пациенты не принимали препараты по причине забывчивости и плохого самочувствия. При этом индивидуальная потребность в социальной поддержке оказалась связана с низкой приверженностью к лечению, причем эта связь оказалась опосредована самоэффективностью и депрессивной симптоматикой [26].

Существенное количество данных о социально-демографических факторах риска неприверженности к лечению при долгосрочной терапии получено на выборках больных, проходящих лечение в связи с сахарным диабетом [19; 22; 30]. Выделяются такие социально-демографические факторы приверженности к лечению, как пол, возраст, расовая принадлежность, уровень дохода, а также функциональность семьи. Так, в недавнем исследовании взаимосвязи приверженности к приему лекарственных препаратов больных сахарным диабетом II типа и функциональных возможностей их семей, проведенном в Нигерии на выборке 120 пациентов от 27 до 81 года, было показано, что степень здоровой функциональности семьи значимо связана с приверженностью пациентов к лечению и гликемическим контролем. В целом, семейная поддержка ассоциировалась с возрастающим уровнем приверженности к лечению, при этом чаще семья проявляла ее по отношению к более старшим пациентам. Авторы исследования полагают, что необходимо выявлять пациентов, которые могут быть лишены поддержки семьи, и проводить в таких ситуациях семейно ориентированную терапию [22].

Во многих исследованиях выявлены социально-демографические факторы приверженности к лечению при долгосрочной терапии в области кардиологии [12; 23; 27], в частности, при фибрилляции предсердий [2; 11; 28; 31; 32], при тромбозах [10; 15; 33], при артериальной гипертензии [21; 29].

Метаанализ М. ДиМаттео, обобщающий результаты 122 исследований взаимосвязи социальной поддержки и приверженности к лечению при различных заболеваниях с 1948 до 2001 г., показал наличие значимых корреляционных связей среднего уровня между приверженностью к лечению и практической и эмоциональной социальной поддержкой, семейной сплоченностью и семейными конфликтами, семейным положением и условиями жизни взрослых пациентов. Наиболее высокие связи были выявлены между приверженностью к лечению и практической поддержкой — медианный и средний размеры эффекта составили 0,27 и 0,31 соответственно. В отношении связи эмоциональной поддержки и приверженности к лечению как средний, так и медианный размеры эффекта составили 0,15, при этом для не конкретизированной социальной поддержки медианный и средний размеры эффекта составили 0,21 и 0,20 соответственно.

Приверженность к лечению в 1,74 раза выше у пациентов из сплоченных семей и в 1,53 раза ниже у пациентов из семей, находящихся в конфликте. Хотя существуют исследования, результаты которых демонстрируют положительную взаимосвязь между состоянием в браке и приверженностью к лечению, общего значимого эффекта обнаружено не было. Тем не менее, у состоящих в браке приверженность к лечению в 1,27 раз выше, а у не состоящих неприверженности выше в 1,13 раз. Эффект влияния совместного проживания с кем-либо был опосредован спецификой болезни — так, при острых заболеваниях он составил 0,25, а при хронических — всего 0,04. Автор рекомендует проводить исследования медирующих переменных между социальной поддержкой и здоровьем [16].

Ввиду широты проблемы приверженности к лечению при различных заболеваниях можно полагать, что общие причины низкой приверженности, такие как социально-демографические и индивидуально-психологические факторы, могут быть рассмотрены также в отношении лечения при фибрилляции предсердий. Конкретизировать эти факторы позволят прицельные исследования, проведенные на выборках пациентов, проходящих терапию ввиду выявленной у них фибрилляции предсердий. Спецификой данной болезни является невыраженность симптомов заболевания, что может вносить негативный вклад в приверженность к терапии.

Проблема приверженности к лечению при фибрилляции предсердий

Ведущей причиной смертности у взрослых в США являются заболевания сердца. С 1980 по 2000 г., благодаря введению профилактических мер по изменению образа жизни и приему предписанных медикаментов, смертность от наиболее частого сердечно-сосудистого заболевания — ишемической болезни сердца — снизилась на 50%. Тем не менее, приблизительно треть пациентов, перенесших инфаркт миокарда, не придерживаются назначенных схем лечения [35].

Фибрилляция предсердий, или мерцательная аритмия — наиболее распространенная устойчивая аритмия, частота встречаемости которой увеличивается с возрастом, характеризующаяся широким спектром симптомов и степеней тяжести. ФП требует индивидуализированных подходов к лечению, целью которых является профилактика тромбоэмболии (прежде всего ишемического инсульта), контроль частоты пульса (сокращений желудочков), а также, во многих случаях, восстановление и поддержание нормального синусового ритма посредством медикаментозной терапии или проведения интервенции, аблации [40]. Нарушения гемодинамики и тромбоэмболические осложнения в связи с фибрилляцией предсердий значительно повышают заболеваемость, ее хроническое течение примерно в 1,5—2 раза увеличивает риск смерти [4].

По данным исследований, приверженность к лечению больных с фибрилляцией предсердий может быть особенно низкой, лишь приблизительно третья часть пациентов регулярно принимают антитромботическую терапию ввиду не выраженности симптомов заболевания [1; 2]. В то же время, именно фибрилляция предсердий ассоциируется с ростом смертности у больных с артериальной гипертензией, частотой острого нарушения мозгового кровообращения и других тромбоэмболических осложнений, а также сердечной недостаточностью и снижением качества жизни [2], поэтому ее своевременная диагностика и лечение приобретают особенное социальное значение. Приверженность больных к лечению может рассматриваться как основной фактор успешности терапии. Таким образом, актуальность исследуемой проблематики обусловлена ее высокой общественной и индивидуальной значимостью и необходимостью междисциплинарного подхода для изучения и повышения приверженности пациентов к лечению.

В недавнем исследовании, проведенном в США С. Ридингом и коллегами на выборке 12 159 пациентов с диагностированной фибрилляцией предсердий, изучались факторы риска неприверженности к ее лечению. Пациенты заполняли «опросник здоровья», состоящий из 35 пунктов, в который входили вопросы об их социально-демографическом статусе — расовой и этнической принадлежности, семейном статусе, уровне образования и семейного дохода, а также о физической активности, вредных привычках и субъективном ощущении физического и психического здоровья. Степень приверженности к лечению также оценивалась посредством самоотчетного опросника. Информация о поле и возрасте респондентов была получена из медицинской документации. Результаты исследования показали, что не соблюдающие предписанный врачом режим приема медикаментов наиболее часто являются людьми моложе 65 лет, относятся к расовым/этническим меньшинствам, не состоят в браке или не проживают с партнером, а также имеют наименьший уровень семейного дохода. Кроме того, не приверженные к лечению пациенты сообщали о сниженной физической активности, ниже оценивали свое физическое и психическое здоровье, чаще жаловались на плохой сон и снижение памяти, а также имели недостаточный уровень медицинской грамотности по сравнению с другими пациентами. В данном исследовании не было обнаружено значимых различий в приверженности к лечению в мужчин и женщин [32]. В одном из последних исследований, проведенном на небольшой выборке российских пациентов с диагностированной фибрилляцией предсердий, также выявлена меньшая приверженность к лечению у пациентов среднего возраста по сравнению с пациентами более старшего возраста. Кроме того, мужчины демонстрировали меньшую приверженность к лечению, чем женщины [2].

В отдельных исследованиях получены противоречивые данные относительно таких факторов, как принадлежность к расовому меньшинству и совместное/оди-

нокое проживание — эти факторы названы способствующими приверженности к лечению при сердечно-сосудистых заболеваниях в исследовании Дж. Дунбар-Джекоб и коллег [2003]. В то же время, в работах С. Ридинг с коллегами [2019], анализирующих факторы приверженности к лечению при фибрилляции предсердий, и в метаанализе М. ДиМатео, посвященном общей роли социальной поддержки в приверженности к лечению [2004], они относятся к снижающим приверженность. Также неоднозначны результаты относительно факторов пола и возраста — несмотря на то, что во многих исследованиях показана более высокая приверженность к лечению у больных старшего возраста и женского пола [11], в исследовании М. Качковского и О. Краснослободской [2010] возраст старше 75 лет ассоциировался с нерегулярным приемом лекарств при фибрилляции предсердий. Такие данные могут быть объяснены возрастным снижением когнитивных функций, в частности памяти. В некоторых исследованиях показана лучшая приверженность к лечению у женщин [2; 11], в то время как в других связи приверженности к лечению не обнаружено [32]. Вероятно, собственно психологические исследования, направленные на анализ внутриличностных факторов приверженности к лечению и их взаимодействия с более широкими социально-демографическими предикторами, могут объяснить эти неоднозначные результаты. С практической точки зрения, результаты психологических исследований позволят выделить конкретные группы риска пациентов с низкой приверженностью к лечению.

Психологические подходы к анализу социально-демографических причин низкой приверженности к лечению при долгосрочной терапии

Существующие исследования, затрагивающие социально-демографические факторы приверженности пациентов к лечению при соматических заболеваниях, можно условно разделить на два направления — изучение роли объективных «общих» факторов, таких как пол, возраст, семейный статус, материальное положение, уровень образования пациентов, и исследования субъективных переживаний больных в связи с этими факторами, которые можно отнести к психологическим. Положительная роль такого общего фактора, как благополучность семейного окружения, продемонстрирована во многих исследованиях [16]. Тем не менее, собственно психологический подход состоит в изучении конкретного влияния частных особенностей семейного и дружеского взаимодействия, а также в исследовании медирующих факторов, таких как когнитивные и индивидуально-личностные особенности пациентов, в частности, личностные черты.

В последние десятилетия в научной психологии одной из лидирующих концепций является модель личности «Большая пятерка», согласно которой чело-

веческая личность включает в себя пять относительно независимых черт — экстраверсию, нейротизм, доброжелательность, сознательность и открытость опыту [14]. Существует большое количество эмпирических данных, демонстрирующих, что такая личностная черта, как сознательность, или добросовестность, связана с большей заботой о своем физическом здоровье и с более высокой приверженностью к лечению [13; 17].

Найденные нами в научной литературе результаты исследований, анализирующих связь личностных черт с приверженностью к лечению, получены в отношении различных хронических заболеваний, в частности, сердечно-сосудистых, сахарного диабета и бронхиальной астмы. Показано, что в целом нейротизм оказывает отрицательное влияние на приверженность к лечению, а сознательность и доброжелательность — положительное. Важным результатом исследований является сложный опосредованный характер связи личностных черт с приверженностью к лечению — так, при высоком уровне сознательности и низкой приверженностью к лечению у пациентов также обнаруживался высокий нейротизм, а при сочетании высокой сознательности и доброжелательности может наблюдаться как высокая, так и низкая приверженность к лечению [36]. Эти результаты могут объясняться тем, что люди с высокой добросовестностью и сознательностью обладают также высокой степенью умственной независимости и самостоятельно принимают решение о необходимости предложенной врачом терапии. Возраст также может выступать опосредующим фактором — более молодые люди более уверены в своей самостоятельности.

Подходы к индивидуально-психологической интерпретации социальных факторов приверженности лечению

Индивидуально-психологические факторы приверженности к лечению широко исследуются в России и за рубежом [7; 8; 18; 34]. Изучается вклад в приверженность к лечению индивидуально-личностных факторов, в частности, самоэффективности, копинг-стратегий, эмоционального интеллекта, личностных черт [34; 37; 38].

На основании проведенного анализа литературы можно сделать вывод о том, что общие социально-демографические факторы, вносящие вклад в приверженность к лечению при хронических заболеваниях, могут иметь различное влияние в зависимости от индивидуальных черт пациентов — их личностных, эмоциональных, мотивационных особенностей, а также субъективных ощущений наличия или отсут-

ствия социальной и семейной поддержки. Проведенный обзор демонстрирует, что такие факторы, как пол, возраст, расовая принадлежность могут быть как барьерами, так и факторами-фасилитаторами приверженности к лечению при долгосрочной терапии. Объяснить противоречивость полученных эффектов может влияние индивидуально-личностных факторов. Так, в метаанализе М. ДиМатео [2004] неоднозначные выводы относительно роли семейной поддержки в приверженности к лечению объясняются возможным влиянием медирующих переменных, в частности, когнитивных, личностных, мотивационных, эмоциональных особенностей пациентов [16].

Практическое значение исследований социально-демографических и индивидуально-психологических факторов приверженности к лечению состоит в выделении пациентов групп риска и в разработке конкретных способов улучшения приверженности. Обзор методов повышения приверженности, проведенный З. Маркум и коллегами [2017] показал, что обучающие и поведенческие мероприятия, а также фармацевтическое консультирование могут быть как эффективными, так и не эффективными в разных ситуациях. В то же время прямые напоминания, а также мероприятия по упрощению лечения для пациентов повышали приверженность к лечению во всех случаях [25].

Совместные исследования специалистов сферы здравоохранения и психологов могут внести как теоретический, так и практический вклад в решение проблемы низкой приверженности к лечению при долгосрочной терапии хронических заболеваний.

Заключение

Результаты проведенного обзора социально-демографических факторов приверженности к лечению при фибрилляции предсердий позволили сформулировать следующие выводы.

1. Влияние социально-демографических факторов на приверженность к лечению может быть опосредовано индивидуально-психологическими особенностями пациентов.

2. Для выделения групп риска пациентов с вероятно низкой приверженностью к лечению необходимы дифференциально-психологические исследования.

3. Наиболее эффективным практическим методом повышения приверженности к лечению являются напоминания о приеме препаратов и упрощение их приема для пациентов.

4. Необходимо проведение совместных исследований и мероприятий специалистов — врачей и психологов — по повышению приверженности пациентов к лечению при долгосрочной терапии.

Финансирование

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Качковский М., Краснолободская О. Приверженность медикаментозной терапии больных с фибрилляцией предсердий [Электронный ресурс] // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2010. № 4. С. 229—233. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/priverzhennost-medikamentoznoy-terapii-bolnyh-s-fibrillyatsiyu-predserdiy> (дата обращения: 13.09.2019).
2. Коробейникова А.Н., Мальчикова С.В. Изучение приверженности лечению пациентов с фибрилляцией предсердий в амбулаторной практике // Лечащий врач. 2017. № 2. С. 16—20.
3. Любаева Е.В., Ениколопов С.Н. Роль индивидуальных психологических характеристик пациентов в формировании приверженности терапии туберкулеза и ВИЧ [Электронный ресурс] // Консультативная психология и психотерапия. 2011. № 2. С. 111—127. URL: http://psyjournals.ru/files/47092/mpj_2011_n2_Lubaeva_Enikolopov.pdf (дата обращения: 13.09.2019).
4. Марк Б. The Merck Manual. Руководство по медицине. Диагностика и лечение. Москва: Литтерра, 2011. 3698 с.
5. Мачильская О.В. Факторы, определяющие приверженность к лечению больных артериальной гипертензией (обзор литературы) // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2016. № 3. С. 55—65. doi:10.17116/kardio20169355-65
6. Семенова О.Н., Наумова Е.А. Факторы, влияющие на приверженность к терапии: параметры ВОЗ и мнение пациентов кардиологического отделения // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2013. Т. 3. № 3. С. 507—511
7. Сирота Н.А., Московченко Д.В., Ялтонская А.В. Совладающее поведение женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. 2014. № 1(24). 10 с. URL: http://www.mprj.ru/archiv_global/2014_1_24/nomer07.php (дата обращения: 27.03.2019).
8. Хохлов А.Л., Лисенкова Л.А., Раков А.А. Анализ факторов, определяющих приверженность к анти-гипертензивной терапии [Электронный ресурс] // Качественная клиническая практика. 2003. № 4. С. 59—66. URL: https://www.clinvest.ru/jour/article/view/301?locale=ru_RU#tab1 (дата обращения: 27.03.2019).
9. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient reported barriers and facilitators / E. Mills [et al.] // PLoS Med. 2006. Vol. 3. № 11. 438 p. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030438> (дата обращения: 27.03.2019).
10. Adherence to long-term anticoagulation treatment, what is known and what the future might hold / J.K. Abdou [et al.] // British Journal of Haematology. 2016. Vol. 174. № 1. P. 30—42. doi:10.1111/bjh.14134
11. Adherence to Oral Anticoagulants in Atrial Fibrillation: An Australian Survey / K.O. Obamiro [et al.] // Journal of Cardiovascular Pharmacology and Therapeutics. 2018. Vol. 23. № 4. P. 337—343. doi:10.1177/1074248418770201
12. Baroletti S., Dell'Orfano H. Medication adherence in cardiovascular disease // Circulation. 2010. Vol. 121. 1455—1458. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.109.904003
13. Booth-Kewley S., Vickers RR Jr. Associations between major domains of personality and health behavior // Journal of Personality. 1994. № 62. P. 281—298. doi:10.4236/psych.2012.38083
14. Costa P.T., McCrae R.R. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1992. 101 p.
15. Determinants of oral anticoagulation control in new warfarin patients: analysis using data from clinical practice research datalink / A.F. MacEdo [et al.] // Thrombosis Research. 2015. Vol. 136. № 2. P. 250—260. doi:10.1016/j.thromres.2015.06.007
16. DiMatteo M. Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis // Health Psychology. 2004. Vol. 23. № 2. P. 207—218. doi:10.1037/0278-6133.23.2.207
17. Edmonds G.E., Bogg T., Roberts B.W. Are personality and behavioral measures of impulse control convergent or distinct predictors of health behaviors? // Journal of Research in Personality. 2009. Vol. 43. № 5. P. 806—814. doi:10.1016/j.jrp.2009.06.006
18. Executive Function, Working Memory, and Medication Adherence Among Older Adults / K. Inse [et al.] // The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences. 2006. Vol. 61. № 2. P. 102—107. doi:10.1093/geronb/61.2.P102
19. Factors affecting adherence to antihypertensive medication in Greece: results from a qualitative study / V. Tsiantou [et al.] // Patient Preference and Adherence. 2010. Vol. 4. P. 335—343. doi:10.2147/PPA.S12326
20. Frishman W.H. Importance of medication adherence in cardiovascular disease and the value of once-daily treatment regimens // Cardiology in Review. 2007. Vol. 15. № 5. P. 257—263. doi:10.1097/CRD.0b013e3180cabbe7
21. Grant A.B., Williams N.J., Pandi-Perumal S.R. Nonadherence to antihypertensive // Journal of Clinical Hypertension. 2017. Vol. 19. № 5. P. 540—542. doi:10.1111/jch.12990
22. Iloh G. Family Functionality, Medication Adherence and Blood Glucose Control Among Ambulatory Type 2 Diabetic Patients in a Nigerian Hospital [Электронный ресурс] // Journal of Basic and Clinical Pharmacy. 2017. Vol. 8. № 3.

- P. 149—153. URL: <https://www.jbclinpharm.org/articles/family-functionality-medication-adherence-and-blood-glucose-control-among-ambulatory-type-2-diabetic-patients-in-a-nigerianhospital.html> (дата обращения: 27.03.2019).
23. Improving Medication Adherence in Cardiometabolic Disease: Practical and Regulatory Implications / K.C. Ferdinand [et al.] // *Journal of the American College of Cardiology*. 2017. Vol. 69. № 4. P. 437—451. doi:10.1016/j.jacc.2016.11.034
24. Krueger K.P., Felkey B.G., Berger B.A. The Pharmacist's Role in Treatment Adherence. Part 4: Do Adherence Interventions Really Have An Impact? // *US Pharmacist*. 2005. Vol. 5. P. 62—66.
25. Marcum Z.A., Hanlon J.T., Murray M.D. Improving Medication Adherence and Health Outcomes in Older Adults: An Evidence-Based Review of Randomized Controlled Trials // *Drugs & Aging*. 2017. Vol. 34. № 3. P. 191—201. doi:10.1007/s40266-016-0433-7
26. Mediators of social support and antiretroviral adherence among an indigent population in New York City / J. Simoni [et al.] // *AIDS Patient Care STDS*. 2002. Vol. 16. № 9. P. 431—439. doi:10.1089/108729102760330272
27. Medication adherence in persons with cardiovascular disease / J. Dunbar-Jacob [et al.] // *The Journal of Cardiovascular Nursing*. 2003. Vol. 18. № 3. P. 209—218. doi:10.1097/00005082-200307000-00006
28. Newly detected atrial fibrillation and compliance with antithrombotic guidelines / N.L. Glazer [et al.] // *Archives of Internal Medicine*. 2007. Vol. 167. № 3. P. 246—252. doi:10.1001/archinte.167.3.246
29. Nonadherence to Antihypertensive Medication Among Hypertensive Adults in the United States — HealthStyles / X. Tong [et al.] // *Journal of Clinical Hypertension*. 2016. Vol. 18. № 9. doi:10.1111/jch.12786
30. Polypharmacy and Medication Adherence in Patients With Type 2 Diabetes / R.W. Grant [et al.] // *Diabetes Care*. 2003. Vol. 26. № 5. P. 1408—1412. doi:10.2337/diacare.26.5.1408
31. Reasons underlying non-adherence to and discontinuation of anticoagulation in secondary stroke prevention among patients with atrial fibrillation / C. Gumbinger [et al.] // *European Neurology*. 2015. Vol. 73. № 3—4. P. 184—91. doi:10.1159/000371574
32. Risk factors for medication non-adherence among atrial fibrillation patients / S.R. Reading [et al.] // *Cardiovascular Disorders*. 2019. Vol. 19. № 1. P. 1—12. doi:10.1186/s12872-019-1019-1
33. Risk factors for nonadherence to warfarin: results from the IN-RANGE study / A.B. Platt [et al.] // *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2008. Vol. 17. № 9. P. 853—860. doi:10.1002/pds.1556
34. Self-efficacy and adherence as mediating factors between personality traits and health-related quality of life / M. Axelsson [et al.] // *Quality of Life Research*. 2012. Vol. 22. № 3. P. 567—575. doi:10.1007/s11136-012-0181-z
35. The Effectiveness of Medication Adherence Interventions Among Patients With Coronary Artery Disease / J.A.D. Chase [et al.] // *The Journal of Cardiovascular Nursing*. 2016. Vol. 31. № 4. P. 357—366. doi:10.1097/jcn.0000000000000259
36. The Influence of Personality Traits on Reported Adherence to Medication in Individuals with Chronic Disease: An Epidemiological Study in West Sweden / M. Axelsson [et al.] // *PLoS One*. 2011. Vol. 6. № 3. 7 p. doi:10.1371/journal.pone.0018241
37. The psychology of patient compliance: a focused review of the literature / T.M. Umaki [et al.] // *Journal of Periodontology*. 2012. Vol. 83. № 4. P. 395—400. doi:10.1902/jop.2011.110344
38. Wiebe J.S., Christensen A.J. Patient Adherence in Chronic Illness: Personality and Coping In Context // *Journal of Personality*. 1996. Vol. 64. № 4. P. 815—835. doi:10.1111/j.1467-6494.1996.tb00945.x
39. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Электронный ресурс]. Geneva: World Health Organization. 2003. 209 p. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf> (дата обращения: 28.03.2019).
40. Wyndham C. Atrial Fibrillation: The Most Common Arrhythmia [Электронный ресурс] // *Texas Heart Institute Journal*. 2000. Vol. 27. № 3. P. 257—267. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC101077/pdf/20000900s00009p257.pdf> (дата обращения: 28.03.2019).

Socio-demographic factors of commitment to treatment in atrial fibrillation: a psychologist's view

Shepeleva E.A.,

*Candidate of Psychological Sciences, Senior Researcher, Gif Diagnostic Sector, Moscow State University
of Psychology & Education, Moscow, Russia,
e_shep@rambler.ru*

Lapteva N.M.,

*Junior Researcher, Laboratory of Psychology and Psychophysiology of Creativity Psychology,
Institute of Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia,
n.m.lapteva@mail.ru*

Mukhorina A.K.,

*Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Psychiatry and Psychosomatics,
Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education THEM, Federal State Budgetary
Institution Scientific Center for Psychic Health, Moscow, Russia,
annamukhorina@gmail.com*

Bogdanova R.S.,

*Assistant, Department of Cardiology, Functional and Ultrasound Diagnostics, Institute of Clinical Medicine,
First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov, Moscow, Russia,
drbogdanovaradmila@gmail.com*

Syrkina E.A.,

*Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Cardiology, Functional and Ultrasound Diagnostics,
Institute of Clinical Medicine, First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov, Moscow, Russia,
e_syrkina@mail.ru*

The article provides an overview of foreign and national studies of socio-demographic factors of patients' commitment to treatment in atrial fibrillation and other chronic diseases. Low adherence to treatment with long-term therapy is the main reason for the decline in treatment effectiveness. Socio-demographic predictors of commitment to treatment, such as gender, age, race, marital status, education and income, are considered. Analysis of the results of studies shows the ambiguity and frequently contradictory connection of these factors with the commitment to treatment. At the same time, adherence to treatment is studied in connection with individual-personal factors — personality traits, level of emotional intelligence, self-efficacy, motivational features. It is suggested that individual-personal and general socio-demographic factors interact and have an indirect effect on adherence to treatment in long-term therapy.

Keywords: commitment to treatment, socio-demographic factors, individual-personality predictors, individual differences, atrial fibrillation.

Funding

This work was supported by grant RFBR according to the research project № 18-00-01661 (18-00-01326).

REFERENCES

1. Kachkovskii M., Krasnoslobodskaya O. Priverzhennost' medikamentoznoi terapii bol'nykh s fibrillyatsiei predserdii [Elektronnyi resurs] [Adherence to drug therapy in patients with atrial fibrillation]. *Vestnik Rossiiskogo universiteta družby narodov. Seriya: Meditsina [Bulletin of the russian university of people's friendship. series: medicine]*, 2010, no. 4, pp. 229—233. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/priverzhennost-medikamentoznoy-terapii-bolnyh-s-fibrillyatsiey-predserdiy> (Accessed 13.09.2019). (In Russ.; Abstr. in Engl.).
2. Korobeinikova A.N., Mal'chikova S.V. Izuchenie priverzhennosti lecheniyu patsientov s fibrillyatsiei predserdii v ambulatornoi praktike [The study of adherence to treatment of patients with atrial fibrillation in outpatient practice]. *Lechashchii vrach [Therapist]*, 2017, no. 2, pp. 16—20. (In Russ.).
3. Lyubaeva E.V., Enikolopov S.N. Rol' individual'nykh psikhologicheskikh kharakteristik patsientov v formirovanii priverzhennosti terapii tuberkuleza i VICH [Elektronnyi resurs] [The role of individual psychological characteristics of patients in developing of adherence to tuberculosis and hiv therapy]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2011, no. 2, pp. 111—127. URL: http://psyjournals.ru/files/47092/mpj_2011_n2_Lubaeva_Enikolopov.pdf (Accessed 13.09.2019). (In Russ.).

4. Mark B. The Merck Manual. Rukovodstvo po meditsine. Diagnostika i lechenie [The Merck Manual. Guide to medicine. Diagnosis and treatment]. Moskva: Litterra, 2011. 3698 p. (In Russ.).
5. Machil'skaya O.V. Faktory, opredelyayushchie priverzhennost' k lecheniyu bol'nykh arterial'noi gipertenziei (obzor literatury) [Factors determining adherence to treatment of patients with arterial hypertension (literature review)]. *Kardiologiya i serdechno-sosudistaya khirurgiya [Cardiology and Cardiovascular Surgery]*, 2016, no. 3, pp. 55—65. doi:10.17116/kardio20169355-65. (In Russ.).
6. Semenova O.N., Naumova E.A. Faktory, vliyayushchie na priverzhennost' k terapii: parametry VOZ i mnenie patsientov kardiologicheskogo otdeleniya [Factors affecting adherence to therapy: WHO parameters and opinion of patients in the cardiology department]. *Byulleten' meditsinskikh Internet-konferentsii [Online Medical Conference Bulletin]*, 2013, vol. 3, no. 3, pp. 507—511. (In Russ.).
7. Sirota N.A., Moskovchenko D.V., Yaltonskaya A.V. Sovladayushchee povedenie zhenshchin s onkologicheskimi zabolevaniyami reproduktivnoi sistemy [Elektronnyi resurs] [The coping behavior of women with cancer of the reproductive system]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektronnyi nauchnyi zhurnal [Medical Psychology in Russia: an electronic scientific journal]*, 2014, vol. 1, no. 24, 10 pp. URL: http://www.mprj.ru/archiv_global/2014_1_24/nomer07.php (Accessed 27.03.2019). (In Russ.).
8. Khokhlov A.L., Lisenkova L.A., Rakov A.A. Analiz faktorov, opredelyayushchikh priverzhennost' k anti-gipertenzivnoi terapii [Elektronnyi resurs] [Analysis of factors determining adherence to anti-hypertensive therapy]. *Kachestvennaya klinicheskaya praktika [Good clinical practice]*, 2003, no. 4, pp. 59—66. URL: https://www.clinvest.ru/jour/article/view/301?locale=ru_RU#tab1 (Accessed 27.03.2019).
9. Mills E. et al. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient reported barriers and facilitators [Elektronnyi resurs]. *PLoS Med*, 2006, vol. 3, no. 11, 438 p. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030438> (Accessed 27.03.2019).
10. Abdou J.K. et al. Adherence to long-term anticoagulation treatment, what is known and what the future might hold. *British Journal of Haematology*, 2016, vol. 174, no. 1, pp. 30—42. doi:10.1111/bjh.14134
11. Obamiro K.O. et al. Adherence to Oral Anticoagulants in Atrial Fibrillation: An Australian Survey. *Journal of Cardiovascular Pharmacology and Therapeutics*, 2018, vol. 23, no. 4, pp. 337—343. doi:10.1177/1074248418770201
12. Baroletti S., Dell'Orfano H. Medication adherence in cardiovascular disease. *Circulation*, 2010, vol. 121. 1455—1458. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.109.904003.
13. Booth-Kewley S., Vickers RR Jr. Associations between major domains of personality and health behavior. *Journal of Personality*, 1994, no. 62, pp. 281—298. doi:10.4236/psych.2012.38083
14. Costa P.T., McCrae R.R. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1992. 101 p.
15. MacEdo A.F. et al. Determinants of oral anticoagulation control in new warfarin patients: analysis using data from clinical practice research datalink. *Thrombosis Research*, 2015, vol. 136, no. 2, pp. 250—260. doi:10.1016/j.thromres.2015.06.007
16. DiMatteo M. Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis. *Health Psychology*, 2004, vol. 23, no. 2, pp. 207—218. doi:10.1037/0278-6133.23.2.207
17. Edmonds G.E., Bogg T., Roberts B.W. Are personality and behavioral measures of impulse control convergent or distinct predictors of health behaviors? *Journal of Research in Personality*, 2009, vol. 43, no. 5, pp. 806—814. doi:10.1016/j.jrp.2009.06.006
18. Inse K. et al. Executive Function, Working Memory, and Medication Adherence Among Older Adults. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 2006, vol. 61, no. 2, pp. 102—107. doi:10.1093/geronb/61.2.P102
19. Tsiantou V. et al. Factors affecting adherence to antihypertensive medication in Greece: results from a qualitative study. *Patient preference and adherence*, 2010, vol. 4, pp. 335—343. doi:10.2147/PPA.S12326.
20. Frishman W.H. Importance of medication adherence in cardiovascular disease and the value of once-daily treatment regimens. *Cardiology in review*, 2007, vol. 15, no. 5, pp. 257—263. doi:10.1097/CRD.0b013e3180cabbe7
21. Grant A.B., Williams N.J., Pandi-Perumal S.R. Nonadherence to antihypertensive. *Journal of Clinical Hypertension*, 2017, vol. 19, no. 5, pp. 540—542. doi:10.1111/jch.12990
22. Iloh G. Family Functionality, Medication Adherence and Blood Glucose Control Among Ambulatory Type 2 Diabetic Patients in a Nigerian Hospital [Elektronnyi resurs]. *Journal of Basic and Clinical Pharmacy*, 2017, vol. 8, no. 3, pp. 149—153. URL: <https://www.jbclinpharm.org/articles/family-functionality-medication-adherence-and-blood-glucose-control-among-ambulatory-type-2-diabetic-patients-in-a-nigerianhospital.html> (Accessed 27.03.2019).
23. Ferdinand K.C. et al. Improving Medication Adherence in Cardiometabolic Disease: Practical and Regulatory Implications. *Journal of the American College of Cardiology*, 2017, vol. 69, no. 4, pp. 437—451. doi:10.1016/j.jacc.2016.11.034
24. Krueger K.P., Felkey B.G., Berger B.A. The Pharmacist's Role in Treatment Adherence. Part 4: Do Adherence Interventions Really Have An Impact? *US Pharmacist*, 2005, vol. 5, pp. 62—66.

25. Marcum Z.A., Hanlon J.T., Murray M.D. Improving Medication Adherence and Health Outcomes in Older Adults: An Evidence-Based Review of Randomized Controlled Trials. *Drugs & Aging*, 2017, vol. 34, no. 3, pp. 191—201. doi:10.1007/s40266-016-0433-7
26. Simoni J. et al. Mediators of social support and antiretroviral adherence among an indigent population in New York City. *AIDS Patient Care STDS*, 2002, vol. 16, no. 9, pp. 431—439. doi:10.1089/108729102760330272
27. Dunbar-Jacob J. et al. Medication adherence in persons with cardiovascular disease. *The Journal of cardiovascular nursing*, 2003, vol. 18, no. 3, pp. 209—218. doi:10.1097/00005082-200307000-00006
28. Glazer N.L. et al. Newly detected atrial fibrillation and compliance with antithrombotic guidelines. *Archives of internal medicine*, 2007, vol. 167, no. 3, pp. 246—252. doi:10.1001/archinte.167.3.246
29. Tong X. et al. Nonadherence to Antihypertensive Medication Among Hypertensive Adults in the United States — HealthStyles. *Journal of clinical hypertension*, 2016, vol. 18, no. 9. doi:10.1111/jch.12786.
30. Grant R.W. et al. Polypharmacy and Medication Adherence in Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 2003, vol. 26, no. 5, pp. 1408—1412. doi:10.2337/diacare.26.5.1408
31. Gumbinger C. et al. Reasons underlying non-adherence to and discontinuation of anticoagulation in secondary stroke prevention among patients with atrial fibrillation. *European neurology*, 2015, vol. 73, no. 3—4, pp. 184—91. doi:10.1159/000371574
32. Reading S.R. et al. Risk factors for medication non-adherence among atrial fibrillation patients. *Cardiovascular Disorders*, 2019, vol. 19, no. 1, pp. 1—12. doi:10.1186/s12872-019-1019-1
33. Platt A.B. et al. Risk factors for nonadherence to warfarin: results from the IN-RANGE study. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 2008, vol. 17, no. 9, pp. 853—860. doi:10.1002/pds.1556
34. Axelsson M. et al. Self-efficacy and adherence as mediating factors between personality traits and health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 2012, vol. 22, no. 3, pp. 567—575. doi:10.1007/s11136-012-0181-z
35. Chase J.A.D. et al. The Effectiveness of Medication Adherence Interventions Among Patients With Coronary Artery Disease. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 2016, vol. 31, no. 4, pp. 357—366. doi:10.1097/jcn.0000000000000259
36. Axelsson M. et al. The Influence of Personality Traits on Reported Adherence to Medication in Individuals with Chronic Disease: An Epidemiological Study in West Sweden. *PLoS One*, 2011, vol. 6, no. 3, 7 p. doi:10.1371/journal.pone.0018241
37. Umaki T.M. et al. The psychology of patient compliance: a focused review of the literature. *Journal of Periodontology*, 2012, vol. 83, no. 4, pp. 395—400. doi:10.1902/jop.2011.110344
38. Wiebe J.S., Christensen A.J. Patient Adherence in Chronic Illness: Personality and Coping In Context. *Journal of Personality*, 1996, vol. 64, no. 4, pp. 815—835. doi:10.1111/j.1467-6494.1996.tb00945.x
39. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Elektronnyi resurs]. Geneva: World Health Organization. 2003. 209 p. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf> (Accessed 28.03.2019).
40. Wyndham C. Atrial Fibrillation: The Most Common Arrhythmia [Elektronnyi resurs]. *Texas Heart Institute Journal*, 2000, vol. 27, no. 3, pp. 257—267. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC101077/pdf/20000900s00009p257.pdf> (Accessed 28.03.2019).