

Czynniki wpływające na sukces terapeutyczny i satysfakcję pacjenta po operacjach tympanoplastycznych

Factors contributing to successful treatment and patient's satisfaction after tympanoplasty

JAROSŁAW WYSOCKI^{1,2/}, ŁUKASZ ŻYWCZYK^{2/}

^{1/} Klinika Otolaryngologii i Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie, Kajetany

^{2/} Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie

Przewlekłe zapalenie ucha środkowego jest jedną z najczęściej spotykanych chorób w otolaryngologii. Z wielu obserwacji wynika, że wyniki leczenia operacyjnego tego schorzenia częstokroć są inaczej oceniane przez lekarza, a inaczej przez pacjenta. W niniejszej pracy dokonano przeglądu piśmiennictwa pod kątem szeregu istotnych zagadnień związanych z tympanoplastykami. W szczególności zwrócono uwagę na takie czynniki, jak właściwa relacja lekarz-pacjent, różnice podejścia lekarza i pacjenta w odniesieniu do podjętego leczenia operacyjnego, osiągnięcie satysfakcji przez pacjenta po operacji i poprawy jakości życia. Wszystkie one mogą mieć istotny wpływ na ostrzeżenie ostatecznych wyników leczenia przez chorego.

Słowa kluczowe: *tympanoplastyka, sukces terapeutyczny, satysfakcja pacjenta, przegląd piśmiennictwa*

Chronic otitis media is one of the most common diseases in otorhinolaryngology clinics. It is known from numerous observations that evaluation of results of surgical treatment of this disease done by doctor and patient are frequently discrepant. In the present study a literature review was done in order to single out several important problems concerned with tympanoplasties. In particular, possible factors which may exert an influence on patient's perception of final results of that treatment, such as doctor-patient relations, doctor-patient differences in the approach to the treatment, patient's satisfaction and improved quality of life were taken into account. All of them may significantly affect patient's perception of final results of the treatment.

Key words: *tympanoplasty, therapeutic success, patients satisfaction, review*

© Otolaryngologia 2007, 6(3): 124-128

www.mediton.pl/orl

Nadesłano: 21.05.2007

Zakwalifikowano do druku: 18.09.2007

Adres do korespondencji / Address for Correspondence

Jarosław Wysocki

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, ul. Pstrowskiego 1
01-943 Warszawa; e-mail: jwysoc@ifps.org.pl

Wstęp

Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego należy do najczęstszych chorób w otolaryngologii. Pomimo oczywistych zdobyczy medycyny i poprawy warunków publicznej opieki zdrowotnej w krajach rozwiniętych, przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego nadal stanowi poważny problem [1]. Ocenia się, że pacjenci ci w krajach uprzemysłowionych stanowią około 1% populacji, a w krajach Trzeciego Świata i niektórych zamkniętych, prymitywnych populacjach bytujących na dalekiej Północy – nawet do 45% [1-8]. Wśród chorych z przewlekłym ropnym zapaleniem ucha środkowego znaczącą grupę (około 2/5) stanowią cho-

rzy z perlakową postacią choroby [9]. Wśród chorych z przewlekłym ropnym zapaleniem ucha operacyjnego leczenia wymaga statystycznie 6-7 dzieci i 9-10 dorosłych na 100000 mieszkańców [8,10].

Ocenia się, że przewlekłe zapalenia uszu są odpowiedzialne za 1-6% przyczyn niedosłuchu w populacji osób dorosłych [11]. Niedosłuch, szczególnie w wieku starszym, jest istotnie statystycznie związany z zaburzeniami emocjonalnymi, socjalnymi i komunikacyjnymi, a większość pacjentów ocenia te zaburzenia jako poważne kalectwo, nawet jeśli z audiologicznego punktu widzenia jest to niedosłuch umiarkowany [12].

Postęp techniki i wiedzy medycznej sprawił, że obecnie celem leczenia operacyjnego jest nie tylko oczyszczenie ucha z chorobowo zmienionych tkanek, w celu zatrzymania postępu choroby (leczenie sanacyjne), ale także, często jednocześnie, przywrócenie prawidłowych warunków anatomicznych, umożliwiających poprawę słuchu, niekiedy nawet z wykonaniem stapedotomii [13-15].

Wraz ze zmianą poziomu edukacji i poziomu życia wzrastają oczekiwania pacjentów wobec poziomu opieki medycznej. Nasila się problem dotąd w Polsce niedoceniany – problem właściwego kontaktu lekarza z pacjentem. To zagadnienie było w tympanoplastykach podnoszone od dawna, bowiem w tego typu operacjach bardzo wiele zależy od właściwej relacji lekarz-pacjent i od stopnia samodyscypliny i poziomu świadomości zdrowotnej chorego [16]. Rozpoznanie, a następnie ocena stopnia spełnienia oczekiwań chorego, dotyczących wyniku leczenia operacyjnego staje się ważnym elementem postępowania klinicznego [17-20].

Należy podkreślić, że w działaniach lekarzy przygotowujących chorego do operacji często można spotkać postawy niewłaściwe. W wielu przypadkach operacja tympanoplastyczna jest przedstawiana fałszywie jako „złoty środek” czy też panaceum na wszelkie problemy chorego. Jest to oczywiście przyczyną rozczarowań po operacji, kiedy rozbudzone oczekiwania rozmiągają się z wynikami. Szczególnie istotne jest przybliżenie pacjentowi zasad funkcjonowania narządu słuchu i równowagi, a także wyjaśnienie, które z elementów tego systemu uległy uszkodzeniu oraz jak i na ile trwale możemy te elementy naprawić [21].

Przy założeniu rynkowego modelu opieki zdrowotnej nie można ignorować roli pacjenta jako aktywnego i krytycznego konsumenta [22]. Pacjenci w coraz większym stopniu będą decydować o modelu i jakości opieki zdrowotnej, co spowoduje, że usługodawcy, a w tym i lekarze, będą musieli uwzględniać postulaty chorych oraz zabiegać o ich satysfakcję z leczenia.

W niniejszej pracy, będącej przeglądem piśmiennictwa, autorzy przeanalizowali czynniki wpływające na satysfakcję pacjentów z leczenia operacyjnego podejmowanego w przebiegu przewlekłego zapalenia ucha środkowego.

Oczekiwania lekarza

Pracownicy służby zdrowia, oceniając jakość świadczonych usług, kierują się innymi kryteriami niż te, które są ważne z punktu widzenia pacjenta. Ważne są dla nich np.: liczba udzielanych świadczeń, liczba zdeklarowanych pacjentów, właściwe

stosowanie uznanych standardów i nowoczesnych procedur medycznych [23]. Najwięcej rozbieżności pomiędzy oceną lekarza a oceną pacjenta występuje w zakresie oceny poprawy słuchu. Kryteria sukcesu, jakimi operuje się w tympanoplastykach są anatomiczne i audiologiczne. Dobrym wynikiem anatomicznym jest odtworzona błona bębenkowa o prawidłowym wyglądzie i dobrej ruchomości oraz sprawny łańcuch kosteczek słuchowych. Za dobry wynik słuchowy tympanoplastyki uznaje się poziom krzywej powietrznej nie niższy niż 30 dB dla częstotliwości mowy w uchu operowanym oraz różnicę pomiędzy uchem operowanym a nieoperowanym nie przekraczającą 15 dB [21,24,25]. Generalnie czyste kryteria audiologiczne są mylące i nie mogą być jedynym miernikiem sukcesu w operacjach tympanoplastycznych [26]. Wyniki operacji tympanoplastycznych są często niesatysfakcjonujące: długotrwały efekt zamknięcia rezerwy słuchowej utrzymuje się u zaledwie 40-70% operowanych przy strzemiączku nie naruszonym i u zaledwie 20-55% chorych przy braku suprastruktury strzemiączka [15,24,27-29]. Szereg danych klinicznych wskazuje jednak na to, że nawet poprawna pod względem teoretycznych założeń i wykonania technicznego rekonstrukcja nie zawsze daje spodziewane wyniki słuchowe, stosownie do dobrego efektu anatomicznego [24,26,30].

Jak wynika z badań satysfakcji, przeprowadzonych w kilku ośrodkach w USA i Europie Zachodniej, dobry wynik audiologiczny nie przekłada się w sposób prosty na satysfakcję chorego i nie oznacza automatycznie poprawy wszystkich elementów percepcji słuchowej [9,17-19]. Chodzi przede wszystkim o to, że dobry wynik audiometrii tonalnej nie oznacza automatycznie dobrych wyników w audiometrii słownej, ani dobrej percepcji mowy w warunkach codziennego życia.

Pacjent wobec przewlekłego zapalenia ucha środkowego i problemów z nim związanych

Choroba, a zwłaszcza choroba przewlekła, jest dla wszystkich chorych związana z pewnym stopniem upośledzeniem i ograniczeniem ich aktywności życiowej, a dla większości pacjentów – także zagrożeniem, w sensie naruszenia poczucia bezpieczeństwa [31]. Należy podkreślić, że mimo, iż przewlekłe zapalenie ucha środkowego nie jest chorobą zagrażającą życiu, ma ona bardzo negatywny wpływ na samopoczucie większości chorych i postrzeganą przez nich jakość życia [18,19,32-35]. Głębokość niedosłuchu jest istotnie związana z poziomem zaburzeń w komunikacji z otoczeniem oraz z indywidualnie postrzeganym poziomem

kalectwa i obniżeniem rozumianej ogólnie jakości życia u większości dorosłych, a w przypadku dzieci – u ich opiekunów [9,17-19]. Niedosłuch powoduje trudności w pracy, w załatwianiu codziennych spraw bytowych, w kontaktach z najbliższymi, wreszcie w słuchaniu radia czy oglądaniu telewizji. Stały lub okresowy wyciek z ucha powoduje, oprócz oczywistych negatywnych odczuć estetycznych – trudności z zachowaniem higieny i stwarza ogromne problemy w kontaktach z ludźmi. Perforacja błony bębenkowej wyklucza uprawianie sportów wodnych czy niektórych innych aktywnych form spędzania czasu. Wszystko to sprawia, że zwłaszcza dla ludzi aktywnych życiowo, przewlekłe zapalenie ucha stanowi znaczne utrudnienie w codziennym życiu i jest powodem zmartwienia lub nawet największego zmartwienia [18].

Tympanoplastyka nie jest operacją ratującą życie; ostateczną decyzję o podjęciu leczenia operacyjnego podejmuje zawsze chory, choć dla podjęcia tej decyzji niezbędna jest rzeczowa rozmowa z lekarzem, naświetlająca mu istotę zagadnienia i wszelkie jego aspekty [14]. Jest oczywiste, że każde objaśnienie przekazane pacjentowi powinno zawierać podstawowe dane dotyczące istoty jego choroby, jej naturalnego przebiegu, rokowania, planowanego leczenia, niezbędnych badań dodatkowych, przewidywanych wyników oraz możliwych powikłań [16]. W pełni dotyczy to także tympanoplastyk. Wyniki badań socjologicznych wykazują, że w celu opracowania zasad optymalnego informowania chorego o jego chorobie i leczeniu należy poznać „zapotrzebowanie” chorego na informację i stan jego wiedzy ogólnomedycznej, warunkującej zakres i sposób przekazywania informacji. Ponad 1/5 chorych przyjmowanych na oddział chirurgiczny nie zna lub nie rozumie istoty postawionego rozpoznania, będącego przyczyną hospitalizacji, a ponad połowa badanych nie potrafi powiązać trybu życia jako czynnika ryzyka swojej choroby [36]. Informowanie pacjenta jest sztuką i musi uwzględniać szereg istotnych warunków. Najczęstszą przyczyną niezadowolenia pacjentów z rozmowy z lekarzem jest używanie przez lekarza niezrozumiałej terminologii (48%), straszenie wymianianiem szeregu możliwych powikłań (20%) oraz poświęcenie choremu zbyt małej ilości czasu (19%). Ponadto okazuje się, że 48% pacjentów, pomimo wcześniejszego objaśnienia, nie rozumie istoty planowanego zabiegu [36]. Informowania pacjenta nie można się nauczyć z podręcznika – umiejętność tę opanowuje zdolny lekarz podpatrując doświadczonych kolegów, a także uczy się na własnych błędach. Błędy te wynika-

ją, moim zdaniem, z braku przygotowania psychologicznego lekarzy oraz z niewiedzy prawnej.

Satysfakcja pacjenta z operacji tympanoplastycznych i metody jej oceny

Aczkolwiek generalnie satysfakcja pacjentów koresponduje z uzyskanym wynikiem słuchowym, to nie wszyscy pacjenci z wyraźną poprawą w badaniu audiometrycznym odczuwają satysfakcję z leczenia [23]. Zatem na satysfakcję pacjenta z pewnością wpływają także i inne czynniki. Satysfakcja z odbytego leczenia będzie generalnie tym większa, w im mniejszym stopniu oczekiwania będą się różniły z uzyskanymi wynikami. W tym względzie jednym z największych problemów jest odpowiednie informowanie pacjenta o wskazaniach do leczenia, w tym leczenia operacyjnego, oraz o spodziewanych i możliwych do osiągnięcia korzyściach [24].

Badania satysfakcji pacjentów mają głównie na celu rozpoznanie stanu opieki zdrowotnej poprzez poznanie opinii pacjentów w standaryzowanym pomiarze ilościowym lub (rzadziej) jakościowym. Badania te służą poprawie jakości opieki zdrowotnej [22,37].

Czego pacjent oczekuje od operacji tympanoplastycznej? Po pierwsze oczekuje on poprawy słuchu i głównie od tego zależy jego satysfakcja [15, 24-26]. Subiektywna poprawa słuchu ma miejsce u prawie 3/4 pacjentów, dla których niedosłuch przed operacją stanowił problem życiowy i aż u połowy tych z dobrymi przedoperacyjnymi wynikami słuchowymi. Drugim czynnikiem satysfakcji jest poprawa w zakresie szumu usznego. Wśród pacjentów z szumem usznym 2/3 odczuwa bądź poprawę bądź ustąpienie objawów. Z kolei u prawie 1/3 pacjentów odczuwających zawroty głowy, ustąpiły one całkowicie po operacji. Aż 85% pacjentów odczuwających pełność w chorym uchu oraz wyciek z ucha doświadcza poprawy lub ustąpienia w zakresie tego objawu. Także i te zmiany dobrze korespondują z odczuciem satysfakcji z leczenia operacyjnego [25].

W piśmiennictwie można znaleźć zaledwie kilkanaście prac badających satysfakcję pacjentów lub ich opiekunów z leczenia operacyjnego chorób otolaryngologicznych. W jednej z prac autorzy badali preferencje pacjentów wobec drogi dojścia operacyjnego w tympanoplastyce, stwierdzając, że dostęp zamałżowinowy częściej akceptują ludzie młodzi, wykształceni i aktywni, mimo iż wiąże się to z powstaniem blizny [38]. Pacjenci ci są bowiem bardziej świadomi celów leczenia operacyjnego i łatwiej im przyjąć związane z tym niedogodności.

Pozostałe prace dotyczą zmiany postrzeganej jakości życia po operacji drenażu ucha środkowego i/lub adenotomii, albo też po operacjach implantacji wewnątrzślimakowych. Konstrukcja kwestionariuszy służących do oceny satysfakcji z leczenia jest generalnie podobna. W każdym z nich znajdują się podstawowe dane demograficzne, a w części merytorycznej pytania dotyczące różnych sfer postrzegania choroby: fizykalną, emocjonalną, audiologiczną, mowy, socjalną [18,19,35,39].

Jednym z narzędzi badawczych stosowanych w tego typu badaniach w otolaryngologii jest ankieta OM-6, która mierzy jakość życia związaną ze stanem narządu słuchu i równowagi w zapaleniach uszu u dzieci [18]. Pytania są w niej pogrupowane w 6 domenach, obejmujących: dolegliwości fizyczne, niedosłuch, zaburzenia mowy, napięcie emocjonalne, ograniczenia aktywności, problemy z opieką. Praktycznym wnioskiem wypływającym z przeprowadzenia tego typu badań jest to, że rodzice uświadamiają sobie, że sytuacja przed operacją była gorsza niż myśleli, a zatem wzrasta ich świadomość medyczna. Badania tego typu uzasadniają podejmowanie aktywnych działań leczniczych, w tym działań operacyjnych w *otitis media secretoria* [40,41].

Rosenfeld i wsp. [19] opracowali uniwersalne medyczne narzędzie badawcze do pomiaru jakości życia zależnej od stanu zdrowia, jakim jest kwestionariusz HRQL (jakość życia postrzegana przez pryzmat stanu zdrowia). W dostępnych w piśmiennictwie pracach znajdują się zarówno wyniki badań prospektywnych, jak retrospektywnych, w których zastosowano to narzędzie badawcze. W badaniach Rosenfelda, który także posługiwał się ankietą OM-6, opracowaną dla potrzeb analizy wyników po leczeniu *otitis media secretoria*, stwierdzono, że po wykonanym drenażu ucha wartość

punktowa ankiety zmienia się istotnie, wskazując na zmianę oceny jakości życia i zmianę sposobu postrzegania stanu ucha [19].

Wyniki badań prowadzonych u rodziców dzieci operowanych z powodu *otitis media secretoria* dowodzą, że ¾ z nich dostrzega różne aspekty poprawy stanu miejscowego i ogólnego dziecka, a ponad 80-90% podjęłoby wykonane leczenie ponownie [18].

Wyniki satysfakcji rodziców z wykonanych tympanoplastyk u dzieci jako jedyny badań Sheahan [42]. Mimo, że pozytywny efekt kliniczny uzyskano prawie u ¾ dzieci, zaledwie ½ rodziców zauważyła poprawę słuchu. Podobnie zastanawiające jest, że dla większości rodziców poziom satysfakcji nie był istotnie skorelowany ze spadkiem częstości infekcji [42].

Wyniki cytowanych prac sprowadzają się do wniosków, że pacjenci lub ich opiekunowie pozytywnie postrzegają zmiany, jakie zostały spowodowane zastosowaną terapią, a w przyszłości poleciliby ją znajomym i poddali się jej ponownie. Pacjenci podkreślali, że wśród korzyści były na pierwszym miejscu: zdolności komunikacyjne, wzrost częstości konwersacji, użytkowanie telefonu, zaufanie do samego siebie, pewność, pozytywny wpływ na życie rodzinne. Część wyników skłania jednak do refleksji. Co jest zastanawiające, Maillet wykazał, że im dłużej trwała głuchota, tym mniejszą poprawę jakości życia odnotowywał pacjent [43].

Te i inne wątpliwości skłaniają do zastanowienia się nad czynnikami warunkującymi satysfakcję chorego lub jego rodziny z wykonanej operacji tympanoplastycznej. Temat ten, nieistniejący w polskiej literaturze medycznej, wydaje się być istotny i ważny z punktu widzenia medycznego i społecznego, i wymaga osobnych badań.

Piśmiennictwo

1. Bluestone CD. Epidemiology and pathogenesis of chronic suppurative otitis media: implications for prevention and treatment. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1998; 42: 207-23.
2. Brody JA, Overfield T, Mc Allister R. Draining ears and deafness among Alaskan Eskimos. *Arch Otolaryngol* 1965; 81: 29-33.
3. Casselbrant ML, Brostoff LM, Cantekin EL. Otitis media with effusion in preschool children. *Laryngoscope* 1985; 95: 428-36.
4. Kaplan GJ, Fleshman JK, Bender TR. Long-term effects of otitis media: a ten year cohort study of Alaskan Eskimo children. *Pediatrics* 1973; 52: 577-85.
5. Ling D, Mc Coy RH, Levinson ED. The incidence of middle ear disease and its educational implications among Baffin Island Eskimo children. *Can J Publ Health* 1969; 50: 385-90.
6. Marttila TI. Results of audiometrical screening in Finnish schoolchildren. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1986; 11: 39-46.
7. Muhaimeid H, Zakzouk S, Bafaqeeh S. Epidemiology of chronic suppurative otitis media in Saudi children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1993; 26:101-8.
8. Homoe P. Otitis media in Greenland Studies on historical, epidemiological, microbiological, and immunological aspects. *Int J Circumpolar Health* 2001; 60(Suppl 2): 1-54.
9. Podoshin L, Fradis M, Ben-David Y, Margalit A, Tamir A, Epstein L. Cholesteatoma: an epidemiologic study among members of kibbutzim in northern Israel. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1986; 95: 365-8.
10. Kempainen HO, Puhakka HJ, Laippala PJ, Sipila MM, Manninen MP, Karma PH. Epidemiology and aetiology of middle ear cholesteatoma. *Acta Otolaryngol* 1999; 119: 568-72.

11. Tambs K, Hoffman HJ, Borchgrevink HM, Holmen J, Samuelson SO. Hearing loss induced by noise, ear infections, and head injuries: results from the Nord-Trøndelag Hearing Loss Study. *Int J Audiol* 2003; 42: 89-105.
12. Mulrow CD, Aguilar C, Endicott JE, Velez R, Tuley MR, Charlip WS, Hill JA. Association between hearing impairment and the quality of life of elderly individuals. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 45-50.
13. Berenholz LP, Lippy WH, Burkey JM, Schuring AG, Rizer FM. Stapedectomy following tympanoplasty. *J Laryngol Otol* 2001; 115: 444-6.
14. Durko T. Operacje tympanoplastyczne w leczeniu przewlekłego zapalenia ucha środkowego – część I. *Otorynolaryngologia - Przegląd Kliniczny* 2002; 1: 31-8.
15. Tos M. Surgical solutions for conductive hearing loss. Thieme, Stuttgart, New York 2000: 50-4.
16. Janczewski G, Osuch-Wójcikiewicz E. Wybrane zagadnienia medyczno-prawne w relacjach otolaryngolog-pacjent. *Problemy Laryngologiczne w codziennej praktyce* 2000; 22: 2-8.
17. Dalton DS, Cruickshanks KJ, Klein BE, Klein R, Wiley TL, Nondahl DM. The impact of hearing loss on quality of life in older adults. *Gerontologist* 2003; 43: 661-8.
18. Richards M, Giannoni C. Quality-of-life outcomes after surgical intervention for otitis media. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 128: 776-82.
19. Rosenfeld RM, Goldsmith AJ, Tetlus L, Balzano A. Quality of life for children with otitis media. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 123: 1049-54.
20. Timmerman AA, Anteunis LJ, Meesters CM. Response-shift bias and parent – reported quality of life in children with otitis media. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2003; 129: 987-91.
21. Ramsay H, Kärkkäinen J, Palva T. Success in surgery for otosclerosis: hearing improvement and other indicators. *Am J Otolaryngol* 1997; 18: 23-8.
22. Maciąg R. Badania satysfakcji pacjentów – wskazówki metodologiczne. *Zdrowie Publ* 2001; 111: 48-52.
23. Baba S, Fujikura T, Pawankar R, Yagi T. Subjective evaluation of post-tympanoplasty hearing in relation to the pure tone threshold. *Auris Nasus Larynx* 2004; 31: 347-51 (Abstrakt).
24. Smyth GD, Patterson CC. Results of middle ear reconstruction: do patients and surgeons agree? *Am J Otol* 1985; 6: 276-9.
25. Baba S, Yagi T, Fujikura T. Subjective evaluation and overall satisfaction after tympanoplasty for chronic simple suppurative otitis media. *J Nippon Med Sch* 2004; 71: 17-24 (Abstrakt).
26. Toner JG, Smyth GD, Kerr AG. Realities in ossiculoplasty. *J Laryngol Otol* 1991; 105:529-33.
27. Lau T, Tos M. Long-term results of surgery for granulating otitis. *Am J Otolaryngol* 1986; 7: 341-5.
28. Lee KJ, Schuknecht HF. Results of tympanoplasty and mastoidectomy at the Massachusetts Eye and ear Infirmary. *Laryngoscope* 1971; 81: 529-43.
29. Ragheb SM, Gantz BJ, McCabe BF. Hearing results after cholesteatoma surgery. The Iowa experience. *Laryngoscope* 1987; 97: 1254-63.
30. Merchant SN, Mac Kenna MJ, Rosowski JJ. Current status and future challenges of tympanoplasty. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1998; 255: 221-8.
31. Jarosz M. Psychologia lekarska. PZWL, Warszawa 1988.
32. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med* 1993; 118: 622-9.
33. Hadorn DC, Ubersax J. Large scale health outcomes evaluation: how should quality of life be mentioned? Calibration of a brief questionnaire and a search for preference groups. *J Clin Epidemiol* 1995; 48: 607-18.
34. Harris JP, Anderson JP, Novak R. An outcomes study of cochlear implants in deaf patients. Audiologic, economic and quality-of-life changes. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 121: 398-404.
35. Kunimoto M, Yamanaka N, Kimura T, Yoda J, Yokoyama M, Togawa A, Oka M. The benefit of cochlear implantation in the Japanese elderly. *Auris Nasus Larynx* 1999; 26: 131-7.
36. Gabriel M, Pawlaczyk K, Krasieński Z. Ocena świadomości ogólnomedycznej oraz stopnia przyswojenia objaśnienia przedoperacyjnego wśród pacjentów chirurgicznych. *Przegl Lek* 1999; 56: 121-5.
37. Kulczycka K. Kryteria oceniające satysfakcję pacjentów z opieki pielęgniarskiej. *Zdrowie Publ* 2001; 111(1): 53-6.
38. Ahmed LA, Raza SS. Tympanoplasty type-1. Endaural or postaural approach. Should the patient decide? *Saudi Med J* 2006; 27: 1847-9 (Abstrakt).
39. Browning GG. Do patients and surgeons agree? The Gordon Smyth Memorial Lecture. *Clin Otolaryngol* 1997; 22: 485-96.
40. Hellier WP, Corbridge RJ, Watters G, Freeland AP. Grommets and patient satisfaction: an adult. *Ann R Coll Surg Engl* 1997; 79: 428-31.
41. Valtonen HJ, Qvarnberg YH, Nuutinen J. Otolological and audiological outcomes five years after tympanostomy in early childhood. *Laryngoscope* 2002; 112:669-75. (*brak cytowania*)
42. Sheahan P, O'Dwyer T, Blayney A. Results of type 1 tympanoplasty in children and parental perceptions of outcome of surgery. *J Laryngol Otol* 2002; 116: 430-4.
43. Mailliet CJ, Tyler RS, Jordan HN. Change in the quality of life of adult cochlear implant patients. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1995; Suppl 165: 31-48.