POCZUCIE WSPARCIA SPOŁECZNEGO U OSÓB CHORYCH NA PADACZKĘ

THE FEELING OF SOCIAL SUPPORT IN PEOPLE WITH EPILEPSY

Paulina Czyżewska, Sylwia Makarowicz, Dorota Talarska, Joanna Stanisławska, Elżbieta Drozd-Gajdus, Magdalena Strugała

Katedra Profilaktyki Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Wstęp. Padaczka jest chorobą przewleką stwarzającą wiele obaw oraz problemów medyczno-społecznych nie tylko dla osoby dotkniętej tym schorzeniem, ale również w dużej mierze dla jej najbliższego otoczenia. Ważną rolę w przystosowaniu się osoby chorej i jej najbliższych do życia z chorobą odgrywa wsparcie społeczne.
Cel. Celem pracy było poznanie poczucia wsparcia społecznego u osób z padaczką.
Materiał i metody. Badaniem objęto 60 osób chorujących na padaczkę. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Materiał do badań zebrano na terenie miasta Poznania wśród osób zrzeszonych w Stowarzyszeniu Ludzi z Epilepsją, Niepełnosprawnych i ich Przyjaciół „Koniczynka" oraz w Wielkopolskim Ośrodku Przeciwpadaczkowym. Do oceny i pomiaru wsparcia społecznego zastosowano następujące narzędzia badawcze: kwestionariusz ankiety umożliwiający zebranie danych klinicznych i demograficznych, Skalę Wsparcia Społecznego (Weiss), Skalę Samooceny SES M. Rosenberga, Kwestionariusz Percepcji Choroby – wersja skrócona (Brief- IPQ).
Wyniki. Analiza wykazała wśród grupy chorych na padaczkę zależność ($p < 0,05$) pomiędzy poczuciem wsparcia społecznego a stanem emocjonalnym, typem padaczki, sytuacją materialną, występującymi ograniczeniami.
Wnioski. Na podstawie przeprowadzonych badań można wnioskować, że im większe jest poczucie wsparcia, tym mniej spostrzeganych barier powiązanych z chorobą. Wsparcie ma także wpływ na samoocenę osób chorych na padaczkę.

SŁOWA KLUCZOWE: wsparcie społeczne, padaczka.

ABSTRACT

Introduction. Epilepsy is a chronic disease raising numerous concerns and medical-social problems not only for people suffering from it but their closest environment as well. Social support plays an important role in adapting to living with epilepsy for the patients and their relatives.
Aim. The aim of our study was to investigate the feeling of social support in people with epilepsy.
Material and methods. The study was conducted using a diagnostic survey in 60 people with epilepsy. Material for the study was collected from people affiliated in the People with Epilepsy, the Disabled and their Friends' Association called "Koniczynka" ("A Clover") in Poznan and in the Anti-epilepsy Center of Great Poland. To assess and measure social support the following instruments were used: a questionnaire to gather clinical and demographic data, Social Support Scale (Weiss), Self-assessment Scale SES M. Rosenberg, a Questionnaire of the Disease Perception –brief version (Brief- IPQ).
Results. The analysis showed among group members of patients with epilepsy the correlation ($p < 0,05$) between the feeling of social support and emotional state, epilepsy type, material situation, existing limitations, barriers.
Conclusions. On the basis of the conducted study we can conclude that the bigger the feeling of support, the fewer barriers connected with the disease are perceived. Support also influences self-assessment of people with epilepsy.

KEY WORDS: social support, epilepsy.

Wstęp

Padaczka jest chorobą przewlekłą o niejednolitym przebiegu. Może ograniczać sprawność fizyczną i umysłową, zwłaszcza u osób z lekoopornością [1–3]. Napadowy charakter objawów, a zwłaszcza ich nieprzewidywalność wyzwalają uczucie lęku oraz w znaczny sposób ograniczają życie chorego i jego rodziny [4]. Chorzy często mają poczucie uzależnienia od schorzenia oraz utraty kontroli nad przebiegiem choroby z powodu napadów i działania niepożądanego leków. Wystąpienie procesu chorobowego w wieku dorosłym często przyczynia się do konieczności zmiany dotychczasowych przyzwyczajeń, trybu życia, a nawet staje się przyczyną rezygnacji z aktywności zawodowej czy kontaktów towarzyskich [4, 5]. Dlatego wsparcie społeczne wobec osób chorych na padaczkę odgrywa niezwykle istotną rolę. Początki badań nad problematyką wsparcia sięgają dopiero lat 70 XX w. Potocznie wsparciem społecznym określa

się niesienie chorym na padaczkę pomocy w trudnej, stresowej, przełomowej sytuacji, z którą sobie nie radzą i nie są w stanie jej samodzielnie przezwyciężyć [6–9]. Wsparcie wywiera duży wpływ na całościowe funkcjonowanie chorego, ale przede wszystkim dotyczy sfery psychicznej. Może przyczynić się do zmniejszenia nasilenia objawów, głównie lęku, oraz zwiększyć funkcjonowanie społeczne [1, 10]. Wzmacnia także poczucie bezpieczeństwa u opiekunów.

Celem pracy było poznanie poczucia wsparcia społecznego u osób dorosłych chorych na padaczkę.

Materiał i metody

Badaniem objęto grupę 60 osób, w wieku 30–50 lat, chorych na padaczkę (tabela 1), należących do Stowarzyszenia Ludzi z Epilepsją, Niepełnosprawnych i ich Przyjaciół „Koniczynka" oraz pacjentów Wielkopolskiego Ośrodka Przeciwpadaczkowego. Materiał zebrano w okresie od października 2012 r. do lutego 2013 r. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym była ankieta własnego autorstwa, umożliwiająca zebranie danych demograficzno-medycznych, oraz trzy wystandaryzowane skale pozyskane od profesor M. Kalfoss z Norwegii: Skala Wsparcia Społecznego (*Social Provision Scale*, Weiss), Skala Samooceny SES M. Rosenberga, Kwestionariusz Percepcji Choroby (Brief-IPQ). Osoby badane były w pełni sprawne umysłowo lub z lekkim poziomem upośledzenia umysłowego.

Kwestionariusz Percepcji Choroby (Brief-IPQ) w wersji skróconej składa się z dziewięciu pytań, w tym jedno otwarte, które dotyczy postrzegania choroby (m.in. konsekwencji, czasu trwania choroby, kontroli leczenia, poczucia tożsamości, emocji, zrozumienia choroby). Respondenci zaznaczają odpowiedzi na skali numerycznej od 0 do 10 pkt. [11].

Skala Wsparcia Społecznego (Weiss) składa się z 24 twierdzeń, pogrupowanych w sześciu obszarach. Poszczególnym odpowiedziom przypisana jest punktacja od 1 do 4, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie się nie zgadzam", a 4 „zdecydowanie się zgadzam". Twierdzenia dotyczą relacji badanych z ich przyjaciółmi, członkami rodziny czy społecznością lokalną [12].

Skala Samooceny SES M. Rosenberga zbudowana jest z 10 twierdzeń ukazujących pozytywny i negatywny obraz poczucia własnej wartości. Podobnie jak w ww. skali respondent proszony jest o wskazanie, w jakim stopniu zgadza się z każdym z nich. Odpowiedzi są udzielane na czterostopniowej skali, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie zgadzam się", a 4 „zdecydowanie nie zgadzam się". Uzyskane wyniki mieszczą się w przedziale od 10 do 40 pkt. [13, 14].

Analiza statystyczna

Przedstawione w artykule analizy statystyczne wykonano za pomocą testów: Kruskala-Wallisa oraz współczynnika korelacji rang Spearmana. W niniejszej pracy przyjęto za poziom istotności $p < 0,05$. Do analizy statystycznej zastosowano pakiet statystyczny Statistica 10 PL.

Wyniki badań

Charakterystyka badanej grupy

W badanej grupie (tabela 1) przeważało wykształcenie zawodowe (36,7%), następnie średnie (28,3%) i wyższe (26,7%). Najmniej liczną grupę stanowili respondenci z wykształceniem podstawowym (8,3%). Ankietowani to głównie osoby mieszkające w miastach (55,0%). Na terenach wiejskich mieszkało 21,7% osób uczestniczących w badaniu. Tylko 37 (61,7%) respondentów zna rodzaj padaczki, na którą choruje. W badanej grupie dominowała padaczka z napadami pierwotnie i wtórnie uogólnionymi (91,7%). Wśród przyczyn wymieniane były m.in. takie czynniki, jak: udar (15,0%), uraz (6,6%), alkohol (6,6%). Respondenci odnośnie stanu cywilnego deklarują gównie stan wolny (56,7%), w związku małżeńskim było 17 (28,3%) badanych. Sytuacja materialna przez większość ankietowanych została określona jako średnia (56,7%) lub dobra (31,7%), zła tylko przez 3 (5,0%) uczestników badania.

Tabela 1. Charakterystyka społeczno-demograficzna osób chorych na epilepsję
Table 1. Social-demographic characteristics of people with epilepsy

Charakterystyka grupy	n	%
Płeć		
Kobiety	33	55,0%
Mężczyźni	27	45,0%
Miejsce zamieszkania		
Wieś	13	21,7%
Miasteczko	14	23,3%
Miasto	33	55,0%
Wykształcenie		
Zawodowe	22	36,7%
Średnie	17	28,3%
Wyższe	16	26,7%
Podstawowe	5	8,3%
Stan cywilny		
Wolny	34	56,7%
Rozwodnik/Rozwódka	5	8,3%
Wdowiec/Wdowa	4	6,7%
Stały związek	17	28,3%

Poczucie wsparcia społecznego

W badanej grupie średnio respondenci uzyskali w całym kwestionariuszu 73 pkt. Co oznacza, że mieli poczucie otrzymywanego wsparcia społecznego. Podjęto także próbę oceny czynników wpływających na poczucie wsparcia. Wśród zmiennych uwzględniono m.in. spostrzeganie choroby oraz samoocenę. W skali Brief-IPQ wykazano zależność istotną statystycznie tylko z obszarem: reprezentacja emocjonalna (współczynnik r_s pyt. 6 p = 0,0002, pyt. 8 p = 0,0361). Natomiast korelacja poczucia wsparcia społecznego ze skalą SES wyniosła r_s = -0,4, p = 0,0002. Co oznacza, że wraz z większym poczuciem samooceny (niższa punktacja) respondenci mają wyższe poczucie wsparcia.

Z czynników klinicznych i socjo-demograficznych wykazano różnicę istotną statystycznie za pomocą testu Kruskala-Wallisa między poczuciem wsparcia a m.in. rodzajem padaczki (p = 0,0351), sytuacją materialną (p = 0,0475). Nie wykazano natomiast różnicy istotnej statystycznie z takimi zmiennymi, jak: częstość napadów, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny.

Najniższe poczucie wsparcia zgłaszały osoby, które dodatkowo nadużywały alkoholu, średnio z każdego obszaru uzyskiwały 8,8 pkt. ± 0,6, natomiast najwyższe z padaczką poudarową (12,8 pkt. ± 0,4). Porównywalnie niższa średnia wsparcia społecznego dotyczy osób określających swoją sytuację materialną jako średnią lub dobrą (11,2 pkt. ± 0,7). Natomiast wyższą średnią uzyskały osoby deklarujące sytuację materialną jako złą lub bardzo dobrą (13,2 pkt. ± 0,9). Jak wynika z przeprowadzonych badań, osoby, które określiły swoją sytuację materialną jako złą, zgłaszały większe poczucie wsparcia. Wykazano także różnicę istotną statystycznie między możliwością zakupu leków a poczuciem wsparcia (p = 0,0475).

Odczuwanie barier wg respondentów powiązane jest z poziomem odczuwanego wsparcia społecznego. Wszyscy ankietowani zgodnie deklarowali (n = 60), że istniejące problemy związane z chorobą mają duży wpływ na poczucie wsparcia społecznego (test Kruskala-Wallisa p = 0,0002). Na podstawie wyników wnioskować można, że im większe są ograniczenia, tym mniej odczuwane jest wsparcie społeczne. Wśród barier respondenci wymieniali m.in. napady padaczkowe, brak aktywności zawodowej, niskie uposażenie finansowe, uprzedzenia społeczne.

Dyskusja

Padaczka to przewlekła choroba społeczna, stanowiąca znaczący problem epidemiologiczny, diagnostyczny, terapeutyczny, społeczny oraz ekonomiczny [1, 15, 16]. Wpływa na codzienne funkcjonowanie chorego oraz jego rodziny. Ze względu na uprzedzenia i stereotypy społeczne przyczynia się do pogorszenia jakości życia chorego oraz izolacji społecznej [2, 4, 5, 10, 16–20]. Przebieg procesu chorobowego oraz bariery i postawy społeczne wpływają z kolei na sposób spostrzegania choroby przez samego chorego. Choroba wpływa na wiele aspektów życia społecznego, jest przyczyną wielu problemów i dylematów. Oddziałuje na życie towarzyskie, rodzinne, sposób spędzania wolnego czasu czy wybór kariery zawodowej [1, 5, 16, 20]. Osoby chore na padaczkę bardzo często same ograniczają kontakty towarzyskie, co w konsekwencji ma wpływ na pogorszenie ich jakości życia [18, 19]. Uzyskanie wsparcia społecznego nie tylko daje poczucie bezpieczeństwa, ale ułatwia akceptację i funkcjonowanie z chorobą. Zdaniem Michałowskiej-Wieczorek [21] im więcej pomocy ze strony innych, tym większa mobilizacja chorego do przezwyciężania choroby i satysfakcja z życia, natomiast zbyt małe wsparcie zwiększa poczucie bezradności. Podobne zależności można było zaobserwować w badaniach własnych. Wzrost samooceny oraz bardziej pozytywne postrzeganie choroby występowały u osób, które doznawały znaczącego wsparcia. Chociaż nie stwierdzono różnic w ocenie wsparcia dokonywanej przez osoby mieszkające w mieście, miasteczku lub na wsi, to postrzeganie choroby przez osoby mieszkające na wsi było znacznie gorsze. Możemy przypuszczać, że wynika to z większej stygmatyzacji. Bowiem lokalna społeczność nie zawsze wykazuje zrozumienie dla osób chorujących na padaczkę. Dlatego mieszkańcy wsi wg Girzelskiej i wsp. [4] częściej oceniają swoją jakość życia gorzej od mieszkańców miast. W badaniach własnych ponad połowa respondentów określiła swoją sytuację materialną jako średnią. Poziom otrzymanego wsparcia społecznego określili oni niżej niż osoby z sytuacją materialną złą lub – przeciwnie – bardzo dobrą. To może świadczyć o tym, że obie zadowolone grupy otrzymywały pomoc zgodną ze swoimi oczekiwaniami. Natomiast pomijane były potrzeby osób średniozamożnych. Na poziom sytuacji materialnej duży wpływ ma aktywność zawodowa. Stanowi jedną z form funkcjonowania w społeczeństwie, co ma ogromne znaczenie dla człowieka w dorosłym życiu [1, 10, 22, 23]. Trudności w uzyskaniu zatrudnienia są często wynikiem złożonego zespołu czynników, wśród których istotną rolę odgrywają stan psychiczny i neurologiczny, kwalifikacje zawodowe, doświadczenie i motywacja do podjęcia pracy oraz postawa środowiska [4, 18, 19, 22, 23]. Pracodawcy niechętnie zatrudniają osoby chore na padaczkę, w związku z ryzykiem urazów i brakiem znajomości specyfiki choroby [22, 23]. To powoduje, że osoby chore na padaczkę nie przyznają się do swojej choroby [17]. Proces chorobowy także

utrudnia dostęp do edukacji – w badaniach własnych prawie połowa grupy ma wykształcenie zawodowe lub podstawowe. Na poczucie satysfakcji z życia ma także wpływ stan cywilny. W badaniach własnych mniej więcej 1/3 grupy deklarowała, że jest zamężna. Podobnie jak w badaniu wieloośrodkowym przeprowadzonym w 2005 r. na terenie naszego kraju wśród 1019 pacjentów z padaczką [24]. Przebywanie w związku małżeńskim wpływa korzystnie na jakość życia osób z padaczką [1, 5]. Jednak Elliot i wsp. [3], podobnie jak w naszych badaniach, wykazali, że dla poczucia wsparcia społecznego istotny jest sam fakt posiadania osób, które służą pomocą, nie ma natomiast znaczenia rodzaj powiązań rodzinnych. Relacje i związki pomiędzy chorymi a osobami bliskimi wzbudzają w chorych pozytywne emocje i zwiększają pewność, że uzyskają pomoc w przyszłości [25]. To niezwykle istotny czynnik dla ich samooceny. Odgrywa ważną rolę w procesie pozytywnego myślenia o sobie. Na podstawie badań własnych można wnioskować, że wsparcie społeczne ma znaczny wpływ na samoocenę ankietowanych. Wszyscy respondenci zgodnie stwierdzili, że wsparcie wpływa na ich samoocenę. Podobnie Frizzelli i wsp. [26] potwierdzają, że poziom samooceny w znaczny sposób wpływa na życie osób z padaczką. W badaniach własnych dodatkowo stwierdziliśmy, że poczucie doznawanego wsparcia uzależnione jest od postaci padaczki. Najmniej wsparcia doświadczały osoby nadużywające alkoholu, co może wynikać z braku dobrych relacji społecznych, które w okresie spożywania alkoholu utracili. Innym czynnikiem wpływającym na poziom doznawanego wsparcia było poczucie choroby w obszarze emocjonalnego powiązania z chorobą. Także inni autorzy wskazują na powiązanie stanu emocjonalnego z poczuciem wsparcia [3, 25]. Elliot i wsp. [3] oraz Robertson i wsp. [27] podkreślają, że osoby chore na padaczkę częściej mają zaburzenia psychiczne i depresję. U chorych mogą wystąpić zaburzenia procesów poznawczych, trudności w uczeniu się, mówieniu, padaczka może być również przyczyną wystąpienia agresywnego zachowania [28]. Wilczewska i wsp. [29] podkreślają, że stan emocjonalny osób chorych na padaczkę może znacznie się obniżyć z powodu uzależnienia ich od osób trzecich, gównie w czasie wystąpienia napadów padaczkowych. Oznacza to, że wsparcie ze strony społeczeństwa nie zawsze musi nieść za sobą pozytywne skutki.

Niewiedza i przesądy na temat padaczki sprawiają także dzisiaj wielu osobom trudności. Niektóre z nich mają charakter dramatów osobistych i rodzinnych. Sytuacja rodziny chorego z padaczką jest w pewnym sensie niepowtarzalna, odmienna [10]. Każdy przypadek należy rozpatrywać indywidualnie, nie można go oceniać standardowo zarówno pod względem problemów medycznych, psychologicznych, jak i socjalnych [1, 5]. Pomimo rozwoju medycyny i nauki, a także coraz lepiej wykształconego społeczeństwa nietrudno spotkać się ze stereotypami i ogólnym lękiem przed osobą chorą na padaczkę.

Podsumowując, rodzina i najbliższe otoczenie jest podstawowym i najważniejszym źródłem wsparcia, które kształtuje samoocenę i poczucie choroby u osób chorych na padaczkę. Niestety często ogrom problemów zawodowych, rodzinnych i osobistych, który towarzyszy chorobom przewlekłym, takim jak padaczka, sprawia, że chorzy i ich rodziny nie są w stanie im sprostać. Chorzy wymagają wówczas pomocy z zewnątrz. Najlepszą formę pomocy oferują organizacje i stowarzyszenia działające na rzecz osób chorych na padaczkę i ich rodzin.

Wnioski

1. Poczucie wsparcia społecznego jest powiązane z samoocena oraz poczuciem choroby.
2. Na poczucie wsparcia społecznego w badanej grupie miały wpływ typ padaczki oraz sytuacja materialna.
3. Poczucie wsparcia społecznego w badanej grupie nie różniło się istotnie po uwzględnieniu: częstości występowania napadów padaczkowych, miejsca zamieszkania, wykształcenia, stanu cywilnego chorego.

Piśmiennictwo

1. Zachwieja J. Wpływ wybranych czynników na jakość życia osób z padaczką. Pielęg Neurolog Neurochirurg. 2013;2:117–124.
2. Talarska D. Funkcjonowanie psychospołeczne dzieci i młodzieży z napadami kontrolowanymi i padaczką oporną na leki – analiza porównawcza. Epileptologia. 2006;1:35–43.
3. Elliott JO, Charyton C, Sprangers P, Lu B, Moore JL. The impact of marriage and social support on persons with active epilepsy. Epilepsy Behav. 2011;20:533–538.
4. Girzelska J, Biernacka B, Jarosz MJ. Wpływ czynników społeczno-demograficznych i klinicznych na jakość życia chorych na padaczkę. Pielęg Neurolog Neurochirurg. 2013;2:155–164.
5. Błaszczyk B. Jakość życia chorych na padaczkę. Wyższa Szkoła Ekonomii i Prawa, Kielce 2011.
6. Hupcey JE. Clayfying the socialsupporttheory – researchlinkage. J Adv Nurs. 1998;27:1231–1241.
7. Zreda A, Barczykowska E, Ślusarz R, Kram M, Kurylak A. Wsparcie jako praktyczna działalność pielęgniarek w stosunku do dzieci z guzami mózgu i do ich rodziców. Ann UMCS Sect D. 2005;60,supl.16,7:284–288.
8. Kirenko J. Wspieranie osób z niepełnosprawnością. Pielęg Położ. 2004;8:17–19.
9. Skrzypek M, Nyka WM, Wilczewska L, Siemiński M, Karwacka M, Janowicz A, Trybull A, Kass M. Wsparcie społeczne pacjentów po udarze mózgu w okresie hospitalizacji (wyniki wstępne). Udar Mózgu. 2007;9(1):32–41.

10. Tomas K, Talarska D, Bączyk G, Dymek-Skoczyńska A. Support Leeds of people with epilepsy based on patient feedback. Epileptologia. 2010;18:61–65.
11. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. J Psychosom Res. 2006;60:631–637.
12. Weiss RS. The provisions of social relationships. W: Rubin Z (red.). Doing unto others: joining, molding, conforming, helping, loving. Prentice-Hall, Englewood Cliffs 1974.
13. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton University Press, Princeton 1965.
14. Łaguna M, Lachowicz-Tabaczek K, Dzwonkowska I. Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody. Psych Społ. 2007;2:164–176.
15. Rejdak K. Współczesne algorytmy diagnostyczne i standardy terapeutyczne w nowo rozpoznanej padaczce u dorosłych. Pol Prz Neurol. 2010;3:131–136.
16. Bandstra NF, Camfield CS, Camfield PR. Stigma of epilepsy. Can J Neurological Sci. 2008;35,436–440.
17. Staniszewska A, Tarchalska-Kryńska B, Kurkowska-Jastrzębska I. Codzienne problemy chorych na padaczkę. Med Pasje. 2011;1:14–15.
18. Doughty J, Baker GA, Jacoby A, Lavaud V. Cross-cultural Differences in Levels of Knowledge about Epilepsy. Epilepsia. 2003;44:115–123.
19. Howell E. Epilepsy stigma: Moving from a global problem to a global solution. Seizure. 2010;19:628–629.
20. Owczarek K. Oparta na dowodach jakość życia u osób z padaczką. Epileptologia. 2004;12:351–363.
21. Michałowska-Wieczorek I. Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową. Psychoonkol. 2006;2:51–56.
22. Rätsepp M, Õun A, Haldre S, Kaasik A. Felt stigma and impact of epilepsy on employment status among Estonian people: exploratory study. Seizure. 2000;9:394–401.
23. Jacoby A, Gorry J, Baker GA. Employers' Attitudes to Employment of People with Epilepsy: Still the Same Old Story? Epilepsia. 2005;46,12:1978–1987.
24. Majkowski J, Majkowska-Zwolińska B. Cechy demograficzne, społeczne i medyczne 1019 chorych z padaczką. Prospektywne, wieloośrodkowe, badania kosztów padaczki w 2006 r. w Polsce. Epileptologia. 2007;15:119–139.
25. Sęk H, Cieślak R (red.). Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. PWN, Warszawa 2004, 14–25, 49.
26. Frizzell CK, Connolly AM, Beavis E, Lawson JA, Bye AM. Personalised epilepsy education intervention for adolescents and impact on knowledge acquisition and psychosocial function. J Paediatr Child Health. 2011;47,5: 271–275.
27. Robertson MM, Trimble MR, Townsend HR. Phenomenology of depression in epilepsy. Epilepsia. 1987;28:364–372.
28. Maree LH, Glozier NS, Martiniuk AL, Craig SJ, Anderson A. Sydney epilepsy incidence study to measure illness consequences: the SESIMIC observational epilepsy study protocol. BMC Neurol. 2011;11:3.
29. Wilczewska L, Zarzycki A. Perspektywy poprawy jakości życia chorych na padaczkę. W: Głogowska MD, Bukowska A, Skommer M, Konieczna J, Pokrzywniak D (red.). Kształcenie i doskonalenie zawodowe pielęgniarek i położnych. Standardy opieki w pielęgniarstwie wdrażanie programów promocji zdrowia. Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 1999, 36.

Adres do korespondencji:
Katedra Profilaktyki Zdrowotnej
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań
tel. 61 8612243
e-mail: pati.talarska@neostrada.pl