

Karolina Konopska¹, Katarzyna Kretowicz², Anna Michalik

¹Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Zarządzania w Pielęgniarstwie, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, Gdański Uniwersytet Medyczny

³Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Gdański Uniwersytet Medyczny

Ocena jakości opieki położniczej na oddziale patologii ciąży

Evaluation of the quality of midwifery care in the department
of the pathology of pregnancy

STRESZCZENIE

Wstęp. Dla prawidłowego przebiegu procesu terapeutycznego, diagnostycznego i leczniczego niezbędne jest zapewnienie wysokiej jakości usług. Wszelkie zaniedbania w tym obszarze prowadzą do zagrożenia podstawowych dla każdego człowieka wartości jakimi są zdrowie i życie, a w przypadku objęcia opieką kobiet ciężarnych dotyczą również rozwijającego się płodu. Z tego też względu holistyczny model opieki położniczej powinien zakładać nie tylko zapewnienie potrzeb pacjenta, ale również udzielanie wysokiej jakości świadczeń.

Cel pracy. Celem pracy była ocena jakości opieki położniczej na wybranym oddziale patologii ciąży.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono w grupie 100 ciężarnych hospitalizowanych w wybranym podmiocie leczniczym województwa pomorskiego, na oddziale patologii ciąży, w okresie od lipca do października 2014 roku. Do oceny jakości opieki położniczej świadczonej na oddziale patologii ciąży wykorzystano zmodyfikowany arkusz BOHIPSZO. Zastosowano metody analizy piśmiennictwa, sondażu diagnostycznego oraz analizy statystycznej.

Wyniki i wnioski. Jakość opieki położniczej w poszczególnych standardach kształtowała się na różnym poziomie. Najlepiej został oceniony standard dotyczący bezpieczeństwa pacjenta (94,61%), najsłabiej natomiast standard o informowaniu pacjenta (67,94%). Współczynnik pielęgnacji całkowitej na badanym oddziale wyniósł 86,55%. Na podstawie analizy kryteriów szczegółowych możliwe jest wyłonienie obszarów opieki realizowanych na wysokim poziomie, jak również tych wymagających poprawy. Ocena jakości opieki położniczej koreluje w poszczególnych standardach z wybranymi cechami charakteryzującymi badaną grupę.

Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23 (4): 465–470

Słowa kluczowe: jakość opieki; opieka położnicza; BOHIPSZO

ABSTRACT

Introduction. Providing a high-quality services is essential for the proper functioning of the therapeutic, diagnostic and therapeutic process. Any negligence in this area leads to the endangerment of values basic and fundamental to every human: health and life and in the case of taking care of pregnant women, it also affects on the developing fetus. For this reason, the holistic model of obstetric care should assume not only ensuring biological, psychological and social needs of the patient, but also the provision of high quality services.

Aim. The aim of the study was to evaluate the quality of midwifery care in a selected ward of pregnancy pathology.

Material and methods. The research material was a group of 100 pregnant women hospitalized in the selected therapeutic entity of Pomeranian Voivodeship, in the ward of pregnancy pathology, in the period from July to October 2014. The method of analysis of literature as well as the method of diagnostic survey were used. To assess the quality of midwifery care provided in the pregnancy pathology ward a modified BOHIPSZO questionnaire was used. Methods of statistical analysis have also been used in the study.

Adres do korespondencji: mgr położnictwa Karolina Konopska, Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Zarządzania w Pielęgniarstwie, Gdański Uniwersytet Medyczny, e-mail: karolina_konopska@op.pl

DOI: 10.5603/PP.2015.0076

Results and conclusions. The quality of midwifery care differs in individual standards. The standard of patient's safety was rated at the highest level (94.61%), while the standard of informing the patient in accordance to her wishes was rated the worst (67.94%). The overall care factor in the tested pregnancy pathology ward was 86.55%. Based on the analysis of individual criteria it is possible to identify areas of care realized at a high level, as well as those needing improvement. The assessment of the quality of midwifery care correlates in individual standards with the chosen characteristics of the studied group.

Nursing Topics 2015; 23 (3): 465–470

Key words: quality of care; midwifery care; BOHIPSZO

Wstęp

W czasach starożytnych Platon określił jakoś (gr. *poiotes*) jako „pewien stopień doskonałości, który jest sądem wartościującym, wyrażonym przez użytkownika”. Arystoteles uważał, że „jakość” jest tym „co sprawia, że rzecz jest rzeczą, którą jest (...)” [1]. Powyższe pojęcia dały podstawę do sformułowania współczesnych definicji określających jakość, których wspólnym mianownikiem jest stwierdzenie, że jakość to zdolność do spełniania oczekiwań i potrzeb odbiorcy [2].

Jakość opieki zdrowotnej to „stopień, do jakiego usługi zdrowotne, zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia pożądanego efektów zdrowotnych oraz wykazują zgodność z profesjonalną wiedzą”. Określenie jakości usług medycznych, odnoszące się bezpośrednio do placówek opieki zdrowotnej, definiuje jakość jako zdolność zakładów ochrony zdrowia i pracującego w nich personelu do realizowania celów ukierunkowanych na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa [3].

Rosnące wymagania świadczeniobiorców oraz wzrost kosztów usług, a tym samym zwiększenie wydatków w szpitalach przyczyniły się do rozwoju konkurencyjności na rynku usług medycznych i zabiegania o pacjenta. Owe zmiany wymagają od podmiotów leczniczych prowadzenia działań na rzecz poprawy jakości oferowanych usług [4]. Na jakość świadczeń udzielanych w podmiotach leczniczych składa się wiele elementów. Jednym z nich jest właściwa, profesjonalna opieka pielęgniarska i położnicza [5].

Prawo do bezpiecznego przebiegu ciąży ma każda kobieta. W warunkach ambulatoryjnych bądź na oddziałach patologii ciąży, powinno być ono realizowane przez wykwalifikowany zespół sprawujący opiekę profilaktyczno-leczniczą [6]. Położne pracujące z kobietą w ciąży przebiegającej nieprawidłowo wykazują troskę o zdrowie i życie zarówno matki, jak i płodu, dbając tym samym o dobro rodziny i społeczeństwa. Wszelkie zaniebdania w obszarze zapewnienia wysokiej jakości opieki prowadzą do zagrożenia fundamentalnych dla człowieka wartości jakimi są zdrowie i życie, a w przypadku objęcia opieką kobiet ciężarnych dotyczą również rozwijającego się płodu [7, 8].

W Polsce najbardziej znanym i najbardziej optymalnym sposobem oceny poziomu jakości opieki pielęgniarskiej jest opracowana przez Lenartowicz metoda BOHIPSZO, która stanowiła podstawę dla przygotowania niniejszej pracy [4].

Przegląd piśmiennictwa wskazuje, że od lat prowadzono badania dotyczące jakości opieki. Większość publikacji odnosi się jednak do opieki świadczonej na oddziałach o specjalnościach pielęgniarskich. Wzrost znaczenia jakości we współczesnym świecie, mniejsze zainteresowanie jakością opieki położniczej oraz specyfika pracy z kobietą ciężarną skłaniają do podjęcia tej tematyki.

Cel

Celem pracy była ocena jakości opieki położniczej na wybranym oddziale patologii ciąży. Sformułowano następujące problemy badawcze:

- jakie są czynniki wpływające na jakość opieki położniczej w opinii badanych?
- jaka jest ocena poszczególnych obszarów opieki położniczej w badanym oddziale oraz globalny poziom jakości świadczonych usług?
- czy wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, aktywność zawodowa, tydzień ciąży, wcześniejsze hospitalizacje na oddziałach patologii ciąży wpływają na ocenę jakości opieki położniczej w badanej grupie?

Material i metody

Badania przeprowadzono w wybranym podmiocie leczniczym województwa pomorskiego, na oddziale patologii ciąży, w okresie od lipca do października 2014 roku.

Ośrodek posiada II stopień referencyjności z zakresu położnictwa i ginekologii. Oddział zapewnia profesjonalną opiekę nad kobietą ciężarną, także w stanie zagrożenia ciąży oraz przygotowanie do porodu. Na przeprowadzenie badań uzyskano pisemną zgodę dyrekcji placówki oraz zgodę poszczególnych pacjentek biorących w nim udział.

W badaniu wzięło udział 100 kobiet przebywających na oddziale patologii ciąży. Średni wiek badanych wyniósł 28,44 lat. Najlicniejszą grupę, bo 36% stanowiły ciężarne w wieku 26–30 lat. W wieku 21–25 lat było 29% ankietowanych, 28% stanowiły pacjentki w przedziale wiekowym 31–35 lat. Siedem procent

Tabela 1. Czynniki wpływające na jakość opieki położniczej w opinii badanych**Table 1.** Factors affecting the quality of obstetric care in the opinion of respondents

Czynniki wpływające na jakość opieki położniczej w opinii badanych	N	%
Kwalifikacje zawodowe położnych	95	95
Kultura personelu	85	85
Wyposażenie oddziału w sprzęt	80	80
Liczba położnych na dyżurze	68	68
Sposób postępowania położnej podczas pielęgnacji	61	61
Organizacja pracy	63	63
Poświęcenie czasu pacjentowi	80	80

miało 36–40 lat. Zdecydowana większość ankietowanych, bo 80% pochodziła z miasta. Na wsi mieszkało 20% badanych kobiet. Najwięcej respondentek posiadało wykształcenie wyższe — 47%, następnie średnie — 32%, zawodowe — 16% i podstawowe — 5%. Ponad połowa badanych, bo 60% była czynna zawodowo. Bezrobotnych respondentek było 24%, na utrzymaniu rodziny 12%, a uczących się 4%. Wśród ciężarnych najwięcej osób było w 38.–42. tygodniu ciąży — 70%, następnie w 32.–37. tygodniu ciąży — 20%, a najmniej, bo 10% do 31. tygodnia ciąży. Pacjentki, które były wcześniej hospitalizowane na oddziałach patologii ciąży stanowiły 66%, a nigdy na oddziałach patologii ciąży nie przebywało 34% badanych.

Użyte metody badawcze, to analiza piśmiennictwa z zastosowaniem klasycznych technik treściowych oraz sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem techniki ankietowej [9]. Na potrzeby badania skonstruowano autorski kwestionariusz ankiety pozwalający na ustalenie zmiennych społeczno-demograficznych oraz poznanie opinii respondentek odnośnie jakości opieki na badanym oddziale. Do pomiaru i oceny jakości opieki położniczej wykorzystano arkusz BOHIPSZO autorstwa Heleny Lenartowicz. Skrót BOHIPSZO pochodzi od pierwszych liter standardów, wyznaczających obszary, które są istotne w opiece pielęgniarskiej:

- Bezpieczeństwo chorego,
- Ochrona przed zakażeniem,
- Hotelowe usługi wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjalnych,
- Informowanie,
- Podmiotowość,
- Samopielęgnacja,
- Zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne,
- Organizowanie i dokumentowanie opieki pielęgniarskiej

W każdym z ośmiu standardów wyszczególniono określoną liczbę kryteriów, którym przypisano wartości punktowe od 1 do 3. Punkty przyznaje się poprzez udzielenie odpowiedzi: „nie jest wymagane”,

„tak” bądź „nie”. Maksymalna liczba punktów do uzyskania podczas pomiaru i oceny jakości opieki pielęgniarskiej u jednej pacjentki wynosi 240. Ocenę poziomu opieki można wyrazić za pomocą współczynnika pielęgnacji, który stanowi procentową wartość, wskazującą w jakim odsetku został osiągnięty poziom opieki świadczonej pacjentowi.

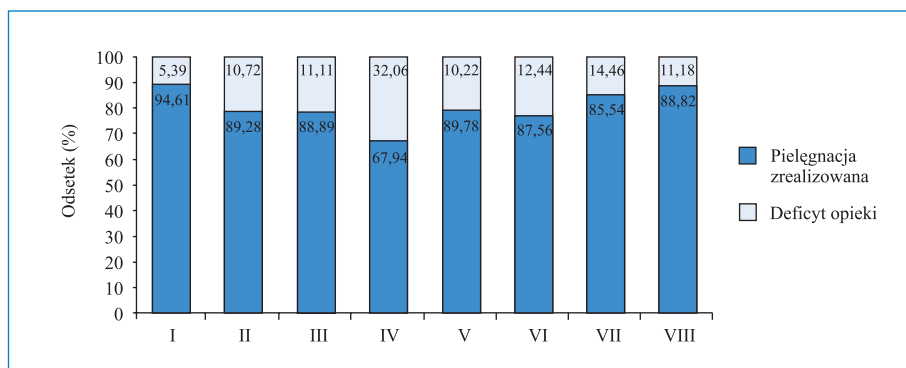
Kierując się obowiązującymi uwarunkowaniami prawnymi i etycznymi, dokonano niezbędnych modyfikacji autorskich, zgodnie z zaleceniami [10].

Statystyczna analiza danych została przeprowadzona przy użyciu pakietu IBM SPSS 20 oraz arkusza kalkulacyjnego Excel 2010. Wykorzystano testy W Shapiro-Wilka, U Manna-Whitneya, Kruskala-Wallisa, Bonferroniego oraz Spearmana [11]. We wszystkich obliczeniach za poziom istotności przyjęto $p < 0,05$.

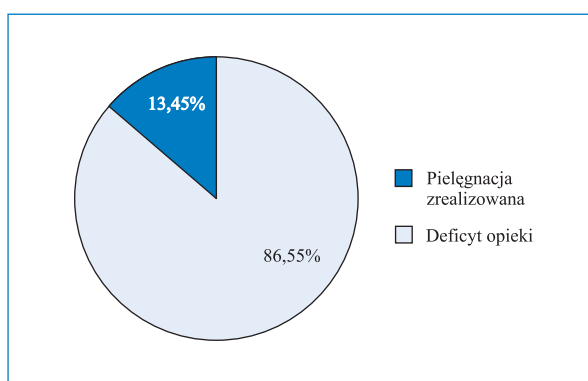
Wyniki

Biorąc pod uwagę czynniki mające wpływ na jakość opieki położniczej na pierwszym miejscu ankietowane wskazały kwalifikacje zawodowe położnych — 95%, następnie kulturę personelu — 85%, czas poświęcony pacjentowi i wyposażenie oddziału w sprzęt — po 80%, liczbę położnych na dyżurze — 68%, organizację pracy — 63% oraz sposób postępowania położnej podczas pielęgnacji — 61%. Wyniki przedstawiono w tabeli 1.

Na rycinie 1 zaprezentowano wartości procentowe współczynnika pielęgnacji oraz deficytu opieki dla poszczególnych standardów arkusza BOHIPSZO. Najlepiej został oceniony standard I: bezpieczeństwa pacjenta (94,61%), następnie V: podmiotowość i godność pacjenta (89,78%), II: ochrona przed zakażeniami (89,28%), III: hotelowe warunki (88,89%), VIII: organizowanie opieki jest sprawne, opieka udokumentowana (88,82%), VI: pacjent jest przygotowany do somoopieki (87,56%) i VII: zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne są profesjonalnie wykonane (85,54%), a najniżej standard IV:



Rycina 1. Wartości procentowe współczynnika pielęgnacji oraz deficytu opieki dla poszczególnych obszarów opieki
Figure 1. Percentages coefficient of care factor and deficit of care for specific areas of care



Rycina 2. Wartości procentowe pielęgnacji zrealizowanej oraz deficytu opieki na oddziale patologii ciąży
Figure 2. Percentages coefficient of realizing care and deficit of care for specific areas of care in the ward of pregnancy pathology

informowanie pacjenta w stopniu zgodnym z jego życzeniem (67,94%).

Na podstawie ośmiu standardów dokonano całościowej, globalnej oceny jakości opieki położniczej na badanym oddziale patologii ciąży. Wartości procentowe pielęgnacji zrealizowanej oraz deficytu opieki dla arkusza BOHIPSZO przedstawiono na rycinie 2.

Badania zależności pomiędzy zmiennymi charakteryzującymi respondentki, a oceną jakości opieki położniczej świadczonej na oddziale patologii ciąży przeprowadzono, opierając się na współczynniku pielęgnacji uzyskanym indywidualnie dla każdej z hospitalizowanych pacjentek zarówno łącznie dla całego kwestionariusza BOHIPSZO, jak i osobno dla każdego standardu.

Analiza statystyczna wykazała, że u pacjentek zamieszkujących miasta, w stosunku do badanych zamieszkujących obszary wiejskie, wyżej oceniono stan-

dard VIII: organizowanie opieki jest sprawne, opieka udokumentowana (współczynnik korelacji U Manna Whitneya = -1,96, $p = 0,05$). Stwierdzono związek pomiędzy wykształceniem ciężarnych a wskaźnikiem pielęgnacji uzyskanym w standardzie VII: zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne są profesjonalnie wykonywane (współczynnik korelacji Kruskala-Wallisa = 7,90; $p < 0,05$). Metoda porównań wielokrotnych Bonferroniego ujawniła, że uzyskano wyższe współczynniki pielęgnacji u respondentek deklarujących wykształcenie średnie, niż u osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym. Ujawniono także związek pomiędzy aktywnością zawodową badanych, a oceną jakości opieki położniczej w standardzie V: podmiotowość, godność pacjenta jest respektowana (współczynnik korelacji Kruskala-Wallisa = 7,98; $p < 0,05$) oraz w standardzie VI: pacjent jest przygotowany do somoopieki (współczynnik korelacji Kruskala-Wallisa = 12,49; $p < 0,05$). Metodą porównań wielokrotnych Bonferroniego wykazano, że opiekę położniczą w standardzie V zrealizowano na wyższym poziomie u respondentek będących na utrzymaniu rodziny i czynnych zawodowo, niż u bezrobotnych. W standardzie VI uzyskano wyższe współczynniki pielęgnacji u respondentek będących na utrzymaniu rodziny i czynnych zawodowo, niż u uczących się. Analiza wykazała na granicy tendencji statystycznej, że jakość opieki położniczej była wyżej oceniana w standardzie VI wśród respondentek, które były w 32.–37. tygodniu ciąży, w stosunku do kobiet, które były w 31. tygodniu ciąży lub niższym (współczynnik korelacji Kruskala-Wallisa = 5,82; $p = 0,054$). Udowodniono, że wyższe współczynniki pielęgnacji otrzymano w standardzie VII: zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne są profesjonalnie wykonywane wśród pacjentek, które nie były wcześniej hospitalizowane na innych oddziałach patologii ciąży (współczynnik korelacji U Manna Whitneya = -2,02; $p < 0,05$).

Pomiędzy pozostałymi grupami i zmiennymi nie uzyskano istotnego statystycznie związku.

Dyskusja

Kontrola jakości powinna być rozpatrywana w kategoriach obiektywnych i dokonywana za pomocą wystandaryzowanych narzędzi. Według Sierpińskiej optymalnym narzędziem do oceny jakości opieki pielęgniarskiej bądź położniczej jest arkusz BOHIPSZO, ponieważ dostarcza on informacji na temat tych obszarów opieki, które są najbardziej istotne. Ocena jakości opieki wyrażona wskaźnikiem procentowym może służyć do porównania otrzymanych wyników [4].

Badania prowadzone przez Gawęł i wsp. wskazują, że według pacjentów na jakość opieki pielęgniarskiej mają wpływ następujące czynniki: kwalifikacje zawodowe pielęgniarek, predyspozycje osobowościowe, dobre wyposażenie oddziału w sprzęt i aparaturę oraz liczba pielęgniarek na dyżurze. W opinii pielęgniarek czynnikami mającymi wpływ na poziom pielęgnowania są: liczba pielęgniarek, wyposażenie oddziału w sprzęt i materiały, kwalifikacje zawodowe, sposób pielęgnowania oraz organizacja pracy [12]. W badaniach własnych, zdaniem pacjentek hospitalizowanych na oddziale patologii ciąży, jakość opieki zależy, według liczby wskazań, od: kwalifikacji zawodowych położnych, kultury personelu, czasu poświęconego pacjentowi, wyposażenia oddziału, liczby położnych na dyżurze, organizacji pracy oraz sposobu postępowania położnej podczas pielęgnacji.

Lorencowicz i wsp. analizowali, na podstawie BOHIPSZO, wybrane uwarunkowania jakości opieki świadczonej pacjentom ze stwierdzeniem rozsianym. Współczynnik pielęgnacji na badanym oddziale wyniósł 84,24%. Najwyżej oceniony został standard II — 98,70%. Najniższą ocenę, bo tylko 58,59% otrzymał standard VI [13]. W badaniach własnych najlepiej ocenianym był standard I — 94,61%. Najniższą wartość uzyskał standard IV — 67,94%. Współczynnik pielęgnacji całkowitej na badanym oddziale patologii ciąży wyniósł 86,55%, co oznacza, że jest on zbliżony do wyników uzyskanych przez Lorencowicz i wsp.

Jakość opieki pielęgniarskiej na oddziałach noworodkowych analizowała Czarnecka, wykorzystując zmodyfikowany arkusz BOHIPSZO. W pierwszej badanej przez autorkę placówce najwyżej oceniono standard III, a najniżej VIII. W drugim ocenianym podmiocie najwyższy współczynnik pielęgnacji uzyskał standard VII, z kolei najniższy otrzymał podobnie, jak w placówce pierwszej standard VIII. Współczynniki pielęgnacji całkowitej wyniosły odpowiednio 90,68% i 89,09% [14]. Globalny współczynnik pielęgnacji w badaniu własnym osiągnął nieznacznie niższą wartość w porównaniu z wynikami otrzymanymi w oddziałach noworodkowych.

Krukowski i wsp. w swojej pracy dokonali oceny jakości opieki pielęgniarskiej w hospicjum stacjonarnym, wykorzystując zmodyfikowany arkusz BOHIPSZO. Najwyższą jakość opieki osiągnięto w standardzie VII — 99,49%, a najniższą uzyskano w standardzie VIII — 73,33%. Globalny współczynnik pielęgnacji wyniósł 91,05% [15].

Oceny związku pomiędzy jakością opieki pielęgniarskiej a satysfakcją pacjenta w terminalnej fazie choroby dokonali Krukowski i współpracownicy w dwóch hospicjach. Badacze do oceny jakości opieki pielęgniarskiej wykorzystali narzędzie opracowane na podstawie arkusza BOHIPSZO. Opiekę pielęgniarską w badanych hospicjach oceniono kolejno na 90,11% i 97,20%. Uzyskano tym samym wartości wyższe niż na badanym oddziale patologii ciąży. W badaniach Krukowskiego najlepiej oceniono standardy II i III. Najniższy wskaźnik pielęgnacji uzyskano w standardach I oraz VIII [16].

Ocena jakości opieki pielęgniarskiej w placówkach opieki paliatywnej była elementem pracy Gaworskiej. Autorka wykorzystwała zmodyfikowane i dostosowane do opieki paliatywnej narzędzie badawcze BOHIPSZO. Średni współczynnik pielęgnacji całkowitej w ocenianych placówkach wyniósł 89,70% [17]. W badaniach własnych ocena jakości opieki położniczej świadczona na oddziale patologii ciąży osiągnęła podobny poziom, bo 86,55%.

W pracy Książek ocenie poddano jakość opieki świadczonej przez pielęgniarki w okresie okołoperacyjnym na podstawie dokumentacji medycznej. W grupie gdańskiej wskaźnik świadczonej opieki osiągnął wartość 70,2%, natomiast w Bydgoszczy 68,9%. Wartości współczynników pielęgnacji uzyskane w badaniach Książek są niższe w porównaniu z wynikami otrzymanymi w niniejszym badaniu. Autorka wykazała w swoim badaniu, że jakość opieki pielęgniarskiej nie jest zależna od wieku, płci, wykształcenia czy czasu pobytu pacjenta w szpitalu. Istnieje jednak istotność statystyczna między jakością opieki pielęgniarskiej a ośrodkiem, w którym jest sprawowana opieka nad pacjentem [18].

Wnioski

1. Najwyższą ocenę jakości opieki położniczej uzyskano w standardzie I dotyczącym zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa (94,61%), a najniższą w zakresie informowania pacjenta (67,94%) — obszar ten stanowi główne pole do wdrożenia działań naprawczych.
2. Opieka położnicza na badanym oddziale była świadczona na wysokim poziomie — globalny współczynnik pielęgnacji osiągnął wartość 86,55%.
3. Miejsce zamieszkania, wykształcenie, aktywność zawodowa, tydzień ciąży, wcześniejsze hospitali-

zacje respondentek na oddziałach patologii ciąży korelują z oceną poszczególnych obszarów opieki, natomiast nie wpływają na globalną ocenę jakości opieki położniczej na badanym oddziale.

4. Badania przeprowadzone w oparciu o narzędzie BOHIPSZO dostarczają informacji niezbędnych dla doskonalenia poziomu jakości opieki położniczej.

Piśmiennictwo

1. Ksykiewicz-Dorota A. Zarządzanie w pielęgniarstwie. Podręcznik dla studentów studiów magisterskich wydziałów pielęgniarstwa oraz wydziałów nauk o zdrowiu. wyd. Czelej, Lublin 2005: 304.
2. Detyna B., Detyna J. Jakość usług medycznych. Ocena statystyczna. Podstawy metodyczne. wyd. Dyfin, Warszawa 2011: 91.
3. Piątek A. Standardy opieki pielęgniarstwiej w praktyce. Przewodnik metodyczny. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999: 8.
4. Sierpińska L. Przegląd narzędzi oceny poziomu pielęgnowania chorego w lecznictwie stacjonarnym. Pielęgniarstwo XXI wieku 2011; 3 (36): 42.
5. Juszczak K., Rykowska I. Rola Naczelnej Pielęgniarskiej w podnoszeniu jakości usług pielęgniarstwiej. Pielęgniarstwo Polskie 2013; 49: 222.
6. Bręborowicz G. H. Cięża wysokiego ryzyka. Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań 2000: 11.
7. Mazurkiewicz B., Cieślak-Osik B. Rola położnej na oddziale patologii ciąży. Położna. Nauka i Praktyka 2010; 1 (9): 53.
8. Tałaj A., Fischer B., Kupcewicz E. Potrzeby i oczekiwania hospitalizowanych ciężarnych z patologią ciąży. Problemy Pielęgniarstwa 2012; 20 (2): 228–232.
9. Lenartowicz H., Kózka M. Metodologia badań w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 98.
10. Lenartowicz H. Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie. Materiały dydaktyczne specjalizacji organizacja i zarządzanie. CEM, Warszawa 1998: 73.
11. Jakubowski J., Kot S. M., Sokołowski A. Statystyka. Wyd. Difin, Warszawa 2011: 245, 299, 474, 477.
12. Gawel G., Twarduś K., Kin-Dąbrowska J., Pyć L. Jakość opieki pielęgniarstwiej na oddziale kardiologicznym. Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16 (4): 339–342.
13. Lorencowicz R., Jasik J., Boczoń A., Przychodźka E., Turowski K. Wydolność samoobsługowa pacjentów ze stwardnieniem rozsianym (SM) a jakość opieki pielęgniarstwiej. Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne 2013; 2 (1): 9–17.
14. Czarnecka A. Jakość opieki pielęgniarstwiej na oddziałach noworodkowych. Praca magisterska, Gdańsk 2011: 17–29; materiał niepublikowany dostępny w: Baza Prac Magisterskich i Licencjackich GUMed.
15. Krukowski J., Kretowicz K., Gaworska-Krzemińska A. Ocena jakości opieki pielęgniarstwiej w hospicjum stacjonarnym. Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18 (3): 299–303.
16. Krukowski J., Gaworska-Krzemińska A., Majkovicz M. Ocena związku pomiędzy jakością opieki pielęgniarstwiej a satysfakcją pacjenta w schyłkowej fazie choroby. Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (3): 282–287.
17. Gaworska A. Ocena związku pomiędzy satysfakcją zawodową, jakością usług pielęgniarstwiej, a jakością życia chorych w stanie terminalnym. Rozprawa doktorska, Gdańsk 2002: 28, 30, 34, 43–47, 57; materiał niepublikowany dostępny w: Czytelnia Główna GUMed.
18. Książek J. Ocena jakości życia chorych na raka płuca i jakości opieki medycznej w okresie okołooperacyjnym. Rozprawa doktorska, Gdańsk 2003: 59–61, 65, 102–104, 183; materiał niepublikowany dostępny w: Czytelnia Główna GUMed.