

PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY CHOROBY NIEDOKRWIENNEJ – PSYCHOLOGICZNE CZYNNIKI RYZYKA, KONSEKWENCJE I KORELATY CHOROBY NIEDOKRWIENNEJ

Psychological aspects of ischemic disease – psychological risk factors, consequences and correlates of ischemic disease

Justyna Stacherzak-Raczkowska¹, Maria Jędrzejczyk², Bernadetta Nowak², Izabella Uchmanowicz²

¹ Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu (studentka)

² Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: maria.jedrzejczyk97@gmail.com

STRESZCZENIE

Psychologiczne aspekty choroby niedokrwiennej serca obejmują czynniki ryzyka, konsekwencje i korelaty tej choroby. Wyróżnione zostały obszary, takie jak: depresja, lęk, cechy osobowości, izolacja społeczna oraz chroniczny stres. Wskazano na bezpośredni i pośredni wpływ tych czynników na chorobę niedokrwinną serca (CAD), z uwzględnieniem behawioralnych zachowań ryzyka i reakcji na stres. Szczególną uwagę poświęcono wzorowi zachowania A i jego związku z CAD. Psychologiczne konsekwencje CAD manifestują się przez emocjonalne i poznawcze reakcje pacjentów, co wpływa na ich jakość życia i podejście do leczenia. W literaturze przedmiotowej przedstawiono dane na temat wpływu CAD na jakość życia i zależności między emocjonalnym funkcjonowaniem a jakością życia. Badania wskazują na możliwość modyfikacji ryzyka i poprawy jakości życia przez interwencje obejmujące sferę psychiczną.

Słowa kluczowe: choroba niedokrwienność serca, psychologiczne aspekty, czynniki ryzyka.

SUMMARY

Psychological aspects of ischemic heart disease encompass risk factors, consequences, and correlates of the disease. Areas such as depression, anxiety, personality traits, social isolation, and chronic stress have been highlighted. The direct and indirect influence of these factors on coronary artery disease (CAD), including risky behavioral actions and stress reactions, have been identified. Particular attention has been given to type A behavior pattern and its association with CAD. Psychological consequences of CAD manifest through the emotional and cognitive responses of patients, affecting their quality of life and approach to treatment. The literature presents data on the impact of CAD on the quality of life and the relationship between emotional functioning and quality of life. Research indicates that risk modification and quality of life improvement are possible through interventions that include the psychological realm.

Key words: ischemic heart disease, psychological aspects, risk factors.

WPROWADZENIE

Różański i jego zespół analizując informacje dotyczące wpływu czynników psychologicznych na rozwój chorób sercowo-naczyniowych, wyodrębnia pięć zasadniczych obszarów psychologicznych/psychospołecznych [1]. Są to: depresja, lęk, cechy osobowości i charakterologiczne, izolacja społeczna oraz chroniczny stres [2]. Przy opisie mechanizmu patofizjologicznego łączącego te czynniki z chorobą wieńcową (CAD) autorzy zwracają uwagę na to, że działają one zarówno pośrednio, przez promowanie niezdrowych zachowań, takich jak nieprawidłowa dieta czy palenie papierosów, jak i bezpośrednio, co potwierdzają zarówno badania na zwierzętach, jak i badania dotyczące reakcji stresowych u ludzi.

ROZWINIĘCIE

W badaniach nad psychologicznymi czynnikami ryzyka chorób sercowo-naczyniowych szczególną uwagę przywiązuje się do tzw. wzoru zachowania A, który może zwiększać ryzyko wystąpienia innych tradycyjnych czynników ryzyka, takich jak wysoki poziom cholesterolu, palenie papierosów czy nadciśnienie. Autorzy Włodarczyk i Skuza podkreślają, że składowa tego wzorca, polegająca na skłonności do przeżywania wrogości, złości i irytacji, jest kluczowa pod względem ryzyka zdrowotnego.

Badania z użyciem techniki koronarograficznej potwierdzają dodatnią zależność między tym wzorcem a nasileniem zmian miażdżycowych w naczyniach wieńcowych [3]. Dodatkowo Apfels i wsp. stwierdzili, że osoby charakteryzujące się wysokim poziomem wrogości mają większe ryzyko niedokrwienia podczas próby wysiłkowej oraz większą liczbę zwężonych tętnic [4, 5]. Szersze omówienie tej relacji, wraz z kontrowersjami dotyczącymi jej szczegółów, można znaleźć w publikacji Bętkowskiej-Korpały [6].

Psychologiczne skutki choroby wieńcowej (CAD) obejmują zarówno aspekty emocjonalne, jak i poznawcze. Z jednej strony dotyczą reakcji emocjonalnych na chorobę, a z drugiej – sposobu postrzegania własnego stanu zdrowia i jego elementów. Następnym poziomem są zachowania związane z chorobą, które mogą objawiać się różnymi strategiami radzenia sobie z emocjami, zaprzeczaniem czy adaptacją poznawczą do sytuacji, a także modyfikacją działań. Istnieją indywidualne różnice w podejściu do choroby, które kształtują indywidualny styl radzenia sobie oparty na różnorodnych strategiach. Radzenie sobie z CAD może być traktowane jako przykład radzenia sobie ze stresem związanym z chorobą przewlekłą [7].

Choroby układu krążenia generują liczne wyzwania psychologiczne i wymagają adaptacji do nowego stylu życia. Wyobraże-

nie pacjenta o chorobie oraz sposób radzenia sobie będą miały wpływ na podejmowane działania [8, 9].

W literaturze przedmiotu dostępne są dane dotyczące zarówno korelatów (czynn timerów współwystępujących), jak i konsekwencji choroby niedokrwiennej serca.

Wśród społecznych i psychologicznych skutków choroby niedokrwiennej serca występują zmiany emocjonalne, obejmujące podwyższony poziom lęku, depresję i złość. Według badań Wysockiego i Rybakowskiego, odsetek depresji w analizowanej grupie wynosił od 16 do 23% [10]. Ziarko i wsp. informują natomiast, że depresyjne zaburzenia nastroju dotyczą od 14 do 27% pacjentów kardiologicznych, a wśród hospitalizowanych pacjentów ten wskaźnik wzrasta – 30,9% z nich doświadcza wzrostu depresji, a 26,1% odczuwa silniejszy lęk. Choroba wieńcowa, ze względu na zwiększone ryzyko nagłej śmierci spowodowanej zawałem serca, intensyfikuje lęk przed śmiercią, jednocześnie zmniejszając poczucie sensu życia [11]. Skrzypek podkreśla, że depresja często występuje po ostrym zawałe serca (u 30–45% osób) i jest silnym prognostykiem niekorzystnego rokowania, zwiększającym ryzyko zgonu od 2 do 7 razy. Dodatkowo, depresja u chorych po zawałe wpływa negatywnie na jakość życia, niezależnie od stopnia organicznych zmian w układzie krążenia, a tzw. typ osobowości D (charakteryzujący się współwystępowaniem depresji i izolacji społecznej) jest szczególnie niekorzystny dla przebiegu choroby wieńcowej. Według tego autora, depresja jest czynn timerem etiologicznym CAD, działając zarówno pośrednio, przez promowanie zachowań zwiększających ryzyko chorób serca, jak i bezpośrednio, przez psychofizjologiczne mechanizmy związane z aktywacją hormonalnego układu adrenokortyk alnego i procesami zapalnymi związanymi z postępowaniem miażdżycy naczyń [12].

Badania przeprowadzone przez Piwońskich i Sygnowską w latach 2003–2005 na dużej, losowej próbie Polaków w wieku 20–74 lat (obejmującej 6392 mężczyzn i 7153 kobiet) wykazały współwystępowanie choroby niedokrwiennej serca (CAD) i depresji, diagnozowanej za pomocą inwentarza Becka. Według uzyskanych danych, depresja występowała dwukrotnie częściej u osób z CAD w porównaniu z osobami bez CAD, zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet. U osób z depresją z kolei zaobserwowano dwukrotnie większe prawdopodobieństwo wystąpienia CAD oraz – szczególnie u kobiet – arytmii [13].

Analogicznie do populacji ogólnej, wśród osób z chorobą wieńcową (CAD) proporcja kobiet i mężczyzn cierpiących na depresję jest niekorzystna dla kobiet. W społeczeństwie kobiety otrzymują diagnozę depresji około dwukrotnie częściej niż mężczyźni. W badaniach nad osobami z CAD (obejmujących dane 2072 uczestników), Shanmugasagaram i wsp. zauważyli występowanie zdiagnozowanej depresji u 18,7% kobiet i 12% mężczyzn. Autorzy wyciągają wniosek, że te wyniki są zgodne z danymi dotyczącymi populacji ogólnej i mogą wynikać z większego naciśku na diagnozowanie i leczenie depresji u kobiet [14, 15].

W literaturze przedmiotu często poruszany jest wpływ chorób serca na jakość życia [16, 17]. Dotychczasowe badania wykorzystują różnorodne narzędzia pomiaru, co wiąże się z różnicami w sposobie konceptualizacji omawianej zmiennej [18–22]. W polskich publikacjach dotyczących jakości życia pacjentów z problemami kardiologicznymi znaczną część stanowią artykuły opublikowane w specjalistycznych czasopismach medycznych [23–28].

Cieślik i Szykowska-Styczysz, na podstawie przeglądu artykułów z wiodących polskich czasopism kardiologicznych („Kardiologia Polska”, „Folia Cardiologica Excerpta”) oraz zagranicznych („Annals of Thoracic Surgery”, „Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology”, „British Heart Journal”, „Cardiology”, „Circulation”) z lat 2004–2013 przeprowadziły analizę wyników badań naukowych dotyczących jakości życia pacjentów z chorobami kardiologicznymi [29].

Warto wspomnieć o badaniach Zboralskiego i wsp., które wykazały, że osoby z chorobą niedokrwinną serca i nadciśnieniem tętniczym mają istotnie niższy poziom jakości życia w porównaniu z osobami zdrowymi. Dodatkowo u pacjentów z tymi

schorzeniami stwierdzono związek między poziomem jakości życia a funkcjonowaniem emocjonalnym – im niższy poziom jakości życia, tym większe nasilenie negatywnych wzorców funkcjonowania emocjonalnego [30]. Jakość życia także obniża się po przebytych ostrych zespołach wieńcowych [29]. Natomiast badania przeprowadzone przez Żońnierczuk-Kieliszek i wsp. sugerują, że udział w rehabilitacji kardiologicznej przyczynia się do poprawy jakości życia pacjentów z chorobami serca [31].

Podsumowując swój przegląd ponad 40 prac dotyczących jakości życia u osób z problemami kardiologicznymi, Cieślik stwierdza „że ocena jakości życia osób z różnymi schorzeniami układu sercowo-naczyniowego jest tak samo ważna, jak wyniki badań fizykalnych, laboratoryjnych i klinicznych. Dlatego wydaje się zasadne badanie jakości życia związanej ze zdrowiem w tej grupie pacjentów w celu oceny efektywności procesu leczniczego i terapeutycznego [...]”. Badania wykazywały też, że jakość życia jest niższa u osób borykających się z chorobami kardiologicznymi w porównaniu ze zdrową populacją, niezależnie od płci, wieku, pochodzenia, rasy czy poziomu wykształcenia, co dodatkowo skłania do tego, aby w postępowaniu leczniczym uwzględniać ten aspekt” [16].

Ziarko i wsp. zauważyli, że pacjenci z chorobą niedokrwinną serca doświadczaą większego obniżenia ogólnego poczucia zdrowia i większych ograniczeń w wykonywaniu codziennych aktywności z powodu zdrowia fizycznego niż osoby dotknięte innymi schorzeniami, takimi jak: alergie, artretyzm, przewłękła obturacyjna choroba płuc, nadciśnienie, cukrzyca czy utrata słuchu. U tych, którzy przeszli przez ostre zdarzenia wieńcowe, takie jak zawał serca, zaobserwowano objawy stresu pourazowego, które występowały u różnego odsetka pacjentów (od 0 do 32%, średnio 15%). To z kolei może zwiększyć ryzyko kolejnego epizodu wieńcowego w ciągu półtora roku oraz nasilać objawy kardiologiczne, takie jak bóle w klatce piersiowej [11].

Badania wskazują na możliwość korzystnych zmian zarówno w czynnikach ryzyka, jak i jakości życia osób z chorobą niedokrwinną serca (CAD) przez zastosowanie interwencji obejmujących aspekty psychospołeczne. Przykładem jest program, w którym uczestniczyło 176 pacjentów z CAD, opisany przez Vizza i wsp. Intensywne interwencje, którym poddano badaną grupę, miały na celu stabilizację lub zmniejszenie zaawansowania CAD i obejmowały zmiany w diecie, ćwiczenia, zarządzanie stresem oraz wsparcie grupowe. Przez rok oceniano funkcjonowanie psychospołeczne, fizjologiczne i biochemiczne czynn timeri ryzyka CAD oraz ryzyko przyszłych zdarzeń wieńcowych. Autorzy stwierdzili, że zaplanowane interwencje mogą zmniejszyć liczne czynn timeri ryzyka i prowadzić do klinicznie istotnej poprawy w zakresie depresji, stresu i zdrowia psychicznego. Dlatego odpowiednio zaplanowane programy rehabilitacji kardiologicznej mogą stanowić wartościową alternatywę lub uzupełnienie dla terapii farmakologicznej, redukując liczne psychospołeczne czynn timeri ryzyka związane z CAD [32].

PODSUMOWANIE

Podsumowując, psychologiczne czynn timeri, takie jak depresja, lęk, czynn timeri osobowościowe i charakterologiczne, izolacja społeczna oraz chroniczny stres, odgrywają istotną rolę w patogenezie chorób sercowo-naczyniowych, zwłaszcza choroby niedokrwiennej serca (CAD). Te czynn timeri mogą wpływać zarówno pośrednio, przez promowanie niekorzystnych zachowań zdrowotnych, jak i bezpośrednio, na poziomie psychofizjologicznym. Wzór zachowania A, składający się z tendencji do przeżywania wrogości i złości, jest związany z większym ryzykiem choroby sercowo-naczyniowej. Depresja jest często obecna u pacjentów z CAD i może znacząco wpływać na rokowanie oraz jakość życia. Jednakże programy interwencji obejmujące zarządzanie stresem, zmiany dietetyczne, ćwiczenia i wsparcie grupowe mogą prowadzić do poprawy stanu psychospołecznego oraz redukcji czynn timerów ryzyka CAD, co może stanowić istotne uzupełnienie terapii farmakologicznej.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorów.

Konflikt interesów: Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Różański A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on pathogenesis of cardiovascular disease and implication for therapy. *Circulation* 1999; 99: 2192–2217.
2. Pakalska-Korcala A, Zdrojewski T, Piwoński J, i wsp. Stres i niskie wsparcie społeczne jako psychospołeczne czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. *Kardiologia Pol* 2006; 64: 80–86.
3. Włodarczyk D, Skuza B. *Czynniki psychospołeczne a zdrowie*. W: Jakubowska-Winecka A, Włodarczyk D, red. *Psychologia w praktyce medycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2021: 42–69.
4. Blumenthal JA, Barefoot J, Burg MM, et al. Psychological correlates of hostility among patients undergoing coronary angiography. *Br J Med Psychol* 1987; 60(4): 349–355.
5. Appels A, Bär F, Lasker J, et al. The effect of a psychological intervention program on the risk of a new coronary event after angioplasty: a feasibility study. *J Psychosom Res* 1997; 43(2): 209–217.
6. Bętkowska-Korcala B. *Rola Wzoru zachowania A w prewencji wtórnej choroby niedokrwiennej serca*. W: Wrześniewski K, Włodarczyk D, red. *Choroba niedokrwienności serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne (GWP); 2004: 175–197.
7. Ziarko M. *Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu; 2014.
8. Siwińska J. Psychologiczna pomoc pacjentom poddawany transplantacji serca i operacji wszczepienia mechanicznego wspomaganie krążenia. *Sztuka Leczenia* 2018; 1: 37–42.
9. Whitmarsh A, Koutantji M, Sidell K. Illness perceptions, mood and coping in predicting attendance at cardiac rehabilitation. *Br J Health Psychol* 2003; 8: 209–221.
10. Wysocki H, Rybakowski J. *Depresja i lęk a choroby układu krążenia*. Kutno: Wydawnictwo; 2001.
11. Ziarko M, Parobkiewicz A, Jasielski R. Poznawcza reprezentacja schorzenia a funkcjonowanie pacjentów z chorobą niedokrwienności serca. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica Inżynieria Biomedyczna* 2018; 24(2): 99–110.
12. Skrzypek M. Psychospołeczne uwarunkowania ryzyka choroby wieńcowej w świetle ustaleń grupy badawczej Statuskonferencja Psychokardiologii. W stronę kardiologii behawioralnej opartej na faktach. *Probl Hig Epidemiol* 2008; 89(3): 316–321.
13. Piwoński J, Piwońska A, Sygnowska E. Is there an association between depressive symptoms and coronary artery disease in the Polish adult population? *Kardiologia Pol* 2014; 72(1): 50–55.
14. Shanmugasagaram S, Russell KL, Kovacs AH, i wsp. Gender and sex differences in prevalence of major depression in coronary artery disease patients: a meta-analysis. *Maturitas* 2012; 73(4): 305–311.
15. Möller-Leimkühler AM. Women with coronary artery disease and depression: a neglected risk group. *World J Biol Psychiatry* 2008; 9(2): 92–101.
16. Cieślak B. Wpływ chorób serca na jakość życia – opracowanie na podstawie przeglądu piśmiennictwa. *Acta Bio-Optica et Informatica Inżynieria Biomedyczna* 2014; 20(2): 101–118.
17. Kawecka-Jaszcz K, Kłoczek M, Tobiasz-Adamczyk B. Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. *Nadciśn Tętn* 2007; 11(1): 82–83.
18. Wrześniewski K. Jak badać jakość życia pacjentów kardiologicznych? *Kardiologia Pol* 2009; 67: 790–794.
19. Tylka J, Piotrowicz R. Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 – wersja polska. *Kardiologia Pol* 2009; 67: 1166–1169.
20. Broda G. Komentarz redakcyjny. Jakość życia – ważny pomiar Zdrowia. *Kardiologia Pol* 2009; 67: 1086.
21. MacGee HM, Oldridge N, Hellemans IM. Quality of life evaluation in cardiovascular disease: a role for the European Society of Cardiology? *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2005; 12(3): 191–192.
22. Oldridge N, Saner H, MacGee HM. The Euro CardioQol Project. An international study to develop a core heart disease health related quality of life questionnaire, the HeartQol. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2005; 12(2): 87–94.
23. Kłoczek M. Badania jakości życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. *Nadciśn Tętn* 1998; 2: 176–184.
24. Dudek D, Zięba A, Wróbel A, i wsp. Zaburzenia depresyjne a jakość życia u pacjentów z chorobą niedokrwienności serca. *Psychiatr Pol* 2000; 34: 73–80.
25. Szyguła-Jurkiewicz P, Trzeciak A, Michalak A, i wsp. Wpływ nadciśnienia tętniczego na zależność od stanu zdrowia jakość życia u chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi bez uniesienia odcinka ST, poddanych chirurgicznej rewaskularyzacji mięśnia sercowego. Obserwacja 2-letnia. *Kardiochirurgia Torakochirurgia Pol* 2006; 3(3): 275–280.
26. Siudańska H, Różański J, Kuśmierczyk M, i wsp. Odległa psychologiczna ocena pacjentów operowanych z powodu wad wrodzonych serca. *Kardiochirurgia Torakochirurgia Pol* 2008; 5(4): 381–385.
27. Woźnicka L, Posadzy-Małaczyńska A, Leśkiewicz G, i wsp. Ocena jakości życia pacjentów chorujących na nadciśnienie tętnicze wg ankiety SF-36. *Nadciśn Tętn* 2008; 12(2): 109–117.
28. Szczegielniak J, Migala M. Ocena jakości życia u pacjentów po zawale mięśnia sercowego, angioplastyce naczyń wieńcowych i pomostowaniu aortalno-wieńcowym. *Ann UMCS* 2005; LX(Suppl. XVI) 524 sectio D: 322–324.
29. Cieślak A, Szykowska-Styczysz J. Wpływ wczesnej rehabilitacji kardiologicznej na ocenę jakości własnego życia u chorych po przebytych ostrych zespołach wieńcowych. *Kardiologia Pol* 2009; 67(5): 583–586.
30. Zboralski K, Gałęcki P, Wysokiński A. Quality of life and emotional functioning in selected cardiovascular diseases. *Kardiologia Pol* 2009; 67(11): 1228–1234.
31. Żołnierczuk-Kieliszek D, Kulik TB, Maciejasz AE. Wybrane czynniki psychologiczne i medyczne a jakość życia chorych na choroby układu krążenia. *Med Og Nauk Zdr* 2014; 20(2): 131–135.
32. Vizza J, Neatrou DM, Felton PM, i wsp. Improvement in psychosocial functioning during an intensive cardiovascular lifestyle modification program. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2007; 27: 376–383.

Adres do korespondencji:

Mgr Maria Jędrzejczyk
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. K. Bartla 5
51-618 Wrocław
Tel.: 71 784 18 24
E-mail: maria.jedrzejczyk97@gmail.com

Praca wpłynęła do Redakcji: 03.07.2023 r.
Po recenzji: 25.09.2023 r.
Zaakceptowano do druku: 02.10.2023 r.