

**Kazimiera Hebel, Małgorzata Lesińska-Sawicka, Monika Waśkow**

Akademia Pomorska w Słupsku, Katedra Nauk o Zdrowiu

# Kierunki edukacji zdrowotnej rodzin chorych po udarze niedokrwiennym mózgu w profilaktyce wtórnej

Directions of health education of families taking care of patients who suffered stroke in secondary prevention measures

## STRESZCZENIE

Udar mózgu stanowi w Polsce główną przyczynę niepełnosprawności osób powyżej 40. roku życia. Opieka rodziny nad osobą przewlekle chorą i niepełnosprawną jest zasadniczą formą pomocy tym chorym. Obecnie chory i jego rodzina coraz częściej są postrzegani jako partnerzy pracowników ochrony zdrowia. Wyrazem takiej partnerskiej relacji są między innymi działania edukacyjne. Zakres wsparcia informacyjno-edukacyjnego zależy od kilku czynników, między innymi od poziomu wiedzy.

W pracy przedstawiono najważniejsze kierunki edukacji zdrowotnej członków rodzin chorych po udarze mózgu.

Głównymi celami edukacji poudarowej są: poprawa stanu funkcjonalnego chorego, zmniejszenie obciążenia fizycznego i psychicznego opiekunów, zapobieganie powikłaniom chorobowym wynikającym z niepełnej sprawności oraz profilaktyka wtórna udaru mózgu.

Do zamierzonych korzyści należą: promowanie właściwego stylu życia, poprawa kondycji fizycznej oraz psychicznej chorego i członków jego rodziny, zwiększenie wiedzy na temat udarów mózgu.

**Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18 (4): 497–502**

**Słowa kluczowe:** edukacja zdrowotna, udar mózgu, profilaktyka wtórna

## ABSTRACT

Stroke is the main cause of disability of the people at the age of over 40 in Poland. Family care for the member of the family who is a chronic or disabled patient is an essential form of a help offered to these kind of patients. Currently ill and his family are increasingly perceived as partners in health-care professionals. Educational actions are a kind of partnership. The scope of information and educational support depends on shortages in education.

Objective is to provide the most important directions of health education, addressed to the members of the families of patients who suffered stroke.

Main aims of poststroke education is an improvement of a patient's functional condition, reduction of physical and mental load, preventing disease complications resulting from reduced fitness and a stroke secondary prevention.

Expected benefits include an appropriate lifestyle promotion, improvement of physical and mental condition of a patient and his or her members of the family and a knowledge increase dealing with the essence of strokes.

**Nursing Topice 2010; 18 (4): 497–502**

**Key words:** health education, stroke, secondary preventing measures

## Wstęp

Udar mózgu to utrzymujące się ponad 24 godziny ogniskowe lub uogólnione zaburzenia jego czynności, spowodowane upośledzeniem krążenia mózgowego. W Polsce rocznie zapada na tę chorobę 60–70 tysięcy

osób. W populacji dorosłych udar mózgu jest trzecią co do częstości występowania przyczyną zgonów. W większości krajów świata choroba ta jest główną przyczyną upośledzenia sprawności i samodzielności wśród dorosłych. Ponad połowa chorych po udarze mózgu to osoby

**Adres do korespondencji:** mgr Kazimiera Hebel, Akademia Pomorska w Słupsku, Katedra Nauk o Zdrowiu, ul. Bohaterów Westerplatte 64, 76–200 Słupsk, tel.: (59) 840 59 12, tel. kom. 600 058 387, e-mail: kaziah@op.pl

**Tabela 1.** Czynniki ryzyka udaru mózgu**Table 1.** Risk factors for stroke

Czynniki ryzyka udaru mózgu	Modyfikowalne	
	Naczyniowe	Behawioralne
Niemodyfikowalne		
Wiek	Nadciśnienie tętnicze	Palenie tytoniu
Rasa	Migotanie przedsionków	Nadużywanie alkoholu
Płeć	i inne choroby serca	Otyłość
Czynniki genetyczne	Zaburzenia gospodarki lipidowej	Mało aktywny tryb życia
Przebyty wcześniej udar mózgu	Miażdżycza tętnic szyjnych	
Hiperhomocysteinemia	Przemijający atak niedokrwienności	
Doustne środki antykoncepcyjne	lub udar przebyty w przeszłości	
Hormonalna terapia zastępcza		

w różnym stopniu niepełnosprawne, natomiast około 20% to chorzy leżący, całkowicie uzależnieni od pomocy innych. Szacuje się, że ryzyko wystąpienia kolejnego udaru mózgu w ciągu pierwszego roku od zachorowania wynosi 10–20%. W każdym następnym roku wynosi 5–8%, natomiast u 15% chorych występuje ryzyko zawału serca [1–3]. Po około pół roku od udaru mózgu u około 50% chorych występuje utrwalony niedowład połowiczny. Zaburzenia koordynacji ruchowej pozostają u 30%, a zaburzenia kognitywne i afazja — u ponad 30%. Poza tym ponad 1/3 pacjentów cierpi na uogólniony lęk i depresję, bezpośrednio spowodowane udarem [4].

Przedstawione powyżej dane statystyczne świadczą o wadze problemu opieki nad chorym po udarze mózgu. Zachodzi konieczność udzielenia wsparcia edukacyjnego dla osób sprawujących taką opiekę.

Udar mózgu jest chorobą, której można skutecznie zapobiegać nie tylko przez właściwe leczenie schorzeń, będących czynnikami ryzyka, ale również poprzez zmianę stylu życia.

Czynniki ryzyka udaru mózgu można podzielić na dwie grupy: niemodyfikowalne i modyfikowalne (tab. 1) [5, 6].

Z opublikowanego badania *Oxford Vascular Study* (OXVASC), którego celem była ocena częstości występowania udaru, śmiertelności po udarze oraz stopnia inwalidztwa, a także ocena czynników ryzyka i skutecznych metod prewencji, wynika, że mimo wzrostu o 33 odsetka osób w wieku powyżej 75 lat, nastąpiło zmniejszenie umieralności z powodu udaru mózgu o 37%, a ryzyko udaru powodującego zgon lub całkowitą niepełnosprawność zredukowało się o 40%. Na zmniejszenie częstości występowania udarów mózgu istotne znaczenie miało stosowanie leków wpływających na miażdżycę oraz propagowanie zdrowego stylu życia [7]. Możliwe jest więc skuteczne zapobieganie udarowi mózgu zarówno pierwszemu (profilaktyka pierwotna), jak i ponownemu (profilaktyka wtórna).

W trakcie hospitalizacji już w pierwszych dobach rozpoczyna się rehabilitację chorego, której etapem końcowym jest przygotowanie do samoobsługi. Jednocześnie należy przygotowywać członków rodziny na przyjęcie chorego w domu. Jest to etap, w którym rodzina najbardziej potrzebuje wsparcia informacyjno-edukacyjnego. Zakres wsparcia jest uzależniony od zapotrzebowania i deficytu wiedzy potrzebnej do sprawowania właściwej, nieprofesjonalnej opieki w domu, na przykład istota schorzenia, powikłania chorobowe, dolegliwości, których można uniknąć (zaparcia, przykurcze, odleżyny).

Celem niniejszego opracowania jest przybliżenie znaczenia i kierunków edukacji rodzin opiekujących się chorymi po udarze mózgu.

### Znaczenie edukacji rodzin opiekujących się chorymi po udarze mózgu

W wielu ośrodkach leczenia udarów mózgu prowadzi się edukację chorych po udarze ukierunkowaną na kontrolę czynników ryzyka. Warunkiem uczestnictwa w programie jest taki stan chorego, który umożliwi przyswojenie przekazanych informacji. Oznacza to, że tylko chorzy z niewielkimi deficytami mogą korzystać z takich programów. Niestety, udar mózgu powoduje aż u 20% chorych niepełnosprawność takiego stopnia, że zostają całkowicie zależni od pomocy innych osób. Opiekę nad chorym najczęściej sprawują członkowie najbliższej rodziny. Jest to niezwykle trudne zadanie z uwagi na konieczność zapobiegania wielu powikłaniom, na które chory jest narażony, jak również na specyfikę choroby i jej konsekwencje. Z tego powodu opiekunowie potrzebują najwięcej pomocy i wsparcia w sprawowaniu takiej opieki.

Problematyka przedstawiona w artykule dotyczy zakresu treści edukacji członków rodzin chorych, u których udar mózgu pozostawił poważne ograniczenia zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej.

Udar mózgu jest schorzeniem pojawiającym się nagle. Powoduje u chorego oraz członków jego rodziny poczucie katastrofy życiowej. Członkowie rodziny nie są na to przygotowani. Nie od razu potrafią odnaleźć się w tej nowej sytuacji. Program edukacji dla rodzin chorych po udarze mózgu ma na celu wsparcie edukacyjno-informacyjne dla tych rodzin.

### Cele edukacji zdrowotnej

Jakość świadczonej opieki przez rodzinę nad osobą przewlekle chorą, niepełnosprawną przekłada się na występowanie powikłań chorobowych oraz stopień niepełnosprawności [8]. Dlatego obecnie kładzie się nacisk na nieprofesjonalną opiekę rodzinną [9]. Uzasadnione jest traktowanie rodziny jako partnera wzmacniającego efektywność działań systemu ochrony zdrowia. Poprzez edukację zdrowotną udziela się rodzinie wsparcia informacyjnego w zakresie właściwego przygotowania się do sprawowania opieki nad chorym oraz jej realizacji.

Na jakość opieki świadczonej w warunkach domowych istotny wpływ ma wiele czynników związanych z rodziną. Do najważniejszych z nich należy zaliczyć: liczbę osób w rodzinie zdolnych do opieki, stan ich zdrowia, więzi emocjonalne w rodzinie, sytuację materialną oraz poziom wykształcenia członków rodziny [10].

Podstawą w edukacji zdrowotnej jest poznanie stopnia wiedzy odbiorców o zdrowiu i chorobie oraz określenie ich potrzeb w dziedzinie edukacji. Ważne jest również, aby cel edukacji wynikał ściśle z rzeczywistych potrzeb, a planowanie uwzględniało możliwości realizacji zadań. Stosowane metody pracy powinny wpływać na świadomość, emocje i motywację osób objętych procesem edukacji. Zakres treści oraz sposób ich przekazywania muszą być dostępne i zrozumiałe dla osób bez przygotowania medycznego, dodatkowo uwzględniając poziom wykształcenia.

Program edukacji zdrowotnej dla rodzin chorych po udarze mózgu powinien być nastawiony na osiągnięcie następujących celów:

- poprawa stanu funkcjonalnego chorych i profilaktyka powikłań chorobowych;
- kształtowanie umiejętności postępowania z chorym z deficytami neurologicznymi;
- zmniejszenie obciążenia psychicznego opiekunów wynikającego ze sprawowania opieki nad chorym;
- profilaktyka wtórna udaru mózgu;
- wzrost świadomości zdrowotnej opiekunów i chorych;
- promowanie prozdrowotnego stylu życia.

### Kierunki edukacji zdrowotnej

W polskim społeczeństwie wiedza dotycząca objawów ostrzegawczych udaru (przemijający atak niedokrwienny), ich ciężkości oraz konsekwencji i powikłań poudarowych, jak również stopień edukacji medycznej, są wciąż niewystarczające. Dlatego istnieje konieczność

przekazywania pacjentowi oraz jego rodzinie informacji na temat przyczyn i objawów udaru.

Znajomość czynników ryzyka w społeczeństwie jest mała, natomiast konieczność ich leczenia wciąż się bagatelizuje. Szczególnie ważnym zagadaniem jest uświadomienie chorego i jego rodzinie znaczenia odpowiedniej kontroli ciśnienia tętniczego, cukrzycy oraz innych przewlekłych chorób zwiększających ryzyko wystąpienia udaru. Niezbędne jest przedstawienie mechanizmów prowadzących do powstania udaru mózgu z uwzględnieniem współistniejących chorób, czynników środowiskowych i stylu życia. Modyfikacja behawioralnych czynników ryzyka jest niezbędna w profilaktyce wtórnej udaru mózgu. W programie edukacji poudarowej należy zawrzeć wskazania do stosownych zmian w stylu życia zarówno dla chorego, jak i jego rodziny.

Podsumowując, zakres treści programu edukacyjnego powinien być zawarty w czterech blokach tematycznych:

- udar mózgu — istota schorzenia;
- organizacja oraz zasady opieki nad chorym w warunkach domowych;
- profilaktyka wtórna udaru mózgu;
- psychologia osoby po udarze mózgu.

### Istota schorzenia

Zakres informacji dotyczących istoty udaru mózgu powinien obejmować:

- mechanizm powstawania udaru mózgu;
- rodzaje udaru mózgu;
- przyczyny, czynniki ryzyka;
- objawy udaru i jego trwałe konsekwencje;
- znaczenie rehabilitacji.

Zgodnie z zaleceniami *European Stroke Organisation* (ESO) świeży udar mózgu traktuje się jako stan nagły i należy dołożyć wszelkich starań, by jak najwcześniej podjąć leczenie. Chorzy z objawami udaru powinni trafić w trybie pilnym na oddział udarowy w celu wdrożenia odpowiedniego postępowania [11]. Dlatego oprócz organizacji właściwych służb ochrony zdrowia, zintegrowanego ratownictwa medycznego niezbędna jest wiedza społeczeństwa na temat symptomów ostrzegawczych i objawów udaru mózgu.

Znajomość mechanizmów powstawania udaru mózgu oraz jego objawów umożliwia zrozumienie trwałych deficytów neurologicznych, takich jak: deficyty ruchowe, zaburzenia mowy, zaburzenia połykania oraz zmiany osobowości chorego, labilność nastrojów, skłonność do depresji. Wiedza o tego rodzaju zmianach u chorego jest konieczna dla zrozumienia jego zachowań, właściwego postępowania oraz okazania mu cierpliwości i wyrozumiałości.

### Organizacja opieki nad chorym w warunkach domowych

Przygotowanie mieszkania na przyjęcie chorego zdecydowanie jest uzależnione od stanu funkcjonalnego,

w jakim się chory znajduje, oraz od możliwości lokalowych i finansowych opiekunów. Należy jednak zwrócić uwagę na kilka najistotniejszych aspektów tego zagadnienia:

- umiejscowienie pokoju dla chorego w miarę możliwości najbliżej sanitariatów, a przynajmniej na tej samej kondygnacji;
- w opiece nad chorym leżącym istotny jest dostęp do łóżka z obu stron, ułatwiający wykonywanie czynności higieniczno-pielęgnacyjnych;
- nauka wykonywania czynności higieniczno-pielęgnacyjnych z ukierunkowaniem na zapobieganie powikłaniom, wynikającym z długotrwałego unieruchomienia;
- ustawienie łóżka i innych mebli w pokoju chorego powinno pozwalać na podejście do chorego od strony niewładnej tak, aby ją pobudzać do aktywności przy zaniechaniu połowicznym;
- likwidacja barier architektonicznych, przystosowanie sanitariatów na potrzeby osoby niepełnosprawnej, zaopatrzenie się w sprzęt rehabilitacyjny; niezbędny jest kontakt z pracownikiem socjalnym w celu uzyskania pomocy i wsparcia społecznego;
- pomoc w organizacji opieki nad chorym, podział obowiązków wśród członków rodziny, unikanie nadopiekuńczości wobec chorego.

Czynności higieniczno-pielęgnacyjne wykonywane u chorego leżącego muszą być ukierunkowane na zapobieganie powikłaniom wynikającym z unieruchomienia oraz zapewnienie choremu maksymalnego komfortu i poczucia bezpieczeństwa. Aby zapewnić choremu właściwą opiekę, niezbędna jest odpowiednia wiedza dotycząca powikłań, na które jest narażony chory, oraz sposobów zapobiegania tym powikłaniom i zasad wykonywania czynności higieniczno-pielęgnacyjnych.

Niezwykle istotnym zagadnieniem jest podział obowiązków, który pozwala na uniknięcie wielu nieporozumień czy nawet konfliktów. Depresja jest nie tylko problemem chorego, ale również często dotyczy opiekunów.

### Profilaktyka wtórna udaru mózgu

Znajomość, a następnie kontrola czynników ryzyka są niezbędne w profilaktyce wtórnej udaru mózgu. Główne czynniki ryzyka, na które należy szczególnie zwrócić uwagę podczas edukacji, to: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroby serca, hiperlipidemia, palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, aktywny tryb życia i właściwa dieta.

Nadciśnienie tętnicze to najważniejszy modyfikowalny czynnik ryzyka. Występuje u 3/4 chorych po udarze mózgu [12]. W przeprowadzonych badaniach wykazano, że obniżenie wartości ciśnienia tętniczego o 5–10 mm Hg i utrzymanie go na takim poziomie przez 2–3 lata zmniejsza ryzyko wystąpienia udaru mózgu o około

40%. Ciśnienie tętnicze nie powinno przekraczać wartości 140/90 mm HG [13]. Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego wśród niefarmakologicznych metod leczenia nadciśnienia, mających największe znaczenie, wymienia się: normalizację masy ciała, zwiększenie aktywności fizycznej i ograniczenie spożycia soli kuchennej oraz alkoholu. Do ważnych modyfikacji stylu życia zalicza się także zwiększoną podaż potasu, ograniczenie zawartości tłuszczów zwierzęcych w diecie i zaprzestanie palenia tytoniu [14].

Cukrzyca jest czynnikiem ryzyka 2,5–3,5-krotnie zwiększającym prawdopodobieństwo wystąpienia udaru mózgu. Hiperglikemia powoduje, że chorzy po udarze mózgu wolniej powracają do zdrowia, są obciążeni większym ryzykiem wystąpienia ponownego udaru mózgu i mają większe trwałe deficyty neurologiczne [15].

Szacuje się, że co piąty udar jest spowodowany zatoryem pochodzenia sercowego. Występowanie migotania przedsionków 5-krotnie zwiększa ryzyko udaru mózgu [16]. Profilaktyka wtórna polega na zastosowaniu odpowiedniej farmakoterapii. Współpraca chorego i jego rodziny z lekarzem, stosowanie się do jego zaleceń są niezbędne do redukcji czynnika ryzyka udaru mózgu, jakim jest migotanie przedsionków.

Zaburzenia gospodarki lipidowej są kolejnym czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania na udar mózgu. W leczeniu tych zaburzeń, obok farmakoterapii, niezwykle istotne znaczenie mają właściwa dieta, ograniczająca produkty spożywcze zawierające duże ilości cholesterolu oraz aktywność fizyczna.

Osobom po udarze mózgu zaleca się następujące zmiany w stylu życia:

- zaprzestanie palenia tytoniu — z licznych obserwacji wynika, że wśród palaczy zwiększa się ryzyko wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych [17]; w ciągu 2 lat od momentu zaprzestania palenia tytoniu ryzyko śmierci z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego istotnie się zmniejsza, niezależnie od wieku chorego, czasu trwania nałogu i liczby wypalonych papierosów, a w ciągu 5 lat ryzyko to zmniejsza się do poziomu osób niepalących [18];
- redukcja nadwagi z docelowymi wartościami BMI 20–25 kg/m<sup>2</sup> — zasadniczym celem zmniejszenia masy ciała jest redukcja tkanki tłuszczowej, zwłaszcza tej zlokalizowanej w okolicy brzusznej; w badaniach nad wpływem pokarmu na ryzyko udaru wykazano, że spożywanie owoców i warzyw istotnie redukuje ryzyko udaru, a największe korzyści kliniczne daje spożywanie ponad 5 posiłków dziennie opartych na warzywach i owocach [19]; u osób ze znaczną otyłością zmniejszenie masy ciała o 10 kg może spowodować obniżenie stężenia cholesterolu frakcji LDL o 7% i podwyższenie stężenia cholesterolu frakcji HDL o 13% [20];

- ograniczenie tygodniowego spożycia alkoholu — na podstawie wyników wielu badań wywnioskowano, że spożycie alkoholu w ilości ponad 40 g/d. wiąże się z ryzykiem wystąpienia krwotocznego udaru mózgu, a osoby spożywające duże ilości alkoholu dziennie są w grupie zwiększonego ryzyka nagłej śmierci; jednocześnie wiadomo, że spożywanie alkoholu w małych i umiarkowanych ilościach (10–20 g/d.) ma działanie kardioprotekcyjne u osób obu płci [21];
- zwiększenie aktywności fizycznej — zaleca się szybkie spacerowanie przez około 45 min dziennie, kilka dni w tygodniu; należy unikać wysiłku statycznego (np. w siłowniach) na rzecz dynamicznego (np. spacerowanie, jazda na rowerze); regularny wysiłek fizyczny umiarkowanie pobudza redukcję nadwagi, łagodnie obniża ciśnienie tętnicze, poprawia profil lipidowy oraz tolerancję glukozy; w metaanalizie badań klinicznych wykazano, że osoby aktywne fizycznie mają o około 25% mniejsze ryzyko udaru niż osoby fizycznie mało aktywne [22];
- zalecenia dietetyczne dla zmniejszenia ryzyka chorób sercowo-naczyniowych dotyczą głównie:
  - unikania produktów przetworzonych;
  - ograniczenia dziennej podaży soli poniżej 6 g/d. poprzez unikanie przetworów i niedodawanie soli do potraw;
  - zwiększenia spożycia produktów zawierających potas;
  - ograniczenia dobowej podaży tłuszczów, przede wszystkim nienasyconych;
  - spożywania świeżych owoców i warzyw do każdego posiłku;
  - spożywania produktów z dużą zawartością błonnika, przynajmniej do jednego posiłku dziennie;
  - spożywania ryb przynajmniej 3 razy w tygodniu [23].

### Psychika osoby po udarze mózgu

W badaniach jakościowych dotyczących subiektywnych przeżyć oraz doświadczeń związanych z udarem mózgu wykazano, że w pierwszych tygodniach chory ma poczucie katastrofy życiowej. Przeważają uczucia nie-realności, niedowierzania, niepewności i nadziei. Pojawia się poczucie zaburzenia percepcji własnego ciała, wrażenia zawężenia przestrzeni życiowej. Narasta również świadomość zmiany ról społecznych i utraty sprawności. Później pojawia się cierpienie związane z ograniczeniami, których wcześniej chory nie doznał. W późniejszym okresie pojawiają się również takie odczucia, jak: nieustanne oczekiwanie na czyjąś pomoc w codziennych czynnościach, frustracja, utrata autonomii, zmęczenie, lęk przed ponownym udarem oraz stres psychiczny i niepewność reakcji własnego ciała na wszelki wysiłek fizyczny [24].

Po udarze mózgu w miarę zwiększania się stanu świadomości na temat sytuacji, w jakiej się znalazł chory,

pojawiają się zmienne nastroje, labilność uczuć, strach o zdrowie, poczucie zagrożenia. Na zachowanie człowieka w takiej sytuacji duży wpływ ma poziom świadomości i krytycyzmu. Zmniejszony poziom krytycyzmu oraz obniżony nastrój mogą kształtować u chorych bierne postawy uzależnienia się od otoczenia, „nabytej bezradności”. Natomiast nadmierny krytycyzm może spowodować wycofywanie się z kontaktów z otoczeniem. Chory może manifestować niechęć do siebie i do otoczenia. Może się pojawić całkowite pomniejszanie znaczenia występujących trudności lub całkowite nieakceptowanie swojej sytuacji.

Znajomość psychologicznych konsekwencji udaru mózgu umożliwia zrozumienie zachowania chorego oraz jego akceptację i wsparcie. Aktywowanie chorego i zachęcanie go do samoobsługi pozwoli poczuć mu samodzielność, niezależność. Znajomość psychologicznych konsekwencji udaru mózgu pozwala również właściwie rozpoznać depresję i podjąć stosowne kroki mające na celu pomoc choremu.

### Wnioski

Do zamierzonych korzyści wynikających z realizacji edukacji poudarowej skierowanej głównie do członków rodzin chorych należą:

- poznanie i zrozumienie charakteru choroby i jej konsekwencji;
- odpowiednio szybka i właściwa reakcja na pierwsze objawy ewentualnego kolejnego udaru;
- zmniejszenie ryzyka wystąpienia depresji poudarowej zarówno, jak i jego opiekunów;
- ułatwienie sprawowania opieki nad chorym;
- zmniejszenie liczby występujących powikłań chorobowych wczesnych i późnych;
- zmniejszenie liczby ponownych hospitalizacji;
- poprawa stanu funkcjonalnego chorych po udarze mózgu;
- poszerzenie wiedzy dotyczącej uzyskania wsparcia społecznego.

Współpraca rodziny z zespołem terapeutycznym ma na celu przygotowanie do sprawowania opieki nad chorym. Wiedza dotycząca choroby i jej konsekwencji pozwala zrozumieć, że powrót do zdrowia jest długotrwałym procesem. Zrozumienie występujących u chorego zaburzeń, nawet tylko częściowe, jest niezbędne dla przyjęcia właściwej postawy wobec niego, unikającej nadopiekuńczości, ale zapewniającej mu poczucie bezpieczeństwa oraz akceptacji. Chorzy potrzebują zapewnienia, że są potrzebni, że wciąż są ważni dla rodziny i otoczenia.

Partnerskie relacje rodziny i pracowników instytucji ochrony zdrowia, doradztwo i edukacja dają większe szanse choremu na powrót do zdrowia. Członkom rodziny pozwalają przezwyciężyć stres związany z nowymi obowiązkami, a nawet depresję.

## Piśmiennictwo

- Ryglewicz D. Epidemiologia udaru mózgu. W: Szczudlik A., Członkowska A., Kwieciński H., Słowik A. (red.). *Udar Mózgu*. Wydawnictwo UJ, Kraków 2007: 85–95.
- Raniszevska-Wyrwa A. Udar mózgu jako przyczyna zmiany jakości i zagrożenie życia — perspektywa filozoficzna. *Udar Mózgu. Problemy Interdyscyplinarne* 2009; 11 (1): 23–30.
- Riddoch M.J., Glyn W., Bateman A. Deficyty poznawcze po udarze mózgu. *Rehabilitacja Medyczna* 1997; 2: 27–47.
- Jaracz K., Kozubski W. Znaczenie wsparcia społecznego dla jakości życia chorych po udarze mózgu. *Przegląd wybranych badań eksperymentalnych. Neurologia i Neurochirurgia Polska* 2006; 2 (40): 140–150.
- Nowacki P., Bajer-Czajkowska A. Profilaktyka wtórna niedokrwienne udaru mózgu w świetle medycyny opartej na dowodach. *Polski Przegląd Neurologiczny* 2008; 4 (3): 147–152.
- Członkowska A., Niewada M. Profilaktyka udaru mózgu. W: Szczudlik A., Członkowska A., Kwieciński H., Słowik A. (red.). *Udar Mózgu*. Wydawnictwo UJ, Kraków 2007: 286–296.
- Rothwell P.M., Coull A.J., Giles M.F. i wsp.; for the Oxford Vascular Study. Change in stroke incidence, mortality, case-fatality, severity, and risk factors in Oxfordshire. *Lancet* 2004; 363: 1925–1933.
- Kawczyńska-Butrym Z. Rodziny osób niepełnosprawnych. Raport z badań. IFiS; Warszawa 1994.
- Wojtal M., Pirogowicz I. Znaczenie samoopieki i opieki rodziny w życiu przewlekle chorego neurologicznie. *Family Medicine & Primary Care Review* 2006: 505–508.
- Kawczyńska-Butrym Z. Niepełnosprawność — specyfika pomocy społecznej. Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice 1998.
- Zespół ekspertów ESO. Rozpoznanie, leczenie i profilaktyka wtórna udaru niedokrwiennego mózgu i napadów przemijającego niedokrwienia mózgu. Wytyczne European Stroke Organisation (2008). Opracowanie na podstawie: Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. The European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee Cerebrovascular Diseases, 2008; 25: 457–507. *Medycyna Praktyczna* 2008; 12: 57–68.
- Bajer-Czajkowska A., Podbielski J., Nocoń D., Nowacki P. Nadciśnienie tętnicze czy raczej jego nieskuteczne leczenie czynnikiem ryzyka niedokrwienne udaru mózgu? *Neurologia i Neurochirurgia Polska* 2002; 36 (supl. 2): 59.
- Chobanian A.V., Bakris G.L., Black H.R. i wsp. Seventh Report of the Joint National Committee Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003; 289: 2560–2572.
- Prejbisz A., Januszewicz A., Cendrowska-Demkow I., Kabat M. Postępowanie z chorym z nadciśnieniem tętniczym w świetle współczesnych zaleceń. *Przew. Lek.* 2003; 6 (1): 52–62.
- Członkowska A., Niewada M. Profilaktyka wtórna udaru mózgu. W: Szczudlik A., Członkowska A., Kwieciński H., Słowik A. (red.). *Udar mózgu*. Wydawnictwo UJ, Kraków 2007: 286–296.
- American Heart Association (2005). *Heart Disease and Stroke Statistic — 2005 Update*. Dallas, Texas.
- Leyva F., Coats A. *Hypertension and Co-existing Disease*. Blackwell Science Limited, Oxford 2000.
- Kawachi I., Colditz G.A., Stampfer M.J. i wsp. Smoking cessation in relation to total mortality rates in women. A prospective cohort study. *Ann. Intern. Med.* 1993; 119: 992–1000.
- He F.J., Nowson C.A., MacGregor G.A. Fruit and vegetable consumption and stroke: meta-analysis of cohort studies. *Lancet* 2006; 367: 320–326.
- Ramsay L.E., Yeo W.W., Jackson P.R. Dietary reduction of serum cholesterol concentration: time to think again. *BMJ* 1996; 303: 953–957.
- Reynolds K., Lewis B., Nolen J.D. i wsp. Alcohol consumption and risk of stroke: a meta-analysis. *JAMA* 2003; 289: 579–588.
- Lee C.D., Folsom A.R., Blair S.N. Physical activity and stroke risk: a meta-analysis. *Stroke* 2003; 34: 2475–2481.
- Leyva F., Coats A. *Hypertension and Co-existing Disease*. Blackwell Science Limited, Oxford 2000.
- Jaracz K., Kozubski W. Znaczenie wsparcia społecznego dla jakości życia chorych po udarze mózgu. *Przegląd badań eksperymentalnych. Neurologia i Neurochirurgia Polska* 2006; 2 (40): 140–150.