

Nina Ogińska-Bulik, Jolanta Chanduszek-Salska

## Występowanie biologicznych i psychologicznych czynników ryzyka chorób układu krążenia wśród mieszkańców Łodzi

Prevalence of biological and psychological risk factors of cardiovascular diseases among inhabitants of Łódź

Instytut Psychologii  
Uniwersytet Łódzki

### Wprowadzenie

Choroby układu krążenia, określane mianem „światowego zabójcy”, od lat stanowią największe zagrożenie dla zdrowia i życia człowieka. Są one odpowiedzialne za niepełnosprawność, która jest źródłem znacznych obciążeń finansowych i kosztów społecznych, a także przedwczesną śmierć wielu ludzi, także młodych. Wśród chorób układu krążenia szczególną uwagę zwraca się na niedokrwinną chorobę serca. W Polsce liczbę osób z niedokrwinną chorobą serca szacuje się na 1 milion (Słońska, 2004).

Wśród czynników ryzyka chorób układu krążenia zwraca się uwagę przede wszystkim na tzw. klasyczne (biologiczne) czynniki ryzyka, takie jak: nadciśnienie tętnicze, wysoki poziom cholesterolu, otyłość, palenie papierosów, cukrzycę, siedzący tryb życia. Czynniki te są związane z zachowaniami przejawianymi przez człowieka, czyli jego stylem życia, jak np. palenie czy brak aktywności fizycznej, bądź są od tych zachowań zależne (przynajmniej w pewnym stopniu), jak otyłość, nadciśnienie czy poziom cholesterolu.

Wśród czynników ryzyka chorób układu krążenia zwraca się także uwagę

na tzw. psychologiczne czynniki ryzyka, w tym doświadczany stres czy pewne właściwości osobowości, sprzyjające rozwojowi tych chorób. Rolę wzoru zachowania A – wyrażającego tendencje jednostki do realizowania jak największej ilości celów w jak najkrótszym czasie – jako czynnika ryzyka niedokrwiennej choroby serca podkreślano już w latach 50-tych ubiegłego wieku. Charakterystykę wzoru zachowania A oraz przegląd badań dotyczących jego związku z chorobami przedstawiono w licznych publikacjach, m. in. (Juczyński, 1989; Wrześniewski, 1993, 2000; Ogińska-Bulik, 1998, 2002; Bętkowska-Korpała, 2004).

W ostatnich latach podkreśla się rolę przeżywaną przez człowieka negatywnych emocji, a także braku ekspresji tych emocji w rozwoju chorób sercowo-naczyniowych. Sformułowany w ostatnim dziesięcioleciu nowy typ osobowości – typ D, jak wynika z prowadzonych w tym obszarze badań (Denollet, 1998, 1996, 1998, 2000; Ogińska-Bulik, 2004, 2006), sprzyja rozwojowi i progresji tych chorób. Na osobowość typu D składają się dwa wymiary: negatywna emocjonalność i hamowanie społeczne (Denollet, 2005; Pedersen, Denollet, 2006). Pierwszy

oznacza skłonność do przeżywania różnych negatywnych emocji, takich jak lęk, gniew, irytacja, zamartwianie się, depresja. Drugi oznacza tendencję do powstrzymywania się od wyrażania tych emocji i zachowań z nimi związanych. Szersza charakterystyka osobowości typu D została przedstawiona w kilku publikacjach (Ogińska-Bulik, 2004, 2004, 2006; Ogińska-Bulik, Juczyński, w dr.).

Można przewidywać, że psychologiczne czynniki ryzyka chorób, takie jak doświadczany stres, wzór zachowania A czy osobowość typu D będą sprzyjać niekorzystnym dla zdrowia zachowaniom, takim jak: palenie tytoniu, nieprawidłowy sposób odżywiania się – z reguły prowadzący do nadwagi i otyłości, czy siedzący tryb życia. Z kolei zachowania te, zwiększając prawdopodobieństwo rozwoju nadciśnienia, cukrzycy czy podwyższonego poziomu cholesterolu, będą sprzyjać zachorowaniu.

### **Cel badań**

Celem podjętych badań była ocena występowania biologicznych i psychologicznych czynników ryzyka chorób układu krążenia oraz ustalenie zachodzących między nimi zależności.

### **Grupa badana**

Badaniami objęto 210 osób – mieszkańców jednej z dzielnic Łodzi (80 mężczyzn i 130 kobiet), którzy uczestniczyli w Programie Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Chorób Układu Krążenia, zorganizowanego przez Urząd Miasta Łodzi i Łódzki Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Program adresowany był do osób w przedziale wieku 35-55 lat. Średnia wieku badanej grupy wynosiła 48,3 lat (SD=6,81). 39% badanych posiadało wykształcenie średnie, 27,6% zasadnicze, 19,1% wyższe i 14,3% podstawowe.

### **Metodologia badań**

Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Chorób Układu Krążenia jest realizowany w Łodzi od 2006 roku. Placówka realizująca program zaprasza imiennie swoich podopiecznych, którzy są zarejestrowani w poradni rejonowej. Na podstawie zaproszenia pacjent, zgłaszający się do udziału w programie, kierowany jest na badania biochemiczne. W czasie pierwszej wizyty pacjent ma pobieraną krew w celu ustalenia wskaźników biochemicznych, obejmujących poziom cholesterolu, trójglicerydów i glukozy, mierzone ciśnienie oraz prowadzony jest wywiad. Po uzyskaniu wyników badań krwi i zapisaniu ich w Karcie Badania Lekarskiego pacjent kierowany jest do lekarza. Na podstawie informacji zawartych w Karcie, lekarz określa poziom ryzyka chorób układu krążenia, przypisując pacjenta do jednej z czterech grup: łagodnego, umiarkowanego, dużego lub bardzo dużego ryzyka i uzupełnia kartę o swoją ocenę i diagnozę stanu zdrowia pacjenta. W przypadku ryzyka dużego lub bardzo dużego lekarz powinien skierować pacjenta do poradni kardiologicznej (poza programem). Wszyscy pacjenci są kierowani przez lekarza do edukatora zdrowia, który oprócz rozmowy na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia i przekazaniu materiałów edukacyjnych, proponuje zajęcia wspierające, mające na celu zmianę stylu życia, w tym rzucenie palenia, zwiększenie aktywności fizycznej oraz pomoc psychologiczną dla pacjentów z nadwagą i otyłością. Koordynatorem programu w zakresie edukacji zdrowotnej jest Wydział Zdrowia Publicznego Urzędu Miasta Łodzi. W podjętych badaniach, oprócz Karty Badania Lekarskiego, wykorzystano:

- Skalę DS14 opracowaną przez Denolleta (wersja polska: Ogińska-Bulik, Juczyński, Denollet)
- Skalę Framingham do badania wzo-

ru zachowania A (polska adaptacja: Juczyński)

- Skalę Odczuwanego Stresu (SOS) autorstwa Cohena i in. (polska adaptacja: Juczyński, Ogińska-Bulik).

Charakterystykę zastosowanych narzędzi przedstawiono poniżej.

- DS14 jest narzędziem służącym do oceny nasilenia dwóch wymiarów składających się na osobowość typ D, tj. negatywnej emocjonalności i hamowania społecznego. Narzędzie zawiera 14 stwierdzeń, do których badany ustosunkowuje się, posługując się skalą 5-stopniową: od 0 – fałszywe do 4 – prawdziwe. Wyniki oblicza się oddzielnie dla obydwu wymiarów, zgodnie z kluczem (przed dodaniem należy odwrócić punktację twierdzeń 1 i 3). Im wyższy wynik, tym większe nasilenie każdego z wymiarów. Za osobę typu D uznaje się taką, która w obydwu wymiarach uzyskała wynik co najmniej 10 punktów. Narzędzie charakteryzują satysfakcjonujące właściwości psychometryczne (Juczyński, Ogińska-Bulik, w dr.).
- Skala Framingham jest narzędziem samoopisu i zawiera 10 stwierdzeń, z których 5 pierwszych dotyczy cech i właściwości typowych dla jednostki, kolejne cztery – odczuć pod koniec przeciętnego dnia, ostatnie zaś – presji czasu. Ogólny wynik jest średnią wszystkich ocen (suma wszystkich wag podzielona przez 10) i mieści się w obszarze 0-1. Wyniki zbliżające się do 1 wskazują na zachowania typu A. Narzędzie uzyskało satysfakcjonujące parametry psychometryczne (Juczyński, 2001).
- Skala Odczuwanego Stresu (SOS) służy do oceny natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową na przestrzeni ostatniego miesiąca. Zawiera 10 pytań ocenianych w skali 5-stopniowej, od 0 (nigdy) do 4 (bardzo często), które podlegają zsumowaniu

(twierdzenia 4, 5, 7, 8 mają odwróconą punktację). Im wyższa punktacja, tym silniejszy stres. Narzędzie posiada dobre właściwości psychometryczne (Juczyński, Ogińska-Bulik, w dr.).

## Wyniki badań

Na podstawie danych, zawartych w Karcie Badania Lekarskiego, ustalono odsetek osób, które charakteryzuje występowanie poszczególnych biologicznych czynników ryzyka (tab. 1)<sup>1</sup>.

Kryteria oceny tych czynników zostały zaczerpnięte z Karty Badania Lekarskiego i przedstawione poniżej.

- palenie tytoniu – powyżej 1 papierosa dziennie
- nadciśnienie tętnicze – równe lub wyższe 140 mm/Hg i/lub RRs 90 mmHg w dwóch niezależnych pomiarach oraz pacjenci leczeni z powodu nadciśnienia tętniczego
- zaburzenia lipidowe: stężenie cholesterolu całkowitego TC równe lub wyższe 200 mgHg/dl (>150 mg/dl u chorych na cukrzycę)
- cukrzyca – glikemia na czczo równe lub wyższe 126 mg/dl lub w przypadkowym pomiarze 200 mg/dl oraz pacjenci leczeni z powodu cukrzycy
- otyłość – wskaźnik masy ciała BMI (kg/m<sup>2</sup>) równe lub wyższe 30
- mała aktywność fizyczna – aktywność ruchowa (np. spacer, marsze, bieganie, jazda na rowerze, pływanie, aerobik) rzadziej niż 3 razy w tygodniu po 30 minut
- obciążający wywiad rodzinny – występowanie choroby wieńcowej lub innej choroby o etiologii miażdżycowej u rodziców lub rodzeństwa, u mężczyzn przed 55 rokiem życia, u kobiet przed 65 rokiem życia.

Z danych zamieszczonych w tab. 1

<sup>1</sup> W analizie wyników nie uwzględniono zmiennych socjodemograficznych, takich jak płeć, wiek, wykształcenie, ponieważ przekraczałoby to ramy artykułu

wynika, że do najbardziej rozpowszechnionych, wśród badanej grupy mieszkańców Łodzi, biologicznych czynników ryzyka chorób układu krążenia należą: podwyższony poziom lipidów – ujawnia go 54% badanych, mała aktywność fizyczna, którą przejawia 52% badanych i obciążenie rodzinne występujące u 48% badanych. Najrzadziej występującymi czynnikami ryzyka są cukrzyca (13%) i nadciśnienie tętnicze (15%).

Następnie, w oparciu o dane zawarte w Karcie Badania Lekarskiego, ustalono odsetek osób z poszczególnymi kategoriami ryzyka chorób układu krążenia. Przedstawia je tab. 2. Kategorie czynników ryzyka:

- łagodne: osoby bez obecnych czynników ryzyka innych niż wiek i płeć
- umiarkowane: osoby z obecnością 3 i mniej czynników ryzyka, ale bez cukrzycy, choroby niedokrwiennej serca i innych chorób układu krążenia
- duże: osoby z obecnością 4-5 czynników ryzyka innych niż wiek i płeć, ale bez cukrzycy, choroby niedokrwiennej serca i innych chorób układu krążenia
- ryzyko bardzo duże: osoby z obecnością 5 czynników ryzyka oraz osoby z cukrzycą, chorobą niedokrwinną serca i innymi chorobami układu krążenia.

W badanej grupie mieszkańców Łodzi najwięcej osób (42%) wykazuje łagodne ryzyko chorób układu krążenia, a 30% - ryzyko umiarkowane. Jednakże dla 28% spośród badanych jest to ryzyko duże lub bardzo duże. Bardziej szczegółowe analizy wykazały, że największy odsetek charakteryzuje się występowaniem 3 i 4 czynników ryzyka (po 20%). Jedynie u 3, 3% spośród badanych zanotowano brak występowania biologicznych czynników ryzyka chorób układu krążenia.

Analogicznie jak dla biologicznych czynników ryzyka chorób układu krążenia, ustalono odsetek osób charakteryzu-

jących się psychologicznymi czynnikami ryzyka chorób, wśród których uwzględniono osobowość typu D, wzór zachowania A oraz wysoki poziom odczuwanego stresu. Jako kryterium przynależności do grupy z czynnikami ryzyka przyjęto: dla typu D wyniki na poziomie co najmniej 10 punktów w obydwu wymiarach składających się na ten typ osobowości, jakimi są: negatywna emocjonalność i hamowanie społeczne, dla wzoru zachowania A i odczuwanego stresu – wyniki powyżej średniej. Odsetki osób zakwalifikowanych do poszczególnych grup ryzyka przedstawia tab. 3.

Najwięcej osób zakwalifikowano do typu osobowości D, tj. 67,1% spośród badanych. Wzór A zanotowano u 48,1% badanych, a wysoki poziom stresu przejawia 38,1% badanych. Ze względu na fakt, iż kumulowanie się czynników ryzyka zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się chorób, to biorąc pod uwagę czynniki psychologiczne ustalono cztery kategorie ryzyka i sprawdzono odsetki osób występujące w każdej z nich (por. tab. 4).

Z danych zawartych w tabeli 4 wynika, że w badanej grupie najwięcej jest osób, u których występują dwa psychologiczne czynniki ryzyka – nieco ponad 40%. Najmniej liczebną grupę – blisko 13% – stanowią osoby z trzema czynnikami ryzyka. Są to osoby, które jednocześnie ujawniają osobowość typu D, wzór zachowania A i wysoki poziom stresu.

W kolejnym kroku sprawdzono współwystępowanie biologicznych i psychologicznych czynników ryzyka chorób układu krążenia. Ze względu na niewielką liczbę osób badanych dokonano połączenia uwzględnionych kryteriów ryzyka chorób, tj. zarówno w zakresie biologicznych jak i psychologicznych czynników ryzyka wyróżniono po dwie grupy badanych. Pierwszą – biorąc pod uwagę kryterium medyczne – stanowiły osoby o łagodnym i umiarkowanym ryzyku w zakresie czynników biologicznych oraz uwzględniając kry-

terium psychologiczne – osoby charakteryzujące się brakiem lub występowaniem jednego psychologicznego ryzyka chorób. Drugą natomiast – osoby wykazujące duże i bardzo duże ryzyko w zakresie czynników biologicznych oraz charakteryzujące się występowaniem dwóch lub trzech czynników psychologicznych. Liczebność osób w wyróżnionych kategoriach prezentuje tab. 5.

Dane zawarte w tab. 5 wskazują, że nieco ponad 1/3 badanych nie jest zagrożona chorobami układu krążenia. Grupa ta przejawia łagodne lub umiarkowane medyczne ryzyko oraz jednocześnie brak lub występowanie jednego psychologicznego czynnika ryzyka. Niepokojącym jest natomiast fakt, że wśród badanych mieszkańców Łodzi aż u 17,6% występuje skumulowane ryzyko zachorowania, przejawiające się dużym lub bardzo dużym zagrożeniem biologicznymi czynnikami ryzyka i jednocześnie występowaniem dwóch lub trzech psychologicznych czynników ryzyka.

W kolejnym kroku analizy wyników badań sprawdzono czy grupa badanych, charakteryzująca się dużym i bardzo dużym ryzykiem chorób układu krążenia, różni się od grupy z łagodnym i umiarkowanym ryzykiem w zakresie analizowanych zmiennych psychologicznych, tj. nasileniem wymiarów składających się na typ D – negatywnej emocjonalności i hamowania społecznego, wzoru zachowania A oraz odczuwanego stresu (por. tab. 6).

Dane przedstawione w tab. 6 wskazują, że ryzyko choroby, według kryterium medycznego, jest związane jedynie z wymiarami składającymi się na osobowość typu D. Nie wiąże się natomiast z wzorem zachowania A, ani ze stresem. Osoby zakwalifikowane do grupy z dużym i bardzo dużym ryzykiem charakteryzują się istotnie wyższym nasileniem negatywnej emocjonalności i hamowania społecznego, w porównaniu z osobami prezentującymi

łagodne i umiarkowane ryzyko choroby.

Następnie, za pomocą współczynników korelacji, sprawdzono związek między biologicznymi czynnikami ryzyka chorób układu krążenia, a analizowanymi zmiennymi psychologicznymi. Do ustalenia zależności między zmiennymi ciągłymi wykorzystano współczynniki korelacji Pearsona, a dla zmiennych: obciążenie rodzinne i mała aktywność fizyczna – współczynniki korelacji Spearmana. Powyższe zależności przedstawiono w tabeli 7.

Zawarte w tab. 7 współczynniki korelacji wskazują na słabą współzależność zmiennych psychologicznych ze wskaźnikami biologicznymi. Jedynie wymiary składające się na osobowość typu D wiążą się w sposób istotny statystycznie (choć słabo) z ciśnieniem skurczowym krwi, negatywna emocjonalność ze wskaźnikiem masy ciała, a odczuwany stres z ilością wypalanych papierosów. Przeżywanie negatywnych emocji zdaje się sprzyjać powstawaniu nadmiernej masy ciała i zwiększeniu ciśnienia tętniczego, którego wzrost wiąże się także z brakiem ekspresji emocjonalnej. Z kolei odczuwany stres sprzyja ilości wypalanych papierosów.

Przeprowadzona analiza korelacyjna (za pomocą współczynników korelacji Spearmana) między obciążeniem rodzinnym i małą aktywnością fizyczną, a analizowanymi zmiennymi psychologicznymi nie ujawniła istotnych statystycznie zależności. Oznacza to, że zarówno obciążenie rodzinne, jak i mała aktywność fizyczna nie wiążą się z osobowością typu D, wzorem zachowania A i odczuwanym stresem. Sprawdzono także, z którymi zmiennymi biologicznymi wiąże się osobowość typu D (tab. 8).

Z danych zamieszczonych w tab. 8 wynika, że osoby typu D, w porównaniu z pozostałymi, wykazują istotnie wyższe ciśnienie skurczowe krwi, wyższy poziom cholesterolu całkowitego, głównie, tzw. „złego” cholesterolu, tj. frakcji LDL oraz wyższą masę ciała. Charakteryzuje je tak-

że wyższy poziom glukozy, ale w tym przypadku różnica nie jest istotna statystycznie. W przypadku pozostałych parametrów biologicznych, tj. obciążenia rodzinnego i małej aktywności fizycznej nie stwierdzono różnic w ich nasileniu w zależności od typu osobowości.

Spośród pozostałych dwóch zmiennych psychologicznych, jedynie poziom stresu różnicował nasilenie ilości wypalanych papierosów. Osoby o wysokim poziomie odczuwanego stresu wypalają więcej papierosów w porównaniu z osobami o niskim jego nasileniu ( $M=8,2$  i  $5,3$ ;  $p<0,05$ ). Wzór zachowania A nie różnicował nasilenia żadnego z analizowanych parametrów biologicznych.

### Podsumowanie i wnioski

W badanej grupie mieszkańców Łodzi zaobserwowano występowanie zarówno biologicznych, jak i psychologicznych czynników ryzyka chorób układu krążenia. Uwzględniając kryterium medyczne – duże i bardzo duże ryzyko występuje u 28% badanych. Najczęstsze czynniki ryzyka to podwyższony poziom lipidów i mała aktywność fizyczna. Dotyczą one ponad połowy badanej grupy. Są to wyniki zgodne z danymi odnoszącymi się do populacji ogólnopolskiej. Wskazują one m. in., że większość Polaków charakteryzuje się mało racjonalnym sposobem odżywiania się oraz małą aktywnością fizyczną i biernym sposobem spędzania wolnego czasu (Woynarowska, 2007). Uzyskane dane są także zbieżne z najnowszymi rezultatami dotyczącymi wiedzy na temat czynników ryzyka i zachowań z nimi związanych (Słońska, 2007). Wynika z nich, że jedynie 30% osób, i to głównie młodych i bardziej wykształconych, deklaruje prawidłowy poziom aktywności fizycznej, a wielu badanych w celu radzenia sobie ze stresem stosuje palenie papierosów (35%), jedzenie (22%) czy picie alkoholu (13%).

Według kryterium psychologiczne-

go duże zagrożenie (występują co najmniej dwa czynniki ryzyka) występuje u 53% badanych. Najbardziej powszechne jest występowanie osobowości typu D – ujawnia ją 67% badanych. Natomiast uwzględniając obydwa kryteria łącznie grupa osób najbardziej zagrożonych zachorowaniem obejmuje prawie 18% badanych.

Zmienne psychologiczne słabo wiążą się z biologicznymi czynnikami ryzyka. Istotna zależność dotyczy jedynie osobowości typu D. Wyższe nasilenie obydwu wymiarów składających się na ten typ osobowości zanotowano u osób z dużym i bardzo dużym ryzykiem zachorowania. Uzyskane przez tę grupę średnie w zakresie obydwu wymiarów typu D są także znacząco wyższe w porównaniu ze średnimi uzyskanymi w badaniach normalizacyjnych osób zdrowych i zbliżone do grupy osób z chorobami sercowo-naczyniowymi, a szczególnie z nadciśnieniem tętniczym (Juczyński, Ogińska-Bulik, w dr.). Związek ten znajduje także potwierdzenie w istotnej zależności między wymiarami osobowości typu D, a ciśnieniem skurczowym krwi.

Osobowość typu D jest aktualnie traktowana jako główny psychologiczny czynnik ryzyka chorób układu krążenia i wzrostu śmiertelności z ich powodu (Denollet, 2005; Pedersen, Denollet, 2006; Ogińska-Bulik, Juczyński, w dr.). Uzyskane wyniki badań wskazują, że osobowość typu D, łącząc się z czynnikami biologicznymi, może zwiększać ryzyko zachorowania. Nie uzyskano istotnych zależności między pozostałymi psychologicznymi czynnikami ryzyka, do jakich zaliczono wzór zachowania A i wysoki poziom stresu, a biologicznymi czynnikami ryzyka zachorowania. Może to oznaczać, że czynniki psychologicznie wpływają na zwiększenie ryzyka zachorowania niezależnie od czynników biologicznych.

Uzyskane wyniki badań wskazują na potrzebę modyfikacji niekorzystnych zachowań przejawianych przez ludzi. Dotyczy to przede wszystkim zmian w sposobie od-

żywiania się i zachęcaniu ludzi do bardziej aktywnego trybu życia. Modyfikacji powinna podlegać także osobowość typu D – w kierunku zmniejszenia nasilenia przeżywanymi emocjami oraz zwiększenia umiejętności ich ekspresji. Wprawdzie zakłada się, że osobowość typu D jest w znacznym stopniu uwarunkowana genetycznie oraz wykazuje dużą stabilność, to jednak możliwa jest jej zmiana – przynajmniej w pewnym stopniu (Pedersen, Denollet, 2006). Powinna ona polegać na zmniejszeniu skłonności do przeżywania negatywnych emocji, przede wszystkim jednak na opanowaniu umiejętności wyrażania emocji, także negatywnych, dzieleniu się nimi z innymi ludźmi, zmniejszeniu dystansu wobec innych i zwiększeniu skłonności do poszukiwania wsparcia społecznego, zwłaszcza w sytuacjach trudnych.

### Streszczenie

Celem podjętych badań była ocena występowania biologicznych i psychologicznych czynników ryzyka chorób układu krążenia oraz ustalenie zachodzących między nimi zależności. Badaniem objęto 210 osób – mieszkańców jednej z dzielnic Łodzi (80 mężczyzn i 130 kobiet), którzy uczestniczyli w Programie Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Chorób Układu Krążenia, zorganizowanego przez Urząd Miasta Łodzi i Łódzki Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Średnia wieku badanej grupy wynosiła 48,3 lat (SD=6,81). W badaniach wykorzystano Kartę Badania Lekarskiego oraz skalę DS14 do pomiaru osobowości typu D, skalę Framingham do oceny wzoru zachowania A oraz Skalę Odczuwanego Stresu. Uzyskane wyniki wykazały, że najczęściej występującymi czynnikami ryzyka są podwyższony poziom lipidów i mała aktywność fizyczna oraz osobowość typu D. Jedynie osobowość typu D wiązała się w sposób istotny ze zmiennymi biologicznymi, tj. z ciśnieniem skurczowym, poziomem cholesterolu

i masą ciała.

**Słowa kluczowe:** czynniki ryzyka, choroby układu krążenia, osobowość typu D

### Summary

The purpose of the study was the assessment of prevalence of biological and psychological risk factors of cardiovascular diseases and to find the relationship between them. The study group comprised of 210 subjects – inhabitants of one district in Łódź (80 men and 130 women). They were the participants of Prophylactic and Early Detection of Cardiovascular Diseases Programme, organized under the auspices of the local government and National Fund of Health. Physician's Examination Card, DS14 Scale to measure type D personality, Framingham Scale to assess Type A behaviour pattern, and Perceived Stress Scale were used in the study. The obtained data revealed that elevated blood lipids level, small (or lack of) physical activity and type D personality were the most frequent occurring risk factors among the examined subjects. Only type D personality was significantly related to biological variables: systolic pressure, cholesterol level and body mass.

**Key words:** risk factors, cardiovascular diseases, type D personality

### Bibliografia

1. Bętkowska-Korpała B. (2004). Rola wzoru zachowania A w prewencji wtórnej choroby niedokrwiennej serca. [W:] Wrześniewski K., Włodarczyk D. (red), Choroba niedokrwiennej serca. Gdańsk: GWP, 175-197.
2. Denollet J. (2005). DS14: Standard Assessment of Negative Affectivity, Social Inhibition and Type D Personality. *Psychosomatic Medicine*, 67, 89-97.
3. Denollet J. (1998). Personality

- and Coronary Heart Disease: The Type-D Scale-16. *Annals of Behavioral Medicine*, 20, (3), 209-215.
4. Denollet J., Dirk L., Brutsaert M.D. (1998). Personality, Disease Severity, and the Risk of Long-term Cardiac Events in Patients with a Decreased Ejection Fraction after Myocardial Infarction. *Circulation*, 97, 167-173.
  5. Denollet J., Sys S. U., Stroobant N., Rombouts H., Gillebert T. C., Brutsaert D. L. (1996). Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with Coronary Heart Disease. *The Lancet*, 347, 417-421.
  6. Denollet J., Vaes J., Brutsaert D. (2000). Inadequate Response to Treatment in Coronary Heart Disease: Adverse Effects of Type D Personality and Younger Age on 5-year Prognosis and Quality of Life. *Circulation*, 102, 630-635.
  7. Juczyński Z. (2001). Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
  8. Juczyński Z. (1989). Predyktory efektywności rehabilitacji kardiologicznej po niepowikłanym zawale serca. Lublin: KUL.
  9. Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (w druku). Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
  10. Ogińska-Bulik N. (2006). Czy osobowość sprzyja etiopatogenezie chorób? Nowe kierunki badań – osobowość typu D. *Nowiny Psychologiczne*, 2, 5-22.
  11. Ogińska-Bulik N. (2002). Modyfikacja zachowań typu A u dzieci i młodzieży. Łódź: UŁ.
  12. Ogińska-Bulik N. (2004). Osobowość typu D a występowanie chorób somatycznych. *Sztuka Leczenia*, 2, 9-16.
  13. Ogińska-Bulik N. (1998). Zachowania typu A u dzieci i młodzieży. Geneva, charakterystyka i modyfikacja. Łódź: UŁ.
  14. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (w druku). Osobowość, stres a zdrowie. Warszawa: Difin.
  15. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2004). Osobowość stresowa (typ D) a ryzyko występowania chorób układu krążenia. [W:] Kosińska-Dec K., Szewczyk L. (red), *Rozwój, zdrowie, choroba. Aktualne problemy psychosomatyki*. Warszawa: Wyd. BEL Studio, 5-17.
  16. Pedersen S., Denollet J. (2006). Is Type D Personality Here to Stay? Emerging Evidence across Cardiovascular Disease Patient Groups. *Current Cardiology Review*, 3, 205-213.
  17. Słońska Z. (2007). Polacy a choroby układu krążenia. [www.pamietajosercu.pl](http://www.pamietajosercu.pl)
  18. Słońska Z. (2004). Systemowe uwarunkowania skutecznego zapobiegania chorobie niedokrwiennej serca – wyzwania dla promocji zdrowia. [W:] Wrześniewski K., Włodarczyk D. (red), *Choroba niedokrwienność serca*. Gdańsk: GWP, 209-236.
  19. Woynarowska B. (2007). Edukacja zdrowotna. Warszawa: PWN.
  20. Wrześniewski K. (2000). Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych. [W:] Strelau J. (red), *Psychologia*, t.3. Gdańsk: GWP, 493-512.
  21. Wrześniewski K. (1993). Styl życia a zdrowie. Wzór zachowania A. Warszawa: PAN.

**Adres do korespondencji:**

Prof. dr hab. Nina Ogińska-Bulik  
Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii UŁ

91- 433 Łódź, ul. Smugowa 10/12  
[noginska@uni.lodz.pl](mailto:noginska@uni.lodz.pl)



Tab. 1. Występowanie biologicznych czynników ryzyka w badanej grupie (N=210)

<b>Czynniki ryzyka</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Palenie tytoniu	92	43,8
Nadciśnienie	32	15,2
Podwyższony poziom lipidów	114	54,3
Cukrzyca	28	13,3
Obciążenie rodzinne	101	48,1
Mała aktywność fizyczna	109	51,9
Otyłość	49	23,3

Tab. 2. Ryzyko choroby w badanej grupie (N=210)

<b>Ryzyko choroby</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Łagodne	88	41,9
Umiarkowane	63	30,0
Duże	37	17,6
Bardzo duże	22	10,5

Tab. 3. Występowanie psychologicznych czynników ryzyka chorób (N=210)

<b>Psychologiczne czynniki ryzyka chorób</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Osobowość typu D M - neg. emocj. = 14,5 (SD=5,7) M – ham. społ. =12,3 (SD=5,0)	141	67,1
Wzór zachowania A M=0,53 (SD=0,23)	101	48,1
Wysoki poziom stresu M=19,2 (SD=6,1)	80	38,1

Tab. 4. Kategorie ryzyka psychologicznych czynników ryzyka

<b>Psychologiczne czynniki ryzyka</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Brak	28	13,3
Jeden czynnik	69	32,9
Dwa czynniki	86	40,9
Trzy czynniki	27	12,9

Tab. 5. Współwystępowanie czynników ryzyka chorób układu krążenia

Medyczne ryzyko choroby	Psychologiczne czynniki ryzyka				Ogółem	
	Brak lub 1 czynnik ryzyka (N=97)		2 lub 3 czynniki ryzyka (N=113)			
	N	%	N	%	N	%
Łagodne i umiark. (N=151)	75	35,7	76	36,2	151	71,9
Duże i bardzo duże (N=59)	22	10,5	37	17,6	59	28,1
Ogółem	97	46,2	113	53,8	210	100,0

Tab. 6. Średnie wartości zmiennych psychologicznych w grupie osób o dużym i bardzo dużym oraz łagodnym i umiarkowanym ryzyku choroby

	Ryzyko choroby				T	P
	Łagodne i umiarkowane (N=151)		Duże i bardzo duże (N=59)			
	M	SD	M	SD		
Negatywna emocjonalność	14,24	6,01	16,20	4,85	-2,10	0,05
Hamowanie społeczne	11,83	5,47	13,49	3,40	-2,18	0,03
Wzór zachowania A	0,52	0,24	0,53	0,21	-0,39	Ni
Odczuwany stres	19,26	6,47	18,86	5,37	0,41	Ni

Tab. 7. Współczynniki korelacji (Pearsona) między biologicznymi czynnikami ryzyka a analizowanymi zmiennymi psychologicznymi (N=210)

	Negatywna emocjonalność	Hamowanie społeczne	Wzór zachowania A	Odczuwany stres
Ilość papierosów	0,08	0,05	-0,11	0,16*
Ciśnienie skurczowe	0,19*	0,16*	0,02	0,05
Ciśnienie rozkurczowe	0,09	0,04	0,06	0,02
Cholesterol całkowity	0,08	0,06	0,02	0,06
Cholesterol LDL	0,08	0,04	-0,01	0,07
Cholesterol HDL	0,08	-0,05	0,08	0,09
Trójglicerydy	0,01	0,10	-0,05	-0,03
Glukoza	0,14	0,13	-0,05	-0,02
BMI	0,17*	0,07	0,10	0,11

\* p<0,05

Tab. 8. Nasilenie poszczególnych parametrów biologicznych w zależności od typu osobowości

	Typ D (N=141)		Pozostali (N=69)		T	P
	M	SD	M	SD		
Ilość papierosów	6,0	8,3	7,4	9,6	-1,12	Ni
Ciśnienie skurczowe	123,9	21,1	118,2	20,1	1,86	0,05
Ciśnienie rozkurczowe	77,5	12,5	76,6	11,5	0,49	Ni
Cholesterol całkowity	209,7	53,8	195,5	34,9	2,00	0,05
Cholesterol LDL	121,1	51,1	113,8	37,3	1,85	0,05
Cholesterol HDL	61,1	18,2	59,5	13,8	0,61	Ni
Trójglicerydy	141,6	86,7	132,6	82,4	0,71	Ni
Glukoza	100,3	26,8	95,6	15,4	1,34	0,10
BMI	26,9	4,58	25,1	4,0	1,89	0,05