



Studie: Arbeitsstress und Dyslipidämie

Referenz Catalina-Romero C, Calvo E, Sánchez-Chaparro MA, et al. Der Zusammenhang zwischen Arbeitsstress und Dyslipidämie. Scand J Public Health. 2013;41(2):142-149. Design Beobachtende Querschnittsanalyse als Ergänzung zur versicherungsbasierten Kohortenstudie Ibermutuamur Cardiocular Risk Assessment (ICARIA). Teilnehmer An der Studie nahmen 73.332 berufstätige Angestellte von Versicherungsunternehmen in Spanien im Alter von 18 bis 60 Jahren teil. Ungefähr 70 % der Stichprobe waren männlich. Insgesamt 6.239 (8,5 %) berichteten über beruflichen Stress im Sinne der INTERHEART-Studie.1

Bewertete Studienparameter Arbeitsstress, Gesamtcholesterin, LDL-C, HDL-C, Triglyceride, Alter, Geschlecht, Raucherstatus, Alkoholkonsum, Fettleibigkeit, berufliches Niveau, körperliche Freizeitaktivität und Anwendung einer lipidsenkenden Therapie Primäre Ergebnismaße Bivariate und multivariable Zusammenhänge zwischen …



Referenz

Catalina-Romero C, Calvo E, Sánchez-Chaparro MA, et al. Der Zusammenhang zwischen Arbeitsstress und Dyslipidämie. *Scand J Public Health*. 2013;41(2):142-149.

Design

Beobachtende Querschnittsanalyse als Ergänzung zur versicherungsbasierten Kohortenstudie Ibermutuamur Cardiocular Risk Assessment (ICARIA).

Teilnehmer

An der Studie nahmen 73.332 berufstätige Angestellte von Versicherungsunternehmen in Spanien im Alter von 18 bis 60 Jahren teil. Ungefähr 70 % der Stichprobe waren männlich. Insgesamt 6.239 (8,5 %) berichteten über beruflichen Stress im Sinne der INTERHEART-Studie.¹

Bewertete Studienparameter

Arbeitsstress, Gesamtcholesterin, LDL-C, HDL-C, Triglyceride, Alter, Geschlecht, Raucherstatus, Alkoholkonsum, Fettleibigkeit, berufliches Niveau, körperliche Freizeitaktivität und Anwendung einer lipidsenkenden Therapie

Primäre Ergebnismaße

Bivariate und multivariable Zusammenhänge zwischen Arbeitsstress und Lipidwerten (z. B. Gesamtcholesterin, LDL-C, HDL-C, Triglyceride)

Wichtigste Erkenntnisse

Arbeitsstress war signifikant mit dem weiblichen Geschlecht, dem Alter, dem Bildungsniveau, einer „Angestelltenposition“ und Dyslipidämie verbunden, einschließlich früherer oder aktueller Diagnose einer Dyslipidämie, einer lipidsenkenden Therapie und/oder einem hohen Gesamtcholesterin- und LDL-

Wert -C und niedriges HDL-C.

Die multivariate Anpassung für Alter, Geschlecht, Raucherstatus, Alkoholkonsum, Fettleibigkeit, berufliches Niveau und körperliche Aktivität verringerte die Zusammenhänge zwischen Dyslipidämie und Arbeitsstress nicht.

Auswirkungen auf die Praxis

Diese Analyse von Catalina-Romero et al² Bietet dem Kliniker eine wichtige Erinnerung an den Beitrag von psychosozialen Stress, einschließlich beruflicher Belastung, zum kardiovaskulären Risiko. Ihre Ergebnisse bestätigen die früheren Ergebnisse der Fall-Kontroll-Studie INTERHEART, in der festgestellt wurde, dass Stress am Arbeitsplatz für 8 % des Bevölkerungsrisikos für einen ersten Myokardinfarkt (MI) verantwortlich ist.³ Die Ergebnisse von Catalina-Romero und Kollegen werden auch durch die umfangreiche Metakohortenstudie von Kivimaki und Kollegen gestützt.⁴ Dabei wurden Daten auf individueller Ebene aus 30 verschiedenen europäischen Studien kombiniert und insgesamt 197.473 Teilnehmer erfasst, von denen 15 % über berufliche Belastung berichteten. Es wurde festgestellt, dass die berufliche Belastung ein signifikanter unabhängiger Risikofaktor für koronare Erkrankungen ist und zu einem bevölkerungsbezogenen Risiko (PAR) von 3,4 % beiträgt.

Neben Stress am Arbeitsplatz sind auch andere Bereiche psychosozialen Stresses mit dem Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse verbunden. In der INTERHEART-Studie^{1,3} Geringe Kontrollfähigkeit, finanzieller Stress, schwerwiegender Stress in der Vergangenheit (z. B. Geschäftsversagen, Depression und chronischer Stress am Arbeitsplatz oder zu Hause) waren alle mit einem erhöhten MI-Risiko verbunden und machten 16 %, 11 %, 10 %, 9 % aus. bzw. 8 % des PAR für den ersten MI. Zusammengenommen trugen diese Faktoren 32,5 % zum PAR für den ersten Myokardinfarkt bei.

Um Patienten mit einem Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (das sind alle) umfassend vorsorgen zu können, sollten psychosoziale Belastungsfaktoren erfasst und idealerweise quantifiziert werden. Natürlich ist es von entscheidender Bedeutung, eine sichere therapeutische Beziehung aufzubauen, in der sich Patienten in der Lage fühlen, offen über ihren Lebensstress und den Einfluss, den dieser auf ihr Gesundheitsverhalten hat, zu sprechen. Klinische Fragebögen (d. h. „Screeener“ wie der Patient Health Questionnaire).^{5,6} und der GAD-7⁶) bieten schnelle Screening-Tools für Depressionen bzw. Angstzustände. Andere Bereiche der psychosozialen Gesundheit können durch eine detaillierte Patientengeschichte oder durch die Einbeziehung zusätzlicher Fragebögen in eine klinische Aufnahme (z. B. eine, die den Kontrollort einschließt) beurteilt werden. Der Einsatz von Instrumenten wie dem Fragebogen zur Patientengesundheit kann dazu beitragen, Beratung, kognitive Verhaltenstherapie oder andere Interventionen zu erleichtern und kann langfristig eingesetzt werden, um den therapeutischen Fortschritt sicherzustellen. In meiner Klinik bieten wir eine umfassende integrative Betreuung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen an und haben den INTERHEART-Index für psychosozialen Stress neu erstellt und in unsere Erstaufnahme aufgenommen, sodass wir kritische psychosoziale Elemente des Krankheitsrisikos schnell quantifizieren und angehen können.

Trotz der Anpassung für viele potenziell verwirrende Variablen wie körperliche Aktivität, Rauchen, Alter und Geschlecht wäre es auch interessant gewesen zu sehen, ob die Anpassung für Ernährungsverhalten und/oder Ernährungsgewohnheiten die Ergebnisse von Catalina-Romero und Kollegen beeinflusst hätte. Die Einbeziehung von Ernährungspraktiken hätte wahrscheinlich das Ausmaß der Zusammenhänge zwischen Arbeitsbelastung und lipidbedingtem Risiko verringert, da psychosozialer Stress und Arbeitsbelastung insbesondere mit einer erhöhten Aufnahme energiereicher Lebensmittel und einer geringeren Aufnahme von Obst und Gemüse in Verbindung gebracht wurden.⁷ Wenn wir soziale Prädiktoren für einen erhöhten

Verzehr von Obst und Gemüse und Kenntnisse über gesunde Ernährung berücksichtigen, erweisen sich eine höhere Selbstwirksamkeit und mehr soziale Unterstützung als von entscheidender Bedeutung.^{8,9} Das Verständnis dieser Mitwirkenden bietet dem Kliniker zahlreiche Möglichkeiten, das Gesundheitsverhalten zu beeinflussen. In der klinischen Praxis sind soziale Unterstützung und Aufklärung über gesunde Ernährungsgewohnheiten sowie die Förderung von Ernährungsumstellungen möglich. Die verfügbaren Erkenntnisse deuten darauf hin, dass integrative Praktiker wie etwa Naturheilärzte in der Lage sind, das Verhalten, einschließlich der Ernährungspraktiken, bei Patienten mit erhöhtem Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verbessern.^{10,11}

Bemerkenswert ist, dass der Aufbau von Selbstvertrauen zur Verhaltensänderung und die Förderung der Effektivität am Arbeitsplatz und zu Hause für Patienten mit beruflicher Belastung und einem sehr geringen Maß an Kontrolle am Arbeitsplatz eine Herausforderung darstellen kann. Unterdrückung am Arbeitsplatz fördert den Selbstvertrauensverlust und schränkt die Selbstwirksamkeit grundlegend ein. Dennoch kann nicht jeder den Arbeitgeber oder die Position wechseln. Dieses Szenario erfordert zusätzliche Unterstützung des Patienten und häufig ein spezifisches kognitives Verhaltenstraining, um sich wieder an den Aktivitäten des täglichen Lebens zu beteiligen und Aktivitäten zu fördern, bei denen der Patient eine höhere Kontrolle behalten kann. Da soziale Unterstützung ein wichtiger Indikator für einen erhöhten Verzehr von Obst und Gemüse ist, ist die Gründung einer Selbsthilfegruppe für Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder eines Gruppenkochkurses für mediterrane Ernährung eine unterhaltsame und effiziente Möglichkeit, Aufklärung und soziale Unterstützung zu bieten und die Selbstwirksamkeit in einem einzigen Eingriff zu steigern.

Die Identifizierung und Behandlung psychosozialer Risikofaktoren ist für die ganzheitliche Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und die Prävention von Herz-Kreislauf-

Erkrankungen notwendig. Wie Catalina-Romero et al. gezeigt haben, sind Ernährung und Gesundheitserziehung zwar wichtige Elemente zur Risikominderung, doch auch externe Faktoren wie Arbeitsbelastung wirken sich stark auf das Risiko aus. Darüber hinaus erstreckt sich die berufliche Belastung bei vielen Menschen auch auf Verhaltensweisen außerhalb des Arbeitsplatzes und kann sich direkt negativ auf das Krankheitsrisiko auswirken. Obwohl es am Arbeitsplatz zunehmend darauf ankommt, den Mitarbeitern Zugang zu gesünderen Nahrungsmitteln zu verschaffen, besteht paradoxerweise eine wirksamere Intervention am Arbeitsplatz darin, ein Arbeitsumfeld zu schaffen, in dem sich die Mitarbeiter vertrauenswürdig und wertgeschätzt fühlen und die Freiheit haben, ihre Arbeitsaufgaben ohne Unterdrückung zu erfüllen.

1. Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S. et al. Auswirkung potenziell modifizierbarer Risikofaktoren im Zusammenhang mit Myokardinfarkt in 52 Ländern (INTERHEART-Studie): Fall-Kontroll-Studie. *Lancette*. 2004;364(9438):937-952.
2. Catalina-romero C, Calvo E, Sánchez-chaparro MA, et al. Der Zusammenhang zwischen Arbeitsstress und Dyslipidämie. *Scand J Public Health*. 2013;41(2):142-149.
3. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, et al. Zusammenhang psychosozialer Risikofaktoren mit dem Risiko eines akuten Myokardinfarkts in 11.119 Fällen und 13.648 Kontrollpersonen aus 52 Ländern (INTERHEART-Studie): Fall-Kontroll-Studie. *Lancette*. 2004;364(9438):953-962.
4. Kivimäki M, Nyberg ST, Batty GD, et al. Arbeitsbelastung als Risikofaktor für koronare Herzkrankheit: eine kollaborative Metaanalyse individueller Teilnehmerdaten. *Lancette*. 2012;380(9852):1491-1497.
5. Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL, Williams JB, Berry JT,

- Mokdad AH. Der PHQ-8 als Maß für die aktuelle Depression in der Allgemeinbevölkerung. *J Affektstörung*. 2009;114(1-3):163-173.
6. Löwe B, Decker O, Müller S, et al. Validierung und Standardisierung des Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in der Allgemeinbevölkerung. *Medizinische Versorgung*. 2008;46(3):266-74.
 7. Payne N, Jones F, Harris PR. Der Einfluss von Arbeitsbelastung auf die Vorhersagevalidität der Theorie des geplanten Verhaltens: eine Untersuchung von Bewegung und gesunder Ernährung. *Br J Gesundheitspsychol*. 2005;10(Pt 1):115-131.
 8. Shaikh AR, Yaroch AL, Nebeling L, Yeh MC, Resnicow K. Psychosoziale Prädiktoren des Obst- und Gemüsekonsums bei Erwachsenen, eine Überprüfung der Literatur. *Bin J Vorheriges Med*. 2008;34(6):535-543.
 9. Watters JL, Satia JA, Galanko JA. Zusammenhänge psychosozialer Faktoren mit dem Verzehr von Obst und Gemüse bei Afroamerikanern. *Public Health Nutr*. 2007;10(7):701-711.
 10. Bradley R, Sherman KJ, Catz S, et al. Begleitende naturheilkundliche Versorgung bei Typ-2-Diabetes: Patientenberichte und klinische Ergebnisse nach einem Jahr. *BMC Komplement Altern Med*. 2012;12:44.
 11. Seely D, Szczurko O, Kieran C, et al. OA07.02. Naturheilmittel zur Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen: eine pragmatische randomisierte klinische Studie. *BMC Komplement Altern Med*. 2012;12(Suppl 1):O26.

Besuchen Sie uns auf: natur.wiki