

## Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Andrzej Pająk

Zakład Epidemiologii i Badań Populacyjnych, Instytut Zdrowia Publicznego, *Collegium Medicum*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków



Przeciętna długość życia w Polsce jest krótsza niż w krajach „starej” Unii Europejskiej. Główną przyczyną jest umieralność spowodowana chorobami układu krążenia, która wyraźnie wzrosła w latach 1970–1991. W roku 1992 ten niekorzystny trend odwrócił się i od tego czasu umieralność z powodu chorób układu krążenia obniżyła się o ponad 30%, jednak nadal Polacy żyją krócej niż obywatele krajów Europy Zachodniej. Nie ma jasności co do przyczyn odwrócenia się trendu umieralności. Zaobserwowana koincydencja ze zmianami w stylu życia, w szczególności w częstotliwości palenia i w sposobie odżywiania się, nie jest dowodem zależności przyczynowo-skutkowej, aczkolwiek zmiany te z pewnością miały znaczenie w długofalowym kształtowaniu się trendu w latach późniejszych. W prowadzonych w tamtych czasach badaniach POL-MONICA stwierdzono, że zmiany w narażeniu na główne czynniki ryzyka były niewielkie i miały różny kierunek, a co za tym idzie – w niewielkim stopniu wyjaśniały zachowanie się trendów umieralności. Jest zatem prawdopodobne, że odwrócenie się i dalszy spadek umieralności miały również inne istotne przyczyny. Przełom dekad 1980/1990 to okres dynamicznych przemian politycznych, społecznych i ekonomicznych w Europie Środkowej. W krajach, w których przemiany te uznano za zdecydowanie korzystne, tj. m.in. na Węgrzech i w Republice Czech, trendy umieralności z powodu chorób układu krążenia zachowywały się podobnie jak w Polsce, natomiast w krajach, w których przemiany były mniej korzystne lub były postrzegane jako takie przez znaczną część społeczeństwa, umieralność wzrosła. Skojarzenie opisanych powyżej obserwacji rodzi dwa istotne pytania: 1) czy i w jakim stopniu zmiany w psychospołecznych czynnikach ryzyka, które odzwierciedlały przemiany społeczno-ekonomiczne w Polsce, przyczyniły się do obniżenia się umieralności, oraz 2) czy i w jakim stopniu psychospołeczne czynniki ryzyka wyjaśniają różnice w umieralności z powodu chorób układu krążenia i w przeciętnej długości życia pomiędzy Polską a „starą” Unią Europejską? W kontekście tych pytań zainteresowanie polskich badaczy problemem wsparcia społecznego wydaje się bardzo uzasadnione.

Wsparcie społeczne należy do grupy psychospołecznych czynników ryzyka. W skład tej grupy czynników ryzyka wchodzi cechy związane ze stopniem zaawansowania całej populacji w rozwoju społeczno-ekonomicznym, cechy związane z pozycją jednostki w społeczeństwie, nagłe zdarzenia i przewlekłe uwarunkowania życia, które wpływają na zdrowie psychiczne oraz reakcje, stany i cechy psychiczne, a tak-

że zaburzenia i choroby psychiczne. Czynniki te często obciążają te same osoby i grupy społeczne. Brak więzi społecznych i wsparcia społecznego (izolacja społeczna) są przyczynami zwiększonego narażenia na przewlekły stres psychospołeczny, który z kolei jest czynnikiem ryzyka depresji. Mechanizm podwyższonego ryzyka chorób układu krążenia u osób narażonych na przewlekły stres psychospołeczny nie jest w pełni wyjaśniony. Wiele wskazuje na to, że stres psychospołeczny ma niekorzystny wpływ na stan układu neuroendokrynologicznego oraz na równowagę autonomicznego układu nerwowego. Wykazano też związki pomiędzy psychospołeczными czynnikami ryzyka, w tym wsparciem społecznym, a zespołem metabolicznym i jego komponentami. Praca dr A. Pakalskiej-Korcali i wsp. wpisuje się w ten zakres dowodów naukowych, wskazując również na istotne obciążenie populacji polskiej izolacją społeczną i brakiem wsparcia społecznego.

Wsparcie społeczne odzwierciedla zarówno ilość, jak i jakość pozytywnych społecznych powiązań jednostki z innymi osobami. Takie współzależności mogą poprawiać zdrowie zarówno na drodze emocjonalnej, jak i instrumentalnej. Izolacja społeczna może wywoływać niepożądany stan umysłu i odwrotnie – otoczenie może buforować środowiskowe czynniki stresujące i wpływać korzystnie na stan pobudzenia emocjonalnego. Otoczenie może także stymulować pozytywne zachowania zdrowotne i piętnować zwyczaje, które wiążą się z ryzykiem zdrowotnym. Warto jednak wspomnieć, że koncepcja wsparcia społecznego nie jest akceptowana przez wszystkich i jej przeciwnicy wskazują, że brak uczestnictwa w życiu społecznym może również być po prostu wynikiem subklinicznej postaci choroby wieńcowej, a ponadto, że pomimo znacznego zainteresowania wsparciem społecznym nie ma pełnej zgody, w jaki sposób je mierzyć. Warto także zwrócić uwagę na toczącą się debatę wokół definicji zespołu metabolicznego, a zwłaszcza na argumenty dotyczące porównań siły predykcji choroby niedokrwiennej serca na podstawie rozpoznania zespołu metabolicznego z siłą predykcji na podstawie poszczególnych jego objawów, które wypadają korzystniej dla tych ostatnich.

W podsumowaniu należy zauważyć, że Autorzy pracy wykazali właściwy sceptycyzm naukowy i rzetelnie wskazali ograniczenia interpretacji swoich wyników, z których najistotniejsze wiążą się z tym, że mogli wykonać analizy tylko na podstawie badania przekrojowego przeprowadzonego na stosunkowo niewielkiej grupie. Trudno jednak traktować przedstawione wyniki inaczej niż jako potwierdzenie roli wsparcia społecznego w populacji polskiej jako determinanty zdrowia i jako wskazanie na potrzebę dalszych badań nad psychospołeczными czynnikami ryzyka w Polsce.