

¹Kliniczny Oddział Kardiologii, Świętokrzyskie Centrum Kardiologii, Kielce

²Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Kielce

³Wojewódzka Poradnia Kardiologiczna, Świętokrzyskie Centrum Kardiologii, Kielce

⁴Oddział Kardiochirurgii, Świętokrzyskie Centrum Kardiologii, Kielce

Stan wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego i jego powikłań w populacji ogólnej województwa świętokrzyskiego

State of knowledge about hypertension and its complications in population of swietokrzyskie province

Summary

Background Arterial hypertension (HA) is one of the most frequent cardiovascular diseases. The aim of the study was to assess the state of knowledge about frequency, diagnosis and complications in adult population of swietokrzyskie province.

Material and methods The study group consisted of 301 people in average age of 36.9 ± 9.6 yrs old, including 163 women (54.2%) and 138 men (45.8%). We performed random recruitment from general adult population and the original questionnaire form of data collecting.

Results In matter of frequency of HA in Poland, 60.1% women *vs* 59.4% men answered incorrectly. Impact of HA on cardiovascular diseases development: hypertensive men answered correctly the most frequently (cerebral infarct 85.2%, coronary artery disease 70.4%, heart failure 100%). 22.5% men and 8% women claimed that HA is not coronary artery disease risk factor. Men *vs* women — blood pressure limit in diagnosing HA: 33.3% *vs* 11.6% answered correctly; 38.2% *vs* 31.3% in age 31–50 answered correctly the most frequently among age subgroups, in age group 18–30 only 10.0% *vs* 5.6%. Normotensives *vs* hypertensives answered correctly more frequently regardless gender.

Conclusions Knowledge about blood pressure limit in diagnosing HA is poor, nevertheless generally men know better than women and people over 30 yrs old know better

than younger people. Knowledge about role of HA in cardiovascular complications and organ damage is satisfying regardless gender and HA anamnesis. Diagnosis of HA is not related to state of knowledge about HA and its complications.

key words: hypertension, blood pressure, cardiovascular disease, frequency of hypertension, Polish population
Arterial Hypertension 2013, vol. 17, no 3, pages: 212–220

Wstęp

Nadciśnienie tętnicze (HA, *arterial hypertension*) jest jedną z najczęściej występujących chorób układu krążenia i stanowi istotny problem społeczny w krajach uprzemysłowionych. Choroba ta należy do najważniejszych czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca, niewydolności serca, niewydolności nerek i udaru mózgu. Wykazano, że u chorych w wieku od 40 do 70 lat wzrost ciśnienia skurczowego o 20 mm Hg lub rozkurczowego o 10 mm Hg podwaja ryzyko chorób sercowo-naczyniowych, a globalne ryzyko zgonu z powodu chorób układu krążenia jest 3–5-krotnie wyższe u chorych na nadciśnienie tętnicze w porównaniu do osób z prawidłowymi wartościami ciśnienia tętniczego (BP, *blood pressure*) [1].

Aktualne dane na temat rozpowszechnienia HA w Polsce pochodzą z 2011 r. (badanie NATPOL

Adres do korespondencji: lek. Łukasz Dobaj
I Kliniczny Oddział Kardiologii
Świętokrzyskie Centrum Kardiologii
ul. Grunwaldzka 45, 25–736 Kielce
tel.: (41) 367–13–92, faks: (41) 36–71–396
e-mail: lukasz.dobaj@gmail.com

 Copyright © 2013 Via Medica, ISSN 1428–5851

2011) [2]. Według rejestru NATPOL 2011 częstość występowania HA w populacji dorosłych Polaków wynosi 32%, co oznacza, że na HA aktualnie choruje 10,5 mln osób powyżej 18. rż., w tym 9,5 mln to osoby w wieku 18–79 lat i blisko 1 mln to osoby w wieku 80 lat i wyżej [2]. Porównując wyniki badań NATPOL z edycji 2002 i 2011, o 3% zwiększył się odsetek chorych na HA — z 29 do 32%, przy jednoczesnym wzroście odsetka chorych leczonych skutecznie — z 12% do 26% [2, 3]. Wzrosła zatem zarówno wykrywalność, jak i skuteczność leczenia HA w Polsce w ciągu ostatniej dekady.

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (PTNT) z 2011 r., podstawą rozpoznania HA jest prawidłowo wykonany pośredni pomiar BP. Nadciśnienie tętnicze można rozpoznać, jeśli średnie wartości BP (wyliczone co najmniej z dwóch pomiarów dokonanych podczas co najmniej dwóch różnych wizyt), są równe lub wyższe niż 140 mm Hg dla ciśnienia skurczowego (SBP, *systolic blood pressure*) i/lub 90 mm Hg dla ciśnienia rozkurczowego (DBP, *diastolic blood pressure*) [4].

Rozwojowi HA można zapobiegać przede wszystkim przez wpływ na warunki środowiska, a zwłaszcza styl życia osób zagrożonych rozwojem schorzenia. Prozdrowotna modyfikacja stylu życia powinna być ukierunkowana zarówno na osoby, u których jeszcze nie doszło do rozwoju choroby (prewencja pierwszorzędowa), jak i na te, u których HA już zostało rozpoznane (prewencja drugorzędowa). Działania z zakresu prewencji wtórnej wczesnej (drugorzędowej) zmierzają do zwiększenia wykrywalności HA. Ich istota polega przede wszystkim na możliwie wczesnym rozpoznaniu choroby w bezobjawowym okresie, w którym nie występują powikłania HA. Ze względu na niską wykrywalność HA w Polsce zaleca się, aby przesiewowymi pomiarami objąć wszystkie osoby dorosłe, u których pomiary BP powinny być wykonywane przynajmniej raz w roku, niezależnie od wcześniejszych wartości. Działania z zakresu pierwotnej prewencji celowanej HA powinny być skoncentrowane na następujących grupach ryzyka:

1. osoby z rodzinnym obciążeniem chorobami układu krążenia, szczególnie wczesne występowanie w rodzinie choroby niedokrwiennej serca lub innych chorób na podłożu miażdżycy (u kobiet < 65. rż., u mężczyzn < 55. rż.);
2. osoby z cukrzycą lub współistniejącą chorobą nerek;
3. osoby z przynajmniej dwoma klasycznymi czynnikami ryzyka chorób sercowo-naczyniowych;
4. osoby z BP \geq 130/85 mm Hg [4].

Programy edukacyjne powinny podkreślać znaczenie prawidłowo wykonanego samodzielnego po-

miaru BP. Pomiary domowe pozwalają wyeliminować efekt „białego fartucha”, zwiększają motywację pacjenta do leczenia, pozwalają na prawidłową ocenę odpowiedzi na terapię hipotensyjną, jednak w warunkach polskich wymagają aktywnego rozpropagowania. W trakcie zajęć należy przekazać informacje dotyczące zarówno techniki pomiaru, jak i najczęstszych błędów prowadzących do zafalszowania wyników. Zapisywanie wartości BP, najlepiej w formie graficznej, może ułatwić współpracę chorego z lekarzem [5]. Dotychczasowe doświadczenia ośrodków polskich i zagranicznych wskazują, że edukacja pacjentów z HA prowadzi do lepszej kontroli BP, uzyskania pożądanego efektu hipotensyjnego przy stosowaniu mniejszej liczby i niższych dawek leków, zmniejszenia ryzyka rozwoju powikłań sercowo-naczyniowych oraz zmniejszenia umieralności spowodowanej chorobami układu krążenia chorych z grupy wysokiego ryzyka [6, 7].

W województwie świętokrzyskim w 2011 r. z inicjatywy wojewody świętokrzyskiego przeprowadzono kampanię edukacyjną, zatytułowaną „Z sercem, dla serca”, w której propagowana była idea zdrowego stylu życia i badań profilaktycznych. Została ona zainicjowana, ponieważ w województwie świętokrzyskim statystycznie co drugi mieszkaniec umiera z powodu chorób układu krążenia, natomiast co piąty na choroby nowotworowe, co ósmy ginie w wypadku komunikacyjnym.

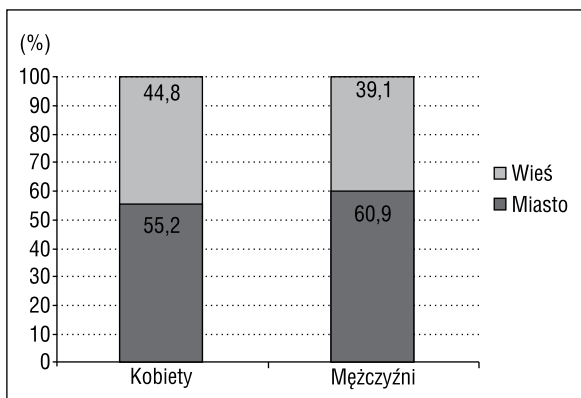
Cel prezentowanej pracy stanowiła ocena stanu wiedzy na temat rozpowszechnienia, zasad rozpoznawania oraz powikłań nadciśnienia tętniczego wśród dorosłych osób z województwa świętokrzyskiego.

Materiał i metody

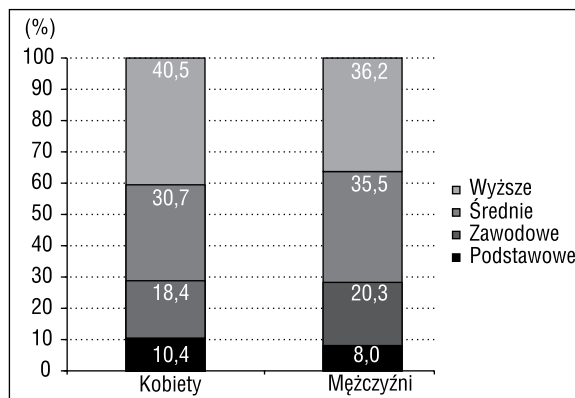
Badanie zostało przeprowadzone z zastosowaniem metody sondażu diagnostycznego za pomocą autorskiego kwestionariusza ankietowego. W jego skład wchodziły pytania otwarte oraz testowe zamknięte (jednokrotnego wyboru), dotyczące danych demograficznych (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie) oraz pytania testowe dotyczące rozpowszechnienia, klasyfikacji, następstw oraz profilaktyki HA.

W celu uzyskania odpowiedniej liczbowo losowej próby badanej, jako miejsca rekrutacji osób badanych wybrano siedziby urzędów publicznych. Do badania włączano wyłącznie osoby \geq 18. rż. Osoby badane, po wyrażeniu świadomej zgody na uczestnictwo w badaniu, proszono o wypełnienie kwestionariusza ankietowego.

Zebrany materiał został opracowany za pomocą licencjonowanego arkusza kalkulacyjnego Microsoft



Rycina 1. Podział grupy badanej ze względu na miejsce zamieszkania
Figure 1. Distribution of study group due to a dwelling place



Rycina 2. Podział grupy badanej ze względu na wykształcenie
Figure 2. Distribution of study group due to education

Excel. Materiału nie analizowano pod kątem istotności statystycznej dla różnic w poziomie wiedzy w zależności od wieku, płci, rozpoznania nadciśnienia tętniczego. Z uwagi na zastosowane metody badawcze oparte na systemie sondażowo-ankietowym, w analizie wyników skupiono się na procentowym porównaniu wybranych podgrup respondentów pod kątem konkretnych zagadnień i odniesieniu do analogicznych danych dostępnych w piśmiennictwie naukowym.

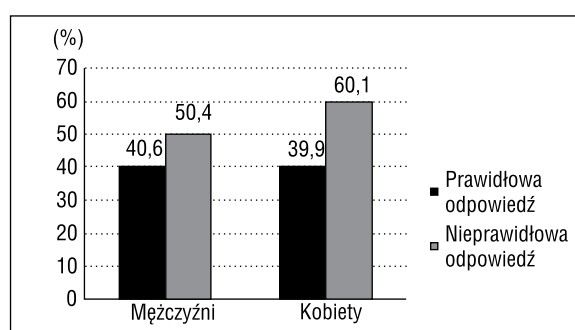
Wyniki

Charakterystyka ankietowanej grupy

W badaniu wzięło udział łącznie 301 osób, w tym 163 kobiety i 138 mężczyzn, co procentowo stanowiło odpowiednio 54,2% i 45,8% grupy badanej. Średni wiek respondentów wynosił $36,9 \pm 12,9$ roku, odpowiednio dla kobiet $30,2 \pm 9,6$ roku i dla mężczyzn $44,8 \pm 11,9$ roku. Zakres wieku dla całej grupy badanej wynosił od 18 do 68 lat. Większość ankietowanych (odpowiednio 55,2% kobiet i 60,9% mężczyzn) pochodziła ze środowiska miejskiego, natomiast w zakresie wykształcenia najwięcej osób badanych (40,5% kobiet oraz 36,3% mężczyzn) zadeklarowało wykształcenie wyższe (ryc. 1 i ryc. 2). Czterdzieści jeden osób zadeklarowało, że rozpoznawano u nich HA (13,6% grupy badanej). W podgrupie kobiet HA rozpoznawano u 14 pań (8,6%), zaś w podgrupie mężczyzn u 27 panów (19,6%).

Wiedza na temat rozpowszechnienia nadciśnienia tętniczego w Polsce

Zarówno w podgrupie kobiet, jak i mężczyzn ponad połowa ankietowanych odpowiadała nieprawidłowo na pytanie o częstość występowania



Rycina 3. Wiedza na temat rozpowszechnienia nadciśnienia tętniczego w Polsce

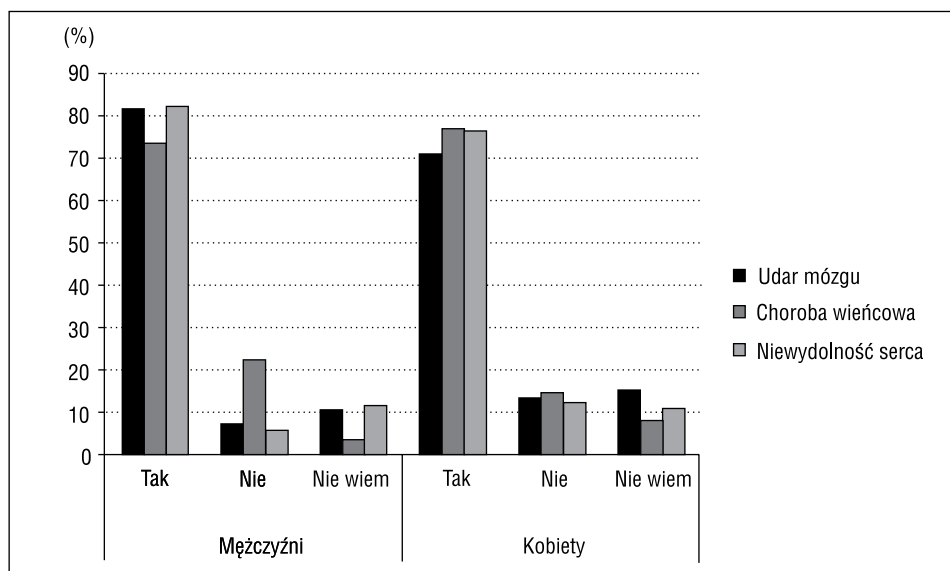
Figure 3. Knowledge about frequency of arterial hypertension in Poland

HA w Polsce (odpowiednio 60,1%, czyli 98 kobiet, i 59,4%, czyli 82 mężczyzn), z zauważalną tendencją do zawyżania (ryc. 3).

Wiedza na temat wpływu nadciśnienia tętniczego na rozwój wybranych chorób układu sercowo-naczyniowego: udaru mózgu, choroby wieńcowej, niewydolności serca

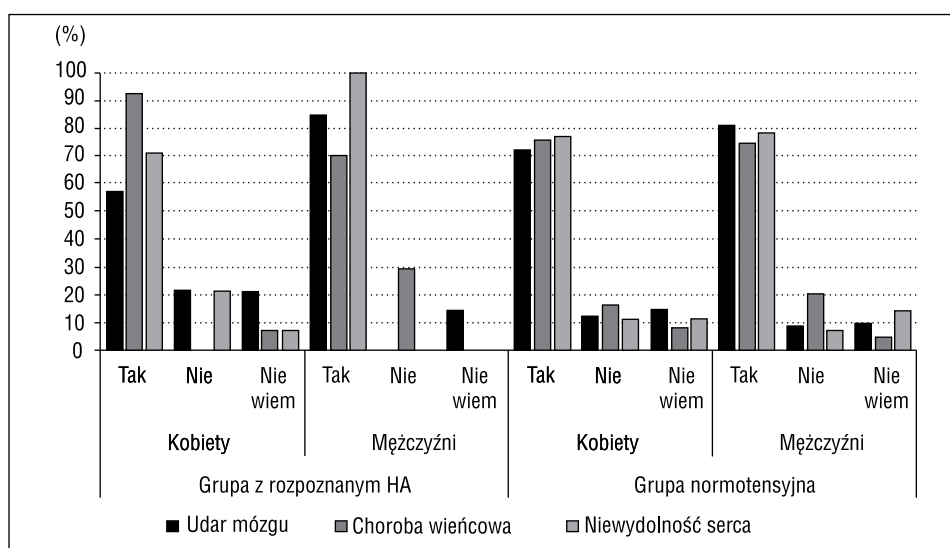
Zarówno w podgrupie kobiet, jak i w podgrupie mężczyzn większość ankietowanych (powyżej 70% osób w obu podgrupach) udzieliło prawidłowych odpowiedzi, właściwie wskazując HA jako czynnik ryzyka rozwoju wymienionych chorób. Poziom niewiedzy na temat HA jako czynnika ryzyka rozwoju udaru mózgu i niewydolności serca był porównywalny w obu podgrupach i nie przekroczył 15,5% osób. Natomiast w podgrupie mężczyzn 31 respondentów (22,5%) uznało, że HA nie jest czynnikiem ryzyka rozwoju choroby wieńcowej, w porównaniu do 24 osób (8%) w podgrupie kobiet (ryc. 4).

W podgrupie z rozpoznaniem HA wszyscy mężczyźni prawidłowo wskazali HA jako czynnik ryzyka



Rycina 4. Wiedza na temat wpływu nadciśnienia tętniczego na rozwój chorób układu sercowo-naczyniowego

Figure 4. Knowledge about impact of arterial hypertension on cardiovascular diseases development



Rycina 5. Wiedza na temat wpływu nadciśnienia tętniczego na rozwój chorób sercowo-naczyniowych w grupie chorych normotensyjnych i z rozpoznaniem HA

Figure 5. Knowledge about impact of arterial hypertension on cardiovascular diseases development in normotensive and hypertensive group

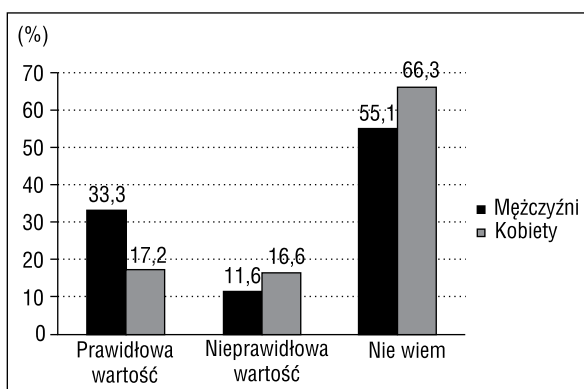
ka rozwoju niewydolności serca, podobnie 13 kobiet (92,9%) w podgrupie z rozpoznaniem HA udzieliło prawidłowej odpowiedzi dla choroby wieńcowej. Najwyższym stopniem świadomości wykazali się mężczyźni w podgrupie z rozpoznaniem HA na tle wszystkich innych podgrup: 23 prawidłowych odpowiedzi dla udaru mózgu (85,2%), 19 (70,4%) dla choroby wieńcowej oraz 27 (100%) dla niewydolności serca (ryc. 5).

Wiedza na temat wartości granicznych ciśnienia tętniczego w rozpoznawaniu nadciśnienia tętniczego

W podgrupie mężczyzn — w stosunku do podgrupy kobiet — więcej osób udzieliło odpowiedzi prawidłowej (46 v. 28 osób, procentowo 33,3% v. 11,6%), podobnie jak w przypadku odpowiedzi nieprawidłowych (16 v. 27 osób, procentowo 11,6% v. 16,6%). Więcej kobiet w stosunku do mężczyzn

udzieliło odpowiedzi „NIE WIEM” (108 *v.* 76 osób, odsetkowo 66,3% *v.* 55,1%). Opisywane wyniki przedstawia ryc. 6.

W zakresie podziału na wiek wyszczególniono następujące podgrupy wiekowe: 18–30 lat, 31–50 lat oraz 51–68 lat. Najwięcej prawidłowych odpowiedzi udzieliły osoby w wieku 31–50 lat zarówno w podgrupie kobiet, jak i mężczyzn [odpowiednio 20 na 64 osoby (31,3%) i 26 na 68 osób (38,2%)]. W podgrupie osób w wieku 51–68 lat prawidłowych odpowiedzi udzieliła porównywalna liczba kobiet i mężczyzn [odpowiednio 3 na 9 (11,1%) kobiet i 25 na 50 (50,0%) mężczyzn]. Więcej kobiet niż mężczyzn

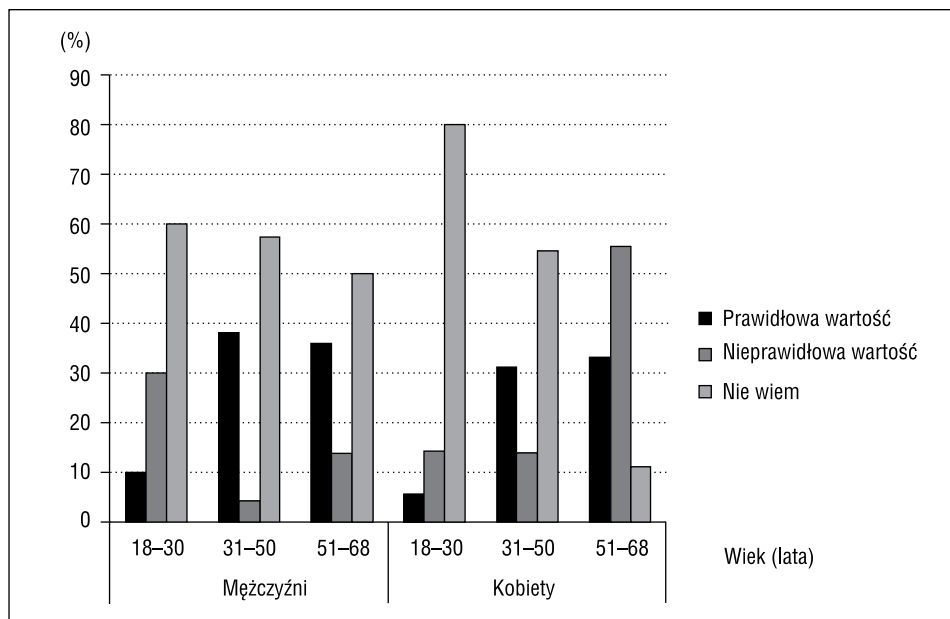


Rycina 6. Wiedza na temat wartości granicznych BP w rozpoznawaniu nadciśnienia tętniczego

Figure 6. Knowledge about BP limit in diagnosing arterial hypertension

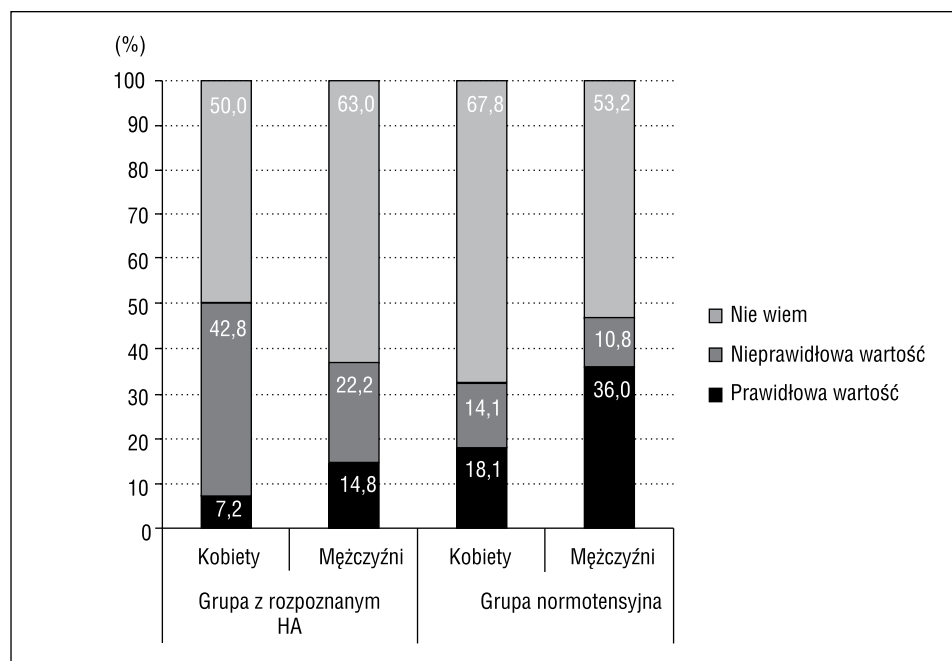
udzieliło natomiast odpowiedzi nieprawidłowej [5 na 9 (55,6%) *v.* 7 na 50 (14,0%)]. Liczba odpowiedzi prawidłowych w podgrupie osób > 30. rz. przewyższała liczbę prawidłowych odpowiedzi w młodszej podgrupie wiekowej (18–30 lat) bez względu na płeć [odpowiednio w podgrupie kobiet: 23 na 73 (31,5%) *v.* 5 na 90 (5,6%); oraz w podgrupie mężczyzn: 44 na 120 (36,7%) *v.* 2 na 20 (10,0%)]. Jedynie 5 na 90 (5,6%) kobiet i 2 na 20 (10,0%) mężczyzn udzieliło w podgrupie 18–30 lat właściwej odpowiedzi. Istotnie duża liczba osób w tej podgrupie, niezależnie od płci, zadeklarowała brak wiedzy na zadany temat: odpowiednio 72 na 90 kobiet (80%) i 12 na 20 mężczyzn (60%) (ryc. 7).

W podgrupie normotensyjnej, w porównaniu do podgrupy z rozpoznaniem HA, udzielono łącznie więcej prawidłowych odpowiedzi niezależnie od płci [odpowiednio w podgrupie kobiet: 27 na 149 (18,1%) *v.* 1 na 14 (7,2%); oraz w podgrupie mężczyzn: 40 na 111 (36,0%) *v.* 4 na 27 (14,8%)]. Mężczyźni normotensyjni ponad dwukrotnie częściej udzielali prawidłowej odpowiedzi w porównaniu do mężczyzn z HA (36,0% *v.* 14,8%). W podgrupie kobiet różnica była podobna (odpowiednio 18,1% i 7,2%). Blisko dwukrotnie więcej mężczyzn niż kobiet udzieliło prawidłowej odpowiedzi niezależnie od wartości BP [44 na 138 (31,8%) *v.* 28 na 163 (17,8%)]. Ze wszystkich podgrup najwięcej odpowiedzi nieprawidłowych udzieliły kobiety z podgrupy z rozpoznaniem HA [6 na 14 (42,9%)]. Opisywane wyniki przedstawia rycina 8.



Rycina 7. Wiedza na temat wartości granicznych BP w rozpoznawaniu nadciśnienia tętniczego w poszczególnych grupach wiekowych

Figure 7. Knowledge about BP limit in diagnosing arterial hypertension in age groups



Rycina 8. Wiedza na temat granicznych wartości BP w rozpoznawaniu nadciśnienia tętniczego u pacjentów normotensyjnych i z rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym

Figure 8. Knowledge about BP limit in diagnosing arterial hypertension due to hypertension anamnesis

Dyskusja

W badanej populacji liczbowo nieznacznie przeważały kobiety. Zarówno w podgrupie kobiet, jak i mężczyzn nieznacznie przeważały osoby pochodzące z terenów miejskich (odpowiednio 55% i 61% osób badanych). Jedna na trzy ankietowane osoby deklarowała wykształcenie wyższe; procent osób z wykształceniem wyższym lub średnim wynosił 70%. Na podstawie charakterystyki demograficznej można wnioskować, że poziom wykształcenia respondentów nie powinien limitować stanu wiedzy na zadane pytania.

Najnowsze badanie NATPOL 2011 wykazało, iż liczba osób chorujących na HA jest wyższa o 3% niż dekadę wcześniej. Aktualnie szacowany odsetek chorych wynosi około 32% dorosłych Polaków. W przedstawianym badaniu odsetek osób chorych na HA był ponad dwukrotnie mniejszy i wynosił 13%. Z uwagi na sondażowo-ankietowy charakter badania można podejrzewać, że mogło nastąpić niedoszacowanie liczby chorych na HA w związku z nieświadomością choroby, niechęcią do przyznania się do niej lub niechęcią podjęcia leczenia bądź negacją uznania HA za chorobę, co względnie często obserwowane jest podczas prowadzenia wywiadu lekarskiego w praktyce klinicznej. Jednym z czynników predysponujących do HA jest płeć męska, co potwierdziło się w badaniu własnym, gdyż odsetek mężczyzn chorych na

HA wynosił 19%, natomiast kobiet o ponad połowę mniej — 8%.

Na podstawie analizy uzyskanych wyników można stwierdzić, iż wiedza ankietowanych na temat rozpowszechnienia HA w Polsce nie jest zadowalająca. Poprawność odpowiedzi na to pytanie u kobiet i u mężczyzn była jednakowa i wynosiła 40%. Badania o zbliżonej tematyce przeprowadziła Grabowska i wsp. [8], wykazano, że rozpowszechnienie HA w Polsce prawidłowo wskazała połowa badanych (50%). Wyższy odsetek odpowiedzi prawidłowych w pracy Grabowskiej może wynikać z faktu, iż grupę docelową stanowiły osoby pierwotnie edukowane i zorientowane medycznie (wyższe studia pielęgniarstwa) [8].

Osoby badane poproszono o wskazanie w badaniu ankietowym powikłań, które mogą wystąpić w przebiegu HA. Na podstawie analizy uzyskanych wyników w badanej grupie zdecydowana większość respondentów, tj. w przypadku kobiet 77%, a w przypadku mężczyzn 74%, miała świadomość, że HA stanowi jeden z najważniejszych czynników ryzyka miażdżycy i choroby niedokrwiennej serca. Niepokojący jest fakt, że aż 23% kobiet i 26% mężczyzn nie zdawało sobie sprawy z istnienia związku między chorobami, ponadto mężczyźni częściej niż kobiety uważali, że HA nie jest czynnikiem ryzyka choroby wieńcowej.

W odpowiedzi na pytanie dotyczące HA jako czynnika ryzyka predysponującego do rozwoju niewydolności serca, ankietowani w większości od-

powiedzieli twierdząco, udzielając tym samym poprawnej odpowiedzi (82% mężczyzn w porównaniu do 77% kobiet). Analizując wiedzę dotyczącą świadomości ryzyka udaru mózgu jako powikłania HA, również zanotowano wysoki odsetek odpowiedzi prawidłowych: odpowiednio 82% dla mężczyzn i 71% w populacji kobiet.

Większość odpowiedzi na wyżej postawione pytanie była prawidłowa. Udzielane odpowiedzi nie były zróżnicowane ze względu na płeć. Bardzo podobne wyniki w swojej pracy przedstawia Grabowska, u której średnio co trzecia osoba wskazała poprawną odpowiedź [8]. Uczestnicy prezentowanego badania uznawali podwyższone wartości BP za czynnik ryzyka chorób sercowo-naczyniowych pod postacią choroby niedokrwiennej serca, niewydolności serca czy udaru mózgu.

Dane na temat wpływu HA na rozwój chorób sercowo-naczyniowych przedstawiła również Ołtarzewska i wsp. Wśród 132 osób w średnim wieku zamieszkujących tereny wiejskie 95% wskazało HA jako czynnik ryzyka rozwoju chorób sercowo-naczyniowych, zaś tylko 1% osób odpowiedziało przeciwnie [9]. Tak korzystne wyniki mogły wynikać z faktu, że osoby badane znajdowały się w grupie edukowanej pod kątem ryzyka sercowo-naczyniowego; lokalny ośrodek zdrowia uczestniczył m.in. w „Projekcie 400 Miast”. Podobnie wysoki poziom wiedzy prezentowały osoby badane przez Kossaka i wsp., w tej pracy odsetek osób świadomych wpływu HA na rozwój chorób sercowo-naczyniowych wynosił nawet 98% [10]. W pracy Zawadzkiego i wsp. w odpowiedzi na pytanie o najczęstsze powikłania HA osoby ankietowane wskazały kolejno: zawał serca (93%), udar mózgu (78%), chorobę wieńcową (68%) [11].

Znajomością granicznych wartości BP przy rozpoznawaniu HA wykazało się 33% mężczyzn i jedynie 18% kobiet. Jest to znacząca różnica, która w tym przypadku wskazuje na wyższą świadomość mężczyzn w badanym zakresie. Badania o zbliżonej tematyce przedstawił Gaciong [12], który na podstawie danych z „Narodowego Testu Zdrowia Polaków” stwierdził, że nieco większą wiedzę na temat znajomości wartości HA miały kobiety, a więc odmiennie niż w prezentowanej analizie, w której wiedza mężczyzn na ten temat okazała się większa. Niepokojący jest fakt, że aż 55% mężczyzn oraz 66% kobiet wskazało w ankiecie, iż nie mają wiedzy na temat granicznych wartości BP, powyżej których rozpoznawane jest HA, pozostała grupa badanych nieprawidłowo zaklasyfikowała podane przez siebie wartości. W badaniu WOBASZ jedynie 14% mężczyzn i kobiet znało graniczne wartości BP, powyżej

których rozpoznajemy HA, natomiast 42% mężczyzn i 41% kobiet podało graniczne wartości BP, które odpowiadały pierwszemu stopniowi w klasyfikacji HA według *European Society of Cardiology* (ESC) oraz odpowiednio 8% mężczyzn i 6% kobiet podało wartości, które odpowiadały II i III stopniowi HA [13]. Z kolei w pracy Zawadzkiego i wsp. wiedza w tym zakresie okazała się większa — 49% ankietowanych wskazało prawidłowe wartości graniczne dla rozpoznania HA, w tym porównywalny odsetek kobiet (50%) i mężczyzn (47%). Grupą badaną w tej pracy byli jednak studenci uczelni wyższych o profilu medycznym [11].

W analizie uzyskanych wyników w poszczególnych grupach wiekowych jedynie 10% młodych mężczyzn, tzn. w wieku 18–30 lat, znało prawidłową wartość graniczną BP, od której rozpoznawane jest HA. Jednocześnie w tej samej grupie wiekowej aż 60% badanych nie miało na ten temat żadnej wiedzy, zaś 30% nieprawidłowo sklasyfikowało podane wartości. Jeszcze gorzej sytuacja przedstawia się wśród kobiet w tej grupie wiekowej, gdyż tylko 5% udzieliło prawidłowej odpowiedzi, natomiast 80% zadeklarowało brak wiedzy na ten temat i 14% nieprawidłowo zaklasyfikowało podane przez siebie wartości. Osoby badane w starszych przedziałach wiekowych uzyskały lepsze wyniki. W grupie wiekowej 31–50 lat prawidłowej odpowiedzi udzieliło odpowiednio 38% mężczyzn i 31% kobiet, podobny trend utrzymywał się w najstarszej grupie ankietowanych (51–68 lat) — odpowiednie wartości wynosiły 36% w populacji mężczyzn i 33% w populacji kobiet dla poprawnych odpowiedzi.

Wyniki dotyczące wiedzy na temat granicznych wartości BP w populacji osób z rozpoznaniem HA, w porównaniu do grupy normotensyjnej, były dość zaskakujące, gdyż niemal dwukrotnie większy odsetek prawidłowych odpowiedzi zaobserwowano w populacji osób normotensyjnych — odpowiednio 18% w grupie kobiet i 36% w grupie mężczyzn. Niepokojąco wysoki jest odsetek osób w grupie z rozpoznaniem HA, zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, które podawały nieprawidłowe wartości BP bądź wskazały się zupełną niewiedzą na ten temat. Wydaje się naturalne, że wiedza osób chorujących na HA powinna być większa w zakresie znajomości wartości granicznych, jak i wartości celów terapeutycznych podczas terapii lekami hipotensyjnymi. Powinna ona wynikać z podstawowego zasobu informacji, jaki otrzymują wszyscy pacjenci z rozpoznaniem i skutecznie leczonym HA.

W badanej populacji wiedza na temat znaczenia HA jako czynnika ryzyka rozwoju choroby niedokrwiennej serca, niewydolności serca czy udaru

mózgu, zarówno w grupie osób z rozpoznaniem HA, jak i w populacji osób normotensyjnych, jest zadowolająca. Nieco wyższy odsetek prawidłowych odpowiedzi zanotowano wśród mężczyzn.

Wiedza badanej populacji na temat HA obrazuje niezadowolający stan wiedzy ogółu społeczeństwa. Dlatego też Autorzy postulują, aby niezależnie od kontynuowania realizowanych w Polsce od kilku lat zintegrowanych, nowoczesnych kampanii edukacyjnych, takich jak Narodowy Program „POLKARD” czy „Projekt 400 Miast” [14, 15], dodatkowo uwzględnić problemy epidemiologii chorób układu krążenia w programach nauczania wszystkich polskich uczelni. Doświadczenia wielu krajów wykazały bowiem bezsprzecznie, iż w stosunku do poniesionych w przyszłości kosztów ewentualnego leczenia, nowoczesna prewencja jest działaniem wysoce bardziej skutecznym i opłacalnym. W tworzeniu i wdrażaniu nowych programów edukacji zdrowotnej w jednostkach szkolnictwa najlepiej skorzystać z gotowych, sprawdzonych wzorców. Należy do nich realizowany od 1999 r. w Kanadzie Narodowy Program Nadciśnieniowy (CHEP, *Canadian Hypertension Education Program*), który obejmuje liczne aktywności edukacyjne kierowane do pracowników opieki zdrowotnej, ale także do edukatorów i samych pacjentów. W chwili rozpoczęcia CHEP tylko 13% chorych było skutecznie leczonych, a jedynie 45% badanych znało swoje ciśnienie tętnicze, zaś nie więcej niż 25% potrafiło wymienić powikłania HA. Po kilku latach funkcjonowania programu odsetek nieświadomych zmalał do 17%, a liczba chorych skutecznie leczonych zwiększyła się do 66%, czemu nadal towarzyszyła redukcja liczby powikłań sercowo-naczyniowych. Liczba zgonów wywołanych udarem mózgu zmalała o 3%, zawałem serca o 2%, a niewydolnością serca o 4% po pierwszym roku trwania programu [16].

Wnioski

W populacji ogólnej osób dorosłych zamieszkujących województwo świętokrzyskie:

1. wiedza na temat granicznych wartości BP w rozpoznawaniu i leczeniu HA jest bardzo niska, przy czym wyższą świadomość wykazują mężczyźni, w porównaniu do kobiet, oraz osoby powyżej 30. rż., w stosunku do osób młodszych;

2. wiedza na temat roli HA w patogenezie chorób sercowo-naczyniowych oraz powikłań narządowych jest zadowolająca bez względu na płeć i HA w wywiadzie;

3. rozpoznanie HA nie ma wpływu na stan wiedzy na temat tej choroby i jej powikłań.

Streszczenie

Wstęp Nadciśnienie tętnicze (HA) jest jedną z najczęściej występujących chorób układu krążenia. Celem pracy była ocena stanu wiedzy na temat rozpoznania, zasad rozpoznawania oraz powikłań HA wśród dorosłych osób z województwa świętokrzyskiego.

Materiał i metody Badaniem objęto grupę 301 osób w średnim wieku $36,9 \pm 9,6$ lat; w tym 163 kobiety (54,2%) i 138 mężczyzn (45,8%). Osoby badane rekrutowano losowo z populacji ogólnej. Zastosowano autorski kwestionariusz ankiety danych.

Wyniki Na pytanie o częstość HA w Polsce 60,1% kobiet *v.* 59,4% mężczyzn odpowiedziało nieprawidłowo. Oceniając wpływ HA na rozwój chorób układu krążenia, mężczyźni z rozpoznaniem HA częściej odpowiadali prawidłowo (udar mózgu 85,2%, choroba wieńcowa 70,4%, niewydolność serca 100%). Tylko 22,5% mężczyzn *v.* 8% kobiet uznało, że HA nie jest czynnikiem ryzyka rozwoju choroby wieńcowej. Mężczyźni *v.* kobiety — pytanie o wartości graniczne ciśnienia tętniczego w rozpoznawaniu HA — 33,3% *v.* 11,6% odpowiedziało prawidłowo; 38,2 *v.* 31,3% w wieku 31–50 lat częściej odpowiadało prawidłowo spośród podgrup wiekowych przy tylko 10,0% *v.* 5,6% w grupie 18–30 lat. Osoby normotensyjne *v.* osoby z rozpoznaniem HA odpowiadały częściej prawidłowo niezależnie od płci.

Wnioski Wiedza na temat granicznych wartości ciśnienia tętniczego w rozpoznawaniu HA jest niska, przy czym wyższą świadomość wykazują mężczyźni w porównaniu do kobiet oraz osoby >30. rż. w stosunku do osób młodszych. Wiedza na temat roli HA w patogenezie chorób sercowo-naczyniowych oraz powikłań narządowych jest zadowolająca bez względu na płeć i wywiad HA. Rozpoznanie HA nie ma wpływu na stan wiedzy na temat HA i jego powikłań.

słowa kluczowe: nadciśnienie tętnicze, ciśnienie tętnicze, choroby sercowo-naczyniowe, częstość występowania nadciśnienia tętniczego, populacja polska *Nadciśnienie Tętnicze 2013, tom 17, nr 3, strony: 212–220*

Piśmiennictwo

1. Skrzypiec-Spring M., Chlebda E., Spring A. i wsp. Nadciśnienie tętnicze — od rozpoznania do leczenia. Część I — diagnostyka i klasyfikacja nadciśnienia tętniczego. *Przewodnik Lekarza* 2005; 4: 28–34.
2. Matyjaszczyk P., Hoffmann K., Bryl W. Epidemiologia wybranych czynników ryzyka chorób układu krążenia. *Przegląd Kardiologiczny* 2011; 6: 255–262.
3. Gorczyca-Michta I., Woźniakowska-Kapłon B. Leczenie nadciśnienia tętniczego u osób w podeszłym wieku. *Folia Cardiologica Excerpta* 2009; 5: 279–284.

4. Widecka K., Grodzicki T., Narkiewicz K. i wsp. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym — 2011 r. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. *Nadciśnienie Tętnicze* 2011; 15: 55–82.
5. Grodzicki T., Narkiewicz K., Szczęch R. Edukacja chorych w terapii nadciśnienia tętniczego. *Terapia* 1999; 9: 52–57.
6. Adamska-Dyniewska H., Broda G., Głuszek J. i wsp. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego — 2000 r. *Terapia* 2000; 9: 5–11.
7. Płaszewska-Żywko L., Grodzicki T., Adamkiewicz-Piejko A., Kocemba J. Wpływ edukacji pacjenta na wiedzę o chorobie i stopień kontroli nadciśnienia tętniczego. *Nadciśnienie Tętnicze* 1997; 1: 101–105.
8. Grabowska H., Narkiewicz K., Grabowski W. i wsp. Wiedza licencjatów pielęgniarstwa na temat klasyfikacji wartości ciśnienia tętniczego krwi oraz następstw nadciśnienia tętniczego. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie* 2009; 55: 111–117.
9. Ołtarzewska A.M., Sawicka-Powierza J., Rogowska-Szadkowska D. i wsp. Wiedza pacjentów ze środowiska wiejskiego na temat czynników ryzyka i profilaktyki chorób układu krążenia. *Pol. Merk. Lek.* 2010; 28: 165–203.
10. Kossak J., Jędrzejczak M., Kossak D. i wsp. Rola czynników środowiskowych w prewencji wtórnej chorób układu krążenia. *Borgis — Med. Rodz.* 2004; 2: 78–85.
11. Zawadzki M., Poręba R., Gać P. i wsp. Wiedza studentów uczelni Wrocławia na temat nadciśnienia tętniczego. *Nadciśnienie Tętnicze* 2007; 5: 418–427.
12. Gaciong Z. Świadomość zagrożeń dotyczących nadciśnienia w Polsce: stan obecny i sposób poprawy. *Kardiol. Pol.* 2012; 2: 147.
13. Piwońska A., Piotrowski W., Broda G. Knowledge about arterial hypertension in the Polish population: the WOBASZ study. *Kardiol. Pol.* 2012; 70: 140–146.
14. Narodowy program profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego POLKARD 2003–2005. *Kardiol. Pol.* 2003; 59: 535–544.
15. Zdrojewski T., Rutowski M., Zarzeczan-Baran M. i wsp. Ogólnopolski, wielośrodkowy program, profilaktyki chorób układu krążenia — Polski Projekt 400 Miast. Główne założenia, cele oraz sposób realizacji. *Polski Przegląd Kardiologiczny* 2004; 6: 423–430.
16. Bolli P., Campbell N.R. Do recommendations for the management of hypertension improve cardiovascular outcome? The Canadian experience. *Int. J. Hypertens.* 2011; 2011: 410754. Epub 2011 Oct 30.