

## Jolanta Glińska<sup>1</sup>, Magda Ogrodniczak<sup>2</sup>, Łukasz Dziki<sup>3</sup>, Adam Dziki<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Katedra Nauczania Pielęgniarstwa, Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności w Pielęgniarstwie, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

<sup>2</sup>Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

<sup>3</sup>Zakład Żywienia Klinicznego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

<sup>4</sup>Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

# Satysfakcja z życia osób z chorobą Leśniowskiego-Crohna

Satisfaction with the life of people with Crohn's disease

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Ocena satysfakcji z życia osób z chorobą Leśniowskiego-Crohna.

**Materiał i metody.** W badaniu wzięło udział 100 osób z rozpoznaniem choroby Leśniowskiego-Crohna powyżej 18. roku życia. Ankietowani byli pacjentami Kliniki Gastroenterologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Łodzi. Badanie przeprowadzono za pomocą ankiety własnej oraz standaryzowanego kwestionariusza – Skali Satysfakcji z Życia (SWLS).

**Wyniki.** Spośród ankietowanych ponad połowa (51%) to osoby młode w wieku 18–30 lat. Pod względem wykształcenia przeważały osoby z wyższym wykształceniem (42%), większość mieszkała w dużym mieście. Z analizy danych wynika, że ogólny średni wskaźnik satysfakcji z życia dla wszystkich respondentów wynosił 19,91, co oznacza średni poziom.

**Wnioski.** Mężczyźni uzyskali nieco wyższy wynik niż kobiety. Osoby powyżej 60. roku życia wykazały niskie zadowolenie z życia, natomiast pozostałe grupy poziom średni. Najniższy poziom satysfakcji życiowej stwierdzono u respondentów, u których rozpoznanie postawiono poniżej 20. roku życia. Osoby, które nie korzystają z grup wsparcia, uzyskały niższy wynik poziomu satysfakcji.

**Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (4): 233–238**

**Słowa kluczowe:** satysfakcja życiowa; choroba Leśniowskiego-Crohna; wsparcie

### ABSTRACT

**Introduction.** The evaluation of satisfaction with the life of people with Crohn's disease.

**Material and methods.** The study involved 100 people diagnosed with Crohn's disease, over 18 years of age. The respondents were patients of Gastroenterology Clinic of the University Hospital in Lodz. The study was conducted using a custom survey and a standardized questionnaire – Satisfaction with Life Scale.

**Results.** More than half of the respondents (51%) were young people between 18–30 years. In terms of education, most of the people were with higher education (42%). Also most lived in a big city. The analysis of the data shows that the overall average rate of life satisfaction for all respondents was 19.91, which means the average level.

**Conclusions.** Men gained slightly higher score than women. People over 60 years of age showed a low satisfaction with life, while the other group showed medium level. The lowest level of life satisfaction was found in respondents whose diagnosis was below 20 years of age. Those who do not benefit from the support group achieved a lower score satisfaction.

**Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (4): 233–238**

**Key words:** satisfaction with the life; Crohn's disease; support

**Adres do korespondencji:** dr n. med. Jolanta Glińska, Katedra Nauczania Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności w Pielęgniarstwie, Łódź, e-mail: glinska.j@gmail.com

DOI: 10.5603/PP.2017.0039

## Wstęp

Choroba Leśniowskiego-Crohna (ChLC) dotyka coraz większą liczbę osób, przede wszystkim młodych. Niewyjaśniona etiologia choroby nie pozwala na całkowite jej wyleczenie. Należy ona do chorób przewlekłych i potencjalnie może prowadzić do niepełnosprawności. Powtarzające się nawroty zmuszają chorych do częstych wizyt u lekarzy, hospitalizacji i długotrwałego leczenia [1]. Osoby chore nie są do końca w stanie przewidzieć, kiedy nastąpi kolejny nawrót dolegliwości. Często muszą zrezygnować ze swoich planów, celów życiowych, które postawiły sobie przed diagnozą. Niekiedy wyłączają się z życia społecznego i rodzinnego, nie potrafiąc poradzić sobie z objawami choroby. Dlatego tak bardzo ważnym aspektem leczenia jest poprawa jakości życia tej grupy chorych [2]. Postęp medycyny doprowadził do wydłużenia czasu życia pacjentów i z czasem zdano sobie sprawę, że nie tylko czas życia jest miernikiem skuteczności leczenia [3, 4]. Współczesna medycyna stanęła więc przed próbą poprawy jakości wydłużonego życia, co dało początek szerszego zainteresowania się pojęciem jakości życia [4, 5]. Obecnie uważa się, że wprowadzenie pojęcia jakości życia do terapii, która dotychczas była nastawiona wyłącznie na leczenie choroby lub jej objawów, podkreśla element humanistyczny [6]. W działaniach tych dużą rolę odgrywają zarówno pielęgniarka, jak i członkowie zespołu interdyscyplinarnego. Udział pielęgniarki w badaniach diagnostycznych, wsparcie emocjonalne, edukacja pacjenta i rodziny oraz wskazówki dietetyczne pozwalają na dużo łatwiejsze przejście przez okres zaostrzenia, a także dodają otuchy w czasie remisji choroby [7].

## Cel pracy

Ocena wpływu wybranych czynników demograficznych na poziom satysfakcji z życia osób z chorobą Leśniowskiego-Crohna.

## Materiał i metody

Badania przeprowadzono w Klinice Gastroenterologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Łodzi na przełomie 2014/2015 roku wśród 100 osób, w tym 50 kobiet i 50 mężczyzn powyżej 18. roku życia. Do przeprowadzenia badania zastosowano autorski kwestionariusz oraz standaryzowany kwestionariusz do pomiaru satysfakcji z życia (SWLS). Kwestionariusz składał się z pięciu stwierdzeń, które badany oceniał w skali 1–7. Pytania odnosiły się do oceny życia pod kątem ideału, warunków życia, poziomu zadowolenia, osiągnięcia najważniejszych celów życiowych oraz oceny swojego życia i ewentualnych jego zmian. Zakres wyników surowych oscylował w granicach 5–35 pkt. Im wyższy uzyskany rezultat,

tym wyższy poziom zadowolenia z życia. Wynik surowy w odniesieniu do skali stenowej mieścił się w granicach 1–10, gdzie sten 7–10 to poziom wysoki satysfakcji z życia, 5–6 — przeciętny, a 1–4 — niski [8]. W analizie statystycznej zastosowano miarę tendencji centralnej w formie średniej arytmetycznej. W celu podkreślenia zróżnicowania wyników wokół średniej dodatkowo użyto jedną z podstawowych miar rozproszenia — odchylenie standardowe. Projekt badawczy uzyskał zgodę Komisji Bioetycznej (nr RNN/573/14/KB z dnia 15.07.2014 r.).

## Wyniki

Wśród ankietowanych pacjentów w zdecydowanej większości przeważały osoby młode. Aż 51% spośród wszystkich badanych to osoby w wieku 18–30 lat (26% kobiet i 25% mężczyzn); 4 osoby były w wieku powyżej 60 lat. Pod względem poziomu edukacji przeważały osoby z wyższym wykształceniem (42%), podobnie w grupie zarówno kobiet (20%), jak i mężczyzn (22%). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby z wykształceniem średnim [17% — w grupie kobiet (8%) i mężczyzn (9%)]. Pod względem miejsca zamieszkania zdecydowana większość ankietowanych (37%) pochodziła z dużego miasta, powyżej 100 tysięcy mieszkańców (19% kobiet i 18% mężczyzn). Najmniej osób (13%) pochodziło z miasta do 100 tysięcy mieszkańców (7% kobiet i 6% mężczyzn). U prawie połowy badanych (45%) chorobę rozpoznano 1–5 lat temu, u 31% pacjentów od diagnozy minęło więcej niż 5 lat, a u 26% — mniej niż rok (grupa kobiet i mężczyzn miała bardzo zbliżone wyniki). Łącznie aż u 6% ankietowanych rozpoznano chorobę w wieku młodym (do 30. rz.), w tym u 24% badanych chorobę Leśniowskiego-Crohna zdiagnozowano do 20. roku życia (u 13% kobiet i u 11% mężczyzn). Natomiast u 36% chorobę rozpoznano powyżej 30. roku życia (u kobiet 17%, u mężczyzn 19%). U wszystkich pacjentów wykorzystano leczenie farmakologiczne. U ponad połowy badanych (64%) przeprowadzano terapie biologiczne (u 31% kobiet i u 33% mężczyzn). Leczenie chirurgiczne zastosowano u 12% kobiet i 14% mężczyzn.

W pierwszym etapie oceniano ogólny poziom satysfakcji badanych. Z analizy danych wynika, że ogólny średni wskaźnik satysfakcji z życia dla wszystkich respondentów wyniósł  $19,91 \pm 5,22$ , co odpowiada 5. stenom i określa dolną granicę przeciętnej satysfakcji życiowej. Szczegółowa analiza wskazuje, iż największa grupa badanych (40%) oceniła swoją aktualną satysfakcję życiową na poziomie przeciętnym. Niski poziom wskazało 33% respondentów, a na wysokim poziomie, ale jego dolną granicę — 22%. Jedynie 5 osób oceniło swoją satysfakcję na poziomie wysokim, uzyskując wynik średni z tego zakresu. Górna granica

odpowiedzi mieściła się w 29 punktach wyniku surowego. Żaden respondent nie wskazał górnego pułapu wysokiej satysfakcji z życia, mieszczącego się w wyniku surowym od 31 do 35 punktów.

Mężczyźni z chorobą Leśniowskiego-Crohna wykazali nieco wyższy poziom satysfakcji życiowej. Ich satysfakcja życiowa osiągnęła poziom średni ( $M 20,96 \pm 5,19$ ; 6 stenów). Kobiety uzyskały również poziom średni, ale nieco niższy, graniczący z dolnym pułapem zakresu średniego ( $M 18,86 \pm 5,08$ ; 5 stenów) (tab. 1).

W dalszej części analizowano wpływ wieku na poziom satysfakcji życiowej. Swoją satysfakcję najniżej oceniły osoby po 60. roku życia, uzyskując wynik 4. stenów, co odpowiada wynikowi surowemu  $M = 17,25 \pm 3,09$  i bardzo niskiej ocenie satysfakcji z życia. Ocena pozostałych dwóch grup mieszczących się w wieku 18–45 lat oscylowała w dolnych granicach przedziału średniego (5 stenów). Na największe zadowolenie i górną granicę przedziału średniego wskazały jedynie osoby w wieku średnim w wieku 45–60 lat (6 stenów) (tab. 2).

Jeśli chodzi o wpływ poziomu wykształcenia, zauważono, iż najwyższy poziom satysfakcji z życia miały osoby z wykształceniem wyższym. Średni wynik w tej grupie wyniósł  $20,9 \pm 5,0$ , co oznacza przeciętny poziom zadowolenia z życia. Bardzo zbliżony, ale niższy wynik uzyskały grupy z wykształceniem poniżej średniego i średnim, uzyskując odpowiednio wynik —  $M = 19,17 \pm 5,24$  i  $M = 19,19 \pm 5,39$ .

Wykazano nieduże wahania przy analizie miejsca zamieszkania. Ankietowani pochodzący ze wsi mieli niski poziom satysfakcji z życia —  $M = 17,75 \pm 6,08$  (4 steny). Respondenci mieszkający zarówno w małych miastach, jak i dużych mieli zbliżone wyniki —  $M = 20,52 \pm 4,58$  (5 stenów). Nieco wyższy wynik uzyskała grupa mieszkająca w średnim mieście do 100 tysięcy mieszkańców —  $M = 22 \pm 4,14$  (6 stenów).

Biorąc pod uwagę zmienną dotyczącą czasu trwania choroby, we wszystkich badanych grupach stwierdzono bardzo podobne wartości, na poziomie 5 stenów. Najniżej oceniły swoją satysfakcję z życia osoby chorujące 1–5 lat (tab. 3).

Z uzyskanych danych wynika, że najniższy poziom satysfakcji z życia miały osoby, u których postawiono rozpoznanie choroby Leśniowskiego-Crohna

poniżej 20. roku życia (dolna granica wyniku przeciętnego). Wyższy wynik uzyskała grupa w wieku 20–25 lat (5 stenów). Największe zadowolenie z życia wykazały osoby z przedziału wiekowego 25–30 lat, uzyskując górną granicę wyniku przeciętnego (6 stenów) (tab. 4).

**Tabela 2.** Wiek a poziom satysfakcji z życia

**Table 2.** Age and level of satisfaction with life

Przedział wiekowy	Satysfakcja z życia		
	N	M	SD
18–30 lat	51	19,37	5,0
31–45 lat	29	19,79	5,82
45–60 lat	16	22,5	4,63
Powyżej 60 lat	4	17,25	3,09

**Tabela 3.** Czas rozpoznania choroby a poziom satysfakcji z życia

**Table 3.** Time of diagnosis and level of satisfaction with life

Czas rozpoznania choroby	Satysfakcja z życia		
	N	M	SD
Mniej niż rok temu	24	20,31	5,09
1–5 lat temu	45	19,55	5,21
Powyżej 5 lat temu	31	20,45	4,68

**Tabela 4.** Wiek, w którym rozpoznano chorobę, a poziom satysfakcji z życia

**Table 4.** Age, in which the disease was diagnosed and the level of satisfaction with life

Wiek, w którym rozpoznano chorobę	Satysfakcja z życia		
	N	M	SD
Poniżej 20 lat	24	18,83	5,44
Powyżej 20–25 lat	30	19,40	4,69
Powyżej 25–30 lat	10	22,51	5,08
Powyżej 30 lat	36	20,33	5,44

**Tabela 1.** Ogólny poziom satysfakcji badanych

**Table 1.** The overall level of satisfaction of respondents

Sten	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Wskaźnik ogólny
N	1	8	23	18	27	23	15	7	5	0	100
M	8	10,33	13,23	16,17	19,14	22,27	24,93	27,28	29,2	–	19,91
SD	–	0,58	0,83	0,94	0,56	0,89	0,79	0,49	0,45	–	5,22

N — liczba osób; M — średnia arytmetyczna; SD — odchylenie standardowe

W opinii większości badanych (65%) poziom wiedzy i umiejętności życia z chorobą był na poziomie średnim, tak stwierdziło 37% kobiet i 28% mężczyzn. Na wysoki poziom wiedzy wskazało 19% mężczyzn i 11% kobiet. Umiejętność radzenia sobie z chorobą, wynikająca z poziomu wiedzy, miała wpływ na satysfakcję życiową. Stwierdzono, że im wyższy poziom wiedzy, tym wyższy poziom zadowolenia. Osoby z niskim poziomem wiedzy i umiejętności życia z chorobą Leśniowskiego-Crohna, satysfakcję z życia osiągnęły na poziomie niskim — 4 steny. Natomiast grupa respondentów z wysokim poziomem wiedzy otrzymała 5 stenów, czyli przeciętną satysfakcję życiową (tab. 5).

Kolejny analizowany czynnik odnosił się do wpływu fazy choroby na poziom satysfakcji z życia. Na podstawie analizy danych można wysnuć wniosek, że osoby będące w okresie remisji choroby (13% kobiet i 13% mężczyzn) wykazują najwyższą satysfakcję z życia, uzyskując średni wynik (6 stenów), odpowiadający górnej granicy satysfakcji przeciętnej. Najniższy wynik (5 stenów) uzyskała grupa 20% kobiet oraz 15% mężczyzn ze średnią postacią choroby oraz grupa 8% kobiet i 7% mężczyzn z ciężką postacią (tab. 6).

Ostatnim ocenianym elementem była ocena wpływu aktywnego uczestnictwa w grupach wsparcia. Z pomocy grup wsparcia korzystało jedynie 19% ogółu badanych. Dominująca grupa (81%) badanych stwierdziła, że nie korzysta z grup wsparcia na rzecz osób z chorobą Leśniowskiego-Crohna. Zdaniem

**Tabela 5.** Poziom wiedzy i umiejętności życia z chorobą a poziom satysfakcji z życia

**Table 5.** The level of knowledge and skills of living with the disease and the level of satisfaction with life

Poziom wiedzy i umiejętność życia z chorobą	Satysfakcja z życia		
	N	M	SD
Niski	5	17,2	6,14
Średni	65	19,92	5,18
Wysoki	30	20,33	5,22

**Tabela 6.** Faza choroby a poziom satysfakcji z życia

**Table 6.** The phase of the disease and the level of satisfaction with life

Faza choroby	Satysfakcja z życia		
	N	M	SD
Remisja	26	21,34	5,27
Łagodna postać	27	20,37	5,05
Średnia postać	35	19,02	5,27
Ciężka postać	12	19,08	5,41

**Tabela 7.** Aktywne uczestnictwo w grupach wsparcia a poziom satysfakcji z życia

**Table 7.** Active participation in support groups and the level of satisfaction with life

Uczestnictwo w grupach wsparcia	Satysfakcja z życia		
	N	M	SD
Tak, bardzo mnie wspierają w chorobie	18	22,00	4,91
Tak, ale nie jestem zadowolony	1	13,00	–
Nie, sam sobie radzę z chorobą	55	18,91	5,28
Nie, bo nie słyszałem o żadnych grupach wsparcia	26	20,84	4,79

większości z nich (67,9%, w tym 30% kobiet i 25% mężczyzn) pomoc taka nie jest im potrzebna, natomiast 32,1% chorych nie wiedziało o możliwości korzystania z takiej formy wsparcia. Dane przedstawione w poniższej tabeli ukazują, że największy poziom satysfakcji z życia uzyskały osoby, które są aktywne w grupach wsparcia  $M = 22 \pm 4,91$  (6 stenów) (tab. 7).

## Dyskusja

Szacuje się, że w Polsce na chorobą Leśniowskiego-Crohna choruje ponad 10 tysięcy osób [1]. Osoby te często muszą przeorganizować swoje dotychczasowe życie, dostosować je do życia z chorobą tak, aby możliwe było wykonywanie ról zawodowych i społecznych [9]. Staje się to ogromnym wyzwaniem, zwłaszcza że, jak podaje literatura przedmiotu, z reguły są to ludzie młodzi w wieku 14–40 lat, którzy zaczynają mieć świadomość, że trudniejsza stanie się nauka w szkole, praca w zawodzie, założenie rodziny czy podróże do różnych części świata [1]. W badaniach własnych również przeważały osoby młode. W przedziale do 30. roku życia znalazło się 51% respondentów, natomiast po 60. roku — tylko 4. Większy odsetek respondentów (64%) miał rozpoznaną chorobę w wieku młodym do 30. roku życia.

Częste hospitalizacje, badania endoskopowe, lęk przed zabiegami operacyjnymi czy wzrost ryzyka zachorowania na nowotwór jelita grubego znacznie upośledzają sferę psychiczną chorego. Ponadto częste nawroty objawów choroby, takich jak: biegunka, bóle brzucha, utrata masy ciała stosunkowo obniżają poziom zadowolenia z życia [1]. Dlatego tak bardzo ważnym aspektem leczenia jest poprawa jakości życia [2, 9]. W badaniach Andrzejewskiej, przy użyciu skali RFIPC, wykazano, że ogólna jakość życia pacjentów z postawionym rozpoznaniem choroby Leśniowskiego-Crohna jest niska [8]. Podobne wnioski można wysnuć z badań własnych. Ogólny średni wskaźnik satysfakcji z życia dla wszystkich respondentów

osiągnął dolną granicę przeciętnej satysfakcji życiowej. Odmienne zdanie reprezentuje Perek, zdaniem którego nie ma znaczących różnic pomiędzy osobami zdrowymi a chorymi i ich zadowoleniem z życia [10].

Duże znaczenie wpływające na jakość życia mają czynniki socjoekonomiczne, tj. kwestie finansowe, status społeczny czy wykształcenie [2, 11]. Zgodnie z analizą literatury przedmiotu oraz własną najniższą satysfakcją z życia uzyskały kobiety, osoby mieszkające na wsi, w aktywnym stadium choroby oraz z niskim wykształceniem [15, 36]. Wyniki te pokazują, iż kobiety z rozpoznaniem choroby Leśniowskiego-Crohna czują się mniej atrakcyjne, mają trudności w prowadzeniu życia rodzinnego, społecznego i zawodowego. Natomiast przyczyną niskiej oceny satysfakcji życiowej przez chorych mieszkających na wsi był utrudniony dostęp do usług medycznych, przymus dojazdu do większych miejscowości w celu uzyskania pomocy i wsparcia. Nieco inaczej, choć podobnie, przedstawia się sytuacja odnosząca się do czasu zmagania się z chorobą. Według analizy własnej jakość życia najniżej oceniły osoby chorujące 1–5 lat, co w pełni nie pokrywa się z wynikami innych autorów, według których najniższą jakość reprezentowały osoby, które zmagają się z chorobą krócej niż 2 lata [10, 12]. Wiek zachorowania nie miał zbyt istotnego wpływu na poziom satysfakcji z życia. Wszystkie osoby wykazały średni poziom zadowolenia z życia. Jednak najniższy wynik uzyskały osoby, u których chorobę rozpoznano poniżej 20. roku życia ( $M = 18,83$ ).

Zależność pomiędzy poziomem wiedzy i umiejętności życia z chorobą a satysfakcją z życia jest wyraźna. Ci chorzy, którzy uważają, że mają niski poziom wiedzy, wykazują niski poziom satysfakcji z życia  $M = 17,2$ . W pozostałych grupach stwierdzono tendencję wzrostową, wraz ze wzrostem wiedzy zwiększał się poziom zadowolenia. Wyniki te są spójne z poglądem Andrzejewskiej [10]. Potwierdza to także Perek, która przeprowadziła badania u młodzieży z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit i uznała, że im wyższy jest poziom wiedzy chorych, tym wyższy poziom zadowolenia z życia [11].

Nowa sytuacja życiowa, próba poradzenia sobie z informacją o chorobie przewlekłej nie jest łatwa. Czynności życia codziennego stają się trudniejsze do wykonania. Sen, higiena, obowiązki domowe, spotkania z przyjaciółmi, zajmowanie się swoim hobby, wyjście do pracy czy szkoły, a także aktywność psychiczna i pociąg seksualny nie są już takie jak przed chorobą. Wszystko się zmienia i wymaga zaakceptowania [13]. Zarówno sfera fizyczna, jak i psychiczna jest mocno nadszarpnięta. Tego typu sytuacje, jak pokazuje wiele badań, wymagają uwzględnienia w procesie leczenia wsparcia od osób najbliższych i personelu medycznego. Prowadzi to do szybszej i długotrwałej remisji choroby, podnosi poziom adaptacji do danej

sytuacji i akceptacji choroby, co wiąże się ze wzrostem jakości życia [1, 10–12]. Podobne refleksje wysnuto na podstawie własnych badań. Pacjenci korzystający z grup wsparcia wykazali najwyższy wynik ( $M = 22$ ), co odpowiada średniemu poziomowi zadowolenia z życia. Osoby, które same radzą sobie z chorobą i nie korzystają z pomocy innych, wykazały niższy wynik [18, 91], ale także plasujący się na średnim poziomie satysfakcji z życia. Najniżej na poziomie niskim ( $M = 13$ ) swoją satysfakcję określiła osoba, która uczęszczała na spotkania grup wsparcia, zdaniem której spotkania te nie spełniały jednak jej oczekiwań.

Wyniki badań skłaniają do refleksji, jak choroba Leśniowskiego-Crohna może wpływać na poziom jakości życia. Jest to choroba przewlekła, która już z dniem rozpoznania znacząco wpływa na postawę pacjenta. Udzielając wsparcia, wskazówek zdrowotnych, poszerzając wiedzę chorych oraz udzielając informacji na temat grup wsparcia, możemy, jako profesjonalści zdrowia, poprawiać jakość życia tej grupy pacjentów [4, 13]. Chory musi mieć wrażenie, że nadal jest ważny w swoim otoczeniu i w społeczeństwie.

## Wnioski

1. Ogólny poziom satysfakcji z życia wszystkich respondentów kształtował się na poziomie przeciętnym.
2. Nieliczny odsetek badanych wskazał na dolny pułap wysokiej satysfakcji z życia.
3. Niską satysfakcję z życia deklarowały kobiety, chorzy z niższym wykształceniem, chorujący 1–5 lat, z ciężką postacią choroby i mieszkające na wsi.
4. Młodszy wiek rozpoznania choroby (do 30 rż.) wiązał się z niższym zadowoleniem z własnych osiągnięć i warunków życia.
5. Aktywne uczestnictwo chorych w grupach wsparcia sprzyja większej satysfakcji z życia.

## Piśmiennictwo

1. Rydzewska G. Choroba Leśniowskiego – Crohna – 100 lat diagnostyki i terapii. Wydawnictwo Termedia. Poznań 2008; 37 – 44: 51 – 72:113 – 123.
2. Dalkey NC, Rourke DL. The Delphi procedure and rating quality of life factors. Univ. California LA. ; 1972.
3. Górna K, Suwalska A. Badania jakości życia w psychiatrii. W: Wołowicka L. red. Jakość życia w naukach medycznych. Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w niu. Pozna. ; 2001: 158–176.
4. De WaG. Wykorzystywanie badania jakości życia w psychiatrii. Pamiętnik VII ich Dni Leczenia Psychiatrycznego. Gdańsk. ; 1993.
5. Torrance GW. Utility approach to measuring health-related quality of life. J Chronic Dis. 1987; 40(6): 593–603, indexed in Pubmed: [3298297](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3298297/).
6. Talarska D. Pielęgniarstwo internistyczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Opieka pielęgniarska nad osobami z chorobami układu pokarmowego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa. ; 2011: 147.

7. Juczyński Z. NPPPZ – Narzędzia pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia, Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa. ; 2009: 127.
8. Andrzejewska J, Talarska D. Jakość życia osób z chorobą Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. Analiza porównawcza. *Prz Gastroenterol.* 2009; 4 (5): 88–92. : 251–255.
9. Cegła B, Bartuzi Z. Badania jakości życia w naukach medycznych. *Pol Med Rodz.* 2004; 6: 124–128.
10. Perek M, Cepuch G. Poziom wiedzy i jakość życia młodzieży chorej na nieswoiste choroby zapalne jelit. Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa. Wydział Nauk o Zdrowiu CM UJ. Kraków 2014r.
11. Sęk H, Pasikowski T. Jakość życia i zdrowia a sens koherencji w kontekście społecznym. W: Wołowicka L. red. *Jakość życia w naukach medycznych.* Poznań 2001;17-29.
12. Jakubowska-Burek L, Warmuz-Stangierska I. Ocena jakości życia u polskich i amerykańskich pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit. *Prz Gastroenterol.* 2011; 6(6): 388–400.
13. Saxena S, Orley J. WHOQOL Group. Quality of life assessment: The world health organization perspective. *Eur Psychiatry.* 1997; 12 Suppl 3: 263s–6s, doi: [10.1016/S0924-9338\(97\)89095-5](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)89095-5), indexed in Pubmed: 19698578.