

Wsparcie społeczne — mit czy potrzeba XXI wieku?

dr n. med. Agnieszka Serafin

I Katedra i Klinika Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa



Ostatnie dekady to okres intensywnych badań na polu kardiologii, dzięki którym możliwe było wprowadzenie nowych, skutecznych metod diagnostyki i leczenia. Coraz częściej przedmiotem zainteresowania badaczy stają się także psychospołeczne czynniki ryzyka, chociaż przeprowadzenie rzetelnych analiz w tym zakresie stanowi poważne wyzwanie. Wyniki prowadzonych już w latach

90. ubiegłego wieku badań wskazywały na istotną rolę wsparcia ze strony najbliższego środowiska pacjenta w całym procesie leczenia. Jednak z uwagi na dynamiczne zmiany społeczno-kulturowe, zachodzące w Polsce w ostatnich latach, nie dysponujemy pełnymi danymi dotyczącymi roli, jaką w występowaniu chorób sercowo-naczyniowych (CVD) w naszej populacji pełniły czynniki psychospołeczne, co umożliwiłoby przeprowadzenie obserwacji odległej i ocenę ich zmienności w czasie.

Wyniki badania WOBASZ, jako jednego z nielicznych realizowanych w ostatnich latach przekrojowych badań dotyczących populacji polskiej, pozwalają na oszacowanie częstości występowania i znaczenia psychospołecznych czynników ryzyka w patogenezie CVD. Autorzy pracy temu zagadnieniu poświęcili również kilka wcześniejszych publikacji, opartych nie tylko na materiale zebranym w ramach badania WOBASZ, ale również badania Pol-MONICA, obejmującego populację mieszkańców prawobrzeżnej Warszawy. Tym razem uwaga Autorów koncentruje się na, w mojej opinii, bardzo istotnej korelacji między wsparciem społecznym a zachowaniami zdrowotnymi [1].

Jak wynika z analizy przeprowadzonej przez Autorów pracy, w populacji polskiej istnieje wysoki odsetek osób z niskim poziomem wsparcia społecznego. Co więcej, problem ten zauważalny jest nieco wyraźniej wśród kobiet niż wśród mężczyzn (39% v. 31%) i wiąże się z częstszym występowaniem w tej grupie społeczeństwa niekorzystnych zachowań zdrowotnych, co może skutkować zwiększeniem częstości występowania zdarzeń sercowo-naczyniowych i zgonów. Jednoznaczna identyfikacja przyczyn takiego zjawiska jest trudna, tym bardziej, że poszczególne czynniki ryzyka, w tym również te dotyczące sfery psychospołecznej, wzajemnie na siebie wpływają. Wyniki wielu badań wskazują m.in. na częstsze występowanie wśród kobiet depresji oraz negatywny wpływ współwystępowania objawów depresyjnych i niskiego wsparcia społecznego na rokowanie pacjentek. Horsten i wsp. w sztokholmskim badaniu *The Stockholm Female Coronary Risk Study* wykazali, że występowanie obu tych czynników jednocześnie prawie 4-krotnie zwiększa ryzyko wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych [2]. Wydaje się również, że na ryzyko sercowo-naczyniowe u kobiet może wpływać wyższy poziom stresu, związany z wypełnianiem obowiązków zawodowych i zwią-

zanych z rodziną [3]. Ponadto, już w przeprowadzonej w latach 90. analizie danych zebranych w ramach 20-letniej obserwacji kobiet uczestniczących w badaniu *Framingham*, jako predyktor zawału serca i zgonu z przyczyn kardiologicznych wskazywano samotność [4]. Wzrost śmiertelności i ryzyka CVD u osób żyjących samotnie, co uznaje się za równoznaczne z uzyskaniem niewielkiego wsparcia społecznego, potwierdzają również wyniki badań z ostatniej dekady, m.in. opublikowane w ostatnim czasie dane z rejestru REACH (*REduction of Atherothrombosis for Continued Health*) [5, 6]. W analizowanej przez Autorów pracy grupie niski poziom wsparcia społecznego odnotowano u nieco niższego odsetka mężczyzn niż kobiet. Wydaje się, że różnice te mogą wynikać z pełnienia różnych ról społecznych i potrzebie innego rodzaju wsparcia. Może to stanowić wyzwanie dla twórców programów prewencyjnych, których nieodłącznym elementem staje się interwencja behawioralna. Wprowadzenie tego typu interwencji do programów edukacyjnych, dedykowanych osobom z grup podwyższonego ryzyka, dostarcza wielu dowodów na skuteczność działań podejmowanych przez wielodyscyplinarne zespoły. Jak słusznie zauważają Autorzy pracy, znaczącą rolę wsparcia społecznego potwierdziły m.in. wyniki EUROACTION, jednego z najważniejszych w ostatnich latach programów prewencji CVD, realizowanego także w polskich ośrodkach.

Dysponujemy dowodami na skuteczność działań obejmujących, poza poprawą stanu fizycznego, także sferę behawioralną oraz danymi wyraźnie wskazującymi na negatywne skutki niepodjęcia działania w tym obszarze. Pytanie, na które w świetle tych doniesień warto sobie odpowiedzieć, to czy w warunkach polskich posiadamy właściwe „narzędzia” do tego, by do listy skutecznych metod diagnostyki i leczenia dołączyć także działania zmierzające do poprawy w zakresie psychospołecznych uwarunkowań CVD?

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Piwoński J, Piwońska A, Sygnowska E. Is level of social support associated with health behaviours modifying cardiovascular risk? Results of the WOBASZ study. *Kardiol Pol*, 2012; 70: 803–809.
2. Horsten M, Mittleman MA, Wamala SP et al. Depressive symptoms and lack of social integration in relation to prognosis of CHD in middle-aged women. *The Stockholm Female Coronary Risk Study*. *Eur Heart J*, 2000; 21: 1072–1080.
3. Orth-Gomér K, Wamala SP, Horsten M et al. Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease: The Stockholm Female Coronary Risk Study. *JAMA*, 2000; 284: 3008–3014.
4. Eaker ED, Pinsky J, Castelli WP. Myocardial infarction and coronary death among women: psychosocial predictors from a 20-year follow-up of women in the Framingham Study. *Am J Epidemiol*, 1992; 135: 854–864.
5. Mookadam F, Arthur HM. Social Support and Its Relationship to Morbidity and Mortality after Acute Myocardial Infarction. *Arch Intern Med*, 2004; 164: 1514–1518.
6. Udell JA, Steg PG, Scirica BM et al. Living Alone and Cardiovascular Risk in Outpatients at Risk of or With Atherothrombosis. *Arch Intern Med*, 2012, published online June 18, 2012.