

## POZIOM SATYSFAKJI Z ŻYCIA I POCZUCIA WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI W GRUPIE PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH NA ODDZIALE CHIRURGICZNYM

### The level of life satisfaction and self-efficacy in the group of patients hospitalized in the surgical ward



Elżbieta Kozłowska, Katarzyna Cierznikowska, Aleksandra Popow, Maria T. Szewczyk

Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu, Polska

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2022; 16(3): 96–101

Praca wpłynęła: 02.09.2022, przyjęto: 18.09.2022

Adres do korespondencji:

dr n. o zdr. **Elżbieta Kozłowska**, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu, Polska, e-mail: ekozłowska25@wp.pl

#### Streszczenie

**Wstęp:** Celem pracy jest określenie poczucia satysfakcji z życia i poziomu poczucia własnej skuteczności w grupie pacjentów hospitalizowanych na oddziale chirurgicznym.

**Materiał i metody:** Badaniem objęto 112 chorych dorosłych będących w okresie okołoperacyjnym (po resekcji jelita) oraz 100-osobową grupę kontrolną.

Badanie polegało na wypełnieniu kwestionariusza własnego, standaryzowanej skali satysfakcji z życia oraz skali uogólnionej własnej skuteczności (GSES).

**Wyniki:** Wśród ankietowanych pacjentów kobiety stanowiły 51% (109 osób), a mężczyźni 49% (104 osoby). Brak podstaw do stwierdzenia zależności płci jako zmiennej ( $p = 0,169$ ). Wiek badanych osób wahał się 19–92 lata. Najmłodszą grupę stanowili pacjenci z chorobami zapalnymi jelit, średnia wieku  $x = 38,976 \pm 14,4$ . Mediana w grupach różniła się istotnie ( $p = 0,000$ ). Stopień satysfakcji z życia determinowany jest przez wiek i wykształcenie. W badaniach własnych wiek miał kluczowy wpływ na zadowolenie. Im starszy respondent, tym jego satysfakcja z życia niższa ( $p < 0,001$ ). W wyniku analizy GSES okazało się, że 123 badanych (56%) prezentowało wysoki poziom poczucia własnej skuteczności, poziom przeciętny 25 osób (12%), a niski 65 (32%) ankietowanych.

**Wnioski:** Stopień satysfakcji z życia determinowany był przez wiek i wykształcenie. Im wyższy poziom wykształcenia, tym większa satysfakcja z życia badanych. Im starszy respondent, tym jego satysfakcja z życia była niższa. Wysoką własną skutecznością charakteryzowali się ankietowani z wyższym wykształceniem, aktywni zawodowo. Niska własna skuteczność najczęściej współwystępowała w grupie rencista/emeryta.

**Słowa kluczowe:** satysfakcja z życia, choroby jelit, skuteczność własna.

#### Summary

**Introduction:** To determine the sense of life satisfaction and the level of self-efficacy in the group of patients hospitalized in the surgical ward.

**Material and methods:** The study involved 112 adult patients, in the perioperative period, after bowel resection procedures, and a 100-person control group.

The study consisted in completing a self-questionnaire, the Standardized Life Satisfaction Scale (SWLS), and the Generalized Self-Efficacy Scale (GSES).

**Results:** Among the surveyed patients, women constituted 51% and men 49%. The age of the respondents varied, ranging from 19 to 92 years. The youngest group were patients with inflammatory bowel diseases, with a mean age of  $38.976 \pm 14.4$  years. The median in the groups differed significantly ( $p = 0.000$ ). The degree of life satisfaction is determined by age and education. In the authors' own research, age had a key influence on satisfaction. The older the respondent, the lower their satisfaction with life ( $p < 0.001$ ). As a result of the GSES analysis, it turned out that 123 (56%) of the respondents showed a high level of self-efficacy, an average level was reached by 25 (12%), and a low level by 65 (32%).

**Conclusions:** The degree of satisfaction with life was determined by age and education. The higher the level of education, the greater the life satisfaction of the respondents. The older the respondent, the lower their satisfaction with life. The professionally active respondents with higher education were characterized by their own high effectiveness. Low self-efficacy most often coexisted in the pensioner/retiree group.

**Key words:** life satisfaction, intestinal diseases, self-efficacy.

## Wstęp

Negatywne skutki choroby stanowią poważne obciążenie dla pacjenta i mają duży wpływ na jego późniejszy dobrostan. Poznawczy komponent dobrostanu pacjenta to inaczej satysfakcja z życia (ang. *satisfaction with life* – SWL). Poziom SWL kształtują obawy o przyszłość, własną atrakcyjność, akceptację partnera, możliwość radzenia sobie w nowej sytuacji i funkcjonowania w wielu aspektach życia [1, 2]. Subiektywne zadowolenie z życia jest efektem porównania swojej sytuacji życiowej z normami, standardami i celami. Jeśli wynik jest pozytywny, doświadcza się sensu życia. Przyjęcie pozytywnej postawy w obliczu choroby sprzyja mobilizacji sił pacjenta, zapobiega obniżeniu jakości życia i oznacza akceptację choroby przewlekłej [3–5].

Celem pracy było określenie SWL i poziomu poczucia własnej skuteczności w grupie pacjentów hospitalizowanych na oddziale chirurgicznym.

## Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w grupie 212 osób dorosłych. Wśród nich było 112 pacjentów po resekcji jelita hospitalizowanych w Klinice Chirurgii. Pozostałe 100 osób stanowili pacjenci, u których podczas diagnostyki endoskopowej wykluczono schorzenia jelit. Wszyscy dobrowolnie wyrazili zgodę na udział w badaniu. Badanie miało charakter prospektywny i polegało na wypełnieniu kwestionariusza własnego, standaryzowanej skali satysfakcji z życia (ang. *the satisfaction with life scale* – SWLS) oraz skali uogólnionej własnej skuteczności (ang. *generalized self-efficacy scale* – GSES). Kwestionariusz oprócz danych demograficznych zawierał pytania szczegółowe i wypełniany był na podstawie wywiadu z chorym, obserwacji badacza oraz wglądu do dokumentacji medycznej.

Do pomiaru satysfakcji z życia wykorzystano skalę SWLS opracowaną przez Dienera (adaptacja Luczyńskiego). Można ją stosować do badań zarówno zdrowych, jak i chorych osób dorosłych. Zbudowana jest z 5 określeń wskazujących ogólny stan zadowolenia z dotychczasowego życia, na które osoba badana udziela odpowiedzi: 1 – zupełnie nie zgadzam się, 2 – nie zgadzam się, 3 – raczej nie zgadzam się, 4 – ani się zgadzam, ani nie zgadzam, 5 – raczej zgadzam się, 6 – zgadzam się, 7 – całkowicie zgadzam się. Zakres wyników mieści się w przedziale 5–35 pkt. Im wynik wyższy, tym większa satysfakcja z życia [5–6]. Współczynnik  $\alpha$ -Cronbacha dla badania SWLS w grupie 212 osób okazał się zadowalający – 0,848, dla porównania: w oryginalnej wersji było 0,81 [5].

Skala uogólnionej własnej skuteczności stosowana jest w przypadku badań zdrowych i chorych osób dorosłych. Służy do mierzenia siły przekonania jednostki co do umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach i pozwala przewidzieć działania w różnych obszarach ak-

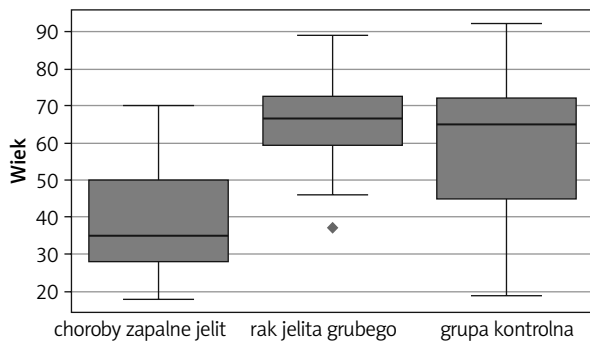
tywności ludzkiej. Kwestionariusz składa się z 10 pytań na czterostopniowej skali: od 1 (nie) do 4 (tak). Suma jest ogólnym wynikiem poczucia własnej skuteczności i przyjmuje wartości 10–40. Im wynik wyższy, tym poczucie własnej skuteczności większe. Rzetelność skali jest wysoka –  $\alpha$ -Cronbacha dla niniejszego badania wyniosło 0,956, a w oryginalnej wersji 0,85 [5–7].

Analiza statystyczna danych opierała się na metodach opisowych i analitycznych. Obliczono średnią (M), odchylenie standardowe (SD), minimum (Min.) i maksimum (Maks.) oraz medianę (Me). Uzyskane wyniki przedstawiono procentowo. Analizy rzetelności dokonano z zastosowaniem testu  $\alpha$ -Cronbacha. W celu sprawdzenia normalności rozkładu danych zastosowano test Shapiro-Wilka. Porównania średnich z niezależnych od siebie grup wykonano testem t-Studenta. Powiązania zmiennych ilościowych badano za pomocą współczynnika korelacji r-Pearsona, a test korelacji rang Spearmana wykorzystano w sytuacji, gdy obie lub jedna ze zmiennych nie posiadała cech rozkładu normalnego lub skali ilorazowej. Wszystkie analizy wykonano, przyjmując poziom istotności 0,05. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej.

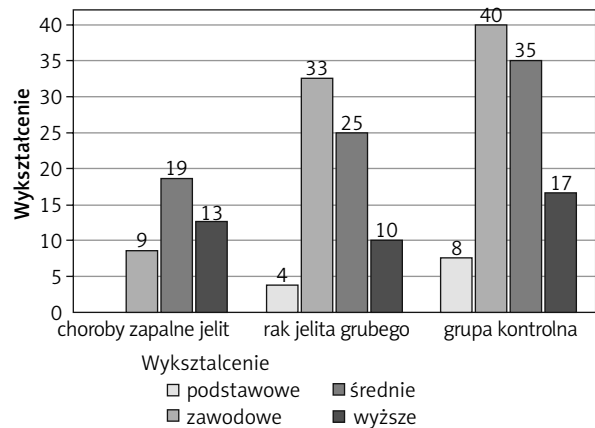
## Wyniki

Badania przeprowadzono na grupie 212 osób. Ankietowanych podzielono na mniejsze grupy. Wśród chorych hospitalizowanych po zabiegach chirurgicznych wyróżniono dwie podgrupy. Pierwszą z nich stanowili chorzy z chorobami zapalnymi jelit (ChZJ) – 19%, a drugą chorzy z rakiem jelita grubego (RJG) – 34%. Pozostałe 47%, to osoby, u których w wyniku diagnostyki wykluczono schorzenia jelit. Dla potrzeb badania była to grupa kontrolna (GK). Przeanalizowano dane demograficzne. Wśród ankietowanych kobiety stanowiły 51% (109 osób), a mężczyźni 49% (104 osoby). Brak było podstaw do stwierdzenia zależności płci jako zmiennej ( $p = 0,169$ ). Wiek badanych osób był zróżnicowany i wahał się 19–92 lat. Najmłodszą grupę stanowili pacjenci z ChZJ ze średnią wieku  $x = 38,976 \pm 14,4$ . Mediana w grupach różniła się istotnie ( $p = 0,000$ ) (ryc. 1). Najwięcej badanych (56%) mieszkało w miastach powyżej 100 tys. Zmienna ta nie była istotna statystycznie ( $p = 0,059$ ). Pod względem wykształcenia najliczniejszą grupę stanowili badani z wykształceniem zawodowym (37%), najmniejszą z wykształceniem wyższym (12%). Zależność ta była istotna statystycznie ( $p = 0,040$ ) (ryc. 2). W ocenie sytuacji zawodowej badanej grupy 53% respondentów posiadało status rencisty/emeryta, natomiast osoby aktywne zawodowo stanowiły 42% (tab. 1). Zmienna ta wykazała istotną zależność ( $p < 0,001$ ).

Kolejną zmienną poddaną analizie, która okazała się zależna statystycznie ( $p = 0,003$ ), był stan cywilny ankietowanych. Najwięcej osób było w związku małżeńskim, mniejsze grupy stanowiły osoby samotne.



Ryc. 1. Wiek ankietowanych osób



Ryc. 2. Wykształcenie ankietowanych osób

Tabela 1. Status zawodowy ankietowanych osób

Grupa	Aktywny zawodowo	Bezrobotny	Rencista/emeryt	Uczeń/student
GK	42	2	54	2
ChZJ	25	3	9	4
RJG	22	1	49	0

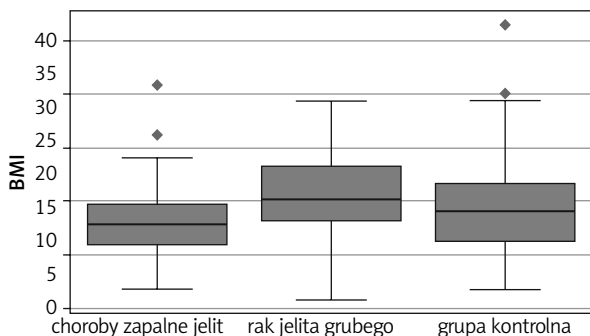
ChZJ – choroby zapalne jelit, GK – grupa kontrolna, RJG – rak jelita grubego

Analizując masę ciała i wzrost ankietowanych, uzyskano wyniki, które pomimo różnic nie wykazywały istotności statystycznej (odpowiednio  $p = 0,436$  i  $0,153$ ). Istotne natomiast różnice stwierdzono w wartościach wskaźnika masy ciała (ang. *body mass index* – BMI) dla poszczególnych grup ( $p = 0,003$ ). Osoby z ChZJ osiągały najniższe wartości wskaźnika BMI, grupy GK i RJG plasowały się na zbliżonym poziomie. Istotną statystycznie różnicę uzyskano tylko w medianach pomiędzy grupami ChZJ vs RJG (ryc. 3).

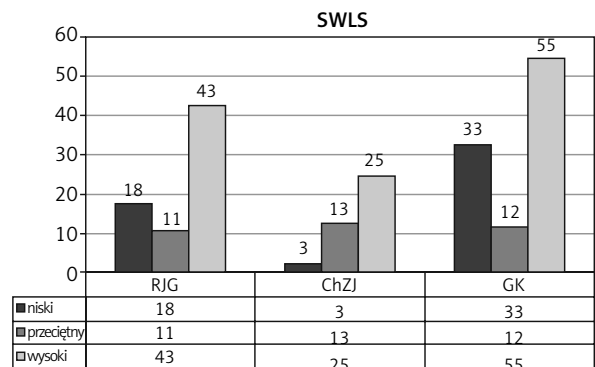
Pomiaru stopnia satysfakcji z życia dokonano za pomocą skali SWLS. W całej ankietowanej grupie 70 osób zaznaczyło odpowiedź „zadowolony”, 68 „raczej zadowolony” i 55 „raczej niezadowolony”. Wyniki przekształcone zostały kolejno na jednostki standaryzowane, a do interpretacji zastosowano skalę stenową. Liczba punktów w granicach 1–4 stena traktowano jako niskie, 7–10 jako wysokie, a pośrednie 5–6 jako przeciętne. W ogólnej liczbie wysoki wynik uzyska-

ły 123 osoby (58%), przeciętny 36 osób (17%) i niski 54 osoby ankietowane (25%). W podziale na poszczególne grupy wysoki wynik uzyskało 55/100 osób z GK, 43/72 z RJG i 25/41 z ChZJ. Niski wynik na skali satysfakcji osiągnęło 18/72 osób z grupy z RJG, 3/41 z ChZJ i 33/100 osób z GK. W grupach osób chorych lepszy wynik na skali miały osoby z RJG w porównaniu z pacjentami z ChZJ. Zależność ta jest istotna statystycznie ( $p = 0,005$ ). Uzyskane wyniki obrazuje rycina 4.

Najliczniejszą grupę zadowolonych z życia stanowiły osoby z wykształceniem średnim (51/79) i wyższym (29/40). Wynik  $\chi^2$  ( $< 0,001$ ) świadczy o tym, że mamy podstawy sądzić, że występuje istotna zależność między SWLS a wykształceniem. Płeć i miejsce zamieszkania nie miały istotnego wpływu na stopień satysfakcji z życia. Wyniki przedstawione zostały w tabeli 2. Osoby w wieku

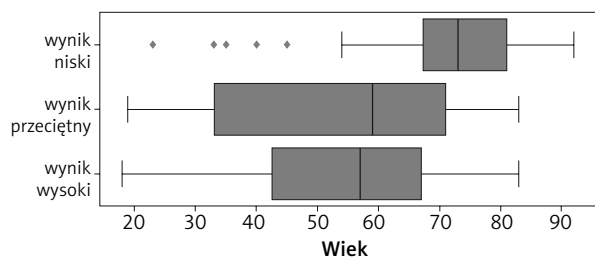


Ryc. 3. Wskaźnik masy ciała ankietowanych osób



ChZJ – choroba zapalna jelit, GK – grupa kontrolna, RJG – rak jelita grubego, SWLS – skala satysfakcji z życia (ang. the satisfaction with life scale)

Ryc. 4. Stopień satysfakcji z życia

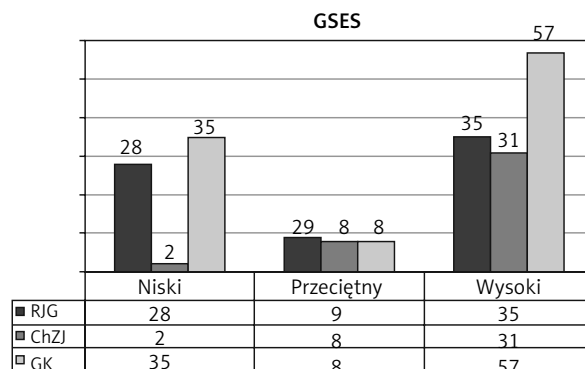


Ryc. 5. Wpływ wieku na stopień zadowolenia z życia

powyżej 50. lat to osoby najmniej zadowolone z życia. Wynik testu Kruskala-Wallisa świadczy o tym, że występuje istotna różnica ( $p < 0.001$ ) w wieku osób w zależności od stenu SWLS (ryc. 5).

Poczucie własnej skuteczności to przekonanie, że dzięki działaniom własnym jednostka ma możliwość uzyskania zamierzonego efektu, co jest szczególnie ważne w przypadku radzenia sobie z trudnościami wynikającymi z przewlekłej choroby. Może ono albo zniechęcać, albo motywować jednostkę do działania. Pomiaru poczucia własnej skuteczności dokonano za pomocą skali GSES. Wynik surowy uzyskany z danych skali przekształcono na jednostki standaryzowane i interpretowano następnie w skali stenowej. Wyniki w granicach 1–4 stena (10–24 pkt) traktuje się jako niskie, 5–6 stena (25–29 pkt) jako przeciętne, a 7–10 stena (30–40 pkt) jako wysokie. W wyniku analizy GSES okazało się, że 123 (56%) badanych prezentowało wysoki poziom poczucia własnej skuteczności, poziom przeciętny osiągnęło 25 (12%), a niski 65 (32%) ankietowanych. W podziale na grupy natomiast wysokie poczucie własnej skuteczności prezentowało 31 osób z ChZJ, 35 z RJG i 57 z GK. Przeciętne poczucie własnej skuteczności odpowiednio (8/9/8), niskie natomiast 2 osoby z ChZJ, 28 z RJG i 35 z GK (ryc. 6). Pomiędzy zmiennymi istniała znacząca statystycznie zależność ( $p = 0.001$ ).

Z analizy korespondencji przedstawionej na wykresie (ryc. 7) wynika, że wysoka własna skuteczność najczęściej współwystępuje z wykształceniem wyższym



ChZJ – choroba zapalna jelit, GK – grupa kontrolna, GSES – skala uogólnionej własnej skuteczności (ang. *generalized self-efficacy scale*), RJG – rak jelita grubego

Ryc. 6. Poczucie własnej skuteczności

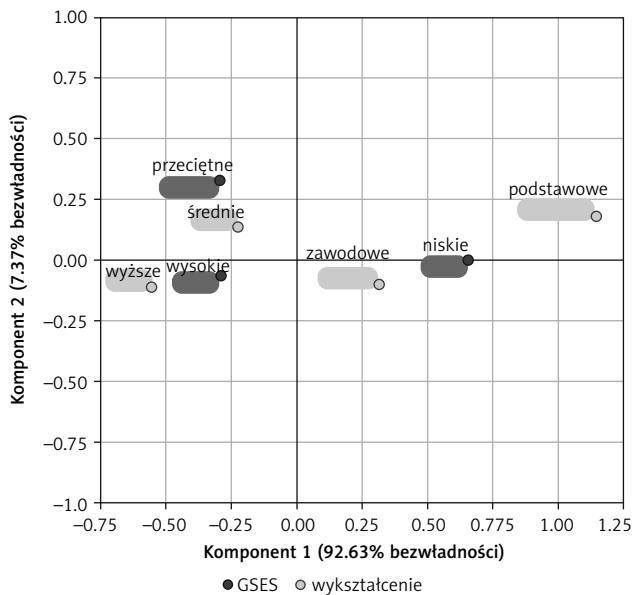
i średnim. Najbardziej typową odpowiedzią dla osób z wykształceniem średnim jest „przeciętne”. Świadczy to o tym, że im wyższe wykształcenie, tym lepsze poczucie własnej skuteczności i odwrotnie ( $p < 0.001$ ). Odpowiedzi zamężna/żonaty oraz rozwiedziona/rozwiedziony leżą najbliżej punktu 0,0, co świadczy o tym, że są to najmniej „nacechowane” odpowiedzi. Niski GSES występuje najczęściej u wdów/wdowców (ryc. 8). Wynik ten jest istotny statystycznie ( $p < 0.001$ ). Analizując status zawodowy, niska własna skuteczność najczęściej współwystępuje w grupie rencista/emeryt, wysoka u osób aktywnych zawodowo. Przeciętny wynik jest najbardziej podobny do osób bezrobotnych  $p < 0.001$  (ryc. 9).

## Dyskusja

Choroba przewlekła ujawniająca się często nagle i podstępnie oraz ograniczająca codzienne funkcjonowanie, co uzależnia od osób trzecich, jest dla chorego bardzo trudna do zaakceptowania. Przeprowadzone badania dowiodły, że osoby z RJG i powikłaną ChZJ poddane procedurom zabiegowym zmagają się z wieloma problemami i trudnościami. Uzyskane wyniki badań

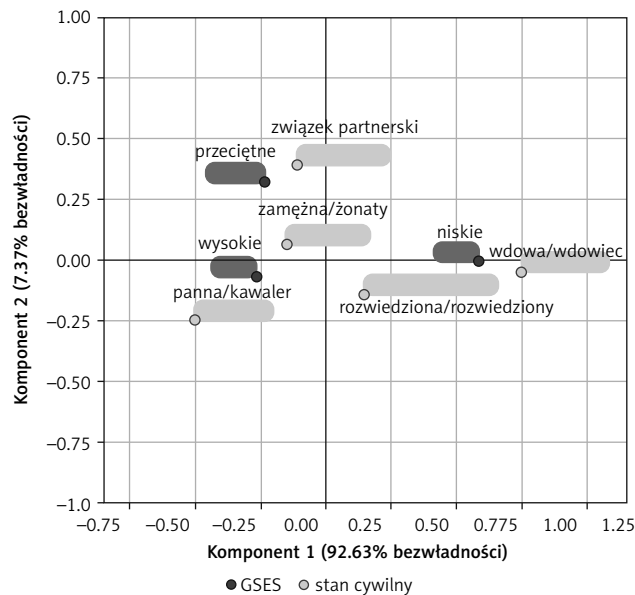
Tabela 2. Wpływ wybranych zmiennych na satysfakcję z życia

Zmienna		Wynik niski	Wynik przeciętny	Wynik wysoki	<i>p</i>
Płeć	Kobieta	24	21	64	0,416
	Mężczyzna	30	15	59	
Miejsce zamieszkania	Miasto > 100 tys.	35	20	65	0,567
	Miasto 20–100 tys.	5	4	10	
	Miasto < 20 tys.	3	4	20	
	Wieś	11	8	28	
Wykształcenie	Podstawowe	11	0	1	< 0.001
	Zawodowe	30	10	42	
	Średnie	10	18	51	
	Wyższe	3	8	29	



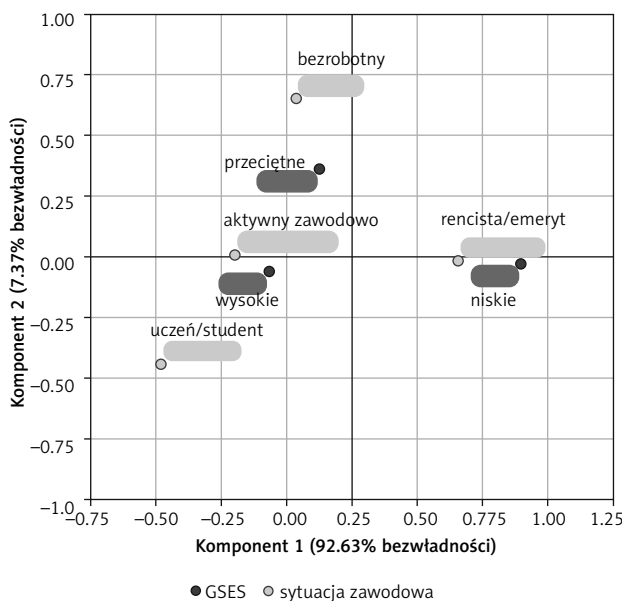
GSES – skala uogólnionej własnej skuteczności (ang. *generalized self-efficacy scale*)

**Ryc. 7.** Skala uogólnionej własnej skuteczności a wykształcenie



GSES – skala uogólnionej własnej skuteczności (ang. *generalized self-efficacy scale*)

**Ryc. 8.** Skala uogólnionej własnej skuteczności a stan cywilny



GSES – skala uogólnionej własnej skuteczności (ang. *generalized self-efficacy scale*)

**Ryc. 9.** Skala uogólnionej własnej skuteczności a sytuacja zawodowa

wskazały, że lepszą satysfakcją z życia osiągały osoby z RJG, gorszą z ChZJ. Długotrwała choroba powoduje dyskomfort fizyczny i psychiczny i sprawia, że pacjenci zamykają się w sobie oraz zaczynają się izolować od świata i ludzi. Poniekąd znajduje to odzwierciedlenie w pogorszającej się sytuacji zawodowej i materialnej chorego. W badaniach przeprowadzonych przez Schiesel i wsp. pacjenci, u których została wyłoniona stomia

jelitowa, najczęściej za główną przyczynę dysfunkcji fizycznych podają zabieg chirurgiczny [8]. Podobne wyniki opublikowali Ma i wsp. [9] oraz Gliška i wsp. [10]. W przebadanej przez Michalak i wsp. 30-osobowej grupie chorych z wyłonioną stomią jelitową 30% osiągnęło wysoki poziom satysfakcji z życia, 40% przeciętny, a 30% niski [11]. Podobne wyniki przedstawili Reczek i wsp. Spośród 174 osób z zaimplantowanym kardiowerterem 34,5% prezentowało wysokie poczucie satysfakcji z życia, 39,6% średnie i 25,9% niskie [12]. Potwierdzają to wyniki badań Polańskiego i wsp. W 250-osobowej grupie chorych z rakiem płuca 28,8% prezentowało wysoki, 43,9% umiarkowany i 27,2% niski poziom zadowolenia z życia [13].

Sposób zmagania się z negatywnymi konsekwencjami i poziom satysfakcji z życia wśród badanych uzależniony może być od czynników socjodemograficznych. Badania przeprowadzone w grupie chorych z ChZJ hospitalizowanej na oddziale chirurgicznym dowiodły, że stopień satysfakcji z życia determinowany jest przez wiek i wykształcenie. W badaniach własnych wiek miał kluczowy wpływ na zadowolenie. Im starszy respondent, tym jego satysfakcja z życia niższa ( $p < 0.001$ ). W literaturze można znaleźć wyniki badań, które różnią się i wskazują na rosnący poziom zadowolenia z życia ankietowanych wraz z ich wiekiem. Na większą satysfakcję z życia wśród osób starszych prawdopodobnie ma wpływ bogate doświadczenie życiowe i osiągnięcie stabilizacji materialnej, rodzinnej i zawodowej [14–17]. Zaobserwowano również korelację między poziomem wykształcenia a stopniem zadowolenia z życia. Im wyższy poziom wykształcenia, tym większa satysfakcja

z życia. Potwierdzają to Janiszewska i wsp. w badaniach przeprowadzonych w grupie kobiet leczonych z powodu osteoporozy [18].

Wyniki badań własnych wskazują, że grupa ankietowanych prezentowała wysoki poziom poczucia własnej skuteczności. W grupach osób z chorobami jelit wyższym poczuciem własnej skuteczności cechowały się osoby z ChZJ w porównaniu z pacjentami z RJG. Wyniki uzyskane przez Guzińską i wsp. w badaniach dotyczących poczucia własnej skuteczności w grupie chorych kardiologicznych po pomostowaniu aortalno-więcowym leczonych sanatoryjnie są takie same [19]. Podobnie w badaniach Rogali i wsp. w grupie pacjentek z rakiem szyjki macicy poziom GSES wyniósł 30,83, co świadczy o wysokim poziomie poczucia skuteczności [20]. W grupie osób z otyłością olbrzymią badanych przez Sekułę i wsp. wynik był również wysoki [21]. Natomiast w badaniach przeprowadzonych przez Majdę i wsp. w grupie chorych z POCHP poziom skuteczności był o wiele niższy i wynosił 23,8% [22]. Być może wpływ na wynik miał fakt, iż badania prowadzono w fazie zaostrzenia choroby. Analizując wybrane dane socjodemograficzne, zauważa się, że na poziom własnej skuteczności znaczący wpływ ma wykształcenie, stan cywilny i sytuacja zawodowa. Skuteczność własna rośnie wraz z wyższym wykształceniem ankietowanego, aktywnością zawodową oraz trwaniem w związku małżeńskim. Hanania i wsp. potwierdzili, że poczucie własnej skuteczności jest ściśle związane z poziomem wykształcenia oraz statusem ekonomicznym rodziny [23]. Tylko u Rogali i wsp. lepszy status materialny korelował z wyższym GSES [20].

## Wnioski

Stopień satysfakcji z życia determinowany jest przez wiek i wykształcenie. Im wyższy poziom wykształcenia, tym większa satysfakcja z życia badanych. Im starszy respondent, tym jego satysfakcja z życia niższa.

Wysoką własną skutecznością charakteryzowali się chorzy z wyższym wykształceniem, aktywni zawodowo.

Niska własna skuteczność najczęściej współwystępowała w grupie pacjentów o statusie rencista/emeryt.

*Autorki deklarują brak konfliktu interesów.*

## Piśmiennictwo

- Dziedzic B, Sienkiewicz Z, Leńczuk-Gruba A, Idzik A, Fidecki W, Wysockiński M. The quality of life of patients with an intestinal stoma. *Surg Vasc Nurs* 2019; 13: 100-106.
- Dziki Ł, Szymczak D, Głinska J, Dziki A. Poziom satysfakcji życiowej u osób ze stomią jelitową a kontrola emocji. *Probl Pielęg* 2016; 24: 8-13.
- Kurpas D, Czech T. Akceptacja choroby pacjentów z cukrzycą oraz jej wpływ na jakość życia i subiektywną ocenę zdrowia. *Fam Med Primary Care Rev* 2012; 14: 383-388.
- Pawlik M, Kaczmarek-Borowska B. Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii. *Przegl Med Uniw Rzesz Nar Inst Lek* 2013; 2: 203-211.
- Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2001.
- Jakubowska E, Jakubowski K, Cipora E. Satysfakcja z życia chorych z cukrzycą. *Probl Hig Epidemiol* 2010; 91: 308-313.
- Nowak G, Pawlas K, Duda S, Kulik A, Nowak D. Poczucie własnej skuteczności a zachowania zdrowotne i satysfakcja z życia studentów dietetyki. *Psychol Rozw* 2018; 23: 83-95.
- Schiessel R, Novi G, Holzer B i wsp. Technique and long-term results of intersphincteric resection for low rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 1858-1865.
- Ma L, Teruya-Feldstein J, Weinberg RA. Tumour invasion and metastasis initiated by microRNA-10b in breast cancer. *Nature* 2007; 11: 682-628.
- Glińska J, Jaros A, Lewandowska M, Dziki Ł, Dziki A, Brosowska B. Assessment of the level of satisfaction with life of patients with stoma according to selected demographic factors. *Surg Vasc Nurs* 2014; 8: 128-132.
- Michalak S, Cierzniańska K, Banaszkiewicz Z i wsp. Ocena przystosowania się chorych do życia ze stomią jelitową. *Surg Vasc Nurs* 2008; 3: 91-98.
- Reczek A, Wojdyła-Piekarz J, Kawalec-Kajstura E. Satysfakcja z życia pacjentów z implantowanym kardiowerterem-defibrylatorem. *Hygeia Public Health* 2018; 53: 356-362.
- Polański J, Chabowski M, Świętoniowska Lonc N, Jankowska-Polańska B, Mazur G. Can life satisfaction be considered a predictor of quality of life in patients with lung cancer? *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2020; 24: 11128-11138.
- Hultell D, Gustavsson JP. A psychometric evaluation of the Satisfaction with Life Scale in a Swedish nationwide sample of university students. *Pers Individ Dif* 2008; 44: 1070-1079.
- Chia-Huei W, Grace Y. Analysis of factorial invariance across gender in the Taiwan version of the Satisfaction with Life Scale. *Pers Individ Dif* 2006; 40: 1259-1268.
- Lee H, Hwang S, Kim J, Daly B. Predictors of life satisfaction of Korean nurses. *J Adv Nurs J* 2004; 48: 632-664.
- Mudyn K, Weiss A. Satysfakcja z życia u osób w wieku senioralnym a orientacje życiowe i deklarowane wartości. *Spot Rodz* 2010; 22.
- Janiszewska M, Barańska A, Jędrzych T, Kulik T, Kasperek J, Drop B. The impact of selected factors on acceptance of illness and life satisfaction among female residents of rural areas treated for osteoporosis. *Ann Agric Environ Med* 2019; 26: 592-599.
- Guźnińska K, Kupc A, Borys B. Zasoby odporności na stres w procesie zdrowienia u pacjentów z chorobą niedokrwinną serca. *Via Medica Gdańsk* 2007; 4: 144-152.
- Rogala D, Mazur A, Maślińska M, Krawczak M. Przystosowanie do choroby nowotworowej u pacjentek z rakiem szyjki macicy. *Pielęg Pol* 2016; 2: 170-174.
- Sekuła M, Boniecka I, Paśnik K. Ocena zachowań zdrowotnych, żywieniowych i poczucia własnej skuteczności chorych z otyłością olbrzymią. *Psychiatr Pol* 2019; 53: 1125-1137.
- Majda A, Józefowska H. Zasoby osobiste pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Probl Pielęg* 2009; 17: 283-293.
- Hanania NA, O'Donnell DE. Dusznosc wysiłkowa w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc: konsekwencje fizyczne i psychiczne, niezaspokojone potrzeby i kierunki na przyszłość. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2019; 14: 1127-1138.