

¹Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Zamościu²Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji w Zamościu

Prawidłowa i nieprawidłowa wiedza na temat czynników ryzyka związanych z rozwojem nadciśnienia tętniczego. Część 2. Populacja pacjentów z wykrytym nadciśnieniem tętniczym

Artykuł jest tłumaczeniem pracy: Kleinrok A, Kamiński M, Domański T, et al., Correct and incorrect knowledge of the risk factors concerning the development of arterial hypertension. Part 2. Population of patients with identified arterial hypertension. *Arterial Hypertens.* 2017; 21 (2): 83–92. DOI: 10.5603/AH.2017.0011. Należy cytować wersję pierwotną.

Streszczenie

Wstęp. Nadciśnienie tętnicze (HT) i jego powikłania powodują istotne skrócenie średniego czasu życia światowej populacji. W leczeniu nadciśnienia tętniczego — oprócz farmakoterapii — istotną rolę odgrywa zmiana stylu życia, a do tego potrzebna jest odpowiednia wiedza pacjentów.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono w grupie 613 dorosłych osób z HT. Po uzyskaniu danych socjodemograficznych, wykonaniu pomiarów antropometrycznych i dwukrotnych pomiarach ciśnienia tętniczego w spoczynku z uczestnikami badania przeprowadzano indywidualne rozmowy w celu wypełnienia kwestionariusza do oceny ich wiedzy na temat HT. Pytania dotyczyły wpływu palenia tytoniu, alkoholu, kawy, soli tłuszczu, nieregularnych posiłków, diety zawierającej mało błonnika, warzyw i chudego nabiału, nadwagi i otyłości, cholesterolu, aktywności fizycznej i stresującego trybu życia na rozwój HT.

Wyniki. Nieprawidłową wiedzę na temat wpływu poszczególnych czynników na rozwój HT stwierdzono u następującego odsetka respondentów: błędne informacje na temat wpływu spożywania alkoholu miało 16% respondentów, na temat picia kawy — 56,4%, spożywania dużych ilości soli — 7,2%, spożywania dużych ilości tłuszczów — 88%, niskiego spożycia

błonnika, warzyw i chudego nabiału — 27,8%, nieregularnych posiłków — 46,4%, palenia tytoniu — 73,4%, nadwagi i otyłości — 4,4%, wysokiego stężenia cholesterolu — 86,9%, małej aktywności fizycznej — 11,2%, stresującego trybu życia — 5,4%.

Wnioski. Nieprawidłowa wiedza na temat czynników HT dotyczyła najczęściej nadmiernego spożycia tłuszczów, podwyższonego stężenia cholesterolu, palenia tytoniu i picia kawy. Nie stwierdzono żadnych wspólnych cech u osób, które udzieliły nieprawidłowych odpowiedzi. Wyniki badania wskazują na potrzebę edukowania chorych na HT na temat czynników, które powodują nasilenie choroby.

Słowa kluczowe: nadciśnienie tętnicze, czynniki ryzyka, wiedza

Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce 2017, tom 3, nr 1–2, strony: 36–45

Wstęp

Nadciśnienie tętnicze (*hypertension*, HT) jest czynnikiem ryzyka wielu chorób, w tym niewydolności nerek, rozwarstwienia aorty, udaru mózgu i choroby niedokrwiennej serca, istotnie skracających czas życia w populacji ogólnej [24–26].

Podwyższone ciśnienie krwi (RR) powoduje przerost lewej komory przez zwiększenie obciążenia następczego [27]. To prowadzi do progresywnego upośledzenia kurczliwości ściany serca, a w efekcie do dysfunkcji skurczowej. Ponadto w wyniku ucisku

Adres do korespondencji: lek. Michał Kamiński
Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II,
ul. Poprzeczna 17/18, 22–400 Zamość
tel.: 663 358 271, e-mail: m.kaminski@onet.pl

 Copyright © 2017 Via Medica, ISSN 1428–5851

naczyń włosowatych i zmniejszenia ich gęstości pojawiają się cechy niedokrwienia miokardium. Przerost lewej komory prowadzi do powiększenia lewego przedsionka i jego remodelingu, czego następstwem są nadkomorowe zaburzenia rytmu, w tym migotanie przedsionków. Nadciśnienie tętnicze nie tylko przyczynia się do rozwoju tego typu zaburzeń rytmu serca, ale również zwiększa ryzyko udaru niedokrwiennego mózgu u chorych, u których te zaburzenia występują. Zmiany strukturalne miokardium istotnie zwiększają ryzyko komorowych zaburzeń rytmu i w efekcie mogą prowadzić do nagłego zgonu sercowego [28, 29].

Nadciśnienie tętnicze powoduje zwiększenie grubości błony środkowej i wewnętrznej tętnic obwodowych, przyczynia się do zwiększonej sztywności tętnic i miażdżycy. Następstwem tych zmian może być udar mózgu, jeśli obejmują one tętnice szyjne lub ostry zespół wieńcowy, jeśli nastąpi zamknięcie tętnicy wieńcowej. Wysokie ciśnienie krwi jest również głównym czynnikiem ryzyka rozwarstwienia aorty [25, 29].

Nerki są narządami, które ulegają uszkodzeniom w przebiegu HT. Uszkodzenie komórek śródłonka tętnic nerkowych powoduje miejscowe zapalenie, którego rezultatem jest stopniowa przebudowa i zwłóknienie śródmiąższu nerek. Początkowo nie obserwuje się żadnych objawów klinicznych, ale z czasem pojawiają się objawy przewlekłej choroby nerek [27, 29].

Wysokie ciśnienie tętnicze uważa się za jeden z głównych czynników ryzyka udaru zarówno niedokrwiennego, jak i krwotocznego. Warto jednak zaznaczyć, że może ono powodować również nie-epizody niedokrwienne skutkujące demencją. Wpływ HT na narząd wzroku obejmuje przebudowę ściany tętniczek i krwawienie do siatkówki, co wiąże się z obniżeniem jakości życia [27–29].

Aby zapobiec tym powikłaniom, należy zastosować skuteczne leczenie przeciwnadciśnieniowe, co oznacza nie tylko farmakoterapię, ale również modyfikację stylu życia [27]. Dlatego ważne jest, aby pacjenci aktywnie uczestniczyli w procesie leczenia, co wymaga posiadania przez nich wiedzy na temat czynników wpływających na zaostrzenie choroby.

Do czynników powodujących rozwój HT, a następnie zwiększenie zapotrzebowania na leki przeciwnadciśnieniowe, należą spożywanie alkoholu, dieta zawierająca duże ilości sodu, niskie spożycie błonnika, warzyw i chudego nabiału, nadwaga i otyłość, mała aktywność fizyczna i stresujący tryb życia.

Istnieją podstawy teoretyczne, aby wierzyć, że niektóre czynniki wpływają na ciężkość HT, jednak w badaniach nie wykazano żadnych korelacji. Do tej grupy czynników należą palenie tytoniu, picie kawy, spożywanie dużych ilości tłuszczów, nieregularne posiłki i zaburzenia lipidowe.

Wytypowanie grup chorych posiadających niewłaściwą wiedzę na temat czynników zwiększających ciśnienie tętnicze może przyczynić się do zwiększenia skuteczności działań prewencyjnych. Dlatego autorzy uznali, że warto sprawdzić, co chorzy na HT wiedzą na temat swojej choroby i określić wspólne cechy osób, które mają błędne informacje na ten temat. Celem badania była ocena wiedzy chorych na HT i wskazanie, jakie grupy chorych mają nieprawdziwe wiadomości na temat tej choroby.

Materiały i metody

Dane wykorzystane w badaniu zostały zgromadzone na potrzeby napisania pracy licencjackiej w okresie od czerwca do października 2012 r. w województwie lubelskim przez studentów* pielęgniarstwa na Wydziale Fizjoterapii i Pedagogiki Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Zamościu. Do badania włączono losową grupę 613 pacjentów, w tym 268 mężczyzn, którzy zgłosili się do lekarza POZ z powodu HT. Wszyscy uczestnicy badania wyrazili pisemną zgodę na udział w nim. Zakres i metody zbierania danych opisano w Części I artykułu.

Do oceny wiedzy pacjentów użyto autorskiego kwestionariusza zatwierdzonego przez władze Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Zamościu oraz lokalną komisję bioetyczną. Osoby zbierające potrzebne dane rozmawiały osobiście z badanymi i prosiły ich, by odpowiedzieli na pytania dotyczące wpływu następujących czynników na rozwój HT: spożywanie alkoholu, kawy, dużych ilości soli, dużych ilości tłuszczów, niskie spożycie błonnika, warzyw i chudego nabiału, nieregularne posiłki, palenie papierosów, nadwaga i otyłość, wysokie stężenie cholesterolu, brak aktywności fizycznej i stresujący tryb życia.

Respondenci mogli ocenić wpływ poszczególnych czynników na HT, wybierając jedną z odpowiedzi: wysoki/umiarkowany/mały/nie ma wpływu. Mogli również wskazać odpowiedź „nie wiem”. Odpowiedzi podzielono na dwie grupy: duży wpływ, tj. odpowiedzi „duży” i „umiarkowany” wpływ łącznie, oraz mały wpływ, tj. odpowiedzi „mały wpływ” i „nie ma wpływu”.

Metody analizy statystycznej opisano w Części I.

*Dane zgromadzone przez: Iwonę Kobel, Barbarę Kuszykiewicz, Marzenę Łyś, Agatę Gardyńska, Violetę Mazur.

Wyniki

Średnia wieku w badanej grupie wynosiła 60,2 roku; kobiety stanowiły 56% badanych. Ponad połowa respondentów mieszkała w mieście, ponad 40% miało wykształcenie podstawowe lub zawodowe, prawie trzy czwarte badanej grupy stanowiły osoby zamężne/zonate. Średnia częstotliwość rytmu serca w badanej grupie wynosiła 77,5 uderzeń na minutę, średnie skurczowe ciśnienie krwi wynosiło 141 mm Hg, a średnie ciśnienie rozkurczowe — 84,7 mm Hg. Pozostałe dane przedstawiono w tabeli I.

Blisko 95% populacji badania miało niewłaściwą wiedzę na temat wpływu wysokiego spożycia tłuszczów i wysokiego stężenia cholesterolu na rozwój HT lub nic nie wiedziało na ten temat. Około 70% respondentów nie miało żadnej wiedzy lub miało niewłaściwe informacje na temat wpływu picia kawy i nieregularnych posiłków na HT, a aż 86% — na temat wpływu palenia tytoniu na tę chorobę. Ponad połowa respondentów uważała, że niskie spożycie błonnika, warzyw i chudego nabiału nie ma wpływu na HT, co jest niezgodne z aktualną wiedzą, lub nie wiedziało, że istnieje jakaś zależność między tymi czynnikami a HT, a prawie jedna trzecia wybrała podobne odpowiedzi w odniesieniu do alkoholu. Dziewiętnaście procent respondentów nie miało odpowiedniej wiedzy na temat zależności między brakiem aktywności fizycznej a HT, a prawie 12% nie wiedziało o związku wysokiego spożycia soli z tą chorobą. Uczestnicy badania najczęściej wiedzieli o wpływie na HT stresującego trybu życia oraz nadwagi i otyłości. W tym przypadku odpowiednio 9% i 7,3% wybrało odpowiedź nieprawidłową lub „nie wiem” (tab. II).

Błędne odpowiedzi na pytanie dotyczące wpływu alkoholu na rozwój HT podało 16% respondentów. Niewłaściwe informacje na ten temat miały częściej osoby, które nie czerpały wiedzy z Internetu (26% *vs.* 16,6%; $p = 0,019$) (tab. II i III).

Zdaniem 56,4% respondentów kawa, jako substancja, wpływa na HT. Ten pogląd częściej prezentowały osoby, które zasięgały informacji u rodziny i przyjaciół (70,9% *vs.* 61,4%; $p = 0,031$) (tab. II i IV).

W badanej grupie 73,4% osób uważało, że palenie papierosów wpływa na rozwój HT, co jest niezgodne z aktualną wiedzą. Nieprawidłowe informacje na ten temat mieli zwłaszcza respondenci, którzy jako źródło wiedzy wskazali lekarzy lub pielęgniarki (86,5% *vs.* 76,6%; $p = 0,007$), a także osoby niepalące (85,5 *vs.* 77,2%; $p = 0,045$) (tab. II i V).

Niezgodne z aktualnym stanem wiedzy przekonanie, że wysokie spożycie soli nie wpływa na HT prezentowało

Tabela I. Charakterystyka całej badanej populacji ($n = 613$)

| Dane socjodemograficzne | Respondenci |
|---|-----------------------|
| Mężczyźni | 268 (43,7) |
| Wiek (lata) | 60,2 (12,7) |
| Miejsce zamieszkania — miasto | 316 (51,5) |
| W związku małżeńskim | 457 (74,5) |
| Wykształcenie średnie lub wyższe | 350 (57,1) |
| Osoby aktywne zawodowo: | 253 (41,3) |
| — wykonujące pracę fizyczną | 110 (43,5) |
| — wykonujące pracę umysłową | 143 (56,5) |
| Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym | 2,7 (\pm 1,6) |
| Dochód miesięczny/osobę (PLN) $n = 363^*$ | 1202,4 (\pm 993,7) |
| Dane medyczne | |
| Obecna masa ciała [kg] | 81,8 (\pm 15,1) |
| Obecny wzrost [cm] | 167,5 (\pm 9,6) |
| Obwód talii [cm] | 98,1 (\pm 15,4) |
| — kobiety [cm] | 96,1 (\pm 16,4) |
| — mężczyźni [cm] | 100,7 (\pm 13,6) |
| Średnie ciśnienie skurczowe [mm Hg] | 141,0 (\pm 17,0) |
| Średnie ciśnienie rozkurczowe [mm Hg] | 84,7 (\pm 9,9) |
| Średnia częstotliwość rytmu serca (bpm) | 77,5 (\pm 23,1) |
| BMI | 29,2 (\pm 6,6) |
| — kobiety | 28,8 (\pm 4,8) |
| — mężczyźni | 29,7 (\pm 8,5) |
| Osoby palące | 96 (15,7) |
| Osoby palące i byli palacze | 224 (36,5) |
| Średnie tygodniowe spożycie czystego alkoholu [g] | 34,4 (\pm 100,3) |
| — kobiety | 9,3 (\pm 58,5) |
| — mężczyźni | 65,4 (\pm 130,1) |

Dane przedstawiono jako n (%) lub średnie (\pm odchylenie standardowe)
BMI (*body mass index*) — wskaźnik masy ciała; *liczba respondentów

7,2% respondentów. Taką opinię nieco częściej (różnica na granicy istotności statystycznej) wyrażały osoby, które nie uzyskały informacji od lekarzy/pielęgniarek (11,1% *vs.* 6,3%; $p = 0,059$) (tab. II i VI).

Aż 88% respondentów błędnie odpowiedziało na pytania dotyczące wpływu spożywania dużej ilości tłuszczów na rozwój HT. Nieprawidłową wiedzę w tym zakresie miały zwłaszcza kobiety (96,1% *vs.* 92,1%; $p = 0,043$) i osoby, które uzyskały informacje od lekarzy lub pielęgniarek (96,1% *vs.* 89%; $p = 0,002$) (tab. II i VII).

Nieprawidłowych odpowiedzi na pytanie o wpływ nieregularnych posiłków na HT udzieliło

Tabela II. Wiedza pacjentów na temat czynników wpływających na rozwój HT (n = 613)

| Wiedza pacjentów na temat czynników wpływających na rozwój HT | Wpływ | | | | Nie wiem |
|---|------------|-------------|------------|---------------|------------|
| | Duży | Umiarkowany | Mały | Nie ma wpływu | |
| Spożywanie alkoholu | 266 (43,4) | 157 (25,6) | 84 (13,7) | 14 (2,3) | 92 (15,0) |
| Picie kawy | 145 (23,6) | 201 (32,8) | 144 (23,5) | 47 (7,7) | 76 (12,4) |
| Palenie tytoniu | 318 (51,9) | 132 (21,5) | 76 (12,4) | 9 (1,5) | 78 (12,7) |
| Spożywanie dużych ilości soli | 426 (69,5) | 116 (18,9) | 35 (5,7) | 9 (1,5) | 27 (4,4) |
| Spożywanie dużych ilości tłuszczu | 402 (65,6) | 137 (22,4) | 22 (3,6) | 10 (1,6) | 42 (6,8) |
| Nieregularne posiłki | 124 (20,3) | 160 (26,1) | 141 (23,0) | 40 (6,5) | 148 (24,1) |
| Niskie spożycie błonnika, warzyw i chudego nabiału | 128 (20,9) | 134 (21,8) | 112 (18,3) | 58 (9,5) | 181 (29,5) |
| Nadwaga i otyłość | 499 (81,4) | 69 (11,3) | 23 (3,8) | 4 (0,6) | 18 (2,9) |
| Wysokie stężenie cholesterolu | 444 (72,4) | 89 (14,5) | 29 (4,8) | 5 (0,8) | 46 (7,5) |
| Mała aktywność fizyczna | 343 (56,0) | 153 (25,0) | 53 (8,6) | 16 (2,6) | 48 (7,8) |
| Stresujący tryb życia | 457 (74,5) | 101 (16,5) | 25 (4,1) | 8 (1,3) | 22 (3,6) |

Dane przedstawiono jako n (%)

Tabela III. Czynniki oddziałujące na wiedzę na temat wpływu spożywania alkoholu na rozwój HT

| n = 521* | Istotny wpływ** | Nie ma wpływu*** | p |
|--|-------------------------|---------------------|-----------|
| Kobiety/mężczyźni | 245 (81,4)/178 (80,9)** | 56 (18,6)/42 (19,1) | p = 0,888 |
| Wiek < 49 lat/> 49 lat | 93 (86,1)/330 (79,9) | 15 (13,9)/83 (20,1) | p = 0,142 |
| W związku małżeńskim/stanu wolnego | 321 (81,3)/102 (80,9) | 74 (18,7)/24 (19,1) | p = 0,940 |
| Miejsce zamieszkania — wieś/miasto | 199 (82,9)/224 (79,7) | 41 (17,1)/57 (20,3) | p = 0,351 |
| Wykształcenie podstawowe lub zawodowe/średnie lub wyższe | 181 (84,6)/242 (78,8) | 33 (15,4)/65 (21,2) | p = 0,098 |
| Aktywność zawodowa tak/nie | 182 (80,5)/241 (81,7) | 44 (19,5)/54 (18,3) | p = 0,736 |
| Źródłem wiedzy jest lekarz lub pielęgniarka tak/nie | 325 (81,7)/98 (79,7) | 73 (18,3)/25 (20,3) | p = 0,623 |
| Źródłem wiedzy są telewizja, prasa, książki tak/nie | 273 (79,8)/150 (83,8) | 69 (20,2)/29 (16,2) | p = 0,270 |
| Źródłem wiedzy są rodzina i przyjaciele tak/nie | 143 (84,6)/280 (79,5) | 26 (15,4)/72 (20,5) | p = 0,166 |
| Źródłem wiedzy jest Internet tak/nie | 91 (74,0)/332 (83,4) | 32 (26,0)/66 (16,6) | p = 0,019 |
| Otyłość nie/tak | 268 (80,1)/155 (81,6) | 63 (19,0)/35 (18,4) | p = 0,860 |
| Palenie tytoniu tak/nie | 66 (79,5)/357 (81,5) | 17 (20,5)/81 (18,5) | p = 0,670 |

Dane przedstawiono jako n (%); *nie uwzględniono osób, które odpowiedziały „nie wiem”; **łącznie duży i umiarkowany wpływ; ***łącznie mały wpływ i brak wpływu

46,4% respondentów. W badanej grupie przeważały osoby, które jako źródło informacji podały lekarzy lub pielęgniarki (64,3% vs. 50,0%; p = 0,009), rodzinę i przyjaciół (68,7% vs. 57,5%; p = 0,022) oraz Internet (69,4% vs. 58,5%; p = 0,042) (tab. II i VIII).

W badanej grupie 27,8% osób miało nieprawidłową wiedzę na temat wpływu niskiego spożycia błonnika, warzyw i chudego nabiału na rozwój HT. Częściej były to osoby, które nie uzyskały informacji od lekarzy/pielęgniarek (46,0% vs. 37,1%; p = 0,099). Zależność ta plasowała się na granicy istotności statystycznej (tab. II i IX).

Nadwaga i otyłość zostały uznane za czynniki niemałe wpływające na rozwój HT przez 5,1% respondentów, co mija się z prawdą. Częściej odpowiadały tak osoby mieszkające na wsi (6,6% vs. 2,6%; p = 0,019) (tab. II i X).

W badanej populacji aż 86,9% osób uważało, że wysokie stężenie cholesterolu ma wpływ na rozwój nadciśnienia tętniczego. Osoby, które jako źródło informacji podawały rodzinę i przyjaciół (97,2% vs. 92,5%; p = 0,028), częściej udzielały nieprawidłowych odpowiedzi w tym zakresie (tab. II i XI).

W przypadku pytania o brak aktywności fizycznej 11,2% respondentów udzieliło odpowiedzi, że

Tabela IV. Czynniki oddziałujące na wiedzę na temat wpływu picia kawy na rozwój HT

| n = 537* | Istotny wpływ** | Nie ma wpływu*** | p |
|--|-----------------------|----------------------|-----------|
| Kobiety/mężczyźni | 200 (64,1)/146 (64,9) | 112 (35,9)/79 (35,1) | p = 0,850 |
| Wiek < 49 lat/> 49 lat | 78 (68,4)/268 (63,4) | 36 (31,6)/155 (36,6) | p = 0,320 |
| W związku małżeńskim/stanu wolnego | 261 (65,6)/85 (61,1) | 137 (34,4)/54 (38,9) | p = 0,348 |
| Miejsce zamieszkania — wieś/miasto | 164 (65,3)/182 (63,6) | 87 (34,7)/104 (36,4) | p = 0,681 |
| Wykształcenie podstawowe lub zawodowe/średnie lub wyższe | 146 (65,8)/200 (63,5) | 76 (34,2)/115 (36,5) | p = 0,588 |
| Aktywność zawodowa tak/nie | 155 (68,0)/191 (61,8) | 73 (32,0)/118 (38,2) | p = 0,140 |
| Źródłem wiedzy jest lekarz lub pielęgniarka tak/nie | 273 (66,6)/73 (57,5) | 137 (33,4)/54 (43,5) | p = 0,061 |
| Źródłem wiedzy są telewizja, prasa, książki tak/nie | 220 (62,7)/126 (67,7) | 131 (37,3)/60 (32,3) | p = 0,243 |
| Źródłem wiedzy są rodzina i przyjaciele tak/nie | 122 (70,9)/224 (61,4) | 50 (29,1)/141 (38,6) | p = 0,031 |
| Źródłem wiedzy jest Internet tak/nie | 80 (64,0)/266 (64,6) | 45 (36,0)/146 (35,4) | p = 0,908 |
| Otyłość nie/tak | 220 (65,9)/126 (62,1) | 114 (34,1)/77 (37,9) | p = 0,373 |
| Palenie tytoniu tak/nie | 53 (60,9)/293 (65,1) | 34 (39,1)/157 (34,9) | p = 0,455 |

Dane przedstawiono jako n (%); *nie uwzględniono osób, które odpowiedziały „nie wiem”; **łącznie duży i umiarkowany wpływ; ***łącznie mały wpływ i brak wpływu

Tabela V. Czynniki oddziałujące na wiedzę na temat wpływu palenia tytoniu na rozwój HT

| n = 535* | Istotny wpływ** | Nie ma wpływu*** | p |
|--|-----------------------|---------------------|-----------|
| Kobiety/mężczyźni | 255 (84,7)/195 (83,3) | 46 (15,3)/39 (16,7) | p = 0,664 |
| Wiek < 49 lat/> 49 lat | 94 (82,5)/356 (84,6) | 20 (17,5)/65 (15,4) | p = 0,586 |
| W związku małżeńskim/stanu wolnego | 336 (83,8)/114 (85,0) | 65 (16,2)/20 (14,9) | p = 0,725 |
| Miejsce zamieszkania — wieś/miasto | 212 (85,1)/238 (83,2) | 37 (14,9)/48 (16,8) | p = 0,544 |
| Wykształcenie podstawowe lub zawodowe/średnie lub wyższe | 189 (85,5)/261 (83,1) | 32 (14,5)/53 (16,9) | p = 0,455 |
| Aktywność zawodowa tak/nie | 188 (81,7)/262 (85,9) | 42 (18,3)/43 (14,1) | p = 0,192 |
| Źródłem wiedzy jest lekarz lub pielęgniarka tak/nie | 352 (86,5)/98 (76,6) | 55 (13,5)/30 (23,4) | p = 0,007 |
| Źródłem wiedzy są telewizja, prasa, książki tak/nie | 292 (84,9)/158 (82,7) | 52 (15,1)/33 (17,3) | p = 0,512 |
| Źródłem wiedzy są rodzina i przyjaciele tak/nie | 148 (8,6)/302 (82,5) | 21 (12,4)/64 (17,5) | p = 0,137 |
| Źródłem wiedzy jest Internet tak/nie | 101 (81,4)/349 (84,9) | 23 (18,6)/62 (15,1) | p = 0,355 |
| Otyłość nie/tak | 274 (82,5)/176 (86,7) | 58 (17,5)/27 (13,3) | p = 0,201 |
| Palenie tytoniu tak/nie | 71 (77,2)/379 (85,5) | 21 (22,8)/64 (14,5) | p = 0,045 |

Dane przedstawiono jako n (%); *nie uwzględniono osób, które odpowiedziały „nie wiem”; **łącznie duży i umiarkowany wpływ; ***łącznie mały wpływ i brak wpływu

nie ma ona wpływu na rozwój HT. Nieprawdziwe wiadomości miały zwłaszcza osoby mieszkające na wsi (15,6% *vs.* 9,1%; p = 0,019), osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym (16,7% *vs.* 9,1%; p = 0,007) oraz ci, którzy nie uzyskali informacji od lekarzy/pielęgniarek (17,7 *vs.* 10,4%; p = 0,021) (tab. II i XII).

W grupie respondentów 5,4% osób miało niewłaściwą opinię na temat wpływu stresującego trybu życia na HT i częściej było tak w przypadku mężczyźni (7,8% *vs.* 3,9%; p = 0,041) oraz osób, które nie uzyskały informacji od lekarzy/pielęgniarek (10,6% *vs.* 3,9%; p = 0,002) (tab. II i XIII).

Dyskusja

Skuteczne leczenie HT obejmuje nie tylko stosowanie farmakoterapii, ale również zaangażowanie pacjentów w eliminowanie czynników powodujących zaostrzenie choroby, co z kolei wymaga posiadania odpowiedniej wiedzy.

Kilkadziesiąt lat temu potwierdzono niekorzystny wpływ alkoholu na wartości ciśnienia tętniczego u chorych leczonych z powodu HT. Ograniczenie spożycia alkoholu wiąże się ze zmniejszeniem zapotrzebowania na leki przeciwnadciśnieniowe i lepszą kontrolą ciśnienia tętniczego [4, 5].

Tabela VI. Czynniki oddziałujące na wiedzę na temat wpływu spożywania dużych ilości soli na rozwój HT

| n = 586* | Istotny wpływ** | Nie ma wpływu*** | p |
|--|-----------------------|--------------------|-----------|
| Kobiety/mężczyźni | 314 (93,4)/228 (91,2) | 22 (6,6)/22 (8,8) | p = 0,306 |
| Wiek < 49 lat/> 49 lat | 111 (94,1)/431 (92,1) | 7 (5,9)/37 (7,9) | p = 0,467 |
| W związku małżeńskim/stanu wolnego | 404 (92,9)/138 (91,4) | 31 (7,1)/13 (8,6) | p = 0,551 |
| Miejsce zamieszkania — wieś/miasto | 264 (93,3)/278 (91,7) | 19 (6,7)/25 (8,3) | p = 0,480 |
| Wykształcenie podstawowe lub zawodowe/średnie lub wyższe | 232 (93,1)/310 (92,0) | 17 (6,8)/27 (8,0) | p = 0,591 |
| Aktywność zawodowa tak/nie | 228 (93,1)/314 (92,1) | 17 (6,9)/27 (7,9) | p = 0,657 |
| Źródłem wiedzy jest lekarz lub pielęgniarka tak/nie | 414 (93,7)/128 (88,9) | 28 (6,3)/16 (11,1) | p = 0,059 |
| Źródłem wiedzy są telewizja, prasa, książki tak/nie | 355 (93,7)/187 (90,3) | 24 (6,3)/20 (9,7) | p = 0,144 |
| Źródłem wiedzy są rodzina i przyjaciele tak/nie | 176 (92,1)/366 (92,7) | 15 (7,9)/29 (7,3) | p = 0,826 |
| Źródłem wiedzy jest Internet tak/nie | 125 (94,7)/417 (91,8) | 7 (5,3)/37 (8,2) | p = 0,275 |
| Otyłość nie/tak | 330 (92,2)/212 (93,0) | 28 (7,8)/16 (7,0) | p = 0,719 |
| Palenie tytoniu tak/nie | 82 (89,1)/460 (93,1) | 10 (10,9)/34 (6,9) | p = 0,183 |

Dane przedstawiono jako n (%); *nie uwzględniono osób, które odpowiedziały „nie wiem”; **łącznie duży i umiarkowany wpływ; ***łącznie mały wpływ i brak wpływu

Tabela VII. Czynniki oddziałujące na wiedzę na temat wpływu spożywania dużych ilości tłuszczów na rozwój HT

| n = 571* | Istotny wpływ** | Nie ma wpływu*** | p |
|--|-----------------------|--------------------|-----------|
| Kobiety/mężczyźni | 317 (96,1)/222 (92,1) | 13 (3,9)/19 (7,9) | p = 0,043 |
| Wiek < 49 lat/> 49 lat | 112 (95,7)/427 (94,0) | 5 (4,3)/27 (6,0) | p = 0,483 |
| W związku małżeńskim/stanu wolnego | 403 (96,2)/136 (95,1) | 25 (5,8)/7 (4,9) | p = 0,670 |
| Miejsce zamieszkania — wieś/miasto | 255 (94,1)/284 (94,7) | 16 (5,9)/16 (5,3) | p = 0,767 |
| Wykształcenie podstawowe lub zawodowe/średnie lub wyższe | 224 (93,3)/315 (95,2) | 16 (6,7)/16 (4,8) | p = 0,347 |
| Aktywność zawodowa tak/nie | 229 (95,0)/310 (93,9) | 12 (5,0)/20 (6,1) | p = 0,579 |
| Źródłem wiedzy jest lekarz lub pielęgniarka tak/nie | 418 (96,1)/121 (89,0) | 17 (3,9)/15 (11,0) | p = 0,002 |
| Źródłem wiedzy są telewizja, prasa, książki tak/nie | 352 (94,4)/187 (94,4) | 21 (5,6)/11 (5,6) | p = 0,971 |
| Źródłem wiedzy są rodzina i przyjaciele tak/nie | 174 (93,0)/365 (95,0) | 13 (7,0)/19 (5,0) | p = 0,329 |
| Źródłem wiedzy jest Internet tak/nie | 128 (97,0)/411 (93,6) | 4 (3,0)/28 (6,4) | p = 0,143 |
| Otyłość nie/tak | 326 (93,4)/213 (95,9) | 23 (6,6)/9 (4,1) | p = 0,199 |
| Palenie tytoniu tak/nie | 83 (96,5)/456 (94,0) | 3 (3,5)/29 (6,0) | p = 0,355 |

Dane przedstawiono jako n (%); *nie uwzględniono osób, które odpowiedziały „nie wiem”; **łącznie duży i umiarkowany wpływ; ***łącznie mały wpływ i brak wpływu

Niestety zaobserwowano, że około 1/3 respondentów (odpowiednio 16% i 15%) miała nieprawidłowe informacje lub nie miała żadnej wiedzy na ten temat. Osoby, które poszukiwały informacji w Internecie, częściej miały nieprawidłową wiedzę. Dlatego wydaje się, że należy szerzej rozpowszechniać informacje na ten temat, zwłaszcza za pośrednictwem stron internetowych.

Regularne picie kawy nie wpływa na rozwój HT, a może się przyczynić do zmniejszenia śmiertelności z powodu chorób sercowo-naczyniowych, chorób płuc, cukrzycy, urazów i zakażeń [17, 21]. Niestety ponad 55% uczestników badania miało nieprawdziwe informacje na ten temat. Dotyczyło to zwłaszcza osób, które jako źródło informacji podały rodzinę

i przyjaciół, czyli grupy, do której najtrudniej dotrzeć w kampaniach społecznych.

Dotychczas nie wykazano bezpośredniego związku między paleniem tytoniu a rozwojem HT, mimo związku tego czynnika ze śmiertelnością z przyczyn sercowo-naczyniowych [15, 16]. Prawie trzy czwarte badanej grupy uważało, że nikotyna wiąże się z nadciśnieniem. Takie opinie prezentowały częściej osoby palące oraz ci, którzy zasięgaliby informacji u lekarzy/pielęgniarek. Prawdopodobnie chorzy na HT są informowani w placówkach służby zdrowia o wpływie palenia na zwiększenie ryzyka chorób sercowo-naczyniowych i dlatego częściej odpowiadali nieprawidłowo na pytanie o wpływ palenia tytoniu na ciśnienie tętnicze.

Tabela VIII. Czynniki oddziałujące na wiedzę na temat wpływu nieregularnych posiłków na rozwój HT

| n = 465* | Istotny wpływ** | Nie ma wpływu*** | p |
|--|-----------------------|----------------------|-----------|
| Kobiety/mężczyźni | 164 (62,8)/120 (58,8) | 97 (37,2)/84 (41,2) | p = 0,379 |
| Wiek < 49 lat/> 49 lat | 71 (68,9)/213 (58,8) | 32 (31,1)/149 (41,2) | p = 0,064 |
| W związku małżeńskim/stanu wolnego | 210 (60,0)/74 (64,3) | 140 (40,0)/41 (35,7) | p = 0,407 |
| Miejsce zamieszkania — wieś/miasto | 124 (57,7)/160 (64,0) | 91 (42,3)/90 (36,0) | p = 0,163 |
| Wykształcenie podstawowe lub zawodowe/średnie lub wyższe | 107 (56,3)/177 (64,4) | 83 (43,7)/98 (35,6) | p = 0,080 |
| Aktywność zawodowa tak/nie | 134 (66,0)/150 (57,2) | 69 (34,0)/112 (42,8) | p = 0,055 |
| Źródłem wiedzy jest lekarz lub pielęgniarka tak/nie | 232 (64,3)/52 (50,0) | 129 (35,7)/52 (50,0) | p = 0,009 |
| Źródłem wiedzy są telewizja, prasa, książki tak/nie | 177 (60,2)/107 (62,6) | 117 (39,8)/64 (37,4) | p = 0,613 |
| Źródłem wiedzy są rodzina i przyjaciele tak/nie | 101 (68,7)/183 (57,5) | 46 (31,3)/135 (42,5) | p = 0,022 |
| Źródłem wiedzy jest Internet tak/nie | 75 (69,4)/209 (58,5) | 33 (30,6)/148 (41,5) | p = 0,042 |
| Otyłość nie/tak | 170 (60,1)/114 (62,6) | 113 (39,9)/68 (37,4) | p = 0,580 |
| Palenie tytoniu tak/nie | 46 (58,2)/238 (61,7) | 33 (41,8)/148 (38,3) | p = 0,569 |

Dane przedstawiono jako n (%); *nie uwzględniono osób, które odpowiedziały „nie wiem”; **łącznie duży i umiarkowany wpływ; ***łącznie mały wpływ i brak wpływu

Tabela IX. Czynniki oddziałujące na wiedzę na temat wpływu niskiego spożycia błonnika, warzyw i chudego nabiału na rozwój HT

| n = 432* | Istotny wpływ** | Nie ma wpływu*** | p |
|--|-----------------------|----------------------|-----------|
| Kobiety/mężczyźni | 166 (63,1)/96 (56,8) | 97 (36,9)/73 (43,2) | p = 0,190 |
| Wiek < 49 lat/> 49 lat | 55 (63,9)/207 (59,8) | 31 (36,1)/139 (40,2) | p = 0,483 |
| W związku małżeńskim/stanu wolnego | 193 (59,6)/69 (63,9) | 131 (40,4)/39 (36,1) | p = 0,426 |
| Miejsce zamieszkania — wieś/miasto | 120 (59,1)/142 (62,0) | 83 (40,9)/87 (38,0) | p = 0,539 |
| Wykształcenie podstawowe lub zawodowe/średnie lub wyższe | 100 (60,6)/162 (60,7) | 65 (39,4)/105 (39,3) | p = 0,989 |
| Aktywność zawodowa tak/nie | 121 (61,4)/141 (60,0) | 76 (38,6)/94 (40,0) | p = 0,763 |
| Źródłem wiedzy jest lekarz lub pielęgniarka tak/nie | 202 (62,9)/60 (54,0) | 119 (37,1)/51 (46,0) | p = 0,099 |
| Źródłem wiedzy są telewizja, prasa, książki tak/nie | 184 (62,8)/78 (56,1) | 109 (37,2)/61 (43,9) | p = 0,184 |
| Źródłem wiedzy są rodzina i przyjaciele tak/nie | 87 (64,9)/175 (58,7) | 47 (35,1)/123 (41,3) | p = 0,222 |
| Źródłem wiedzy jest Internet tak/nie | 64 (58,7)/198 (61,3) | 45 (41,3)/125 (38,7) | p = 0,633 |
| Otyłość nie/tak | 148 (58,0)/114 (64,4) | 107 (42,0)/63 (35,6) | p = 0,183 |
| Palenie tytoniu tak/nie | 36 (52,9)/226 (62,1) | 32 (47,1)/138 (37,9) | p = 0,156 |

Dane przedstawiono jako n (%); *nie uwzględniono osób, które odpowiedziały „nie wiem”; **łącznie duży i umiarkowany wpływ; ***łącznie mały wpływ i brak wpływu

W wielu badaniach udowodniono wpływ nadmiernego spożycia soli na rozwój HT. Oszacowano nawet, o ile zmniejszają się wartości ciśnienia tętniczego po wprowadzeniu diety niskosodowej [5]. Respondenci mieli stosunkowo dobrą wiedzę na temat wpływu spożycia soli na HT. Niewiele ponad 7% osób wybrało złą odpowiedź, a mniej niż 4,5% nie miało żadnej wiedzy na temat tego związku. Pacjenci, którzy nie uzyskali informacji od lekarzy/pielęgniarek nieco częściej mieli nieprawidłowe wiadomości.

W wielu przeprowadzonych dotychczas badaniach oceniano wpływ poszczególnych składników diety na śmiertelność sercowo-naczyniową. Wyniki

najnowszych badań wskazują, że samo zmniejszenie spożycia tłuszczów nie wpływa na rozwój HT [20]. Aż 88% respondentów miało nieprawidłową wiedzę na temat wpływu spożywania dużych ilości tłuszczów na rozwój HT, a prawie 7% nie umiało ocenić tej zależności. Był to najgorszy wynik w badaniu. Częściej udzielały nieprawidłowych odpowiedzi kobiety oraz osoby, które uzyskały informacje od lekarzy/pielęgniarek. Również otyli pacjenci cechowali się niższym poziomem wiedzy [23].

Powszechnie uważa się, że nieregularne jedzenie może prowadzić do otyłości i wielu związanych z nią chorób, na przykład HT. Jak dotąd w badaniach

Tabela X. Czynniki oddziałujące na wiedzę na temat wpływu nadwagi i otyłości na rozwój HT

| n = 595* | Istotny wpływ** | Nie ma wpływu*** | p |
|--|-----------------------|-------------------|-----------|
| Kobiety/mężczyźni | 326 (96,4)/242 (94,2) | 12 (3,6)/15 (5,8) | p = 0,184 |
| Wiek < 49 lat/> 49 lat | 114 (95,8)/454 (95,4) | 5 (4,2)/22 (4,6) | p = 0,844 |
| W związku małżeńskim/stanu wolnego | 423 (95,1)/145 (96,7) | 22 (4,9)/5 (3,3) | p = 0,412 |
| Miejsce zamieszkania — wieś/miasto | 269 (93,4)/299 (97,4) | 19 (6,6)/8 (2,6) | p = 0,019 |
| Wykształcenie podstawowe lub zawodowe/średnie lub wyższe | 239 (94,5)/329 (96,2) | 14 (5,5)/13 (3,8) | p = 0,315 |
| Aktywność zawodowa tak/nie | 237 (95,6)/331 (95,4) | 11 (4,4)/16 (4,6) | p = 0,919 |
| Źródłem wiedzy jest lekarz lub pielęgniarka tak/nie | 431 (96,4)/137 (92,6) | 16 (3,6)/11 (7,4) | p = 0,051 |
| Źródłem wiedzy są telewizja, prasa, książki tak/nie | 370 (96,1)/198 (94,3) | 15 (3,9)/12 (5,7) | p = 0,309 |
| Źródłem wiedzy są rodzina i przyjaciele tak/nie | 184 (95,3)/384 (95,5) | 9 (4,7)/18 (4,5) | p = 0,919 |
| Źródłem wiedzy jest Internet tak/nie | 129 (97,0)/439 (95,0) | 4 (3,0)/23 (5,0) | p = 0,336 |
| Otyłość nie/tak | 340 (94,7)/228 (96,6) | 19 (5,3)/8 (3,4) | p = 0,275 |
| Palenie tytoniu tak/nie | 86 (93,5)/482 (95,8) | 6 (6,5)/21 (4,2) | p = 0,320 |

Dane przedstawiono jako n (%); *nie uwzględniono osób, które odpowiedziały „nie wiem”; **łącznie duży i umiarkowany wpływ; ***łącznie mały wpływ i brak wpływu

Tabela XI. Czynniki oddziałujące na wiedzę na temat wpływu wysokiego stężenia cholesterolu na rozwój HT

| n = 567* | Istotny wpływ** | Nie ma wpływu*** | p |
|--|-----------------------|-------------------|-----------|
| Kobiety/mężczyźni | 311 (94,5)/222 (93,3) | 18 (5,5)/16 (6,7) | p = 0,536 |
| Wiek < 49 lat/> 49 lat | 109 (93,2)/424 (94,2) | 8 (6,8)/26 (5,8) | p = 0,667 |
| W związku małżeńskim/stanu wolnego | 402 (93,9)/131 (94,2) | 26 (6,1)/8 (5,8) | p = 0,890 |
| Miejsce zamieszkania — wieś/miasto | 255 (94,1)/278 (93,9) | 16 (5,9)/18 (6,1) | p = 0,929 |
| Wykształcenie podstawowe lub zawodowe/średnie lub wyższe | 219 (92,8)/314 (94,9) | 17 (7,2)/17 (5,1) | p = 0,307 |
| Aktywność zawodowa tak/nie | 220 (93,2)/313 (94,6) | 16 (6,8)/18 (5,4) | p = 0,507 |
| Źródłem wiedzy jest lekarz lub pielęgniarka tak/nie | 408 (94,7)/125 (91,9) | 23 (5,3)/11 (8,1) | p = 0,239 |
| Źródłem wiedzy są telewizja, prasa, książki tak/nie | 345 (94,0)/188 (94,0) | 22 (6,0)/12 (6,0) | p = 0,998 |
| Źródłem wiedzy są rodzina i przyjaciele tak/nie | 175 (97,2)/358 (92,5) | 5 (2,8)/29 (7,5) | p = 0,028 |
| Źródłem wiedzy jest Internet tak/nie | 122 (94,6)/411 (93,8) | 7 (5,4)/27 (6,2) | p = 0,756 |
| Otyłość nie/tak | 325 (93,7)/208 (94,5) | 22 (6,3)/12 (5,5) | p = 0,665 |
| Palenie tytoniu tak/nie | 80 (89,9)/453 (94,8) | 9 (10,1)/25 (5,2) | p = 0,075 |

Dane przedstawiono jako n (%); *nie uwzględniono osób, które odpowiedziały „nie wiem”; **łącznie duży i umiarkowany wpływ; ***łącznie mały wpływ i brak wpływu

klinicznych nie stwierdzono bezpośredniego wpływu nieregularnych posiłków na rozwój HT. W przedstawionym w niniejszej pracy badaniu nieprawidłową wiedzę na temat wpływu nieregularnych posiłków na rozwój HT miało ponad 46% respondentów, a ponad 24% odpowiedziało „nie wiem”. Błędną wiedzę na ten temat miały najczęściej osoby, które uzyskały informacje od lekarzy/pielęgniarek, rodziny i przyjaciół, i z Internetu.

Zmiana diety może spowodować istotne zmniejszenie wartości ciśnienia tętniczego. W badaniach opublikowanych w latach 1997 i 2000 potwierdzono wpływ diety zawierającej błonnik, warzywa i chude nabiał na zmniejszenie wartości ciśnienia tętniczego.

Blisko 30% respondentów nie umiało określić wpływu tych składników diety na rozwój HT, a prawie 28% miało błędne informacje. Nieco częściej nieprawidłowe odpowiedzi wybierały osoby, które nie uzyskały informacji od lekarzy/pielęgniarek. Powyższe dane pokazują niedostateczną wiedzę respondentów na temat właściwych nawyków żywieniowych, niezależnie od cech socjodemograficznych.

Jednym z elementów zdrowego stylu życia, który może spowodować obniżenie ciśnienia tętniczego, a tym samym zmniejszenie zapotrzebowania na leki przeciwnadciśnieniowe, jest redukcja masy ciała u chorych z nadwagą lub otyłością [9]. Tylko 4,4% respondentów odpowiedziało nieprawidłowo na

Tabela XII. Czynniki oddziałujące na wiedzę na temat wpływu małej aktywności fizycznej na rozwój HT

| n = 565* | Istotny wpływ** | Nie ma wpływu*** | p |
|--|-----------------------|---------------------|-----------|
| Kobiety/mężczyźni | 283 (87,9)/213 (87,6) | 39 (12,1)/30 (12,4) | p = 0,933 |
| Wiek < 49 lat/> 49 lat | 104 (89,7)/392 (87,3) | 12 (10,3)/57 (12,7) | p = 0,491 |
| W związku małżeńskim/stanu wolnego | 381 (89,2)/115 (83,3) | 46 (10,8)/23 (16,7) | p = 0,066 |
| Miejsce zamieszkania — wieś/miasto | 227 (84,4)/269 (90,9) | 42 (15,6)/27 (9,1) | p = 0,019 |
| Wykształcenie podstawowe lub zawodowe/średnie lub wyższe | 195 (83,3)/301 (90,9) | 39 (16,7)/30 (9,1) | p = 0,007 |
| Aktywność zawodowa tak/nie | 211 (87,5)/285 (88,0) | 30 (12,5)/39 (12,0) | p = 0,883 |
| Źródłem wiedzy jest lekarz lub pielęgniarka tak/nie | 380 (89,6)/116 (82,3) | 44 (10,4)/25 (17,7) | p = 0,021 |
| Źródłem wiedzy są telewizja, prasa, książki tak/nie | 327 (88,4)/169 (86,7) | 43 (11,6)/26 (13,3) | p = 0,555 |
| Źródłem wiedzy są rodzina i przyjaciele tak/nie | 162 (88,5)/334 (87,4) | 21 (11,5)/48 (12,6) | p = 0,711 |
| Źródłem wiedzy jest Internet tak/nie | 121 (91,7)/375 (86,6) | 11 (8,3)/58 (13,4) | p = 0,120 |
| Otyłość nie/tak | 307 (86,7)/189 (89,6) | 47 (13,3)/22 (10,4) | p = 0,317 |
| Palenie tytoniu tak/nie | 74 (82,2)/422 (88,8) | 16 (17,8)/53 (11,2) | p = 0,079 |

Dane przedstawiono jako n (%); *nie uwzględniono osób, które odpowiedziały „nie wiem”; **łącznie duży i umiarkowany wpływ; ***łącznie mały wpływ i brak wpływu

Tabela XIII. Czynniki oddziałujące na wiedzę na temat wpływu stresującego trybu życia na rozwój HT

| n = 591* | Istotny wpływ** | Nie ma wpływu*** | p |
|--|-----------------------|--------------------|-----------|
| Kobiety/mężczyźni | 321 (96,1)/237 (92,2) | 13 (3,9)/20 (7,8) | p = 0,041 |
| Wiek < 49 lat/> 49 lat | 109 (94,0)/449 (94,5) | 7 (6,0)/26 (5,5) | p = 0,814 |
| W związku małżeńskim/stanu wolnego | 419 (94,6)/139 (93,9) | 24 (5,4)/9 (6,1) | p = 0,761 |
| Miejsce zamieszkania — wieś/miasto | 263 (92,9)/295 (95,8) | 20 (7,1)/13 (4,2) | p = 0,132 |
| Wykształcenie podstawowe lub zawodowe/średnie lub wyższe | 230 (92,7)/328 (95,6) | 18 (7,3)/15 (4,4) | p = 0,132 |
| Aktywność zawodowa tak/nie | 233 (94,3)/325 (94,5) | 14 (5,7)/19 (5,5) | p = 0,940 |
| Źródłem wiedzy jest lekarz lub pielęgniarka tak/nie | 423 (96,1)/135 (89,4) | 17 (3,9)/16 (10,6) | p = 0,002 |
| Źródłem wiedzy są telewizja, prasa, książki tak/nie | 361 (93,5)/197 (96,1) | 25 (6,5)/8 (3,9) | p = 0,195 |
| Źródłem wiedzy są rodzina i przyjaciele tak/nie | 185 (95,4)/373 (93,9) | 9 (4,6)/24 (6,1) | p = 0,484 |
| Źródłem wiedzy jest Internet tak/nie | 125 (94,0)/433 (94,5) | 8 (6,0)/25 (5,5) | p = 0,806 |
| Otyłość nie/tak | 339 (94,2)/219 (94,8) | 21 (5,8)/12 (5,2) | p = 0,741 |
| Palenie tytoniu tak/nie | 85 (92,4)/473 (94,8) | 7 (7,6)/26 (5,2) | p = 0,357 |

Dane przedstawiono jako n (%); *nie uwzględniono osób, które odpowiedziały „nie wiem”; **łącznie duży i umiarkowany wpływ; ***łącznie mały wpływ i brak wpływu

pytanie dotyczące powiązania między HT i nadmierną masą ciała. Był to najlepszy wynik w całym badaniu. Osoby mieszkające na wsi częściej prezentowały nieprawidłową wiedzę niż ci, którzy mieszkali w mieście.

Nie są obecnie dostępne żadne przekonujące dane świadczące o związku między wyższymi stężeniami cholesterolu i innymi zaburzeniami lipidowymi a rozwojem HT. Mimo to, blisko 88% respondentów wybrało błędną odpowiedź na pytanie o wpływ tych zaburzeń na HT. Był to jeden z dwóch najgorszych wyników w badaniu. Błędnych odpowiedzi częściej udzielały osoby, które uzyskały wiedzę od rodziny i przyjaciół.

Regularna aktywność fizyczna działa korzystnie, powodując zmniejszenie sercowo-naczyniowych

czynników ryzyka, w tym na ciśnienie tętnicze, a u chorych na HT umożliwia ona zmniejszenie dawek leków przeciwnadciśnieniowych [5, 10]. W badanej populacji ponad 11% respondentów prezentowało błędną opinię, że aktywność fizyczna nie ma wpływu na rozwój HT, a prawie 8% nie miało zdania na ten temat. Nieprawidłowych odpowiedzi udzielały zwłaszcza osoby mieszkające na wsi, z wykształceniem podstawowym lub zawodowym oraz ci, którzy nie uzyskali informacji od lekarzy/pielęgniarek.

Związek przyczynowo-skutkowy między stresującym trybem życia a HT i chorobą niedokrwienną serca został potwierdzony w badaniach [12]. Aż 91% respondentów wybrało poprawną odpowiedź i był to

drugi najlepszy wynik w badaniu. Nieprawidłowych odpowiedzi udzielali częściej mężczyźni i osoby, które nie uzyskały informacji od lekarzy/pielęgniarek

Wnioski

1. Nieprawidłowe informacje na temat czynników wpływających na rozwój HT dotyczyły przede wszystkim spożycia nadmiernych ilości tłuszczów, zwiększonego stężenia cholesterolu, nikotyny/palenia tytoniu i picia kawy.
2. Nie stwierdzono wspólnych cech u osób, które nieprawidłowo odpowiedziały na pytania.
3. Wynik badania wskazuje, że potrzebna jest edukacja osób z HT w zakresie czynników wpływających na rozwój tej choroby.

Piśmiennictwo

1. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*. 2005; 365(9455): 217–223, doi: [10.1016/S0140-6736\(05\)17741-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)17741-1), indexed in Pubmed: [15652604](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15652604/).
2. Zdrojewski Ł, Zdrojewski T, Rutkowski M, et al. Prevalence and control of cardiovascular risk factors in Poland. Assumptions and objectives of the NATPOL 2011 Survey. *Kardiologia Pol.* 2013; 71(4): 381–392, doi: [10.5603/KP.2013.0066](https://doi.org/10.5603/KP.2013.0066), indexed in Pubmed: [23788344](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23788344/).
3. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians, a working document. : 1974.
4. Puddey IB, Beilin LJ, Vandongen R. Regular alcohol use raises blood pressure in treated hypertensive subjects. A randomised controlled trial. *Lancet*. 1987; 1(8534): 647–651, indexed in Pubmed: [2882082](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2882082/).
5. Dickinson HO, Mason JM, Nicolson DJ, et al. Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. *J Hypertens*. 2006; 24(2): 215–233, doi: [10.1097/01.hjh.0000199800.72563.26](https://doi.org/10.1097/01.hjh.0000199800.72563.26), indexed in Pubmed: [16508562](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16508562/).
6. Rupp H, Brilla CG, Maisch B. [Hypertension and alcohol: central and peripheral mechanisms]. *Herz*. 1996; 21(4): 258–264, indexed in Pubmed: [8805006](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8805006/).
7. Reisin E. Sodium and obesity in the pathogenesis of hypertension. *Am J Hypertens*. 1990; 3(2): 164–167, indexed in Pubmed: [2155002](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2155002/).
8. Wofford MR, Hall JE. Pathophysiology and treatment of obesity hypertension. *Curr Pharm Des*. 2004; 10(29): 3621–3637, indexed in Pubmed: [15579059](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15579059/).
9. Neter JE, Stam BE, Kok FJ, et al. Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension*. 2003; 42(5): 878–884, doi: [10.1161/01.HYP.0000094221.86888.AE](https://doi.org/10.1161/01.HYP.0000094221.86888.AE), indexed in Pubmed: [12975389](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12975389/).
10. Cornelissen VA, Fagard RH. Effects of endurance training on blood pressure, blood pressure-regulating mechanisms, and cardiovascular risk factors. *Hypertension*. 2005; 46(4): 667–675, doi: [10.1161/01.HYP.0000184225.05629.51](https://doi.org/10.1161/01.HYP.0000184225.05629.51), indexed in Pubmed: [16157788](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16157788/).
11. Szczepańska-Sadowska E, Sikora M. Patofizjologia nadciśnienia tętniczego. Więcek A, Januszewicz A, Szczepańska-Sadowska E, Prejbisz A. Hipertensjologia, patogenez, diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego. *Medycyna Praktyczna*, Kraków. 2011; 2: 23–175.
12. Pickering TG. Mental stress as a causal factor in the development of hypertension and cardiovascular disease. *Curr Hypertens Rep*. 2001; 3(3): 249–254, indexed in Pubmed: [11353576](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11353576/).
13. Omvik P. How smoking affects blood pressure. *Blood Pressure*. 2009; 5(2): 71–77, doi: [10.3109/08037059609062111](https://doi.org/10.3109/08037059609062111).
14. James JE. Critical review of dietary caffeine and blood pressure: a relationship that should be taken more seriously. *Psychosom Med*. 2004; 66(1): 63–71, indexed in Pubmed: [14747639](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14747639/).
15. Doll R, Peto R, Boreham J, et al. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 1994; 309(6959): 901–911, indexed in Pubmed: [7755693](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7755693/).
16. Primates P, Falaschetti E, Gupta S, et al. Association between smoking and blood pressure: evidence from the health survey for England. *Hypertension*. 2001; 37(2): 187–193, indexed in Pubmed: [11230269](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11230269/).
17. Steffen M, Kuhle C, Hensrud D, et al. The effect of coffee consumption on blood pressure and the development of hypertension: a systematic review and meta-analysis. *J Hypertens*. 2012; 30(12): 2245–2254, doi: [10.1097/HJH.0b013e3283588d73](https://doi.org/10.1097/HJH.0b013e3283588d73), indexed in Pubmed: [23032138](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23032138/).
18. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group. *N Engl J Med*. 1997; 336(16): 1117–1124, doi: [10.1056/NEJM199704173361601](https://doi.org/10.1056/NEJM199704173361601), indexed in Pubmed: [9099655](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9099655/).
19. Conlin PR, Chow D, Miller ER, et al. The effect of dietary patterns on blood pressure control in hypertensive patients: results from the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) trial. *Am J Hypertens*. 2000; 13(9): 949–955, indexed in Pubmed: [10981543](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10981543/).
20. Allison MA, Aragaki AK, Ray RM, et al. A Randomized Trial of a Low-Fat Diet Intervention on Blood Pressure and Hypertension: Tertiary Analysis of the WHI Dietary Modification Trial. *Am J Hypertens*. 2016; 29(8): 959–968, doi: [10.1093/ajh/hpv196](https://doi.org/10.1093/ajh/hpv196), indexed in Pubmed: [26708006](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26708006/).
21. Freedman ND, Park Y, Abnet CC, et al. Association of coffee drinking with total and cause-specific mortality. *N Engl J Med*. 2012; 366(20): 1891–1904, doi: [10.1056/NEJMoa1112010](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1112010), indexed in Pubmed: [22591295](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22591295/).
22. Gać P, Poręba R, Poręba M, et al. Znajomość przyczyn nadciśnienia tętniczego i skutków jego nieleczenia w losowej grupie studentów wybranych miast Polski. *Nadciśnienie Tętnicze*. 2013; 17(5): 377–383.
23. Bronkowska M, Martynowicz H, Żmich K, et al. Wybrane elementy stylu życia oraz wiedza żywieniowa otyłych osób z rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśnienie Tętnicze*. 2009; 13(4): 266–274.
24. Georgiopoulou VV, Kalogeropoulos AP, Raggi P, et al. Prevention, diagnosis, and treatment of hypertensive heart disease. *Cardiol Clin*. 2010; 28(4): 675–691, doi: [10.1016/j.ccl.2010.07.005](https://doi.org/10.1016/j.ccl.2010.07.005), indexed in Pubmed: [20937450](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20937450/).
25. Erbel R, Aboyans V, Boileau C, et al. Wytyczne ESC dotyczące rozpoznawania i leczenia chorób aorty w 2014 roku. *Kardiologia Polska*. 2014; 72(12): 1169–1252, doi: [10.5603/kp.2014.0225](https://doi.org/10.5603/kp.2014.0225).
26. Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, et al. Wytyczne ESC dotyczące postępowania w stabilnej chorobie wieńcowej w 2013 roku. *Kard Pol.* 2013; 71(9): 224–317.
27. Mancina G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. Wytyczne ESH/ESC dotyczące postępowania w nadciśnieniu tętniczym w 2013 roku. *Kard Pol.* 2013; 71(3): 60–64.
28. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. Wytyczne ESC dotyczące leczenia migotania przedsionków w 2016 roku, opracowane we współpracy z EACTS. *Kardiologia Polska*. 2016; 74(12): 1359–1469, doi: [10.5603/kp.2016.0172](https://doi.org/10.5603/kp.2016.0172).
29. Szczepańska-Sadowska E, Sikora M. Nadciśnienie tętnicze pierwotne. Więcek A., Januszewicz A., Szczepańska-Sadowska E., Prejbisz A. Hipertensjologia, patogenez, diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego. *Medycyna Praktyczna*, Kraków. 2011; 2: 291–394.