

**Izabela Różycka, Mariusz
Wysokiński, Wiesław Fidecki**

**Rola pielęgniarki w opiece nad
chorym z padaczką i niedosłuchem w
środowisku zamieszkania : studium
przypadku**

Acta Scientifica Academiae Ostroviensis nr 31, 135-145

2008

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Izabela Różycka¹, Mariusz Wysokiński², Wiesław Fidecki³

ROLA PIELEŃNIARKI W OPIECE NAD CHORYM Z PADACZKĄ I NIEDOSŁUCHEM W ŚRODOWISKU ZAMIESZKANIA –STUDIUM PRZYPADKU

Padaczka jest chorobą, która spotyka się z nieprzychylną postawą społeczeństwa, bardzo często przejawiająca się odrzuceniem lub izolacją osób dotkniętych tą przypadłością. Zapewne ten opinia jest konsekwencją powszechnego społecznego przekonania, iż jest to choroba o charakterze psychicznym. Padaczka jest zjawiskiem chorobowym bardzo złożonym i wieloczynnikowym, bowiem różne są źródła pochodzenia tej choroby, jak również sposoby się jej objawiania.

Czynniki te powodują, iż nie sposób sformować definicji, która precyzyjnie i jednoznacznie opisywałaby padaczkę, w związku z czym należy dokonać omówienia występujących w literaturze podstawowych koncepcji definicyjnych. Padaczkę przyjęto definiować jako:

- przewlekły zespół chorobowy, który charakteryzuje się nadmierną patologiczną czynnością pewnych grup komórek nerwowych mózgu w postaci napadów⁴,
- nawracające, samopodtrzymujące się zaburzenia funkcji mózgu, charakteryzujące się nadmiernymi wyładowaniami neuronów mózgowych⁵,
- charakteryzującą się napadami przewlekłą chorobę, u podłoża, której leży pierwotna nieprawidłowość w obrębie mózgu⁶.

Na szczególną podkreślenie i uwagę zasługuje koncepcja definicyjna, w której padaczkę nie uznaje się za „jednostką chorobową, lecz zespół objawów somatycznych, wegetatywnych i psychicznych,

¹ studentka Wyższej Szkoły Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim, Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu, kierunek pielęgniarstwo

² Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim, Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu

³ Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Lublinie

⁴ C. Gniewska: *Pielęgniarstwo psychologiczne i neurologiczne*, PZWL, Warszawa 1996, s. 381.

⁵ *Podstawy neuropatologii*, praca zbior. pod red M. J. Mossakowskiego, J. Dymckiego, M. Wendera, PZWL, Warszawa 1981, s. 579.

⁶ K. Kiczuk, E. Litkowiec: *Opieka nad dzieckiem z padaczką w środowisku domowym*, „Pielęgniarstwo w praktyce zawodowej”, 2006, nr 3.

który może występować na podłożu zmian morfologicznych i metabolicznych w mózgu”⁷.

Schorzenie to występuje dość powszechnie w Polsce, ponieważ zapada na nią około 400 tys. obywateli, co stanowi 1% populacji kraju. Jeżeli dodatkowo uwzględnimy występowanie przynajmniej jednego napadu w całym życiu człowieka, to wskaźnik ten wzrasta do aż 5%. Oznacza to, iż u około 2 milionów ludzi w Polsce wystąpi 1 napad – nie licząc drgawek gorączkowych⁸. Na padaczkę można zachorować w różnym wieku. Największe ryzyko zachorowania na tę chorobę występuje u dzieci oraz w u osób w wieku podeszłym.

Określenie przyczyn powstawania padaczki jest bardzo trudne. Choroba posiada bowiem etiologię bardzo niejednorodną i przyjmuje się, iż przyczyna jej powstania nie jest rozpoznawalna aż w 65-70%⁹. Do najczęstszych rozpoznanych powodów zaistnienia padaczki można zaliczyć¹⁰:

- Urazy głowy, łącznie z uszkodzeniami okołoporodowymi. W Polsce etiologie urazową stwierdza się w około 20% przypadków, uszkodzenia około porodowe w około 10%. U mężczyzn etiologia pourazowa jest 2-krotnie częstsza niż u kobiet.
- Naczyniowe choroby mózgu (udary, krwotoki podpajeczynówkowe, anomalie naczyniowe) – są przyczyną padaczki w około 5%.
- Choroby zwyrodnieniowe (choroba Alzheimera) i choroby demielinizacyjne stanowią około 5% przyczyn pojawienia się padaczki. Ten rodzaj etiologii odgrywa coraz większą rolę w związku ze wzrostem liczby chorób zwyrodnieniowych związanych z wiekiem.
- Nowotwory są tym czynnikiem powstawania padaczki, którego odsetek występowania zależy od wieku i wraz z nim wzrasta. Przyjmuje się, iż stanowią około 4% przyczyn występowania padaczki.
- Zapalenie mózgu i opon mózgowych jest przyczyną padaczki u 3% chorych.

⁷ J. Jędrzejczak: *Padaczka*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006, s. 11-12.

⁸ J. Majkowski: *Padaczka w codziennej praktyce lekarza*, „Przewodnik lekarza”, 2000, nr 3.

⁹ *Podstawy kliniczne neurologii*, Praca zbior. pod red. R. Mazura, W. Kozubskiego, A. Prusińskiego, Warszawa 1998, PZWL, s. 224.

¹⁰ Tamże, s. 225.

- Przyczyny toksyczno-metaboliczne występują w około 1,5% przypadków.
- Predyspozycja uwarunkowana genetycznie, to najczęściej przypadki padaczki wieku dziecięcego.

Wiele tych czynników może prowadzić do niedosłuchu. Mimo upływu długiego okresu czasu od podejmowania pierwszych prób kształcenia osób z niedosłuchem nie wprowadzono jednoznacznych definicji tego stanu. Istnieje wiele określeń i pojęć odnoszących się do słuchu oraz osób z takimi uszkodzeniami.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy było określenie roli pielęgniarki w opiece nad chorym z padaczką i niedosłuchem w środowisku domowym.

Materiał i metoda badawcza

W prezentowanej pracy wykorzystano studium indywidualnego przypadku. Metoda ta stosowana jest do uzyskania opisu osoby z możliwie różnych stron, uwzględniając jej problemy pielęgnacyjne. Dane uzyskane w trakcie badania studium przypadku, stwierdzają stan faktyczny. W celu zebrania, analizy i przedstawienia problemów, a także ich rozwiązania techniki badawcze takie jak: obserwacja, wywiad, pomiar parametrów życiowych, analiza dokumentacji lekarskiej i pielęgnarskiej.

W pracy wykorzystano kwestionariusz do gromadzenia danych o pacjencie opracowany przez Szpital Miejski w Ostrowcu oraz w części dotyczącej jednostki chorobowej kwestionariusz wywiadu, który zawierał pytania autorskie dotyczące jednostki chorobowej. Kwestionariusz ten składał się z czterech części; danych personalnych pacjenta; danych dotyczących stanu zdrowia, rozpoznania medycznego, pobytu w szpitalu, nałogów; opisu funkcjonowania poszczególnych układów; sytuacji rodzinno-społecznej.

Charakterystyka badanego przypadku

Badaniem objęto pacjentkę A.K. lat 25 z rozpoznaniem epilepsji. Pacjentka urodziła się z wrodzonym niedosłuchem. Stał się on powodem późniejszych problemów zdrowotnych pacjentki. Niepełne docieranie bodźców słuchowych z otaczającej ją rzeczywistości spowodowało splot nieszczęśliwych wypadków, które negatywnie wpłynęły na stan jej zdrowia.

W wieku 9 lat została potrącona przez samochód. Na skutek tego wypadku znalazła się w szpitalu, gdzie stwierdzono sporadyczne tiki nerwowe twarzy oraz drżenia.

Po ukończeniu szkoły podstawowej rozpoczęła naukę w szkole zasadniczej o specjalności ogrodnictwo. W wieku 16 lat w wyniku kolejnego potrącenia przez samochód doznała rozległych obrażeń twarzo-czaszki. Podczas pobytu w szpitalu stwierdzono u niej pełne objawy epilepsji połączone z intensywnymi atakami padaczki.

Przeprowadzone badania EEG w 2006 roku wykryły u pacjentki encefalopatie. Pomimo tych trudności ze zdrowiem pacjentce udało się ukończyć szkołę zasadniczą, następnie wieczorowe Liceum Ogólnokształcące oraz kursy informatyczne i rachunkowe. Uszczerbek stanu zdrowia pacjentki został uznany przez lekarzy orzeczników na tyle poważny, że przyznano jej rentę inwalidzką wraz z zasiłkiem pielęgnacyjnym.

Rodzice pacjentki są w chwili obecnej na emeryturze.

Epilepsja pacjentki jest obecnie leczona farmakologicznie i przynosi znaczą poprawę jej zdrowia. Drżenia, jak i krótkie 1-2 sekundowe utraty świadomości zdarzają się często (około 3 razy w tygodniu) jednak pełne napady padaczki zdarzają się jedynie średnio raz na pół roku.

Na podstawie zgromadzonych danych o pacjencie i ich analizie, ocenie i wnioskowaniu rozpoznano określone potrzeby pacjenta. Dlatego sformułowano następujące diagnozy, do których ustalono plan działań.

1. Brak znajomości czynników ryzyka wywołujący napad padaczkowy.

Cel opieki: Przekazanie wiedzy o czynnikach wywołujących napad padaczkowy w ciągu jednego tygodnia.

Plan opieki:

- Edukacja pacjentki przez pielęgniarkę dotycząca czynników ryzyka.
- Przekazanie ulotek informacyjnych.
- Rozmowa z chorą w celu uświadomienia konieczności regularnego przyjmowania leków 2 x 5 minut
- Pogadanka z pacjentką na temat znaczenia stałej kontroli temperatury ciała 2 x 10 minut.
- Instruktaż pielęgniarstwa dotyczący unikania gorących kąpielii przez osobę z padaczką 3 x 15 min.
- Pokaz poprawnego użytkowania migającego światła 2 x 10 min.
- Przedstawienie zasad prawidłowego użytkowania TV, komputera przez osobę z padaczką 2 x 5 min.

- Uświadomienia pacjentce znaczenia regularnego trybu życia jako czynnika zapobiegającego występowaniu napadu padaczkowego 2 x 10 min.
- Poinformowanie pacjentki o konieczności uprawiania sportu, który zmniejsza liczbę napadów 2 x 5 min. (ale bez skrajnego wyczerpania)
- Pokaz plakatów dotyczących wybranych dyscyplin sportów dla osób z padaczką 2 x 5 min.
- Ocena zakresu przekazanych wiadomości-ponowne wykonanie testu po okresie dwóch tygodni.

2. Brak wiedzy pacjentki na temat aury poprzedzającej wystąpienie napadu.

Cel opieki: Przekazanie pacjentce wiedzy na temat aury w dwa tygodnie.

Plan opieki:

- Rozmowa z chorą na temat aury.
- Przedstawienie różnych metod obserwacji.
- Pogadanka z chorą na temat objawów zwiastujących wystąpienie napadu 2 x 5 min.
- Poinformowanie chorej o możliwości bólu w klatce piersiowej, kołataniu serca i czasie trwania tych objawów.
- Zaprezentowanie filmu na temat padaczki 1 x 40 min.
- Uświadomienie znaczenia znajomości aury dla leczenia i samo opieki 3 x 15 min.
- Przekazanie informacji chorej dotyczących jakości życia z padaczką.
- Kontrola poziomu i trwałości przyswojonej wiedzy 1x 20 min.
- Przebywanie z chorym do czasu nabycia wiedzy o nadchodzącym napadzie padaczkowym.

3. Odleżyna drugiego stopnia w przewodzie słuchowym zewnętrznym z powodu długotrwałego stosowania aparatu słuchowego.

Cel opieki: Likwidacja powstałej odleżyny w ciągu trzech tygodni.

Plan opieki

- Pielęgnacja skóry czyli mycie w ciepłej (nie gorącej) wodzie z dodatkiem łagodnego mydła, a po umyciu delikatne osuszenie skóry.
- Używanie lampy Bioptron na odleżynę 2 x 5 min.
- Stosowanie diety wysokobiałkowej.
- Podawanie pacjentce dużej ilości płynów 2-3 l w postaci wody mineralnej nie gazowanej i soków owocowych.

- Zdejmowanie aparatów w ciągu dnia i wykonanie delikatnego masażu małżowin usznych 3 x 10 min.
- Stosowanie ozonoterapii.
- Oglądanie skóry narażonej dwa razy dziennie.
- Natłuszczanie miejsc narażonych na odleżynę zwłaszcza na noc po zdjęciu aparatów.
- Wyregulowanie nacisku aparatu na uszy.

4. Nawracające infekcje górnych dróg oddechowych z powodu osłabionej odporności w ciągu jednego miesiąca.

Cel opieki: Uniknięcie infekcji górnych dróg oddechowych.

Plan opieki

- Unikanie przegrzewania organizmu chorej.
- Profilaktyka zakażeń czyli stosowanie: w okresach zwiększonych infekcji spożywania pokarmów z dużą ilością witamin i białka, a unikanie węglowodanów.
- Ubiór dostosowany do warunków atmosferycznych.
- Unikanie dużych zgromadzeń ludzi.
- Częste mycie rąk.
- Nauka wykonywania prawidłowego wykonywania toalety jamy ustnej poprzez pokaz 2 x 10 min.
- Pokaz prawidłowego oczyszczania jamy nosowej 2 x 5 min.
- Unikanie towarzystwa osób palących i przebywania w pomieszczeniach gdzie jest palony tytoń (zmniejsza liczbę kosmków w jamie nosowej).
- Częste pośrednie wietrzenie pomieszczeń w których przebywa chora 5 x 10 min.
- Spacerowanie mające na celu hartowanie pacjentki 2 x 20 min.
- Podawanie leków na zlecenie lekarza.

5. Przewlekłe zaparcia z powodu błędów dietetycznych.

Cel opieki: Zlikwidowanie zaparć w ciągu pięciu dni.

Plan opieki

- Podawanie na czczo pół szklanki ciepłej wody przegotowanej.
- Masaż brzucha, wykonuje się go dłońmi przez 2-3 minuty w kierunku zgodnym z ruchem zegara 5 x 7 min.

- Stosowanie diety bogato resztkowej, a mianowicie warzywa gotowane, pieczone jabłka, surówki ze świeżych warzyw, spożywanie gruboziarnistych kasz i pieczywa.
- Codzienny spacer 2 x 20 min.
- Zapewnienie w jadłospisie warzyw i owoców gotowanych.
- Spożywanie dużej ilości płynów i soków owocowych 2-3 litry dziennie.
- Podawanie leków na zlecenie lekarza (Parafina, Laktuloza)

6. Trudności w koncentracji z powodu niedosłuchu.

Cel opieki: Poprawa koncentracji w przeciągu trzech dni.

Plan opieki

- Formułowanie poleceń i zadań językiem powolnym i zrozumiałym.
- Organizacja dnia codziennego z uwzględnieniem atrakcyjnych dla pacjentki form aktywności.
- Opowiadanie treści przeczytanego fragmentu książki 2 x dziennie.
- Wprowadzenie ćwiczeń mających na celu poprawę koncentracji 2x dziennie oglądanie krótkich filmów, a następnie opowiadanie ich treści.
- Stosowanie treningu i nauki rozładowania napięć.
- Ćwiczenia z pacjentką polegające na słuchaniu radia, a chora zapamiętuje ostatni usłyszany wyraz z wyciszanego radia.
- Polecenie chorej chodzenia z zawiązanymi oczami za osobą cicho mówiącą.
- Ograniczyć ilość dochodzących do pacjentki bodźców np. zbyt głośna TV, nie mówić podniesionym głosem.
- Należy pamiętać by czas efektywnej pracy pacjentki nie przekraczał 30 min. jednorazowo.
- Układanie książek wg formatu.
- Stosowanie ćwiczeń relaksacyjnych.
- Nauka radzenia sobie z emocjami.

7. Lęk przed ruchem ulicznym spowodowany dwukrotnym potrąceniem przez samochód.

Cel opieki: Przewyciężenie lęku w przeciągu tygodnia..

Plan opieki

- Rozmowa edukacyjna dotyczące bezpiecznych zachowań w ruchu ulicznym 2 x 10 min.
- Analiza popełnionych błędów przez pacjentkę.

- Wyciszanie mechanizmów lękowych poprzez rozmowy i metody relaksacyjne np. trening autogenny Schultza 2 x 15 min.
- Pokazanie filmu instruktażowego z zakresu „ruchu ulicznego”
- Internetowa symulacja ruchu ulicznego 1 x 15 min.
- Praktyczny pokaz prawidłowego zachowania w ruchu ulicznym na zakończenie edukacji.
- Kontrola poziomu przyswojenia wiedzy na temat zasad ruchu drogowego.
- Wspólny spacer.

8 .Obniżenie poczucia wartości z powodu nie akceptowania padaczki i niedosłuchu.

Cel opieki: Podniesienie poczucia wartości w przeciągu dwóch tygodni.

Plan opieki

- Wykorzystanie techniki wizualizacji i autosugestii w tworzeniu „obrazu własnego ja”
np. wg książki Luizy Hey „Możesz uzdrowić swoje życie”
- Wykorzystanie pomocy osób z zewnątrz w ramach zrzeszenia osób niepełnosprawnych i głuchych.
- Zachęcanie do korzystania z forów internetowych dla osób niepełnosprawnych.
- Zorganizowanie pacjentce rozmowy z osobą o tej samej jednostce chorobowej.
- Stworzenie warunków do osobistego kontaktu z psychologiem.
- Zachęcanie do udziału w pracach stowarzyszeń.
- Korzystanie z obozów integracyjnych z osobami o tych samych jednostkach chorobowych.
- Przelamywanie stereotypów związanych z postrzeganiem osób niepełnosprawnych przez społeczeństwo.

9. Zachowanie lękowe z powodu niemożności obcięcia włosów przez pacjentkę.

Cel opieki: Przekazanie wiedzy o bezpodstawnym lęku.

Plan opieki

- Przekazanie wiedzy pacjentce, że w przypadku tego problemu skuteczniejszym działaniem może się okazać zmiana decyzji.
- Objasnienie, że włosy nie wpływają na pracę aparatu słuchowego.

- Poinformowanie pacjentki że włosy nie przyczyniają się do powstania odleżyn.
- Ukazanie znaczenia posiadania długich włosów przez córkę w zakresie odbioru własnej osoby.
- Przekonanie rodziny, że obcięcie włosów nie poprawi w sposób znaczący stanu zdrowia dziecka.
- Zapewnienia wsparcia emocjonalnego ze strony pielęgniarki.
- Okazywanie życzliwości i zrozumienia.

10. Uczucie samotności (narastających kompleksów) z powodu ograniczenia kontaktów z otoczeniem przez rodzinę.

Cel opieki: Pomoc w przezwycięzeniu kompleksów w przeciągu dwóch tygodni.

Plan opieki

- Zachęcanie do otworzenia się na środowisko rówieśnicze.
- Mobilizowanie do kontaktów koleżeńskich.
- Wykorzystywanie możliwości internetowych do kontaktów z rówieśnikami.
- Doksztalcanie się w zakresie rachunkowości.
- Poczynienie starań o zatrudnienie.
- Uczestniczenie w grupach wsparcia by uświadomić chorej, że ze swoją chorobą może być w pełni akceptowana.
- Przynależenie do kół zainteresowań.
- Ułatwienie rodzinie chorej kontaktu z wolontariuszami zajmującymi się osobami z padaczką w celu organizacji czasu wolnego.
- Rozmowa z chorą zachęcająca do aktywności.
- Ukazanie chorej jej „mocnych stron” osobowości.
- Wyrobienie u chorej umiejętności radzenia sobie z następstwami choroby i akceptacji choroby.
- Pozyskiwanie pacjentki do współpracy.
- Ochrona pacjentki przed osamotnieniem poprzez zachęcanie do rozmowy.

11. Nadopiekuńczość ze strony mamy, wynikająca z obawy o życie i zdrowie córki.

Cel opieki: Zmiana zachowań matki w zakresie kontroli życia dziecka w przeciągu miesiąca czasu.

Plan opieki

- Rozmowa z rodziną w celu uzyskania korzystnego wpływu na stan emocjonalny pacjenta.
- Zachęcanie rodziny do zaakceptowania potrzeby kontaktów z rówieśnikami.
- Omówienie z rodziną mechanizmów tworzenia „obrazu własnego ja”, poczucia własnej wartości – zachęcanie do pozytywnych zachowań wobec pacjentki w tym zakresie (pochwały, zachęcanie).
- Pomoc przy pokonywaniu trudności.
- Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa.
- Uświadomić konieczność odizolowania pacjentki poprzez zapewnienie jej możliwości decydowania o sobie w organizacji dnia wolnego.
- Ukazanie negatywnych skutków zachowań nadopiekuńczości w rozmowie z matką.
- Rozmowa z rodziną mająca na celu wykazanie, że nadmierne ochranianie dziecka opóźnia osiągnięcie dojrzałości emocjonalnej i społecznej.

12. Problemy komunikacji interpersonalnej spowodowane jednostką chorobową.

Cel opieki: Minimalizacja tych problemów w ciągu dwóch tygodni.

Plan opieki

- Kontrola prawidłowego działania aparatu słuchowego.
- Wydawanie poleceń czy rozmowa z chorą z nawiązaniem kontaktu wzrokowego.
- Powolne i wyraźne mówienie w celu umożliwienia pacjentce czytania z ruchu warg.
- Posługiwanie się zdaniami prostymi i zrozumiałymi.
- Mówienie powoli i głośno na poziomie akceptowanym przez pacjentkę.
- Upewnienie się czy wydane polecenia zostały jasno zrozumiane.
- Mówić do chorej mając dobrze oświetloną twarz i nie akcentować poszczególnych wyrazów.
- W czasie rozmowy nie zasłaniać ust.
- Zapoznanie z powyższymi zasadami rodziny pacjentki.
- Kontrola stosowania w praktyce powyższych zasad przez rodzinę.

13. Bóle głowy spowodowane jednostką chorobową.

Cel opieki: Zmniejszenie dolegliwości bólowych w ciągu trzech dni.

Plan opieki

- Okład wysychający lub chłodzący na czoło 5 x dziennie.
- Wykazanie zrozumienia dla pacjentki.
- Zapewnienie ciszy i spokoju.
- Znalezienie wygodnej pozycji w łóżku.
- Zapewnienie warunków do wypoczynku oraz zniesienie stanu napięcia.
- Zastosowanie leków homeopatycznych np. Amol .
- Podawanie leków przeciw bólowych Paracetamol 2 x 1

Podsumowanie

Choroba jaką jest padaczka odciska na każdym chorym nieodwracalne piętno. Analizując omawiany przypadek należy podkreślić, iż bardzo dużą rolę w życiu takich chorych powinna odgrywać pielęgniarka. Rola jej nie ogranicza się tylko do czynności czysto instrumentalnych, ale przede wszystkim polega na edukacji oraz propagowaniu zdrowego stylu życia oraz pomocy w przezwyciężaniu pojawiających się często ograniczeń odnoszących się nie tylko do sfery fizycznej, ale często przede wszystkim psychicznej i społecznej.

Piśmiennictwo:

1. Majkowski J.: *Padaczka w codziennej praktyce lekarza*, „Przewodnik Lekarza” 2000, nr 3.
2. Mazur R., Kozubski W., Prusiński A.(red.): *Podstawy kliniczne neurologii*. Warszawa 1998, PZWL, s. 224.
3. Gniewska C.: *Pielęgniarstwo psychologiczne i neurologiczne*, PZWL, Warszawa 1996, s. 381.
4. Mossakowski M.J., Dymecki J, Wendera M (red.): *Podstawy neuropatologii*. PZWL, Warszawa 1981, s. 579.
5. Kiczuk K., Litkowiec E.: *Opieka nad dzieckiem z padaczką w środowisku domowym*, „Pielęgniarstwo w praktyce zawodowej” 2006, nr 3.
6. Jędrzejczak J.: *Padaczka*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006, s. 11-12.