

УДК 616-005.8

**ŚWIADOMOŚĆ SPOŁECZEŃSTWA
NA TEMAT PRZYCZYN
I WCZESNYCH OBJAWÓW ZAWAŁU SERCA****Teresa POP, Monika CHLEBIŃSKA,
Iwona OPALIŃSKA,
Bożenna KARCZMAREK-BOROWSKA***Institut Fizjoterapii Wydziału Medycznego
Uniwersytetu Rzeszowskiego,
Szpital Wojewódzki nr 2 w Rzeszowie, Rzeszow, Polska***ІНФОРМОВАНІСТЬ СУСПІЛЬСТВА ЩОДО ПРИЧИН І РАННІХ ОЗНАК ІНФАРКТУ.** Тереса ПОП, Моніка ХЛЄБІНЬСКА, Івона ОПАЛІНЬСКА, Боżена КАЧМАРЕК-БОРОВСКА. *Інститут Фізіотерапії медичного відділу Жешувського Університету, Обласна лікарня № 2 в м. Жешув, Польща*

Анотація. Вступ. Основною причиною смертності в Польщі є інфаркт міокарда або його ускладнення. Щороку з 1 млн пацієнтів, які страждають від ішемічної хвороби серця, 100.000 осіб хворіє на інфаркт.

Мета роботи. Оцінити інформованість суспільства про причини й ранні симптоми інфаркту залежно від віку, статі, місця проживання та серцевих захворювань у родині.

Матеріал і методи. Дослідницьку групу сформували зі 100 осіб. Інструментом дослідження була анкета. Вона складалася з 27 закритих запитань щодо загальних знань про інфаркт, його причини й ранні клінічні симптоми.

Висновки. Інформованість суспільства про причини і ранні симптоми інфаркту є недостатньою і не залежить від віку. Виникнення інфаркту міокарда в сім'ї підвищує рівень знань про хворобу. Стаття впливає на різницю в рівні знань про причини, а місце проживання істотно впливає на рівень знань про причини й симптоми.

Ключові слова: інфаркт, причини, симптоми, інформованість суспільство.

Wstęp. Zmiana stylu i intensywności życia, sposobu odżywiania oraz znaczny postęp cywilizacyjny, przyczyniły się do zwiększenia częstości występowania tzw. chorób cywilizacyjnych. Wśród nich kluczową rolę odgrywają choroby układu krążenia, w tym choroba wieńcowa, zawał mięśnia sercowego i nadciśnienie tętnicze. W ciągu ostatnich dziesięcioleci zanotowano gwałtowny wzrost zapadalności na zawał serca, a także przesunęła się górna granica wieku jego ujawnienia szczególnie u płci męskiej. Przyczynia się to do występowania „nadumieralności” w coraz młodszy wieku, a zachorowalność jest przyczyną wyłączenia chorych z życia rodzinnego i zawodowego, doprowadzając do ogromnych strat społecznych i ekonomicznych [1, 2]. W 2007 roku przy udziale Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Europejskiej Sieci Serca współpracując z Komisją Europejską i Biurem Regionalnym Światowej Organizacji Zdrowia została stworzona Europejska Deklaracja na rzecz Zdrowia Serca. Ponad 4,35 miliona zgonów rocznie w 53 państwach członkowskich w Regionie Europejskim Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i ponad 1,9 miliona w krajach Unii Europejskiej to zgony z przyczyn sercowo-naczyniowych. Wielu chorobom układu krążenia można zapobiec. WHO uważa, że nawet umiarkowane, ale dotyczące całej populacji zmniejszenie ciśnienia tętniczego, stężenia cholesterolu, palenia tytoniu, i częstości występowania nadwagi, w tym otyłości, może w sposób znaczący doprowadzić do zmniejszenia o ponad połowę zapadalności na choroby układu sercowo-naczyniowego. W większości krajów Europy zarówno zachorowalność jak i umieralność z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego spada, jednakże w krajach Europy Środkowo-Wschodniej notuje się ich wzrost lub jedynie nieznaczny spadek [2, 3, 4]. W Polsce główną przyczynę zgonów stanowi zawał mięśnia sercowego lub jego późniejsze powikłania. Spośród 1 miliona pacjentów cierpiących na chorobę niedokrwinną serca, każdego roku około 10% tj. 100.000 osób zapada na zawał. W 90% przypadków bezpośrednią przyczyną martwicy mięśnia sercowego jest całkowite zamknięcie światła tętnicy przez zakrzep [3, 4]. Postęp diagnostyki i terapii nie spowodował spadku śmiertelności związanej z martwicą mięśnia sercowego, która nadal

przekracza 40%. Liczba ta waha się w zależności od okresu. W okresie przedszpitalnym osiąga ona wartość 23–35% (największy odsetek zgonów występuje w ciągu 1 godziny od wystąpienia objawów), w okresie szpitalnym 7–15%, a w okresie 1 roku od wystąpienia incydentu w zależności od zastosowanych metod leczenia 5–10%. Działania profilaktyczne, właściwie podjęta i przeprowadzona reanimacja połączona z dalszym leczeniem i skuteczną rehabilitacją mogłaby uratować życie i umożliwić dalsze funkcjonowanie tysiącom ludzi [1, 4, 5, 6, 7, 8]. Ważnym elementem leczenia i zapobiegania chorobom układu sercowo-naczyniowego jest edukacja chorego i jego rodziny. Dobrze przygotowany program edukacyjny pomaga zrozumieć istotę choroby, jej czynniki ryzyka i przyczyny, rokowanie na przyszłość, a także możliwości i rodzaj leczenia. W wielu przypadkach już podstawowa wiedza z tego zakresu może okazać się kluczową w sytuacjach zagrożenia czyjegoś życia. Cele edukacji można osiągnąć przez systematyczne szkolenia chorych, ich rodzin, najbliższego otoczenia i całego społeczeństwa, a także przez udzielanie fachowej porady i pomocy przez wykwalifikowany personel medyczny [5, 7, 9].

Cel pracy. Ocena świadomości społeczeństwa na temat przyczyn i wczesnych objawów zawału.

Materiał i metoda. Grupę badaną stanowiło 100 osób w dwóch przedziałach wiekowych (20–30 lat) – 68 osób i (31–40 lat) – 32 osoby. W badanej grupie było 48 mężczyzn i 52 kobiety. Wśród badanych 72 osoby mieszkały w miastach, a 28 osób mieszkało na wsi. U 43 badanych zawał występował w rodzinie, natomiast u 57 ankietowanych nie stwierdzono przypadków zawału w rodzinie. Badania zostały przeprowadzone w lutym 2011r. z wykorzystaniem metody sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym była ankieta audytoryjna. Składała się ona z 27 zamkniętych pytań jednokrotnego wyboru, dotyczących ogólnej wiedzy na temat zawału serca, jego przyczyn i wczesnych objawów klinicznych.

Każde pytanie ma 3 warianty odpowiedzi: prawda, fałsz, nie wiem. Aby możliwa była analiza zastosowano następującą punktację dla udzielanych przez badanych odpowiedzi:

- odpowiedź prawidłowa – „10 punktów”;
- błędna odpowiedź – „- 10 punktów”;
- odpowiedź „nie wiem” – „0 punktów”.

W celu porównania otrzymanych wyników stworzono skalę ocen, w której: 100–91 % poprawnych odpowiedzi odpowiada ocenie bardzo dobrej, 90–81 % dobrej, 80–71 % dostatecznej, 70–61 % dopuszczającej i poniżej 60 % ocenie niedostatecznej.

Wyniki i omówienie. Analiza danych z przeprowadzonego badania pozwoliła zebrać wyniki w trzech kategoriach: wiedzy ogólnej, przyczyn i znajomości objawów zawału mięśnia sercowego.

Wiedza ogólna na temat zawału serca. Badanych zapytano o definicję zawału serca – 54 % badanych znało definicję, 40 % ankietowanych udzieliło błędnej odpowiedzi, a pozostałe 6 % osób nie znało odpowiedzi. Przyczynę zawału serca prawidłowo potrafiło wskazać 19% osób, aż 72% ankietowanych udzieliło niepoprawnej odpowiedzi, a 9 % osób zadeklarowało, że nie zna odpowiedzi. Badanych zapytano o pierwszą pomoc przy zawałach serca. Prawidłowej odpowiedzi udzieliło 82 % ankietowanych, błędnie odpowiedziało 17 % osób, a 1% nie znał odpowiedzi. W kolejnym pytaniu badani zostali poproszeni o udzielenie odpowiedzi o największy odsetek zgonów z powodu zawału. Tylko 19 % respondentów wybrało prawidłową odpowiedź, aż 72 % zaznaczyło odpowiedź błędną, a 9 % osób nie znało odpowiedzi na powyższe pytanie. Sprawdzone wiedzę ankietowanych na temat czynników bezpośrednio wywołujących zawał. Jedynie 27 % badanych zaznaczyło prawidłową odpowiedź, 65% wybrało odpowiedź nieprawidłową, a 8 % nie znało odpowiedzi.

Analiza istotności cech w ocenie uzyskiwanych wyników badania. Analizie poddano poszczególne elementy dotyczące wiedzy ogólnej na temat zawału serca oraz zbadano istotność cech badanej grupy na uzyskiwane wyniki. Do badania cech zastosowano test T dla prób niezależnych, gdzie wartość statystyki odczytanej przy prawdopodobieństwie 95 % wynosi $t_{0,05;98} = 2,276$. Zbadano wpływ wieku na ilość prawidłowych odpowiedzi na pytania dotyczące wiedzy na temat objawów zawału. Wiek na przykładzie naszej grupy nie wpływał istotnie na poziom wiedzy. W każdej z grup wiekowych w obszarze wiedzy ogólnej więcej było odpowiedzi błędnych niż prawidłowych. Płeć również nie była czynnikiem istotnie różnicującym znajomość zagadnień ogólnych na temat

zawału serca. Wartości średnie w porównywanych ze względu na płeć grupach były ujemne, co oznacza, że było więcej odpowiedzi błędnych niż poprawnych zarówno w grupie kobiet jak i mężczyzn. Analizowano wpływ miejsca zamieszkania na ilość prawidłowych odpowiedzi. Wartości średnie w porównywanych ze względu na miejsce zamieszkania grupach nie różniły się istotnie.

Zbadano wpływ występowania zawału w rodzinie jako czynnika istotnie różnicującego poziom wiedzy ogólnej na temat zawałów. Wykazane rozbieżności w wartościach średnich, wskazały na istotność występowania zawału serca w rodzinie względem posiadanej wiedzy ogólnej na temat zawałów (tab. 1).

Tab. 1

Wartości kontrolne ze względu na występowanie zawału w rodzinie

Badana zmienna	Występowanie zawału w rodzinie										t _s
	tak					nie					
	AVG	MED	MIN	MAX	odch. stand.	AVG	MED	MIN	MAX	odch. stand.	
Wiedza ogólna na temat zawałów	-0,93	-10,00	-30,00	30,00	17,70	-10,70	-10,00	-50,00	20,00	16,99	2,796*

* istotność statystyczna przy poziomie $p < 0,05$.

Podsumowując cały obszar wiedzy ogólnej na temat zawałów serca przy 201 poprawnych odpowiedziach wiedza jest słaba, jeżeli porównamy to z liczbą 266 odpowiedzi błędnych.

Wiedza na temat przyczyn zawału serca. Pytania w tym obszarze dotyczyły czynników ryzyka zawału, tj.: nadciśnienia tętniczego, wysokiego stężenia glukozy, cukrzycy typu 2, palenia papierosów, nadwagi i otyłości, podwyższonego stężenia cholesterolu, diety, nadużywania alkoholu, aktywności fizycznej.

Największy poziom wiedzy badani wykazali w pytaniu dotyczącym spożywania ryb w diecie (84 % poprawnych odpowiedzi) oraz w pytaniu dotyczącym skutków nieprawidłowej diety (79 % poprawnych odpowiedzi). Najsłabsza wiedza dotyczyła pytania na temat przebiegu nadciśnienia tętniczego (tylko 35 % poprawnych odpowiedzi), stężenia cukru we krwi (38 % poprawnych odpowiedzi) i występowania cukrzycy (37 % poprawnych odpowiedzi).

Analiza istotności cech w ocenie wiedzy na temat przyczyn zawałów. Wiek na przykładzie badanej grupy nie wpłynął istotnie na poziom wiedzy na temat przyczyn zawału serca. Natomiast płeć była czynnikiem istotnie różnicującym znajomość tych zagadnień. Wartości średnie w porównywanych ze względu na płeć grupach pokazują dużą rozbieżność między kobietami (średnia 49,42) i mężczyznami (średnia 16,88). Kobiety miały zdecydowanie większą wiedzę na temat przyczyn zawału serca i jest to wynik istotny statystycznie (tab. 2).

Tab. 2

Wartości kontrolne ze względu na płeć

Badana zmienna	Płeć										t _s
	kobiety					mężczyźni					
	AVG	MED.	MIN	MAX	odch. stand.	AVG	MED.	MIN	MAX	odch. stand.	
Wiedza na temat przyczyn zawałów	49,42	55,00	-120,00	150,00	62,38	16,88	25,00	-120,00	140,00	58,39	2,688*

* istotność statystyczna przy poziomie $p < 0,05$

Miejsce zamieszkania okazało się czynnikiem istotnie różnicującym znajomość zagadnień dotyczących przyczyn zawałów. Istniała duża rozbieżność w zakresie badanej wiedzy między mieszkańcami miast (średnia 43,47) i mieszkańcami wsi (średnia 8,93) (tab. 3). Jest to wynik istotny statystycznie.

Tab. 3

Wartości kontrolne ze względu na miejsce zamieszkania

Badana zmienna	Miejsce zamieszkania										t _s
	miasto					wieś					
	AVG	MED.	MIN	MAX	odch. stand.	AVG	MED.	MIN	MAX	odch.s stand.	
Wiedza na temat przyczyn zawałów	43,47	50,00	-60,00	140,00	56,55	8,93	0,00	-120,00	150,00	70,47	2,555*

*. istotność statystyczna przy poziomie $p < 0,05$

Fakt występowania zawału w rodzinie okazał się czynnikiem istotnie różnicującym poziom wiedzy na temat przyczyn zawału serca. Ponad połowa badanych, którzy mieli przypadek zawału w rodzinie uzyskała co najmniej 60 punktów w tym obszarze, natomiast w grupie, która nie zetknęła się z zawałem co najmniej połowa miała wynik nie wyższy niż 0 (tab. 4).

Tab. 4

Wartości kontrolne ze względu na występowanie zawału w rodzinie

Badana zmienna	Występowanie zawału w rodzinie										t _s
	tak					nie					
	AVG	MED.	MIN	MAX	odch. stand.	AVG	MED.	MIN	MAX	odch. stand.	
Wiedza na temat przyczyn zawałów	63,26	60,00	-50,00	150,00	50,74	11,58	0,00	-120,00	140,00	61,46	4,479*

*. istotność statystyczna przy poziomie $p < 0,05$

Podsumowując cały obszar wiedzy na temat przyczyn zawałów serca badani wskazali 855 poprawnych odpowiedzi (57 % wszystkich odpowiedzi w tym obszarze) oraz 517 błędnych (34,47 % z wszystkich odpowiedzi).

Wiedza na temat wczesnych objawów klinicznych zawału serca. Badanych zapytano o objawy martwicy mięśnia sercowego, porę dnia w której zawał występuje najczęściej, przebieg zawału, charakter i umiejscowienie bólu, odpoczynek i podanie nitrogliceryny jako czynniki wpływające na zmniejszenie i/lub ustanie objawów bólowych. Największą wiedzą badani wykazali się w pytaniu dotyczącym bezpośrednich objawów martwicy mięśnia sercowego (71 % poprawnych odpowiedzi). Najsłabszy poziom wiedzy dotyczył pytania o promieniowanie bólu (tylko 4 % poprawnych odpowiedzi) oraz pytania na temat wpływu odpoczynku i nitrogliceryny na ból zawałowy (16 % poprawnych odpowiedzi).

Analiza istotności cech w ocenie wiedzy na temat objawów zawałów. Na przykładzie badanej grupy wiek, płeć i występowanie zawału serca w rodzinie nie były czynnikiem istotnie różnicującym znajomość zagadnień dotyczących objawów zawału serca. Wartości średnie w porównywanych grupach nie różniły się istotnie. Czynnikiem istotnie różnicującym okazało się miejsce zamieszkania. Wartości średnie w porównywanych ze względu na miejsce zamieszkania grupach różnią się istotnie między mieszkańcami miast (średnia -15,97) i mieszkańcami wsi (średnia zaledwie -30 punktów).

Podsumowując cały obszar wiedzy na temat objawów zawałów serca badani wskazali 223 poprawne odpowiedzi (31,86 % wszystkich odpowiedzi w tym obszarze) oraz 422 błędne (60,29 % z wszystkich odpowiedzi).

Podsumowanie i dyskusja. Badania wykazały, iż 54 % ankietowanych zna poprawną definicję zawału serca. Natomiast na pytania dotyczące najczęstszej przyczyny zawału oraz czynnika bezpośrednio wyzwalającego zawał aż 72 % badanych wybrało odpowiedź nieprawidłową. Tylko 27 % ankietowanych prawidłowo uznało gwałtowny wysiłek fizyczny za czynnik bezpośrednio wyzwalający zawał. W grupie pytań dotyczących wiedzy ogólnej najwięcej prawidłowych odpowiedzi dotyczyło pytania o udzielanie pierwszej pomocy (82 %). Ma to szczególne znaczenie w przypadku właściwego postępowania w przypadku podejrzenia zawału.

Stwierdzono, że wiek, płeć i miejsce zamieszkania nie wpływają istotnie na poziom wiedzy dotyczącej ogólnych zagadnień na temat zawału serca. Czynnikiem istotnie różnicującym poziom wiedzy było występowanie zawału w rodzinie. Osoby, u których zawał występował w rodzinie udzieliły więcej odpowiedzi prawidłowych niż osoby u których nie było przypadku zawału w rodzinie. Podsumowując cały obszar ogólnej wiedzy na temat zawału serca należy stwierdzić, że udzielono 40 % odpowiedzi prawidłowych, 53 % odpowiedzi błędnych i 7 % odpowiedzi -nie wiem, co oznacza że wiedza ta jest na poziomie niedostatecznym.

Na pytanie dotyczące wieńcowych czynników ryzyka udzielono 57 % prawidłowych odpowiedzi. Badani nie zdają sobie sprawy, że sami mogą mieć wpływ na zmniejszenie ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia, a w szczególności zawału serca. Wśród wieńcowych czynników ryzyka wymienia się m.in. nadciśnienie tętnicze. Jednakże, tylko 35 % badanych wie, że może ono przebiegać bez jakichkolwiek dolegliwości. Na pytanie dotyczące wysokiego stężenia glukozy we krwi 38 % ankietowanych prawidłowo odpowiedziało, że może ono przyczyniać się do rozwoju miażdżycy. Oznacza to, że tylko niewielka część społeczeństwa zdaje sobie sprawę z tego jak ważne jest w prewencji chorób układu krążenia utrzymanie prawidłowego poziomu cukru we krwi.

W przypadku pytań dotyczących skutków palenia i odpowiedniej diety udzielono dużo prawidłowych odpowiedzi, 41 % badanych zdaje sobie sprawę, że skutki zarówno biernego jak i czynnego palenia papierosów są porównywalne. Ankietowani (79 %) są świadomi negatywnego wpływu nieprawidłowego odżywiania na występowanie m.in. cukrzycy czy otyłości. Według 52 % badanych dieta bogata w tłuszcze zwierzęce może w sposób bezpośredni przyczynić się do nadwagi i otyłości. Można przypuszczać, że jest to skutek wpływu licznych środków masowego przekazu propagujących zdrowy i aktywny tryb życia. Liczba prawidłowych odpowiedzi na pytania dotyczące aktywności fizycznej i szkodliwości używek świadczy o tym, że społeczeństwo zdaje sobie sprawę z istnienia czynników prowadzących do wystąpienia zawału serca, jednak nie posiada dostatecznej dużej wiedzy, aby móc w sposób czynny wpływać na stan swojego zdrowia. Brak aktywności fizycznej jako przyczyny wielu chorób układu krążenia wskazało 68 % badanych, a 78 % posiada wiedzę, że warunkiem do prawidłowego leczenia nadciśnienia jest zmiana stylu życia. Połowa ankietowanych uznało, iż zaprzestanie palenia już po 1 roku zmniejsza ryzyko śmierci z powodu chorób układu krążenia. O korzystnym wpływie regularnej aktywności fizycznej w profilaktyce zawału serca wiedziało 60 % ankietowanych. Na pytania dotyczące negatywnych skutków nadużywania alkoholu 61 % odpowiedzi stanowiły odpowiedzi prawidłowe.

Z uzyskanych danych wynika, że wiek nie wpływa istotnie na poziom wiedzy na temat przyczyn zawału. Należy podkreślić, że zdecydowanie większą wiedzę mają kobiety i mieszkańcy miast. Również występowanie zawału w rodzinie jest czynnikiem istotnie różnicującym poziom wiedzy na temat przyczyn. Z zakresu ogólnej wiedzy na temat przyczyn i czynników ryzyka zawału serca udzielono 57 % poprawnych odpowiedzi, 35 % odpowiedzi błędnych i 8 % odpowiedzi nie wiem. Ogólną znajomość przyczyn zawału serca można ocenić jako niedostateczną.

Wyniki badań Kossaka i wsp. dotyczące roli czynników środowiskowych w prewencji wtórnej chorób układu krążenia pokazały, że czynnikami najbardziej determinującymi wystąpienie chorób układu krążenia są: nadciśnienie tętnicze, palenie papierosów, otyłość, poziom cholesterolu i cukru. Czynniki najmniej wpływające na występowanie chorób układu krążenia badacze uznali: wiek, płeć i obciążenie genetyczne. Poziom wiedzy na temat przyczyn zawału zależał od wieku i płci, a nie

zależał od miejsca zamieszkania. Porównując nasze wyniki z wynikami otrzymanymi przez Kossaka i wsp. należy zauważyć, że występujące rozbieżności mogły być spowodowane innym typem badań ankietowych [10, 11, 12].

Najistotniejsze znaczenie ma jednak znajomość objawów zawału mięśnia sercowego, gdyż znając tylko samą definicję, przyczyny i czynniki ryzyka nie jesteśmy w stanie prawidłowo rozpoznać zawału. Tylko 18 % ankietowanych zdaje sobie sprawę z tego, że istnieje pewna korelacja między liczbą zawałów a porą dnia. Również 18 % badanych wie, że zawał najczęściej występuje wcześnie rano, 71 % ankietowanych jest świadoma, że do objawów martwicy mięśnia sercowego zalicza się m.in. ściskanie w klatce piersiowej czy wymioty, a 92 % badanych jest błędnie przekonanych, że ból zawałowy najczęściej promieniuje do prawego ramienia. Badani zdają sobie sprawę, że zawał może przebiegać bez wystąpienia objawów bólowych (56 % prawidłowych odpowiedzi), a 78 % ankietowanych mylnie uważa, że odpoczynek i podjęzykowe podanie nitrogliceryny przyczyni się do zmniejszenia i/lub ustania objawów bólowych występujących w przypadku zawału serca. Wyniki badań pokazały, że zaledwie 25 % badanych ma świadomość, że ból zawałowy nie jest bólem trwającym do 5 minut, a 63 % badanych uważa, że powinno wystąpić co najmniej 2 objawy, aby można było podejrzewać zawał serca. Prawidłowe odpowiedzi na pytania dotyczące objawów zawału są o tyle istotne, że czekając na równoczesne wystąpienie bólu i części pozostałych objawów, diametralnie pogarsza się stan chorego, zmniejszając jego szanse na przeżycie i niepotrzebnie wydłużając czas oczekiwania na przybycie fachowej pomocy.

Z analizy danych wynika, że wiek, płeć i występowanie zawału w rodzinie nie wpływa istotnie na poziom wiedzy na temat objawów zawału, a zależy od miejsca zamieszkania. Mieszkańcy miast udzielili średnio o połowę więcej prawidłowych odpowiedzi w porównaniu z mieszkańcami wsi. Podsumowując, poziom wiedzy dotyczącej objawów zawału serca okazało się, że udzielono 32 % odpowiedzi prawidłowych, 61 % odpowiedzi błędnych i 7 % odpowiedzi nie wiem.

W badaniach Deczyńskiego dotyczących stanu wiedzy i świadomości społeczeństwa na temat wczesnych objawów zawału mięśnia sercowego stwierdzono, że stan wiedzy jest niedostateczny, a większość ankietowanych nie potrafi prawidłowo wskazać najczęstszych objawów zawału, takich jak ból promieniujący do lewego przedramienia trwający ponad 20 minut. Według badań Deczyńskiego poziom wiedzy na temat wczesnych objawów zawału zależał od wieku i płci badanych, a nie zależał od miejsca zamieszkania [13]. Porównując poziom wiedzy na temat wczesnych objawów zawału serca z wynikami otrzymanymi przez Deczyńskiego można przypuszczać, że występujące rozbieżności mogły być spowodowane innym typem badań ankietowych.

Dokonując zestawienia trafności odpowiedzi, a zatem świadomości danego społeczeństwa na temat ogólnej wiedzy, przyczyn i wczesnych objawów klinicznych zawału serca stwierdzono, że udzielono zaledwie 47 % prawidłowych odpowiedzi co oznacza, że jest ona na poziomie niedostatecznym. Najwięcej poprawnych odpowiedzi uzyskano w obszarze wiedzy na temat przyczyn zawału serca, zaś najsłabsza wiedza badanych dotyczyła obszaru objawów zawałów. Największą wiedzę w obszarze przyczyn zawału serca badani wykazali w pytaniu dotyczącym ryb w diecie (84 % poprawnych odpowiedzi) oraz w pytaniu dotyczącym skutków nieprawidłowej diety (79 % poprawnych odpowiedzi). Najsłabsza wiedza dotyczyła pytania przebiegu nadciśnienia tętniczego (tylko 35 % poprawnych odpowiedzi), pytaniach dotyczących stężenia cukru we krwi (38 % poprawnych odpowiedzi) oraz występowania cukrzycy (37 % poprawnych odpowiedzi).

Najniższy poziom wiedzy stwierdzono w zakresie dotyczącym objawów zawału serca – zaledwie 31,86 % poprawnych odpowiedzi przy aż 60,29 % odpowiedzi błędnych. Również w pytaniu o promieniowaniu bólu (tylko 4 % poprawnych odpowiedzi) i pytaniu dotyczącym wpływu odpoczynku i nitrogliceryny na ból zawałowy (16 % poprawnych odpowiedzi) ankietowani nie wykazali się znajomością tematu. Najszerszą wiedzę badani wykazali w pytaniu dotyczącym bezpośrednich objawów martwicy mięśnia sercowego (71 % poprawnych odpowiedzi).

Przypadki zawału w rodzinie różnicują znajomość zarówno ogólnych zagadnień dotyczących zawału serca jak i tematyki przyczyn zawałów. Badani, którzy mieli w rodzinie doświadczenia z zawałem wskazali na średnio dużo wyższą wiedzę w tych zakresach niż osoby, które takich doświadczeń nie posiadają.

Wnioski.

1. Świadomość społeczeństwa na temat wiedzy ogólnej i wczesnych objawów zawału jest na poziomie niedostatecznym, a znajomość przyczyn zawału-dostatecznym.
2. Występowanie zawału w rodzinie zwiększa poziom wiedzy badanych na temat zawału serca.
3. Płeć różnicuje poziom wiedzy w zakresie przyczyn, a miejsce zamieszkania istotnie wpływa na poziom wiedzy w zakresie przyczyn i objawów.
4. Wiek nie wpływa na poziom wiedzy na temat zawału mięśnia sercowego.
5. Należy prowadzić akcje edukacyjne na temat zawału, jego przyczyn, wczesnych objawów i pierwszej pomocy celem poprawy stanu wiedzy społeczeństwa i zmniejszenia odsetku zgonów.

Piśmiennictwo

1. Rudnicki S. Rehabilitacja w chorobach układu krążenia i po operacjach serca / S. Rudnicki // Rehabilitacja medyczna. – 2002. – T. 2. – S. 309–310.
2. European Heart Health Charter, Europejska Deklaracja na rzecz Zdrowia Serca // Kardiologia Polska. – 2008. – Vol. 66, №3. – S. 357–358.
3. Standardy PTK [Electronic resource]. – Access mode: http://www.ptkardio.pl/files/file/1997_2.pdf
4. Wybrane elementy epidemiologii chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce / T. Zdrojewski, G. Broda, P. Goryński, B. Wojtyniak, P. Bandosz, B. Wyrzykowski // Podręcznik Pol. Forum Profilaktyki, Podolec P. – Kraków 2007. – S. 89-90
5. European Society of Cardiology, Europejskie wytyczne zapobiegania chorobom sercowo-naczyniowym w praktyce klinicznej // Postępy w kardiologii 2007/2008. – Kraków 2008. – S. 108–114.
6. Bellwon J. Nowe europejskie rekomendacje postępowania w zapobieganiu chorobom układu sercowo-naczyniowego. Od otyłości do ostrego zespołu wieńcowego / J. Bellwon, A. Rynkiewicz. – Warszawa, 2008. – S.166-172.
7. Postępowanie w ostrych zespołach wieńcowych w Polsce / W. Banasiak, A. Budaj, M. Dłużniewski, G. Opolski, Rużyło, J. Stępińska // Kardiologia Polska. – 2003. – Vol. 59, №7. – S. 66–67.
8. Reczuch K. Ostre zespoły wieńcowe – postępy 2007 / K. Reczuch, W. Banasiak, P. Poniowski // Postępy w kardiologii 2007/2008. – Kraków, 2008. – S. 19–20.
9. Szostak W. B. Prewencja chorób sercowo-naczyniowych – postępy 2007 / W. B. Szostak, B. Cybulska // Postępy w kardiologii 2007/2008.
10. Kłosiewicz-Latoszek L. Zespół metaboliczny, Czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca, profilaktyka i leczenie. / L. Kłosiewicz-Latoszek, B. Cybulska // Kardiologia Polska. – 2003. – Vol. 59, №7. – S. 59–60,
11. Podolec P. Czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych / P. Podolec, G. Kopeć, A. Pająk // Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki. – Kraków, 2007. – S. 83-86
12. Dzida G. Geny i choroba niedokrwienność serca – związki podlegające modyfikacjom / Dzida G. // Kardiologia Polska. – 2007. – Vol. 65, №9. – S. 1066–1067
13. Ocena stanu wiedzy i świadomości społeczeństwa na temat wczesnych objawów zawału mięśnia sercowego / Deczyński M., Buczkowski K., Sandurski D. i wsp. // Problemy Med. Rodzinnej. – 2010. – Vol. 12. – S. 35

**ŚWIADOMOŚĆ SPOŁECZEŃSTWA
NA TEMAT PRZYCZYN
I WCZESNYCH OBJAWÓW ZAWAŁU SERCA**

**Teresa POP, Monika CHLEBIŃSKA,
Iwona OPALIŃSKA,
Bożenna KARCZMAREK-BOROWSKA**

*Institut Fizjoterapii Wydziału Medycznego
Uniwersytetu Rzeszowskiego,
Szpital Wojewódzki nr 2 w Rzeszowie, Rzeszow, Polska*

Adnotacja. Wstęp. Główną przyczyną zgonów w Polsce jest zawał mięśnia sercowego lub jego powikłania. Co roku spośród 1 miliona pacjentów cierpiących na chorobę niedokrwioną serca 100.000 osób choruje na zawał.

Cel pracy. Ocena świadomości społeczeństwa na temat przyczyn i wczesnych objawów zawału w zależności od wieku, płci, miejsca zamieszkania i występowania zawału w rodzinie.

Materiał i metoda. Grupę badaną stanowiło 100 osób. Narzędziem badawczym była ankieta audytoryjna. Składała się z 27 zamkniętych pytań dotyczących ogólnej wiedzy na temat zawału serca, jego przyczyn i wczesnych objawów klinicznych

Wnioski. Świadomość społeczeństwa na temat przyczyn i wczesnych objawów zawału jest niedostateczna i nie zależy od wieku. Występowanie zawału w rodzinie zwiększa poziom wiedzy na temat zawału. Płeć różnicuje poziom wiedzy w zakresie przyczyn, a miejsce zamieszkania istotnie wpływa na poziom wiedzy w zakresie przyczyn i objawów.

Słowa kluczowe: zawał, przyczyny, objawy, świadomość społeczeństwa

**THE AWARENESS OF THE SOCIETY
ON THE CAUSES AND EARLY SYMPTOMS
OF MYOCARDIAL INFARCTION**

**Teresa POP, Monika CHLEBIŃSKA,
Iwona OPALIŃSKA,
Bożenna KARCZMAREK-BOROWSKA**

*Institute of Physiotherapy, Department of Medicine,
Rzeszow University,
Regional Hospital № 2 in Rzeszow, Poland*

Abstract. Myocardial infarction or its complications are one of the main causes of deaths in Poland. Every year from around 1 million people suffering from myocardial ischemia, 100.000 people have an episode of myocardial infarction.

The aim of the study is the evaluation of knowledge of the society on the causes and early symptoms of myocardial infarction depending on the age and the occurrence of myocardial infarction in the family.

The research group consisted of 100 people. Research tool was a questionnaire composed of 27 closed questions concerning general knowledge, causes and symptoms of myocardial infarction.

The level of the knowledge of the society on the causes and early symptoms of myocardial infarction is unsatisfactory. The group of people in which myocardial infarction occurred in their fa-

milies had a much higher level of awareness than people in whose family myocardial infarction did not occur. The knowledge of society does not depend on the age of the respondents. Gender of the questioned people differentiates the knowledge on causes of myocardial infarction, whereas place of residence has a large influence on the awareness of causes and symptoms.

Keywords: myocardial infarction, causes, symptoms, awareness of the society.

References

1. Rudnicki S. Rehabilitacja w chorobach układu krążenia i po operacjach serca [Rehabilitation in cardiovascular disease and heart surgery] // Rehabilitacja medyczna [Medical Rehabilitation]. – 2002. – T. 2. – S. 309–310.
2. European Heart Health Charter, Europejska Deklaracja na rzecz Zdrowia Serca [European Heart Health Charter, Declaration of the European Heart Health Charter] // Kardiologia Polska [Polish Heart]. – 2008. – Vol. 66, №3. – S. 357–358.
3. Standardy PTK [Standards PTK] [Electronic resource]. – Access mode: http://www.ptkardio.pl/files/file/1997_2.pdf
4. Zdrojewski T., Broda G., Goryński P., Wojtyniak B., Bandosz P., Wyrzykowski B. Wybrane elementy epidemiologii chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce [Selected elements of the epidemiology of diseases of the cardiovascular system in Poland] : podręcznik Pol. Forum Profilaktyki, Podolec P. – Kraków, 2007. – S. 89-90
5. European Society of Cardiology, Europejskie wytyczne zapobiegania chorobom sercowo-naczyniowym w praktyce klinicznej [European Society of Cardiology, European guidelines for prevention of cardiovascular disease-vascular in clinical practice] // Postępy w kardiologii 2007/2008 [Advances in Cardiology 2007/2008]. – Kraków, 2008. – S. 108–114.
6. Bellwon J., Rynkiewicz A. Nowe europejskie rekomendacje postępowania w zapobieganiu chorobom układu sercowo-naczyniowego. Od otyłości do ostrego zespołu wieńcowego [The new European recommendations procedure in preventing diseases of the cardiovascular system. From obesity to acute coronary syndrome]. – Warszawa, 2008. – S.166–172.
7. Banasiak W., Budaj A., Dłużniewski M., Opolski G., Rużyłło G., Stępińska J. Postępowanie w ostrych zespołach wieńcowych w Polsce [Management of acute coronary syndromes in Poland] // Kardiologia Polska [Polish Heart]. – 2003. – Vol. 59, №7. – S. 66–67.
8. Reczuch K., Banasiak W., Ponikowski P. Ostre zespoły wieńcowe – postępy 2007 [Acute coronary syndromes – developments in 2007] // Postępy w kardiologii 2007/2008 [Advances in Cardiology 2007/2008]. – Kraków, 2008. – S. 19–20.
9. Szostak W., Cybulska B. Prewencja chorób sercowo-naczyniowych – postępy 2007 [Prevention of cardiovascular disease – progress in 2007] // Postępy w kardiologii 2007/2008 [Advances in Cardiology 2007/2008].
10. Kłosiewicz-Latoszek L., Cybulska B. Zespół metaboliczny, Czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca, profilaktyka i leczenie [The metabolic syndrome, risk factors for coronary heart disease, prevention and treatment] // Kardiologia Polska [Polish Heart]. – 2003. – Vol. 59, №7. – S. 59–60.
11. Podolec P., Kopeć G., Pająk A. Czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych [Risk factors for cardiovascular disease] // Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki [Polish Forum for Prevention Guide]. – Kraków, 2007. – S. 83-86
12. Dzida G. Geny i choroba niedokrwienność serca – związki podlegające modyfikacjom [Genes and coronary heart disease – unions are subject to modification] // Kardiologia Polska [Polish Heart]. – 2007. – Vol. 65, №9. – S. 1066–1067
13. Deczyński M., Buczkowski K., Sandurski D. i wsp. Ocena stanu wiedzy i świadomości społeczeństwa na temat wczesnych objawów zawału mięśnia sercowego [Assessment of knowledge and awareness about the early signs of heart attack] // Problemy Med. Rodzinnej [Problems Med. family]. – 2010. – Vol. 12. – S. 35