

Agnieszka Woś-Szymanowska¹,
Nadia Bryl¹, Agata Szekielda²,
Anna Posadzy-Małańczyńska¹

¹Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej,
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

²współpraca z SKN Medycyny Rodzinnej
Uniwersytetu Medycznego im. Karola
Marcinkowskiego w Poznaniu, Fundacja
Wielspin-Reha, Poznań

Czynniki psychospołeczne w profilaktyce i leczeniu chorób układu krążenia

Psychosocial factors in prevention and treatment of cardiovascular diseases

STRESZCZENIE

Choroby układu krążenia stanowią główną przyczynę zgonów w Polsce. Ich profilaktyka i leczenie są ważnym wyzwaniem, szczególnie wobec prognozowanego wzrostu odsetka zgonów z ich powodu ze względu na starzejące się społeczeństwo. Coraz więcej badań wskazuje na wagę czynników psychospołecznych w profilaktyce i leczeniu chorób układu krążenia. Nie są one jednak uwzględnione w systemie oceny ryzyka sercowo-naczyniowego SCORE. Zrealizowane dotychczas badania potwierdzają, że czynniki psychospołeczne, takie jak: niski status socjoekonomiczny, brak wsparcia społecznego, stres w pracy i w życiu rodzinnym, wrogość, lęk, depresja oraz inne zaburzenia psychiczne przyczyniają się do wzrostu ryzyka rozwoju chorób układu krążenia, a także pogarszają rokowanie chorych. Zgodnie z zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego należy rozważyć analizę czynników psychospołecznych jako danych wspomagających ocenę ryzyka sercowo-naczyniowego.

Forum Medycyny Rodzinnej 2018, tom 12, nr 2, 64–69

Słowa kluczowe: choroby układu krążenia, czynniki ryzyka, czynniki psychospołeczne, ocena ryzyka sercowo-naczyniowego

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the main cause of death in Poland. Their prevention and treatment are important challenge, especially towards predicted increase in the proportion of deaths due to cardiovascular disease because of ageing population. More and more researches indicate the importance of psychosocial factors in prevention and treatment of cardiovascular diseases. However they are not included in cardiovascular risk rating system SCORE. Studies carried out so far, confirm that psychosocial factors such as: low socioeconomic status, lack of social support, stress at work and family life, hostility, anxiety, depression, other psychological disorders, increase the risk of progression of

Adres do korespondencji:

mgr psychologii Agnieszka Woś-Szymanowska
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet
Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Przybyszewskiego 49, 60–355 Poznań
tel.: (61) 869 11 44, faks: (61) 869 11 43
e-mail: kmr@ump.edu.pl

cardiovascular disease and get worse prognosis of patients. As recommended by European Society of Cardiology, analysis of psychosocial factors should be considered, as a data enhancing cardiovascular risk rating.

Forum Medycyny Rodzinnej 2018, tom 12, nr 2, 64–69

Key words: cardiovascular diseases, risk factors, psychosocial factors, cardiovascular risk rating system

Choroby układu krążenia są główną przyczyną zgonów w Polsce, są odpowiedzialne za prawie 46% zgonów. Największy udział w tej liczbie ma choroba niedokrwienna serca, która odpowiada za 23% zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych, w tym ostry zawał serca — 8,5%. Kolejną dużą grupę stanowią choroby naczyń mózgowych, których część odpowiedzialna za zgony z przyczyn sercowo-naczyniowych sięga 18%. W związku z postępującym starzeniem się społeczeństwa, prognoza przygotowana przez Główny Urząd Statystyczny zakłada wzrost odsetka zgonów z wyżej wymienionych przyczyn do 51% w 2050 roku. Sytuacja wymaga zarówno wzmocnienia profilaktyki, jak i poprawy leczenia. W niektórych krajach Unii Europejskiej wskaźnik ten nie przekracza 30% — w 2012 roku wynosił 25% we Francji, 26% w Danii. Średnia dla Unii Europejskiej wynosiła wówczas 38%, przy wskaźniku 46% dla Polski. Wskazuje to na konieczność poprawy sytuacji w Polsce [1].

Coraz więcej badań dotyczy wpływu czynników psychospołecznych w profilaktyce i leczeniu chorób układu krążenia, choć nie są one oficjalnie ujęte w ocenie ryzyka sercowo-naczyniowego. W najnowszych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC, *European Society of Cardiology*) dotyczących prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego w praktyce klinicznej znalazło się zalecenie, aby uwzględnić analizę czynników psychospołecznych [2]. Można skorzystać w tym celu ze standaryzowanych narzędzi lub włączyć pytania dotyczące tych czynników do wywiadu lekarskiego. Zdaniem ekspertów ESC kluczowe **czynniki psychospołeczne**

mające wpływ na zdarzenia sercowo-naczyniowe to: niski status socjoekonomiczny, brak wsparcia społecznego, stres w pracy i w życiu rodzinnym, wrogość, lęk, depresja oraz inne zaburzenia psychiczne (tab. 1).

ZNACZENIE CZYNNIKÓW PSYCHOSPÓŁECZNYCH W KONTEKŚCIE CHOROÓB UKŁADU KRĄŻENIA

Status socjoekonomiczny ma istotny związek z podwyższonym ryzykiem wystąpienia chorób układu krążenia w krajach rozwiniętych cywilizacyjnie, do których zalicza się także Polska. Dotyczy to szczególnie poziomu wykształcenia oraz poziomu dochodów — ich wzrost koreluje ze spadkiem ryzyka wystąpienia choroby wieńcowej. Jest to wyjaśniane z uwzględnieniem aspektu behawioralnego, związanego z zachowaniami prozdrowotnymi, zależącymi od statusu społecznego, a także patofizjologicznego, związanego z przewlekłym stresem psychospołecznym, którego doświadczają osoby o niskim statusie społeczno-ekonomicznym [3]. Proponowane przez ESC **pytania, które lekarz może włączyć do wywiadu, obejmują poziom wykształcenia i rodzaj aktywności zawodowej** [2].

Wsparcie społeczne może być definiowane w różny sposób. Na potrzeby oceny tego aspektu w kontekście czynników ryzyka chorób układu krążenia nacisk kładzie się na stan cywilny oraz rozmiar sieci społecznej — liczbę kontaktów społecznych. Wyniki badań są jednoznaczne [4]. Wykazano między innymi, że:

- mała liczba kontaktów społecznych 2–3 razy zwiększa ryzyko zachorowalności na chorobę wieńcową;

Tabela 1

Psychospołeczne czynniki ryzyka według Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego [2]

Status socjoekonomiczny	Niski poziom edukacji (edukacja równa lub niższa minimalnej edukacji wymaganej w danym kraju), niskie dochody, praca o niskim statusie, życie na obszarze cechującym się niskimi dochodami
Wsparcie społeczne	Samotność — mała liczba kontaktów społecznych, brak bliskich relacji
Stres w pracy i w życiu rodzinnym	Przewlekły stres w pracy (częste nadgodziny, intensywna praca, duże obciążenie psychiczne, niesprawiedliwe traktowanie); duże natężenie stresujących wydarzeń; narażenie na katastrofy naturalne; stresory indywidualne skutkujące gwałtownymi, silnymi, negatywnymi emocjami
Wrogość	Brak zaufania do innych, doświadczanie wściekłości i gniewu, skłonność do tworzenia relacji cechujących się agresją i niedostosowaniem społecznym
Depresja	Depresja kliniczna lub symptomy depresji
Lęk	Napady lękowe, nadmierne zamartwianie się
Inne zaburzenia psychiczne	Schizofrenia, zespół stresu pourazowego i inne

- samotność jest jednym z istotnych czynników wpływających na wystąpienie zawału serca i śmierci sercowej u kobiet;
- ryzyko wystąpienia kolejnych incydentów sercowych u chorych po przebytych zawałach serca, którzy mają niski poziom wsparcia emocjonalnego, wzrasta 3-krotnie;
- brak partnera życiowego 3-krotnie zwiększa ryzyko zgonu u pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą wieńcową.

Autorzy artykułu przeglądowego [4] zestawili 15 badań dotyczących zależności między wsparciem społecznym a wzrostem ryzyka incydentów sercowo-naczyniowych, w których wykazano istotny statystycznie wpływ tego czynnika na wzrost ryzyka związanego ze zgonem w wyniku incydentów sercowo-naczyniowych, zawałem serca lub chorobą wieńcową. Proponowane przez ESC **pytania, które lekarz może włączyć do wywiadu, dotyczą tego czy pacjent mieszka sam czy z rodziną, czy ma przyjaciela, czy stracił w ostatnim czasie bliską osobę** [2].

Stres w pracy i w życiu rodzinnym ma istotny wpływ na profilaktykę i leczenie chorób układu krążenia, co potwierdza znaczna ilość badań [4]. Badania dowiodły między innymi, że:

- wysoki poziom stresu w pracy 4-krotnie podnosi ryzyko śmierci z powodów sercowo-naczyniowych;

- wysoki poziom stresu w życiu zawodowym i rodzinnym 5-krotnie zwiększa ryzyko zachorowania na chorobę wieńcową u kobiet;
- znaczne natężenie stresujących wydarzeń (tzw. stres podostry) jest powiązane z wystąpieniem zawału lub nagłej śmierci sercowej w ciągu kilku miesięcy;
- po śmierci bliskiej osoby (tzw. stres ostry) ryzyko zgonu z powodów sercowo-naczyniowych wzrasta 2-krotnie u mężczyzn i 3-krotnie u kobiet;
- efektem przewlekłego i podostrego stresu są wzrost ciśnienia tętniczego i aktywacja neurohumoralna;
- ostry stres wpływa na układ współczulny, powodując zaburzenia prowadzące do rozwoju miażdżycy i jej powikłań.

W badaniu INTERHEART, które objęło 25 000 osób w 52 krajach, potwierdzono wpływ stresu na wzrost ryzyka chorób układu krążenia [4]. Wyniki niektórych badań są sprzeczne i aspekt ten wymaga nadal szerszej analizy, jednak dowiedziono, że stres istotnie wpływa na wzrost ryzyka chorób układu krążenia i warto, aby był brany pod uwagę. Proponowane przez ESC **pytania, które lekarz może włączyć do wywiadu, dotyczą stresujących aspektów pracy zawodowej**

oraz stresu związanego z sytuacją rodzinną i osobistą [2].

Wrogość jest uważana za jeden z psychospołecznych czynników ryzyka. Jest „cechą osobowości charakteryzującą się intensywnym doświadczeniem niedowierzania, wściekłości i gniewu oraz tendencją do angażowania się w agresywne, niedostosowane społecznie związki” [4]. Osoby, które cechuje wrogość mogą między innymi uważać, że ludziom nie można ufać, nikt nie dba o to, co się z nimi dzieje, przyjaciele liczą tylko na jakieś korzyści. Metaanaliza 45 badań naukowych wykazała, że wrogość ma związek ze wzrostem zarówno zachorowalności, jak i śmiertelności. Udowodniono między innymi, że:

- u mężczyzn z wysokim ryzykiem chorób układu krążenia, którzy jednocześnie mają wysoki poziom wrogości, istnieje wyższe prawdopodobieństwo śmierci w efekcie incydentu sercowo-naczyniowego;
- wzrost o 1 punkt na skali wrogości powoduje wzrost ryzyka incydentu sercowo-naczyniowego o 6%, a w badaniu *follow up* wykonanym po 7 latach wykazano, że mężczyźni z poziomem wrogości zidentyfikowanym jako wysoki 2,5 razy częściej doświadczyli incydentów wieńcowych niż mężczyźni o niskim poziomie;
- wrogość jest skorelowana zarówno ze wzrostem ryzyka zawału serca, jak i ze śmiercią w wyniku chorób układu krążenia w perspektywie 9 lat;
- osoby osiągające wysoki wynik wrogości oraz presji czasu mają o 80% wyższe ryzyko wystąpienia nadciśnienia w perspektywie 15 lat [5].

Proponowane przez ESC **pytania, które lekarz może włączyć do wywiadu, dotyczą tego czy pacjent często czuje się rozgniewany drobiazgami lub zirytowany zachowaniem innych** [2].

Depresja i jej powiązania z chorobami układu krążenia zostały dobrze zbadane. Badania wykazują między innymi, że

- afekt depresyjny zwiększa o 50–60% prawdopodobieństwo wystąpienia choroby niedokrwiennej serca w ciągu 12 lat;
- zdiagnozowana depresja jest skorelowana z 4,5 razy częstszym występowaniem zawału serca, a dysforia z 2,7 razy częstszym;
- występujące symptomy depresyjne podnoszą o 70% ryzyko wystąpienia choroby wieńcowej, a u mężczyzn ponad dwukrotnie zwiększają ryzyko śmierci w jej następstwie w perspektywie 10 lat;
- symptomy depresji u kobiet są powiązane z 1,5 razy wyższym ryzykiem śmierci z powodów naczyniowych;
- depresja jest powiązana ze wzrostem ryzyka wylewu, śmiertelnością wylewu oraz nadciśnieniem [5].

Eksperti zalecają, aby zwrócić uwagę nie tylko na zdiagnozowaną depresję, ale także na objawy depresyjne, takie jak poczucie bezradności. Proponowane przez ESC **pytania, które lekarz może włączyć do wywiadu, dotyczą tego czy pacjent często czuje się przygnębiony, czy stracił radość życia** [2].

Zaburzenia lękowe uważane są za niejednoznaczny czynnik ryzyka chorób układu krążenia — wyniki badań wykazują rozbieżne dane. Przegląd badań wskazuje na silną korelację w grupie mężczyzn, słabą w grupie kobiet. Wykazano między innymi, że:

- mężczyźni o wysokim poziomie lęku mają blisko 4-krotnie podwyższone ryzyko śmierci w wyniku choroby wieńcowej w perspektywie 10 lat;
- mężczyźni z odnotowanymi przynajmniej 2 objawami zaburzeń lękowych mają podwyższone ryzyko śmierci w wyniku incydentu sercowo-naczyniowego;
- u mężczyzn, którzy deklarowali zamartwianie się 2 razy wzrastało ryzyko zawału serca bez skutków śmiertelnych;
- u niepracujących kobiet występujące objawy zaburzeń lękowych są powiązane ze znacznie podwyższonym ryzykiem wystąpienia zawału i śmierci z przyczyn sercowo-naczyniowych w perspektywie

20 lat, wskaźnik ten nie dotyczy kobiet pracujących [5];

- zaburzenia lękowe występują 2 razy częściej u osób z chorobami układu krążenia [6].

Proponowane przez ESC **pytania, które lekarz może włączyć do wywiadu, dotyczą tego czy pacjent doświadcza napadów lęku lub często i nadmiernie zamartwia się, tracąc nad tym kontrolę** [2].

Liczne badania dotyczą różnych zaburzeń powiązanych ze wzrostem ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. U osób z chorobami układu krążenia wykazano między innymi:

- 2 razy częstsze występowanie zaburzeń nastroju;
- 1,5 razy częstsze nadużywanie alkoholu lub uzależnienie od alkoholu [6].

Obszerna analiza zrealizowanych badań [7] wskazuje na znaczny wzrost ryzyka chorób układu krążenia w różnych podtypach depresji, chorobie afektywnej dwubiegunowej, schizofrenii i niektórych zaburzeniach psychicznych, między innymi manii, a także w grupie pacjentów zażywających leki normotymiczne. Możliwe wyjaśnienia obejmują czynniki behawioralne powiązane z zaburzeniami psychicznymi (obniżona aktywność fizyczna, tendencja do palenia papierosów i niezdrowego stylu odżywiania się), a także wpływ leków. Wiele badań jest niejednoznacznych i wymaga dalszej analizy [7]. Proponowane przez ESC **pytania, które lekarz może włączyć do wywiadu dotyczą tego czy pacjent ma zdiagnozowane zaburzenia psychiczne** [2].

ZALECENIA DLA LEKARZY

Wyniki badań wykazały, że włączenie interwencji psychospołecznych jest ważnym czynnikiem wsparcia osób z chorobą wieńcową oraz osób po przebytych zawałach serca. Kluczowe wydaje się dopasowanie działań do indywidualnych potrzeb pacjentów [4]. Zalecenia ekspertów sformułowane na podstawie zweryfikowanego piśmiennictwa obejmują:

1. edukację zdrowotną i wsparcie psychologiczne pacjentów, u których zdiagnozowano choroby układu krążenia i jednocześnie zidentyfikowane zostały wymienione wyżej czynniki psychospołeczne;
2. rozważenie skierowania pacjenta na psychoterapię, farmakoterapię lub terapię łączoną w przypadku rozpoznania depresji, wrogości lub lęku;
3. rozważenie wsparcia pacjenta w poprawie czynników psychospołecznych, aby zapobiegać chorobie wieńcowej, jeśli są one zaburzeniami możliwymi do zdiagnozowania (np. depresja) lub gdy udowodniony jest ich negatywny wpływ na klasyczne czynniki ryzyka.

Szczególny nacisk położono na empatyczną komunikację z pacjentem, która umożliwia zbudowanie relacji opartej na zaufaniu, a także stanowi dla pacjenta wsparcie emocjonalne oraz źródło wskazówek dotyczących postępowania z psychospołecznymi aspektami jego funkcjonowania (tab. 2).

INNY PUNKT WIDZENIA

Wykazano, że pozytywny afekt u pacjenta chroni przed 10-letnim incydentem sercowo-naczyniowym [8]. W związku z tym zalecana jest praca nad rozwijaniem pozytywnego nastawienia u wszystkich pacjentów. Jak sprawdzić, czy pacjent ma takie nastawienie? Zaobserwować czy się uśmiecha, doświadcza przyjemności na co dzień, cieszy pewnymi aspektami swojego życia. **Ocena występowania pozytywnych emocji może uzupełnić wywiad pod kątem czynników psychospołecznych**, a włączenie edukacji związanej z pielęgowaniem pozytywnego nastawienia poprzez między innymi rozwój hobby i innych radosnych dla pacjenta aktywności może być wsparciem w profilaktyce chorób układu krążenia.

Rośnie liczba badań dotyczących czynników psychospołecznych w aspekcie ryzyka chorób układu krążenia. Cześć hipotez wymaga zweryfikowania, jednak ten aspekt

Tabela 2

Empatyczne wsparcie pacjenta według Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego [2]

Poświęć pacjentowi odpowiednią ilość czasu, słuchaj uważnie, powtarzaj kluczowe słowa, podsumuj istotne aspekty konsultacji
Uwzględnij aspekt wieku i płci — dopasuj sposób komunikacji i kontaktu do tych czynników
Daj pacjentowi przestrzeń na omówienie emocji i ograniczeń psychospołecznych, zachęć do ich wyrażenia
Wyjaśnij kluczowe kwestie medyczne w sposób zrozumiały dla pacjenta
Wzmacniaj myślenie i działania adaptacyjne, pomóż pacjentowi uwolnić się od poczucia winy, pokaż opcje działania
Ustal z pacjentem metody diagnostyki, leczenia oraz plan działania, jeśli stwierdzisz występowanie problemów psychicznych
Proponuj regularne wizyty kontrolne

niewątpliwie ma wpływ na profilaktykę i rokowania. Wobec tych doniesień ważne jest, aby

lekarz uwzględniał także czynniki psychospołeczne u swoich pacjentów.

PIŚMIENNICTWO

1. Cierniak-Piotrowska M, Marciniak G, Stańczak J. Statystyka zgonów i umieralności z powodu chorób układu krążenia. In: Strzelecki Z, Szyborski J. ed. Zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia a sytuacja demograficzna Polski. Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2015: 157–170.
2. Piepoli M, Hoes A, Agewall S, et al. Wytyczne ESC dotyczące prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego w praktyce klinicznej w 2016 roku. *Kardiologia Polska*. 2016; 74(9): 821–936, doi: [10.5603/kp.2016.0120](https://doi.org/10.5603/kp.2016.0120).
3. Skrzypek M. Psychospołeczne uwarunkowania ryzyka choroby wieńcowej w świetle ustaleń grupy badawczej Statuskonferenz Psychokardiologie. W stronę kardiologii behawioralnej opartej na faktach. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2008; 89(3): 316–321.
4. Pakalska-Korcala A, Zdrojewski T, Piwoński J, et al. Stres i niskie wsparcie społeczne jako psychospołeczne czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. *Kardiologia Polska*. 2006; 64: 80–86.
5. Everson-Rose SA, Lewis TT. Psychosocial factors and cardiovascular diseases. *Annu Rev Public Health*. 2005; 26: 469–500, doi: [10.1146/annurev.publ-health.26.021304.144542](https://doi.org/10.1146/annurev.publ-health.26.021304.144542), indexed in Pubmed: [15760298](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15760298/).
6. Scott KM, Von Korff M, Alonso J, et al. Mental disorders among persons with heart disease - results from World Mental Health surveys. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007; 29(4): 325–334, doi: [10.1016/j.genhosppsych.2007.03.009](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.03.009), indexed in Pubmed: [17591509](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17591509/).
7. Correll CU, Solmi M, Veronese N, et al. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry*. 2017; 16(2): 163–180, doi: [10.1002/wps.20420](https://doi.org/10.1002/wps.20420), indexed in Pubmed: [28498599](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28498599/).
8. Davidson KW, Mostofsky E, Whang W. Don't worry, be happy; positive affect and reduced 10-year incident coronary heart disease: the Canadian Nova Scotia Health Survey. *Eur Heart J*. 2010; 31(9): 1065–1070, doi: [10.1093/eurheartj/ehp603](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehp603), indexed in Pubmed: [20164244](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20164244/).