

**Poziom wiedzy na temat stwardnienia rozsianego (SM)
wśród członków rodzin osób dotkniętych tą chorobą**

**Level of Knowledge about Multiple Sclerosis (SM)
Among the Family Members of People Suffering from the Disease**

Kamila Mazalon

Klinika Neurologii 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy

Streszczenie

Wprowadzenie. Stwardnienie rozsiane (SM) jest bardzo istotnym problemem zdrowotnym i społecznym w Polsce. Choroba i niepełnosprawność zajmując całe życie wpływają nie tylko na pracę zawodową, ale też na pełnione role społeczne i życie rodzinne. Jedną z podstawowych funkcji rodziny, widoczną szczególnie w przypadku choroby jednego z jej członków, to rola opiekuńcza. Zdrowi członkowie rodziny muszą przybrać rolę opiekuna – rolę, która bez podstaw znajomości postępowania i opieki nad chorym będzie sprawiała znaczne trudności, a świadczący opiekę szybko się zniechęci i jego praca będzie mało efektywna.

Cel. Celem pracy było poznanie wiedzy na temat stwardnienia rozsianego wśród członków rodzin osób chorujących na SM.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w Klinice Neurologii 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego (WSK) w Bydgoszczy. Grupę badaną stanowiło 100 osób będących członkami rodzin odwiedzających chorych na stwardnienie rozsiane w Klinice WSK w Bydgoszczy. Badania zostały przeprowadzone z wykorzystaniem autorskiego narzędzia badawczego – kwestionariusza ankiety.

Wyniki. Członkowie rodzin nie rozpoznali wszystkich czynników mogących prowokować rzut choroby SM. Ponad połowa badanych (64%) błędnie uważa, że zmęczenie w SM dotyczy jedynie sfery fizycznej chorego, a najlepszym postępowaniem jest jedynie odpoczynek. Rodziny nie znają wszystkich sposobów terapii SM. Tylko połowa badanych (51%) wie, że rehabilitacja jest jednym z sposobów postępowania w SM. Przebadane rodziny wiedzą, że SM jest chorobą przewlekłą i w konsekwencji może prowadzić do niepełnosprawności (93%). Połowa badanych nie wie, że może szukać pomocy w stowarzyszeniach zrzeszających ludzi z podobnym rozpoznaniem. Co trzecia badana osoba opiera swoją wiedzę tylko na tym, co na temat choroby wie pacjent; 20% ankietowanych twierdzi, że czyta literaturę specjalistyczną dotyczącą SM.

Wnioski. Wyniki badań wskazują jednoznacznie, że rodziny pacjentów chorujących na stwardnienie rozsiane nie posiadają dostatecznej wiedzy potrzebnej do prawidłowej opieki nad chorym. Edukacja rodzin nie sprawdza się tak, jakby można było tego oczekiwać. Znaleźć należy przyczyny takiego stanu rzeczy, bo same rodziny – jak deklarują – czują się zobligowane do poszerzania swojej wiedzy. (PNN 2013;2(2):69-74)

Słowa kluczowe: rodzina, poziom wiedzy, stwardnienie rozsiane

Abstract

Background. Multiple sclerosis (MS) is an crucial health and social problem in Poland. Disease and disability occupy lives, affecting not only careers but also the functions of social roles and family life. One of the primary functions of the family, particularly visible in the case of illness of one of its members, is the parental role. Healthy family members must take on a caring role – a role that is without foundation knowledge of the procedure and patient care will cause considerable difficulties and care provider will be quickly discouraged, and his work will be ineffective.

Aim. Aim of this study was to investigate the knowledge of multiple sclerosis among family members of people living with MS.

Material and methods. The study was conducted in the Department of Neurology, 10 Military Hospital (WSK) in Bydgoszcz. The study included 100 people who are members of families visiting patients with multiple sclerosis in the Department of WSK in. The study was conducted using a proprietary research tool – a questionnaire.

Results. Family members did not recognize all of the factors that may provoke relapse of MS. More than half of respondents (64%) mistakenly believe that „fatigue” in the SM applies only to the physical realm of the patient, and the best procedure is merely a rest. Families do not know all the ways of treating MS. Only half of the respondents (51%) know that rehabilitation is one for practice in MS. Tested family know that MS is a chronic disease, and consequently may lead to disability (93%). Half of the respondents did not know that they can seek the help of associations bringing together people with a similar diagnosis. One in three people based only on their knowledge of what the patient knows about the disease, 20% of respondents said that they read specialist literature on MS.

Conclusions. The results clearly show that the families of patients suffering from multiple sclerosis do not have sufficient knowledge needed to properly care for the sick. Family education does not work like you might expect. There is great need to find the reasons for this, because the families themselves – as declared – feel obliged to extend their knowledge. (PNN 2013;2(2):69-74)

Key words: family, level of knowledge, multiple sclerosis

Wprowadzenie

Stwardnienie rozsiane (*Sclerosis Multiplex* – SM) zalicza się do chorób neurologicznych charakteryzujących się wieloogniskowym uszkodzeniem osłonek mielinowych włókien nerwowych. Występuje najczęściej u osób młodych rasy białej, dwa do trzech razy częściej u kobiet niż mężczyzn [1]. Pierwsze objawy ujawniają się u ludzi aktywnych zawodowo i życiowo, a postępujący i nieprzewidywalny charakter choroby prowadzi niechybnie do inwalidztwa.

Klinicznie SM definiuje się jako nawracające epizody objawów neurologicznych, spowodowanych rozsianymi demielinizacyjnymi uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego, prowadzącymi z biegiem czasu do powstania znacznych deficytów neurologicznych [2,3]. Objawy somatyczne obejmują osłabienie i parestezje kończyn, zaburzenia równowagi i koordynacji ruchowej, ataksje, niewyraźne widzenie, dysfunkcje pęcherza moczowego i jelit, zaburzenia pamięci i koncentracji, obniżenie funkcji poznawczych. Najczęściej zgłaszanym przez chorych objawem jest zmęczenie, które ma znaczny wpływ na obniżenie jakości życia [4,5]. Etiologia choroby pozostaje ciągle nieznaną. Wiadomo, że podłoże stanowi układ immunologiczny a cały patomechanizm rozwija się przy współdziałaniu czynników genetycznych, egzogennych i środowiskowych. Ze względu na bardzo zróżnicowaną symptomatologię i dynamikę przebiegu SM nie istnieje pojedynczy test kliniczny ani badanie laboratoryjne umożliwiające postawienie pewnego rozpoznania [6,7]. Leczenie skierowane jest na farmakologiczne łagodzenie rzutów i objawów w połączeniu z rehabilitacją ruchową i psychologiczną [8]. W wybranych postaciach SM stosuje się również leczenie immunomodulujące i immunosupresyjne [3].

Stwardnienie rozsiane jest bardzo istotnym problemem zdrowotnym i społecznym w Polsce. Społeczny charakter problemu chorych na SM wynika z faktu, że większość rozpoznania choroby przypada między 20. a 40. rokiem życia. Choroba i niepełnosprawność zaj-

mując całe życie wpływają nie tylko na pracę zawodową i rolę społeczną, ale też na życie rodzinne.

Jedną z podstawowych funkcji rodziny, widoczną szczególnie w przypadku choroby jednego z jej członków, jest rola opiekunczą. Zdrowi członkowie muszą przybrać rolę opiekuna – rolę, która bez znajomości podstawowych zasad opieki i postępowania z chorym na SM, będzie sprawiała znaczne trudności a świadczący opiekę szybko się zniechęci i jego praca będzie mało efektywna. Wiedza o chorobie, kształtuje udział rodziny w procesie leczenia i rehabilitacji oraz wpływa na jakość życia zarówno chorego jak i opiekuna [9].

Celem pracy było poznanie poziomu wiedzy na temat stwardnienia rozsianego wśród członków rodzin osób chorych na SM.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w Klinice Neurologii 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego (WSK) w Bydgoszczy. Grupę badaną stanowiło 100 osób będących członkami rodzin odwiedzających chorych na stwardnienie rozsiane w okresie przeprowadzania badań.

Wśród ankietowanych znalazło się 48 kobiet i 52 mężczyzn. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale wieku 41–50 lat (42%). Co drugi ankietowany członek rodziny miał wykształcenie średnie (66%). Mniej liczną grupę stanowiły osoby z wykształceniem wyższym jak i z zawodowym (15% i 16%). Trzy osoby posiadały wykształcenie podstawowe. Mniej niż połowa (42%) członków rodzin zamieszkiwała miasta powyżej 100 tysięcy mieszkańców, a tylko 9 badanych osób z rodzin chorych na SM mieszkało na wsi. Analiza stopnia pokrewieństwa wykazała, że prawie połowa (47%) osób ankietowanych była współmałżonkiem chorego. Drugą co do liczebności grupę stanowili rodzice osób chorych na SM (34%), a trzecią rodzeństwo (16%). Charakterystykę badanej grupy przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy

Zmienna	N=100	%=100
Płeć		
Kobieta	48	48,0
Mężczyzna	52	52,0
Wiek		
< 20 lat	2	2,0
21-30 lat	10	10,0
31-40 lat	23	23,0
41-50 lat	42	42,0
51-60 lat	18	18,0
> 61 lat	5	5,0
Wykształcenie		
Podstawowe	3	3,0
Zawodowe	16	16,0
Średnie	66	66,0
Wyższe	15	15,0
Miejsce zamieszkania		
Wieś	9	9,0
Miasto do 50 tys. mieszkańców	23	23,0
Miasto 51–100 tys.	26	26,0
Miasto powyżej 100 tys.	42	42,0
Stopień pokrewieństwa z chorym		
Współmałżonek (mąż, żona)	47	47,0
Rodzic (matka, ojciec)	34	34,0
Rodzeństwo (brat, siostra)	16	16,0
Inne (kuzyn, teściowa)	3	3,0

Badania przeprowadzono z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety, składającego się z 29 pytań. Kwestionariusz ankiety zawierał informacje dotyczące danych socjodemograficznych badanego (część 1) oraz informacje dotyczące analizowanego problemu – poznania wiedzy na temat SM (część 2).

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetyki Collegium Medicum UMK (KB: 117/2009).

Wyniki zostały opracowane przy użyciu arkusza kalkulacyjnego Excel z pakietu MS Office 2003. W analizie statystycznej wykorzystano test U Manna-Whitneya oraz test niezależności χ^2 Pearsona. Za istotny statystycznie przyjęto poziom istotności $p=0,05$.

Wyniki

Prawie wszyscy ankietowani wiedzieli, że SM jest chorobą przewlekłą o podłożu immunologicznym. W pytaniu o przebieg choroby aż 56% osób uznało, że SM cechuje występowanie rzutów i remisji. Pozostali zaznaczyli „ciągłe narastanie objawów” – taki podział odpowiedzi może mieć odzwierciedlenie w postaci SM, jaką zdiagnozowano u chorego członka rodziny. Wszyscy ankietowani wiedzieli, że rzut cechuje się

wystąpieniem nowych objawów lub zaostrzeniem już istniejących, ale co trzeci członek rodziny uważa, że remisja oznacza powrót do całkowitej sprawności sprzed choroby.

Wśród czynników ryzyka mogących prowokować rzut choroby (tabela 2) najczęściej wskazywane przez badanych były przemęczenie fizyczne oraz stres emocjonalny. Dla większości ankietowanych zabiegi chirurgiczne, środki antykoncepcyjne oraz ciąża i poród nie są czynnikami ryzyka wywołania rzutu choroby.

Tabela 2. Czynniki prowokujące rzut choroby

Czynnik	Odpowiedź			
	może wywołać (N)	%	nie może wywołać (N)	%
Promieniowanie słoneczne	29	29,0	71	71,0
Gorączka	35	35,0	65	65,0
Przemęczenie fizyczne	64	64,0	36	36,0
Stres emocjonalny	60	60,0	40	40,0
Infekcje	41	41,0	59	59,0
Ciąża i poród	20	20,0	80	80,0
Środki antykoncepcyjne	2	2,0	98	98,0
Zabiegi chirurgiczne	4	4,0	96	96,0

Rodziny nie są jednomyślne w kwestii czym tak naprawdę jest spastyczność. Mniej niż połowa (46 osób) dobrze powiązała ten objaw ze wzmożeniem napięcia mięśni. Dla pozostałych 54 osób spastyczność kojarzy się z dolegliwościami bólowymi w bezruchu (34% odpowiedzi) lub obniżeniem napięcia mięśni (20% odpowiedzi).

W pytaniu dotyczącym czynników nasilających spastyczność, wśród wszystkich trzech poprawnych odpowiedzi, najczęściej udzielaną była gorączka (62%). Co trzecia osoba zaznaczyła infekcje dróg moczowych a tylko co dziesiąty przewlekłe zaparcia.

Wiedza osób badanych na temat problemu zmęczenia w SM nie jest pełna. Aż 64% uznaje, że zmęczenie w stwardnieniu rozsianym dotyczy jedynie sfery fizycznej chorego. Być może taka odpowiedź, poza brakiem wiedzy, ma podłoże w relacjach chory–rodzina, kiedy chory nie chce zgłaszać problemu. Jedynie co trzeci ankietowany członek rodziny wie, że zmęczenia nie należy spodziewać się jedynie po znacznym wysiłku fizycznym bądź umysłowym.

Udzielając odpowiedzi na pytanie jak leczyć zmęczenie? – połowa respondentów za najskuteczniejszy sposób postępowania ze zmęczeniem uznała sam odpoczynek. Co trzecia osoba wiedziała, że najlepszą metodą jest połączenie odpoczynku i stopniowanego wysiłku fizycznego. Pozostałe 17 osób wskazało na stosowanie farmakoterapii.

Zapytano członków rodzin na czym, ich zdaniem, polega leczenie stwardnienia rozsianego? Rehabilitację, jako formę leczenia SM, wskazała połowa ankietowa-

nych. Więcej, bo 68% opowiedziało się za leczeniem objawowym, a 7 osób zaznaczyło leczenie przyczynowe.

Pytanie o świadomość ewentualnej progresji stwardnienia rozsianego w kierunku niepełnosprawności wydaje się być pytaniem ważnym, ze względu na nieuchronność tego zjawiska jak i ze względu na szczególny udział rodziny w postępowaniu na takim etapie choroby. Uzyskano zadowalającą liczbę 93 poprawnych odpowiedzi.

Zgodnie z oczekiwaniami i postawioną w badaniach hipotezą – członkowie rodzin osób chorujących na SM nie czytają specjalistycznej literatury. Członkowie rodzin swoją wiedzę na temat SM w podobnym procencie czerpią z mediów (internet, telewizja, czasopisma popularne) oraz opierają się na wiedzy, jaką posiada chory. Tylko 20 osób przyznało, że czyta literaturę specjalistyczną, by zdobywać wiedzę na temat stwardnienia rozsianego. Osoby, które nie korzystały ze specjalistycznych źródeł twierdziły, że informacje zawarte w takiej literaturze są dla nich niezrozumiałe. Co czwarta osoba nie czyta specjalistycznego czasopisma z powodu braku czasu.

Poza poznaniem prezentowanej wiedzy przez badanych, ważna jest również chęć jej zdobywania. Dla potrzeb procesu edukacyjnego jak i dla samego chorego ważne jest poczucie zobligowania rodzin do poszerzenia swojej wiedzy. Większość (88%) ankietowanych deklaruje poczucie potrzeby poszerzenia swojej wiedzy na temat SM.

O istnieniu grup samopomocowych dla chorych z SM i ich rodzin wiedziało tylko 57% badanych.

Aby dokładnie przedstawić analizowany problem, dokonano również korelacji wybranych zmiennych, mogących mieć związek z poznaniem poziomu wiedzy na temat stwardnienia rozsianego wśród członków rodzin osób chorych na SM.

Analizie poddano wykształcenie i stopień pokrewieństwa, jaki łączy badane osoby z chorym na SM a chęć uzupełnienia własnej wiedzy na temat SM (tabela 3).

Tabela 3. Chęć uzupełnienia własnej wiedzy na temat SM a zmienne

Zmienna	Chęć uzupełnienia własnej wiedzy na temat SM					
	tak	%	nie	%	suma	%
	Stopień pokrewieństwa					
Współmałżonek	42	89,0	5	11,0	47	100
Rodzic	30	88,0	4	12,0	34	100
Rodzeństwo	15	94,0	1	6,0	16	100
Inne	1	33,0	2	67,0	3	100
	Wykształcenie					
Podstawowe	3	100	0	0,0	3	100
Zawodowe	15	94,0	1	6,0	16	100
Średnie	58	89,0	8	11,0	66	100
Wyższe	12	80,0	3	20,0	15	100

Przeprowadzona analiza korelacji między zmiennymi wykazała, że stopień pokrewieństwa, jaki łączy osoby badane z chorym na SM ($\chi^2=5,1$; $p=0,166$), jak również poziom wykształcenia badanych ($U=43,50$; $p=0,187$) nie ma istotnego wpływu na chęć uzupełnienia swojej wiedzy na temat SM.

Analizie poddano również ocenę związku pomiędzy znajomością terminologii zmęczenia w SM, znajomością sposobów postępowania ze zmęczeniem i rehabilitacją jako jedną z metod postępowania w SM a korzystaniem ze specjalistycznej literatury (tabela 4).

Przeprowadzona analiza nie wykazała istotnego związku pomiędzy czytaniem specjalistycznej literatury a znajomością terminologii zmęczenia w SM ($\chi^2=0,9$; $p=0,349$). Wykazano natomiast, że osoby, które za najskuteczniejszy sposób postępowania ze zmęczeniem uważają odpoczynek i stopniowany wysiłek fizyczny ($\chi^2=8,8$; $p=0,012$) oraz rehabilitację jako jedną z metod postępowania w SM ($\chi^2=8,4$; $p=0,004$) częściej korzystają ze specjalistycznej literatury niż osoby pozostałe.

Dyskusja

Przegląd piśmiennictwa wskazuje, że brak jest badań prowadzonych na rodzinach pacjentów w aspekcie analizy posiadanej przez nich wiedzy na temat choroby, jaką jest stwardnienie rozsiane. Najwięcej uwagi

Tabela 4. Korzystanie ze specjalistycznej literatury a zmienne

Zmienna	Korzystanie ze specjalistycznej literatury					
	tak	%	nie	%	suma	%
	Terminologia zmęczenia w SM					
Dotyczy sfery fizycznej	11	17,0	33	83,0	64	100
Niewspółmierne z ADL	9	25,0	27	75,0	36	100
	Sposób postępowania ze zmęczeniem w SM					
Farmakoterapia	1	6,0	16	94,0	17	100
Odpoczynek	7	14,0	43	86,0	50	100
Odpoczynek + wysiłek	12	36,0	21	64,0	33	100
	Rehabilitacja jako metoda postępowania w SM					
Tak	16	31,0	35	69,0	51	100
Nie	4	8,0	45	92,0	49	100

poświęca się samym chorym i ich indywidualnych sposobach radzenia sobie z sytuacją trudną, jaką niewątpliwie jest rozpoznanie stwardnienia rozsianego.

W procesie, w którym pacjent zmagają się z chorobą, rola rodziny jest bardzo istotna. W dużej mierze to od wiedzy, jaką posiadają na temat schorzenia oraz sposobów radzenia sobie z codziennymi przeciwnościami, zależą relacje opiekun–chory oraz przyszłość danej rodziny jako systemu.

Ochojska [10] w swoich badaniach podjęła się psychologicznej analizy sytuacji w rodzinach osób chorych na stwardnienie rozsiane. Przeprowadziła 60 rodzin pod względem spójności, adaptacyjności, komunikacji, strategii zmagania się rodzin ze stresem i poziomem przystosowania się systemów rodzinnych. Według autorki 85% badanych (chorych na SM) podaje, że korzystało z książek i artykułów, by poszerzać swoją wiedzę na temat schorzenia. W przypadku badań własnych tylko 20% osób przyznaje, że korzystało z takich źródeł. Można wysunąć stwierdzenie, że chorzy znacznie częściej niż rodziny korzystają z publikacji specjalistycznych.

W badaniach Ochojskiej wykazano również, że większość badanych (68%) uważa, że wspieranie się na pomocy instytucji formalnych i grup samopomocowych jest mało skuteczne [10]. Wynik ten koreluje z wynikami badań własnych, w których połowa ankietowanych rodzin (57%) nie wie o istnieniu grup samopomocowych, a co za tym idzie nie wiedzą jakiej pomocy mogą w takich organizacjach oczekiwać. W związku z tym z góry zakładają brak przydatności takich ugrupowań (towarzystw, stowarzyszeń) w radzeniu sobie z chorobą.

Brak wiedzy na temat choroby powoduje nasilenie się lęku i może prowadzić do odrzucenia roli opiekuna. Uzyskanie rzetelnych informacji o chorobie, objawach oraz leczeniu może sprawić, że rodzina osób dotkniętych SM nie tylko będzie czuła się bezpiecznie, ale również będzie umiała zadbać o zdrowie i dobre samopoczucie chorego oraz stanie się partnerem w rozmowach ze specjalistami [9,11].

Wnioski

- Większość rodzin wie, że SM jest chorobą przewlekłą, mogącą prowadzić do niepełnosprawności.
- Dwóch na trzech ankietowanych błędnie uważa, że zmęczenie w SM dotyczy jedynie sfery fizycznej chorego, a najlepszym postępowaniem jest tylko odpoczynek.
- Rodziny nie znają wszystkich metod leczenia SM.
- Badania wykazały, że ankietowane rodziny osób dotkniętych SM nie korzystają ze specjalistycznych źródeł informacji. Mimo to zdecydowana większość ankietowanych chciałaby pozyskać więcej

informacji, by lepiej opiekować się chorym i zrozumieć jego potrzeby.

- Prawie połowa ankietowanych członków rodzin nie wie o istnieniu grup samopomocowych.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Skuteczna edukacja rodzin opiekujących się chorymi na SM musi obejmować rzetelną wiedzę do sprawowania prawidłowej opieki. Wiedza ta powinna być przekazana pacjentom i rodzinom w sposób zrozumiały, z uwzględnieniem posiadanych już przez nich informacji i umiejętności. Pielęgniarka ma za zadanie ułatwienie choremu i rodzinie zrozumienie dysfunkcji wynikających z choroby, nauczenie sposobów łagodzenia objawów, uświadomienie jakie powikłania mogą wystąpić i jak im przeciwdziałać, wyczerlenie edukowanych rodzin na wnikliwą obserwację chorego, szczególnie pod kątem pogorszenia stanu zdrowia mogące być sygnałem wystąpienia rzutu choroby.

Ważna jest również znajomość prewencji wtórnej – prozdrowotnego stylu życia, aktywności fizycznej, sposobów odżywiania [12,13]. Szczegółnej uwagi wymaga również uwrażliwienie rodzin na zjawisko zmęczenia, a szczególnie sposobów jego eliminowania poprzez rehabilitację, aktywność fizyczną, psychoterapię oraz unikanie czynników mogących nasilać to zjawisko [4].

Piśmiennictwo

- Kułakowska A., Bartosik-Psujek H., Hożejowski R., Mitosek-Szewczyk K., Drozdowski W., Stelmasiak Z. Wybrane aspekty epidemiologiczne stwardnienia rozsianego w Polsce – wieloosrodkowe badanie pilotażowe. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*. 2010;44(5):443-452.
- Selmaj K. Stwardnienie rozsiane – kryteria diagnostyczne i naturalny przebieg choroby. *Polski Przegląd Neurologiczny*. 2005;1(3):99-105.
- Selmaj K. Choroby demielinizacyjne. W: Podemski R. (Red.), *Kompendium neurologii*. Via Medica, Gdańsk 2011;299-321.
- Brola W., Fudala M. Problem zmęczenia w stwardnieniu rozsianym. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*. 2010,2,237-243.
- Dworzańska E., Mitosek-Szewczyk K., Stelmasiak Z. Zespół zmęczenia w stwardnieniu rozsianym. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*. 2009;43(1):71-76.
- Ziółkiewicz J., Kaźmierski R. Ewolucja kryteriów diagnostycznych stwardnienia rozsianego. *Neuroskop*. 2011;13:112-119.
- Polman Ch.H., Reingold S.C., Banwell B., et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 Revisions to the McDonald criteria. *Annals of Neurology*. 2011;69(2):292-302.

- [8] Kazibutowska Z. Diagnostyka, rokowanie i leczenie w stwardnieniu rozsianym w kontekście zagadnień rehabilitacji. *Polski Przegląd Neurologiczny*. 2008;4(Supl. A):46-47.
- [9] Kawczyńska-Butrym Z. *Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*. Makmed, Lublin 2008.
- [10] Ochojska D. *Stwardnienie rozsiane i rodzina*. WSP, Rzeszów 2000.
- [11] Maciejek Z. Postępowanie w specjalnych sytuacjach życiowych chorych na stwardnienie rozsiane. *Polski Przegląd Neurologiczny*. 2008;4(Supl.A):74-75.
- [12] Adamczyk K., Turowski K. *Procedury pielęgnowania w neurologii i neurochirurgii*. NeuroCentrum, Lublin 2007.
- [13] Kawczyńska-Butrym Z. *Rodzina – zdrowie – choroba*. Czelej, Lublin 2001.

Adres do korespondencji:

Kamila Mazalon
Klinika Neurologii 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego
w Bydgoszczy
ul. Powstańców Warszawy 5, 85-681 Bydgoszcz
e-mail: kamisia21@tlen.pl

Konflikt interesów: nie występuje

Źródła finansowania: nie występuje

Wkład autorski: Kamila Mazalon^{B,C,D,E}

(B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Analiza statystyczna, E – Napisanie artykułu)

Praca wpłynęła do Redakcji: 17.01.2013 r.

Zaakceptowano do druku: 24.04.2013 r.