

Katarzyna Bigus,  
Malwina Nowogrodzka

Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Katedra  
Pielęgniarstwa, Gdański Uniwersytet Medyczny

## Rola pielęgniarki w edukacji pacjenta po zawale serca ze współistniejącą cukrzycą typu 2

### Nurse's role in patient education after myocardial infarction with concomitant type 2 diabetes

#### STRESZCZENIE

Choroby metaboliczne oraz schorzenia układu sercowo-naczyniowego są ze sobą powiązane. Wpływają w znaczny sposób na życie chorych, przyczyniając się do wystąpienia niebezpiecznych powikłań mogących być przyczyną śmierci. W celu uniknięcia wystąpienia sytuacji zagrażającej życiu chorego prowadzona jest edukacja, która ma za zadanie dostarczyć pacjentowi wiedzy na temat występujących u niego chorób, zalecanego stylu życia oraz profilaktyki powikłań.

Celem niniejszej pracy jest ukazanie roli pielęgniarki w edukacji pacjenta po zawale serca ze współistniejącą cukrzycą typu 2. W niniejszej pracy wykorzystano metodę przeglądu literatury. W niesystematycznej analizie piśmiennictwa posłużono się dostępnymi bazami internetowymi, takimi jak: Google Scholar, PubMed.

Wystąpienie zawału serca koreluje ze współwystępowaniem cukrzycy typu 2 poprzez stymulowanie procesów zapalnych i prozakrzepowych w naczyniach krwionośnych. Jest to związane z występowaniem insulinooporności, utrwalonej hiperglikemii, otyłości wisceralnej oraz zaburzeń gospodarki lipidowej. Problemy pielęgnacyjne pacjenta po zawale serca ze współistniejącą cukrzycą są niejednokrotnie ściśle powiązane z deficytem wiedzy chorego, a działania edukacyjne pielęgniarki pozwalają zapobiec wystąpieniu wielu problemów pielęgnacyjnych. Na podstawie analizy dostępnej literatury wyraźnie widać, że kwestią kluczową opieki pielęgnarskiej nad chorym po zawale serca ze współistniejącą cukrzycą jest edukacja, udzielenie wsparcia, obniżenie poziomu lęku i zapobieganie powikłaniom.

Forum Medycyny Rodzinnej 2020, tom 14, nr 2, 88–95

Słowa kluczowe: cukrzyca typu 2, zawał serca, edukacja pacjenta

#### ABSTRACT

Metabolic diseases and cardiovascular diseases are interrelated. They significantly affect the patient's life contributing to the occurrence of dangerous complications that can cause death. In order to avoid the occurrence of a life-threatening situation, the patient is educated

#### Adres do korespondencji:

Malwina Nowogrodzka  
Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego GUM-ed  
ul. Dębinki 7, 80–211 Gdańsk  
e-mail: malwina.nowogrodzka@gumed.edu.pl

Copyright © 2020 Via Medica  
ISSN 1897–3590

on topics related to the nature of diseases, lifestyle and prophylaxis of complications. The aim of this work is to show the role of a nurse in patient education after myocardial infarction with coexisting type 2 diabetes. Non-systematic analysis of the literature uses available internet databases, such as Google Scholar and PubMed.

The occurrence of myocardial infarction correlates with the coexistence of type 2 diabetes by stimulating inflammatory processes and prothrombotic in blood vessels. This is related to the occurrence of insulin resistance, persistent hyperglycaemia, visceral obesity and disorders of lipid metabolism. Nursing diagnosis of a patient after myocardial infarction with coexisting type 2 diabetes are often closely related to the patient's knowledge deficit, and nurses' educational activities help prevent the occurrence of many care problems. Based on the analysis of available literature, it is clearly visible that the key issue of nursing care for a patient after myocardial infarction co-morbid diabetes is education, support, lowering the level of anxiety and prevention of complications.

Forum Medycyny Rodzinnej 2020, tom 14, nr 2, 88–95

**Key words:** type 2 diabetes, myocardial infarction, patient education

## WSTĘP

Około 2,6 miliona Polaków żyje z rozpoznaniem cukrzycy [1]. Szacuje się, że około 10% nie jest świadomych własnej choroby. Pod względem śmiertelności schorzenie to zajmuje 6. miejsce wśród przyczyn zgonów na świecie. Ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych u diabetyków jest 2–4 razy większe niż u osób niechorujących na cukrzycę. Patologie dotyczące zarówno serca, jak i naczyń krwionośnych są najpowszechniejszą przyczyną zgonów w Polsce [2].

Powikłania wynikające z cukrzycy typu 2 mogą prowadzić do zawału serca, który charakteryzuje się nekrozą kardiomiocytów wywołaną zamknięciem światła tętnic wieńcowych. Taka sytuacja wymaga od pacjenta zmiany dotychczasowego stylu życia. Szybkie udzielenie pomocy, hospitalizacja i rehabilitacja oraz profesjonalna opieka pielęgniarska umożliwiają pacjentowi zachowanie odpowiedniej jakości życia. Kluczową rolę w podnoszeniu jakości życia pacjenta stanowi również edukacja zdrowotna. Pacjent pozbawiony edukacji jest narażony na silny stres związany z poczuciem ograniczenia jego roli w procesie leczenia.

Społeczeństwo ma nadal niską wiedzę zarówno na temat cukrzycy, jak i zawału serca. Skutkuje to zaniechaniem zachowań prozdrowotnych, a tym samym zwiększa ryzyko zachorowania. W niniejszej pracy poruszono temat edukacji pacjenta, który w wyniku cukrzycy typu 2 doznał zawału serca. Sensem wzbogacenia wiedzy pacjenta jest próba zapobiegnięcia ponownemu incydentowi ostrego zespołu wieńcowego poprzez zachęcenie do zmiany stylu życia [3].

## WPŁYW CUKRZYCY TYPU 2 NA WYSTĘPOWANIE ZAWAŁU SERCA

Oddziaływanie cukrzycy typu 2 na zespół schorzeń sercowo-naczyniowych jest niewątpliwie duże. Choroba ta wraz z miażdżycą wchodzi w skład zespołu metabolicznego. Najważniejszymi czynnikami wywołującymi ten zespół są insulinooporność oraz utrwalone wysokie stężenie glukozy we krwi. Pozostałe elementy korelujące z zespołem metabolicznym to: otyłość wisceralna, zaburzenia gospodarki lipidowej, nadciśnienie tętnicze [4]. Wymienione czynniki stymulują procesy zapalne i prozakrzepowe w naczyniach krwionośnych. Zmiany miażdżycowe



**Ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych u diabetyków jest 2–4 razy większe niż u osób niechorujących na cukrzycę**

**”**  
**Jako prewencję  
incydentów sercowo-  
-naczyniowych  
u chorych na cukrzycę  
typu 2 zaleca się  
kontrolne wizyty  
lekarskie raz  
w roku**

u diabetyków postępują znacznie szybciej. Często dochodzi do bezobjawowych, całkowitych zamknięć światła wielu naczyń wieńcowych. Niebezpieczeństwo wystąpienia zawału serca jest 2–3 razy większe u diabetyków niż u ludzi zdrowych. Z powodu niecharakterystycznych objawów diagnostyka i leczenie są skomplikowane. U diabetyków z zawałem serca często nie występuje ból wieńcowy. Przyczyną 25% hospitalizacji pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym i współwystępującą cukrzycą są powikłania niedokrwienia mięśnia sercowego, a nie sam ból wieńcowy. Neuropatia cukrzycowa dotyka około 50% diabetyków po upływie 10 lat od zachorowania. Na jej rozwój wpływają: okres trwania choroby, niestabilizowany poziom glikemii, płeć męska, nikotynizm, niedostateczna dystrybucja insuliny oraz istnienie innych schorzeń będących konsekwencją cukrzycy. Istnieje zależność między wysokim poziomem glikemii a występowaniem powikłań sercowo-naczyniowych. Zwiększenie stężenia hemoglobiny glikowanej o 1% podnosi ryzyko wystąpienia zawału i niewydolności mięśnia sercowego oraz udaru mózgu o 11% [5]. U diabetyków reorganizacje w gospodarce lipidowej są obecne już przed postawieniem diagnozy. Dochodzi do utraty zdolności cholesterolu frakcji HDL (*high-density lipoprotein*) do antyoksydacji oraz działania przeciwzkrzepowego. Podwyższenie stężenia lipoproteiny o niskiej gęstości o 1 mmol/l przyczynia się do zwiększenia o 57% występowania powikłań sercowo-naczyniowych. W przypadku cukrzyków stosuje się leczenie statynami, które powodują stabilizację stężeń lipidów w organizmie. Taka terapia pozwala o 25–30% obniżyć powikłania układu krwionośnego [6]. Geneza nadciśnienia tętniczego u diabetyków jest spowodowana pośrednimi mechanizmami wpływającymi na wzrost ciśnienia tętniczego wynikającego z zjawisk insulinooporności i hiperinsulinemii. Wzrost ciśnienia skurczowego o 10 mm Hg powoduje zwiększenie o 15% ryzyka niedokrwienia serca

w porównaniu z grupą kontrolną. Z kolei dyslipidemia w porównaniu z podwyższonym stężeniem glukozy we krwi odgrywa większą rolę w niedokrwieniu serca. Pacjenci z otyłością trzewną charakteryzują się niższym poziomem aktywności fizycznej oraz hiperglikemią [5]. Zawał serca u diabetyka jest obciążony dwukrotnie większym ryzykiem zgonu niż u osób zdrowych. Przeważnie rozpoczyna się w nocy. Jest to prawdopodobnie spowodowane obniżonym przepływem wieńcowym. Zastosowanie leczenia inwazyjnego obniża o 22–27% ryzyko śmierci w porównaniu z pacjentami leczonymi metodami zachowawczymi. U tych chorych często zaleca się pomostowanie aortalno-wieńcowe [7]. Diabetycy, którzy przeżyli zawał serca, są o 15–34% bardziej narażeni na powtórzenie tego typu zdarzenia w ciągu roku. Odsetek ten wzrasta do 43% przed upływem 5 lat. Statystyki te są niezależne od czasu trwania choroby [8].

Jako prewencję incydentów sercowo-naczyniowych u chorych na cukrzycę typu 2 zaleca się kontrolne wizyty lekarskie raz w roku. Szczególnie czujni powinni być pacjenci, u których zaobserwowano zmiany miażdżycowe w tętnicach szyjnych i obwodowych oraz obecność dwóch lub trzech czynników wpływających na chorobę niedokrwinną (nikotynizm, podwyższony poziom cholesterolu, nadciśnienie tętnicze, rodzinne występowanie miażdżycy, białkomocz, neuropatia autonomiczna) oraz nieprawidłowy obraz spoczynkowego badania EKG [9, 10]. Taka wizyta kontrolna stanowi również okazję do realizacji działań edukacyjnych. Placówki podstawowej opieki zdrowotnej stanowią pierwsze miejsce spotkania pacjenta z pracownikami ochrony zdrowia. Kontakt ten jest bardziej spersonalizowany, skupiony nie tylko na leczeniu chorób, ale też na poznaniu ogólnie rozumianych potrzeb zdrowotnych [11].

Leczenie choroby niedokrwiennej u diabetyków różni się od terapii zalecanej pacjentom nieobciążonym tą chorobą. Farmakoterapia oparta jest na stosowaniu leków

przeciwpłytkowych, przeciwdławicowych, inhibitorów konwertazy angiotensyny, leków metabolicznych. Zjawisko wzrostu łączenia się i kumulowania płytek krwi obserwuje się, jeszcze zanim wystąpią pierwsze objawy cukrzycy. Z tego powodu podaje się chorym leki zmniejszające agregację płytek. Beta-adrenolityki stosowane są z uwagi na fakt, iż w populacji cukrzyków bardzo często dochodzi do niewydolności serca. Nieselektywne leki  $\beta$ -adrenolityczne wpływają niekorzystnie na tolerancję glukozy. Z tego powodu stosuje się wysoce kardioselektywne  $\beta$ -adrenolityki. Obniżają one ciśnienie krwi, zwiększają perfuzję oraz ponowny przepływ krwi przez mięsień sercowy. Hamują uwalnianie insuliny i lipolizę. Inhibitory konwertazy angiotensyny rozszerzają naczynia krwionośne i zapobiegają restenozie. Leki metaboliczne, takie jak trimetazydyna, zmniejszają liczbę epizodów dławicy piersiowej nawet o 36%. Leczenie ostrych zespołów wieńcowych u cukrzyków przebiega podobnie jak terapia stosowana u osób bez tego schorzenia. Zabieg przezskórnej angioplastyki naczyń wieńcowych powinien być wykonany jak najszybciej (przed upływem 12 godzin od wystąpienia objawów) [4, 12].

### **ROLA EDUKACYJNA PIELĘGNIARKI**

Do prowadzenia działań edukacyjnych na rzecz pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi zobligowani są przedstawiciele wszystkich profesji medycznych. Rola pielęgniarki jest kluczowa. Zadbanie o odpowiedni poziom przekazywanej pacjentom wiedzy przyczynia się nie tylko do poprawy poziomu zdrowia osób z chorobami sercowo-naczyniowymi, ale i do obniżenia kosztów leczenia [13]. Rola pielęgniarki w edukacji pacjenta jest kluczowa. Poprzez towarzyszenie na każdym etapie choroby, buduje zaufanie chorego, udziela wsparcia zarówno informacyjnego jak i emocjonalnego, co procentuje w późniejszym czasie kształtowaniem prawidłowych

postaw u chorego [3]. Ważnym czynnikiem, który w edukacji należy uwzględnić jest etap adaptacji choroby, w którym pacjent aktualnie się znajduje. Najczęściej podejmowaną formą edukacji jest instruktaż oraz poradnictwo indywidualne. Edukacja ma na celu nie tylko przekazanie informacji na temat istoty choroby, ale też ukształtowanie umiejętności pozwalających na radzenie sobie z chorobą przewlekłą w życiu codziennym, dostarczenie wiadomości na temat zaleceń dietetycznych oraz stylu życia i motywowanie do samokontroli [14].

Objęcia działaniami terapeutycznymi pacjenta po zawale serca jest na tyle złożonym procesem, że nie powinien on kończyć się wraz z zakończeniem hospitalizacji. Także ze względu na powszechność chorób sercowo-naczyniowych zasadne jest prowadzenie edukacji na każdym etapie leczenia — również wtedy, kiedy chory jest pacjentem podstawowej opieki zdrowotnej [13]. Wyniki badań potwierdzają, że ponad 80% pacjentów oczekuje od pielęgniarki rodzinnej edukacji na tematy związane z chorobą oraz wskazówek dotyczących radzenia sobie w sytuacji choroby [15]. Prowadzenie działań edukacyjnych na odpowiednio wysokim poziomie jest zadaniem bardzo czasochłonnym i praktyka potwierdza, że wielokrotnie zaniechanym na rzecz działań leczniczych i administracyjnych. Sytuacja ta wynika z narastającego niedoboru pracowników ochrony zdrowia, co wymusza na pracownikach decyzję, by skupić się na tych czynnościach, które są w opiece nad chorym priorytetowe czy bardziej naglące [11].

### **PRZYGOTOWANIE DO SAMOOPIEKI**

Samoopieka to proces wyuczonych i świadomych aktywności mających na celu zaspokojenie poszczególnych potrzeb w życiu codziennym człowieka. Czynności te z kolei w sposób celowy wpływają na funkcjonowanie i wzrastanie jednostki. Chory, który utracił zdolność do samoopieki pod względem emocjonalnym, fizycznym, materialnym

**”**  
**Do prowadzenia działań edukacyjnych na rzecz pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi zobligowani są przedstawiciele wszystkich profesji medycznych. Rola pielęgniarki jest kluczowa**

czyspolecznym będzie wymagał od pielęgniarki wsparcia w zakresie poradzenia sobie z nieuleczalną chorobą. W sytuacji gdy potrzeba przewyższa możliwości pacjenta, towarzyszenie mu w jego deficytach wydaje się mieć ogromną wartość. W takiej sytuacji chory jest biorcą opieki, pielęgniarka zaś asystuje mu poprzez zastosowanie właściwych interwencji. U pacjentów zmagających się z cukrzycą ważna jest gruntowna edukacja mająca na celu profilaktykę występowania ostrych i przewlekłych powikłań wpływających na jakość życia pacjenta. Personel medyczny zapewnia pacjentowi wiedzę na temat najnowszych wytycznych oraz metod leczenia. Na tej podstawie pacjent jest w stanie wziąć odpowiedzialność za własne zdrowie [16, 17].

Poziom wiedzy polskiego społeczeństwa na temat zawału serca wciąż pozostaje niski. Wzbogacanie wiedzy ogólnej pacjenta na temat jego choroby, problemów z niej wynikających oraz możliwych powikłań jest jednym z elementów wpływających na poprawę samoopieki. Ważne jest dostosowanie przekazywanych treści do stanu ogólnego pacjenta. W pierwszych dobach hospitalizacji wynikającej z zawału serca poziom lęku jest tak wysoki, że nacisk należy położyć na udzielenie choremu wsparcia emocjonalnego. Wsparcie informacyjne jest procesem długotrwałym, mającym na celu utrwalenie przyswojonej wiedzy. Ważnym aspektem jest uświadomienie pacjentowi wpływu chorób współistniejących na ryzyko zawału serca. Kolejnym trudnym dla chorego momentem jest zakończenie hospitalizacji. W tym przypadku ważne jest przygotowanie rodziny do wsparcia pacjenta. Przekazanie mu odpowiedzialności za własne zdrowie, poprawa jego poczucia własnej wartości, stan w którym czuje się potrzebny mobilizują chorego do zawalczenia o własną sprawność. Istotne jest również zmniejszenie poziomu lęku przed kolejnym epizodem choroby. Postawa ta może prowadzić do rezygnacji z aktywności fizycznej. Rolą personelu medycznego jest

dostosowanie wsparcia do faktycznych ograniczeń pacjenta [18, 19].

Samokontrola to pojęcie określające wszelkie czynności, które pozwalają choremu na kontrolowanie własnej choroby. W jej skład wchodzi takie zachowania, jak: kontrolowanie poziomu glikemii, cholesterolu, regulacja masy ciała, zastosowanie dietyterapii i aktywnie spędzonego czasu, monitorowanie wartości ciśnienia krwi, prawidłowa technika wstrzyknięć insuliny oraz zdolność modyfikowania dawki. Celem samokontroli jest uczynienie z pacjenta osoby zorientowanej na potrzeby zmienionej przez chorobę organizmu oraz wyuczenie działań leczniczych. Edukacja pacjenta zmniejsza poczucie stresu wynikające z nieznamości choroby oraz braku panowania nad nią [20].

#### **PRZYGOTOWANIE RODZINY PACJENTA DO OPIEKI**

Wsparcie rodziny jest istotnym elementem w procesie rekonwalescencji pacjenta. Rodzina chorego nazywana jest często nieprofesjonalną częścią systemu opieki zdrowotnej. System pozytywnych wzmocnień znacząco poprawia jakość współpracy rodziny z zespołem terapeutycznym. Edukacja rodziny powinna dotyczyć nie tylko istoty choroby, czynników wyzwalających, ale przede wszystkim prawidłowej reakcji w przypadku wystąpienia objawów. Warto zachęcić rodzinę pacjenta do wspierania go w zmianie stylu życia [21]. Pacjent po zawale serca boryka się z obniżoną sprawnością fizyczną. Ważne jest zwrócenie uwagi rodziny na prowadzenie sukcesywnej rehabilitacji pacjenta oraz zachęcanie go do aktywności fizycznej. Nie należy pacjenta wyręczać w wykonywaniu obowiązków oraz stosować nadmiernych ograniczeń. Ogromne znaczenie ma też wsparcie emocjonalne, gdyż zmiany, zwłaszcza te związane z załamaniem zdrowia, wywołują stres oraz wyzwalać uczucie lęku [22]. Zgodnie z prowadzonymi badaniami społeczeństwo deklaruje chęć opieki nad chorym członkiem rodziny. Jednak większość osób



**W pierwszych dobach hospitalizacji wynikającej z zawału serca poziom lęku jest tak wysoki, że nacisk należy położyć na udzielenie choremu wsparcia emocjonalnego**

potrzebuje, by w czasie choroby członka rodziny udzielić im profesjonalnego wsparcia. Potrzeba ta jest częściej deklarowana przez kobiety niż przez mężczyzn, co wiąże się z częstszym sprawowaniem przez nie opieki w sytuacji choroby [15].

### ZALECENIA DIETETYCZNE

Prawidłowe odżywianie powinno być realizowane na każdym etapie życia człowieka. Zamięzeniem terapii dietetycznej diabetyków jest: ustabilizowanie poziomu glukozy i lipidów we krwi, unormowanie ciśnienia tętniczego oraz zmniejszenie masy ciała. Nie zaleca się restrykcyjnych diet, efektywna jest redukcja od 0,5 do 1 kg tygodniowo. Produktami, na które szczególnie należy zwrócić uwagę w diecie diabetyka, są węglowodany. Zaleca się spożywanie produktów o niskim indeksie glikemicznym (< 55) oraz unikanie tych, których indeks glikemiczny przekracza 70. Szczególnie zalecane dla chorych jest spożycie warzyw, ponieważ zawierają małą ilość cukrów prostych i tłuszczu. Chory powinien zaopatrywać swój organizm w chude produkty mleczne. W ciągu tygodnia zaleca się kilkukrotne spożycie ryb, chudego mięsa oraz białka jaj. W przypadku osób, u których stwierdzono miażdżycę naczyń wieńcowych, powinno się ograniczyć produkty zawierające nasycone kwasy tłuszczowe oraz cukry proste, które przyczyniają się do podwyższenia stężenia triglicerydów we krwi. Stosując wielonienasycone kwasy tłuszczowe, obniżeniu ulega stężenie cholesterolu całkowitego. Tłuszcze tego typu usprawniają także funkcjonowanie śródbłonna, zmniejszając produkcję cytokin, a tym samym obniżając występowanie procesu zapalnego. Ważny w diecie jest rozpuszczalny w wodzie błonnik pokarmowy. Wiąże on cząsteczki cholesterolu w formę żelową, tym samym powodując zmniejszenie jego przyswajania ze światła przewodu pokarmowego. Statystycznie 1 g błonnika pokarmowego rozpuszczalnego w wodzie redukuje stężenie lipoproteiny LDL (*low-density lipoprotein*) we krwi o 2,2 mg/dl. Zamiana białka zwierzęcego

na białko sojowe obniża stężenie cholesterolu oraz triglicerydów we krwi [16, 23–26].

### ZALECENIA DOTYCZĄCE AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ

W dobie rozwoju technicznego aktywność fizyczna jest dużo mniejsza, dlatego zwiększa się liczba pacjentów cierpiących z powodu przewlekłych niezakaźnych chorób, na przykład cukrzycy. Wysiłek fizyczny niesie za sobą wiele korzyści, między innymi normuje wartość ciśnienia tętniczego, profil lipidowy, zapobiega insulinooporności, obniża ryzyko nadwagi i otyłości. Dodatkowo działa w sposób homeostatyczny na: gospodarkę hormonalną, układ krzepnięcia czy też na kondycję śródbłonna. Aktywność rekreacyjna oraz zawodowa znacznie obniża ryzyko nagłego zgonu sercowego. Osoby po 50. roku życia oraz otyłe powinny najpierw skonsultować z lekarzem chęć zwiększenia wysiłku fizycznego. Natomiast osoby z chorobą wieńcową są zobligowane do wykonania próby wysiłkowej [23, 24]. Codzienne zastosowanie trzydziestominutowego treningu o umiarkowanym charakterze zapobiega występowaniu schorzeń układu krążenia oraz cukrzycy. Zwiększenie tej wartości do 60 minut przeciwdziała nadwadze i otyłości [25]. Aktywność fizyczna wzmocniona o dietoterapię jest skuteczniejsza w profilaktyce cukrzycy typu 2 niż farmakoterapia [27]. Pomocną formą usprawniania pacjenta po zawale serca jest rehabilitacja kardiologiczna, która łączy ze sobą ćwiczenia izometryczne, izotoniczne oraz oporowe. Pomaga pacjentowi w sposób kontrolowany i efektywny powrócić do sprawności. Każda kolejna faza rehabilitacji jest poprzedzona testem wysiłkowym, aby dokładnie określić bezpieczny trening dla pacjenta [28, 29].

### ZALECENIA DOTYCZĄCE ELIMINACJI UZALEŻNIEŃ

Uzależnienie to przedkładanie przyjmowania substancji psychoaktywnych lub wykonywania określonych czynności nad



**Aktywność rekreacyjna oraz zawodowa znacznie obniża ryzyko nagłego zgonu sercowego. Osoby po 50. roku życia oraz otyłe powinny najpierw skonsultować z lekarzem chęć zwiększenia wysiłku fizycznego**



**Szczególnie  
niebezpiecznym  
uzależnieniem dla  
diebetyków oraz osób  
ze zwiększonym  
ryzykiem powikłań  
sercowo-naczyniowych  
jest nikotynizm**



**Problemy pielęgnacyjne  
pacjenta po zawale  
serca ze współistniejącą  
cukrzycą są ściśle  
powiązane z deficytem  
wiedzy chorego**

procesy fizjologiczne, poznawcze czy behawioralne, które poprzednio miały dla chorego większe znaczenie[30]. Szczególnie niebezpiecznym uzależnieniem dla diebetyków oraz osób ze zwiększonym ryzykiem powikłań sercowo-naczyniowych jest nikotynizm. Nałogowe palenie papierosów przyczynia się do dwukrotnego zwiększenia zachorowalności na choroby układu sercowo-naczyniowego. Jest czynnikiem wpływającym na tworzenie się miażdżycy. Niszczące działanie tlenu węgla i czynników składowych papierosów wymierzone w śródbłonek naczyń krwionośnych wywołuje skurcz tętnic oraz niedotlenienie tkanek. Dodatkowo obserwuje się wzmożoną agregację płytek krwi powodującą wykrzepianie wewnątrznaczyniowe. Przyczynia się do rozwoju chorób metabolicznych, takich jak dyslipidemia oraz cukrzyca. U diabetyków dodatkowe obciążenie w postaci nikotyny przyczynia się do problemów z normalizacją poziomu glikemii z powodu insulinooporności. Zaprzestanie palenia przez cukrzyków jest nieodłącznym elementem ich procesu leczenia [31].

#### **PODSUMOWANIE**

Niniejsza praca ma na celu przedstawić istotę edukacji pacjenta po zawale serca ze współistniejącą cukrzycą typu 2. Do analizy wykorzystano metodę przeglądu piśmiennictwa. Rola edukacyjna pielęgniarki jest bardzo istotna. Pozwala zapobiec rozwojowi choroby lub zatrzymać ten proces. Poprzez systematyczny kontakt pielęgniarka precyzyjnie określa problemy, z jakimi zmaga się chory. Przekazując choremu informacje na temat choroby i samokontroli przyczynia się do znacznego obniżenia poziomu lęku występującego u pacjenta. Edukacja chorego na cukrzycę ma na celu profilaktykę wstępowania ostrych i przewlekłych powikłań wpływających na jakość życia chorego. Uwrażliwienie pacjenta na tematy związane z samokontrolą, dietoterapią, znaczeniem aktywności fizycznej pozwala mu w prawidłowy sposób zadbać o swoje zdrowie i dzięki temu wziąć za nie odpowiedzialność.

Poziom wiedzy polskiego społeczeństwa na temat zawału serca wciąż pozostaje niski. W pierwszych dobach hospitalizacji wynikającą z zawału serca kluczową rolę stanowi udzielenie pacjentowi wsparcia emocjonalnego, gdyż poziom lęku w tym czasie jest bardzo wysoki. Wsparcie informacyjne to długotrwały proces, kontynuowany również po zakończonej hospitalizacji w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej.

Problemy pielęgnacyjne pacjenta po zawale serca ze współistniejącą cukrzycą są ściśle powiązane z deficytem wiedzy chorego, a działania edukacyjne pielęgniarki pozwalają zapobiec wystąpieniu wielu problemów pielęgnacyjnych.

W procesie edukacji pacjenta po zawale serca ze współwystępującą cukrzycą należy uwzględnić sposób przekazania informacji, zdolności poznawcze pacjenta oraz jego nastawienie do hospitalizacji.

#### **PIŚMIENNICTWO:**

1. Grzeszczak W. Ryzyko rozwoju cukrzycy oraz jej powikłań — co nowego opublikowano na ten temat na początku 2011 roku? *Via Medica*, Gdańsk. 2011; 8: 132–138.
2. Szymborski J. Zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia a sytuacja demograficzna Polski. *Rządowa Rada Ludnościowa*. Warszawa. 2015.
3. Kaszuba D, Nowicka A. *Pielęgniarstwo kardiologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych*. PZWL, Warszawa 2011.
4. Pacholczyk M, Ferenc T, Kowalski J. Zespół metaboliczny. Część I: Definicje i kryteria rozpoznawania zespołu metabolicznego. *Epidemiologia oraz związek z ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych i cukrzycy typu 2*. *Postępy Hig Med Dosw*. 2008; 62: 530–542.
5. Pres D, Gąsior M., Poloński L. Zaburzenia lipidowe w przebiegu cukrzycy typu 2 a współwystępowanie nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca i otyłości. *Endokrynologia, Otyłość, Zaburzenia Przemiany Materii*, Gdańsk. 2006; 2(3): 86–93.
6. Sieradzki J. *Cukrzyca — kompendium*. *Via Medica*, Gdańsk 2009.
7. Wytyczne dotyczące diagnostyki i leczenia ostrych zespołów wieńcowych bez uniesienia odcinka ST. *Medycyna Praktyczna, Cholerzyn*. 2015; 73(12): 1207–1294.
8. Sikora-Frąc M., Budaj A. Postępowanie w ostrych zespołach wieńcowych u chorych z cukrzycą typu 2. *Postępy Nauk Medycznych*, Warszawa. 2015; 28(11): 51–55.

9. Thygesen K. Czwarła uniwersalna definicja zawału serca. *Via Medica*, Gdańsk 2018.
10. Pres D, Gąsior M., Poloński L., Zaburzenia lipidowe w przebiegu cukrzycy typu 2 a współwystępowanie nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca i otyłości. *Endokrynologia, Otyłość, Zaburzenia Przemiany Materii*, Gdańsk. 2006; 2(3): 86–93.
11. Reznier A, et al. Edukator zdrowia w podstawowej opiece zdrowotnej jako szansa na podniesienie poziomu promocji zdrowia i profilaktyki w Polsce. *Probl Hig Epidemiol*. 2013; 94(3): 407–412.
12. Filipek B. Postępy w farmakoterapii cukrzycy typu 2 i chorób układu sercowo-naczyniowego w cukrzycy. *Farm Pol*, Warszawa. 2009; 65(6): 425–438.
13. Michalski P, Kosobucka A, Nowik M, et al. Edukacja zdrowotna pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego. *Folia Cardiologica*. 2017; 11(6): 519–524, doi: [10.5603/fc.a2016.0104](https://doi.org/10.5603/fc.a2016.0104).
14. Ślusarska B, Zboina B. Opieka pielęgniarska wobec pacjenta z chorobą przewlekłą. In: Zarzycka D, Zboina B. ed. *Podstawy pielęgniarstwa*. PZWL, Warszawa 2017: 609–622.
15. Ryś B, Kudłacik B, Fraś M, et al. Oczekiwania odnośnie edukacji zdrowotnej. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2014; 4(22): 496–502.
16. Włodarek D, Lange E, Kozłowska L, Głąbska D. *Die-toterapia*. PZWL, Warszawa 2014.
17. Karłowicz A, Korzon-Burakowska A, Skuratowicz-Kubica A, et al. Świerblewska E., Burakowski I. Poziom wiedzy na temat zespołu stopy cukrzycowej u chorych na cukrzycę typu 2. *Diabetologia Praktyczna*, Gdańsk. 2010; 11(4): 109–117.
18. Salwa A, Babiarez A, Nowak-Starz G. Rola pielęgniarki w przygotowaniu pacjenta w podeszłym wieku z cukrzycą do samoopieki. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2017; 65(3): 558–562, doi: [10.20883/pielpol.2017.76](https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.76).
19. Zarzycki W, Popławska E. Edukacja terapeutyczna chorych na cukrzycę. *Diabetologia Praktyczna*, Gdańsk. 2002; 2: 21–26.
20. Dziemidok P, Jaworska J, Cygan J. Uwarunkowania wpływu samokontroli glikemii na wskaźnik wyrównania metabolicznego cukrzycy w praktyce ambulatoryjnej. *Medycyna Metaboliczna*, Warszawa. 2006; 10(4): 1–6.
21. Tyszcza Z. Rodzina w czasach szybkich przemian. *Roczniki Socjologii Rodziny, UAM, Poznań*. 2002; 13: 209–228.
22. Kwissa Z. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u osób chorych na cukrzycę. *Psychologia jakości życia*, Warszawa. 2006; 5(1): 119–132.
23. Skorupska S, Chomiuk T, Mamcarz A. Czy sport to zdrowie dla chorego na cukrzycę? *Przegląd Kardi-diabetologiczny*, Poznań. 2008; 3: 232–236.
24. Makowiec-Dąbrowska T. Wpływ aktywności fizycznej w pracy i życiu codziennym na układ krążenia. *Forum Medycyny Rodzinnej*, Gdańsk. 2012; 6(3): 130–138.
25. Kłosiewicz-Latoszek L, Cybulska B. Wpływ zdrowego stylu życia na zmniejszenieryzka zgonów sercowo-naczyniowych. *Choroby Serca i Naczyn*, Gdańsk. 2012; 9(5): 273–281.
26. Stelmach M. Rola aktywności fizycznej w profilaktyce otyłości oraz innych przewlekłych chorób niezakaźnych. *Człowiek i Zdrowie*, Białka Podlaska. 2010; 4(1): 50–67.
27. Plewa M, Markiewicz A. Aktywność fizyczna w profilaktyce i leczeniu otyłości. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, Gdańsk. 2006; 2(1): 30–37.
28. Jaźwa P, Kwolek A, Misior A. Rehabilitacja jako składowa leczenia i prewencji neuropatii cukrzycowej. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, Rzeszów. 2005; 2: 188–192.
29. Trzos E, Kurpesa M, Rechciński T., Wierzbowska-Drabik K. Wpływ rehabilitacji fizycznej na podatność tętnic u chorych po zawale serca. *Folia Cardiologica*, Gdańsk. 2007; 2(10): 492–497.
30. Wciórka J, Pużyński S. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. *Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Vesalius, Kraków. 2000.
31. Kara I, Zysnarska M, Borkowicz M, et al. Palenie tytoniu wśród osób hospitalizowanych z powodu choroby niedokrwiennej serca. *Przegląd Lekarski*, Kraków. 2009; 66(10): 727–728.