

Wpływ czynników psychicznych i socjodemograficznych na jakość życia chorych poddanych zabiegowi endoprotezoplastyki stawu biodrowego

The association of quality of life with mental status and sociodemographic data in patients after total hip replacement

Karina Badura-Brzoza¹, Piotr Zając², Jerzy Matysiakiewicz¹,
Magdalena Piegza¹, Wiesław Rycerski³, Robert T. Hese¹,
Bogdan Koczy², Jacek Semenowicz²

¹ Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii w Tarnowskich Górach, ŚAM
Kierownik: dr hab. n. med. R. T. Hese

² Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich
Dyrektor: dr n. med. B. Koczy

³ Górnośląskie Centrum Rehabilitacji „Repty” w Tarnowskich Górach
Dyrektor: dr n. med. K. Oleszczyk

Summary

Aim. The aim of this study was to assess the mental status and sociodemographic data and their influence on the quality of life in patients after total hip replacement.

Methods. SF-36, Soc-29, HADS, MPI, sociodemographic questionnaire were given to a cohort of 48 subjects who participated in this study (28 female, 20 male), with age range of 54-70 (mean 56). Questionnaires were administered to subjects two weeks before surgery and three months after surgery.

Results. Patients after total hip replacement showed significant improvement in health-related quality of life in the summary scale of PCS and MCS and HADS-D and HADS-A. There were no significant differences in SOC and MPI. The postoperative values of the PCS and the MCS for the whole group of patients correlated positively with the SOC values. Neuroticism (MPI) was also associated with the postoperative functioning in the mental and physical dimensions. Older patients had more likely to have worse score in MCS and PCS before and after surgery.

Conclusions. Total hip replacement significantly improves patient health and well-being at three months after surgery. Sense of coherence, neuroticism and old age influence quality of life.

Słowa klucze: jakość życia, stan psychiczny, totalna endoprotezoplastyka
Key words: quality of life, mental status, total hip replacement

Wstęp

Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego (CHZSB) jest jedną z najczęstszych chorób dotykających ludzi w średnim i starszym wieku [1]. W razie nieskuteczności leczenia zachowawczego znaczącą rolę w walce z bólem – głównym objawem CHZSB odgrywa leczenie operacyjne – implantacja endoprotezy (endoprotezoplastyka) stawu biodrowego [2]. W ostatnich latach, dzięki wciąż udoskonalanej technice operacyjnej i jakości stosowanych implantów, znacznie wzrosła liczba przeprowadzanych zabiegów, co umożliwiło m.in. poprawę jakości życia, wpływając także na stan psychiczny chorych na CHZSB. Niemniej jednak część osób nie wykazuje znaczącej poprawy po operacji. Stan taki często nie jest związany z samym zabiegiem, ani z funkcjonowaniem fizycznym, lecz ze stanem psychicznym [3, 4]. Zmiany stanu psychicznego przed operacją i po niej mogą zakłócać proces rekonwalescencji oraz negatywnie wpływać na współpracę pacjenta w trakcie rehabilitacji pooperacyjnej. Różne czynniki mogą wpływać na właściwe funkcjonowanie zarówno pod względem psychicznym, jak i fizycznym. Warunki funkcjonowania społecznego, wahania nastroju, a także cechy i dyspozycje osobowości mogą mieć istotne znaczenie w procesie rekonwalescencji [5]. Jednym z nich może być poczucie koherencji – trwała, lecz dynamiczna dyspozycja osobowości wyrażająca przekonanie, że świat zewnętrzny jest przewidywalny i że istnieje prawdopodobieństwo przebiegu zdarzeń zgodnego z naszymi oczekiwaniami. Wysokie poczucie koherencji czyni ludzi bardziej odpornymi na stres zarówno fizyczny, jak i psychiczny, a to może mieć istotny wpływ na okres przed- i pooperacyjny [6, 7]. Odporność na stres może zależeć także od innych cech osobowości, takich jak neurotyzm czy ekstrawersja [8, 9].

Celem pracy była ocena takich parametrów, jak: lęk, depresja, poczucie koherencji i inne cechy osobowości oraz ich wpływ na jakość życia zarówno przed zabiegiem endoprotezoplastyki, jak i po nim. Dokonano również analizy wpływu czynników socjodemograficznych na jakość życia chorych po operacji endoprotezoplastyki.

Material

W badaniach wzięło udział 50 pacjentów (28 kobiet i 22 mężczyzn) w wieku od 54 do 71 lat, średnia wieku 56 lat. Dwie osoby wyłączono z analizy, z powodu powikłań pooperacyjnych (zwichnięcie endoprotezy stawu biodrowego). Grupę badaną ostatecznie stanowiło więc 48 chorych (28 kobiet i 20 mężczyzn) w wieku od 54 do 70 lat, średnia wieku 56 lat. Badania przeprowadzono w Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich w okresie od 2003 do 2005 roku. Wszyscy badani byli kwalifikowani do planowego zabiegu po raz pierwszy, z powodu zmian zwyrodnieniowych stawu biodrowego (nie kwalifikowano osób, które operowane były w trybie nagłym, np. z powodu złamania szyjki kości udowej). Z badań wykluczono osoby, które wcześniej leczyły się psychiatrycznie. Chorzy ci otrzymywali kwestionariusze na 2 tygodnie przed operacją i 3 miesiące po zabiegu. W okresie pooperacyjnym badania przeprowadzono pod koniec rehabilitacji, która odbywała się w Górnośląskim Centrum Rehabilitacji „Repty” w Tarnowskich Górach.

Metody

Do oceny badanych parametrów użyto następujących kwestionariuszy psychometrycznych:

1. Skali Jakości Życia SF-36 autorstwa J.E. Ware'a w polskiej wersji językowej (po uzyskaniu pisemnej zgody autora). Jest to skala generyczna, która pozwala na porównanie jakości życia pacjentów z różnymi schorzeniami. Zawiera 36 pytań dotyczących 8 sfer życia: bólu fizycznego (BP), fizycznego funkcjonowania (PF), ograniczeń fizycznych w odgrywaniu ról (RP), ograniczeń emocjonalnych w odgrywaniu ról (RE), zdrowia psychicznego (MH), funkcjonowania społecznego (SF), witalności (VT), ogólnego zdrowia (GH), oraz dwóch podskal ujmujących całościowo funkcjonowanie w wymiarze fizycznym (PCS) i psychicznym (MCS). Po użyciu odpowiedniego wzoru przeliczeń otrzymuje się wynik w skali punktowej od 0 do 100 pkt. w każdej z domen. Im wyższy jest osiągnięty wynik, tym lepszy jest stan zdrowia [10, 11].
2. W celu oceny lęku i depresji użyto Skali Lęku i Depresji HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Składa się ona z dwóch niezależnych, zawierających po 7 stwierdzeń, podskal, z których jedna ocenia lęk (HADS-A), a druga depresję (HADS-D). Osiągnięcie w każdej z podskali 0–7 pkt. uznawane jest za normę, 8–10 za delikatne zaburzenia, 11–14 umiarkowane, 15–21 ciężkie [12].
3. Do oceny czynników poczucia koherencji użyto polskiej adaptacji Kwestionariusza Orientacji Życiowej (SOC-29) A. Antonovsky'ego. Kwestionariusz składa się z 29 pytań i pozwala oszacować w skali punktowej poziom poczucia koherencji i składających się na niego wymiarów: poczucia zrozumienia, poczucia zaradności i poczucia sensowności. Suma punktacji wszystkich trzech podskal daje ogólne poczucie koherencji. Uzyskanie wysokiego wyniku oznacza silne poczucie koherencji [6, 7].
4. W celu oceny cech osobowości zastosowano Inwentarz Osobowości H. J. Eysencka (Maudsley Personality Inventory – MPI) w autoryzowanej adaptacji Mieczysława Choynowskiego. Inwentarz ten składa się z 64 pytań tworzących trzy skale: neurotyzm (N), ekstrawersja (E) oraz kłamstwo (K) (skala kontrolna). Badani otrzymują trzy możliwości odpowiedzi: tak, nie oraz (?). Uzyskany wynik surowy przelicza się na steny [8, 9].
5. Dane socjodemograficzne gromadzono za pomocą kwestionariusza danych socjodemograficznych skonstruowanego przez autorów. Analizę statystyczną danych przeprowadzono za pomocą testu Wilcozona i testu regresji wielokrotnej. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ jako znamieny statystycznie.

Wyniki

Ocena populacji badanej

Spośród wszystkich badanych 34% chorych mieszkało samodzielnie, funkcjonując bez pomocy najbliższej rodziny. Z chorób współistniejących najczęściej występowały:

nadciśnienie tętnicze (29% chorych), choroba niedokrwienna serca (10%), cukrzyca (4%). U 30 osób (64%) nie stwierdzono żadnej choroby współistniejącej. Osiem osób pozostawało aktywnych zawodowo. Tylko 2 osoby (4%) nie były zadowolone z efektów zabiegu.

Poprawa w zakresie jakości życia

W celu ograniczenia liczby wyników ocenę poprawy w zakresie jakości życia dokonano jedynie na podstawie średnich wartości otrzymanych w podskalach PCS i MCS. Podskale te w sposób sumaryczny oceniają poprawę funkcjonowania fizycznego (PCS) i psychicznego (MCS). Ten sposób ujęcia problemu jest akceptowany i stosowany w wielu publikacjach podejmujących tę tematykę.

Średni wynik przedoperacyjny osiągnięty przez chorych w skali PCS wyniósł 24,21 pkt., w 3 miesiące po operacji 31,92 pkt.; różnica była znamiennej statystycznie ($p < 0,005$). Średni wynik przedoperacyjny w skali MCS wyniósł 47,62 pkt., po operacji 55,14 pkt.; różnica była znamiennej statystycznie ($p < 0,05$) (tabela 1).

Tabela 1. Średnie wartości osiągnięte w poszczególnych skalach przed zabiegiem operacyjnym i w 3 miesiące po operacji

	Średni wynik przed operacją	Średni wynik po operacji	p
PCS	24,21 ± 7,3	31,92 ± 8,1	$p < 0,005$
MCS	47,62 ± 11,4	55,14 ± 8,43	$p < 0,05$
HADS-D	10,22 ± 8,23	4,92 ± 4,9	$p < 0,01$
HADS-A	13,71 ± 12,34	6,53 ± 10,52	$p < 0,002$
SOC	139,05 ± 25,1	141,21 ± 27,42	ns
N	9,21 ± 9,04	6,32 ± 3,24	ns
E	8,07 ± 8,11	8,43 ± 3,7	ns
K	9,11 ± 8,2	9,88 ± 8,7	ns

Lęk i depresja

Średnia w HADS-D przed zabiegiem wynosiła 10,22 pkt., po zabiegu 4,92 pkt.; różnica była znamiennej statystycznie ($p < 0,01$) (tabela 1).

Średnia w HADS-A przed zabiegiem wynosiła 13,71 pkt., po zabiegu 6,53 pkt.; różnica była znamiennej statystycznie ($p < 0,002$) (tabela 1).

Poczucie koherencji

Średni wynik SOC przed operacją wyniósł 139,05 pkt., po operacji 141,21 pkt. Różnica nie była znamiennej statystycznie, co zgodne jest z koncepcją Antonovsky'ego, która zakłada względną trwałość tej dyspozycji osobowości (tabela 1).

Cechy osobowości w Inwentarzu Osobowości H. J. Eysencka

W grupie badanej średnia wartość przed operacją wynosiła w skali N: 9,21 pkt., w skali E – 8,07 pkt., w skali K – 9,11 pkt. W 3 miesiące po zabiegu operacyjnym średnia wartość w skali N wynosiła 6,32 pkt., w skali E – 8,43 pkt., w skali K – 9,88 pkt. Nie notowano różnic znamienych statystycznie (tabela 1).

Wpływ badanych parametrów na jakość życia po upływie 3 miesięcy od zabiegu

Nie wykazano korelacji sumarycznych skal MCS i PCS z następującymi czynnikami socjodemograficznymi: płcią, wykształceniem, aktywnością zawodową, wsparciem społecznym, chorobami dodatkowymi. Starsi chorzy osiągnęli gorsze wyniki w MCS i PCS zarówno przed operacją, jak i po niej. W okresie przedoperacyjnym wiek korelował znamienie statystycznie ujemnie jedynie z PSC ($p < 0,02$). Po zabiegu operacyjnym wykazano znamienie statystycznie ujemne korelacje zarówno z PCS ($p < 0,01$) jak i z MCS ($p < 0,05$). Chorzy zadowoleni z wyników operacji wykazywali wyższe wyniki w PCS ($p < 0,04$) i MCS ($p < 0,03$).

Średni pooperacyjny wynik w sumarycznych skalach PCS i MCS korelował dodatnio ze średnimi wartościami w skali SOC-29. Neurotyzm (Inwentarz Eysencka) ujemnie korelował z PCS i MCS. Nie wykazano natomiast związku takich cech, jak lęk, depresja, ekstrawersja i poziom kłamstwa z poziomem funkcjonowania fizycznego i psychicznego ocenianego za pomocą skali SF-36.

Dyskusja

Zabieg endoprotezoplastyki stawu biodrowego jest operacją w znacznym stopniu poprawiającą funkcjonowanie chorych. W przeprowadzonych badaniach w 3 miesiące po zabiegu chorzy osiągnęli poprawę zarówno w funkcjonowaniu fizycznym (PCS), jak i psychicznym (MCS), co jest zgodne z badaniami innych autorów [13, 14, 15]. Jednakże część badań odnotowuje jedynie poprawę w funkcjonowaniu fizycznym, bez zmian w zakresie stanu psychicznego [16, 17]. Próbuje się tłumaczyć brak poprawy w zakresie MCS faktem, iż ten wymiar jakości życia może mieć mały związek z poprawą stanu zdrowia po operacji stawu biodrowego. Poprawę stanu psychicznego wykazano też w skali HADS, w której pacjenci po operacji osiągnęli znamienie statystycznie lepsze wyniki w porównaniu ze stanem sprzed operacji [2]. Fakt gorszego funkcjonowania psychicznego (wyższe wartości w skalach HADS-A i HADS-D) nie miał jednak związku z jakością życia przed zabiegiem operacyjnym i po nim (brak korelacji PSC i MCS z HADS-A i HADS-D) [5, 18]. Stan psychiczny badanych w żadnym przypadku nie był na tyle poważny, by wymagał specjalistycznej konsultacji psychiatrycznej – zwykle były to wahania nastroju spowodowane zaburzeniami adaptacyjnymi. W badaniach nie wykazano związku z jakością życia takich parametrów jak płeć, stan cywilny, praca zawodowa, choroby dodatkowe, wykształcenie [19], co częściowo zgodne jest z oceną innych autorów [20, 21]. Chociaż niektórzy autorzy podkreślają związek płci z poprawą pooperacyjną, kobiety funkcjonują gorzej w porównaniu z mężczyznami

[21]. Wiek chorych ma natomiast znaczenie w przedoperacyjnym i pooperacyjnym funkcjonowaniu. Wykazano, że starsi chorzy osiągnęli gorsze wartości w skalach PCS i MCS [1, 19]. Przed operacją wiek miał jedynie związek z PSC [1], nie odnotowano natomiast zależności MCS z wiekiem chorych. Większość autorów podkreśla jednakże, że starszy wiek chorego nie stanowi przeciwwskazania do zabiegu [13, 22]. Poziom poczucia koherencji osiągnięty przez chorych zarówno przed operacją, jak i po niej nie różnił się statystycznie, co zgodne jest z koncepcją Antonovsky'ego, który zakładał, że ukształtowane ok. 30 r.ż. poczucie koherencji nie ulega już zasadniczym zmianom z wiekiem i nie zależy od innych zmiennych (takich jak np. krótkotrwała sytuacja stresowa – zabieg operacyjny) [6, 7]. Podobnie nie odnotowano również różnic znamiennych statystycznie, porównując wyniki poziomu neurotyczności, ekstrawersji i kłamstwa przed zabiegiem i po nim. Natomiast wykazano znamienne statystyczne dodatnie korelacje między poziomem poczucia koherencji a funkcjonowaniem fizycznym (PCS) i psychicznym (MCS). Chorzy, których charakteryzowało wyższe poczucie koherencji, osiągnęli lepsze wyniki w funkcjonowaniu pooperacyjnym [1]. Wysoki poziom SOC może odgrywać rolę „czynnika ochronnego” przed stresem, który wiąże się z okresem pooperacyjnym (dolegliwości bólowe, ograniczenie ruchomości, powikłania pooperacyjne), może mieć także wpływ na poziom funkcjonowania zarówno w wymiarze fizycznym, jak i psychicznym. Natomiast wysoki poziom neurotyzmu (który w badaniach korelował ujemnie z jakością życia) może obniżyć odporność na stres i zdolność efektywnego radzenia sobie z nim, a to z kolei może mieć wpływ na akceptację schorzenia, zdolność adaptacji do nowych warunków i efektywność procesu rehabilitacji [23, 24].

Wnioski

1. Podsumowując badania, można stwierdzić, iż zabieg endoprotezoplastyki przynosi znaczną poprawę w zakresie jakości życia.
2. Zaawansowany wiek chorych oraz takie zmienne, jak poczucie koherencji oraz poziom neurotyzmu mogą mieć wpływ na funkcjonowanie pooperacyjne.
3. Badania poczucia koherencji oraz poziomu neurotyzmu mogą być przydatne w ocenie możliwości adaptacyjnych chorych oraz chęci współpracy w trakcie rehabilitacji po zabiegu operacyjnym.

Влияние психических и социодемографических факторов на комфорт жизни больных после хирургического вмешательства эндопротезопластики бедренного сустава

Содержание

Задание. Проведение оценки влияния симптомов фобии, депрессии, чувства когеренции и некоторых черт личности, а также социодемографических факторов на жизненный комфорт пациентов после проведения у них эндопротезопластики тазобедренного сустава.

Методы. В исследованиях приняло участие 48 пациентов (28 женщин и 20 мужчин; в возрасте 54–70 лет; средний возраст 56 лет), которые заполнили следующие глоссарии на 2 недели перед вмешательством и после 3 месяцев от операции. Глоссарии: 1. Сф-36, 2. HADS, 3. SOC-29 Антоновского, 4. Глоссарий личности Х.И. Эйзенка, 5. Социодемографический глоссарий.

Результаты. В ходе исследований отмечено статистически значимое улучшение в области психического состояния и физического самочувствия после 3 месяцев со времени проведения

operacji. Statystycznie znaczącym było także улучшение в радиусе фобии и депрессии. Средние показатели SOC и средние показатели шкал N, E, K Глоссария личности перед операцией и после нее не носили статистически значимых черт.

Средний постоперационный результат в тестах PCS и MCS значимо положительно коррелировал с показателями шкалы SOC-29. Невротизм указывал на статистически значимые отрицательные корреляции с PCS и MCS. Возраст оперированных больных отрицательно сказывался как с PCS, так и с MCS. Не отмечено связи остальных социodemografических изменчивых, а также симптомов фобии и депрессии, экстраверсии и уровня лжи с уровнем физического и психического функционирования, оцененных шкалой СФ-36.

Выводы. 1. Тотальное хирургическое вмешательство эндопротезопластики приносит значительное улучшение в области жизненного комфорта. Преклонный возраст больных, а также такие изменчивые как чувство когеренции, а также уровень невротизма могут влиять на оценку постоперационного функционирования этих больных. 2. Исследования чувства когеренции и уровня невротизма могут быть пригодными при оценке возможности адаптации больных и их охоту совместной работы во время реабилитации после хирургического вмешательства.

Einfluss von psychischen und soziodemografischen Faktoren auf Lebensqualität der Kranken nach Ersatz des Hüftgelenks durch HTP

Zusammenfassung

Ziel. Die Beurteilung der Angstsymptome, Depression, des Kohärenzgefühls und ausgewählter Persönlichkeitseigenschaften und auch soziodemografischer Faktoren auf die Lebensqualität nach der Protheseimplantation.

Methoden. An die Studie wurden 48 Patienten eingeschlossen (28 Frauen und 20 Männer) im Alter von 54 bis 70 Jahren, Durchschnittsalter 56 Jahre, die folgende Fragebögen 2 Wochen vor und 3 Monate nach dem operativen Eingriff ausgefüllt hatten: 1. SF - 36, 2. HADS, 3. SOC-29 von A. Antonovski, 4. Persönlichkeitsinventar von H.J. Eysenck, 5. Soziodemografischer Fragebogen

Ergebnisse. In der Studie wurde eine signifikante statistische Besserung im Bereich des Levels des psychischen und körperlichen Funktionierens 3 Monate nach dem operativen Eingriff gezeigt. Statistisch bedeutend war auch die Besserung im Bereich der Symptome der Angst und Depression.

Der Durchschnittswert von SOC und die Mittelwerte der Skalen N, E, K des Persönlichkeitsinventars vor und nach der Operation unterschieden sich statistisch nicht signifikant.

Das durchschnittliche postoperative Ergebnis in PCS und MCS korrelierte signifikant positiv mit den Werten der SOC-29 Skala. Der Neurotizismus zeigte statistisch signifikante negative Korrelationen mit PCS und MCS. Das Alter korrelierte negativ sowohl mit PCS als auch mit MCS. Es wurde kein Zusammenhang der übrigen soziodemografischen Variablen mit den Symptomen von Angst und Depression und auch Extraversion und Lügenlevels mit dem Level des psychischen und körperlichen Funktionierens gezeigt, was mit der SF-36 Skala beurteilt wurde.

Schlussfolgerungen. 1. Der Ersatz des Hüftgelenks durch HTP bringt eine bedeutende Besserung im Bereich der Lebensqualität. Das hohe Alter der Kranken und solche Variablen wie Kohärenzgefühl oder Neurotizismuslevel können auf die Beurteilung des postoperativen Funktionierens dieser Kranken einen Einfluss haben. 2. Die Studien an dem Kohärenzgefühl und Neurotizismuslevel können bei der Beurteilung der adaptativen Möglichkeiten der Kranken und Zusammenarbeit während der Rehabilitation nach dem operativen Eingriff brauchbar sein.

L'influence des facteurs psychiques et sociodémographiques sur la qualité de vie des patients après l'implantation de la prothèse de la hanche

Résumé

Objectif. Analyse de l'influence de: anxiété, dépression, sens de cohérence et traits particuliers de la personnalité et des facteurs sociodémographiques sur la qualité de vie des patients après l'implantation de la prothèse de la hanche.

Méthodes. On examine 48 patients (28 femmes et 20 hommes; âgés 54–70 ans, moyenne de l'âge-56) 2 semaines avant l'implantation de la prothèse de la hanche et 3 mois après. Ils sont examinés avec les questionnaires suivants : SF-36, HADS, SOC-29, MPI, questionnaires sociodémographiques.

Résultats. Chez les patients après 3 mois après l'implantation de la prothèse de la hanche on note l'amélioration significative du fonctionnement psychique et physique, il en est de même quant aux symptômes d'anxiété et de dépression. Les valeurs moyennes de SOC et des échelles N,E,K de MPI avant l'implantation et après restent presque les mêmes. Après l'implantation les valeurs moyennes de PCS et MCS corrélaient positivement avec celles de SOC-29. Les valeurs du neurotisme corrélaient négativement avec PCS et MCS. L'âge des patients corrélaient négativement avec PCS et MCS. D'autres facteurs sociodémographiques, les symptômes d'anxiété et de dépression, le niveau d'extraversion et du mensonge ne corrélaient point avec le niveau du fonctionnement physique et psychique de l'échelle SF-36.

Conclusions. 1. L'implantation de la prothèse de la hanche apporte l'amélioration significative de la qualité de vie des patients. L'âge plus avancé des patients et d'autres facteurs tels que : sens de cohérence, niveau du neurotisme peuvent influencer sur l'estimation subjective après l'implantation. 2. L'analyse du sens de cohérence et du niveau du neurotisme peut servir à bien estimer les possibilités d'adaptation des patients et leur esprit de coopération pendant la réhabilitation.

Piśmiennictwo

1. Nilsson AK, Petersson IF, Roos EM, Lohmander LS. *Predictors of patient relevant outcome after total hip replacement for osteoarthritis: a prospective study.* Ann. Rheum. Dis. 2003; 63: 923–930.
2. Orbell S, Espley A, Johnston M, Rowley D. *Health benefits of joint replacement surgery for patients with osteoarthritis prospective evaluation using independent assessments in Scotland.* J. Epidemiol. Comm. Health 1998; 52 (9): 564–570.
3. Pacault-Legendre V, Courpied JP, Ferrand I. *Role des éléments cliniques subjectifs pour l'évaluation de la satisfaction des patients après arthroplastie totale de la hanche.* Encephale 1999; 25, 3: 202–212.
4. Gammon J, Clive W. *Effect of preparatory information prior to elective total hip replacement on psychological coping outcomes.* J. Advanc. Nurs. 1996; 24: 303–308.
5. Kurlowicz LH. *Perceived self-efficacy, functional ability, and depressive symptoms in older elective surgery patients.* Nurs. Res. 1998; 47,4: 219–226.
6. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak sobie radzić ze stresem i nie zachorować.* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1995.
7. Antonovsky A. *The life cycle, mental, health and sense of coherence.* Isr. J. Psychiatry Res. 1985; 22: 273–280.
8. Sanocki W. *Kwestionariusze osobowości w psychologii.* Warszawa: PWN; 1981.
9. Brzozowski P, Drwal R. *Kwestionariusz Osobowości Eysencka. Polska adaptacja EPQ-R.* Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 1995.
10. Ware JE Jr. *SF-36 Health survey manual and interpretation guide.* Boston: The Health Institute. New England Medical Center; 1993.
11. Ware JE Jr, Kosinski MA. *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A manual for users of version 1, second edition.* Lincoln, RI: Quality Metric; 2001.
12. Karakula H, Grzywa A, Śpila B, Baszak J, Gieroba A, Kosikowski W, Jędrych M. *Zastosowanie Skali Lęku i Depresji-HADS w chorobach psychosomatycznych.* Psychiatr. Pol. 1996; 4: 653–668.
13. Jones A, Voaklander D, Johnston W, Suarez-Almazor M. *The effects of age on pain, function and quality of life after total hip and knee arthroplasty.* Arch. Intern. Med. 2001; 161: 454–460.

14. Bayley KB, London M, Grunkemeier G, Lansky D. *Measuring the success of treatment in patients terms*. Med. Care 1995; 33 (4 supl.) 226–235.
15. Mangione C, Goldman L, Orav E, Marcantonio E, Pedan A, Ludwig L, Donaldson M, Sugarbaker D, Poss R, Lee T. *Health-related quality of life after elective surgery: measurement of longitudinal changes*. J. Gen. Intern. Med. 1997; 12 (11): 686–697.
16. Brodie L, Sloman R. *Changes in health status of elderly patients following hip replacement surgery*. J. Gerontol. Nurs. 1998; 24: 5–12.
17. Garellick G, Malchau H, Herberts P, Hansson E, Axelsson H, Nansson T. *Life expectancy and cost utility after total hip replacement*. Clin. Orthop. 1998; 346: 141–151.
18. Bischoff-Ferrari H, Lingard E, Losina E, Baron J, Roos E, Phillips C, Mahomed N, Barrett J, Katz J. *Psychosocial and geriatric correlates of functional status after total hip replacement*. Arthr. Rheum. 2004; 51 (5): 829–835.
19. Nilsson AK, Lohmander LS. *Age and waiting time as predictor of outcome after total hip replacement for osteoarthritis*. Rheumatol. 2002; 41: 1261–1267.
20. Nilsson A, Aurell Y, Siosteen A, Lohmander L, Roos H. *Radiographic stage of osteoarthritis or sex of the patient does not predict one year outcome after total hip arthroplasty*. Ann. Rheum. Dis. 2001; 60: 228–232.
21. McMurray A, Grant S, Griffiths S, Letford A. *Health-related quality of life and health service use following total hip replacement*. J. Advanc. Nurs. 40 (6): 663–672.
22. March L, Cross M, Lapsley H, Brnabic A, Tribe K, Bachmeier C, Courtenay B, Brooks P. *Outcomes after hip or knee replacement surgery for osteoarthritis. A prospective cohort study comparing patients' quality of life before and after surgery with age-related population norms*. Med. J. Aust. 1999; 171 (5): 235–238.
23. Aarstad H, Heimdal J, Aasrard A, Olofsson J. *Personality trait in head and neck squamous cell carcinoma patients in relation to the disease state, disease extent and prognosis*. Acta Otolaryngol. 2002, 12; 122 (8): 892–899.
24. Bętkowska-Korpała B, Jankowski P, Bryniarski L, Królikowski T, Dudek D, Żmudka K, Kaweczka-Jaszcz K. *Osobowość a restenoza po zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej*. Przegl. Lek. 2000; 57, 5: 274–77.

Adres: Karina Badura-Brzoza
Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii ŚAM
42-612 Tarnowskie Góry, ul. Pyskowska 49

Otrzymano: 5.02.2007
Zrecenzowano: 5.03.2007
Przyjęto do druku: 2.10.2007

Dofinansowanie naukowych wyjazdów zagranicznych

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego informuje o możliwości uzyskania przez członków zwyczajnych Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dofinansowania ich udziału w zjazdach, sympozjach i konferencjach naukowych odbywających się za granicą. Zasady przyznawania dofinansowania określają załączone „Zasady”. Komitet „Konferencje Naukowe PTP” ZG PTP gromadzi na ten cel środki na koncie:

Polskie Towarzystwo Psychiatryczne Konferencje Naukowe, ul. Kopernika 21B 31-501 Kraków, w Banku PKO SA, Oddz. w Krakowie, Rynek Gł. 31, nr rachunku: 12401431-7001815-2700-401112-001.

Zarząd zachęca członków towarzystwa do korzystania z tej możliwości, a także do pozyskiwania sponsorów dla tej działalności.

Wnioski o dofinansowanie należy składać na adres komitetu na ręce prof. dr. hab. med. Jacka Bomby.

Zasady dofinansowania przez Zarząd Główny wyjazdów na zjazdy, sympozja, konferencje naukowe za granicą z funduszu „Konferencje Naukowe PTP”

1. Z refundacji kosztów udziału w zjazdach, konferencjach, sympozjach naukowych za granicą korzystać mogą członkowie zwyczajni Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.
2. Refundacja nie może przekroczyć:
kwoty równoważnej 1200 USD przy wyjeździe do USA,
kwoty 900 USD przy wyjeździe do innego kraju.
3. Refundacja może być rozliczona jako:
stypendium ZG PTP (tzn. jako opodatkowany przychód),
delegacja – przy czym jej koszty nie mogą przekroczyć kwot określonych w pkt 2.
4. Wniosek o dofinansowanie powinien wyprzedzać termin zjazdu i zawierać:
potwierdzenie członkostwa zwyczajnego z datą przyjęcia do PTP, dokonane przez sekretarza oddziału oraz opłacenia składek członkowskich dokonane przez skarbnika oddziału,
informację o imprezie,
kopię streszczenia zgłoszonego doniesienia,
kopię potwierdzenia przyjęcia doniesienia do programu zjazdu.
5. Dofinansowanie może być przyznane tylko jednemu autorowi w przypadku prezentacji prac zbiorowych.
6. Osoby korzystające z dofinansowania składają Zarządowi Głównemu sprawozdanie ze sponsorowanego wyjazdu w takiej formie, by mogło być opublikowane w czasopiśmie towarzystwa.
7. Niniejsze zasady zostały przyjęte przez Zarząd Główny na posiedzeniu 7 kwietnia 1995 r.