Pielęgniarstwo Polskie 2013, 4 (50), 257–261

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA CHORYCH ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM

THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

MARIA STACHOWSKA[1], MAŁGORZATA GRABOWSKA[2], MARLENA SZEWCZYCZAK[1], DOROTA TALARSKA[1]

[1]Pracownia Pielęgniarstwa Społecznego, Katedra Profilaktyki Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. Jacek Wysocki
[2]Nova-Med, Pielęgniarski Ośrodek Medycyny Środowiskowo-Rodzinnej w Poznaniu

Streszczenie

Wstęp i cel pracy. Stwardnienie rozsiane (SM) jest przewlekłą, demielinizacyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego, prowadzącą do niesprawności ludzi młodych. Celem pracy była ocena jakości życia chorych na stwardnienie rozsiane oraz analiza zależności pomiędzy jakością życia a zmiennymi społeczno-demograficznymi oraz stanem funkcjonalnym respondentów.
Materiał i metody. Zbadano 75 chorych na SM (55 kobiet i 20 mężczyzn). Zastosowano kwestionariusz oceny jakości życia MSQOL-54, skalę depresji Becka oraz ankietę własnej konstrukcji.
Wyniki. Średnia punktów w MSQOL-54 wynosiła w dziedzinie fizycznej 55,1 ± 26,3, a w dziedzinie psychicznej 56,8 ± 22,3. Na podstawie skali Becka największy odsetek badanych stanowiły osoby bez objawów depresji (52%) i z łagodną depresją (40%). Stwierdzono wpływ wieku, płci, aktywności zawodowej, postaci choroby, występowania zaburzeń depresyjnych i seksualnych na poszczególne skale oceny jakości życia.
Wnioski. Ocena jakości życia powinna być stałym elementem opieki nad pacjentem z SM w celu optymalizacji opieki nad nim.

Słowa kluczowe: jakość życia, stwardnienie rozsiane.

Abstract

Introduction and aim. Multiple sclerosis (MS) is a chronic demyelinating disease of the central nervous system leading to physical and functional decline of young people. The aim of this study was to assess the quality of life in patients with multiple sclerosis and to analyze the correlation between the quality of life, socio-demographic variables and the functional status of the respondents.
Material and methods. Seventy five patients with MS (55 women and 20 men) were evaluated. The questionnaire of the quality of life MSQOL-54, Beck Depression Inventory, and a survey of our own design were used.
Results. The mean physical health composite of MSQOL-54 was 55.1 ± 26.3 and mean mental health composite was 56.8 ± 22.3. Based on Beck Depression Inventory the highest percentage of respondents were people with no symptoms of depression (52%) and mild depression (40%). The influence of age, gender, activity, form of the disease, the prevalence of depressive and sexual disorders on different scales of the quality of life were found.
Conclusions. In order to optimize care, the quality of life should be a regular part of care in patients with MS.

Key words: quality of life, multiple sclerosis.

Wstęp i cel pracy

Stwardnienie rozsiane (SM) jest przewlekłą, demielinizacyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego. Jej istotą są wieloogniskowe (rozsiane) uszkodzenia istoty białej w mózgu i rdzeniu kręgowym, które powodują wystąpienie zróżnicowanych objawów neurologicznych dotyczących dróg: piramidowych, móżdżkowych, czucia, nerwów czaszkowych i czynności zwieraczy. Przebiega w postaci tzw. rzutów (zaostrzeń) lub pogorszenie stanu postępuje powoli. Etiologia SM nie jest znana [1]. Dane wskazują, iż w Polsce w 2011 r. było 43 000 chorych na SM, w Europie 500 000, natomiast na świecie 2 500 000 [2]. Najbardziej narażone na zachorowanie na SM są osoby w wieku 20–40 lat. Choroba ta jest dwa razy częściej diagnozowana u kobiet niż u mężczyzn [3]. Głównymi skutkami choroby są: ograniczenie samodzielności chorego, występowanie zaburzeń psychicznych i upośledzenie funkcjonowania społecznego. Terapia polega na łagodzeniu efektów rzutu, hamowaniu rozwoju SM i leczeniu objawowym. Ostatecznym celem leczenia jest zmniejszenie negatywnego wpływu choroby na funkcjonowanie fizyczne i psychiczne, a poprzez to poprawa jakości życia pacjentów (QoL) lub zapobieganie pogarszaniu się jej [4].

WHO definiuje jakość życia jako spostrzeganie przez osobę własnej sytuacji życiowej w kontekście uwarunkowań kulturowych, systemu wartości oraz w związku ze swoimi celami, normami i zainteresowaniami [5]. Pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (HRQOL) wprowadzili na grunt nauk medycznych Schipper i wsp. w 1990 r., definiując je jako funkcjonalny efekt choroby i leczenia, subiektywnie lub obiektywnie odbierany

przez pacjenta [6]. Wielu autorów zwraca uwagę, że w badaniach jakości życia dla potrzeb współczesnej medycyny należy analizować jej wymiar subiektywny i obiektywny [6, 7]. Do czynników subiektywnych w ocenie jakości życia chorych na SM należą m.in.: postrzeganie dolegliwości, poziomu sprawności, satysfakcja z życia rodzinnego, z pracy, z sytuacji ekonomicznej, z interakcji z innymi ludźmi, wsparcia społecznego, a co najważniejsze – z życia jako całości. Czynnikami obiektywnymi branymi pod uwagę w ocenie QoL chorych z SM są: obraz kliniczny choroby, status społeczny, warunki socjalno-bytowe oraz ilość i intensywność kontaktów społecznych [8].

Dla pracowników służby zdrowia, biorących udział w procesie opieki nad chorym z SM, badania nad jakością życia winny być źródłem wiedzy na temat oceny sytuacji życiowej pacjenta. Ponadto mogą one dostarczać także cennych informacji na temat stosowanej terapii, jej skuteczności oraz być podstawą do doskonalenia dalszego postępowania z pacjentem.

Celem pracy jest ocena jakości życia chorych na stwardnienie rozsiane oraz analiza zależności pomiędzy jakością życia a zmiennymi społeczno-demograficznymi oraz stanem funkcjonalnym respondentów.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono na oddziale Neurologii Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. J. Strusia w Poznaniu (40 osób) oraz w środowisku domowym chorych z SM, na terenie miasta Poznania (35 osób), w okresie od września 2012 r. do stycznia 2013 r. Badaną grupę stanowiło 75 osób, w tym 55 kobiet (73,3%) i 20 mężczyzn (26,7%).

Najliczniejszą grupę stanowili chorzy w przedziale wiekowym 41–65 lat (50,7%), najmniej liczną grupą były osoby w wieku 18–20 lat (2,7%) oraz w wieku powyżej 65 r. ż. (8,0%). Ponieważ badania przeprowadzono w znacznej mierze na terenie miasta Poznania, to mieszkańcy wsi stanowią zdecydowaną mniejszość (12%). Liczba osób pracujących (53,3%) jest porównywalna do liczby osób niepracujących zawodowo (46,7%).

Ponad połowie badanych między 18 a 40 r. ż. (57,3%) oraz co czwartej osobie powyżej 40 r. ż. postawiono diagnozę. Ankietowani mają najczęściej postać SM z rzutami i remisjami (48%). Aż 20 chorych (26,7%) nie zna typu swojej choroby. W ostatnim roku 29 osób (38,7%) było hospitalizowanych z powodu SM.

Tabela 1. Charakterystyka badanej populacji
Table 1. Characteristics of the study population

Liczebność	75
Płeć	
Kobiety	55 (73,3%)
Mężczyźni	20 (26,7%)
Wiek	
18–20 lat	2 (2,7%)
21–40 lat	29 (38,7%)
41–65 lat	38 (50,7%)
powyżej 65 lat	6 (8,0%)
Miejsce zamieszkania	
Wieś	9 (12,0%)
Miasto	66 (88,0%)
Wykształcenie	
Podstawowe	2 (2,7%)
Zawodowe	14 (18,7%)
Średnie	34 (45,3%)
Wyższe	25 (33,3%)
Aktywność zawodowa	
Pracuje	40 (53,3%)
Nie pracuje	35 (46,7%)
Wiek zdiagnozowania choroby	
poniżej 18 r. ż.	6 (8,0%)
18–40 r. ż.	43 (57,3%)
41–49 r. ż	24 (32,0%)
powyżej 50 r. ż.	2 (2,7%)
Postać SM	
Postać z rzutami i remisjami	36 (48,0%)
Postać wtórnie postępująca	8 (10,7%)
Postać pierwotnie postępująca	6 (8,0%)
Postać postępująca z rzutami	5 (6,7%)
Nie wiem	20 (26,7%)
Hospitalizacja w ostatnim roku	
Tak	29 (38,7%)
Nie	46 (61,3%)

Jako metodę badawczą zastosowano sondaż diagnostyczny przy użyciu następujących narzędzi:

- kwestionariusza jakości życia MSQOL-54. Skala MSQOL-54 jest skalą specyficzną dla stwardnienia rozsianego, powstałą na bazie kwestionariusza SF-36 poprzez dodanie kolejnych 18 pytań

związanych bezpośrednio z chorobą. MSQOL-54 zawiera 52 pytania zgrupowane w 12 skalach: zdrowie fizyczne, ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów fizycznych, ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów emocjonalnych, ból, stan emocjonalny, energia, ocena stanu zdrowia, funkcje społeczne, funkcje poznawcze, trudności zdrowotne, ogólna jakość życia, trudności seksualne oraz dwa pojedyncze pytania: zmiana w stanie zdrowia i satysfakcja z życia seksualnego. Dodatkowo można wyróżnić dwa komponenty: sumaryczną ocenę zdrowia fizycznego i sumaryczną ocenę zdrowia psychicznego. Każda z tych sfer życia oceniana jest w skali 0–100 punktów, gdzie im wyższa wartość, tym lepsza ocena jakości życia. Na potrzeby tej pracy uzyskano zgodę autorki B. Vickrey i wsp.;

- skali depresji Becka. Narzędzie to umożliwia ocenę najczęściej występujących symptomów depresji w skali czterostopniowej (od 0 do 3) na podstawie 21 pytań, za które można uzyskać maksymalnie 63 punkty. Ocena skali Becka:
  - 0–11 pkt. – brak depresji,
  - 12–26 pkt. – łagodna depresja,
  - 27–49 pkt. – umiarkowanie ciężka depresja,
  - 50–63 pkt. – bardzo ciężka depresja.

Informacje dotyczące danych społeczno-demograficznych uzyskano dzięki dołączonej krótkiej ankiecie.

Wyniki

Średnia punktów w MSQOL-54 wynosiła w dziedzinie fizycznej 55,1 ± 26,3, a w dziedzinie psychicznej 56,8 ± 22,3. Chorzy ze stwardnieniem rozsianym ogólnie nisko ocenili swoją jakość życia. Jedynie w trzech obszarach ocena była wyższa niż 60 punktów na 100 możliwych. Respondenci najwyżej ocenili funkcjonowanie poznawcze (69,222,16). Wysoko oceniono też domeny ogólnej jakości życia (63,122,7) i funkcjonowanie społeczne (61,927,61). Najniżej oceniono m.in. zmiany w stanie zdrowia (41,719,0).

Ocena występowania zaburzeń depresyjnych według skali Becka wykazała, że największy odsetek badanych stanowiły osoby bez objawów depresji (52%) i z łagodną depresją (40%). Nie stwierdzono osób z bardzo ciężką postacią depresji.

Przeanalizowano wpływ płci na ocenę jakości życia w poszczególnych obszarach. Wykazano, że istnieje istotna statystycznie różnica ($p < 0,05$) w ocenie jakości życia na poszczególnych skalach w grupie kobiet i mężczyzn. Jedynie w ocenie stanu zdrowia nie ma takiej zależności ($p = 0,619$). Mężczyźni uzyskali wyższe wartości we wszystkich domenach.

Ponadto płeć ma wpływ na stopień nasilenia depresji według skali Becka. Kobiety (średnia 15,16) wykazywały się wyższymi ocenami niż mężczyźni (średnia 7,40).

Tabela 2. Wyniki badań z kwestionariusza MSQOL-54
Table 2. The results of the questionnaire MSQOL-54

Skala jakości życia	Średnia	SD	Rozstęp
Zdrowie fizyczne	53,73	34,63	0–100
Ograniczenia ról przez problemy fizyczne	41,20	45,48	0–100
Ograniczenia ról przez problemy emocjonalne	44,00	42,15	0–100
Ból	54,90	28,13	0–100
Stan emocjonalny	57,49	16,74	28–92
Energia	44,32	19,10	12–88
Ocena stanu zdrowia	42,40	23,31	5–90
Funkcjonowanie społeczne	61,89	27,61	8,33–100
Funkcjonowanie poznawcze	69,20	22,16	10–100
Trudności zdrowotne	55,87	29,69	0–100
Trudności seksualne	52,00	38,85	0–100
Zmiany w stanie zdrowia	41,67	18,98	25–100
Satysfakcja z życia seksualnego	59,27	25,24	0–100
Ogólna jakość życia	63,06	22,71	26,65–100

Tabela 3. Uzyskane wyniki w skali depresji Becka
Table 3. The results of the Beck Depression Inventory

Ocena skali depresji Becka	N	%
Bez depresji (0–1 pkt)	39	52,0%
Łagodna depresja (12–26 pkt.)	30	40,0%
Umiarkowanie ciężka depresja (27–49 pkt.)	6	8,0%
Bardzo ciężka depresja (50–63 pkt.)	0	0,0%

Tabela 4. Ocena jakości życia w poszczególnych obszarach w zależności od płci
Table 4. Assessment of quality of life in different areas, depending on gender

Podskala	Kobiety		Mężczyźni	
	Średnia	SD	Średnia	SD
Zdrowie fizyczne	47,81	31,60	70,00	38,11
Ograniczenia ról przez problemy fizyczne	30,27	42,34	71,25	40,77
Ograniczenia ról przez problemy emocjonalne	33,93	39,79	71,66	36,31
Ból	51,02	28,80	65,56	23,67
Stan emocjonalny	52,50	14,64	71,20	14,54
Energia	40,29	16,79	55,40	21,05
Ocena stanu zdrowia	41,18	21,55	45,75	27,92
Funkcjonowanie społeczne	55,75	25,40	78,74	26,96
Funkcjonowanie poznawcze	64,54	22,22	82,00	16,57
Trudności zdrowotne	50,90	30,03	69,50	24,54
Trudności seksualne	44,54	35,76	72,49	40,47
Zmiany w stanie zdrowia	38,63	19,13	50,00	16,22
Satysfakcja z życia seksualnego	54,90	19,42	71,25	34,67
Ogólna jakość życia	58,66	22,18	75,16	19,96

Stwierdzono występowanie statystycznie istotnej korelacji wieku w ramach większości skal oceny jakości życia. Jedynie w obszarach: bólu, trudności zdrowotnych i zmian w stanie zdrowia nie zauważano takiej zależności. Chorzy w wieku do 40 lat wyżej oceniają jakość życia na poszczególnych skalach niż osoby w wieku powyżej 40 r. ż. Nie wykazano istotnych statystycznie zależności między miejscem zamieszkania a oceną jakości życia osób ze stwardnieniem rozsianym.

Porównując ocenę jakości życia ze względu na czas rozpoznania choroby, zdecydowanie wyższe wartości uzyskali respondenci, u których rozpoznano SM poniżej 40 r. ż. Największą różnicę można zaobserwować na skali ograniczenia ról przez problemy fizyczne oraz ograniczenia ról przez problemy emocjonalne. Obie skale nie są jednak statystycznie istotnie zależne od czasu rozpoznania choroby. Podobnie jak zdrowie fizyczne, ból, ocena stanu zdrowia, funkcjonowanie poznawcze czy trudności seksualne. Natomiast typ choroby stwardnienia różnicuje ocenę jakości życia. Najwyżej oceniali poszczególne sfery życia chorzy, którzy nie znali postaci swojej choroby. Wśród chorych ze znanym typem SM najwyższe oceny podane były przez badanych z rzutami i remisjami.

Zbadano również wpływ aktywności zawodowej na ocenę poszczególnych sfer życia. Ankietowani pracujący uzyskali wyższe wartości we wszystkich obszarach oceny jakości życia. Osoby niepracujące z kolei wykazywały się wyższymi ocenami w skali depresji Becka.

Wykazano silną ujemną korelację między wszystkimi skalami jakości życia a skalą depresji Becka. Im mniejsze wartości badani uzyskiwali na skalach jakości życia, tym wyższe uzyskiwali w skali depresji Becka. Najsilniejszy związek zaobserwowano przy ogólnej ocenie jakości życia.

Stwierdzono także silne korelacje między funkcjonowaniem społecznym a jakością życia chorych z SM. Najsilniej z funkcjonowaniem społecznym związana jest satysfakcja z życia seksualnego (Rs = 0,68), trudności zdrowotne (Rs = 0,65) oraz ogólna ocena jakości życia (Rs = 0,65).

Podobny związek występuje między trudnościami seksualnymi a jakością życia. Najsilniej dodatnio korelują: satysfakcja z życia seksualnego z trudnościami seksualnymi (Rs = 0,724), funkcjonowanie społeczne z trudnościami seksualnymi (Rs = 0,649).

Dyskusja

Stwardnienie rozsiane jest przewlekłą, postępującą chorobą dotykającą najczęściej osoby w wieku produkcyjnym i prokreacyjnym, dlatego też stanowi duży problem społeczny. Niepełnosprawność będąca jej wynikiem całkowicie zmienia życie pacjenta i jego najbliższych. Stwierdzono, że chorzy na stwardnienie rozsiane wcześniej rezygnują z pracy, częściej chorują na depresję, mają zaniżoną samoocenę, obniżone poczucie społecznego wsparcia oraz niski poziom satysfakcji z pożycia małżeńskiego [9]. Badania nad przebiegiem choroby wykazują, że 50% chorych osiąga kolejne etapy niesprawności następująco: utrata pracy, korzystanie ze środków pomocniczych przy chodzeniu, niemożność chodzenia [10]. Taki obraz przebiegu choroby negatywnie wpływa na zadowolenie z własnej sytuacji życiowej, czyli ogólnie rozumianej jakości życia. Rzetelna ocena jakości życia, oparta o czynniki zarówno subiektywne, jak i obiektywne, pozwala na zoptymalizowanie opieki nad jednostką chorą, a także, w miarę możliwości, na wyeliminowanie czynników pogarszających tę opiekę.

Wyniki badań własnych wskazują, że na ocenę jakości życia chorych z SM wpływa występowanie zaburzeń depresyjnych. Depresja może oddziaływać na naturalny przebieg SM, leczenie i rehabilitację oraz obniżać jakość życia. Wykazano znacznie wyższą ocenę jakości życia pacjentów bez depresji w porównaniu z pacjentami z lekką i w szczególności średnią i ciężką depresją. Szacuje się, iż depresja występuje u około 50% chorych z SM [12], co odzwierciedla odsetek osób z objawami depresji w badanej populacji. Wiele opracowań potwierdza, że zaburzenia nastroju, zwłaszcza te depresyjne, są jednym z czynników obniżających ocenę jakości życia [11, 12].

Nie bez znaczenia dla oceny jakości życia chorych z SM jest postać choroby. Im bardziej złożona postać SM, tym niższa ocena jakości życia. Do podobnych wniosków doszedł Benito, który stwierdził, że pierwotnie postępująca postać SM wywiera znacznie bardziej negatywny wpływ na ocenę jakości życia niż postać wtórnie postępująca SM, co z kolei wpływa bardziej negatywnie na postać z rzutami i remisjami [13]. Fruehwald jako czynnik determinujący ocenę jakości życia wskazuje czas trwania choroby [11]. W badaniach własnych respondenci, u których rozpoznano SM poniżej 40 r. ż., wyżej oceniali jakość życia.

Do czynników wpływających na ocenę większości obszarów życia zaliczyć można wiek, płeć i aktywność zawodową. Wraz ze starzeniem się chorych na SM zmniejsza się ich ocena jakości życia. Krocavkova i wsp. również stwierdzili ujemną korelację między wiekiem chorego na SM a oceną jakości życia w sferze fizycznej i psychicznej [14]. Istnieją też różnice w postrzeganiu jakości życia w poszczególnych sferach pomiędzy kobietami i mężczyznami ze stwardnieniem rozsianym. Z kolei Karakiewicz [15] w swoich badaniach stwierdziła, że płeć nie ma wpływu na jakość życia pacjentów. Podobne wnioski można znaleźć w pracy Brzozowskiej i Talarskiej [16].

Pacjenci dotknięci chorobami neurologicznymi odczuwają problemy w życiu seksualnym. Występowanie dysfunkcji seksualnych u chorych z SM istotnie wpływa na jakość życia związaną z życiem seksualnym i funkcjonowaniem społecznym. Starowicz wykazał dodat-

nią korelację między występowaniem poszczególnych dysfunkcji seksualnych, zadowoleniem z seksu i relacji z partnerem a odczuwaną przez pacjentki jakością życia. Zachowanie dobrych relacji w związku jest czynnikiem istotnie poprawiającym funkcjonowanie seksualne i jakość życia niezależnie od stopnia uszkodzenia układu nerwowego, co należy uwzględnić podczas planowania rozwiązań terapeutycznych dla tej grupy chorych [17].

Wnioski

Ocena jakości życia powinna być stałym elementem opieki nad pacjentem z SM w celu optymalizacji opieki nad nim.

Na ocenę jakości życia chorych z SM mają wpływ takie czynniki, jak wiek, płeć, aktywność zawodowa, postaci choroby, występowanie zaburzeń depresyjnych i seksualnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Selmaj K., Stwardnienie rozsiane, Wyd. Termedia, Poznań 2006, 3.
2. Grabowska-Fudala B., Jaracz K. et al., Rola pielęgniarki w leczeniu stwardnienia rozsianego, Pielęg. Neurol. Neurochir. 2012, 1, 1, 29–34.
3. Selmaj K., Stwardnienie rozsiane – kryteria diagnostyczne i naturalny przebieg choroby, Przegl. Neurol. 2005, 1, 3, 99–105.
4. Opara J., Jaracz K., Brola W., Aktualne możliwości oceny jakości życia w stwardnieniu rozsianym, Neurol. Neurochir. Pol. 2006, 40, 4, 336–341.
5. World Health Organization. Report of WHOQOL Focus Group Work, WHO, Geneva 1993.
6. Gopalakrishnan N., Blane D., Quality of life in older ages, Br. Med. Bull. 2008, 1, 113–126.
7. Szewczyczak M., Stachowka M., Talarska D., Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym – przegląd piśmiennictwa, Now. Lek. 2012, 81, 1, 96–100.
8. Jamroz-Wiśniewska A., Papuć E., Bartosik-Psujek H. et al., Analiza walidacyjna wybranych aspektów psychometrycznych polskiej wersji Skali Wpływu Stwardnienia Rozsianego na Jakość Życia Chorych (MSIS-29), Neurol. Neurochir. Pol. 2007, 42, 215, 216.
9. Kerns R., Ból w stwardnieniu rozsianym – spojrzenie z perspektywy biopsychospołecznej, Rehabil. Med. 2003, 7, 65–67.
10. Skalska-Izdebska R., Bojczuk T., Hołys E., Jakość życia u osób chorych na stwardnienie rozsiane, Young Sport Science of Ukraine 2011, 3, 277–282.
11. Fruehwald S., Loeffler-Stastka H., Eher R. et al., Depression and quality of life in multiple sclerosis, Acta Neurol. Scand. 2001, 104, 257–261.
12. Brola W., Fudala M., Czernicki J., Effect of depression on quality of life of patients with multiple sclerosis, Med. Rehabil. 2007, 11, 1–5.
13. Benito-León J., Morales J.M., Rivera-Navarro J., Mitchell A., A review about the impact of multiple sclerosis on health-related quality of life, Disabil. Rehabil. 2003, 25, 1291–1303.
14. Krokavcova M., van Dijk J.P., Nagyova I. et al., Social suport as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis, Patient Educ. Couns. 2008, 73, 159–165.
15. Karakiewicz B., Stala C., Grochans E. et al., Ocena wpływu wybranych czynników socjodemograficznych na jakość życia chorujących na stwardnienie rozsiane, Annales Academicaes Mediceae Stetinensis. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie 2010, 56, 3, 107–112.
16. Brzozowska E., Talarska D., Poziom satysfakcji z życia u chorych na stwardnienie rozsiane, Pielęg. Pol. 2001, 2 (12), 275–283.
17. Starowicz L., Rola M., Jakość życia u kobiet chorych na stwardnienie rozsiane, Przegl. Menopauz. 2012, 5, 381–387.

Adres do korespondencji:
Maria Stachowska
Pracownia Pielęgniarstwa Społecznego
Katedra Profilaktyki Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu
e-mail: marias@ump.edu.pl, mszewczyczak@wp.pl