

Psychologiczne aspekty chorób kardiologicznych

Ewelina M Monasterska¹, Oliwia Beck²

¹ Zakład Polityki Zdrowotnej i zabezpieczenia Społecznego im L. Rydygiera Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu

² Katedra i Klinika Geriatrii, Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu

Monasterska EM, Beck O. Psychologiczne aspekty chorób kardiologicznych. Med. Og Nauk Zdr. 2014; 20(2): 141–144.

Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. Na całym świecie jedną z głównych przyczyn zgonów i utraty zdrowia są schorzenia układu krążenia. W Polsce na zawał serca zapada co roku około 100 tysięcy osób. Od wielu lat zapadalność na choroby serca dominuje nie tylko w krajach wysoko uprzemysłowionych. W Europie, pomimo skutecznego leczenia i profilaktyki, nadal najczęstszą przyczyną zgonów są choroby układu krążenia. Celem tej pracy jest przedstawienie psychologicznych czynników predysponujących do chorób układu krążenia oraz analiza badań dotyczących stresu oraz wzoru zachowania A.

Opis stanu wiedzy. Najważniejszymi psychologicznymi aspektami predysponującymi do zachorowania na choroby serca są stres oraz wzór zachowania A. Badani potwierdzają, że te czynniki odgrywają dużą rolę w schorzeniach kardiologicznych.

Podsumowanie. Bardzo istotna jest świadomość wpływu tych czynników na nasze zdrowie.

Szczególnie ważne jest to w psychoprofilaktyce schorzeń kardiologicznych.

Słowa kluczowe

choroba układu krążenia, stres, wzór zachowania A, psychoprofilaktyka

WPROWADZENIE I CEL PRACY

Na całym świecie jedną z głównych przyczyn zgonów i utraty zdrowia są schorzenia układu krążenia. Od wielu lat zapadalność na choroby serca dominuje szczególnie w krajach wysoko uprzemysłowionych. W Polsce na zawał serca zapada co roku około 100 tysięcy osób [1]. Pomimo zanotowanego w 1991 roku spadku zgonów z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, nadal utrzymujemy się w czołówce krajów dotkniętych tym schorzeniem. W 2003 roku liczba zgonów w Polsce była co prawda o ponad 40 000 mniejsza niż w 1992 roku, ale to i tak za mało, by mówić o zażegnaniu epidemii chorób układu krążenia [2].

Natomiast w 2010 roku 46% zgonów to następstwa schorzeń kardiologicznych [3]. Pomimo skutecznego leczenia i profilaktyki choroby układu krążenia są nadal ważnym problemem w Polsce w aspekcie medycznym, społecznym i ekonomicznym [4].

Już w latach 40-tych minionej wieku, badania prowadzone w Stanach Zjednoczonych wykazały, iż nie tylko czynniki biologiczne, ale też psychologiczne mają wpływ na schorzenie. W Polsce w 1961 roku po raz pierwszy powołano pracownię psychologiczną w Instytucie Kardiologii w Warszawie. Założycielem był profesor Zdzisław Askanas [5]. W tamtych latach było to innowacyjne przedsięwzięcie (psychologia behawioralna pojawiła się dopiero w 1977 roku). Jednakże był to „kamień milowy” w polskiej psychologii zdrowia (aż 8 prac dotyczących psychologicznych aspektów chorób serca zostało opublikowanych w USA w 1979 roku) [5]. Wynikało z nich, że głównymi czynnikami predysponującym do schorzeń serca są stres oraz charakterystyczny styl życia pacjentów kardiologicznych zwany wzorem zachowania A (WZA) [5].

Współczesny człowiek jest coraz częściej narażony na sytuacje stresowe. Stres jest związany głównie z pracą zawodową,

niską pozycją socjoeconomiczną oraz brakiem wsparcia społecznego. Liczne badania w obszarze kardiologii behawioralnej potwierdzają związek stresu ze wzrostem ciśnienia tętniczego krwi, stężenia cholesterolu i wolnych kwasów tłuszczowych. Bardzo trudno jest unikać sytuacji stresowych w życiu codziennym [9]. Można natomiast modyfikować zachowania zdrowotne. Istotną rolę odgrywa tu psychoprofilaktyka chorób układu krążenia.

Celem tej pracy jest przedstawienie najważniejszych psychologicznych aspektów chorób układu krążenia oraz analiza badań dotyczących radzenia sobie ze stresem i stylu życia pacjentów kardiologicznych.

OPIS STANU WIEDZY

Radzenie sobie ze stresem i wzór zachowania A w teorii

Poznawcza koncepcja stresu i radzenia sobie z nim jest najbardziej znaną teorią w badaniach psychologicznych w kardiologii. Jej twórcą – Richard Lazarus z Uniwersytetu Kalifornijskiego w Berkeley – jest nadal najwybitniejszym autorytetem w tej dziedzinie. Lazarus uważa, że stres to: „określona relacja pomiędzy osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczającą jej zasoby i zagrażającą jej dobrostanowi” [6]. Istotne jest, że sama jednostka subiektywnie ocenia znaczenie tej relacji (w trzech kategoriach: niemająca znaczenia, sprzyjająco-pozytywna albo stresowa) [6].

W ocenie pierwotnej taka transakcja stresowa może być ujmowana jako krzywdą bądź stratą, zagrożenie lub wyzwanie. Utrata wartościowych obiektów, samooceny lub bliskiej osoby wiąże się z poczuciem krzywdy/straty. Zagrożenie wiąże się z ewentualnymi stratami, jakie może dopiero poniść dana osoba. Natomiast wyzwanie dotyczy sytuacji, kiedy jednostka może odnieść zarówno straty, jak i korzyści. Jeżeli osoba uzna (w wyniku oceny pierwotnej) sytuację za stresową zapoczątkuje proces poznawczy, tzw. ocenę wtórną,

Adres do korespondencji: Ewelina Monasterska, ul. Sandomierska 16, 85-830 Bydgoszcz, Polska
e-mail: ewelinamonasterska@gmail.com

Nadesłano: 14 kwietnia 2013 roku; Zaakceptowano do druku: 3 lutego 2014 roku

czyli ocenę możliwości podjęcia działania usunięcia przyczyny stresu [6].

Natomiast radzenie sobie ze stresem jest definiowane jako: „trwała osobowościowa dyspozycja do określonego zmagania się z różnymi sytuacjami stresowymi” [7]. Określenie radzenia sobie ze stresem pojawiło się już w latach 60. Richard Lazarus nadał temu pojęciu szerszy zakres: „stałe zmieniające się poznańcze i behawioralne wysiłki mające na celu uporanie się z określonymi zewnętrznymi i wewnętrznymi wymaganiami, ocenianymi przez osobę jako obciążenia lub przekraczające jej zasoby”. W tym ujęciu radzenie sobie jest ciągiem podejmowanych różnych wysiłków mających na celu usunięcie sytuacji stresowej [7].

Kolejną właściwością psychologiczną predysponującą do powstania choroby niedokrwiennej serca jest wzór zachowania A. Według autorów WZA (Jenkins i współpracownicy) definicja brzmi następująco: „WZA jest to zespół otwartego zachowania lub styl życia charakteryzujący się tendencją do rywalizacji, walką o osiągnięcia, agresywnością (czasami silnie tłumioną), pośpiechem, niecierpliwością, pobudliwością, nadmierną czujnością, wybuchowym sposobem mówienia, napięciem mięśni twarzy, poczuciem presji czasu i nadmiernej odpowodzialności.” [8]. W późniejszym czasie przyjęto się określenie „osobowość wieńcowa” albo „osobowość typu A”. Jednakże Wrześniowski uważa, że nie należy tak tego nazywać, bowiem WZA nie jest profilem osobowości, lecz pewnym zbiorem reakcji [8]. Obejmuje on elementy osobowości jednostki, także behawioralne, ale zawsze związane z określona sytuacją. WZA rozumiany jest jako styl życia, czyli: „...sposób bycia wynikający z wzajemnego oddziaływania człowieka i warunków, w jakich żyje, oraz indywidualnych wzorców zachowania, które zostały określone przez czynniki społeczno – kulturowe i osobiste cechy charakteru” [8]. Jest to ostateczna definicja przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia.

Liczne badania dowiodły, iż osoby z WZA przejawiają silne reakcje psychofizjologiczne [8]. Człowiek ze wzorem zachowania A nie potrafi odpoczywać, nie ma zwyczaju się relaksować. Głównym sposobem na obniżenie napięcia psychofizycznego są środki aktywizujące, np. alkohol, paperysy, inne substancje psychoaktywne. Redukcję napięcia służy też regularne objadanie się [8]. Osoby z WZA wykazują charakterystyczną tendencję do prób osiągania całkowitej kontroli nad zdarzeniami. Widoczne jest to we wszystkich rolach, jakie pełni jednostka. Poprzez właśnie dominację, agresywność i wrogłość dochodzi do wielu konfliktów interpersonalnych. Jednostka chce mieć wpływ na wszystko, co się wokół niej dzieje. Jest to niewątpliwie bardzo trudne dla najbliższych z jej otoczenia. Przez to naraża się na złość, niechęć innych ludzi wobec niej [7]. Bardzo często spostrzega sytuację stresową jako zagrożenie.

Radzenie sobie ze stresem i wzór zachowania A – przegląd badań

Na początku lat pięćdziesiątych dwaj słynni kardiologrzy: Friedman i Rosenman zapoczątkowali nurt badań dotyczących zachowań osób chorych na niewydolność serca. Inspiracją do rozpoczęcia naukowych poczynań była pewna historia. Dotyczy ona tapicera, który naprawiał krzesła w gabinecie lekarskim, „anegdota mówi, że tapicer spostrzegł, iż bardziej wytarte są brzegi poduszki krzesła z jednej strony. Ta informacja zwróciła ich uwagę na sposób zachowania i pozycję ciała, w jakiej siadają ich pacjenci, oraz ich związek

z rozpoznaniem choroby wieńcowej” [5]. Kardiologzy Friedman i Rosenman postanowili to zbadać. Wysłali kwestionariusze do 100 osób po zawale serca i 75 ankiet do lekarzy kardiologów, prowadzących tych pacjentów. Odpowiedzi w kwestionariuszu dotyczyły zachowań chorych. W większości przypadków potwierdziły obserwacje autorów badania. Rosenman i Friedman postanowili kontynuować te badania w programie prospektywnym. Do swoich badań (1960–61rok) zakwalifikowali 3524 zdrowych mężczyzn [5]. Po uprzednich badaniach medycznych, autorzy przeprowadzali z wszystkimi mężczyznami wywiad (równocześnie nagrywali go na kasetę). Pytania dotyczyły głównie życia zawodowego, czasu pracy, sposobu jej realizacji, roli presji czasu, osiągnięć zawodowych oraz życiowych nawyków [5]. W czasie wywiadu zwracano uwagę na sposób mówienia, gestykulację i inne zachowania mężczyzn. Po dwóch latach od przeprowadzonego przez kardiologów badania, u 70% osób pojawiły się symptomy choroby serca. Z grona badanych aż 77% mężczyzn można było zakwalifikować do wzoru zachowania A. W grupie 50–59-letnich osób wskaźnik był nieco niższy. Po kilku latach od rozpoczęcia badania zmarło z grupy badawczej 82 mężczyzn. Osoby, które były uprzednio zakwalifikowane do WZA, posiadały bardziej zaawansowane zmiany miażdżycowe niż inne osoby badane. Badani nie potrafili sobie poradzić w sytuacji stresowej. Prawdopodobnie traktowali ją jako zagrożenie, którym jest utrata zdrowia bądź życia [5].

Interesującym przykładem aktualnego badania dotyczącego radzenia sobie ze stresem i WZA jest praca B. Bętkowskiej-Korpały [8]. Grupą badawczą było 88 mężczyzn przebywających w Klinice Kardiologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. U wszystkich pacjentów zdiagnoszowano uprzednio chorobę naczyń serca. Warunkiem zakwalifikowania osoby do badania psychologicznego był wykonany zabieg przezskórnej angioplastyki tętnic wieńcowych (PTCA). Chorzy znajdowali się w przedziale wiekowym od 32. do 65. roku życia. Badani to osoby z wykształceniem zawodowym (25%), średnim (35%), i wyższym (40%) [7]. Badanie za pomocą kwestionariuszy było przeprowadzone w dwóch etapach. Pierwszy oceniał funkcjonowanie pacjenta przed zabiegiem. Drugi był przeprowadzany po 5–6 miesiącach od wykonanego zabiegu PTCA. W pierwszym i drugim etapie zastosowano polską adaptację *The Jenkins Activity Survey for Health Prediction* (JAS), formularz C (Wrześniowski, 1990) [8]. Głównym założeniem badania było porównanie wartości czynnika WZA w okresie przed PTCA i po zabiegu między grupami z różnym efektem leczenia. Następnym założeniem było określenie korelacji pomiędzy czynnikami WZA w grupie osób z restenozą i bez restenozy (niekorzystny efekt leczenia PTCA) [8].

Na początku porównano wartości czynników WZA w okresie przed zabiegiem i po nim. Okazało się, iż w I etapie u chorych, u których wystąpiła restenoza, pojawiły się skłonności do niecierpliwości, irytacji lub większej dynamiki zachowania. Stres, który towarzyszył chorym, był znacznie wyższy niż wśród innych badanych. Takie cechy praktycznie nie występowały (lub występowały w mniejszym stopniu) u osób, u których zabieg był zadawalający. U chorych z restenozą był wyższy wskaźnik WZA [8].

Poza tym restenoza występowała u osób, których praca wymagała szybkiego działania. Zauważono także, iż u chorych, którzy bardzo zaangażowali się w pracę zawodową od razu po zabiegu, doszło do niesatyfakcyjnych skutków PTCA.

Tak silne zaangażowanie w pracę można interpretować jako kompensację. Osoby z WZA nie potrafią zrezygnować z osiągnięć zawodowych, wykazują dużą potrzebę dominacji i kontroli [8]. Przypuszczalnie ta grupa badanych doświadcza stresujących, sytuacji, jako zagrożenia. Potencjalna utrata zaintywywołuje w nich lęk, który potęguje odczuwanie stresu.

Kolejną pracą ukazującą związek pomiędzy czynnikami psychologicznymi a schorzeniami sercowo-naczyniowymi jest badanie G. Nowickiego, B. Ślusarskiej, T.B. Kulik, M. Goniewicza. Ankiety przeprowadzono w 2008 roku w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Lublinie [9]. Przebadano 150 osób pracujących w wieku 22–62 lat. Użyto kwestionariusza typu A Framingham, który miał na celu ocenić 2 cechy charakterystyczne dla WZA – pośpiech i rywalizację. To narzędzie badawcze składa się z 10 stwierdzeń (5 pierwszych dotyczy cech i wartości typowych dla osoby z WZA, kolejne 4 stwierdzenia – odczuć pod koniec przeciętnego dnia, ostatnie – presji czasu) [9]. Kwestionariusz ujmuje ocenę charakterystycznych cech jednostki z WZA, m.in. poczucie presji czasu, możliwość sprostania rywalizacji, potrzebę bycia doskonałym oraz szybkość spożywania posiłków. Badane są też odczucia osoby pod koniec przeciętnego dnia pracy związane głównie z pracą oraz z wysiłkiem jej towarzyszącym. [9].

Wyniki badań wskazują, że osoby badane charakteryzowały nasilone cechy typowe dla wzoru zachowania typu A. Najwyższym wynikiem był pośpiech. Średnie wyniki pomiaru WZA nie wykazują znaczących różnic między płcią. Jedynym czynnikiem różniącym kobiety od mężczyzn jest rywalizacja. Występuje znacznie częściej u panów oraz w grupie wiekowej 31–40 lat. Badania też wykazały, że osoby żyjące w mieście częściej charakteryzuje życie w pośpiechu niż osoby ze wsi. Jest to cecha, która dominuje u większości badanych [9].

W pracy Malinowskiej – Lipień i wsp. osoby hospitalizowane z powodu choroby niedokrwiennej serca lub miażdżycy kończyn dolnych zostały poproszone o wypełnienie Skali Stresu Cohena. Narządzie miało ocenić stopień, w jakim doświadczenie sytuacji było odczuwane jako stresujące. W tym badaniu aż 78% osób chorych prezentowało wysoki wynik stresu. [9]. Natomiast badanie Chandole i wsp. wykazało, że największy stres odczuwają osoby w grupie wiekowej 37–49 lat [9]. Sytuacje stresowe przyczyniają się do wzrostu skurczowego i rozkurczowego ciśnienia krwi. Podczas stresu pacjenci często zapominają o prawidłowych zachowaniach zdrowotnych [10].

W profilaktyce chorób układu krążenia niezwykle istotna jest prewencja pierwotna. Jednakże ona wymaga pozytywnego nastawienia do wprowadzenia prozdrowotnych zachowań w życie. Aby zmienić styl życia człowieka, najpierw trzeba zmotywować go do zmiany sposobu myślenia [10].

PODSUMOWANIE

Badania wykazują, że, stres i wzór zachowania A są czynnikami powiązanymi z chorobami serca. Okazało się, że wielu pacjentów kardiologicznych wykazuje cechy wzoru zachowania A. Taki styl życia sprzyja chorobom serca. Stres jest jednym z głównych czynników psychologicznych przyczyniających się do powstania i nasilenia choroby [6]. Wiedza, jak radzić sobie z trudną, stresującą sytuacją, może być ważna w psychoprofilaktyce.

Współczesna psychologia włącza się w różne obszary medycyny. Chorzy często tracą równowagę życiową, wolę walki. Nie chcą współpracować z personelem medycznym [10]. Chorzy przeżywają szok emocjonalny i silny stres. Nie umieją sobie z nim poradzić. Boją się przyszłości i nie wierzą, że mogą zmienić swoje dotychczasowe życie. Pomimo choroby nie przestrzegają zaleceń lekarskich. Zatem bardzo istotnym elementem terapeutycznym jest współpraca z psychologiem [10].

W XXI wieku choroby cywilizacyjne są główną przyczyną hospitalizacji pacjentów [11]. Psychologia ma szansę pomóc w tym procesie leczenia. Niewątpliwie taka interwencja może być potrzebna na każdym etapie hospitalizacji pacjenta. Pomoc psychologiczna ma też na celu uświadomienie pacjenta i przekonanie do możliwości wpływania na własne zdrowie oraz modyfikowania swoich zachowań zdrowotnych [11].

PIŚMIENNICTWO

1. Wrześniowski K. W: K. Wrześniowski, D. Włodarczyk, (red.), Choroba niedokrwienienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania. Gdańsk; Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004: 15–18.
2. Sinkiewicz W, Bujak R. Profilaktyka w chorobie wieńcowej. W: J. Kubica, W. Sinkiewicz, (red.), Chory po zawale serca. Gdańsk: Via Medica; 2008: 33–34.
3. Mały rocznik statystyczny Polski 2012. Warszawa, Zakład Wydawnictw Statystycznych; 2012
4. Kubica J, Poloński L, Gierlotka M, Sinkiewicz W. Zawał serca – epidemiologia. W: J. Kubica, W. Sinkiewicz (red.), Chory po zawale serca. Gdańsk: Via Medica; 2008; 1–5.
5. Wrześniowski K. Psychologiczne problemy chorych ze zawałem serca. PZWL, Warszawa 1986: 147.
6. Heszen I, Sęk H. Zdrowie i choroba w paradygmatie stresu psychologicznego, W: Psychologia Zdrowia, Warszawa, PWN, 2008: 142–144.
7. Wrześniowski K. Interakcyjny model radzenia sobie ze stresem po zawałe serca. W: K. Wrześniowski, D. Włodarczyk, (red.). Choroba niedokrwienienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania. Gdańsk; Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004: 69–79.
8. Bętowska-Korpała B. Rola Wzoru Zachowania A w prewencji wtórnej choroby niedokrwiennej serca, W: Wrześniowski K. Włodarczyk D. (red.). Choroba niedokrwienienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk, 2004, 175–194.
9. Nowicki G, Ślusarska B, Kulik BT. Noniewicz M. Czynniki psychospołeczne a wzór zachowania typu A oraz zachowania zdrowotne w prewencji ryzyka sercowo-naczyniowe wśród dorosłych W: Polski Przegląd Kardiologiczny 2011; 13(2): 82–88.
10. Wrześniowski K. Pomoc psychologiczna pacjentom z zawałem serca. W: J. Kubica, W. Sinkiewicz (red.). Chory po zawale serca. Gdańsk: Via Medica; 2008: 134–142.
11. Szymańska A, Małkowska B, Ładny J. Zawał mięśnia sercowego, niestabilna choroba wieńcowa, tętniak aorty piersiowej i zator tętnicy płucnej jako najczęstsze przyczyny hospitalizacji pacjentów z bólem w klatce piersiowej. W: Przegląd Kardiabetologiczny, 2012; 7 (2): 78–84.

Psychological aspects of cardiologic diseases

Abstract

Background. Cardiovascular diseases constitute the number one cause of deaths globally. They significantly affect high-income countries, despite effective treatment and prevention programmes. However, cardiovascular mortality rates have in fact increased at a fast rate in low- and middle – income countries. It is estimated that annually about 100,000 people suffer from myocardial infarction in Poland. This paper aims to discuss some of the key psychological issues pertinent to cardiac conditions and their prevention, as well as research on coping with stress and type A behaviour pattern amongst cardiac patients.

Current state of knowledge. Both psychological stress and type A behaviour pattern have been implicated in the onset and progression of many cardiovascular diseases. Recent research has highlighted its importance as independent risk factor for problems of cardiac patients – undergoing both invasive and non-invasive treatment, in-hospital and after discharge.

Conclusions. Psychological stress and type A behaviour pattern are associated with cardiovascular diseases. Awareness of these associations is essential in cardiovascular diseases prevention and treatment.

Key words

cardiovascular diseases, stress, type A behaviour pattern, psychoprophylaxis

