

Przegląd narzędzi oceny poziomu pielęgnowania chorego w lecznictwie stacjonarnym

Review of instruments for evaluation of the nursing care quality in inpatient care

Lidia Sierpińska

1 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ

AUTOR DO KORESPONDENCJI:
Lidia Sierpińska
1 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ
ul. Al. Racławickie 23
20-904 Lublin
Tel. (81) 718 32 97
Fax: (81) 718 32 77
e-mail: Sierpinska1@wp.pl

STRESZCZENIE

PRZEGŁĄD NARZĘDZI OCENY POZIOMU PIELĘGNOWANIA CHOREGO W LECZNICTWIE STACJONARNYM

Cel pracy. Przedstawienie narzędzi do oceny poziomu pielęgnowania chorego w lecznictwie stacjonarnym na podstawie piśmiennictwa światowego.

Wyniki. Skala QualPaCs (*QualPaCs - The Quality of Patient Care Scale*) pozwala ocenić poziom opieki nad chorym w obszarze bio – psycho – społecznym. Podobnie może posłużyć metoda T. Langford lub instrument RMI-MSV (*Rush Medicus Nursing Process Quality Monitoring Instrument*). Jakość opieki nad chorym w obszarze promocji zdrowia można ocenić narzędziem EQUIHP (*European Quality Instrument for Health Promotion*). Do oceny opieki długoterminowej można wykorzystać kwestionariusz InterRAI, a w domach opieki instrument OIQ (*Observable Indicators Quality*). Jakość opieki pielęgniarskiej pacjentów leczonych onkologicznie można ocenić skalą OPPQNCs (*Oncology Patients' Perception of the Quality of Nursing Care Scale*), w fazie terminalnej instrumentem PQLI (*Palliative Care Quality of Life Instrument*), w nagłych przypadkach przy pomocy skali CECSS (*Consumer Emergency Care Satisfaction Scale*), a pod kątem prawidłowych relacji interpersonalnych między pielęgniarką a pacjentem przy użyciu skali NQS (*Nursing Quality Scale*). Wiarygodnym narzędziem oceny poziomu pielęgnowania w ciągu siedmiu dni tygodnia jest instrument BERNCA (*Basel Extent of Rationing of Nursing Care*). Zaś optymalnym narzędziem do oceny poziomu pielęgnowania w oddziałach szpitalnych jest arkusz BOHIPSZO.

Wnioski. Z przeglądu narzędzi do oceny poziomu pielęgnowania nad chorym w oddziale szpitalnym wynika, że optymalnym instrumentem jest kwestionariusz BOHIPSZO.

Słowa kluczowe:

jakość opieki, kwestionariusz BOHIPSZO

ABSTRACT

REVIEW OF INSTRUMENTS FOR EVALUATION OF THE NURSING CARE QUALITY IN INPATIENT CARE

Aim. Presentation of instruments for evaluation of the nursing care quality in inpatient care based on international literature.

Results. QualPaCs scale (*QualPaCs - The Quality of Patient Care Scale*) allows for the evaluation of the quality of care of a patient from the bio-psychological and social aspects. The T. Langford method or RMI-MSV instrument (*Rush Medicus Nursing Process Quality Monitoring Instrument*) may serve the same purpose. The quality of patient care in the area of health promotion may be assessed by means of the EQUIHP instrument (*European Quality Instrument for Health Promotion*). For the evaluation of long-term care, the InterRAI questionnaire may be used, and in nursing homes - OIQ instruments (*Observable Indicators Quality*). The quality of nursing care of oncologic patients may be assessed by means of the OPPQNCs scale (*Oncology Patients' Perception of the Quality of Nursing Care Scale*), in the terminal phase - by the PQLI instrument (*Palliative Care Quality of Life Instrument*), while in urgent cases - by the CECSS scale (*Consumer Emergency Care Satisfaction Scale*), and from the aspect of proper interpersonal nurse-patient relationships - with the use of the NQS scale (*Nursing Quality Scale*). A reliable tool for the evaluation of the quality of nursing care within seven days of the week is the BERNCA instrument (*Basel Extent of Rationing of Nursing Care*), whereas an optimum instrument for the assessment of the level of nursing care in hospital wards is the BOHIPSZO questionnaire.

Conclusions. The review of instruments for the evaluation of the quality of nursing care in a hospital ward shows that the BOHIPSZO questionnaire is the optimum instrument.

Key words:

quality of care, BOHIPSZO questionnaire

WSTĘP

Tempo przemian w sektorze systemu opieki zdrowotnej w kraju, coraz wyższe koszty usług oraz niskie przychody szpitali zmuszają organizację do efektywnego zarządzania zasobami oraz do podnoszenia jakości świadczeń medycznych. Usługi pielęgniarские stanowią istotny wymiar w zawieranych kontraktach. Wobec powyższego przed kierowniczą kadrą pielęgniariską stają coraz wyższe wymagania, aby doskonalić jakość opieki nad chorym. Troska o jakość opieki pielęgniariskiej jest jednym z zasadniczych warunków powodzenia leczenia, poprawy stanu bio-psycho-społecznego pacjenta oraz świadczy o dobrym zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej.

Opieka nad chorym jest podejściem interdyscyplinarnym, w którym zaangażowanie wszystkich członków zespołu może zagwarantować pacjentowi wysoką jakość świadczeń. Istotnym ogniwem kompleksowej opieki są profesjonalne świadczenia pielęgniariek.

Od lat 80. problem doskonalenia jakości usług medycznych znalazł swój należyty wymiar w polityce zdrowotnej dla Europejskiego Regionu Światowej Organizacji Zdrowia. Zgodnie z dokumentem Światowej Deklaracji Zdrowia – „Zdrowie 21 – Zdrowie Dla Wszystkich w XXI wieku”, wśród wytyczonych 21 celów przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), potrzeba doskonalenia jakości świadczeń medycznych została odzwierciedlona w celu 16. „Zarządzanie jakością opieki”. WHO podkreśla, że w szczególności „... wszystkie kraje powinny stworzyć ogólnokrajowe mechanizmy ciągłego monitorowania i rozwoju jakości opieki ...”. Cel ten może być osiągnięty, jeżeli: „wszystkie placówki opieki zdrowotnej będą ... monitorowały jakość opieki, jako nierozłączną część pracy każdej jednostki opieki zdrowotnej” [1].

Monitorowanie jakości usług należy rozpatrywać, między innymi, w kategoriach oceny obiektywnej udzielanych świadczeń przy pomocy wystandaryzowanych narzędzi z kryteriami oceny poziomu opieki.

Z piśmiennictwa wynika, że od wielu lat były prowadzone szerokie badania nad efektywnością opieki pielęgniariskiej, położniczej w lecnictwie stacjonarnym. Nadal poszukuje się norm, standardów praktyki pielęgniariskiej a następnie miarodajnych metod i narzędzi pomiaru. Zaś kryteria pomiaru oscylują wokół skuteczności, wydajności, słuszności działań oraz zaspakajaniu potrzeb bio – psycho – społecznych leczonych chorych. Uzyskane wyniki podlegają ocenie poziomu świadczonych usług pielęgniariskich i położniczych a także dają podstawy instytucji do wprowadzania zmian organizacyjnych z ukierunkowaniem działań na potrzeby klienta (pacjenta).

CEL PRACY

Przedstawienie narzędzi do oceny poziomu pielęgnowania chorego w lecnictwie stacjonarnym na podstawie piśmiennictwa światowego.

WYNIKI BADAŃ

Pierwsze sformalizowane narzędzia do pomiaru jakości opieki pielęgniariskiej były opracowane w latach 70. ubiegłego stulecia. W Wielkiej Brytanii często wykorzystywano Skalę Jakości Opieki nad Pacjentem (*QualPaCs – The Quality of Patient Care Scale*), która była opracowana w USA. Skalą QualPaCs oceniano 6 grup kryteriów opieki nad chorym:

1. Zaspokojenie psychospołecznych potrzeb indywidualnych pacjentów.
2. Zaspokojenie psychospołecznych potrzeb indywidualnych pacjentów, jako członków grupy.
3. Zaspokojenie potrzeb fizycznych.
4. Zaspokojenie potrzeb ogólnych albo psychospołecznych, albo fizycznych bądź obu grup w tym samym czasie.
5. Komunikowanie.
6. Profesjonalne implikacje, czyli nie działania, które leżą w zakresie odpowiedzialności.

Skalą QualPaCs posługiwały się specjalnie przeszkolone pielęgniarki [2, 3].

Metodą oceny jakości opieki pielęgniariskiej, znaną w latach 70., była metoda T. Langford. Została opracowana przez T. Langford we współpracy z pracownikami naukowo dydaktycznymi Uniwersytetu Texas oraz licznymi pielęgniarkami aktywnymi zawodowo. Autorzy ustalili listę kryteriów oceny, które dotyczyły:

- fizycznych potrzeb pacjenta,
- leczenia i podawania leków,
- duchowych potrzeb,
- emocjonalnych potrzeb,
- nauczania,
- opieki poszpitalnej,
- otoczenia,
- dokumentacji pielęgniariskiej.

Badania metodą T. Langford przeprowadzane były przez wysoko wyszkolony zespół pielęgniarek, który wybierał pacjentów do badań drogą losową [4].

Także w latach 70 – ubiegłego stulecia znanym i dokładnie przetestowanym narzędziem do pomiaru jakości opieki pielęgniariskiej, opracowanym w USA przez Janesa, był instrument RMI-MSV (*Rush Medicus Nursing Process Quality Monitoring Instrument*), który został przetłumaczony, modyfikowany i testowany w wielu krajach do oceny, m.in. jakości opieki krótkoterminowej, poza Polską [5].

Przegląd literatury przedmiotu wskazuje się, że ciągle poszukuje się narzędzi oceny jakości świadczonych usług przez pielęgniarki w różnych obszarach. Przykładem jest Europejskie Narzędzie Zapewnienia Jakości w Promocji Zdrowia – EQUIHP (*European Quality Instrument for Health Promotion*), które jest znane w Europie od kilkunastu lat. Polska wersja narzędzia EQUIHP jest proponowanym instrumentem do oceny jakości usług w obszarach promocji zdrowia oraz do sprawdzenia, czy realizowano podstawowe założenia promocji zdrowia, czy w zarządzaniu odnoszono się do danych. Liczne kryteria jakościowej

oceny realizacji programów promocji zdrowia odnoszą się do czterech obszarów:

1. Ramy zasad promocji zdrowia;
2. Rozwój i wdrażanie projektu;
3. Zarządzanie projektem;
4. Zdolność do podtrzymania [6].

Miernikiem oceny każdego kryterium jest nota „+”, „+/-” lub „-”. Oceny te należy interpretować, że dany program został „osiągnięty”, „częściowo osiągnięty” lub „nie osiągnięty”. Zaprezentowanie narzędzia EQUIHP jako „narzędzia monitorowania i oceniania standardów w obszarze promocji zdrowia” jest istotne dla rozwoju podsystemu pielęgniarstwa z uwagi na to, że jedną z funkcji zawodowych pielęgniarki jest promowanie zdrowia. Ocena świadczeń z zakresu promocji zdrowia jest równoznaczna z oceną poziomu pielęgnowania w odniesieniu do promocji zdrowia [7].

W polityce jakości opieki długoterminowej znalazł zastosowanie system InterRAI. Pierwsze prace nad systemem doskonalenia jakości opieki długoterminowej były prowadzone w USA pod koniec lat 80. Opracowano najpierw ujednolicony formularz oceny pacjenta RAI (*Resident Assessment Instrument*). Dalsze prace dotyczyły standardów opieki długoterminowej. Szerokie zainteresowanie systemem RAI doprowadziło do powstania w 1992 roku międzynarodowego stowarzyszenia InterRAI, którego misją jest poprawa jakości opieki nad osobami starszymi, niedołącznymi i niepełnosprawnymi. Wypracowany system InterRAI zawiera szereg narzędzi:

- kwestionariusze, za pomocą których zbierane są informacje o stanie zdrowia i potrzebach zdrowotnych pacjentów,
- standardy postępowania z opracowywanymi algorytmami,
- wskaźniki jakości opieki (w tym pielęgniarstwa),
- system klasyfikacji pacjentów do grup chorych o podobnych wymaganiach w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej,
- grupy świadczeń – pakiety procedur, które przysługują określonym grupom pacjentów i mają swoją wycenę.

W ocenie jakości sprawowanej opieki długoterminowej system InterRAI spełnia oczekiwania co do rzetelności narzędzia. Opracowane kwestionariusze zawierają wskaźniki jakości opieki nad osobami starszymi w różnych zakładach. Jednocześnie dane zbierane przy użyciu kwestionariuszy InterRAI pozwalają na obliczanie wskaźników jakości opieki. Wartości wskaźników jakości nanoszone są na wykresy, które graficznie obrazują poziom jakości świadczeń w danej organizacji [8, 9, 10].

Przykładem narzędzia do szybkiej oceny (w ciągu 30 minut) jakości opieki pielęgniarstwa wśród chorych w domach opieki jest instrument OIQ (*Observable Indicators Quality*), opracowany przez profesor pielęgniarstwa z Uniwersytetu w Missouri Marilyn Rantz i jej zespół, a zarazem przetestowany w 123 ośrodkach w USA. Instrument zawiera kryteria główne, jak: komunikowanie, ochronę nad osobą starszą, warunki pracy opiekunów, środowisko domu opieki oraz zaangażowanie rodziny w opiekę [11].

Przydatnym narzędziem do badania jakości opieki pielęgniarstwa pacjentów leczonych onkologicznie okazała

się skala OPPQNCs (*Oncology Patients' Perception of the Quality of Nursing Care Scale*), przy pomocy której badano cztery aspekty opieki pielęgniarstwa: szybkość reakcji pielęgniarek, podmiotowe podejście do chorego, koordynację opieki i umiejętności pielęgniarek w opiece nad chorym. Narzędzie było przetłumaczone na wiele języków i znalazło zastosowanie między innymi w Anglii, Stanach Zjednoczonych, Hiszpanii, Finlandii, Arabii [12].

Zaś do oceny jakości opieki pielęgniarstwa w fazie terminalnej opracowano instrument PQLI (*Palliative Care Quality of Life Instrument*), który był testowany w Grecji. Narzędzie, które składa się z 28 pytań obejmuje fizyczne, społeczne, zdrowotne i psychologiczne aspekty życia chorego w fazie terminalnej. Wyniki badań na grupie 120 chorych potwierdzają, że narzędzie jest dostosowane do oceny jakości opieki nad chorych w fazie umierania z powodu zaawansowanego stadium raka [13].

Do oceny jakości opieki pielęgniarstwa w nagłych przypadkach może posłużyć skala CECSS (*Consumer Emergency Care Satisfaction Scale*). Zastosowanie skali CECSS w różnych krajach, jak: w Hiszpanii, Stanach Zjednoczonych, Chinach dowodzi, że jest ona przydatną miarą oceny jakości opieki pielęgniarstwa nad chorym w stanach zagrożenia życia [14].

Wraz ze zmianami organizacji opieki na arenie międzynarodowej wzrasta oczekiwanie pacjentów wobec pielęgniarek pod kątem zapewnienia wysokiego poziomu jakości usług pielęgniarstwa. Z literatury przedmiotu wynika, że umiejętności techniczne pielęgniarek same nie wystarczają do zapewnienia wysokiego standardu opieki. Cenne są również umiejętności interpersonalne, co zostało uwzględnione w skali jakości opieki NQS (*Nursing Quality Scale*). Skala NQS została opracowana na początku XXI. wieku, na Filipinach, na Uniwersytecie w Manili i uwzględnia cztery grupy kryteriów: opieka nad chorym, zaangażowanie pielęgniarek, współczucie i więź, ale jest jeszcze mało rozpowszechniona na świecie i nie znana w kraju. Wśród kryteriów skali NQS są odniesienia do: współczucia, opiekuńczości, zaangażowania w opiekę, cierpliwości, odpowiedzialności w stosunku do innych, wiarygodności, uczciwości i empatii pielęgniarek [15].

W ostatnich latach coraz bardziej obserwuje się zmiany w systemie ochrony zdrowia, a w tym strategię obniżania kosztów, zmniejszanie nakładów na opiekę zdrowotną, skracanie czasu hospitalizacji, zmniejszanie zatrudnienia pracowników medycznych oraz niekorzystny wpływ powyższych czynników na pacjenta a także na wyniki opieki pielęgniarstwa. Powyższe problemy były motywem opracowania narzędzia BERNCA (*Basel Extent of Rationing of Nursing Care*) w celu oceny jakości świadczenia opieki pielęgniarstwa w ciągu siedmiu dni tygodnia z uwzględnieniem powyższych czynników. Narzędzie testowano w pięciu klinikach w Szwajcarii. Badaniem objęto pacjentów (779) oraz pielęgniarki (1338) a następnie analizowano ich wypowiedzi. Udowodniono, że instrument jest bardzo wiarygodny [16].

Problem jakości opieki pielęgniarstwa zainspirował badaczy do opracowania narzędzia oceny kompetencji pielęgniarek – skala SNCRS (*Slater Nursing Competencies Rating Scale*). Z badań wynika, że skala SNCRS jest pomocna

do ukierunkowania rozwoju zawodowego nowo wykwalifikowanych pielęgniarzek oraz poprawy interakcji w relacjach pielęgniarka – pacjent. Ponadto ocena kompetencji pielęgniarzek przy pomocy prezentowanego narzędzia jest wskazana ze względu na to, że pielęgniarka samodzielnie ustala potrzeby chorego w zakresie opieki i winna być przygotowana do szybkiej, zorganizowanej interwencji w stanach zagrożenia życia chorego [17].

Według Lenartowicz przydatnym narzędziem do oceny poziomu pielęgnowania jest arkusz BOHIPSZO. Nazwa pochodzi od pierwszych komponentów istotnych w opiece pielęgniarskiej, tj.: bezpieczeństwo chorego, ochrona przed zakażeniem, hotelowe usługi wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjonalnych, informowanie, podmiotowość, samopielęgnacja, zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne, organizowanie i dokumentowanie opieki pielęgniarskiej. Arkusz oceny BOHIPSZO znalazł zastosowanie w polskim podsystemie pielęgniarstwa w lecznictwie stacjonarnym. Wynik końcowy wyrażony wskaźnikiem procentowym może posłużyć do porównania poziomu pielęgnowania z wcześniejszymi badaniami w oddziałach, bądź badaniami w innych oddziałach lub szpitalach [18,19].

■ DYSKUSJA

Wśród zaprezentowanych narzędzi badawczych do oceny poziomu pielęgnowania chorego najcenniejsze z punktu widzenia pracy są te, które mogą być zastosowane w lecznictwie stacjonarnym. Należy do nich, między innymi, kwestionariusz InterRAI, zawierający kryteria jakości opieki nad osobami starszymi objętymi całodobową opieką w różnych zakładach.

Jakość opieki pielęgniarskiej pacjentów leczonych całodobowo onkologicznie można ocenić przy pomocy skali OPPQNCs (*Oncology Patients' Perception of the Quality of Nursing Care Scale*).

Z punktu widzenia oceny jakości opieki pielęgniarskiej na podkreślenie zasługuje skala NQS (*Nursing Quality Scale*), która uwzględnia kryteria: współczucia, opiekuńczości, zaangażowania w opiekę, cierpliwości, odpowiedzialności w stosunku do innych, wiarygodności, uczciwości i empatii pielęgniarzek.

Cennym narzędziem w doskonaleniu jakości opieki nad chorym w szpitalu jest kwestionariusz BERNCA (*Basel Extent of Rationing of Nursing Care*), który może posłużyć do oceny jakości świadczenia opieki pielęgniarskiej w ciągu siedmiu dni tygodnia.

Przegląd piśmiennictwa zdecydowanie wskazuje, że najbardziej optymalnym narzędziem do oceny poziomu pielęgnowania chorego w oddziałach szpitalnych jest arkusz BOHIPSZO (wg Lenartowicz).

■ WNIOSKI

1. Przegląd piśmiennictwa naukowego dowodzi, że jest wiele wystandaryzowanych narzędzi do oceny poziomu pielęgnowania.
2. Optymalnym narzędziem do oceny poziomu pielęgnowania w lecznictwie stacjonarnym jest arkusz BOHIPSZO (wg Lenartowicz).

3. Zastosowanie powyższego kwestionariusza BOHIPSZO w krajowych oddziałach szpitalnych może być cennym instrumentem doskonalenia jakości opieki nad chorym, gdyż dostarcza danych na temat: bezpieczeństwa chorego, ochrony przed zakażeniem, hotelowych usług wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjonalnych, informowania, podmiotowości, samopielęgnacji, zabiegów leczniczo-pielęgnacyjnych, organizowania i dokumentowania opieki pielęgniarskiej.

■ PIŚMIENICTWO

1. Karski JB.: *Zdrowie 21 – zdrowie Dla Wszystkich w XXI wieku*. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Uniwersyteckie Wydawnictwo „Vesalius”, Fundacja Zdrowia Publicznego, Warszawa – Kraków 2001
2. Wandelt M., Ager J.: *Quality Patient Care Scale*. Appleton-Century-Crofts, New York 1974. [w:] Redfern S. J., Norman I. J.: *Measuring the quality of care. A consideration of different approaches*. J. Adv. Nurs. 1990; 15: 1260-1271
3. Gutyn-Wojnicka A., Dyk D.: *Adaptacja polskiej wersji The New castle satisfaction with Nursing Scale (NSNS)*. Problemy Pielęgniarstwa 2007; 15(2,3): 133-137
4. Lenartowicz H.: *Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie*. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1998
5. findarticles.com/p/articles/mi - dostęp dnia 09 czerwca 2011 r.
6. Tountas Y., Dimitrakaki C., Bollarsc C. (et al): *Evaluating quality in health promotion: The EQUIHP*. Arch Hellen Med. 2007; 24(1): 79-88
7. Krajewski-Siuda K., Kaczmarek K., Van Den Broucke S. (i wsp.): *Czym jest EQUIHP? Prezentacja Polskiego Narzędzia Zapewnienia Jakości w Promocji Zdrowia*. Zdrowie Publiczne 2007; 117(1): 101-107
8. Szczerbińska U.: *Jak poprawić jakość opieki nad ludźmi starszymi*. Służba Zdrowia 2007; 5-8: 26-35
9. Reilly S., Abendstern M., Hughes J., Chailis D. (et al): *Quality in long – term dementia: an assessment of specialist provision*. Ageing and Society 2006; 26(4): 469-668
10. Echtdel MA., Deliens L., Ooms ME. (et al): *Quality of life change and response shift in patients admitted to palliative care units: a pilot study*. Palliative Medicine 2005; 19(5): 381-388
11. Rantz MJ., Zygart-Stauffacher M., Mehr DR., Petroski GF. (et al): *Field testing, end, and psychometric evaluation of a new measure of nursing home care quality*. J Nurs Meas. 2006; 14(2): 129-148
12. Radwin LE., Alster K., Rubin K.: *The development and psychometric testing of the Oncology Patients' Perceptions of the Quality of Nursing care Scale (OPPQNCs)*. Oncology Nursing Forum 2003; 30: 283-290.
13. Mystakidou K., Tsilika E., Kouloulas V. (et al): *„Palliative Care Quality of Life Instrument (PQLI)” in terminal cancer patients*. Health and Quality of Life Outcomes 2004; 2: 8 doi:10.1186/1477-7525-2-8
14. Davis BA., Kiesel CK., McFarland J. (et al): *Evaluating instruments for quality: testing convergent validity of the consumer emergency care satisfaction scale*. Journal Nurs Care Qual. 2005; 20(4): 364-368
15. Mango C.: *Integrating Nursing Quality with Achievement and Aptitude: Towards Assessing Nursing Potential*. The International Journal of Research and Review 2010; 4(37-49): 41
16. Schuberta M., Clarke SP., Glass TR. (et al): *Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse- and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: A correlational study*. International Journal of Nursing Studies 2009; 46(7): 884-893
17. Beecroft PC., Kunzman LA., Taylor S. (et al): *Bridging the gap between school and workplace: developing a new graduate nurse curriculum*. Journal of Nursing Administration 2004; 34(7-8): 338-345
18. Lenartowicz H.: *Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie*. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1998
19. Tekiel D.: *Arkusz BOHIPSZO*. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2007; 3(117): 34-35

Praca przyjęta do druku: 07.07.2011

Praca zaakceptowana do druku: 29.08.2011