

# EPIZOD DEPRESJI - STUDIUM PRZYPADKU

## A depression episode – case study

DOROTA KRAL<sup>1, A-F</sup>1SP ZOZ Szpital Psychiatryczny w Toszku;  
Dyrektor: dr n. med. Anna Rusek

**A-** przygotowanie projektu badania (study design), **B-** zbieranie danych (data collection), **C-** analiza statystyczna (statistical analysis), **D-** interpretacja danych (data interpretation), **E-** przygotowanie maszynopisu (manuscript preparation), **F-** opracowanie piśmiennictwa (literature search), **G-** pozyskanie funduszy (funds collection)

### Streszczenie

**Wstęp.** Każdemu z nas niejednokrotnie zdarzyło się doznać rozczarowań z powodów osobistych lub zawodowych. Reagujemy smutkiem, niepokojem, wycofujemy się z aktywności. Szybko jednak obniżony nastrój wyrównuje się i umożliwia nam powrót do normalnego życia. Bywają jednak sytuacje, kiedy nastrój depresyjny, izolacja od ludzi trwają dłuższy czas. Człowiek traci wówczas poczucie przyjemności (anhedonia) i sensu życia. Staje się bezradny, bezsilny i apatyczny. Towarzyszą temu liczne objawy fizyczne, takie jak: ból głowy, brak apetytu, zaburzenia snu.

**Cel pracy.** Przedstawienie realizacji pielęgniarstwa planu terapii pacjenta z depresją przebywającego na oddziale psychiatrycznym.

**Materiał i metody.** Informacje na temat pacjenta zgromadzono metodą wywiadu przeprowadzonego przez pielęgniarkę z pacjentem z rozpoznaniem epizodu depresyjnego. Na potrzeby badań opracowano kwestionariusz, złożony z listy wcześniej przygotowanych pytań. Informacje o pacjencie i jego rodzinie uzyskano dzięki zastosowanej obserwacji i analizie dokumentacji chorego.

**Opis przypadku.** Sześćdziesięciodwuletni pacjent przyjęty do Szpitala Psychiatrycznego w Toszku, z rozpoznaniem epizodu depresyjnego. Po raz czwarty hospitalizowany, leczący się od 10 lat. Wyraził zgodę na leczenie. Skierowany z Poradni Zdrowia Psychicznego z powodu narastającego lęku, myśli o śmierci, bezsenności i zamiarów samobójczych. Na początku hospitalizacji chory był smutny, przestraszony, zmęczony, senny i spowolniony. Przez pierwsze dni odmawiał przyjmowania posiłków, pił niewielkie ilości płynów. Wypowiadał myśli samobójcze. Większość dnia spędzał w łóżku, nie interesował się życiem oddziału. Nie nawiązywał kontaktów z personelem i pacjentami. Izolował się od otoczenia. Nie dbał o swój wygląd zewnętrzny.

**Wnioski.** Zamierzone cele procesu pielęgnowania zostały osiągnięte. Stan psychiczny chorego poprawił się. Został wypisany do domu bez zamiarów i myśli suicydalnych. Wzmocnił swoje poczucie wartości. Chętnie nawiązywał kontakt z pacjentami, personelem i rodziną. Brał udział w zajęciach terapeutycznych. Pomagał w pracach na oddziale.

**Słowa kluczowe:** depresja, anhedonia, apatia, bezradność, samobójstwo.

### Summary

**Introduction.** Every human has experienced some disillusionments connected with personal or professional life. We react by being miserable, anxious or we withdraw from regular, every day activity. Soon afterwards our mood comes back to its normal state and we return to a normal life functioning. There are, however, some situations when the depression and isolation last longer. The human loses the sense of pleasure (anhedonia) and the sense of life. The person becomes helpless and apathetic. The feelings are additionally accompanied by some physical complaints such as headache, loss of appetite and sleeping disorders.

**Aim.** The presentation of the implementation of a nursing plan for a patient suffering from depression in a psychiatric ward.

**Material and methods.** The data concerning the patient has been completed through an interview with the patient in whom the depression was diagnosed. For the research a questionnaire containing questions prepared earlier was worked out. The information about the patient and his family was obtained through observations and documents' analysis.

**Case description.** The patient was a 62-year-old man admitted to the hospital and diagnosed with depression. He has been hospitalized for the fourth time and treated for 10 years so far. He has expressed his assent to be treated. He was relegated to the hospital by a mental health clinic because of increasing fear, thinking of death, insomnia and suicidal thoughts. At the beginning, the patient was miserable, scared, tired, drowsy and slowed. For the first few days he refused eating and drank only little amounts of liquids. He expressed verbally his suicidal thoughts. He spent most of the time in bed and was not interested in the ward life at all. He did not stay in contact either with other patients or the staff. He isolated himself from the environment and did not care for his physical appearance.

**Conclusions.** The aims stated in the nursing process have been achieved. The patient's mental state improved and he was discharged from the hospital without suicidal intentions. He strengthened his self-esteem and started contacting other patients, the staff and the family. He took part in therapeutic activities and helped on the ward.

**Keywords:** depression, anhedonia, apathy, helplessness, suicide.

## Wstęp

Depresja jest wyniszczającą chorobą, która co roku dotyka miliony ludzi. Powoduje emocjonalny ból, jest powodem komplikacji w życiu codziennym, zawodowym i rodzinnym. Zwiększa podatność na inne choroby, często kończy się samobójczą śmiercią [1].

Najbardziej bolesnym aspektem depresji jest poczucie bezradności i bezsilności. Chorzy czują się jak w pułapce. Nie mają nadziei na poprawę i nie potrafią sobie poradzić z tymi uczuciami. W psychiatrii terminem tym określa się szczególny rodzaj zaburzeń nastroju i emocji, które można uznać za zjawisko chorobowe, a więc wymagające pomocy lekarskiej. Granica pomiędzy „normalnym” przygnębieniem a depresją jako stanem chorobowym nie jest ostra. Jednak stany psychiczne różnią się między sobą: nasileniem zaburzeń, czasem ich trwania i wpływem na funkcjonowanie jednostki [2]. Wiliam Styron nazywał depresję „dotykiem ciemności”. Ciemność i czerń stanowią niewątpliwie najbardziej obrazowe określenie tego stanu. Czarny kolor jest kolorem nocy i śmierci, a myśli o śmierci często towarzyszą depresji i niejednokrotnie prowadzą do czynów samobójczych [3].

Depresja w mniejszym lub większym stopniu ogranicza decyzję działania oraz uruchomienie strategii obronnych i uciezkowych. Określając poziomy funkcjonowania człowieka możemy mówić o depresji w kontekście choroby, zaburzenia, stanu i reakcji [4].

## Cel pracy

Przedstawienie realizacji pielęgniarstwa planu terapii pacjenta z depresją przebywającego na oddziale psychiatrycznym.

## Materiał i metody

Wykorzystano następujące metody gromadzenia informacji o pacjencie: obserwację pielęgniarstwa, wywiad pielęgniarstwa, analizę dokumentacji. Podmiotem obserwacji pielęgniarstwa był pacjent, a także rodzina i osoby bliskie pacjentowi. Celem obserwacji było uzyskanie informacji o pacjencie i jego rodzinie.

Zakres i charakter obserwacji:

- wygląd ogólny, budowa ciała, proporcje, stan higieny, wady budowy, ubiór;
- mowa ciała, w tym mimika twarzy;
- zachowanie pacjenta i jego rodziny, cechy temperamentu;
- emocje – ekspresyjne cechy mimiki, fizjologiczne cechy napięcia;
- zachowanie się pacjenta podczas rozmowy – intensywność głosu, dynamika, cechy artykulacji słów;
- reakcje pacjenta i jego rodziny w różnych sytuacjach;
- aktywność życiowa pacjenta [5].

Informacje na temat pacjenta zgromadzono metodą wywiadu przeprowadzonego przez pielęgniarkę z sześćdziesięciodwuletnim pacjentem

z rozpoznaniem epizodu depresyjnego. Na potrzeby badań opracowano kwestionariusz pytań prowadzony przy użyciu przygotowanej wcześniej listy pytań ułożonych wg określonych zasad i kolejności. Zakres pytań w wywiadzie:

- o fakty – funkcjonowanie człowieka w wymiarze biologicznym, psychicznym, społecznym;
- o opinie pacjenta, np. własnego stylu życia, stanu zdrowia, wydolności opiekuńczej rodziny.

Kolejną zastosowaną metodą była analiza dokumentów. To metoda gromadzenia danych, polegająca na ilościowej i jakościowej analizie poszczególnych dokumentów. Dokumentacja pacjenta obejmuje historię choroby i składa się z: karty obserwacji, karty gorączkowej, wyników badań diagnostycznych, karty zleceń lekarskich, raportu pielęgniarstwa oraz wyników konsultacji [6].

## Opis przypadku

Sześćdziesięciodwuletni pacjent przyjęty 9.01.2012 r. o godz. 13.30 do Szpitala Psychiatrycznego w Toszku, z rozpoznaniem epizodu depresyjnego. Wynik badania lekarskiego przy przyjęciu do szpitala: stan ogólny – dobry. Pacjent leczy się psychiatrycznie od 10 lat. Pierwsza hospitalizacja psychiatryczna nastąpiła w 2002 roku. Obecnie jest w szpitalu po raz czwarty. Podaje, że od 6 lat utrzymuje całkowitą abstynencję od alkoholu, zaprzecza przyjmowaniu narkotyków. Nie przechodził terapii odwykowej. W chwilach zaostrzenia choroby palił bardzo duże ilości papierosów.

Chory urodził się w rodzinie pełnej. Ma młodsze rodzeństwo: dwie siostry i brata. Kontakt utrzymuje tylko z jedną z sióstr, która mieszka najbliżej. Wywodzi się ze średnio sytuowanej rodziny. Rodzice mieli gospodarstwo rolne, w którym trzeba było im pomagać. W rodzinie były określone jasne reguły i dyscyplina. Panowała atmosfera bezpieczeństwa, oparcie i miłość.

W szkole był przeciętnym uczniem; nie powtarzał klasy, nie zmieniał szkoły. Ulubionymi przedmiotami były: język polski, matematyka, fizyka. Ukończył szkołę zawodową w Bytomiu i zdobył zawód stolarza. Nie miał problemów z rówieśnikami, nie sprawiał kłopotów wychowawczych. Po szkole pracował dwa lata i otrzymał wezwanie do wojska. Podczas odbywania dwuletniej służby wojskowej pracował jako kucharz. Dobrze wspomina ten okres. Po wojsku wrócił w rodzinne strony i tam pracował przez pół roku. Potem przeniósł się do Bytomia, gdzie pracował przez 23 lata, po czym przeszedł na rentę. Obecnie mieszka z żoną. Ma dwójkę dzieci, które założyły już rodziny i mieszkają osobno. Stale leczy się u kardiologa (ostatnio wizyty co trzy miesiące), u pulmonologa (astma, PoChP), u ortopedy (dyskopatie).

Chory przy przyjęciu zawsze wyraża zgodę na leczenie. Skierowany z Poradni Zdrowia Psychicznego z powodu narastającego lęku, myśli o śmierci, bezsenności i zamiarów samobójczych. Pacjent podaje, że jego stan psychiczny uległ pogorszeniu około ty-

godnia temu. W wywiadzie odnotowano dwie próby samobójcze.

Ostatnie okresy remisji są coraz krótsze. Trwają niecały rok. Pacjent sam zgłasza się do poradni, prosi o skierowanie na leczenie. Zdaje sobie sprawę z konsekwencji choroby i jej nie leczenia.

Zastosowano leczenie: Mozarin - 10 mg, Depakina - 300mg, Pernazinum - 25mg, Lorafen - 1 mg w południe i na noc.

W pierwszym tygodniu chory sprawiał wrażenie przestraszonego, był smutny. Nastrój jego był obniżony. Był zmęczony, senny, spowolniały. Przez pierwsze dwa dni odmawiał przyjmowania posiłków, pił niewielkie ilości płynów. Nadal wypowiadał myśli samobójcze. Chorego objęto ścisłym nadzorem. Nakłaniano do spożywania pokarmów. Proponowano przyjmowanie posiłków przygotowanych przez żonę. Na zlecenie lekarza włączono podaż wlewoń kroplowych wyrównujących gospodarkę wodno – elektrolitową.

Chory większość dnia spędzał w łóżku, nie interesował się życiem oddziały. Nie nawiązywał kontaktów z personelem i pacjentami. Nie dbał o swój wygląd zewnętrzny. Izolował się od otoczenia. W trakcie rozmowy wypowiadał myśli o śmierci, twierdził, że jest osobą bezwartościową, miał duże poczucie winy. Martwił się o żonę, twierdził, że będzie na niego zła, zostawi go, uważał, że go już nie potrzebuje. Stres rodził u niego myśli samobójcze.

### Problemy chorego i plan opieki

#### A. Ryzyko popełnienia samobójstwa

Problem wynika z myśli i skłonności samobójczych, lęku, bezradności i bezsilności wobec cierpienia i związanych z nim problemów. Towarzyszy temu brak nadziei na znalezienie wyjścia z sytuacji i wycofywanie się z pełnionych ról społecznych.

#### Interwencja terapeutyczna

Stworzenie warunków bezpieczeństwa, zwiększenie zdolności samokontroli:

- akceptacja i zrozumienie przeżyć chorego, okazywanie empatii;
- odnalezienie przyczyny pogorszenia zdolności do samokontroli;
- obserwacja chorego, szczególnie nocą;
- wykrywanie dysymulacji;
- zwrócenie uwagi na werbalne i niewerbalne sygnały myśli i tendencji samobójczych (szczególnie gromadzenie leków, ostrych narzędzi);
- zabezpieczenie dostępu do leków, trucizn, środków chemicznych;
- dopilnowywanie pożyczenia przez chorego leków;
- obserwowanie i zwrócenie uwagi na objawy związane z tendencjami samobójczymi (niepokój, silny lęk, bezsenność);
- stymulowanie u chorego woli życia, pomoc w odnalezieniu celu w życiu;
- wskazywanie sposobów rozwiązywania zaistniałych problemów;
- stosowanie technik rozproszenia (terapia kognitywna) w celu odwrócenia uwagi od depresyjnego

myślenia – poprzez opisywanie prostych wrażeń zmysłowych;

- wskazanie związku między sposobem myślenia o sobie, swoim środowisku, a samopoczuciem i funkcjonowaniem;
- umiarkowany optymizm – wzbudzanie nadziei u chorego [7,8].

#### B. Trudności w zaspokajaniu podstawowych potrzeb, a nawet całkowite ich zaniedbanie

Problem wynika z niemożności zaspokojenia potrzeb biologicznych z powodu urojeń depresyjnych (grzeszności, nihilistycznych i poczucia winy), obniżenia aktywności ruchowej, braku sił, bezradności, ogólnego zmęczenia i znużenia.

#### Interwencja terapeutyczna

Pomoc w zaspokojeniu potrzeb chorego:

- obserwacja i rozpoznawanie trudności w zaspokojeniu potrzeb (wykonywanie toalety, przyjmowanie posiłków i płynów);
- mobilizacja do dbałości o wygląd zewnętrzny, higienę osobistą;
- pomoc przy wykonywaniu toalety;
- podjęcie działań mających na celu zaspokojenie potrzeby odżywiania, obserwowanie ilości przyjmowanego jedzenia, nakłanianie do spożywania pokarmów, w razie konieczności karmienie;
- dostrzeganie i akcentowanie pozytywnych zachowań [7,8].

#### C. Trudności w nawiązywaniu kontaktu z otoczeniem

Przyczyną tego problemu są zaburzenia nastroju, emocji i procesów poznawczych, niska samoocena, lęk, tendencje samobójcze i trudności z przetworzeniem informacji.

#### Interwencja terapeutyczna

Zorganizowanie takich warunków, które sprzyjają nawiązywaniu kontaktu:

- dostrzeganie chorego i poświęcanie mu czasu i uwagi;
- słuchanie chorego i zapewnienie kontaktu wzrokowego;
- akceptacja, okazywanie zainteresowania;
- odzwierciedlanie emocji;
- zachęcanie do opisu przeżyć, ich werbalizacja;
- klasyfikowanie;
- odwracanie uwagi od negatywnych myśli;
- zachęcanie do udziału w muzykoterapii, treningach umiejętności społecznych;
- identyfikowanie mocnych stron, wspieranie i budowanie nadziei;
- powiadomienie chorego o możliwości utrzymywania kontaktów z rodziną;
- nawiązywanie kontaktu emocjonalnego z chorym [7,8].

#### D. Przeżywanie negatywnych emocji i negatywne myślenie

Wynika to z obniżonego nastroju chorego, smutku, poczucia winy, beznadziejności i negatywnego myślenia o sobie, rzeczywistości i przyszłości.

Interwencja terapeutyczna

Pomoc w odzyskiwaniu pozytywnych emocji i kontrolowaniu myślenia:

- aktywne słuchanie;
- zachęcanie chorego do opisu swoich przeżyć;
- szukanie źródła negatywnych emocji;
- stwarzanie sytuacji do odreagowania negatywnych emocji;
- analiza negatywnych myśli i ich wpływu na chorego;
- zwiększanie myśli pozytywnych;
- wzmocnienie poczucia własnej wartości;
- ukazywanie drobnych osiągnięć;
- dostrzeganie pozytywnych zmian w nastroju i pomoc w jego utrzymaniu;
- zachęcanie chorego do udziału w terapii kognitywnej – rejestrowanie pojawiających się negatywnych myśli, automatyczne zaprzeczanie tym myślom, tworzenie nowych wyjaśnień do zwalczania tych myśli, uwalnianie od przygnębiających myśli;
- zachęcanie do udziału w terapii indywidualnej i grupowej;
- zachęcania chorego do samooceny;
- wspieranie chorego [7,8].

**E. Obniżona aktywność ruchowa**

Depresyjny pacjent ma obniżony napęd psychoruchowy, tempo myślenia jest spowolnione, występują zaburzenia pamięci i koncentracji, a spowolnienie ruchów lokomocyjnych, prowadzi niekiedy do całkowitego zahamowania ruchowego.

Interwencja terapeutyczna

Umożliwienie aktywności ruchowej i wyzwalanie inicjatywy:

- określenie możliwości chorego;
- wspólne planowanie aktywności w ciągu dnia, z uwzględnieniem jego możliwości;
- mobilizowanie chorego do aktywności związanej z jego zainteresowaniami;
- pokazanie choremu wpływu aktywności na poprawę samopoczucia;
- omawianie z chorym występujących trudności, ich przyczyn i uwarunkowań.

**F. Przeżywanie urojeń depresyjnych**

Problem ten jest następstwem objawów depresji występujących jako zaburzenia myślenia. Pojawiają się one nie w każdej depresji i mogą występować z różnym nasileniem. Mają charakter grzeszności, nihilistyczny i poczucia winy, powodują cierpienie chorego.

Interwencja terapeutyczna

Podjęcie działań ułatwiających kontakt z rzeczywistością:

- nawiązanie kontaktu z chorym;
- udzielenie wsparcia;
- wysłuchanie chorego, nienegowanie urojeń;
- zachowanie taktu, spokoju;
- jasne komunikaty o rzeczywistości;
- wykazywanie zgodności w zachowaniu werbalnym i niewerbalnym;

- uczenie pacjenta strategii postępowania z urojeniami (przeniesienie uwagi, konfrontacja, ignorowanie symptomów);
- odwracanie uwagi od przeżyć urojeniowych poprzez włączenie go do zajęć w oddziale [7,8].

**G. Niewystarczająca ilość godzin snu w nocy**

Brak snu lub krótki sen to wynik depresji połączonej z lękiem i niepokojem.

Interwencja terapeutyczna

Zapewnienie odpowiedniej liczby godzin snu:

- rozpoznanie charakteru i stopnia nasilenia zaburzeń snu;
- uświadomienie choremu na czym polega u niego to zaburzenie;
- rozpoznanie sposobów dotychczasowego radzenia sobie z bezsennością;
- odreagowanie napięcia związanego z bezsennością, stosowanie techniki relaksacyjnej;
- odradzanie choremu spania w ciągu dnia;
- zorganizowanie choremu czasu wolnego;
- pomoc w utrzymaniu higienicznych warunków snu (wietrzenie sali, eliminowanie hałasu, światła);
- stosowanie farmakoterapii [7,8].

**H. Brak poczucia wsparcia**

Często spowodowany jest niezrozumieniem istoty choroby przez osoby bliskie, zerwaniem bliskich relacji, wykazywaniem bezradności przez chorych.

Interwencja terapeutyczna

Pomoc choremu w uzyskiwaniu wsparcia:

- nawiązanie z chorym kontaktu emocjonalnego;
- okazywanie empatii, oferowanie obecności;
- słuchanie chorego;
- stworzenie atmosfery zaufania i bezpieczeństwa;
- udzielanie fachowych informacji dotyczących choroby;
- pomoc w wykonywaniu codziennych czynności;
- uświadomienie rodzinie konieczności wspierania chorego;
- dawanie nadziei i zwiększanie wiary w siebie [7,8].

**Wnioski**

Zamierzone cele procesu pielęgnowania zostały osiągnięte. Stan psychiczny chorego poprawił się. Szybko rozpoznawano problemy chorego, planowano podejmowano działania terapeutyczne. Stworzono atmosferę zaufania i bezpieczeństwa, oferowano swoją obecność, okazywano choremu empatię. Pomagano w wykonywaniu codziennych czynności. Stymulowano u chorego wolę życia, pomagano w odnalezieniu celu. W miarę poprawy samopoczucia zachęcano chorego do udziału w zajęciach terapeutycznych. Mobilizowano chorego do aktywności związanej z zainteresowaniami. Dostrzegano jego drobne osiągnięcia. Wzmocniono poczucie własnej wartości, udzielano wsparcia. Nawiązano kontakt z rodziną chorego, udzielono jej wielu fachowych informacji dotyczących choroby. Uświadomiono rodzinie konieczność wspierania chorego.

Dużą rolę w leczeniu depresji oprócz farmakoterapii odegrała pomoc psychologa i psychoterapia, w której chory uczestniczył. Psychoterapia sprawiła, że chory zaczął nawiązywać kontakty ze innymi pacjentami, wzmocnił poczucie wartości, uwierzył w siebie. Chętnie pomagał w pracach na oddziale, sam się zgłosił do pielęgnowania roślin. Przez dwa tygodnie pełnił funkcje przewodniczącego wspólnoty pacjentów.

Ważną rolę w leczeniu pacjenta odgrywa rodzina, to ona jest naturalnym środowiskiem i to ona będzie kontynuować opiekę nad pacjentem po zakończonej hospitalizacji [9].

W trakcie odwiedzin żony i syna pielęgniarka udzieliła informacji na temat objawów choroby i sposobów kontynuacji leczenia w domu. Wytłumaczyła, że bardzo istotne jest, by rodzina nie odsunęła się od chorego. Ich pomoc, wsparcie powoduje, że droga do wyzdrowienia jest łatwiejsza. Udzieliła także informacji, jak chorego ochraniać przed zaostrzeniem choroby. Poinformowała rodzinę, iż nie można ignorować wypowiedzianych przez chorego myśli o śmierci, beznadziejności życia, ponieważ te treści sprzyjają postanowieniom o samobójstwie.

Pielęgniarka udzieliła dodatkowo wskazówek dotyczących dalszego leczenia. Wytłumaczyła sens regularnego przyjmowania leków i udziału w terapii. Żona pacjenta otrzymała ulotki informujące o funkcjonowaniu grup wsparcia dla rodzin chorych psychicznie. Grupy te podtrzymują się wzajemnie w atmosferze życzliwości i zrozumienia. Udzielają rad odnośnie leczenia, hospitalizacji, psychoterapii. Tłumaczą, jak radzić sobie z chorobą w warunkach domowych. Udzielają pomocy prawnej i socjalnej [9]. Dzięki przeprowadzonej rozmowie rodzina pacjenta zrozumiała istotę depresji. Okazała pomoc choremu. Chory opuścił oddział po prawie trzymiesięcznej hospitalizacji w dobrym stanie psychicznym, bez myśli i zamiarów suicydalnych. Zalecono kontrolę w Poradni Zdrowia Psychicznego w miejscu zamieszkania.

8. WilczekRużyczka E. (red.). *Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2007: 111-117. ISBN: 978-83-60608-71-5.
9. Grzywna T., Cieślak A.: Specyfika opieki pielęgniarstwa w oddziale psychiatrycznym. W: Krupka-Matuszczyk I., Matuszczyk M. red. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa*. Katowice: Śląski Uniwersytet Medyczny; 2007: 158-160. ISBN: 978-83-7509-047-5.

Adres do korespondencji:

Dorota Kral  
42-672 Wieszowa  
ul. Bytomska 32  
tel. 605934060  
e-mail: heniekwieszowa@op.pl

Praca wpłynęła do redakcji: 20.06.2012r.

Po recenzji: 04.08.2012r.

Zaakceptowana do druku: 05.08.2012r.

## Piśmiennictwo

1. Preston J.: *Pokonać depresję*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007: 12. ISBN 978-83-7489-089-2.
2. Florkowski A., Gałęcki P.: *Podstawy Psychiatrii dla studentów medycyny*. Łódź: Uniwersytet Medyczny; 2009: 47. ISBN: 978-83-61058-70-0.
3. Rybakowski J.: *Oblicza choroby maniakalno-depresyjnej*. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne; 2008: 39. ISBN: 978-83-89825-37-7.
4. Tokarski S. (red.): *Od depresji*. Płock: Płocki Instytut Wydawniczy; 2009: 21. ISBN: 978-83-61193-28-9.
5. Górajek – Józwick J.: *Wprowadzenie do diagnozy pielęgniarstwa*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2007. ISBN 13: 9788320033243.
6. Lenartowicz H., Kózka M.: *Metodologia badań w pielęgniarstwie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010: 100-108. ISBN: 978-83-200-4097-5
7. Kurpas D., Miturska H., Kaczmarek M.: *Podstawy Psychiatrii dla Studentów Pielęgniarstwa*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2009: 159-162. ISBN: 978-83-62182-02-2.