

Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum
Wydział Nauk o Zdrowiu

Julia Nawrot

**Satysfakcja z opieki okołoporodowej z perspektywy kobiet – adaptacja
i zastosowanie polskiej wersji skali Quality from Patient Perspective –
Intrapartal**

Praca doktorska

Promotor: dr hab. Agnieszka Gniadek, prof. UJ

Promotor pomocniczy: dr Dorota Matuszyk

Pracę wykonano w: Zakładzie Zarządzania Pielęgniarstwem i Pielęgniarstwa
Epidemiologicznego w Instytucie Pielęgniarstwa i Położnictwa na Wydziale
Nauk o Zdrowiu UJ CM

Kierownik Zakładu: dr hab. Agnieszka Gniadek, prof. UJ

Kraków 2023

Pani Profesor Agnieszce Gniadek,
Promotorowi mojej pracy doktorskiej,
składam najserdeczniejsze podziękowania
za nieustrudzone wsparcie merytoryczne przez wszystkie lata naszej współpracy
oraz ogromną życzliwość

Pani Doktor Dorocie Matuszyk
dziękuję za cenne wskazówki

Składam podziękowania wszystkim położnym,
które zgodziły się wziąć udział w badaniach

Dziękuję moim najbliższym

Spis treści

Wykaz skrótów	10
1. Jakość i satysfakcja pacjenta w medycynie	14
1.1. Jakość opieki medycznej – zarys zagadnienia	14
1.2. Ewaluacja jakości w opiece medycznej	17
1.3. Satysfakcja pacjentów z opieki medycznej- założenia teoretyczne	20
1.4. Pomiar satysfakcji z opieki – cel, rys historyczny, metody i techniki badawcze	23
1.5. Satysfakcja a jakość opieki medycznej z perspektywy pacjenta	25
1.6. Specyfika okresu okołoporodowego w kontekście badania jakości opieki i satysfakcji	27
1.7. Narzędzia badawcze przeznaczone do oceny satysfakcji z opieki okołoporodowej	31
1.8. Dotychczasowe badania nad satysfakcją kobiet z przebiegu opieki okołoporodowej	37
2. Adaptacja i walidacja narzędzi badawczych	44
2.1. Procedura adaptacji językowo-kulturowej narzędzi badawczych na przykładzie adaptacji kwestionariusza QPP-I	44
2.2. Ocena właściwości psychometrycznych narzędzi badawczych	50
2.3. Quality from Patient Perspective - Intrapartal Specific. Opis skali oryginalnej	53
3. Metodologiczne podstawy badań własnych	63
3.1. Cel pracy	63
3.2. Problemy badawcze	63
3.3. Hipotezy badawcze	63
3.4. Metody	64
3.5. Materiał badawczy	65
3.5.1. Miejsce i czas prowadzenia badań	65
3.5.2. Grupa badana	66

3.5.3. Organizacja i przebieg badania	66
3.5.4. Analiza statystyczna	68
4. Wyniki	70
4.1. Adaptacja językowa kwestionariusza	70
4.2. Ocena właściwości psychometrycznych polskiej wersji skali QPP-I	72
4.2.1. Charakterystyka prób badanych	72
4.2.2. Podstawowe statystyki opisowe	73
4.2.3. Analiza rzetelności testu	75
4.2.3.1 Spójność wewnętrzna testu	75
4.2.3.2 Porównanie wyników 1 pomiaru z wynikami 2 pomiaru	77
4.2.4. Analiza trafności testu	78
4.2.4.1. Wiek a ocena poszczególnych aspektów pobytu na oddziale położniczym	80
4.2.4.2. Satysfakcja kobiet rodzących po raz pierwszy i kolejny	82
4.2.5. Zastosowanie skali QPP-I PL do oceny jakości opieki	83
5. Dyskusja	88
6. Wnioski	102
7. Piśmiennictwo	103
Spis tabel i rycin	115

Streszczenie

Wstęp

Właściwie prowadzona opieka, odpowiadająca potrzebom odbiorców, jest miernikiem poprawnego funkcjonowania oddziału, profesjonalnej pracy zespołu medycznego oraz wysokiej jakości opieki. Przy zmieniających się standardach podejścia do pacjenta, z modelu biomedycznego na model holistyczny i podmiotowy, monitorowanie jakości opieki z perspektywy pacjenta w placówkach medycznych wydaje się być uzasadnione i niezbędne. Na podstawie przeglądu piśmiennictwa wnioskować można, że problemem, z jakim spotykają się badacze zajmujący się jakością świadczonych usług w dziedzinie opieki okołoporodowej w Polsce jest brak wystandaryzowanych narzędzi badawczych. Choć istnieje wiele różnych kwestionariuszy badających zagadnienie jakości i/lub zadowolenia kobiet z opieki w okresie okołoporodowym to większość z nich jest anglojęzyczna i została skonstruowana w różnych krajach Europy i świata. Badając jakość opieki badacze zaczynają pracę badawczą od budowania własnego narzędzia, które jako narzędzie doraźne nie jest poddawane odpowiedniej metodologicznej weryfikacji. Wpływa to niekorzystnie na trafność wewnętrzną prowadzonych badań, a co za tym idzie standardy metodologiczne w tej dyscyplinie naukowej. Założeniem pracy jest wypełnienie tej luki poprzez zaadaptowanie istniejącego kwestionariusza oceniającego jakość opieki okołoporodowej zgodnie z metodologią dostępną w piśmiennictwie naukowym.

Cel pracy

Celem pracy było przeprowadzenie adaptacji językowej i walidacji polskiej wersji kwestionariusza QPP - I (ang. Quality from Patient Perspective - intrapartal-specific, Bodil Wilde Larsson, Gerrt Larsson, Linda J Kvist, Ann-Kristin Sandin-Bojo 2010).

Material i metody

Wykorzystano technikę procesu adaptacji narzędzia pochodzącego z obcego obszaru językowego i kulturowego oraz ankietowanie. Narzędziem badawczym była polska wersja kwestionariusza QPP-I. W badaniu pilotażowym wzięło udział 25 kobiet hospitalizowanych po porodzie. Badaniem właściwym objęta została grupa 153 dorosłych kobiet w 2-3 dniu połoгу po porodzie drogami natury lub cięcia cesarskiego oraz powtórnemu pomiarowi (test- retest) w 3-6 tygodniu po porodzie. Badanie pilotażowe prowadzono od listopada do grudnia 2019 roku w oddziale położniczym Szpitala Specjalistycznego im. S. Żeromskiego w Krakowie.

Badanie właściwe przeprowadzono w okresie od lutego 2020 r. do marca 2021 roku w 5 oddziałach położniczych na terenie Polski. Przeprowadzono tłumaczenie szwedzkiej wersji kwestionariusza QPP-I wraz z adaptacją kulturową, badanie pilotażowe oraz badanie właściwe. Celem analizy właściwości psychometrycznych kwestionariusza oceniono spójność wewnętrzną (alfa), rzetelność i trafność narzędzia.

Wyniki

Przetłumaczony i zaadaptowany kwestionariusz został uznany za akceptowalny przez grupę docelową. Konieczne były jedynie niewielkie adaptacje kulturowo - językowe do warunków polskich. Cechowała go wysoka spójność wewnętrzna (ogólne $\alpha=0,935$ dla pomiaru 1, $\alpha=0,95$ dla pomiaru 2), dobra trafność ($M_W = 0,62$) oraz rzetelność ogólna.

Wnioski

Kwestionariusz QPP-I został z powodzeniem przetłumaczony i zaadaptowany do warunków polskich. Analizy statystyczne potwierdziły jego kluczowe właściwości psychometryczne.

Słowa kluczowe

jakość opieki, satysfakcja z opieki, doświadczenie porodu

Summary

Introduction

Properly led care that meets the needs of the patients is a measure of the functioning of the ward, as well as professional work of the medical team and high-quality care. Within the changing standards of approach to the patient, from the biomedical model to the holistic and women-centered model, monitoring the quality of care from the patient's perspective in medical facilities seems reasonable and necessary. Based on a literature review, it can be concluded that the problem faced by Polish researchers on the quality of perinatal care is the lack of standardized research tools. Although there are many different questionnaires exploring the issue of quality and/or satisfaction of women with perinatal care, most of them are in English and have been constructed in other countries. Thus, when studying the quality of care in midwifery or obstetrics, researchers start by creating their own tool, which, as an ad hoc tool, can be not adequately validated. This adversely affects the research conducted, and consequently the methodological standards in the discipline. The premise of the study is to fill this gap by adapting an existing questionnaire assessing the quality of perinatal care.

Aim of the study

The aim of the study was to adapt QPP - I questionnaire (Quality from Patient Perspective - intrapartal-specific, Bodil Wilde Larsson, Gerrt Larsson, Linda J Kvist, Ann-Kristin Sandin-Bojo, 2010) to Polish and to validate its psychometric properties.

Material and methods

A translation of the Swedish version of the QPP-I questionnaire with lingual-cultural adaptation and validation were conducted. The cross-cultural adaptation and surveying technique were used. The research tool was the Polish version of the QPP-I questionnaire. The pilot study group included 25 women hospitalized after childbirth. The main study included a group of 153 adult women on the 2nd-3rd day of after childbirth. Test-retest was conducted in the 3rd-6th weeks later. The pilot study was conducted from November to December 2019 in the maternity ward of the S. Zeromski Specialist Hospital in Krakow. The main study was conducted from February 2020 to March 2021 in five maternity wards in Poland. To analyze the psychometric properties of the questionnaire, internal consistency (alpha), test-retest reliability and criterion-relevance were assessed.

Results

The questionnaire was found acceptable by the target group. Only minor cultural adaptation was necessary for the Polish context. QPP-I PL has high internal consistency (general $\alpha=0,935$ for the 1st testing, $\alpha=0,95$ for the test-retest), good validity ($M_W = 0,62$) and reliability.

Conclusions

The translated tool appears reliable and valid for Polish-speaking women. Statistical analysis confirmed its key psychometric properties.

Keywords

quality of care, satisfaction with care, childbirth experience

Wykaz skrótów

- BSS- R - Birth Satisfaction Scale, Revised, Skala Satysfakcji z Porodu - wersja poprawiona
- COSMOS - COmparing Standard Maternity care with One-to-one midwifery, Porównując Standardową Opiekę Położniczą z Opieką Jeden-do-jeden
- COMForTS - Care in obstetrics: measure for testing satisfaction, Opieka w położnictwie – skala do pomiaru satysfakcji
- CFA - confirmatory factor analysis, technika modelowania równań strukturalnych
- CMJ – Centrum Monitorowania Jakości
- CEQ - The Childbirth Experience Questionnaire, Kwestionariusz Doświadczenia Porodu
- CSQ - Consumer Satisfaction Questionnaire, Kwestionariusz Satysfakcji Konsumenta
- CTI - The Childbirth Trauma Index for adolescents, Wskaźnik traumy porodowej dla młodocianych matek
- EBP – Evidence Based Practice, praktyka oparta na dowodach naukowych
- EFQM- European Foundation of Quality Management, Europejskiej Fundacji Zarządzania Jakością
- ELEQ - The Early Labour Experience Questionnaire, Kwestionariusz Doświadczenia Fazy Utajonej Porodu
- FOC- fear of childbirth, lęk przed porodem
- HRQL - Health Related Quality of Life, jakość życia związana ze zdrowiem
- IC-WHO - Intrapartal care in relation to WHO recommendations, Opieka Okołoporodowa w odniesieniu do zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia
- KUPP - Kvalitet ur Patientens Perspektiv, Jakość z Perspektywy Pacjenta
- LADSI - Labour and Delivery Satisfaction Index, Indeks satysfakcji z porodu i narodzin dziecka
- MGI - Mother Generated Index, Wskaźnik wygenerowany przez matkę
- MSCS - Maternal Satisfaction for Caesarean Section, Satysfakcja matczyna z cięcia cesarskiego
- MHLC-LD - Multidimensional Health Locus of Control Scales- labour and delivery, Wielowymiarowe Skale Umiejscowienia Kontroli nad Zdrowiem - poród i narodziny
- NSNS – The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale, Skala oceny satysfakcji z opieki pielęgniarskiej Newcastle
- OECD - Organization for Economic Co-operation and Development, Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju

PATH - Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals, Narzędzie dla Oceny i Poprawy Jakości w Szpitalach

PaRIS - Patient-Reported Indicators Survey, Badanie wskaźników zgłaszanych przez pacjenta

P-BES - The Preterm Birth Experience and Satisfaction, Doświadczenie i satysfakcja z porodu przedwczesnego

PCACL-R- Perceptions of Care Adjective Checklist, Postrzeganie opieki – lista kontrolna

PNMI - Postnatal Morbidity Index, Wskaźnik zachorowalności poporodowej

PROMs - patient-reported quality measures, pomiary wyników świadczonych usług medycznych na podstawie opinii pacjentów

PREMs – patient-reported experience measures, pomiary doświadczenia związanego z opieką

PreMaPEQ - Pregnancy and maternity care patients experiences, Doświadczenie ciąży i opieki okołoporodowej

PTSD – Post Traumatic Stress Disorder, zespół stresu pourazowego

PP-PTSD - Postpartum Posttraumatic Stress Disorder, zespół poporodowego stresu pourazowego

RD – rzeczywiste doświadczenie (kategoria)

SSQ – Six Simple Questions, Sześć prostych pytań

SI – subiektywna istotność (kategoria)

SMMS- normal birth - The Scale for Measuring Maternal Satisfaction in Normal Birth, Skala pomiaru satysfakcji matczynej z porodu normalnego

MCID - minimal clinically important difference, minimalna różnica istotna klinicznie

QPP-I – Quality from Patient Perspective – Intrapartal, Jakość Opieki z Perspektywy Pacjenta – okołoporodowo

T1, T2 – wersja 1 tłumaczenia kwestionariusza, wersja 2 tłumaczenia kwestionariusza

TQM - Total Quality Management, systemie zarządzania przez jakość

USA – United States of America, Stany Zjednoczone Ameryki Północnej

WOMBLQS - Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire, Postrzeganie porodu przez kobietę – kwestionariusz satysfakcji

WHO – World Health Organization, Światowa Organizacja Zdrowia

Wstęp

Narodziny dziecka stanowią moment ogromnej zmiany w życiu kobiety, a wspomnienia i doświadczenia z nimi związane pozostają z kobietą na całe jej życie. Co więcej, doświadczenie porodu, niesie za sobą szereg konsekwencji zarówno natychmiastowych jak i długofalowych dla zdrowia, życia i dobrostanu kobiety. Następstwa te mogą być pozytywne i budować poczucie własnej wartości, siłę oraz poczucie kompetencji w opiece nad noworodkiem w okresie przejścia do roli matki (1). Doświadczenie niesatysfakcjonujące, szczególnie gdy jest to pierwszy poród, wpływać może na plany dotyczące reprodukcji w tym decyzję o nieposiadaniu większej liczby dzieci lub odsunięciu w czasie kolejnej ciąży co jest istotne w kontekście istniejących problemów demograficznych. Silnie negatywne doświadczenie porodu skutkować może również chęcią starania się o cięcie cesarskie pomimo braku wskazań medycznych (2). Niski poziom satysfakcji może wpływać na trudniejsze przyjęcie przez kobietę roli matki (3). W tym kontekście ocena doświadczenia porodu służyć może identyfikacji kobiet potrzebujących szczególnie uważnego wsparcia lub poradnictwa.

Jednocześnie satysfakcja i zadowolenie pacjenta ze świadczeń zdrowotnych stanowi coraz częściej jeden z nieodłącznych elementów całościowej ewaluacji jakości opieki medycznej. Podkreśla się fakt, że wysokiej jakości opieka medyczna obejmuje nie tylko samo leczenie czy inne aspekty medyczne, ale również potrzeby ludzi jako jednostek w zakresie wyboru, informacji i wsparcia. Podobnie ma to miejsce w przypadku zadowolenia kobiety z opieki i przebiegu porodu.

Poprawa jakości opieki okołoporodowej wciąż stanowi ogromne wyzwanie na poziomie globalnym oraz polityk regionalnych (4)(5). Pomimo wielu pozytywnych zmian, jakie zaszły w polskim systemie opieki zdrowotnej w tej dziedzinie w ostatnich dziesięcioleciach nadal konieczna jest praca na rzecz poprawy jakości opieki okołoporodowej. Praktyka oparta na dowodach (ang. *Evidence Based Practice*, EBP), niezbędna do zapewnienia wysokiej jakości świadczeń, to nie tylko oparcie działań personelu medycznego na najnowszych badaniach czy rekomendacjach klinicznych, ale również rozpoznanie potrzeb pacjentów, ich systemu wartości i preferencji (6). Problemem wciąż aktualnym jest dysproporcja pomiędzy rozpoznaniem potrzeb kobiet w zakresie opieki położniczej a poziomem świadczeń (7). Silnie dominującym kierunkiem w minionych latach była tak zwana medykalizacja opieki okołoporodowej, a więc zwiększanie liczby interwencji ratujących życie i zdrowie matek oraz noworodków, skupianie się na zapewnieniu odpowiednich warunków lokalowych w szpitalach, dostępności leków i sprzętu (5). Hooper- Bender i wsp. podkreślają: w krajach rozwiniętych istnieje tendencja do

skupiania się na aspektach technicznych, szybkich rozwiązaniach, które sprowadzają na dalszy plan działania mające na celu budowanie i podtrzymywanie odpowiednich wartości i postaw świadczeniodawców opieki (5). Stąd wynika więc potrzeba zastosowania dodatkowych, swoistych narzędzi do oceny aspektów satysfakcji z opieki świadczonej przez położne oraz lekarzy w trakcie i po porodzie. Istotna wydaje się być również ewaluacja czynników wpływających na pozytywne lub negatywne doświadczenie porodu oraz jakość świadczeń.

Problemem, z jakim spotykają się naukowcy zajmujący się jakością w opiece okołoporodowej w Polsce jest brak standaryzowanych narzędzi badawczych. Badając jakość i satysfakcję z opieki w położnictwie zaczynają często od stworzenia własnego narzędzia, które jako narzędzie doraźne nie jest poddawane odpowiedniej weryfikacji (8). Wpływa to na trafność wewnętrzną prowadzonych badań, a co za tym idzie standardy metodologiczne w tej dziedzinie. Korzystną tendencją w badaniach naukowych jest stosowanie narzędzi standaryzowanych, poddawanych weryfikacji pod względem czynników warunkujących miarodajność pomiaru, a więc rzetelności, czułości, swoistości (7,9).

Na podstawie przeglądu polskojęzycznego piśmiennictwa, dotyczącego ewaluacji jakości opieki wnioskować można, że istnieje prawidłowo wystandaryzowana i poddana walidacji skala badająca satysfakcję z opieki pielęgniarskiej w Polsce - Skala Zadovolenia z Opieki Pielęgniarskiej Newcastle (ang. *The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale, NSNS*) (10) (11). Brak jest natomiast narzędzi przystosowanych do charakteru i specyfiki opieki położniczej w okresie okołoporodowym mimo szerokiego zastosowania takich narzędzi w innych krajach na świecie

Inspirację do podjęcia problematyki satysfakcji kobiet z opieki okołoporodowej stanowiły obserwacje autorki dotyczące różnych rozwiązań organizacyjnych w tym zakresie oraz coraz częściej podnoszone w dyskusji głosy o konieczności rozszerzenia wachlarza świadczonych dostępnych w Polsce świadczeń o model opieki sprawowanej przez położne w tak zwanych domach narodzin (ang. *birth centers, midwife-led center*) na ogólnokrajową skalę, a także rosnącym zainteresowaniem pozaszpitalnym modelem opieki okołoporodowej oraz modelem, w którym zachowana jest ciągłość opieki położnych (ang. *continuity model of care*).

1. Jakość i satysfakcja pacjenta w medycynie

1.1. Jakość opieki medycznej – zarys zagadnienia

Opieka medyczna z definicji obejmuje szereg czynności i interakcji realizowanych za pomocą usług zdrowotnych, które rozpoczynają się w momencie pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy z daną placówką i trwają aż do jej opuszczenia bądź zakończenia leczenia (9). Jednocześnie środki te różnią się między sobą stopniem zaangażowania pacjenta w świadczone procedury, złożonością, zaangażowaniem personelu medycznego, kosztami oraz aspektami technicznymi. Opiekę zdrowotną wyróżnia cel świadczeń, jakim jest utrzymanie lub przywrócenie zdrowia jednostki i zbiorowości. W przeciwieństwie do większości innych organizacji sektora usług, jakość w opiece zdrowotnej wpływa na zdrowie i życie jej odbiorców (12,13). Definiowanie jakości usług medycznych wymaga uwzględnienia jej interdyscyplinarnego i złożonego charakteru.

Jakość jako wartość lub cechę można współcześnie obserwować we wszystkich sferach życia, ale pojęcie to towarzyszy ludziom od dawna. Samo pojęcie jakości znane jest od czasów starożytnych i wywodzi się z języka greckiego *poiotes*. W ujęciu filozoficznym jedna z pierwszych wzmiankowanych definicji pochodzi od Platona (427-347 p.n.e.), który określił jakość jako „pewien stopień doskonałości” zwany idealizmem obiektywnym. Greckie *poiotes* na łacińskie *qualitas* przetłumaczył Cynceron, definiując jednocześnie jakość jako własność (właściwość) przedmiotu. Pojęcie *qualitas* zostało zaadaptowane przez niektóre języki nowożytne, używane jest np. angielskie *quality*, niemieckie *das Qualität*, francuskie *qualité* (12,14).

W piśmiennictwie naukowym wymienia się kilka wzajemnie uzupełniających się definicji czy koncepcji jakości. Pojęcie jakości, będące pojęciem bardzo pojemnym, rozpatrywane jest w literaturze w kilku ujęciach: filozoficznym, technicznym, ekonomicznym i marketingowym oraz z punktu widzenia podmiotu będącego odbiorcą świadczeń (14).

W naukach medycznych i naukach o zdrowiu w ujęciu historycznym jedną z prekursorok działań na rzecz dbałości o jakość opieki była Florence Nightingale. Mimo, że nie stosowała dosłownego określenia „jakość”, to w okresie swojej pracy w XIX wieku szczególną uwagę zwracała na dbałość o standard opieki pielęgniarskiej nad chorymi. Jej zainteresowanie budziła również reakcja, opinia pacjentów na temat opieki (15).

Rozwój prac na rzecz jakości opieki notuje się na wiek XX. Podwaliny pod nowoczesny system oceny jakości stworzył w 1966 roku Avedis Donabedian. W pracy *Evaluating the Quality of Medical Care* uznał za konieczne prowadzenie badania poziomu

jakości opieki medycznej. Przedstawił również koncepcję trzech wymiarów jakości, które są obecnie wykorzystywane jako podstawa teoretyczna modelu jakości opieki. Składać się na nie miała:

- jakość struktury, obejmująca funkcjonowanie i kulturę pracy organizacji, liczbę i kwalifikację pracowników, wyposażenie, aparaturę medyczną oraz infrastrukturę; jest to tak zwana jakość „techniczna”;
- jakość procesu, czyli czynności podjętych lub zaniechanych w procesie diagnostyki, leczenia, pielęgnowania, rehabilitacji. Obejmuje ona również stosunki pomiędzy wszystkimi osobami uczestniczącymi w procesie leczenia, w tym ochronę autonomii pacjenta, zrozumienie jego potrzeb oraz okazanie wrażliwości;
- jakość wyniku obejmująca ocenę stopnia poprawy stanu zdrowia pacjenta oraz jego zadowolenie i wskaźniki takie jak: śmiertelność, zachorowalność, powikłania, skutki uboczne oraz satysfakcję pacjenta z zastosowanego leczenia i opieki (16,17).

Autor podkreślał konieczność zachowania harmonii pomiędzy wymienionymi wymiarami. Zwracał też uwagę na interakcję pacjenta z personelem medycznym oraz jego zaangażowanie w proces leczenia lub opieki.

Na teorii jakości Donabediana zostały oparte zasady budowania opieki zdrowotnej wysokiej jakości, wyodrębnione przez R.J Maxwella i zaadaptowane następnie przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w 1988 roku. Zalicza się do nich:

1. Bezpieczeństwo - opieka zdrowotna o zminimalizowanym ryzyku powikłań oraz błędów medycznych;
2. Efektywność – udzielanie świadczeń niosących za sobą korzyści zdrowotne dla populacji oraz dla jednostki przy najniższym możliwym koszcie;
3. Dostępność – udzielanie świadczeń niezależnie od ograniczeń finansowych jednostki, wieku pacjenta, zamieszkania, języka, architektury budynków;
4. Adekwatność – dostosowanie proponowanych świadczeń do rzeczywistych oczekiwań pacjentów i populacji;
5. Skuteczność – udzielanie świadczeń w oparciu o aktualną wiedzę i najnowsze doniesienia naukowe, tak by prowadziły one do osiągnięcia korzyści zdrowotnych jednostki i populacji tj. by spełniały swoją funkcję;
6. Wydajność – dostępne zasoby finansowe, rzeczowe i ludzkie są możliwie najlepiej i najbardziej racjonalnie wykorzystywane w sprawowanej opiece;

7. Równość – zapewnienie równego dostępu do usług dla całej populacji niezależnie od płci, statusu kulturowego, społecznego, rasowego czy innych cech osobowości usługobiorców;
8. Nakierowanie na odbiorcę – uwzględnienie indywidualnych preferencji i oczekiwań pacjentów oraz ich uwarunkowań kulturowych.

W praktyce oznacza to „właściwą opiekę, we właściwym czasie, miejscu, dla właściwego pacjenta i odpowiednim kosztem”. Donabedian w swojej koncepcji wyszczególnia również konieczność maksymalizacji mierzalnego dobra pacjenta jako wyznacznika wysokiej jakości opieki medycznej, a więc uwzględnienia jego osobistych potrzeb, wyobrażeń (9).

Według definicji WHO z 1988 roku jakość opieki to stopień, do jakiego usługi medyczne, obejmujące zarówno jednostki jak i populacje, zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia oczekiwań w zakresie efektów leczenia oraz wykazują zgodność z aktualną i profesjonalną wiedzą. Definiuje jakość nie tylko poprzez rezultat leczenia, sposób użycia środków i organizacji usług, ale też satysfakcję pacjenta. Uznaje jakość za obiektywny cel, do którego należy dążyć a nie stan idealny (18). Elementy te stanowią podstawę, na której opierają się szczegółowe kryteria pomiaru (9). Komisja Wspólna (ang. *Joint Comission*) określa jakość jako stopień, w jakim każde świadczenie medyczne podnosi prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego efektu zdrowotnego oraz dodatkowo redukuje prawdopodobieństwo wystąpienia efektów niepożądanych (12). Narodowa Szwedzka Rada Zdrowia i Opieki Społecznej definiuje jakość, jako stopień realizacji wewnętrznych systemów ochrony zdrowia poprzez poprawę zdrowia oraz wrażliwość na oczekiwania społeczeństwa (19). Krot podaje definicję jakości świadczenia medycznego jako realizację spełniającą lub przekraczającą oczekiwania nabywcy. Podkreśla również, że oczekiwania pacjenta powinny być czynnikiem determinującym decyzje rynkowe placówek opieki zdrowotnej (9).

Obecnie dominujące wydają się więc być koncepcja obejmująca dwa wymiary: jakości będącej spełnieniem wymagań, oczekiwań i potrzeb pacjenta (jakość funkcjonalna) oraz jakości jako zgodności z wyznaczonymi standardami (jakość techniczna) (8,20). Czerw i wsp. zaznaczają, że świadczenie zdrowotne „spełni jakościowe oczekiwania pacjentów, jeśli uwzględnić będzie oba opisane wymiary jakości – techniczny (profesjonalizm działania) oraz funkcjonalny (profesjonalizm relacji).” (20). Korczyńska tłumaczy, iż pacjent nieposiadający obszernej wiedzy medycznej ocenia świadczenia medyczne w znacznej mierze na podstawie własnych odczuć, wrażeń, towarzyszących leczeniu emocji. Stąd też aspekty medyczne i techniczne stać powinny na równi z relacjami między personelem a świadczeniobiorcą oraz sferą estetyczną (16,20).

Dodatkowo definicje pojęcia „jakość” w opiece zdrowotnej różnicuje się w zależności od tego, kogo dotyczy. Dla pacjenta jakość wyznaczają kwalifikacje personelu medycznego, warunki, rezultat procesu terapeutycznego oraz atmosfera, w której odbywało się świadczenie. Istotny jest również stopień zgodności z wcześniejszymi oczekiwaniami pacjenta (21). Dla kadry medycznej kryterium jakości stanowi przede wszystkim zgodność świadczeń z aktualną wiedzą oraz ich realizacja zgodnie z ustalonymi standardami, dająca rezultat w postaci poprawy stanu zdrowia pacjenta. Natomiast dla osób zajmujących się polityką zdrowotną i zarządzaniem jakość to zapewnienie dostępu do skutecznych, racjonalnych i efektywnych świadczeń zgodnych z potrzebami pacjenta (22).

1.2. Ewaluacja jakości w opiece medycznej

Początki badania jakości w opiece zdrowotnej Europy Zachodniej i Stanów Zjednoczonych datuje się na przełomie XIX i XX wieku, za sprawą działań grupy amerykańskich lekarzy chirurgów. Zaobserwowali oni różnice w efektach leczenia pacjentów w różnych placówkach, co sprowokowało ich do podjęcia badań na temat czynników wpływających na wynik leczenia operacyjnego. Dało to tym samym początek instytucji działających na rzecz poprawy jakości w opiece medycznej w USA (8). Z kolei prawne wdrażanie systemów zarządzania opieką zdrowotną i działań projakościowych notuje się w Europie od lat 80. XX wieku (9).

Pierwsze próby gromadzenia danych dotyczące jakości z perspektywy pacjentów notowane są z kolei na lata 70. XX wieku (np. w Szwecji, Anglii, Holandii, Stanach Zjednoczonych). Uwzględnianie tej miary jakości stało się powszechne od połowy lat 90. XX wieku, począwszy od krajów anglojęzycznych, takich jak Anglia, Walia, Kanada, Australia i Nowa Zelandia oraz krajów Europy Północnej, tj. Szwecji, Norwegii i Danii po inne kraje europejskie od początku XXI wieku (np. Niemcy, Belgia czy Francja).

W Polsce pierwsze działania w zakresie monitorowania jakości opieki zdrowotnej podjęto dopiero na przełomie lat 80. i 90. XX wieku wskutek zachodzącej transformacji systemowej oraz rosnącej konkurencji na rynku usług medycznych (9). Z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia w 1993 roku utworzono Towarzystwo Poprawy Jakości w Opiece Zdrowotnej w Polsce, a następnie Centrum Monitorowania Jakości (CMJ) w 1994 roku w Krakowie. Do zadań CMJ funkcjonującego obecnie należy między innymi monitorowanie wskaźników jakości, na które składają się 3 grupy parametrów:

- subiektywne - badanie satysfakcji pacjenta,
- obiektywne - wskaźniki medyczne,
- o charakterze pośrednim - wskaźniki jakości życia (23).

Szpitaly poddane kontroli przez CMJ po spełnieniu odpowiednich wymogów, po porównaniu się z wzorcami dobrego postępowania jakimi są standardy akredytacyjne otrzymują akredytację. Przykładem jest projekt „Szpital bez bólu”. W części placówek do badania jakości w opiece medycznej używane jest również standaryzowane narzędzie PASAT - Pakiet Satysfakcja. W skład pakietu PASAT wchodzi skala PASAT HOSPIT 1 - dla pacjentów hospitalizowanych, PASAT Pediatria dla leczących się w szpitalach dziecięcych (dla rodziców leczonych dzieci) oraz PASAT POZ dla podstawowej opieki zdrowotnej lub specjalistycznych praktyk lekarskich (11). Prowadzone są również prace w kierunku nałożenia na mocy ustawy o jakości w ochronie zdrowia na podmioty lecznicze obowiązkowego wewnętrznego systemu monitorowania jakości i zdarzeń medycznych poprzez system autoryzacji szpitali pod nadzorem Narodowego Funduszu Zdrowia. Celem tego miałyby być zwiększenie skuteczności, bezpieczeństwa, satysfakcji pacjentów z udzielanych świadczeń, a także wprowadzenia zasady „no fault” (ang. „bez winy”) i nowego pozasądowego systemu odszkodowań za zdarzenia medyczne. Projekt ustawy został przygotowany w 2016 roku, a na obecnie jest procedowany w sejmie¹ (24,25).

W większości krajów ewaluacja jakości opieki jest wciąż dobrowolna. Aktualnie jednymi z najczęściej stosowanymi wskaźnikami służących ocenie jakości świadczonych usług medycznych są te oparte na standardach amerykańskiej Komisji Wspólnej do spraw Akredytacji Szpitali (ang. JCAHO – *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*) oraz model PATH (16,20). Opracowany przez WHO Europe model PATH (ang. *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*, Narzędzie dla Oceny i Poprawy Jakości w Szpitalach), który służyć miał ujednoliceniu monitorowania jakości funkcjonowania szpitali wyznacza równoważne względem siebie wymiary podlegające ocenie. Są nimi:

- efektywność kliniczna i bezpieczeństwo - w położnictwie to np. odsetek cięć cesarskich, odsetek zabiegów w trybie jednego dnia (takich jak wyłyżeczkowanie jamy macicy) i odsetek przyjęć po zabiegach w trybie jednodniowym,
- skuteczność i wydajność opieki- np. średni czas pobytu, wykorzystanie bloku operacyjnego,

¹ Na dzień 03.03.2023

- kadry - np. wydatki na szkolenia, nadgodziny, narażenie na ekspozycję zawodową personelu medycznego,
- potrzeby otoczenia - rozumiane jako odpowiedź świadczeniodawcy np. zachowana ciągłość opieki medycznej, odsetek matek karmiących piersią przy wypisie,
- orientacja na pacjenta - realizacja oczekiwań pacjentów (16,20).

W wyżej opisywanych obszarach jakości zawartych jest szereg elementów, które podzielić można ze względu na możliwości ich zbadania lub zmierzenia na kryteria obiektywne i subiektywne.

Do komponentów obiektywnych należą:

- wyposażenie oddziału i jego stan techniczny, kwalifikacje zespołu medycznego,
- dostępność świadczenia,
- czas oczekiwania na daną usługę i czas jej trwania,
- istniejące standardy postępowania medycznego (9).

Są one łatwo mierzalne i można je jednoznacznie zweryfikować.

W przypadku komponentów subiektywnych ocena zależna jest od postrzegania i oczekiwań pacjenta - odbiorcy usług. Zalicza się do nich elementy niematerialne, takie jak:

- ogólny poziom zadowolenia z opieki – satysfakcja z opieki,
- jakość życia związaną ze stanem zdrowia,
- stosunek personelu medycznego do pacjenta,
- atmosferę panującą w oddziale,
- niezawodność, fachowość i empatia zespołu medycznego,
- satysfakcję świadczeniobiorcy z uzyskanych świadczeń medycznych.

Ocena tych elementów zależna jest od oczekiwań, z którymi pacjent rozpoczyna kontakt z placówką, ale również odczuć, utrzymującego się w danej chwili nastroju i emocji towarzyszących temu okresowi (9,20,26). Zachowanie równowagi pomiędzy wszystkimi wyżej wspomnianymi obszarami jakości opieki medycznej prowadzi do osiągnięcia przez daną placówkę wysokiej jakości świadczeń. Jednocześnie brak któregokolwiek z wymiarów lub uchybienia nawet w jednym z nich świadczy o niedostatecznej jakości opieki (16). Zapewnienie jakości polega na holistycznym i wieloaspektowym podejściu do świadczonej opieki zdrowotnej (22).

Prowadzone również są szeroko zakrojone działania na rzecz monitorowania i raportowania mierników jakości zgłaszanych przez pacjentów (ang. *patient-reported quality measuers*). Dowiedziono bowiem, że mają one wpływ na wyniki medyczne leczenia (27). Na

międzynarodową skalę, w sposób systematyczny posługuje się specyficznymi oraz generycznymi narzędziami określanymi jako „miary wyników zgłaszanych przez pacjentów” tj. PROMs (ang. *Patient-reported Outcome Measures*) oraz „miary doświadczenia opieki zgłaszane przez pacjenta” tj. PREMs (ang. *Patient-reported Experience Measures*), powiązanych z wypełnieniem oczekiwań pacjenta związanych z opieką. Od 2017 roku krajach OECD prowadzony jest projekt mający na celu przyspieszenie wdrażania regularnej oceny jakości opieki pt. *Patient-Reported Indicators Survey* (PaRIS). Implementacja tego projektu ma prowadzić do usystematyzowania wskaźników jakości opieki z perspektywy pacjenta, które umożliwiłyby porównywanie danych pomiędzy poszczególnymi krajami, a także raportowanie wyników zdrowotnych i doświadczeń pacjentów porównywalnych w skali międzynarodowej. Służyć może również analizowaniu różnic między świadczeniodawcami, systemami opieki zdrowotnej oraz wyjaśnianiu zmienności zależnej od cech i zachowań pacjentów, świadczeniodawców i systemów opieki zdrowotnej (27,28). Narzędzia generyczne PROMs dotyczą ogólnej populacji pacjentów. Najczęściej wykorzystywane są do pomiarów jakości życia związanej ze zdrowiem. Specyficzne narzędzia PROMs dedykowane są konkretnym grupom odbiorców – pacjentów (np. pacjentów pediatrycznych, leczących się onkologicznie), danej jednostce chorobowej (np. depresji, astmie) lub objawom (np. ból). Służyć mają wykrywaniu subtelnych różnic w wynikach prowadzonej terapii w zależności od przyjętego planu leczenia. Narzędzia z grupy PREMs dotyczące oceny doświadczenia pacjenta również dzieli się na generyczne (mające zastosowanie u każdej z grup pacjentów bądź dedykowane poszczególnym oddziałom czy jednostkom) oraz specyficzne (przeznaczone dla pacjentów z konkretnymi schorzeniami lub stanami zdrowotnymi). Systematyczne gromadzenie danych za pomocą PROMs lub PREMs na skalę ogólnokrajową prowadzą: Szwecja, Holandia, Francja, Norwegia, Belgia, Anglia, Walia, USA, Australia i Nowa Zelandia (28).

1.3. Satysfakcja pacjentów z opieki medycznej- założenia teoretyczne

Pojęcie „satysfakcja” (łac. *satis* - wystarczająco) oznacza poziom potrzebny pełnego zaspokojenia potrzeb i oczekiwań człowieka i stanowi jeden z aspektów jakości. Jak zaznacza Bojar „Satysfakcja jest nie tylko spontaniczną, chwilową reakcją, ale stanowi pochodną ludzkich potrzeb”, a co za tym idzie definicja satysfakcji pacjenta jako odbiorcy usług

medycznych jest szersza (29). Z tego też względu nie jest zasadne opisywanie satysfakcji w kategoriach dychotomicznych. Według Korczyńskiej nadrzędną cechą każdej usługi medycznej jest jej niematerialność, a co za tym idzie następstwami jej wykonania (np. sprawowanej opieki) są nie dobra materialne, ale właśnie poczucie satysfakcji, zaspokojenie potrzeb czy poprawa komfortu życia.

Próby sformułowania definicji satysfakcji pacjenta z opieki medycznej podejmowane były od lat 50. XX wieku zarówno przez specjalistów marketingu i zarządzania, jak i medyków. Niemniej jednak większość kluczowych teorii dotyczących satysfakcji pacjenta powstało w latach 80. XX wieku. Liz Gill i Lesley White w obszernym przeglądzie krytycznym z 2009 roku wyszczególniły pięć podstawowych konstruktów teoretycznych satysfakcji (30). Należą do nich:

- 1) teoria Fox i Storms (1981 r.) - zgodnie z założeniami autorki zmiennymi mającymi wpływ na satysfakcję pacjenta jest zorientowanie na ich potrzeby i oczekiwania oraz warunki sprawowanej opieki. Zgodnie z tą teorią obydwie zmienne muszą zostać jednocześnie wypełnione (31);
- 2) teoria S. Linder-Pelz (ang. *expectancy-value theory of Linder-Pelz*, 1982 r.) - Linder-Pelz, opierając się na teorii postaw, zdefiniowała satysfakcję pacjenta jako konstrukt poznawczy oraz emocjonalny zależny od: zmiennych indywidualnych (w tym systemu wartości, oczekiwań, dotychczasowych doświadczeń), oceny prowadzenia opieki przez lekarza, efektu końcowego działań opieki zdrowotnej (32,33);
- 3) teoria J.E. Ware, A. R. Davies-Avery, A.L. Stewart (ang. *Determinants and components theory of Ware et al.*, 1983 r.) – w tej teorii składowe satysfakcji to jakość opieki, aspekty techniczne np. wygoda otoczenia, poniesione koszty, warunki otoczenia, osiągalność (dostępność). Wymiary te stanowią podstawę konstruowania skal oceniających satysfakcję pacjenta (31);
- 4) teoria wielomodelowa (ang. *Multiple models theory of Fitzpatrick and Hopkins*, 1983 r.) - satysfakcja może być rozpatrywana z trzech niezależnych od siebie perspektyw. Pierwsza z nich to oczekiwania pacjenta w stosunku do opieki zdrowotnej (oraz ich wypełnienie) uwarunkowane społecznie i kulturowo. Druga to osobiste cele zdrowotne pacjenta, takie jak poprawa stanu zdrowia, a nie zadowolenie z opieki *sensu stricto*. Trzecią z perspektyw autorzy wiązali z emocjonalnym podejściem pacjentów do leczenia, opieki. Ze względu na niedostateczną wiedzę medyczną satysfakcja z opieki dokonywana jest więc przez pryzmat umiejętności komunikacyjnych, interpersonalnych personelu medycznego (31);

- 5) klasyczna teoria jakości ochrony zdrowia Donabediana (ang. *Healthcare quality theory of Donabedian*, 1980 r.) – określa zadowolenie pacjenta z opieki jako składową jednego z trzech obszarów jakości, a mianowicie jakości procesu (31,34);
- 6) teorie wypełnienia i rozbieżności (ang. *Fullfilment theories*) - teoria wypełnienia opiera się na założeniu, że satysfakcję determinuje wyłącznie doświadczenie opieki, a uprzednie założenia nie mają wpływu na ostateczną ocenę. Zgodnie z teorią rozbieżności jest różnicą między tym, co oczekiwane i pożądane, a tym, co stanowi faktyczne doświadczenie. W teorii wypełnienia satysfakcja pacjenta jest oceniana poprzez pryzmat zaistniałych zdarzeń. (30,33,35).

Obecnie pojęcie „satysfakcja z opieki” definiowane jest jako: subiektywne poczucie zadowolenia łączące oczekiwania, potrzeby, wartości oraz dotychczasowe doświadczenia (36), stopień w jakim dane świadczenie zaspokaja wymagania i oczekiwania pacjenta (37) lub reakcja świadczeniobiorcy na najbardziej istotne aspekty związane z doświadczeniem opieki (33). Jest reakcją emocjonalną zawierającą element poznawczy, a więc zjawiskiem psychicznym (8). Norma ISO serii 9001:2015 określa satysfakcję jako zadowolenie klienta oraz jego percepcję stopnia, w jakim jego wymagania zostały zaspokojone. Risser twierdzi, że: „satysfakcja pacjenta z opieki pielęgniarskiej to stopień zgodności pomiędzy oczekiwaniami pacjenta w stosunku do opieki, którą otrzymuje a jej postrzeganiem” (8,10). Z kolei zgodnie z definicją Towarzystwa Pielęgniarek Amerykańskich satysfakcja to opinia pacjenta lub jego rodziny na temat udzielonej opieki (38).

Na satysfakcję pacjenta z opieki medycznej – lekarskiej, pielęgniarskiej czy położnych - składają się dwie grupy czynników:

- wewnętrzne – indywidualne cechy pacjenta,
- zewnętrzne - aspekty medyczne, niemedyczne, techniczne, interpersonalne oraz kulturowe (15).

Przyjmuje się, że czynnikami wewnętrznymi są: wiek, płeć, poziom wykształcenia, status zawodowy, aktualny stan zdrowia a także wcześniejsze doświadczenia związane z leczeniem i pielęgnowaniem (13,15,39), jednak nie wszystkie badania potwierdzają te zależności. Batbaatar wymienia również znaczenie oczekiwań pacjenta w stosunku do opieki zdrowotnej i ich wpływu na satysfakcję. Ze względu na niedoprecyzowanie pojęcia oczekiwania i ich wypełnienie nie powinny służyć jako jedyna miara zadowolenia (33).

Wśród najważniejszych niemedycznych czynników zewnętrznych wymienia się relację na płaszczyźnie pacjent-personel medyczny. Stosunek personelu pielęgniarskiego i lekarskiego do pacjentów, a więc życzliwość, zaangażowanie, wrażliwość na problemy

pacjenta, komunikatywność mają zdecydowanie istotny wpływ na poziom satysfakcji (19,31,39,40).

Do kluczowych czynników medycznych zalicza się postawione rozpoznanie, trafność diagnozy, efekt końcowy leczenia czy hospitalizacji, długość hospitalizacji, poziom akceptacji choroby, profesjonalizm wykonywanych zabiegów i badań (31,41).

Aspekty techniczne to między innymi warunki, w jakich sprawowana jest opieka, wyposażenie czy atmosfera panująca w oddziale (31). Czynnikiem powiązanim z atmosferą panującą na oddziale są procedury podczas przyjęcia do oddziału, organizacja opieki i opieka pielęgniarska, a także „usługi hotelowe”, tj. wyżywienie, obsługa (15). Do pozostałych czynników zalicza się wielkość szpitala oraz cechy specyficzne dla danego oddziału (15).

Zmiennymi kulturowymi, mogącymi mieć wpływ na poziom satysfakcji, są wartości przypisywane zdrowiu, zachowania zdrowotne oraz oczekiwania rodziny pacjenta wobec instytucji ochrony zdrowia (38,42).

1.4. Pomiar satysfakcji z opieki – cel, rys historyczny, metody i techniki badawcze

Celem ogólnym oceny zadowolenia pacjentów jest rozpoznanie silnych oraz słabych stron danego szpitala czy innego podmiotu leczniczego z punktu widzenia świadczeniobiorcy, a przez to poprawa jego funkcjonowania. Zrozumienie potrzeb i uczuć pacjenta, określenie obszarów rozbieżnych z nimi, pozwala na dostosowanie świadczeń do jego oczekiwań. Pozwala to również na oferowanie świadczeń lepszych od pozostałych i gromadzenie „wokół siebie” lojalnych i usatysfakcjonowanych odbiorców – pacjentów, którzy będą skłonni polecić daną placówkę innym (20,29). Służyć może również nadawaniu kierunku zmian w organizacji opieki zdrowotnej, również pod kątem efektywniejszego wykorzystania środków finansowych danego systemu opieki zdrowotnej. Zainteresowanie miarą zadowolenia pacjenta stale się zwiększa. W anglojęzycznych bazach danych obejmujących artykuły z dziedziny medycyny i nauk biologicznych PubMed, Scopus oraz Web of Science liczba publikacji naukowych wokół problematyki „satysfakcji pacjenta” wzrosła kilkakrotnie w ciągu ostatnich 20 lat (43).

Jedne z pierwszych prób systematycznej oceny satysfakcji pacjentów, datowanych na lata 50.XX wieku, obejmowały badania prowadzone wśród lekarzy i pielęgniarek. Dotyczyły one istotnych dla pacjentów, w ich mniemaniu, aspektów opieki. Już wtedy wykazywano

rozbieżności pomiędzy osiąganymi wynikami, a tym na co wskazywali pacjenci (15). W latach 60. XX wieku rozpoczęto próby usystematyzowania zagadnienia satysfakcji pacjenta z opieki zarówno z marketingowego, jak i z medycznego punktu widzenia. Początkowo badania w dziedzinie pomiaru zadowolenia pacjenta z opieki medycznej wzorowano na badaniach jakości w przemyśle, koncentrując się na technicznych wymiarach jakości. W 1970 roku Hulka, Zyznanski i wsp. jako pierwsi stworzyli narzędzie, które służyć miało ocenie satysfakcji pacjenta z podstawowej opieki zdrowotnej (ang. *Satisfaction with Physician and Primary Care Scale*). Definiowali oni satysfakcję jako nastawienie pacjenta do lekarza oraz opieki medycznej (30). Ware i Snyder w 1975 roku opublikowali kwestionariusz mający na celu pomoc w planowaniu, administrowaniu i ocenie programów świadczenia usług zdrowotnych. Pod koniec lat 70. Larsen i wsp. (1979 r.) opracowali ośmiostopniową skalę oceny ogólnego zadowolenia pacjentów z opieki zdrowotnej (ang. *Client Satisfaction Scale*), pięć lat później zastąpioną przez *Patient Satisfaction Scale* tych samych autorów (30). Kolejne powstające skale i narzędzia były zróżnicowane w zależności od przyjętych założeń oraz wyjściowej definicji satysfakcji, miar satysfakcji pacjenta, a także obszarów na jakich prowadzone było badanie.

Obecnie metody wykorzystywane do pomiaru satysfakcji pacjenta podzielić można na metody jakościowe i ilościowe. Jakościowe metody stosowane w badaniach naukowych, takie jak pogłębione wywiady indywidualne (ang. *in-depth interviews*, IDI), grupy fokusowe, zogniskowane wywiady grupowe (ang. *focus groups interviews*, FGI), cechuje zazwyczaj wyższy odsetek zebranych odpowiedzi. Ze względu na liczne potencjalne czynniki zakłócające, brak możliwości obliczenia wartości statystycznych czy wyższy koszt nie są one często stosowane. Zaznacza się jednak ich przydatność w procesie konstruowania nowych narzędzi badawczych. Metody ilościowe są bardziej powszechne, ponieważ dają możliwość zebrania precyzyjnych danych oraz porównywania wyników badań między sobą (32). Zalicza się do nich badania sondażowe techniką ankiety (bezpośredniej na papierze lub za pomocą formularza online, otrzymaną on-line lub drogą pocztową) (11). Techniki badawcze, które stosowane są w sektorze usług konsumenckich znajdujące zastosowanie w badaniu satysfakcji z opieki medycznej to:

- karty uwag,
- metoda SERVQUAL,
- metoda SERVPERF,
- metoda tzw. gorącej linii telefonicznej (11).

Metody badania satysfakcji można podzielić także na bezpośrednie i pośrednie. Metody bezpośrednie służą zbadaniu reakcji i odczuć świadczeniobiorców w stosunku do otrzymanych świadczeń i zalicza się do nich m.in. system skarg i sugestii, badania ankietowe, wywiady, grupy fokusowe, SERVQUAL. Natomiast metody pośrednie odnoszą się do zachowań klientów i stosowane są głównie na rynku usług niemedycznych (18).

1.5. Satysfakcja a jakość opieki medycznej z perspektywy pacjenta

Stale rosnące oczekiwania pacjentów oraz rozwijająca się konkurencja na rynku usług medycznych są obecnie powodem podejmowania przez świadczeniodawców regularnych prób doskonalenia proponowanych świadczeń (22). Systematyczny pomiar rezultatów świadczonych usług i monitorowanie jakości stanowi coraz częściej „złoty standard” w zarządzaniu podmiotami leczniczymi, w tym w szczególności w nowoczesnym systemie zarządzania przez jakość (ang. *Total Quality Management*). Wysoka jakość jest bowiem istotna zarówno dla pacjentów, jak i dla osób zajmujących się polityką zdrowotną, menedżerów zarządzających placówkami opieki zdrowotnej i pracowników ochrony zdrowia. Jej monitorowanie wymaga więc dwustronnej analizy i uwzględnienia perspektywy świadczeniodawców oraz świadczeniobiorców (13,22,39). Przez świadczeniodawców rozumie się lekarzy, pielęgniarki, położne, innych przedstawicieli zawodów medycznych oraz podmioty wykonujące działalność leczniczą (44).

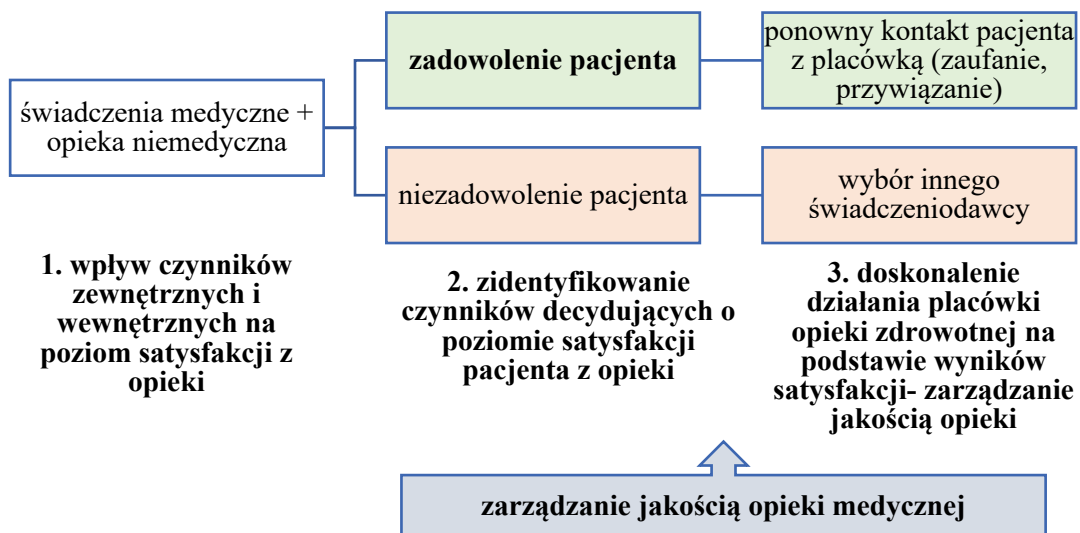
Sam poziom satysfakcji pacjenta nie musi jednak w pełni odzwierciedlać jakości pozostałych aspektów opieki, ale związek pomiędzy nimi jest istotny z co najmniej dwóch powodów (28). Po pierwsze stopień zadowolenia może stanowić pośredni wskaźnik jakości klinicznej opieki. Wysoki poziom satysfakcji powinien potwierdzać ogólnie wysoki poziom usług medycznych świadczonych w danej placówce. Przegląd systematyczny badań dotyczących osobistych doświadczeń pacjentów i jakości klinicznej świadczeń wskazuje, że istnieje dodatni związek pomiędzy tymi dwoma czynnikami. Zadowolenie z opieki zależne jest od poczucia bezpieczeństwa pacjenta oraz efektywności prowadzonej opieki medycznej niezależnie od dziedziny medycyny. Co więcej zaobserwowano dodatni związek zarówno z obiektywnie, jak i subiektywnie postrzeganym stanem zdrowia oraz stopniem przestrzegania zaleceń medycznych (45). Zaznacza się jednak, że związek pomiędzy satysfakcją, a wynikami klinicznymi nie był równoznaczny z przyczynowością. Oznacza to, iż poprawa satysfakcji pacjenta nie warunkuje jednoznacznie poprawy jakości klinicznej opieki czy jego bezpieczeństwa. Stanowi natomiast integralną składową jakości świadczeń medycznych, które

powinny być zawsze rozpatrywane wspólnie, jako całość (45,46). Po drugie, okresowe badanie zależności pomiędzy nimi służyć powinno ustaleniu równowagi pomiędzy dążeniem do poprawy doświadczeń świadczeniobiorców a utrzymaniem wysokiej jakości klinicznej (46). Satysfakcja pacjenta jest jednak subiektywnym obrazem otrzymanych świadczeń, a jakość uwzględnia wskaźniki obiektywne dopasowane do istniejących standardów.

Do korzyści z badania jakości poprzez ocenę satysfakcji pacjenta zalicza się:

- zidentyfikowanie problemów i wprowadzenie stosownych zmian mających na celu poprawę jakości opieki (12),
- korzyści marketingowe, związane z efektem przywiązania pacjenta do danej placówki i niższym ryzykiem utraty pozycji na rynku (26).

Można też stwierdzić, że poprzez wzrost zainteresowania szerokim zagadnieniem jakości opieki również jej składowa, jakim jest zadowolenie odbiorców staje się ważną, wręcz priorytetową cechą organizacji opieki zdrowotnej. Badanie satysfakcji pozwala także uzyskać wiedzę na temat postrzegania przez pacjenta danej usługi, co umożliwia zidentyfikowanie obszarów, zwanych lukami, w których świadczona opieka odbiega od oczekiwań pacjenta (ryc. 1.).



Ryc. 1. Zadowolenie pacjenta z opieki w procesie identyfikowania luk w jakości opieki.

Luki te dzieli się ze względu na przyczynę ich powstania na wynikające z:

- niewłaściwego rozpoznania potrzeb pacjenta,
- trudności w realizacji danej usługi,
- rozbieżności między standardami jakości a faktyczną ich realizacją,
- niewypełnienia deklaracji/oferty dotyczących świadczenia,
- niewypełnienia oczekiwań indywidualnych pacjenta w stosunku do konkretnej usługi (12,39).

W przypadku ich prawidłowego rozpoznania, a następnie poprawy jakości w tych obszarach istnieje szansa na zbudowanie zaufania i przywiązania ze strony pacjenta oraz ponowny kontakt z świadczeniodawcą.

1.6. Specyfika okresu okołoporodowego w kontekście badania jakości opieki i satysfakcji

Satysfakcja w opiece okołoporodowej definiowana jest jako pozytywny odbiór przez kobietę całego doświadczenia ciąży, porodu oraz położu i jest najważniejszym jakościowym wynikiem opieki (47,48). Przez dziesięciolecia jakość opieki okołoporodowej mierzona była za głównie za pomocą wskaźników śmiertelności, zachorowalności kobiet i noworodków, częstości występowania powikłań oraz częstości zastosowania interwencji medycznych w czasie porodu. Wskaźniki te stanowią nadal podstawowe kryterium oceny jakości opieki dla wielu krajów, między innymi Afryki Subsaharyjskiej, Ameryki Południowej czy Azji (49). Współcześnie jednak w wielu krajach rozwiniętych odsetek zgonów okołoporodowych jest zbyt niski, aby stanowić mógł jedyny czuły marker jakości opieki. By móc uzyskać pełen obraz jakości świadczeń pojawiła się potrzeba gromadzenia danych innego rodzaju (50,51). Obecnie twierdzi się, że opieka okołoporodowa nie może zostać uznana za świadczenie wysokiej jakości, jeśli kobieta jako świadczeniobiorca nie jest usatysfakcjonowana (52). Badania potwierdzają związek pozytywnego doświadczenia kobiety z wynikami klinicznymi (53). W ostatnich trzech dekadach na świecie, w tym w Polsce, obserwuje się intensywne zmiany w podejściu do systemowej opieki okołoporodowej, a także w postrzeganiu priorytetowych celów stawianych osobom odpowiedzialnym za tę dziedzinę. Dotyczą one holistycznego ujęcia postaci opieki, uwzględniającego ocenę tego, czego kobieta doświadcza oraz jaki jest poziom jej zadowolenia. Jest to tak zwany model opieki skoncentrowany na kobiecie (ang. *women-centered care*)(51,54).

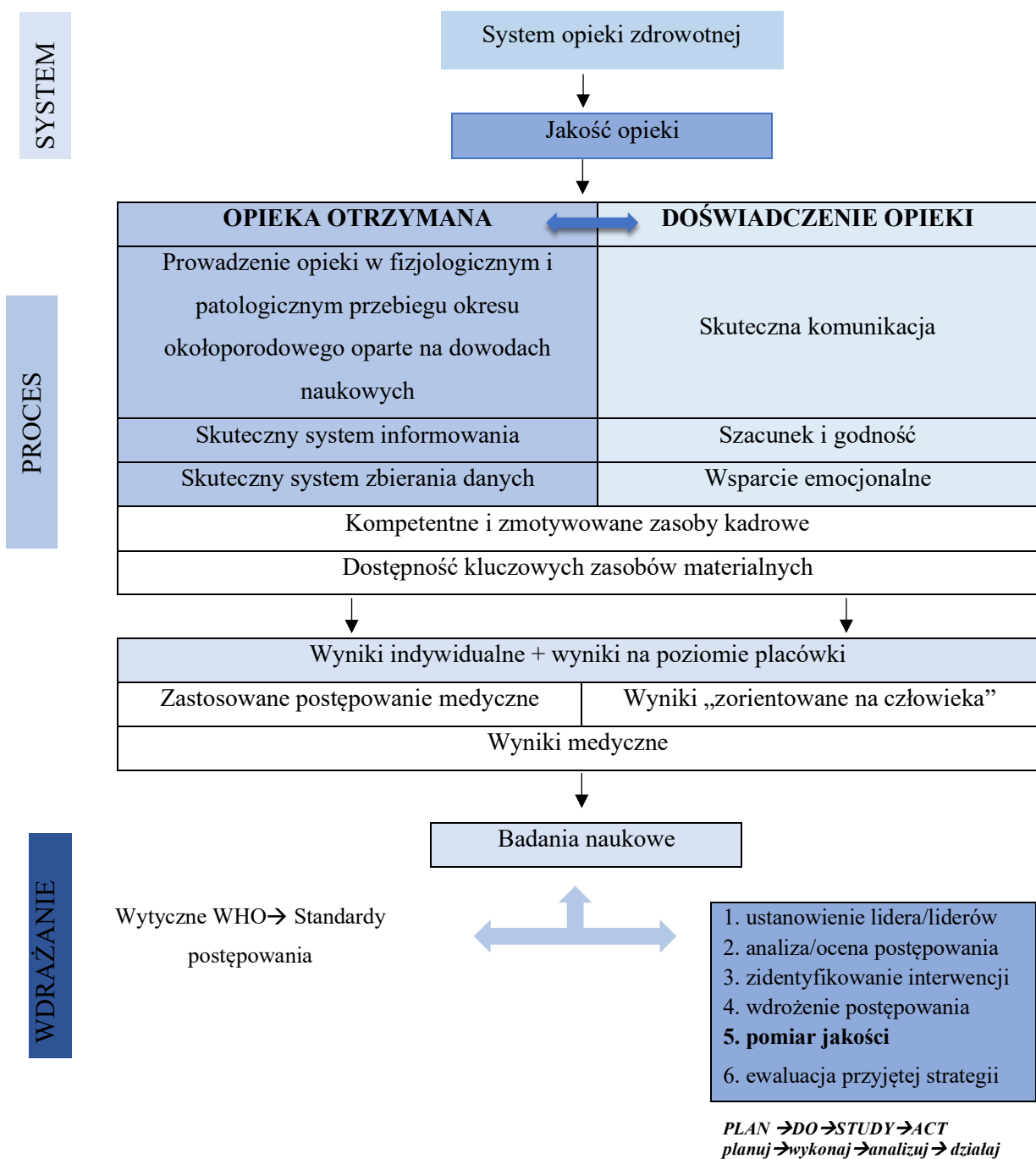
Położnictwo i zawarta w nim opieka okołoporodowa stanowi szczególną dziedzinę medycyny z kilku względów. Opieka medyczna szeroko pojmowana obejmuje populację bardzo zróżnicowaną pod względem wieku i płci. W zależności od konkretnej specjalności różna jest wielkość grupy objętej danymi świadczeniami oraz średnia wieku pacjentów. Opieką położniczo- ginekologiczną natomiast objęta jest ponad połowa całej populacji z uwagi na to, że jest ograniczona co do płci świadczeniobiorców, a mianowicie skierowana jest do kobiet.

Podczas ciąży, porodu i w ramach opieki poporodowej realizowanych jest szereg różnych świadczeń (np. wizyty kontrolne w ciąży, opieka w czasie porodu, wizyty poporodowe w domu), świadczonych przez różnych specjalistów (np. lekarzy ginekologów i lekarzy położników, położne sali porodowej, oddziału położniczego, położne rodzinne) w kilku przedziałach czasowych (tj. okres przedkoncepcyjny, ciąża, poród, połóg). Stanowi to przeszkodę w próbie oceny ogólnego zadowolenia z opieki w tym okresie. Opieka okołoporodowa nie koncentruje się wyłącznie na uniwersalnej wartości zdrowia lub trosce o zdrowie, a dotyczy również innych wartości takich jak rodzina, płciowość czy seksualność. Na jej postrzeganie wpływają indywidualne, subiektywne przekonania na temat porodu, zróżnicowana wiedza, uwarunkowania kulturowe, społeczne i rodzinne. Wiąże się też z pełnieniem ról życiowych matki oraz ojca. Częścią świadczeń w tej dziedzinie objęta jest nie tylko sama kobieta, ale i jej rodzina. Jako przykład posłużyć może opieka w okresie porodu lub opieka położnicza w połogu, której podlega kobieta oraz jej dziecko/dzieci. Często uczestniczy w niej również bliska osoba towarzysząca – mąż/partner, matka, przyjaciółka. Rola osoby towarzyszącej, najczęściej ojca dziecka, jest znamienna.

Istotny wydaje się być również fakt, że ciąża oraz poród naturalny są z definicji procesami fizjologicznymi. Z wyjątkiem sytuacji powikłań nie wymagają skomplikowanych działań medycznych, co jest także ważne z punktu widzenia osób badających niemedyce aspekty opieki okołoporodowej. To założenie przenosić może niejako uwagę kobiet na inne, niemedyce aspekty opieki, takie jak poczucie intymności, podejście personelu medycznego, wsparcie psychiczne i emocjonalne czy zaufanie (9). Krot stwierdza, że kobiety rodzące mają inne oczekiwania i postrzeganie usług świadczonych przez szpital niż kobiety hospitalizowane w innych oddziałach. Wynika to z faktu, że w okresie ciąży i porodu kobieta przechodzi istotne zmiany somatyczne, psychiczne oraz społeczne. Aby mogły być to zmiany pozytywne konieczne jest, by kobieta miała możliwość zachowania pełnej podmiotowości w czasie hospitalizacji. Poza tym opieka w czasie porodu powinna dawać kobiecie silne poczucie nobilitacji, a nie być wydarzeniem degradującym. Lekceważenie tych wymagań może

prowadzić do poważnych konsekwencji na tle emocjonalnym, psychicznym oraz psychospołecznym (9). Uważa się jednocześnie, że zapewnienie kobiecie możliwości podzielenia się z innymi swoim doświadczeniem porodu stanowi ważne działanie pielęgniarstwa, które zmniejszyć może ryzyko wystąpienia stresu pourazowego, (ang. *posttraumatic stress disorder, PTSD*) (55).

W 2015 roku WHO opublikowało rekomendacje dotyczące globalnej poprawy jakości świadczeń okołoporodowych, ze szczególnym uwzględnieniem krajów rozwijających się. W zaleceniach, pod tytułem *Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision* (tłum. Jakość opieki dla kobiet i noworodków - wizja Światowej Organizacji Zdrowia), zapisano uaktualnioną definicję jakości opieki. Zgodnie z nią jakość opieki to „stopień, w jakim usługi opieki medycznej świadczone na rzecz jednostki oraz populacji pacjentów poprawiają oczekiwane wyniki zdrowotne. Aby to osiągnąć, opieka medyczna musi być bezpieczna, skuteczna, terminowa, wydajna, sprawiedliwa i skoncentrowana na człowieku” (56). Autorzy podkreślają, że na samo doświadczenie opieki składa się kilka aspektów. Pierwszym z nich jest efektywna komunikacja między personelem a kobietą i jej rodziną, dzięki której kobieta rozumie co w danym momencie się dzieje, czego powinna się spodziewać oraz jakie przysługują jej prawa. Kolejnym jest opieka dająca poczucie godności i pełna szacunku. Trzecim z aspektów jest dostęp do potrzebnego wsparcia emocjonalnego oraz społecznego (56). Zaznacza się, że poprawa jakości opieki wpłynąć może korzystnie nie tylko na powiązane z nią wyniki zdrowotne, ale również aspekty niemedyczne. Zaleca się procedurę analizy uzyskiwanych wyników, zidentyfikowanie koniecznych interwencji, wdrażania właściwego postępowania, nad którym czuwa osoba lub grupa osób prowadząca całość działań, cykliczny pomiar jakości oraz ewaluację przyjętej strategii. W proponowanej strukturze działań wyznaczono wzajemnie na siebie wpływające elementy medyczno- techniczne oraz obszar doświadczenia opieki. Strukturę działań służących poprawie jakości opieki nad matką i noworodkiem zgodnie z rekomendacjami WHO prezentuje rycina 2.



Ryc.2 Struktura działań na rzecz jakości opieki w okresie okołoporodowym według WHO (57).

W wydanych w 2018 roku rekomendacjach pod tytułem *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience* (57) (Rekomendacje WHO, Opieka okołoporodowa dla pozytywnego doświadczenia porodu) pozytywne doświadczenie kobiety z porodu zdefiniowano jako „istotny punkt końcowy” świadczonej opieki. Autorzy we wstępie podkreślają, że opierając się na wynikach przeglądu systematycznego, można stwierdzić, że holistycznie ujęte doświadczenie porodu stanowi fundamentalny wynik sprawowanej opieki.

Zgodnie z przyjętą w dokumencie definicją „pozytywne doświadczenie porodu” obejmować powinno wypełnienie (lub przekroczenie) uprzednich oczekiwań personalnych oraz społecznych kobiety, a w tym: urodzenie zdrowego dziecka w środowisku bezpiecznym w aspekcie medycznym oraz psychologicznym, przy zachowaniu stałego wsparcia osoby towarzyszącej oraz uprzejmego i kompetentnego zespołu medycznego. Podkreślona jest również rola współdecydowania, zarówno w przypadku przebiegu fizjologicznego porodu jak również, gdy jest konieczność zastosowania interwencji medycznej opieki (57).

Koncepcja pozytywnego doświadczenia porodu stała się także jednym z powodów podjęcia wielośrodkowego, międzynarodowego projektu dotyczącego opieki okołoporodowej w Europie w ramach programów COST Action IS0907: *Changing childbirth cultures and consequences* w latach 2010-2014 oraz w latach 2014-2018. Jednym z badań prowadzonych w ramach tego projektu są badania kwestionariuszowe *Babies born better*, których celem jest zidentyfikowanie czynników wpływających na kobiece doświadczenie porodu. Dane gromadzono już trzykrotnie. Pierwsze publikacje krajowe oparte na zebranych danych opublikowano w 2016 (n=36716), kolejne w 2018 (n=44628). W toku ostatniego badania kwestionariusz dostępny był on-line w 25 językach, a analiza uzyskanych wyników wciąż trwa (58).

1.7. Narzędzia badawcze przeznaczone do oceny satysfakcji z opieki okołoporodowej

Satysfakcja z opieki okołoporodowej stanowi współcześnie jeden z najczęściej wymienianych wskaźników jakości opieki zdrowotnej w czasie porodu w krajach rozwiniętych. Zainteresowanie tym zagadnieniem stale się zwiększa, co widać po rosnącej w ciągu ostatniej dekady liczbie narzędzi badawczych (1,35). Małecka i Marcinkowski twierdzą, że „Aby ocenić satysfakcję pacjentów z usług medycznych, istnieje konieczność opracowania właściwych i niezawodnych narzędzi do pomiaru poziomu satysfakcji pacjentów z usług medycznych, które udzielane są w zakładach opieki zdrowotnej, podlegających przy tym ciągłej transformacji z przyczyn systemowo-ekonomicznych” (59). Również w opublikowanej w 2014 roku w *The Lancet* serii publikacji dotyczących jakości opieki w położnictwie (*The Lancet's Series on Midwifery*) podkreśla się konieczność ułatwienia dostępu do walidowanych narzędzi badawczych, dostosowanych do danych kontekstów kulturowych i społecznych, które mogłyby służyć do prowadzenia badań na płaszczyźnie lokalnej oraz międzynarodowej (53).

Maconko i wsp. (11) zaznaczają, że narzędzia badawcze do oceny satysfakcji, niezależnie od badanej dziedziny, powinny:

- być poddane standaryzacji,
- być stosowane zgodnie z opracowaną procedurą,
- posiadać ocenione parametry psychometryczne potwierdzające ich trafność i rzetelność,
- cechować się podstawą teoretyczną opracowaną na podstawie badań jakościowych.

Ponadto narzędzie badawcze powinno być zgodne z międzynarodowymi standardami i wytycznymi opartymi na dowodach naukowych, a dane zbierane powinny być w uporządkowany i rzetelny sposób (60). Do pomiaru satysfakcji z opieki stosuje się narzędzia generyczne (ogólne), jak wymienione powyżej, oraz swoiste (specyficzne). Różnią się one między sobą pod względem szczegółowego celu ich zastosowania i przedmiotu badania.

Choć zdecydowana większość dobrej jakości kwestionariuszy satysfakcji z opieki w okresie okołoporodowym powstała po roku 2000 część znanych i szeroko stosowanych narzędzi, takich jak *The Labor and Delivery Satisfaction Index/LADSI* czy *The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire/W-DEQ* skonstruowano już w latach 80 i 90. XX wieku (7,61). Wśród narzędzi badawczych specyficznych dla oceny opieki okołoporodowej o zweryfikowanych parametrach rzetelności i trafności wyróżnić można amerykański kwestionariusz *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale*, powstały w 2004 roku. Jest to narzędzie składające się z 34 pytań oparte na pięciostopniowej skali Likerta. Zawiera pięć podskal dotyczących osób biorących udział w porodzie (respondentki, osoby towarzyszącej, dziecka, położnej i lekarza sprawujących opiekę w czasie porodu) oraz jedną podskalę oceny całościowej opieki w czasie porodu. Adaptacje i walidacje tego kwestionariusza przeprowadzono w Wielkiej Brytanii, Holandii, Hiszpanii, Belgii oraz Iranie (62, 63).

Inne narzędzia do oceny satysfakcji kobiet z opieki w okresie okołoporodowym wykorzystywane w pracach naukowych oraz badaniach komercyjnych przez szpitale to:

- *Birth Satisfaction Scale - Revised (BSS- R)* - brytyjskie narzędzie z 2014 roku autorstwa Caroline Hollins Martin i Colina Fleming. Skala składa się z 10 pozycji w trzech podskalach testowych służących ocenie poziomu stresu kobiety w czasie porodu, jakości opieki oraz indywidualnych atrybutów respondentek. Zwaliowane i zaadaptowane narzędzie wykorzystywane jest obecnie między innymi w USA, Australii, Szkocji, Turcji oraz Grecji (52);
- *Six Simple Questions (SSQ)* - kanadyjski kwestionariusz oceniający satysfakcję z opieki w czasie porodu, o zwartej, przejrzystej i krótkiej budowie pytań opartych na 7 stopniowej

- skali Likerta. Oceniane elementy wybrane zostały przez autorów na podstawie przeglądu literatury. Kwestionariusz cechuje się wysokim poziomem rzetelności ($\alpha = 0.86$). Badanie przeprowadza się dwukrotnie: 48 godzin po porodzie oraz w 4- 6 tygodniu połogu (7). Badania z jego wykorzystaniem prowadzono w Kanadzie, Stanach Zjednoczonych (64) oraz w Iranie;
- *The Childbirth Experience Questionnaire (CEQ)* - kwestionariusz skonstruowany w Szwecji przez Dencker i in., opublikowany w 2010 roku koncentrujący się na doświadczeniach kobiety dotyczących jej własnego działania oraz poczucia wsparcia i bezpieczeństwa w czasie jej pierwszego porodu. Walidację tego kwestionariusza przeprowadzono między innymi w Wielkiej Brytanii i Hiszpanii (51,65);
 - *The Responsiveness in Perinatal and Obstetric Health Care Questionnaire (ReproQ)*- narzędzie oparte na domenach WHO i wytycznych dotyczących oceny reakcji pacjenta na opiekę medyczną oraz aspekty niekliniczne związane ze podejściem do objętych opieką osób oraz środowiskiem leczenia. Opublikowany w 2015 roku przez zespół holenderskich badaczy kwestionariusz składa się z dwóch części - wypełnianej przed porodem oraz w okresie połogu (66);
 - *Pregnancy and maternity care patients experiences questionnaire (PreMaPEQ)* - narzędzie skonstruowane w Norwegii, opublikowane w 2015 roku, służące ocenie doświadczenia kobiet objętych opieką położniczą w okresie ciąży, porodu i połogu (67);
 - *Labour and Delivery Satisfaction Index (LADSI)* - kwestionariusz kanadyjski (1987 r.) służący ocenie poziomu satysfakcji z perspektywy aspektów technicznych oraz dotyczących uczuć i emocji respondentki, nie poddany badaniu pilotażowemu. Wykorzystywany również do porównania satysfakcji kobiet z opieki okołoporodowej prowadzonej w różnych modelach opieki – sprawowanej przez położne (ang. *midwife-led care*) i lekarzy (ang. *doctor-led care*) (7,68);
 - *Maternal Satisfaction for Caesarean Section (MSCS)* - narzędzie opracowane w latach 90. przez naukowców z Kanady, służące ocenie satysfakcji z porodu drogą planowego cięcia cesarskiego w znieczuleniu miejscowym (69);
 - *Perceptions of Care Adjective Checklist (PCACL-R)* - kwestionariusz opublikowany w Wielkiej Brytanii w 2004 roku służący dwuwymiarowej ocenie aspektów opieki. Budowa kwestionariusza opiera się na dwóch listach kontrolnych, oddzielnych dla pozytywnych oraz negatywnych aspektów opieki (70);

- *Intrapartal care in relation to WHO recommendations (IC-WHO)* - narzędzie oparte na wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*) opracowane w 2008 roku. Kwestionariusz służy ewaluacji postrzegania przez kobiety po porodzie bezpieczeństwa stosowanych praktyk i prowadzonej opieki. Badane wskaźniki oceniane na dwóch płaszczyznach: otrzymanych świadczeń oraz subiektywnej istotności każdego z nich (ang. *perceived reality (PR) of the care received and the subjective importance (SI) of each item.*). Grupą badaną tym kwestionariuszem mogą być wyłącznie kobiet rodzące drogami natury (71);
- *The Childbirth Perception Scale* - kwestionariusz służący ocenie zadowolenia kobiety z opieki w czasie porodu oraz w pierwszym tygodniu połogu, uwzględniający nie tylko populację kobiet rodzących w szpitalu, ale również w warunkach domowych. Opublikowany w 2014 roku w Holandii (72);
- *The Scale for Measuring Maternal Satisfaction in Normal Birth (SMMS-normal birth)* oraz *The Scale for Measuring Maternal Satisfaction- Caesarean Birth* - kwestionariusze tureckie składające się z 42/43 dystraktorów opartych na pięciostopniowej skali Likerta służące ocenie opieki w okresie porodu i wczesnego połogu (73);
- *Consumer Satisfaction Questionnaire (CSQ)* – kwestionariusz skonstruowany w Tajwanie w języku angielskim, służący ocenie postrzegania opieki w czasie porodu przez parę, czyli kobietę rodzącą i jej osobę towarzyszącą. Podstawa teoretyczna narzędzia oparta została na przeglądzie piśmiennictwa, badaniach jakościowych (wywiadach) przeprowadzonych w grupie par uczestniczących w porodzie oraz testowany w grupie 20 par – rodziców, po porodzie prawidłowym ciąży donoszonej. Dotychczas nie przeprowadzono walidacji narzędzia w innych krajach (7);
- *Women's Experience of Maternity Care* – kwestionariusz brytyjski, opracowany w 2007 roku, dedykowany wszystkim kobietom rodzącym w placówkach *National Health System*. Składa się z części dotyczącej opieki w czasie ciąży, porodu, opieki szpitalnej w połogu oraz opieki w domu, jak również wsparcia w zakresie karmienia noworodka (74).

Oprócz kwestionariuszy, które powstały celem zbadania ogólnej satysfakcji kobiety z opieki okołoporodowej istnieją również te specyficzne dla konkretnych parametrów i sytuacji medycznych czy warunków technicznych opieki w położnictwie i ginekologii. Przykładem takich narzędzi są:

- amerykański *The Childbirth Trauma Index for adolescents (CTI)* opublikowany w 2011, służący ocenie wskaźników mających wpływ na reakcję stresową i wystąpienie traumy poporodowej u nastolatek (55);
- kwestionariusze specyficzne dla porodu drogą cięcia cesarskiego, takie jak: kanadyjski *The Maternal Satisfaction Scale for Caesarean Section/MSS-caesarean section* z 1999 roku, turecki *The Scale for Measuring Maternal Satisfaction- Caesarean birth/SMMS- caesarean birth* z 2012 roku (75);
- skale służące ocenie wyłącznie doświadczeń kobiet z opieki w fazie utajonej porodu np. kanadyjski *The Early Labour Experience Questionnaire (ELEQ)* z 2013 roku, (76);
- zaprojektowana w Wielkiej Brytanii skala *The Preterm Birth Experience and Satisfaction Scale (P-BES)* służąca ocenie doświadczenia i zadowolenia z porodu przedwczesnego przed 32 tygodniem ciąży zarówno matki jak i ojca dziecka. Opublikowana w 2014 roku służące badaniu oparte częściowo na skali *Labour and Delivery Satisfaction Index* oraz QPP-I (77);
- przeznaczony do oceny satysfakcji z opieki z wyszczególnieniem miejsca (w tym uwzględniony dom, dom narodzin oraz oddział szpitalny) i modelu sprawowania opieki okołoporodowej brytyjski kwestionariusz z 2001 roku *Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire/WOMBLSQ*, oceniający 11 zmiennych w 32 pytaniach testowych; narzędzie zaadaptowane zostało również w Hiszpanii (62)(78);
- składający się z 29 pozycji testowych kwestionariusz służący ocenie poczucia kontroli osobistej w czasie porodu *The Labour Agency Scale* (77).

Wykorzystywane są również narzędzia swoiste do badania jakości życia związanej ze zdrowiem kobiet w ciąży oraz w położu i powiązanych z nich czynników (ang. *Health Related Quality of Life, HRQL*). Należą do nich:

- skala PNMI (*Postnatal Morbidity Index*) - brytyjskie narzędzie autorstwa Andrew Symon i in. przeznaczone do oceny występowania powikłań poporodowych, stosowanego postępowania w ich przypadku, częstości powtórnych hospitalizacji i związanej z tym jakości życia (79);
- skala MGI (*Mother Generated Index*) – narzędzie badawcze umożliwiające poznanie spontanicznych i subiektywnych opinii oraz odczuć kobiet odnośnie ciąży i dziecka oraz wyodrębnienie czynników mających wpływ na jakość życia kobiet. odzwierciedla także różnicę między oczekiwaniami odnośnie do ciąży, a rzeczywistością. Ze względu na swoją specyfikę nie wymagający walidacji językowej, a jedynie tłumaczenia instrukcji. Składa się

z trzech części, w których respondentki kolejno: wymieniają aspekty życia, na które miała wpływ ciąża, oceniają jej wpływ jako pozytywny lub negatywny i przypisują każdemu z nich adekwatne wagi. Wykorzystywany między innymi w Czechach, Niemczech, Indiach, Brazylii i Chinach. Polska wersja kwestionariusza została zastosowana po raz pierwszy w 2009 roku do oceny jakości życia kobiet hospitalizowanych w ciąży. Narzędzie wykorzystuje technikę wywiadu indywidualnego oraz metody ilościowe do przeliczenia wartości indeksu. Autorem kwestionariusza jest Andrew Symon i Danny Ruta (Szkocja) (80,81);

- *Wijma Delivery Expectancy/experience Questionnaire* - kwestionariusz służący ocenie oczekiwań w stosunku do opieki w czasie porodu oraz, w szczególności, do poziomu czynnika określanego w literaturze anglojęzycznej jako „lęk przed porodem” (ang. FOC-*fear of childbirth*), opracowany w Norwegii w latach 2008-2010. Składa się z dwóch wersji. Wersja A służy pomiarowi poziomu lęku przed porodem, wersja B – faktycznego doświadczenia porodu. Skala poddana adaptacji między innymi w Wielkiej Brytanii (61);
- *Multidimensional Health Locus of Control Scales - labour and delivery* (MHLC-LD) - narzędzie opublikowane w 2011 roku i służące ocenie umiejscowienia poczucia kontroli zdrowia specyficzne dla okresu porodu (35).

Dotychczas żadne z powyższych narzędzi, oprócz MGI, nie zostało zaadaptowane oraz zwalidowane na potrzeby badań komercyjnych oraz naukowych w Polsce (80). W 2017 roku opublikowano natomiast „Narzędzie do oceny jakości opieki ambulatoryjnej nad matką i noworodkiem w trakcie ciąży i w porożu”, którego celem jest pomoc w ocenie sprawowanej opieki ambulatoryjnej nad pacjentką w ciąży fizjologicznej, powikłanej, w okresie poporodowym oraz sposób sprawowania ambulatoryjnej opieki nad noworodkiem, a także ocena warunków techniczno-organizacyjnych placówki. Dedykowane jest do prowadzenia ogólnokrajowej oceny jakości opieki nad matką i noworodkiem. Narzędzie to obejmuje szereg aspektów dotyczących opieki, diagnostyki i leczenia w okresie ciąży i porożu, a także część skierowaną do personelu medycznego. Nie jest specyficzne dla samego porożu (60). Nie stwierdzono więc by istniało, na dzień dzisiejszy, skonstruowane w kraju na potrzeby badań satysfakcji z opieki okołoporodowej w populacji polskiej walidowane narzędzie badawcze. Wypełnieniu tej luki służyć może przeprowadzona przez autorkę walidacja kwestionariusza QPP-I.

1.8. Dotychczasowe badania nad satysfakcją kobiet z przebiegu opieki okołoporodowej

Mimo, że „zadowolenie” czy „satysfakcja z opieki” oraz „doświadczenie” to dwa różne pojęcia często stosowane są w literaturze zamiennie, jako terminy zastępcze w zależności od założeń przyjętych przez badaczy (82). Samo „doświadczenie porodu” (ang. *experience of birth, birth experience*), uwarunkowane zarówno czynnikami położniczymi, psychologicznymi, technicznymi jak i społecznymi jest jednak opisem faktów. Jest też konceptem silnie zindywidualizowanym, wielowymiarowym, a przez to trudnym do zmierzenia (47). Co istotne, doświadczenie pozytywne i negatywne mogą współlistnieć rzutując na ogólne zadowolenie, a więc na miarę wyłącznie subiektywną (65).

Aby zrozumieć, jak ważnym jest wydarzeniem jest poród dla kobiety oraz uznać rangę jaką ma zadowolenie z opieki należy na ten proces spojrzeć szerzej niż z dominującej od lat perspektywy biologicznej. Jak zaznaczają Poręba i wsp. „Zrozumienie porodu wymaga nie tylko wiedzy medycznej, ale również wiedzy z dziedzin pokrewnych: psychologii, socjologii, ekologii, filozofii, etyki, demografii, kulturoznawstwa, prawa, a także aksjologii.”. Na wielowymiarowość porodu składają się aspekty biomedyczne, społeczno-kulturowe oraz psychologiczne (35,83–85). Istotna jest również perspektywa rodzącego się dziecka, dla którego poród– zgodnie z nowymi poglądami psychologii prenatalnej - ma znaczenie w rozwoju psychiki i dalszym życiu (85).

Narodziny dziecka, poród naturalny z definicji nie jest stanem patologicznym tylko procesem fizjologicznym. Ma dynamiczną, zmienną naturę, a towarzyszące mu emocje ulegają silnym fluktuacjom (82). Poród, niezależnie od drogi i sposobu rozwiązania ciąży, jest wydarzeniem intymnym i wyjątkowym dla każdej kobiety. Uznawane jest też za jedno z najważniejszych przeżyć w ciągu całego życia, dla większości kobiet będąc stadium istotnej osobistej zmiany, transformacji. Za okres krytyczny dla tego doświadczenia uznaje się nie jedynie sam poród, ale cały okres okołoporodowy, a więc czas ciąży, porodu i położu. Stanowi on dla kobiety pewnego rodzaju kontinuum, w którym kolejne etapy łączą się w jedną całość (86). W przeglądzie systematycznym z 2018 roku, w którym analizie poddano badania dotyczące oczekiwań i przekonań kobiet z 35 krajów z 6 kontynentów dotyczących porodu wykazano, że podstawowe wartości, oczekiwania oraz problemy są tu uniwersalne. Zdrowe kobiety w prawidłowo przebiegającej ciąży chcą urodzić naturalnie (fizjologicznie, normalnie), w „klinicznie, psychologicznie, kulturowo bezpiecznym środowisku przy wsparciu emocjonalnym osoby (osób towarzyszących) oraz z uprzejmym, wrażliwym personelem”.

Pozytywne odczucia związane z odbytym porodem są jednym z trzech nadrzędnych tematów, które podnoszą autorki tego przeglądu, stawianym na równi z bezpieczeństwem oraz dobrostanem psychicznym (86).

Istotny jest też fakt, że percepcja doświadczenia porodu oddziałuje na „wejście” kobiety w rolę matki i w okres macierzyństwa i przystosowanie do rodzicielstwa (87). Wpływa na jej dobrostan psychiczny, a także zdrowie fizyczne (48). Kształtować może jakość wczesnej więzi między kobietą, a noworodkiem oraz poczucie kompetencji jako matki (35). Doświadczenie pozytywne rzutować może na wyższe poczucie spełnienia, własnej wartości oraz postrzeganie własnej seksualności. Ma też wpływ na cechy przypisywane dziecku (88).

W sytuacji, gdy doświadczenie porodu jest doświadczeniem znacząco różniącym się od wcześniejszych oczekiwań kobiety może być ono odebrane jako zdarzenie niesatysfakcjonujące, a niekiedy nawet traumatyczne. Jak wskazuje badanie Reynolds z 1997 roku w takim przypadku uczucia kobiet skoncentrowane są wokół emocji nacechowanych silnie negatywnie takich jak złość, strach, smutek i ból (89). Negatywne doświadczenie może być odbierane przez kobiety jako wewnętrzną przegraną, utratę poczucia kontroli, rozczarowanie, poczucie niekompetencji (2,90). Niski poziom satysfakcji wiąże się również z wyższym odsetkiem niepowodzeń w laktacji oraz trudności w nawiązaniu więzi matka-dziecko (51). Badania wskazują również, że negatywne doświadczenia są przyczyną strachu przed kolejnym porodem, a także preferencje dotyczące kolejnych porodów takie jak droga porodu (82). Przeprowadzone metaanalizy z 2014 i 2017 roku wykazały, że w 3,1- 4,9% przypadków u kobiet po porodzie występują zaburzenia lękowe określane jako poporodowy zespół stresu pourazowego (ang. PP-PTSD *Postpartum Posttraumatic Stress Disorder*) (91,92). Po porodzie przedwczesnym odsetek ten wzrasta nawet do 23 % - 33% kobiet (93)(94). Zdarza się również, że podobnie jak w przypadku innych wydarzeń traumatycznych, kobieta obserwuje u siebie luki pamięciowe przybierające postać psychogennej amnezji (95). Czynnikiem wpływającymi na powstanie zaburzeń psychicznych z tej grupy są:

- ból porodowy,
- utrata kontroli nad przebiegiem porodu,
- brak wsparcia rodziny,
- brak wsparcia personelu medycznego.

Wszystkie powyższe czynniki związane są ze sferą emocjonalną, ale warunkowane są czynnikami zewnętrznymi, na które wpływ może mieć personel medyczny oddziału oraz

szpital jako organizacja. Jak podkreśla Krot: „Nie są to wymagania trudne do spełnienia, ale ich lekceważenie może prowadzić do poważnych konsekwencji.” (9).

W piśmiennictwie naukowym wyróżnia się dwa szerokie powiązane ze sobą obszary, które mają wpływ na „satisfakcję z porodu”. Pierwszym z nich są czynniki niemedyczne, do których zalicza się:

- relacja rodzącej z osobami sprawującymi opiekę (48),
- wsparcie ze strony osób sprawujących opiekę w porodzie oraz w zakresie karmienia naturalnego,
- aspekty techniczne i warunki, w jakich odbywa się poród, estetyka otoczenia, wyposażenie, w tym warunki zapewniające intymność i prywatność w sali porodowej,
- czynniki personalne po stronie rodzącej,
- czynniki personalne po stronie osób sprawujących opiekę (3,54,96).

Drugim z obszarów jest szereg aspektów medycznych w tym:

- reakcja na ból porodowy,
- zmienne neonatologiczne np. stan zdrowia dziecka (82),
- inne aspekty medyczne: stan zdrowia kobiety, zmienne położnicze, takie jak droga porodu (35,97).

Relacja z osobami sprawującymi opiekę oraz ich wsparcie, komunikacja oraz wzajemna współpraca zaliczane są do ważnych aspektów ogólnego postrzegania okresu okołoporodowego (48). Właściwe wsparcie ze strony położnych i lekarzy wzmacnia poczucie kontroli oraz zaangażowania, jednocześnie dając poczucie bezpieczeństwa. Towarzystwo kobiecie, „bycie z kobietą” oraz partnerstwo w podejmowaniu decyzji wiąże się z wyższym poziomem satysfakcji przy dobrych wynikach klinicznych (21,54). Na odpowiedni poziom komunikacji i współpracy składa się informowanie o przebiegu porodu szczególnie w sytuacji dynamicznych zmian zachodzących w sytuacji klinicznej, zaangażowanie kobiety w proces podejmowania decyzji, poświęcenie wystarczającej ilości czasu na rozmowę dotyczącą wątpliwości oraz wyborów kobiety, otwartość na zadawane pytania. Odpowiedni dostęp do informacji i wyjaśnień na temat tego, co dzieje się w czasie porodu wpływa korzystnie na poziom stresu i poczucie kontroli, a co za tym idzie na wyższy poziom zadowolenia kobiety (87). Według Cornally i wsp. wsparcie osób prowadzących opiekę (w tej publikacji położnych), które prowadzą kobietę przez poród dbając o jej komfort ma istotny wpływ na poziom zadowolenia z opieki (48). Larkin i wsp. określają rolę położnej jako „kluczową”, zaznaczając, że może mieć wpływ zarówno na pozytywne jak i negatywne doświadczenia kobiety (82).

Zwraca się również uwagę na współpracę całego zespołu z rodzącą, podkreślając korzystny wpływ spójnej, skoncentrowanej na kobiecie komunikacji, tzw. „*women-centered communication*”. Dostosowane do indywidualnych potrzeb i właściwie przekazywane informacje mogą redukować stres i niepokój rodzącej, wzmacniając jej poczucie kontroli oraz bezpieczeństwa (48). Kompetentna i empatyczna opieka ma również działanie wzmacniające pożądane zaufanie w stosunku do personelu, podnosząc zarazem ogólny poziom zadowolenia z opieki (86). Wykazano również korzystny wpływ ciągłości wsparcia w okresie ciąży, porodu i położu na pozytywne doświadczenie porodu (54).

Badacze wyszczególniają czynniki leżące po stronie osoby sprawującej opiekę – lekarza lub położnej- wpływających na jakość opieki okołoporodowej. Są to: profesjonalne podejście do kobiety objętej opieką, kompetencje oraz doświadczenie położnej, umiejętności interpersonalne oraz rozwój osobisty i zawodowy. Jeśli brakuje któregoś z tych czynników świadczona opieka może być niewystarczająca, a więc niesatysfakcjonująca (21,48,54,98). Wysoka ocena kompetencji położnej oraz lekarza wiąże się z wyższym poziomem zadowolenia z opieki (36).

Jako powiązane z poziomem zadowolenia wymienia się takie aspekty organizacyjne opieki takie jak: dostępność ośrodka (dystans od miejsca zamieszkania), dobre warunki lokalowe, możliwość odwiedzin i warunki dla osoby towarzyszącej, możliwość kontaktowania się z oddziałem drogą telefoniczną oraz zachowanie ciągłości opieki (87,99).

Kolejnym istotnym obszarem są czynniki personalne, wewnętrzne. Są to indywidualne cechy danej kobiety, na które składają się: połączenie cech charakteru, personalnych przekonań i wartości (4). Należą do nich:

- poczucie kontroli, poczucie sprawczości w czasie porodu (35,100,101);
- wypełnienie oczekiwań wobec przebiegu porodu, w tym uwzględnienie planu porodu (99,102) (103);
- przygotowanie do porodu (35);
- czynniki społeczne - wiek kobiety, poziom wykształcenia, status materialny, tło etniczne – w zależności od prowadzonego badania wykazywały zmienny efekt w stosunku do poziomu satysfakcji (36,100).

Poczucie kontroli (ang. *personal control*) jest czynnikiem, którego wpływ na zadowolenie kobiety z doświadczenia porodu potwierdza szereg badań z lat 90. oraz z początku XXI wieku (36,82,100,104). Opisywany jest jako „kluczowy składnik”, mogący wzmocnić lub obniżyć poczucie zadowolenia z doświadczenia porodu (82). Poczucie kontroli

koreluje również z ogólnym dobrostanem kobiety (35,102). Green podkreśla, że poczucie kontroli może być analizowane z dwóch perspektyw. Pierwszą z nich jest wymiar „zewnętrzny”, który odzwierciedla wpływ kobiety na to, jakie procedury, zabiegi medyczne są w stosunku do niej zastosowane, a także stopień zaangażowania kobiety w decyzyjność tych w kwestiach. Zauważa się również związek z wyborem miejsca porodu (82). Drugim z wymiarów jest poczucie samokontroli, a więc panowania nad własnym ciałem i zachowaniem w przebiegu porodu (100). Związek pomiędzy zadowoleniem z porodu a poczuciem kontroli, zarówno „zewnętrznej” jak i „wewnętrznej”, występuje niezależnie tego, czy kobieta rodzi po raz pierwszy czy kolejny. Większe poczucie samokontroli przekładało się na wyższe poczucie satysfakcji. (50,100). Goodman w publikacji, której wyniki również potwierdzają tę zależność, sugeruje, że na poczucie kontroli mają wpływ zarówno czynniki osobiste, jak i relacja kobiety z osobą towarzyszącą w czasie porodu oraz osobami sprawującymi opiekę. Oznacza to, że umożliwienie kobiecie decydowania o przebiegu opieki, a więc podniesienie jej poczucia samokontroli wpływa na jej zadowolenie z porodu. Może temu służyć przeprowadzenie rozmowy na temat oczekiwań dotyczących porodu już w czasie ciąży oraz omówienie planu porodu przy przyjęciu do sali porodowej. Zadaniem położnej jest pomóc kobiecie wypełnić założenia, z którymi przychodzi do porodu w pełni, o ile pozwala na to stan zdrowia jej i dziecka. Jeśli niektóre z oczekiwań są niemożliwe do wypełnienia w danej sytuacji ważne jest, by położna pomogła zrozumieć i zaakceptować kobiecie istniejące utrudnienia (35).

Preferencje kobiety zależne są od jej indywidualnych, wcześniejszych doświadczeń, stanu zdrowia psychicznego i fizycznego, nastawienia grupy społecznej czy środowiska danej osoby w stosunku do ciąży i porodu. (105). Wpływ na oczekiwania kobiety mają również media, moda czy tradycja, jak również wizerunek szpitala i jego opinie w kręgu znajomych czy rodziny. Jedną z oficjalnych form, za pomocą której kobieta może przekazać swoje oczekiwania osobom sprawującym opiekę jest plan porodu. Jednakże, jak podkreślają Romańska i wsp. „nawet jeśli oczekiwania wyrażone w planie porodu, nie zostaną zrealizowane, sam proces jego tworzenia może mieć wpływ na pozytywne odczucia porodowe, ze względu na możliwość świadomej refleksji dotyczącej przebiegu narodzin i przedyskutowania własnych decyzji z personelem medycznym.” (103). Spełnienie oczekiwań lub ich przekroczenie wpływa korzystnie na ocenę jakości opieki i wyższy poziom satysfakcji (9,35). Odwrotnie, niewypełnienie wcześniejszych oczekiwań powoduje negatywną ocenę doświadczenia porodu (87). Postrzeganie porodu przez kobietę, tzw. filozofia porodu ma również istotny wpływ na stawiane oczekiwania. U kobiet, które postrzegają poród jako proces

naturalny, fizjologiczny wszelkie interwencje medyczne mogą potęgować stres i wpływać na doświadczenie negatywnie. Kobiety, które rozpatrują poród w kategoriach ryzyka i zagrożenia zdrowia, spodziewają się interwencji medycznych i ich zaistnienie może zwiększać poczucie bezpieczeństwa, a więc i poziom zadowolenia (87).

Przygotowanie do porodu, rozumiane jako uczestnictwo w zajęciach o charakterze „szkoły rodzenia”, może być jednym z czynników mających korzystny wpływ na poziom satysfakcji. Właściwe przygotowanie, poprzez naukę między innymi technik relaksacji, łagodzenia dolegliwości bólowych w czasie skurczy, metod wsparcia przez osobę towarzyszącą, oddziałuje na pozostałe wyżej wymienione aspekty. Przygotowanie przyczynia się do zwiększenia poczucie kontroli oraz zmniejszenia nasilenia bólu w porodzie, a przez to na ogólne poczucie zadowolenia (35,106).

Badania nad czynnikami społecznymi, takimi jak wiek, status materialny, pochodzenie etniczne czy poziom edukacji nie wykazują jednoznacznie ich wpływu na doświadczenie i satysfakcję kobiety w okresie okołoporodowym. Istotny jest natomiast stopień wsparcia w osobach bliskich i społeczności danej kobiety (87). Należy podkreślić również znaczenie porodu partnera kobiety, którego obecność przy porodzie ma wpływ na poziom zadowolenia kobiety, ale również oddziałuje na przyjęcie roli ojca dziecka.

Ból porodowy to czynnik, którego poziom przez niektórych badaczy uznawany jest za kluczowy dla poziomu zadowolenia z porodu. Faktycznie w znacznej części badań u kobiet, które oceniały nasilenie bólu jako wysoki, zwykle satysfakcja z porodu była niższa niż w grupie kobiet, które oceniły ból jako niski (35). Badania Smith również uwzględniają nasilenie bólu w czasie porodu i po porodzie jako jeden z ważnych, lecz niedecydujących czynników, od których zależeć mogła ocena satysfakcji (83). Jednak Hodnett, w przeglądzie systematycznym z 2002 roku, podkreśla, że nasilenie bólu nie jest kluczowym czynnikiem pod warunkiem, że spełnione są oczekiwania kobiet wobec łagodzenia skurczy (97). Nawet silne doznania bólowe w czasie porodu nie muszą skutkować niskim poziomem satysfakcji, jeśli z powodzeniem stosowane są metody łagodzenia skurczy (35).

Inne zdarzenia czy interwencje medyczne również nie wykazują jednoznacznego wpływu na poziom zadowolenia kobiet. Część badań dowodzi wpływu drogi porodu oraz interwencji medycznych (36,104), podczas gdy inne nie potwierdzają takiej zależności (87). Wśród czynników wymienianych jako te wpływające na negatywne doświadczenie kobiety wymienia się indukcję porodu, poród instrumentalny, rozdzielenie matki i dziecka w wyniku konieczności hospitalizacji noworodka w oddziale intensywnej terapii (107). Jednak, wobec niejednoznacznych doniesień, można stwierdzić, że to, w jaki sposób kobieta doświadcza

interwencji ma większe znaczenie niż to, czy mają one miejsce czy też nie. Kolejnym czynnikiem jest ogólny stan zdrowia, który kobiety koreluje z pozytywnym doświadczeniem porodu. U kobiet zdrowych, u których najczęściej poziom stresu i niepokoju jest niższy niż u kobiet obciążonych problemami zdrowotnymi, zadowolenie z doświadczenia porodu jest wyższe (87).

2. Adaptacja i walidacja narzędzi badawczych

2.1. Procedura adaptacji językowo-kulturowej narzędzi badawczych na przykładzie adaptacji kwestionariusza QPP-I

Procedura adaptacji językowo-kulturowej (ang. *cross-cultural adaptation*) kwestionariusza, czyli „zaimportowania” zagranicznej skali, jest złożona i wymaga wnikliwego zaplanowania toku badań. Jej celem jest stworzenie narzędzia badawczego na podstawie już istniejącego, który będzie narzędziem równoważnym w stosunku do oryginalnego pod względem koncepcji i zastosowania. Mimo licznych badań z zastosowaniem adaptacji językowo -kulturowej nie da się określić „złotego standardu” dla tej procedury. Gawlik i Kurpas zaznaczają, że: „Nie istnieje jeden optymalny sposób adaptacji testu. Jest to zawsze uzależnione od celu, dla którego przeznaczony jest dany kwestionariusz.” (108).

Na proces adaptacji narzędzia badawczego składają się czynności, które służyć mają dostosowaniu go do innego języka, kraju i/lub warunków kulturowych. Konieczne jest rozstrzygnięcie czy konstrukt teoretyczny (przedmiot pomiaru) istnieje w kulturze docelowej. Jeśli nie można potwierdzić porównywalnego konstruktu wskazane jest stworzenie nowego narzędzia, aniżeli adaptacja już istniejącego. Niezbędne jest również uwzględnienie możliwych odrębności w rozumieniu samego badanego pojęcia przez populację docelową oraz kontekst kulturowy (108,109). Oznacza to, że nacisk kładziony być powinien na równowagę koncepcyjną i kulturową pojęć oraz dostosowanie do innej specyfiki kulturowej, a nie dosłowne/literalne tłumaczenie danego narzędzia.

W praktyce spotyka się kilka scenariuszy adaptacji w zależności od pochodzenia kwestionariusza i planowanej populacji docelowej wersji adaptowanej. Guillemain i in. wyróżnili pięć możliwych rozwiązań. Pierwszy z nich zakłada stosowanie adaptowanej wersji w podobnym kontekście kulturowym oraz w tym samym języku. W tym przypadku nie wymagane jest stosowanie całej procedury. Scenariuszem przeciwnym jest podjęcie próby zaadaptowania narzędzia w innym kraju, o innej kulturze oraz innym języku docelowym (102). Szczegóły zmian zachodzących w procesach adaptacji w zależności od pochodzenia i populacji docelowej prezentuje tab. I.

Tab.I Formy adaptacji językowo-kulturowej narzędzi badawczych (109)

Adaptacja narzędzia w przypadku jego późniejszego zastosowania w:	Zmiana w stosunku do narzędzia oryginalnego w zakresie:			Konieczne przeprowadzenie:	
	aspektów kulturowych	języka	kraju zastosowania	translacji	adaptacji kulturowej
tej samej populacji docelowej	-	-	-	-	-
tym samym kraju do odrębnej grupy etnicznej (np. Imigrantów)	+	-	-	-	-
innym kraju dla populacji o tym samym języku	+	-	+	-	+
tym samym kraju, dla grupy docelowej posługującej się innym językiem	+	+	-	+	+
innym kraju oraz dla grupy posługującej się innym językiem	+	+	+	+	+

+ wymaga przeprowadzenia, - nie wymaga przeprowadzenia

Proces adaptacji obejmuje tłumaczenie tekstu narzędzia badawczego na język docelowy oraz dostosowanie kulturowe według określonej strategii. Wyróżnia się następujące strategie:

- transkrypcja – tłumaczenie, w którym wprowadzane są jedynie niezbędne poprawki językowe, możliwie wierne wersji oryginalnej,
- translacja- tłumaczenie wykorzystujące modyfikacje językowe celem maksymalnego zbliżenia funkcjonalnie do skali oryginalnej,
- trawestacja -tłumaczenie swobodne, z wprowadzeniem zmian części treści ze względów językowych, treściowych lub psychometrycznych
- parafraza – opracowanie nowego narzędzia bazującego jedynie na konstrukcji narzędzia oryginalnego, stosowana dla porównań wewnątrz-kulturowych
- rekonstrukcja- opracowanie nowego narzędzia z wykorzystaniem etapów zastosowanych w narzędziu oryginalnym (8).

Wybór właściwej strategii do przygotowania narzędzia badawczego pozwolić powinno docelowo na porównanie uzyskanych wyników w płaszczyźnie międzynarodowej oraz międzykulturowej, na przykład między krajem pochodzenia a krajem, w którym wykorzystano zaadaptowany kwestionariusz, lub wykorzystanie do pomiaru tego samego konstruktów wewnątrz-kulturowo (10,109). Przygotowanie narzędzia badawczego na podstawie wcześniej opracowanego pozwala na stworzenie kwestionariusza z już

ugruntowaną podstawą teoretyczną. Konstruowanie narzędzia badawczego *de novo* wymaga włączenia w całość tego procesu wnikliwej analizy założeń teoretycznych dotyczących danego pojęcia, zjawiska, badanego zagadnienia.

Wytyczne dotyczące pracy nad adaptacją narzędzia, na których opiera się obecnie część publikacji, przygotowane zostały między innymi przez ekspertów WHO (109,110). Cały proces składa się z pięciu (lub sześciu w zależności od przyjętych wytycznych) etapów, podsumowana jest również krótko dokumentacja, jaką powinno się zgromadzić przygotowując pracę. Uwzględnić ona powinna wersję tłumaczenia pierwszego, zebrane rekomendacje i uwagi tzw. panelu ekspertów, tłumaczenie zwrotne, podsumowanie analizy wersji wstępnej kwestionariusza po przeprowadzonym badaniu pilotażowym oraz wersję końcową. Innym wartym uwagi dokumentem są wytyczne amerykańskich autorek Dorcas Beaton, Claire Bombardier i in. z 2011 roku, które zostały zebrane i usystematyzowane na podstawie obszernego przeglądu starszych opracowań dotyczących tego zagadnienia z lat 1960 -2009 (109).

W procesie adaptacji językowo – kulturowej narzędzia badawczego wyróżnić można dwa podstawowe stadia, tj. adaptacja językowa, czyli tłumaczenie skali wraz z testowaniem właściwości językowych narzędzia oraz ewaluacja właściwości psychometrycznych.

Procedura adaptacji językowej wygląda następująco:

1. Etap I - tłumaczenia źródłowej wersji językowej do wersji docelowej zwane „tłumaczeniem do przodu” (ang. *forward translation, one- way translation, initial translation*) lub „tłumaczeniem wstępnym (ang. *initial translation*).

Tłumaczenie powinno być wykonane przez przynajmniej dwóch niezależnych tłumaczy lub zespołów tłumaczy, których językiem ojczystym jest język docelowy adaptowanego narzędzia badawczego. Odpowiedni wybór osób odpowiedzialnych za tłumaczenie tekstu narzędzia jest niezbędny do uzyskania wysokiej jakości wersji docelowej narzędzia. Wymagane jest by tłumacze byli dwujęzyczni, biegle posługujący się zarówno językiem źródłowym narzędzia, jak i językiem docelowym w sferze gramatyki, semantyki, składni oraz aspektach kulturowych. Zaleca się również by jeden z tłumaczy specjalizował się w problematyce i terminologii medycznej, co umożliwiłoby wiarygodne tłumaczenie merytoryczne kwestionariusza. Drugi z tłumaczy powinien sprawnie posługiwać się językiem potocznym niemedycznym, być zaznajomiony z kolokwializmami oraz żargonem stosowanym w języku docelowym. Nie powinien posiadać wykształcenia medycznego. Taki podział specjalizacji tłumaczy umożliwia wygenerowanie dwóch wersji tłumaczenia o wysokiej jakości językowej (105). Przygotowane przez obu tłumaczy wersja

1 oraz wersja 2 (T1, T2) podlegają kolejnym etapom adaptacji. Wyróżnić można dwa sposoby tłumaczenia kwestionariuszy: symetryczny oraz asymetryczny. Szerzej rekomendowaną techniką jest tłumaczenie symetryczne uwzględniające wierność znaczenia danego tekstu w języku źródłowym oraz w języku docelowym. Umożliwia zachowanie równowagi obu wersji językowych kwestionariusza w zakresie semantyki, koncepcji, warstwy technicznej i zawartości treściowej. Dodatkowo eksperci WHO podkreślają, że tłumaczenie nie powinno być dosłowne, ale uwzględniające konceptualne synonimy danych pojęć, jeśli te są bardziej odpowiednie. Wykorzystuje się tzw. translację, w czasie której modyfikowane są fragmenty tekstu, którego dosłowny przekład nie jest możliwy. Co więcej, formułowane pytania powinny być proste i zwięzłe.

2. Etap II – porównanie i synteza obu wersji tłumaczenia w języku docelowym (ang. *synthesis of the translations*).

Porównanie powinno zostać wykonane pod kątem różnic i rozbieżności pomiędzy słowami i znaczeniami. Po przeanalizowaniu rozbieżności między wersjami ustalana jest wersja wspólna, syntetyczną tłumaczenia (wersja pierwotna narzędzia, wersja 3) przy udziale tłumaczy uczestniczących w etapie I, tłumacza z etapu II oraz członków zespołu badawczego (T3).

3. Etap III - tłumaczenie zwrotne wersji pierwotnej narzędzia (ang. *back-translation*). Tłumaczenie zwrotne wykonywane jest przez dwóch niezależnych, nie biorących udziału we wcześniejszych etapach adaptacji oraz nie mających doświadczenia z wersją oryginalnej narzędzia. Kryteria wyboru tłumaczy są zbliżone do tych przyjętych dla etapu I. Efektem są dwa tłumaczenia wsteczne (T4 i T5) do języka wersji oryginalnej. Służy sprawdzeniu różących błędów pojęciowych lub niespójności w tłumaczeniu.

4. Etap IV - panel ekspercki (ang. *expert committee*).

Porównanie dwóch dostępnych wersji tłumaczenia zwrotnego celem ich skonsolidowania, wykrycia rozbieżności i nieścisłości słownictwa, struktury oraz znaczenia poszczególnych zdań. Porównanie powinno być wykonane przez zespół składający się z tłumaczy uczestniczących w etapie I oraz III oraz specjalistów z dziedziny medycyny/nauk o zdrowiu obejmującej tematykę narzędzia badawczego. Zaleca się również by oceny dokonał autor/ autorzy wersji źródłowej narzędzia. (ang. *pre-final version*)

5. Etap V - badanie pilotażowe wersji wstępnej narzędzia w grupie językowej docelowej. Celem etapu V jest ewaluacja klarowności wszystkich elementów narzędzia, tj. instrukcji, formatu odpowiedzi oraz treści pytań. Rekomendowana wielkość próby w zależności o źródła to 10 -40 respondentów. Według Beaton i in. odpowiednią liczbą jest 30-40 osób,

natomiast rekomendacje Wilde i in. o zaledwie 5- 8 respondentach (109), a Sousa 10- 40 badanych (105). Zadaniem respondentów jest ocena stopnia zrozumiałości instrukcji i elementów skali za pomocą skali dychotomicznej („zrozumiałe” lub „niezrozumiałe”). W przypadku, gdy uczestnik uzna dowolny element narzędzia jako niejasny należy poprosić o przedstawienie sugestii zmiany brzmienia tekstu na bardziej zrozumiałą. Instrukcje, format odpowiedzi i elementy narzędzia, które zostały uznane za niejasne przez co najmniej 20% próby należy przeanalizować ponownie. Skala poprawnie przetłumaczona powinna cechować się równoważnością semantyczną, idiomatyczną, doświadczeń oraz konceptualną.

6. Etap VI - przygotowanie wersji ostatecznej kwestionariusza z uwzględnieniem wszystkich opinii i uwag z etapu poprzedzającego.

W piśmiennictwie naukowym można spotkać również również zalecenie wstępnego badania właściwości psychometrycznych wersji przed tłumaczeniem końcowym narzędzia w próbie dwujęzycznej. Etap ten rzadko jednak stosowany w praktyce. Jeśli badacz nie ma dostępu do takiej próby należy ominąć ten etap przechodząc do etapu walidacji psychometrycznej. Poszczególne etapy adaptacji językowej przedstawiono w Tabeli II.

Tab. II Etapy adaptacji językowo - kulturowej narzędzia badawczego.

Etap	Działania	Wersja kwestionariusza*
1 - tłumaczenie „do przodu”	dwa tłumaczenia wykonane przez niezależnych tłumaczy (T1 i T2*)	T1 i T2
2 - synteza	analiza porównawcza T1 i T2* i stworzenie wersji syntetycznej (T3)	T3
3 - tłumaczenie zwrotne	tłumaczenie zwrotne, analiza wersji syntetycznej przez autorów wersji źródłowej	
4 - panel ekspercki	analiza wykonana przez grupę ekspercką, wprowadzenie poprawek i stworzenie wersji wstępnej	T4 i T5
5 - badanie pilotażowe	badanie stopnia zrozumienia i poprawności językowej kwestionariusza	Wersja wstępna
wersja ostateczna kwestionariusza		



etap walidacji właściwości psychometrycznych

*T1 – tłumaczenie 1, T2 – tłumaczenie 2, T3 – wersja syntetyczna tłumaczenia, T4 – wersja po tłumaczeniu zwrotnym 4, T5 – wersja po tłumaczeniu zwrotnym

W procesie adaptacji oryginalnej wersji kwestionariusza należy zastosować równowagę wersji adaptowanej w pięciu kategoriach:

- równowagi fasadowej (dotyczy formy kwestionariusza, strony wizualnej oraz organizacyjnej);
- równowagi psychometrycznej (dotyczy statystycznej korelacji między wersjami);
- równowagi funkcjonalnej (czy stanowi przydatność do tych samych celów);
- równowagi tłumaczenia, semantyczna (np. czy treść pytań jest taka sama, czy stopień trudności użytych słów jest podobny) oraz idiomatyczna (np. czy zawiera trudne do przetłumaczenia kolokwializmy lub idiomy);
- równowagi rekonstrukcji (np. procedura badania, sposoby testowania psychometrii, rodzaje norm) (111).

Wszystkie powyższe etapy wymagają sporządzenia pisemnych raportów, które stanowią dokumentację procedury adaptacji językowej narzędzia. Powinny zostać one również przekazane autorom wersji oryginalnej (108).

2.2. Ocena właściwości psychometrycznych narzędzi badawczych

Etapem następującym po tłumaczeniu i adaptacji językowo- kulturowej jest walidacja właściwości psychometrycznych - badanie parametrów statystycznych narzędzia badawczego służące ustaleniu początkowych pełnych właściwości psychometrycznych zaadaptowanego narzędzia. Wielkość grupy badanej dla tego etapu zależy od rodzaju podejść psychometrycznych, które będą stosowane. Aby uzyskać wartościowe narzędzie przyjęto, że powinno ono być poddane walidacji, a więc ocenie właściwości psychometrycznych kwestionariusza. Narzędzie powinno charakteryzować się odpowiednią rzetelnością (ang. *reliability*), trafnością (ang. *validity*) i czułością na zmiany kliniczne (ang. *responsiveness*). Tarnowski i Fronczyk stwierdzają, że odpowiednia trafność testowa oraz spójność wewnętrzna narzędzia pozwala założyć, że skala mierzy dokładnie to, czego dotyczą stawiane pytania respondentom (112).

Rzetelność pomiaru stanowi podstawowy warunek uznania narzędzia za miarodajny. Cecha ta odzwierciedla dokładność, z jaką dany kwestionariusz mierzy badane zjawiska. Inaczej ujmując, narzędzie rzetelne będzie konsekwentnie mierzyć te same zjawiska przy każdym kolejnym badaniu, a wyniki, które skala ta powinna dawać będą zbliżone bądź takie same przy każdym pomiarze. Obarczone będzie małym błędem pomiaru, a więc precyzyjne, dokładne. Wyróżnia się rzetelność rozumianą jako spójnością wewnętrzną (ang. *internal consistency reliability*) oraz rzetelność związaną z powtarzalnością (ang. *reproducibility*) (113). Spójność wewnętrzna informuje o tym, czy pozycje kwestionariusza mierzące tą samą cechę dają spójne wyniki. Jest miarą stopnia korelacji między poszczególnymi pozycjami w skali kwestionariusza. Spójność wewnętrzna jest ważną właściwością kwestionariuszy, których założeniem jest mierzyć jedną koncepcję podstawową (konstrukt) za pomocą szeregu pytań. Natomiast w przypadku kwestionariuszy, których poszczególne pozycje testowe są jedynie elementami złożonego zjawiska klinicznego i nie są skorelowane ze sobą, (np. jak w skali Apgar) spójność wewnętrzna nie jest miarą istotną. Do szacowania spójności wykorzystuje się zazwyczaj wzory α - Cronbacha lub Spearmana- Browna (111,112). Miarą statystyczną służącą ocenie spójności wewnętrznej jest wskaźnik α - Cronbacha, który przy

wartościach w granicy 0,7 -0,95 oznacza wysoką spójność wewnętrzną narzędzia. Im wartość jest wyższa tym większa jest zgodność wewnętrzną testu, czyli test jest bardziej rzetelny. Powtarzalność oznacza, że test opisuje w założeniu niezmiennie w odstępie czasu wyniki jako powtarzalne, niezmiennie. Cechuje go porównywalność pod względem zgodności ocen (ang. *inter-rater reliability*). (113). Do najczęściej stosowanych metod pomiarowych stosowanych w ocenie powtarzalności pomiaru zaliczyć można test-retest, ocenę zgodności wewnętrznej, współczynnik Kappa (k), współczynnik korelacji Pearsona (111).

Trafność pomiaru testem to zdolność do spełnienia założonych funkcji i precyzyjnego mierzenia efektu oraz pomiaru, do którego narzędzie zostało stworzone. Trafność opisuje kilka różnych aspektów niepowiązanych ze sobą w jednoznaczny sposób (114), często jednak uznawana jest przez metodologów za konieczny warunek poprawności testu. Służy ocenie tego, czy zawarte w narzędziu pytania odzwierciedlają precyzyjnie badany problem i mierzą to, do czego zostały zaprojektowane, stanowiąc najważniejszą z cech testu obok rzetelności, standaryzacji, normalizacji oraz obiektywizmu. Najważniejszym z rodzajów trafności jest trafność teoretyczna (ang. *construct validity*). Oszacowanie jej opiera się na porównaniu wyniku badania z hipotezami opartymi na założeniach teoretycznych, np. na podstawie modelowania struktury i zależności badanego zjawiska. Wynik potwierdzający zgodność z założeniami teoretycznymi potwierdza trafność teoretyczną narzędzia i jego zgodność z postawionymi uprzednio hipotezami. Trafność teoretyczną szacować można kilkoma metodami obliczeniowymi (111,113). Do pozostałych rodzajów trafności zalicza się:

- Trafność treściowa (inaczej wewnętrzna, ang. *content validity*) – oznacza stopień, w jakim narzędzie pokrywa zamierzony obszar zainteresowania (113). Budując kwestionariusz konieczne jest dokładne opisanie celu badania, populacji, do której ma być skierowane, pojęć oraz koncepcji, które autorzy chcą zbadać z jego użyciem (109,111). Jako przykład służyć może badanie postawy respondentów wobec pewnego zagadnienia. Jeśli zawiera ona w sobie komponentę wiedzy, emocji oraz behawioralną to test ją mierzący powinien również uwzględniać wszystkie wymienione elementy (111). Taki rezultat uzyskać można jedynie, gdy dokładnie sprecyzowana jest definicja badanej zmiennej. Ponadto zarówno badacze, eksperci w danej dziedzinie, jak i populacja docelowa powinni uczestniczyć w formułowaniu koncepcji badanego zjawiska. Pytania zawarte w kwestionariuszu powinny być napisane językiem zrozumiałym bez użycia sformułowań trudnych lub słownictwa specjalistycznego, co oznacza, że poziom trudności nie powinien przekraczać możliwości językowych 12 - letniego dziecka (112);

- Trafność kryterialna (ang. *criterion validity*) jest szacowana na podstawie korelacji wyników kwestionariusza z kryterium zewnętrznym (najlepiej nietestowym) lub tzw. złotym standardem. Narzędzie może podlegać ocenie w stosunku do jednego lub wielu kryteriów. Wybór kryterium uzależnia się od planowanego zastosowania narzędzia. Wyróżnia się trafność diagnostyczną (ang. *concurrent validity*), która pozwala wnioskować na temat już wcześniej istniejącego kryterium, oraz trafność prognostyczną (ang. *predictive validity*). Ta druga służy ocenie zgodności z kryterium, według którego można ocenić możliwą do wystąpienia zmianę w przyszłości, np. stanu zdrowia uzależnionego od jakości życia (113). Wysoką trafnością kryterialną cechują się narzędzia, których współczynnik korelacji wynosi przynajmniej 0,70 (r , ρ) (111);
- Trafność fasadowa (ang. *face validity*) jest to cecha, która precyzuje, jak postrzegają dany test respondenci, oraz to, co test „wydaje się mierzyć” (112). Według Tarnowskiego i Fronczyka trafność fasadowa oznacza również, że dane narzędzie sprawia wrażenie profesjonalnego, zwiększając przy tym chęć współpracy u badanego (111). W metodologii wiąże się z subiektywną oceną respondentów oraz ich uznaniem danego narzędzia za adekwatne do określonego celu badania (113,115).

Czułość skali to zdolność narzędzia do wykrywania zmian klinicznych zachodzące u pacjenta lub zmiany stopnia satysfakcji. Stanowi zdolność do uchwycenia różnic, jakie zachodzą w czasie pomiędzy dwoma pomiarami. Opisuje na przykład zdolność skali do wykrycia zmian w czasie procesu leczenia – przed i po terapii - za pomocą specyficznych metod statystycznych. Przykładem może być również wzrost wskaźnika zadowolenia pacjenta w przypadku wprowadzenia stosownych ulepszeń. Brak zmiany na poziomie satysfakcji pacjenta świadczyć może o niskiej czułości skali, błędnie sformułowanych pytaniach lub wprowadzeniu zmian niemających wpływu na satysfakcję. Nie jest natomiast znana w badaniu satysfakcji pacjenta tzw. minimalna istotna klinicznie różnica (ang. *the minimal clinically important difference*) (32). Czułość wewnętrzna to porównanie dokonane tym samym testem. Czułość zewnętrzna zależna jest od porównania do wyników uzyskanych w podobnych narzędziach pomiarowych oraz testach referencyjnych, zewnętrznych (116). Stosowanych jest kilka parametrów do oceny czułości. Jest to współczynnik średniej zmiany wyników (an. *effect size*) do wartości odchylenia standardowego (statystyka sparowanego testu T, standaryzowana średnia odpowiedzi (ang. *standardised response mean*) (113).

Standaryzacja narzędzia badawczego oznacza, że każdorazowo w czasie badania stosowana jest procedura identyczna z opisaną w podręczniku testowym. W sytuacji, gdy

przebieg badania jest prawidłowy i zgodny z procedurą wyniki można przypisywać różnicom indywidualnym, a nie warunkom testowania. Celem standaryzacji jest minimalizowanie ryzyka błędu systematycznego. Daje ona również możliwość porównywania wyników między różnymi grupami respondentów ze względu na zmienne społeczne oraz demograficzne (117).

2.3. Quality from Patient Perspective - Intrapartal Specific. Opis skali oryginalnej

Kwestionariusz QPP-I (ang. *Quality from Patient Perspective - Intrapartal specific*) opracowany został przez pielęgniarkę, profesor Bodil Wilde Larson i jej zespół w 2010 roku. Skala oparta jest na teoretycznym modelu jakości opieki ocenianej z punktu widzenia potrzeb pacjenta opracowanym w 1993 roku i skali oceniającej ogólną satysfakcję z opieki bez uwzględnienia specyfiki oddziałów położniczych. tych samych autorów pt. *Quality from the Patient's Perspective QPP* (szw. *Kvalitet ur Patientens Perspektiv*, KUPP, Jakość z perspektywy pacjenta)(118,119). Na podstawie skali ogólnej w roku 2002 skonstruowano pierwszą z wersji skróconych, a w kolejnych latach inne specyficzne dla różnych oddziałów lub dziedzin medycyny kwestionariusze (120–122). Cechy charakterystyczne kwestionariusza QPP-I podsumowano w tabeli III (tab. III). Wersję oryginalną zamieszczono w Aneksie (zał.3).

Tab.III Charakterystyka narzędzia QPP-I (116).

Nazwa narzędzia	Quality from Patient Perspective - Intrapartal-specific, QPP-I Questionnaire
Autorzy	Bodil Wilde-Larsson, Gerry Larsson, Linda J. Kvist, Ann-Kristin Sandin-Bojo
Kraj pochodzenia, rok	Szwecja, 2010
Pojęcie definiowane	<i>Quality of care</i> (pl. jakość opieki)
Badane domeny	jakość opieki w czasie porodu i we wczesnym połogu
Typ skali	mieszany
Adresaci	kobiety w okresie połogu
Cel wykorzystania	poprawa lub ewaluacja jakości opieki, badania naukowe w dziedzinie położnictwa i opieki położniczej

Obecnie istnieje ponad 40 różnych wersji kwestionariusza, pełnych oraz skróconych, dedykowanych różnym oddziałom, w tym szpitalnym i ambulatoryjnym. Wykorzystywany jest m.in. w oddziałach tzw. chirurgii jednego dnia, fizjoterapii, paliatywnym, geriatrycznym (120,123). W Szwecji każdego roku badanych jest za jego pomocą około 70 000 - 100 000 osób². Kwestionariusz posiada kilka adaptacji językowo-kulturowych i wykorzystywany jest również między innymi w Norwegii (122), Hiszpanii (117), Francji i Wielkiej Brytanii (124).

Model teoretyczny wykorzystany w kwestionariuszu został opracowany w oparciu o badania jakościowe z zastosowaniem metodologii teorii ugruntowanej oraz w odniesieniu do istniejących, wcześniej opracowanych podstaw teoretycznych i publikacji z zakresu satysfakcji pacjenta z opieki medycznej. Zgodnie z tym modelem jakość postrzeganą przez pacjentów budują aspekty związane z pracą personelu oraz z miejscem świadczenia opieki (ryc.3). Mogą one mieć charakter wymierny, który wynika z dążenia do przewidywalności i uporządkowania, oraz humanistyczny, związany z potrzebą podmiotowego traktowania każdego człowieka. W modelu teoretycznym wydzielone zostały cztery powiązane ze sobą obszary, na które składają się aspekty humanistyczne i wymierne. Opisują one jakość powiązaną z personelem oraz z miejscem, w którym świadczona jest opieka. Należą do nich:

- kompetencje medyczne - umiejętności osób sprawujących opiekę i ich kwalifikacje;
- czynniki medyczno- techniczne, warunki techniczne w miejscu świadczenia opieki, infrastruktura;
- zindywidualizowane podejście do pacjentki w działaniach i postawach zespołu medycznego (ang. *identity-oriented approach*);
- aspekty społeczne i kulturowe panujące w danej placówce (15,116).

Graficzne przedstawienie modelu teoretycznego prezentuje rycina (ryc.3).

² Informacja uzyskana na podstawie korespondencji z autorami kwestionariusza QPP-I (data:03.2021 r.)

Zasoby organizacji opieki zdrowotnej



Ryc. 3. Graficzne przedstawienie modelu teoretycznego jakości opieki z perspektywy pacjenta dla narzędzia QPP-I (116).

Zgodnie z założeniem autorów jakość opieki postrzegana przez pacjentów kształtowana jest także przez doświadczenie troski ze strony osób sprawujących opiekę oraz własne normy, oczekiwania i doświadczenia. W kwestionariuszu uwzględnione zostały wszystkie z powyższych wskaźników (116).

Kwestionariusz QPP-I składa się z dwóch pytań zaczerpniętych z wersji ogólnej kwestionariusza (Wilde-Larsson i wsp., 1994 r.) oraz pytań skonstruowanych na potrzeby oceny opieki w czasie i po porodzie. Czternaście pozycji testowych zapożyczonych zostało z wersji skróconej kwestionariusza ogólnego, dwa z wersji pełnej, natomiast dziesięć zostało dostosowanych do tematyki opieki okołoporodowej. Pytania te oparte zostały o skalę Światowej Organizacji Zdrowia IC-WHO i rekomendacje dotyczące opieki w czasie porodu naturalnego. Walidacja wersji okołoporodowej została przeprowadzona z wykorzystaniem techniki modelowania równań strukturalnych, konfirmacyjnej analizy czynnikowej CFA (ang. *confirmatory factor analysis*) na reprezentatywnej grupie 739 kobiet w 2007 roku w 36 szwedzkich oddziałach położniczych. Grupa ta stanowiła wówczas 71 % spośród wszystkich placówek w kraju. W badaniu wzięły udział kobiety po porodzie drogami natury (n=657) oraz drogą cesarskiego cięcia (n=77)(116). Autorzy dopuszczają prowadzenie badania tradycyjnie z wykorzystaniem formy papierowej kwestionariusza oraz on-line (111,116).

Cały kwestionariusz obejmuje 62 pozycje testowe, które podzielone są tematycznie na 3 części. Dotyczą one:

- w części pierwszej: cech demograficznych kobiet, ich pobytu w szpitalu oraz podstawowych danych z wywiadu położniczego dotyczących: tygodnia i sposobu ukończenia ciąży, urodzeniowej masy ciała dziecka. Pytania w tej części to pytania zamknięte (status cywilny, rodność, tydzień ciąży w którym nastąpił poród, droga porodu, hospitalizacja przed porodem, kontakt telefoniczny z oddziałem przed porodem) oraz pytania otwarte (wiek, masa ciała noworodka);
- w części drugiej: aspektów medycznych i niemedycznych opieki okołoporodowej (tj. informacji na temat badania czy postępowania medycznego, ich wyników, edukacji okołoporodowej na temat „samoopieki”, nefarmakologicznych i farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego oraz bólu w czasie zaopatrywania krocza po porodzie, poczucie decyzyjności, stosunku personelu medycznego do osoby towarzyszącej rodzącej, poczucia, że poród był wydarzeniem normalnym, kontaktu skóra do skóry po porodzie, pierwszego karmienia po porodzie), stosunku położnych, lekarzy oraz pielęgniarek do rodzącej (rozważanej pod kątem szacunku, zrozumienia potrzeb, zaangażowania osób sprawujących opiekę, wsparcia w okresie porodu i w czasie pierwszego karmienia, ciągłości opieki w czasie porodu), doświadczenia porodu, atmosfery na oddziale, aspektów organizacyjnych. Część ta składa się z 40 stwierdzeń o zabarwieniu pozytywnym. Każde ze stwierdzeń ocenianie jest dwójako z możliwością odpowiedzi w 4 stopniowej skali Likerta oraz wyboru odpowiedzi „nie dotyczy”:
 - podskala 1: ocena pod kątem faktycznego, rzeczywistego doświadczenia (RD) („tego doświadczyłam” ang. *„This is what I experienced”*, PR – *Perceived Reality*; całkowicie/częściowo się zgadzam/nie zgadzam się/całkowicie się nie zgadzam oraz nie dotyczy) – jest to ocena odzwierciedlająca otrzymane świadczenia, dająca obraz oferowanej w danym oddziale opieki;
 - podskala 2: ocena pod kątem subiektywnej istotności (SI) (niezwykle istotne/ dość/istotne/ jest to dla mnie mało lub wcale istotne oraz nie dotyczy, ang. *This is how important it was to me*”, SI – *subjective importance*) – jest to ocena tego, jak poszczególne aspekty opieki są ważne dla kobiety i czego oczekuje od świadczeniodawców.
- w części trzeciej: aspektów psychologicznych doświadczenia porodu (tj. poczucia kontroli nad przebiegiem porodu, poczucia bezpieczeństwa w czasie jego trwania, poczucia dumy,

pozytywnego nastawienia personelu, poczucia porażki, wrażenia bycia ignorowanym przez personel), samooceny obecnego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego, decyzji o ponownym wyborze danej placówki; w tej części dziewięć pytań ma charakter zamknięty, jednokrotnego wyboru. Trzy pytania są pytaniami otwartymi. Odnoszą się one do: ponownego wyboru placówki, poczucia satysfakcji oraz sugestii respondentki dotyczących poprawy warunków w oddziale.

Badane w kwestionariuszu cztery obszary oparte na modelu teoretycznym (ryc.3) uwzględniają następujące wskaźniki satysfakcji z opieki:

1) czynniki medyczne

- opieka medyczna w czasie porodu i łagodzenie bólu (8 pytań),

2) aspekty techniczne

- wyposażenie sali porodowej oraz atmosfera tam panująca (4 pytania),

3) zindywidualizowane podejście do pacjenta

- udzielanie informacji na temat planowanych procedur medycznych i samoopieki (6 pytań),
- udział w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki (2 pytania),
- zaangażowanie, empatia oraz szacunek ze strony lekarzy (3 pytania),
- zaangażowanie, empatia oraz szacunek ze strony położnych (5 pytania),
- zaangażowanie, empatia oraz szacunek ze strony pozostałego personelu (3 pytania),
- poczucie bezpieczeństwa i odczucia związane z porodem (2 pytania),
- obecność położnych w czasie porodu (2 pytania),

4) aspekty społeczno-kulturowe

- partner /inna osoba towarzysząca (4 pytania).

Na podstawie odpowiedzi respondentów na dwóch podskalach każdego z pytań w części drugiej kwestionariusza oblicza się tzw. wskaźnik działania (ang. *action index*) prezentujący ogólny obraz odpowiedzi jednostki na tle grupy³. Wskaźnik działania jest uzyskiwany jest na poziomie indywidualnym, na którym ocena każdej z pacjentek klasyfikowana jest w siedmiostopniowej skali jakości w zależności od tego, jak odpowiedziała na pytanie. Odpowiedzi badanej grupy na poziomie indywidualnym dają wynik zbiorczy. Analiza wskaźnika pozwala na zidentyfikowanie aspektów opieki spełniających oczekiwania i potrzeby jej odbiorców na poziomie całej placówki lub oddziału. Umożliwia

³ Sposób obliczania wskaźnika działania wprowadzony został w roku 2005.

również priorytetowe traktowanie całych obszarów lub poszczególnych aspektów opieki, w których obserwuje się deficyt jakości opieki oraz na właściwy kierunek działań naprawczych w zarządzaniu. Interpretacja wskaźnika opiera się na zidentyfikowaniu czterech kategorii: deficytu jakości (nieodpowiednia i częściowo nieodpowiednia jakość), równowagi między oczekiwaniami a realizacją na niskim poziomie, równowagi między oczekiwaniami a realizacją na wysokim poziomie oraz przekroczenia oczekiwań. Kategorie prezentuje tabela (tab.IV).

Tab. IV Kategorie jakości opieki w kwestionariuszu QPP-I.

	Kategoria wyników jakości opieki	Zakres podawanych przez respondentów odpowiedzi
Deficyt jakości	Jakość niedostateczna (ang. <i>Inadequate quality</i>)	1. odpowiedzi „częściowo się nie zgadzam”, „całkowicie się nie zgadzam” w kategorii „rzeczywiste doświadczenie” (RD*) + „niezwykle istotne” w kategorii „subiektywna istotność” (SI**), 2. „całkowicie się nie zgadzam” (RD) + „istotne” (SI)
	Częściowo niewystarczająca jakość (ang. <i>Somehow inadequate quality</i>)	1. „częściowo się zgadzam” dla kategorii (RD) + „niezwykle istotne” (SI) 2. „całkowicie się nie zgadzam” + „dość istotne” (SI)
Zrównoważona wazoniska	Zrównoważona niska jakość (ang. <i>Balance low quality</i>)	1. „częściowo się zgadzam” (RD) + „dość istotne” (SI) 2. „całkowicie się nie zgadzam” (RD) + „mało lub wcale nieistotne” (SI)
Zrównoważona wysoka jakość	Akceptowalna jakość (ang. <i>Balance acceptable quality</i>)	„częściowo się zgadzam” (RD)+ „istotne” (SI)
	Wysoka jakość (ang. <i>Balance high quality</i>)	„całkowicie się zgadzam” (RD) i „niezwykle istotne” (SI)
Przekroczenie	Jakość nieznacznie wyższa (ang. <i>Somewhat excess quality</i>)	1. „całkowicie się zgadzam” (RD) + „istotne” (SI) 2. „częściowo się zgadzam” (RD) + „mało lub wcale nieistotne” (SI) 3. „częściowo się zgadzam” (RD) + „dość istotne” (SI)
	Jakość przekraczająca oczekiwania (ang. <i>Excess quality</i>)	1. „całkowicie się zgadzam”, „częściowo się zgadzam” (RD)+ „Mało lub wcale nieistotne” (SI) 2. „całkowicie się zgadzam” (RD) + „istotne” (SI)

*RD- odpowiedzi w podskali „rzeczywiste doświadczenie”, ** SI – odpowiedzi w podskali „subiektywna istotność”, źródło: opracowanie własne na podstawie instrukcji (zał. 6)

Dane liczbowe zbierane są dla każdego z pytań, a następnie obliczany jest odsetek odpowiedzi w poszczególnych kategoriach (tab.V).

Tab. V Przykładowe pytanie i wyniki odpowiedzi dla podskali RD* i SI**

Zostałam dobrze poinformowana na temat sposobu przeprowadzenia badań i zabiegów % (n)						
RD	Całkowicie się zgadzam	Częściowo się zgadzam	Nie zgadzam się	Całkowicie się nie zgadzam	Nie dotyczy	N
	71% (109)	24% (36)	4% (6)	0% (0)	1% (2)	153
SI	Niezwykłe istotne	Istotne	Dość istotne	Mało lub wcale nie istotne	Nie dotyczy	N
	62% (95)	27% (42)	9% (14)	0% (0)	1% (2)	153

*RD- odpowiedzi z podskali „rzeczywiste doświadczenie”, ** SI – odpowiedzi z podskali „subiektywna istotność”, n – liczba obserwacji w grupie, N- liczba wszystkich obserwacji, % - odsetek odpowiedzi; źródło: opracowanie własne

Odpowiedzi w podskalach „rzeczywiste doświadczenie” i „subiektywna istotność” łączy się ze sobą, jak zaprezentowano w tabeli VI (tab. VI).

Tab. VI Tabela odpowiedzi połączonych - obliczanie wskaźnika działania na podstawie odpowiedzi respondentów na przykładzie pytania „Zostałam dobrze poinformowana na temat sposobu przeprowadzenia badań i zabiegów”

	Całkowicie się zgadzam	Częściowo się zgadzam	Nie zgadzam się	Całkowicie się nie zgadzam	Nie dotyczy	Suma
Niezwykłe istotne	75	17	2	0	2	95
Istotne	27	11	4	0	0	42
Dość istotne	6	8	0	0	0	14
Mało lub wcale nie istotne	0	0	0	0	0	0
Nie dotyczy	2	0	0	0	0	2
Suma	109	36	6	0		

Źródło: opracowanie własne

Następnie oblicza się wynik procentowy dla wszystkich kategorii wskaźnika działania, co umożliwi ocenę jakości poszczególnych obszarów opieki. Autorzy skali zalecają podjęcie analizy oraz działań naprawczych dla obszarów, w których zidentyfikowany został deficyt jakości opieki (niedostateczna i częściowo niedostateczna jakość opieki) dla więcej niż 20 % badanych. Podkreślają również, że w przypadku, gdy wskaźnik wynosi 15-19 % również należy

dane obszary poddać dokładnej analizie. Są to aspekty opieki, które pacjenci uważają za ważne i jednocześnie nie spełniające ich oczekiwań. Kategoria „Równowaga” opisuje te obszary, u których oczekiwania pacjentów korespondują z ich realizacją. Kategoria „Przekroczenie” uwzględnia aspekty opieki, które z punktu widzenia pacjenta nie są kluczowe dla ogólnego wrażenia z opieki. Analizie powinny zostać poddane obszary, w których wynik w kategorii niedostatecznej jakości wynosi lub przekracza 20%. Przykładowe wyniki zaprezentowano w tabeli VII (tab. VII).

Tab. VII Wskaźnik działania na przykładzie pytania: „Zostałam dobrze poinformowana na temat sposobu przeprowadzenia badań i zabiegów”

Jakość opieki						
niedostateczna	częściowo niedostateczna	zrównoważona niska	zrównoważona akceptowalna	wysoka	nieznacznie wyższa	przekraczająca oczekiwania
1%	14%	0	7%	51%	23%	4%
2	21	0	11	75	35	6

Źródło: opracowanie własne; do obliczenia wskaźnika nie uwzględnia się odpowiedzi „nie dotyczy”

W instrukcji dołączonej do narzędzia (zał. 6) zawarte są również wytyczne dotyczące przeprowadzania analizy statystycznej i szczegółowej interpretacji uzyskanych odpowiedzi.

Według autorów kwestionariusza mocną stroną skali jest oparcie treści pytań na teoretycznym modelu jakości opieki ocenianej z perspektywy pacjenta. Kolejnym atutem jest wcześniejsze przeprowadzenie badania jakościowego słownictwa i sformułowań wykorzystanych w kwestionariuszu (wywiady z pacjentkami i pacjentami). Autorzy podkreślają, że wpływa to na jasność i klarowność pytań. Wyniki badania jakości można również zestawiać ze sobą w kolejnych latach, co umożliwi analizę istniejących w danej placówce trendów zmian (116).

Wśród słabych stron kwestionariusza autorzy wymieniają umieszczenie kilku wskaźników na jednej skali, co niesie za sobą obniżenie współczynnika niezawodności kilku z analizowanych wskaźników. Zastrzegają jednak, że przy kolejnych adaptacjach narzędzia korzystne byłoby uzupełnienie kwestionariusza o dwa dodatkowe aspekty opieki. Pierwszy z nich służyłby ocenie medyczo-technicznej sprawności i dotyczyć miałby otrzymania przez rodzicą pomocy w zakresie utrzymania higieny osobistej. Drugi z nich należeć miałby do wskaźników fizyczno-technicznych aspektów opieki, a dokładnie: możliwości otrzymania

napojów i lekkostrawnego jedzenia w czasie porodu. Rzetelność poszczególnych cech w wersji oryginalnej narzędzia ocenianej oddzielnie dla skali do subiektywnej oceny istotności danego aspektu opieki oraz rzeczywistego doświadczenia kobiety (116).

Szwecja, będąca krajem pochodzenia QPP-I, posiada jeden z najniższych na świecie wskaźników śmiertelności okołoporodowej (5/1000 urodzeń) oraz zgonów kobiet w okresie okołoporodowym (2/100 000). Podobnie jak w Polsce niemal wszystkie porody (99%) odbywają się w szpitalu. Opieka okołoporodowa w znacznym stopniu sprawowana jest przez położne, które odpowiadają za opiekę nad kobietami rodzącymi drogami natury. Położne współpracują z lekarzami w przypadku powikłań okołoporodowych oraz porodów instrumentalnych. Zazwyczaj nie ma zachowanej ciągłości opieki, stąd opieka przedporodowa oraz w porożu prowadzona jest przez różne osoby (125).

3. Metodologiczne podstawy badań własnych

3.1. Cel pracy

Celem pracy była adaptacja kulturowo-językowa do polskich warunków oraz walidacja kwestionariusza QPP-I (*Quality from Patient Perspective - Intrapartal-specific, QPP-I questionnaire*, Wilde-Larsson B., Larsson G., 2010 r.) narzędzia badawczego służącego do pomiaru zadowolenia kobiety po porodzie ze szpitalnej opieki położniczej, lekarskiej oraz pielęgniarskiej.

3.2. Problemy badawcze

- 1) W jakim stopniu walidacja dobrze ugruntowanego na podstawach teoretycznych narzędzia badawczego pozwala na przygotowanie rzetelnego i trafnego narzędzia do warunków polskich?
- 2) W jakim stopniu kwestionariusz QPP-I pozwala ocenić czynniki wpływające na poziom satysfakcji z opieki okołoporodowej bez względu na miejsce prowadzenia badania?
- 3) Czy kwestionariusz QPP-I może być przetłumaczony i zaadaptowany celem zastosowania w populacji polskiej?
- 4) Jaki jest wynik oceny jakości opieki w okresie okołoporodowym z perspektywy kobiet?

3.3. Hipotezy badawcze

- 1) Kwestionariusz QPP-I stanowi rzetelne narzędzie służące ewaluacji jakości opieki otrzymanej opieki w okresie okołoporodowym.
- 2) Kwestionariusz QPP-I stanowi trafne narzędzie służące ewaluacji stopnia satysfakcji kobiet z otrzymanej opieki w okresie okołoporodowym.
- 3) Polska wersja językowa kwestionariusza QPP-I jest narzędziem charakteryzującym się rzetelnym tłumaczeniem i adaptacją kulturową do warunków polskich.
- 4) Respondentki wysoko oceniają jakość opieki w okresie okołoporodowym.

3.4 Metody

Aby osiągnąć zakładane w pracy cele badanie własne podzielono na dwa etapy. W etapie pierwszym pracy przeprowadzono adaptację językowo-kulturową kwestionariusza QPP-I (QPP-I, tytuł oryginalny: *KUPP Kvalitat*, właściciel licencji Improveit.se), w etapie drugim badanie właściwości psychometrycznych narzędzia. Adaptację językową poprzedzono przeglądem literatury pod kątem konstruktów jakim jest „jakość opieki” oraz „satisfakcja z porodu”. Porównano znaczenie i rozumienie pojęć w kraju pochodzenia i kraju docelowym, co stanowiło podstawę oceny równoważności funkcjonalnej, wrażliwości i odporności skali na działanie czynników zakłócających adaptowanej wersji. Ze względu na brak odpowiedniego standaryzowanego polskiego narzędzia badawczego służącego ocenie tych parametrów analizy dokonano wykorzystując wyniki autorskich kwestionariuszy ankiety (21,126). Następnie wykonano dwa, odrębne tłumaczenia „do przodu” (ang. *forward translation*) wersji oryginalnej kwestionariusza na język polski wraz z instrukcją z wykorzystaniem metody transkrypcji i translacji (105,127). Po uwzględnieniu uwag zespołu badawczego sporządzono wersję syntetyczną narzędzia, wykonano tłumaczenie zwrotne i przeprowadzono konsultacje z autorami wersji oryginalnej. Następnie wprowadzono sugerowane poprawki i wykonano ponownie tłumaczenie na język polski. Obydwie wersje (tłumaczenie pierwsze T3, tłumaczenie drugie T4) zostały przesłane do konsultacji grupie dwunastu ekspertów w dziedzinach położnictwa, pielęgniarstwa, nauk o zdrowiu oraz językoznawstwa z 6 ośrodków naukowych w Polsce (Kraków, Warszawa, Szczecin, Katowice, Lublin, Tarnów). Następnie, po wprowadzeniu korekt sugerowanych przez ekspertów przygotowano wersję ostateczną i przeprowadzono badanie pilotażowe narzędzia. W badaniu pilotażowym adaptowanej wersji zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i technikę ankiety oraz technikę protokołu głośnego myślenia (typu „*think aloud*”). W drugim etapie celem walidacji właściwości psychometrycznych kwestionariusza wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Techniką badawczą była technika ankiety (128), a narzędziem badawczym była adaptowana skala QPP-I.

3.5 Materiał badawczy

3.5.1. Miejsce i czas prowadzenia badań

Badanie pilotażowe kwestionariusza przeprowadzono w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego w Krakowie. Badanie właściwe miało charakter wielośrodkowy. Przeprowadzono badania w oddziałach położnictwa szpitali klinicznych oraz o zróżnicowanym stopniu referencyjności na terenie województw: małopolskiego, podkarpackiego i zachodniopomorskiego, w tym: w dwóch szpitalach uniwersyteckich prowadzących działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, szpitalu specjalistycznym o III stopniu referencyjności, w szpitalu wojewódzkim o II stopniu referencyjności oraz w jednej placówce pierwszego stopnia referencyjności. Uzyskano zgodę dyrekcji na prowadzenie badania w pięciu szpitalach.

Do oddziałów biorących udział w badaniu należały (nazwane dalej: placówka 1-5):

1. Oddział Położnictwa i Perinatologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, III stopień referencyjności;
2. Oddział Położniczy Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego w Krakowie, II stopień referencyjności;
3. Oddział Ginekologii i Położnictwa Szpitala im. dr J. Dietla w Krynicy- Zdrój, I stopień referencyjności;
4. Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Szpital Pro-Familia w Rzeszowie, III stopień referencyjności;
5. Klinika Ginekologii i Położnictwa Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, III stopień referencyjności.

Badanie właściwości psychometrycznych poprzedzone było badaniem pilotażowym, które przeprowadzono w placówce nr 2 w okresie od listopada do grudnia 2019 r. Badanie wersji ostatecznej prowadzone było w okresie od lutego 2020 r. do marca 2021 r. Czas prowadzenia badań w poszczególnych ośrodkach różnił się w zależności od wielkości oddziału, liczby odbywających się porodów, odsetka wypełnionych kwestionariuszy, możliwości osób współpracujących z prowadzącą badanie oraz od czynników niezależnych, w tym ograniczeń związanych z pandemią Covid-19 (np. całkowite wstrzymania przyjęć na jednym z oddziałów ze względu na przekształcenie szpitala w tzw. tymczasowy szpital covidowy, długotrwała choroba położnej współpracującej z autorką).

3.5.2. Grupa badana

Biorąc pod uwagę stosunkowo wysoką homogeniczność kulturową populacji polskiej, w tym niewielką różnorodność wyznaniową, odsetek imigrantów i mniejszości narodowych, wybrano do badania pięć oddziałów szpitalnych, różnicując teren badania pod kątem lokalizacji oraz stopnia referencyjności. Grupa badana liczyła 25 kobiet w badaniu pilotażowym (placówka 2) oraz 153 respondentki w badaniu wersji końcowej QPP-I PL (placówki 1-5), które dobrowolnie zgodziły się wypełnić kwestionariusz spełniając jednocześnie kryteria włączenia do badania. Stopień realizacji próby to 31 % z wygenerowanych i rozdysponowanych tokenów umożliwiających udział w badaniu. Dobór próby miał charakter doboru celowego.

Przyjęto następujące kryteria kwalifikacji do grupy badanej:

- wiek powyżej 18 lat,
- stan po porodzie drogami natury lub po cesarskim cięciu,
- pobyt w oddziale położniczym przez przynajmniej 1 dobę po porodzie,
- umiejętność posługiwania się językiem polskim w mowie i piśmie w stopniu umożliwiającym wypełnienie kwestionariusza,
- wyrażenie zgody na udział w badaniu.

Z badania wykluczono osoby cechujące się następującymi kryteriami:

- kobiety poniżej 18 roku życia
- stan po poronieniu, porodzie martwego dziecka,
- stan zdrowia wymagający intensywnych działań medycznych,
- zaburzenia świadomości i orientacji w czasie oraz przestrzeni w trakcie pobytu w szpitalu,
- brak zgody pacjentki.

3.5.3. Organizacja i przebieg badania

Kolejne kroki przygotowania polskiej wersji językowej narzędzia oparto na procedurze opisanej w rozdziale 2.1 (str. 47). Badanie prowadzone było zgodnie z zasadami Deklaracji Helsińskiej, za zgodą Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego (nr 1073.6230.36.2017 z dnia 20 czerwca 2017 roku), którą umieszczono w aneksie jako załącznik (zał.1). Uzyskano zgodę właścicieli licencji na adaptację narzędzia (zał. 2). oraz zgodę autorki na uczestnictwo w procedurze jako osoby konsultującej poprawność tłumaczenia autorów

oryginalnej wersji. Po wykonaniu tłumaczenia i przygotowaniu wersji wstępnej przeprowadzono badanie pilotażowe, w którym poddano weryfikacji zrozumiałość pozycji testowych i poprawność językową kwestionariusza. Rekrutację i kwestionariusze zostały rozdysponowane przez położną pracującą w oddziale położniczo-ginekologicznym. W tej części wzięło udział 25 respondentek, pacjentek oddziału położniczego Szpitala Specjalistycznego im. S. Żeromskiego w Krakowie. W badaniu typu „*think aloud*” respondentki zachęcane do ustnego oraz pisemnego wyrażania uwag na temat kwestionariusza i użytych sformułowań. Uwagi zapisywano w dodanym punkcie na końcu kwestionariusza. Uzyskano 24 kompletnie wypełnione kwestionariusze. Następnie naniesiono sugerowane poprawki w kwestionariuszu, który poddany miał być badaniu właściwemu. Ze względu na trwającą pandemię Covid-19 i panujące ograniczenia zdecydowano o częściowym przeprowadzeniu badania zdalnie. Autorzy wersji oryginalnej kwestionariusza wyrazili pisemną zgodę na wykorzystanie platformy internetowej, jednocześnie nie zastrzegając konieczności stosowania konkretnego szablonu graficznego⁴. Zastosowano identyczny przebieg procedury dla kwestionariuszy w wersji papierowej oraz elektronicznej tj. kryteria włączenia i wyłączenia z grupy badanej, rekrutacji do badania, instrukcji obliczania wyników. Rekrutacja do badań kwestionariuszowych celem walidacji wersji ostatecznej kwestionariusza prowadzona była wśród kobiet hospitalizowanych w wybranych oddziałach przez położne pracujące w danym oddziale i współpracujące z autorką pracy. Wersja elektroniczna narzędzia została osadzona w Systemie Badań Ankietowych UJ CM na serwerze LimeSurvey (Wersja 3.25.7+210113). Przed jego udostępnieniem został on przetestowany pod kątem użyteczności i łatwości w nawigacji. Przygotowano pulę indywidualnych, generowanych komputerowo kodów liczbowo-literowych (tokenów) służących za kod dostępu do badania. Badanie prowadzono w pięciu oddziałach szpitalnych. W jednostkach nr 1,2,3 i 4 badanie prowadzono w formie kwestionariusza on-line ze względu na konieczność zachowania reżimu sanitarnego w czasie pandemii. Formularz informacji o przebiegu badania zawierał indywidualny token umożliwiający dostęp do platformy w domenie uj.cm⁵. Możliwe było wypełnienie kwestionariusza na dowolnym urządzeniu mobilnym, tj. na smartfonie, tablecie lub komputerze. W placówce nr 5 pacjentki otrzymały kwestionariusze w wersji papierowej w formie graficznej spójnej z wersją oryginalną narzędzia. Każda z osób prowadzących badania w poszczególnym ośrodku otrzymała instrukcję prowadzenia rekrutacji do badania, wersję papierową skali, wzór formularza zgody na udział w badaniu. Badane zostały poinformowane

⁴ Na podstawie korespondencji e-mail z autorami

⁵ <https://ankieta.cm-uj.krakow.pl/>

o jego celu i przebiegu oraz podpisały świadomą, dobrowolną zgodę na udział w badaniu (zał.7). Respondentki otrzymały również ustne potwierdzenie możliwości zadawania pytań i otrzymania odpowiedzi na te pytania od osoby udzielającej informacji o badaniu. Instrukcja wypełnienia oraz informacja na temat dobrowolności uczestnictwa i możliwości rezygnacji z badania została umieszczona w preambule ankiety. Badanie właściwości psychometrycznych badanie wersji ostatecznej kwestionariusza QPP-I obejmowało dwa etapy:

- 1) pomiar I - wersję ostateczną poddano badaniu w grupie 153 kobiet. Badanie prowadzono w pięciu oddziałach szpitalnych. Proporcja zwrotu kompletnie wypełnionych kwestionariuszy z poszczególnych ośrodków w badaniu właściwym była zróżnicowana - od 28 (placówka nr 3) do 59 kwestionariuszy (placówka nr 1). Każda z uczestniczek została poinstruowana ustnie przez położną współpracującą w danej placówce na początku badania o sposobie wypełnienia kwestionariusza ankiety. Respondentki otrzymały formularz zgody na uczestnictwo w badaniu, formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz pisemną informację o badaniu. Zostały też poproszone o podanie numeru kontaktowego celem późniejszego przesłania wiadomości o powtórnym badaniu i wyrażenie zgody na uczestnictwo w pomiarze 2.
- 2) pomiar II (test -retest) -badanie powtórne przeprowadzono przesyłając na podany w etapie II numer telefonu wiadomość z zaproszeniem do ponownego udziału w badaniu i linkiem bezpośrednio przenoszącym do kwestionariusza. Uzyskano 52 kompletnie wypełnione kwestionariusze na 153 przesłanych zaproszeń.

3.5.4. Analiza statystyczna

W celu wykonania walidacji kwestionariusza jakości opieki okołoporodowej z perspektywy kobiety (QPP-I) przeprowadzono analizy statystyczne przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics 26. Za jego pomocą wykonano:

- analizę podstawowych statystyk opisowych wraz z testem Shapiro-Wilka,
- analizę rzetelności: spójność wewnętrzną przy wykorzystaniu współczynnika α Cronbacha (za wartość potwierdzającą akceptowalną rzetelność przyjęto 0,7 i powyżej) oraz ocenę powtarzalności z wykorzystaniem metody powtórnego pomiaru (test-retest) i testu Wilcoxon,

- analizę trafności testu za pomocą współczynnika zgodności \tilde{W} Kendalla, analizy korelacji ρ Spearmana (przyjęto, że wartość współczynnika wynosząca 0,4 i powyżej oznacza istnienie zależności, natomiast 0,70 lub powyżej oznacza wysoką trafność narzędzia) oraz testu U Manna-Whitneya,

Za poziom istotności przyjęto $\alpha = 0,05$.

4. Wyniki

4.1. Adaptacja językowa kwestionariusza

Po uzyskaniu polskojęzycznych wersji kwestionariusza (T1 i T2) przeprowadzono analizę i syntezę obydwu wersji. Opracowano wersję T3 polskiego kwestionariusza QPP -I PL, którą następnie poddano tłumaczeniu na język szwedzki bez wglądu tłumaczy do wersji oryginalnej. Po przetłumaczeniu na język oryginalny kwestionariusz przesłano do konsultacji autorkom wersji oryginalnej (tłumaczenie wsteczne). Zdecydowaną większość sugestii autorek dotyczących wersji T3 uwzględniono w wersji 4 i 5. Po konsultacjach zachowano trójstopniowe dystraktory w pytaniach 52-59. Opracowano również stronę graficzną kwestionariusza, tak by zachowana była równowaga fasadowa z wersją oryginalną.

Po tłumaczeniu zwrotnym przeprowadzono panel ekspercki obydwu wersji. Wersja T4 uzyskała zdecydowanie bardziej pozytywną opinię większości członków grupy eksperckiej. Oceniona została jako: „tłumaczenie bardziej zrozumiałe i czytelne”, „poprawne merytorycznie”, oparte na poprawnej terminologii, tłumaczenie bardziej funkcjonalne, „(...) w formie bardziej zrozumiałych zwrotów i pojęć odpowiadających rzeczywistości polskiej opieki okołoporodowej.” (zał. 6). Jedynie jedna z osób oceniających zaprezentowane tłumaczenia wyżej oceniła T5. Do dalszej adaptacji przyjęto zsyntetyzowaną z dwóch tłumaczeń wstępnych wersję pierwszą kwestionariusza. Na bazie opinii eksperckich i sugerowanych zmian wprowadzono niewielkie poprawki w sformułowanych pytaniach. Do pytań z zaimkiem osobowym wprowadzono formę grzecznościową („Pani”).

Pozostałe zmiany dotyczyły następujących pozycji kwestionariusza:

- pytanie 3: usystematyzowanie poziomów wykształcenia według obowiązujących w Polsce przepisów,
- pytanie 4: zmieniono dystraktor w pytaniu dotyczącym kraju urodzenia z „w Szwecji” na „w Polsce”,
- pytanie 8: wyszczególnienie drogi porodu na „drogami i siłami natury” oraz „drogami natury z użyciem próżnościagu/kleszczy”,
- pytanie 8: uzupełnienie pojęcia planowe cięcie cesarskie („decyzję o operacji podjęto przed porodem”) i nagłe cięcie cesarskie („decyzję o operacji podjęto w trakcie porodu”),
- pytanie 9: zmiana „waga” jako określenia potocznego na „masa ciała”,
- pytania 12-52: na skali „subiektywna istotność” zastosowano gradację niezwykle istotne/istotne/dość istotne/mało lub wcale nie istotne,

- pytanie 21: rozszerzenie (wyjaśnienie) określenia „I okres porodu” w pytaniu 20. oraz „II okres porodu”,
- w pytaniach 23-28 dodano określenie „personel pomocniczy” ze względu na specyfikę organizacji prac w polskich oddziałach położniczych,
- w pytaniu 30 spośród wymienianych udogodnień dostępnych w sali porodowej usunięto rzadko wykorzystywaną poduszkę elektryczną i zastąpiono ją workiem sako,
- w pytaniu 45 określenie „pokój” zamieniono na „sala”,
- w pytaniu 48 sprecyzowano pojęcie kontaktu „skóra do skóry” – dodano sformułowanie wyjaśniające „położenia dziecka na piersiach”
- w pytaniach 52-59 usystematyzowano skalę odpowiedzi celem uproszczenia późniejszych analiz.

Większość uwag wynikała z nieco innej organizacji pracy w oddziałach położniczych w Szwecji i w Polsce. Dodatkowo trudność stanowiło utrzymanie równości semantycznej twierdzeń obu wersji językowych. Podsumowanie rekomendacji panelu ekspertów zawiera załącznik 6.

Następnie przeprowadzono badanie pilotażowe wersji wstępnej (ang. *pre-final version*). Uzyskano 24 kompletnie wypełnione kwestionariusze. Odpowiedzi wykazały, że stopień zrozumienia pytań i odpowiedzi zawartych w skali był wysoki. Dwie respondentki wskazały pytanie 56 za sformułowane w niejasny sposób:

- pytanie 56: „W jakim stopniu czuła się Pani rozczarowanie w związku z opieką sprawowaną w czasie porodu?”.

Pytanie to skorygowano następująco:

- pytanie 56: „W jakim stopniu czuła Pani rozczarowanie w związku z opieką sprawowaną w czasie porodu?”.

Żadna inna z pozycji testowych nie została określona jako niezrozumiała albo wymagająca zmiany. Nie uzyskano komentarzy na temat braku przejrzystości lub czytelności pytań. Uzyskano równoważność semantyczną oraz idiomatyczną polskiej i szwedzkiej wersji kwestionariusza. W następnym kroku sporządzono wersję ostateczną kwestionariusza w wersji papierowej oraz elektronicznej, którą poddano testowaniu właściwości psychometrycznych. Cały proces adaptacji językowej został udokumentowany oraz udostępniony autorom wersji oryginalnej.

4.2. Ocena właściwości psychometrycznych polskiej wersji skali QPP-I

4.2.1. Charakterystyka prób badanych

Grupa badana w pomiarze 1 liczyła 153 kobiety w wieku od 21 do 43 lat ($M = 31,22$; $SD = 4,50$). W pomiarze 2 wzięło udział 52 kobiet w wieku od 22 do 41 lat ($M = 31,56$; $SD = 5,02$). Dane dotyczące wieku prezentuje tabela (tab. VIII).

Tab.VIII Statystyki opisowe ilościowych zmiennych socjodemograficznych

		M	Me	SD	Min.	Maks.
Wiek	Pomiar 1	31,22	31,00	4,50	21,00	43,00
	Pomiar 2	31,56	31,00	5,02	22,00	41,00

M – średnia; Me – mediana; SD – odchylenie standardowe, Min. – wartość minimalna; Maks. – wartość maksymalna

W zdecydowanej większości zamieszkiwały one z mężem/partnerem (92,8%) i charakteryzowały się wykształceniem wyższym (81,0%). Prawie wszystkie respondentki urodziły się w Polsce (98,7%). Grupa badana dzieliła się na kobiety odbywające pierwszy poród (50,3%) i kolejny (49,7%). W zdecydowanej większości respondentki rodziły między 37 a 42 tygodniem ciąży (90,8%), a poród w największym odsetku przypadków odbywał się drogami i siłami natury (63,4%).

Podobnie jak w przypadku badanych w pierwszym pomiarze, badane z drugiego pomiaru w zdecydowanej większości zamieszkiwały z mężem/partnerem (90,0%) i charakteryzowały się wykształceniem wyższym (80,0%). Wszystkie respondentki urodziły się w Polsce. Grupę badaną w niewielkiej przewadze stanowiły kobiety odbywające kolejny poród (68,0%), a prawie wszystkie respondentki rodziły między 37 a 42 tygodniem ciąży (98,0%). Poród w największym odsetku przypadków odbywał się drogami i siłami natury (70,0%). Szczegółowe rozkłady procentowe jakościowych zmiennych socjodemograficznych przedstawiono w tabeli (tab. IX).

Tab.IX Rozkłady procentowe zmiennych socjodemograficznych

		Pomiar 1		Pomiar 2	
		N	%	N	%
Zamieszkanie	Z mężem/ partnerem	142	92,8%	45	90,0%
	Samodzielnie	4	2,6%	2	4,0%
	Współdzielenie mieszkania z innymi	7	4,6%	3	6,0%
Wykształcenie	Podstawowe	2	1,3%	0	0,0%
	Średnie	27	17,6%	10	20,0%
	Wyższe	124	81,0%	40	80,0%
Kraj urodzenia	Polska	151	98,7%	50	100,0%
	Inny	2	1,3%	0	0,0%
Który poród	Pierwszy poród	77	50,3%	16	32,0%
	Kolejny poród	76	49,7%	34	68,0%
Tydzień ciąży, w którym nastąpił poród	Przed 37 tygodniem	14	9,2%	1	2,0%
	Między 37 a 42 tygodniem	139	90,8%	49	98,0%
Droga porodu	Poród drogami i siłami natury	97	63,4%	35	70,0%
	Poród drogami natury z użyciem próżnościągu/kleszczy	2	1,3%	0	0,0%
	Planowe cięcie cesarskie	39	25,5%	14	28,0%
	Nagłe cięcie cesarskie	15	9,8%	1	2,0%

N- liczba obserwacji, % - odsetek odpowiedzi

4.2.2. Podstawowe statystyki opisowe

W celu sprawdzenia rozkładu zmiennych ilościowych wyliczono podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Shapiro-Wilka badającym normalność rozkładu. Na potrzeby obliczeń i interpretacji przekodowano odpowiedzi w kolejności narastającej, gdzie 1 oznacza odpowiedź najniższą na skali, a 4 najwyższą. Wyniki analizy zostały zaprezentowane w tabeli (tab.X).

Tab. X Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych dla wskaźników satysfakcji kwestionariusza QPP-I w pomiarze 1 (N=153) i pomiarze 2 (N=52)

Zmienne	M	Me	SD	Sk.	Kurt	Min	Maks	W	p
Pomiar 1 (N = 153)									
Doświadczenie (RD)									
Udzielanie informacji - procedury medyczne	3,64	4,00	0,52	-1,23	0,43	2,00	4,00	0,64	<0,001
Udzielanie informacji - samoopieka	3,74	4,00	0,46	-2,01	3,80	2,00	4,00	0,67	<0,001
Stosunek położnych do kobiety	3,74	4,00	0,43	-2,15	4,34	2,00	4,00	0,64	<0,001
Obecność położnych	3,79	4,00	0,45	-2,57	6,36	2,00	4,00	0,48	<0,001
Opieka medyczna	3,63	3,75	0,44	-1,47	1,75	2,17	4,00	0,81	<0,001
Udział w podejmowaniu decyzji	3,50	3,50	0,57	-0,83	-0,28	2,00	4,00	0,74	<0,001
Stosunek pielęgniarek i pozostałego personelu	3,68	4,00	0,49	-1,36	0,83	2,00	4,00	0,73	<0,001
Stosunek lekarzy	3,66	4,00	0,47	-1,20	0,60	2,00	4,00	0,73	<0,001
Partner/osoba towarzysząca	3,82	4,00	0,36	-2,46	6,75	2,00	4,00	0,58	<0,001
Wyposażenie i atmosfera	3,71	4,00	0,41	-1,65	2,60	2,20	4,00	0,75	<0,001
Istotność (SI)									
Udzielanie informacji - procedury medyczne	3,60	4,00	0,57	-1,20	0,45	2,00	4,00	0,59	<0,001
Udzielanie informacji - samoopieka	3,59	3,50	0,50	-1,26	1,22	2,00	4,00	0,75	<0,001
Stosunek położnych do kobiety	3,80	4,00	0,33	-1,63	1,55	2,60	4,00	0,59	<0,001
Obecność położnych	3,80	4,00	0,32	-1,38	0,75	3,00	4,00	0,60	<0,001
Opieka medyczna	3,79	3,88	0,29	-1,69	2,38	2,88	4,00	0,69	<0,001
Udział w podejmowaniu decyzji	3,65	4,00	0,50	-1,27	0,65	2,00	4,00	0,62	<0,001
Stosunek pielęgniarek i pozostałego personelu	3,66	4,00	0,60	-1,63	1,35	2,00	4,00	0,60	<0,001
Stosunek lekarzy	3,72	4,00	0,50	-1,79	2,12	2,00	4,00	0,60	<0,001
Partner/osoba towarzysząca	3,72	4,00	0,43	-1,49	1,21	2,50	4,00	0,63	<0,001
Wyposażenie i atmosfera	3,48	3,57	0,51	-0,60	-0,61	2,14	4,00	0,84	<0,001
Pomiar 2 (N = 50)									
Doświadczenie (RD)									
Udzielanie informacji - procedury medyczne	3,52	4,00	0,65	-0,99	-0,33	2,00	4,00	0,69	<0,001
Udzielanie informacji - samoopieka	3,62	4,00	0,52	-1,01	-0,39	2,50	4,00	0,66	<0,001
Stosunek położnych do kobiety	3,63	3,80	0,46	-1,50	1,56	2,40	4,00	0,81	<0,001
Obecność położnych	3,85	4,00	0,38	-2,90	8,17	2,50	4,00	0,38	<0,001
Opieka medyczna	3,66	3,78	0,42	-1,39	2,00	2,17	4,00	0,78	<0,001
Udział w podejmowaniu decyzji	3,45	3,50	0,56	-0,42	-1,32	2,50	4,00	0,70	<0,001
Stosunek pielęgniarek i pozostałego personelu	3,68	4,00	0,45	-1,38	1,50	2,33	4,00	0,68	<0,001
Stosunek lekarzy	3,53	4,00	0,57	-0,76	-0,98	2,33	4,00	0,71	<0,001

Zmienne	M	Me	SD	Sk.	Kurt.	Min.	Maks	W	p
Partner/osoba towarzysząca	3,86	4,00	0,36	-4,25	2,11	2,00	4,00	0,42	<0,001
Wyposażenie i atmosfera	3,70	4,00	0,47	-1,71	1,96	2,40	4,00	0,52	<0,001
Istotność (SI)									
Udzielanie informacji - procedury medyczne	3,78	4,00	0,44	-2,13	4,50	2,00	4,00	0,61	<0,001
Udzielanie informacji - samoopieka	3,63	3,50	0,39	-0,50	-1,14	3,00	4,00	0,80	<0,001
Stosunek położnych do kobiety	3,80	4,00	0,34	-1,57	1,10	3,00	4,00	0,77	<0,001
Obecność położnych	3,89	4,00	0,30	-2,67	5,75	3,00	4,00	0,55	<0,001
Opieka medyczna	3,80	3,88	0,27	-1,51	1,97	3,00	4,00	0,68	<0,001
Udział w podejmowaniu decyzji	3,74	4,00	0,41	-1,11	-0,53	3,00	4,00	0,62	<0,001
Stosunek pielęgniarek i pozostałego personelu	3,78	4,00	0,50	-2,32	4,60	2,00	4,00	0,65	<0,001
Stosunek lekarzy	3,75	4,00	0,49	-1,88	2,45	2,33	4,00	0,55	<0,001
Partner/osoba towarzysząca	3,84	4,00	0,30	-1,71	1,86	3,00	4,00	0,61	<0,001
Wyposażenie i atmosfera	3,44	3,46	0,55	-0,55	-0,82	2,14	4,00	0,89	<0,001

M – średnia; *Me* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *Sk.* – skośność; *Kurt.* – kurtoza; *Min.* – wartość minimalna; *Maks.* – wartość maksymalna; *W* – wynik testu Shapiro-Wilka; *p* – istotność statystyczna testu Shapiro-Wilka; RD – podskala „rzeczywiste doświadczenie”, SI – podskala „subiektywna istotność”

W przypadku wszystkich wprowadzonych zmiennych wynik testu Shapiro-Wilka okazał się istotny statystycznie. Oznacza to, że rozkłady istotnie odbiegają od rozkładu normalnego. Ponadto skośność rozkładu większości zmiennych przekracza wartość bezwzględną równą 1, co oznacza, że ich rozkłady są asymetryczne w znacznym stopniu. Z tego względu dalsze analizy oparte zostały o testy nieparametryczne.

4.2.3. Analiza rzetelności testu

4.2.3.1 Spójność wewnętrzna testu

Na potrzeby oceny rzetelności dla wyliczonych wskaźników w 1 i 2 pomiarze zweryfikowano spójność wewnętrzną pozycji testowych. Wyniki analizy przedstawiono w tabeli XI.

Tab. XI Współczynniki α Cronbacha dla poszczególnych wskaźników w pomiarze 1 i 2

	Alfa Cronbacha		Liczba pozycji
	Pomiar 1	Pomiar 2	
Doświadczenia (RD)			
Udzielanie informacji - procedury medyczne	0,754	0,932	2
Udzielanie informacji - samoopieka	0,490	0,088	2
Stosunek położnych do kobiety	0,781	0,847	5
Obecność położnych	0,749	0,709	2
Opieka medyczna	0,824	0,697	8
Udział w podejmowaniu decyzji	0,459	0,386	2
Stosunek pielęgniarek i pozostałego personelu	0,773	0,817	3
Stosunek lekarzy	0,787	0,805	3
Partner/osoba towarzysząca	0,783	0,380	6
Wyposażenie i atmosfera	0,848	0,895	5
<u>Ogółem</u>	0,907	0,960	
Istotność (SI)			
Udzielanie informacji - procedury medyczne	0,866	0,793	2
Udzielanie informacji - samoopieka	0,572	0,048	2
Stosunek położnych do kobiety	0,798	0,865	5
Obecność położnych	0,416	0,916	2
Opieka medyczna	0,825	0,665	8
Udział w podejmowaniu decyzji	0,316	0,657	2
Stosunek pielęgniarek i pozostałego personelu	0,829	0,920	3
Stosunek lekarzy	0,854	0,878	3
Partner/osoba towarzysząca	0,744	0,712	6
Wyposażenie i atmosfera	0,714	0,812	5
<u>Ogółem</u>	0,889	0,925	
Podskale RD i SI* łącznie	0,935	0,957	

pomiar 1- pierwsze wypełnienie kwestionariusza, pomiar 2- powtórne wypełnienie kwestionariusza, RD – podskala „rzeczywiste doświadczenie”, SI – podskala „subiektywna istotność”

Większość wskaźników w I i II pomiarze charakteryzowała się dobrą rzetelnością ($\alpha > 0,70$). Odpowiedzi poszczególnych badanych na pojedyncze pytania były stosunkowo mało zróżnicowane, ale jednocześnie odpowiedzi całej grupy badanej na te same pytania były względnie różne. Wskazuje to na naturalne zróżnicowanie zjawiska. Najniższą spójnością wewnętrzną w obu pomiarach charakteryzowały się wskaźniki doświadczonego i subiektywnego stopnia istotności przekazywania informacji pacjentce oraz oczekiwanych kompetencji medycznych. Wskaźniki dotyczące udzielanie informacji w zakresie samoopieki w obu podskalach w pomiarze drugim charakteryzowały się nieakceptowalną rzetelnością. W pomiarze I wykazano słabą spójność wewnętrzną

wskaźników w podskali RD i SI dotyczących udziału w podejmowania decyzji oraz obecności położnych na podskali SI. W pomiarze drugim były to wskaźniki dotyczące udziału w podejmowaniu decyzji i partner/osoba towarzysząca w podskali RD. Ponadto w pomiarze 2, w porównaniu do pomiaru 1, znacznie niższą rzetelnością charakteryzowały się wskaźniki stosunku do partnera/osoby towarzyszącej (podskala RD), a także opieki medycznej (podskala SI).

4.2.3.2 Porównanie wyników 1 pomiaru z wynikami 2 pomiaru

Celem oceny powtarzalności testu sprawdzono, czy wyniki poszczególnych wskaźników z pierwszego pomiaru różniły się od wyników z drugiego pomiaru (test re-test). Wyniki analizy prezentuje tabela XII.

Tab. XII Porównanie wyników 1 pomiaru z wynikami 2 pomiaru

Zmienna	Pomiar 1		Pomiar 2		Z	p	r
	M	SD	M	SD			
Doświadczenia (RD)							
Udzielanie informacji - procedury medyczne	3,53	0,65	3,50	0,55	-0,10	0,917	0,01
Udzielanie informacji - samoopieka	3,63	0,46	3,52	0,65	-0,11	0,913	0,01
Stosunek położnych do kobiety	3,66	0,38	3,62	0,52	-0,34	0,735	0,03
Obecność położnych	3,85	0,38	3,63	0,46	-0,28	0,783	0,04
Opieka medyczna	3,66	0,43	3,85	0,38	-1,72	0,086	0,17
Udział w podejmowaniu decyzji	3,47	0,59	3,45	0,56	-0,10	0,917	0,01
Stosunek pielęgniarek i pozostałego personelu	3,69	0,45	3,68	0,45	-0,31	0,756	0,03
Stosunek lekarzy	3,57	0,56	3,53	0,57	-0,36	0,722	0,04
Partner/osoba towarzysząca	3,86	0,38	3,86	0,36	-0,36	0,722	0,05
Wyposażenie i atmosfera	3,74	0,47	3,70	0,47	-0,64	0,523	0,06
Istotność (SI)							
Udzielanie informacji - procedury medyczne	3,71	0,46	3,78	0,44	-1,20	0,229	0,12
Udzielanie informacji - samoopieka	3,63	0,37	3,63	0,39	-0,13	0,901	0,01
Stosunek położnych do kobiety	3,78	0,27	3,80	0,34	-0,65	0,518	0,07
Obecność położnych	3,85	0,31	3,89	0,30	-0,14	0,890	0,02
Opieka medyczna	3,79	0,29	3,80	0,27	-0,12	0,902	0,01
Udział w podejmowaniu decyzji	3,71	0,40	3,74	0,41	-0,29	0,768	0,03
Stosunek pielęgniarek i pozostałego personelu	3,73	0,55	3,78	0,50	-0,67	0,505	0,07
Stosunek lekarzy	3,75	0,49	3,75	0,49	-0,09	0,931	<0,01
Partner/osoba towarzysząca	3,85	0,30	3,84	0,30	<0,01	1,000	<0,01
Wyposażenie i atmosfera	3,50	0,55	3,44	0,55	-0,44	0,659	0,04

M - średnia; SD - odchylenie standardowe; Z - wartość statystyki testowej; p - istotność statystyczna; r - wskaźnik siły efektu, Pomiar 1- pierwsze wypełnienie kwestionariusza, pomiar 2- powtórne wypełnienie kwestionariusza, RD- podskala „rzeczywiste doświadczenie”, SI – podskala „subiektywna istotność”; * na podstawie testu Wilcozona

Analiza nie wykazała istotnych statystycznie różnic pomiędzy wynikami poszczególnych wskaźników w pierwszym i drugim pomiarze. Badane, niezależnie od momentu wypełniania kwestionariusza charakteryzowały się podobnym poziomem oceny poszczególnych aspektów pobytu na oddziale położniczym. Upływ czasu nie różnicował poziomu poszczególnych wskaźników, co również wskazuje na dobrą zgodność kwestionariusza.

4.2.4. Analiza trafności testu

W celu zweryfikowania trafności teoretycznej, wykonano analizę zgodności dla wyliczonych wskaźników w 1 i 2 pomiarze. Wykorzystano współczynnik zgodności \tilde{W} Kendalla. Wyniki analizy przedstawiono w tabeli (tab.XIII).

Tab. XIII Współczynniki zgodności \tilde{W} Kendalla dla poszczególnych wskaźników

	Pomiar 1			Pomiar 2			\tilde{W}	p
	Me	Q1	Q3	Me	Q1	Q3		
Doświadczenie (RD)								
Udzielanie informacji - procedury medyczne	4,00	3,50	4,00	4,00	3,00	4,00	0,68	0,046
Udzielanie informacji - samoopieka	4,00	3,50	4,00	4,00	3,00	4,00	0,74	0,021
Stosunek położnych do kobiety	4,00	3,75	4,00	3,80	3,40	4,00	0,77	0,009
Obecność położnych	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	0,67	0,132
Opieka medyczna	3,75	3,33	4,00	3,78	3,33	4,00	0,68	0,051
Udział w podejmowaniu decyzji	3,50	3,00	4,00	3,50	3,00	4,00	0,48	0,562
Stosunek pielęgniarek i pozostałego personelu	4,00	3,33	4,00	4,00	3,33	4,00	0,59	0,183
Stosunek lekarzy	4,00	3,33	4,00	4,00	3,00	4,00	0,50	0,457
Partner/osoba towarzysząca	4,00	3,80	4,00	4,00	3,82	4,00	0,68	0,095
Wyposażenie i atmosfera	4,00	3,50	4,00	4,00	3,50	4,00	0,58	0,206
Istotność (SI)								
Udzielanie informacji - procedury medyczne	4,00	3,00	4,00	4,00	3,88	4,00	0,81	0,004
Udzielanie informacji - samoopieka	3,50	3,50	4,00	3,50	3,50	4,00	0,58	0,224
Stosunek położnych do kobiety	4,00	3,68	4,00	4,00	3,60	4,00	0,68	0,050
Obecność położnych	4,00	3,50	4,00	4,00	4,00	4,00	0,65	0,146
Opieka medyczna	3,88	3,67	4,00	3,88	3,63	4,00	0,63	0,107
Udział w podejmowaniu decyzji	4,00	3,50	4,00	4,00	3,50	4,00	0,70	0,033
Stosunek pielęgniarek i pozostałego personelu	4,00	3,67	4,00	4,00	4,00	4,00	0,74	0,020
Stosunek lekarzy	4,00	3,67	4,00	4,00	3,92	4,00	0,71	0,030
Partner/osoba towarzysząca	4,00	3,50	4,00	4,00	3,67	4,00	0,62	0,161
Wyposażenie i atmosfera	3,57	3,00	4,00	3,46	3,00	4,00	0,61	0,141
Ogółem							0,65	0,04

Me – mediana; Q1 – pierwszy kwartył; Q3 – trzeci kwartył; \tilde{W} - współczynnik zgodności \tilde{W} Kendalla; p – istotność statystyczna; pomiar 1- pierwsze wypełnienie kwestionariusza, pomiar 2- powtórne wypełnienie kwestionariusza; RD- podskala „rzeczywiste doświadczenie”, SI – podskala „subiektywna istotność”; * na podstawie testu \tilde{W} Kendalla

Analiza wykazała, że wskaźniki w większości zmiennych charakteryzowały się dobrym poziomem zgodności ($0,48 < \tilde{W} < 0,81$). Te same osoby w podobny sposób oceniały poszczególne aspekty pobytu na oddziale położniczym w momencie wypisu oraz po upływie określonego czasu. Najniższym współczynnikiem zgodności ($\tilde{W} = 0,48$) charakteryzował się wskaźnik udziału w podejmowaniu decyzji (podskala RD) oraz udzielania informacji w zakresie samoopieki (podskala SI) ($\tilde{W} = 0,58$). Najwyższy wynik uzyskał wskaźnik

w podskali RD „stosunek położnych do pacjentki” ($\tilde{W} = 0,77$) i w podskali SI „udzielanie informacji w zakresie procedur medycznych” ($\tilde{W} = 0,81$). Średnia ze wszystkich współczynników wynosiła $M_W = 0,65$, zatem można uznać, że kwestionariusz okazał się być zgodny, na dobrym poziomie.

4.2.4.1. Wiek a ocena poszczególnych aspektów pobytu na oddziale położniczym

Zweryfikowano, czy istnieje związek pomiędzy wiekiem badanych a oceną poszczególnych aspektów pobytu na oddziale położniczym. W tym celu wykonano analizę korelacji rho Spearmana, której wyniki przedstawiono w tabeli (tab. XIV).

Tab. XIV Korelacja wieku z oceną poszczególnych aspektów pobytu na oddziale położniczym

Zmienna		Wiek
Doświadczenia (RD)		
Udzielanie informacji - procedury medyczne	<i>rho</i> Spearmana	-0,01
	istotność	0,870
Udzielanie informacji - samoopieka	<i>rho</i> Spearmana	<0,01
	istotność	0,973
Stosunek położnych do kobiety	<i>rho</i> Spearmana	0,03
	istotność	0,726
Obecność położnych	<i>rho</i> Spearmana	0,38
	istotność	<0,001
Opieka medyczna	<i>rho</i> Spearmana	<0,01
	istotność	0,995
Udział w podejmowaniu decyzji	<i>rho</i> Spearmana	<0,01
	istotność	0,909
Stosunek pielęgniarek i pozostałego personelu	<i>rho</i> Spearmana	<0,01
	istotność	0,943
Stosunek lekarzy	<i>rho</i> Spearmana	0,05
	istotność	0,521
Partner/osoba towarzysząca	<i>rho</i> Spearmana	-0,07
	istotność	0,422
Wyposażenie i atmosfera	<i>rho</i> Spearmana	0,16
	istotność	0,051
Istotność (SI)		
Udzielanie informacji - procedury medyczne	<i>rho</i> Spearmana	-0,10
	istotność	0,219
Udzielanie informacji - samoopieka	<i>rho</i> Spearmana	0,12
	istotność	0,151
Stosunek położnych do kobiety	<i>rho</i> Spearmana	-0,07
	istotność	0,393
Obecność położnych	<i>rho</i> Spearmana	-0,02
	istotność	0,836
Opieka medyczna	<i>rho</i> Spearmana	-0,03
	istotność	0,681
Udział w podejmowaniu decyzji	<i>rho</i> Spearmana	-0,11
	istotność	0,192
Stosunek pielęgniarek i pozostałego personelu	<i>rho</i> Spearmana	0,11
	istotność	0,197
Stosunek lekarzy	<i>rho</i> Spearmana	0,03
	istotność	0,684
Partner/osoba towarzysząca	<i>rho</i> Spearmana	-0,19
	istotność	0,033
Wyposażenie i atmosfera	<i>rho</i> Spearmana	-0,07
	istotność	0,411

RD- podskala „rzeczywiste doświadczenie”, SI – podskala „subiektywna istotność”

Analiza wykazała istotny statystycznie dodatni związek pomiędzy wiekiem a oceną rzeczywistego doświadczenia obecności położnych oraz istotny statystycznie ujemny związek pomiędzy wiekiem a oceną istotności aspektów opieki związanych z partnera/osoby towarzyszącej. Wraz ze wzrostem wieku badanych, wzrastała ich ocena w zakresie obecności

położnych (podskala RD) oraz spadała ocena aspektów opieki związanych z partnera/osoby towarzyszącej (podskala SI). W przypadku pozostałych zmiennych nie zaobserwowano związku z wiekiem. Wiek pacjentek nie korelował ze zmianą oceny w podskalach rzeczywistego doświadczenia oraz istotności poszczególnych aspektów pobytu na oddziale położniczym.

4.2.4.2. Satysfakcja kobiet rodzących po raz pierwszy i kolejny

Analiza wykazała istotne statystycznie różnice pomiędzy porównywanymi grupami w zakresie udzielania informacji dotyczących procedur medycznych oraz samoopieki, stosunku położnych, pielęgniarek i lekarzy do pacjentki, obecności położnych, opieki medycznej, udziału w podejmowaniu decyzji oraz wyposażenia i atmosfery w podskali RD, a także w zakresie stosunku położnych i pielęgniarek do pacjentki oraz obecności położnych w podskali SI. Kobiety rodzące po raz pierwszy, w porównaniu do rodzących po raz kolejny, charakteryzowały się istotnie niższą oceną wskazanych aspektów pobytu na oddziale położniczym. Ponadto zaobserwowane efekty okazały się umiarkowanie silne ($0,30 < r < 0,50$) i słabe ($r < 0,30$). Szczegółowe dane w tym zakresie przedstawia tabela XIII (tab.XV)

Tab. XV Porównanie kobiet rodzących po raz pierwszy, z kobietami rodzącymi po raz kolejny pod względem oceny poszczególnych aspektów pobytu na oddziale położniczym

Zmienna	Pierwszy poród (<i>n</i> = 77)			Kolejny poród (<i>n</i> = 76)			<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i> *
	średnia ranga	<i>M</i>	<i>SD</i>	średnia ranga	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Doświadczenie (RD)									
Udzielanie informacji - procedury medyczne	58,17	3,41	0,56	93,59	3,86	0,36	-5,69	<0,001	0,46
Udzielanie informacji - samoopieka	64,29	3,66	0,46	80,26	3,82	0,44	-2,81	0,005	0,23
Stosunek położnych do kobiety	62,31	3,62	0,49	91,89	3,87	0,31	-4,51	<0,001	0,36
Obecność położnych	44,84	3,61	0,57	68,58	3,99	0,07	-5,24	<0,001	0,50
Opieka medyczna	64,49	3,50	0,50	89,68	3,76	0,34	-3,60	<0,001	0,29
Udział w podejmowaniu decyzji	61,95	3,30	0,59	92,24	3,70	0,47	-4,53	<0,001	0,37
Stosunek pielęgniarek i pozostałego personelu	64,87	3,53	0,54	88,13	3,82	0,39	-3,80	<0,001	0,31
Stosunek lekarzy	69,39	3,56	0,53	84,71	3,76	0,38	-2,40	0,016	0,19
Partner/osoba towarzysząca	60,37	3,79	0,35	68,03	3,84	0,37	-1,41	0,160	0,12
Wyposażenie i atmosfera	70,16	3,64	0,45	83,93	3,78	0,35	-2,08	0,038	0,17
Istotność (SI)									
Udzielanie informacji - procedury medyczne	71,84	3,51	0,62	82,23	3,68	0,50	-1,66	0,097	0,13
Udzielanie informacji - samoopieka	73,88	3,58	0,52	73,13	3,59	0,49	-0,12	0,907	<0,01
Stosunek położnych do kobiety	70,49	3,76	0,32	83,60	3,84	0,34	-2,13	0,033	0,17
Obecność położnych	48,96	3,71	0,37	64,32	3,90	0,22	-3,08	0,002	0,29
Opieka medyczna	75,55	3,79	0,27	78,47	3,78	0,32	-0,43	0,665	0,04
Udział w podejmowaniu decyzji	76,27	3,64	0,53	77,74	3,67	0,48	-0,24	0,813	0,02
Stosunek pielęgniarek i pozostałego personelu	66,46	3,50	0,71	86,54	3,82	0,41	-3,44	<0,001	0,28
Stosunek lekarzy	75,45	3,69	0,54	78,57	3,75	0,45	-0,53	0,598	0,04
Partner/osoba towarzysząca	63,61	3,70	0,44	67,17	3,74	0,41	-0,60	0,547	0,05
Wyposażenie i atmosfera	71,40	3,43	0,50	82,67	3,53	0,52	-1,60	0,109	0,13

n - liczba obserwacji; *M* - średnia; *SD* - odchylenie standardowe; *Z* - wartość statystyki testowej; *p* - istotność statystyczna; *r* - wskaźnik siły efektu; RD- podskala „rzeczywiste doświadczenie”, SI – podskala „subiektywna istotność”; * na podstawie testu u Manna Whitneya,

4.2.5. Zastosowanie skali QPP-I PL do oceny jakości opieki

Na podstawie uzyskanych odpowiedzi w pomiarze 1 obliczono wskaźnik działania dla każdej ze zmiennych. Uzyskano wynik dla poszczególnych zmiennych w 7 kategoriach jakości. Większość analizowanych wskaźników w ocenie respondentek cechuje akceptowalna lub

wysoka jakość. Obliczone wskaźniki działania dla wszystkich analizowanych zmiennych wykazały, że jakość opieki jest na dobrym poziomie. Wyniki dla wskaźnika działania zawiera tabela XIV.

Tab. XVI Wyniki oceny jakości opieki według wskaźnika działania

Pytanie	Kategorie wskaźnika działania			
	Deficyt jakości	Równowaga niska jakość	Równowaga wysoka jakość	Przekroczenie
	wynik podany w %			
Zostałam dobrze poinformowana na temat sposobu przeprowadzenia badań i zabiegów	15	7	50	28
Zostałam dobrze poinformowana na temat wyników badań i zabiegów.	22	13	50	16
Zostałam dobrze poinformowana na temat konieczności ruchu, zmiany pozycji i poruszania się w czasie porodu.	4	10	62	24
Zostałam dobrze poinformowana na temat konieczności przyjmowania płynów i lekkostrawnych posiłków.	15	10	49	26
Położne odnosiły się do mnie z szacunkiem	8	4	79	9
Położne zdawały się rozumieć co czuję w danej sytuacji	12	8	70	9
Położne angażowały się w optymalne zaspokajanie moich potrzeb; „troszczyły się o mnie”	13	6	69	12
Położne udzieliły mi możliwie najlepszego wsparcia podczas porodu.	6	1	78	15
Położne podczas pierwszego okresu porodu (w okresie skurczy rozwierających) były przy mnie obecne tyle, ile potrzebowałam	15	5	63	17
Położne podczas drugiego okresu porodu (w okresie skurczy partych) były przy mnie obecne tyle, ile potrzebowałam	4	5	85	6
Położne udzieliły mi możliwie najlepszego wsparcia w czasie pierwszego karmienia dziecka piersią na oddziale położniczym.	22	11	54	12

Pytanie	Deficyt jakości	Równowaga – niska jakość	Równowaga – wysoka jakość	Przekroczenie
Zapewniono mi możliwie najlepszą opiekę medyczną w związku z narodzinami dziecka, (na tyle, na ile potrafię to ocenić	25	3	69	4
Zapewniono mi niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu w trakcie porodu (masaż, TENS, prysznic, kąpiel itp.), takie jak chciałam.	20	11	64	5
Zapewniono mi farmakologiczne metody łagodzenia bólu w trakcie porodu (gaz rozweselający, znieczulenie zewnątrzoponowe, leki przeciwbólowe/rozkurczowe itp.), takie jakie chciałam	16	7	63	14
Zapewniono mi środek łagodzący ból, taki jaki chciałam, w trakcie zakładania szwów po pęknięciu lub nacięciu krocza.	15	5	57	24
Opieka nade mną polegała bardziej na zaspokajaniu moich potrzeb niż na rutynowych działaniach personelu.	27	17	46	11
Pielęgniarki i personel pomocniczy odnosili się do mnie z szacunkiem.	9	4	67	20
Pielęgniarki i personel pomocniczy zdawali się rozumieć, co czuję w danej sytuacji.	14	14	59	13
Pielęgniarki i personel pomocniczy okazywali zaangażowanie; „troszczyli się o mnie”	19	8	65	8
Lekarze odnosili się do mnie z szacunkiem	13	2	69	16
Lekarze zdawali się rozumieć, co czuję w danej sytuacji	21	13	56	10
Lekarze okazywali zaangażowanie; „troszczyli się o mnie”.	24	8	57	11
Umożliwiono mi udział w podejmowaniu decyzji dotyczących stosowanej u mnie opieki medycznej	16	9	63	13
Moi bliscy (osoba towarzysząca) byli traktowani z szacunkiem.	5	4	71	21

Pytanie	Deficyt jakości	Równowaga -niska jakość	Równowaga – wysoka jakość	Przekroczenie
Moi bliscy (osoba towarzysząca) uzyskali możliwie najlepsze wsparcie ze strony personelu podczas porodu	8	8	72	12
Moi bliscy (osoba towarzysząca) byli zachęceni do uczestnictwa w porodzie.	4	8	70	18
Moi bliscy (osoba towarzysząca) mieli możliwość zaspokojenia swoich potrzeb fizycznych	7	14	60	19
Na oddziale panowała przyjemna atmosfera	12	6	68	14
Miałam pozytywne odczucia w związku z odbytym porodem.	26	11	52	11
Miałam wrażenie, że poród przebiegał normalnie, prawidłowo	21	9	65	5
Miałam dostęp do własnej toalety	9	8	69	15
Miałam możliwość skorzystania z radia/ odtwarzacza	8	3	35	54
Miałam dostęp do wygodnego łóżka	25	8	46	21
Miałam dostęp do wygodnego krzesła.	17	11	40	33
Miałam dostęp do takich przyrządów, jakie chciałam (piłka, worek sako itp.).	3	10	60	27
Miałam dostęp do przyjemnej sali	4	7	60	29
Moi bliscy (osoba towarzysząca) zdawali się rozumieć, co czuję w danej sytuacji	7	5	78	9
Moi bliscy (osoba towarzysząca) udzielili mi możliwie najlepszego wsparcia podczas porodu.	2	8	84	6

Źródło: badania własne; czcionka pogrubiona – wskaźnik działania 20% i powyżej

Respondentki najwyżej oceniały (wynik w kategorii równowaga powyżej 70%) jakość opieki w czasie pobytu w szpitalu w następujących zmiennych: „Położne podczas drugiego okresu porodu (w okresie skurczy partych) były przy mnie obecne tyle, ile potrzebowałam” (85%), „Położne odnosiły się do mnie z szacunkiem” (79%), „Położne udzieliły mi możliwie najlepszego wsparcia podczas porodu” (78%), „Zapewniono mi możliwie najlepszą opiekę

medyczną w związku z narodzinami dziecka, (na tyle, na ile potrafię to ocenić)” (70%). Osiem zmiennych uzyskało wysoki wskaźnik (20% odpowiedzi i powyżej) w kategorii „deficytu jakości”. Są to pytania: „Opieka nade mną polegała bardziej na zaspokajaniu moich potrzeb niż na rutynowych działaniach personelu” (27%), „Zapewniono mi możliwie najlepszą opiekę medyczną w związku z narodzinami dziecka, (na tyle, na ile potrafię to ocenić)” (26%), „Miałam pozytywne odczucia w związku z odbytym porodem” (26%), „Miałam dostęp do wygodnego łóżka” (25%), „Zostałam dobrze poinformowana na temat wyników badań i zabiegów” (22%), „Położne udzieliły mi możliwie najlepszego wsparcia w czasie pierwszego karmienia dziecka piersią na oddziale położniczym” (22%), „Lekarze okazywali zaangażowanie; „troszczyli się o mnie” (23%), „Miałam wrażenie, że poród przebiegał normalnie, prawidłowo” (21%), „Zapewniono mi nefarmakologiczne metody łagodzenia bólu w czasie porodu” (20%). Większość wskaźników, które uzyskały wysoki wynik w ocenie jakości opieki w kategorii „przekroczenie oczekiwań” to aspekty techniczne: dostęp do odtwarzacza (54%) wygodnego krzesła (33%), przyjemnej sali (29%), przyrządów takich jak piłka, worek sako (27%) oraz wskaźnik z grupy udzielanie informacji o procedurach: „Zostałam dobrze poinformowana na temat sposobu przeprowadzenia badań i zabiegów” (28%). Liczba odpowiedzi dla poszczególnych wskaźników (n) jest różna ze względu na niejednoliczne grupy (poród drogami natury, poród drogą cięcia cesarskiego oraz wstrzymanie porodów rodzinnych w czasie pandemii w części placówek). Statystyki dla każdego z pytań w kwestionariuszu zamieszczono w Aneksie (zał.9).

5. Dyskusja

Lekarze i położne często opisują jakość opieki w okresie okołoporodowym w kontekście wskaźników zdrowia matki oraz nowonarodzonego dziecka (85). Wyniki, takie jak wskaźnik umieralności kobiet i noworodków, osiągnięte w Polsce na tle innych krajów Unii Europejskiej, w zauważalny sposób stale się poprawiają (129). Kobiety postrzegają jednak jakość opieki z innej perspektywy, w której ważnym obszarem jest reagowanie na ich indywidualne potrzeby i pragnienia dotyczące tejże opieki. Perspektywa ta wymaga od osób odpowiedzialnych za projektowanie postępowania klinicznego, kształtu opieki i polityk zdrowotnych modyfikowania oraz udoskonalania podejścia do zbierania i oceniania wyników opieki oraz uwzględnienia szeroko rozumianej jakości opieki z perspektywy odbiorcy świadczeń (35).

Celem pracy była adaptacja i walidacja narzędzia, które zostało uprzednio opracowane zgodnie z przyjętymi założeniami teoretycznymi i zweryfikowane statystycznie, na potrzeby oceny jakości opieki z perspektywy kobiet w okresie okołoporodowym w Polsce poprzez analizę satysfakcji i zaspokojenia ich potrzeb związanych z narodzinami dziecka. Cel ten wiąże się jednak z szeregiem wyzwań. Pierwszym z napotkanych wyzwań jest brak konsekwentnie stosowanej terminologii w tym obszarze, która byłaby wspólna dla wszystkich badaczy. Na podstawie piśmiennictwa można stwierdzić, że nadal nie ujednotwiono definicji pojęcia „satysfakcja z opieki”, a także optymalnej liczby czynników które pozwoliłyby na pełną i dokładną ocenę tego zjawiska (7,62). Obserwuje się również nieprecyzyjne stosowanie pojęć „satysfakcja” i „doświadczenie” (28). Mimo, że są to dwa różne pojęcia to często używane są w literaturze zamiennie. Samo zadowolenie pacjenta jest wielowymiarowym, ale wciąż słabo zdefiniowanym pojęciem obejmującym subiektywną ocenę doświadczenia pacjentów (15,46). W dyskursie na temat satysfakcji pacjenta kwestią otwartą pozostaje czy jest ona pewnego rodzaju nastawieniem, percepcją, opinią na temat opieki zdrowotnej czy też indywidualnym usposobieniem danej osoby. Istnieje także różne podejście do satysfakcji i dyssatisfakcji. Niejednoznaczne nadal jest to, czy brak satysfakcji jest odrębnym pojęciem, wymagającym odrębnej definicji oraz narzędzi badawczych, czy też „drugim końcem skali” jednego konceptu (15). Jak twierdzą Calmus i wsp. (28), kontrowersyjne jest również stosowanie narzędzi stworzonych bez wcześniejszego konsensusu dotyczącego definicji i czynników wpływających na satysfakcję z porodu. Gutysz-Wojnicka i wsp. (10) podkreślają jednak, że racjonalnym sposobem oceny tak istotnego zjawiska, jakim jest jakość opieki z punktu widzenia pacjenta jest badanie jego satysfakcji. Słusznie jednak zauważa, że wielu badaczom towarzyszy zasadnicze pytanie: „Satysfakcja, ale z czego konkretnie?” (10). W pracy dotyczącej adaptacji narzędzia

badającego satysfakcję z opieki pielęgniarstwa, autorka stwierdza, że: „Doświadczenia pacjenta podlegają poznawczemu, racjonalnemu osądowi. Subiektywne porównanie stopnia zaspokojenia oczekiwań i potrzeb w istotnych dla niego obszarach opieki z doświadczeniami dotyczącymi tej opieki wywala pewną reakcję emocjonalną, czyli pewien stopień satysfakcji. Satysfakcja z opieki pielęgniarstwa jest więc uwarunkowana zarówno procesem poznawczym, jak i reakcją emocjonalną”(8). Według Maconko i wsp., aby ocenić jakość opieki pacjent musi porównać własne doświadczenia ze swoimi wcześniejszymi oczekiwaniami (11). Juszcak twierdzi, że satysfakcja pacjenta może być definiowana jako zgodność pomiędzy tym, czego oczekuje, a tym co faktycznie otrzymał (39). Również Beattie podkreśla, że satysfakcja wynika z różnicy między oczekiwaniami pacjenta, a jego doświadczeniem, a więc tym jak faktycznie przebiegała opieka lub hospitalizacja (123). Warto więc podkreślić, że nawet w sytuacji, gdy dwie osoby o takim samym stanie zdrowia otrzymają analogiczne świadczenia medyczne czy opiekę, a ich wyniki medyczne będą identyczne to różny może być ich końcowy poziom satysfakcji. Przyczyna tkwić może w innych oczekiwaniach. Te z kolei, w stosunku do opieki okołoporodowej, są kształtowane przez osobiste preferencje, odczucia, historie porodów w rodzinie i wśród przyjaciół oraz informacje przekazywane przez profesjonalistów zapewniających kobietom opiekę. Co więcej, są one stale redefiniowane (48). Zwaliowany kwestionariusz uwzględnia powtarzające się w definicjach dwie perspektywy – rzeczywistego doświadczenia kobiety i tego, w jakim stopniu zrealizowała swoje oczekiwania, a analiza odpowiedzi pozwala na poznanie związku pomiędzy nimi. W kwestionariuszu QPP-I PL zachowano dwie podskale: rzeczywistego doświadczenia, czyli oceny tego co faktycznie miało miejsce w okresie okołoporodowym oraz subiektywnej istotności, która pozwala oszacować jak dany aspekt opieki jest ważny dla kobiety. Daje to możliwość oceny tego, co stanowi „część wspólną” tych dwóch perspektyw, a więc stopnia satysfakcji z otrzymanej opieki. W analizowanym piśmiennictwie pojawiają się również tezy, że często mylnie w zamienny sposób stosuje się pojęcie „satysfakcji” i „doświadczenia” z opieki, nie są one bowiem jednoznaczne. „Doświadczenie” wydaje się być mniej subiektywne, służy opisaniu faktów. „Satysfakcja” stanowi subiektywną ocenę doświadczenia. Na przykład pacjent może być zadowolony z opieki pomimo negatywnych doświadczeń; możliwa jest również sytuacja odwrotna (28,123). Calmus i wsp. zaznacza, że w związku z tym dyskursem część badaczy uznaje pomiar satysfakcji za niepotrzebny (28).

Na podstawie piśmiennictwa stwierdzić można, że w badaniach akcentowane są różne czynniki warunkujące zadowolenie z opieki okołoporodowej, co utrudnia wybór najdokładniejszego z narzędzi do wykorzystania w badaniu lub do adaptacji (35,86,87). Dodatkowo sama ocena doświadczenia porodu zmienia się wraz z upływem czasu, co oznacza, że pierwszym z czynników jest czas, jaki minął od porodu. Sugeruje się bowiem, że wykonywanie jednego pomiaru satysfakcji bezpośrednio po porodzie dawać będzie wyższy niż faktyczny poziom zadowolenia ze względu na odczuwaną przez kobietę ulgę po urodzeniu zdrowego dziecka oraz tzw. efektu halo, który w psychologii opisuje się jako automatyczna, pozytywna ocena na podstawie pierwszego wrażenia (87,107). W obszernym przeglądzie systematycznym z 2021 Vogels-Broeke i wsp. wymieniają inne obszary, które mogą decydować o satysfakcji z porodu. Są to m.in.: cechy osobowe kobiety, dobrostan fizyczny, oczekiwania i preferencje, postrzeganie porodu tzw. filozofię porodu, poczucie kontroli i wiara we własne możliwości, komunikacja i dobra relacja z osobami sprawującymi opiekę (87). Trzy spośród wymienionych wyżej komponentów pozytywnego doświadczenia porodu wydają się zbieżne z tymi, które wyszczególniają Tuncalp i wsp. w zaleceniach WHO. Należy do nich skuteczna komunikacja między kobietą, a osobą sprawującą opiekę, wsparcie społeczne i emocjonalne jakiego potrzebuje rodząca oraz relacja oparta na szacunku (56). Z kolei Renfrew i wsp. wymieniają jako kluczowe aspekty opieki nad matką i noworodkiem obejmujące, oprócz czynników medycznych i technicznych, to w jaki sposób i przez kogo opieka jest świadczona. Według autorów istotne jest również, czy zapewniona jest opieka profilaktyczna, wspomagająca, skuteczne leczenie powikłań w razie ich wystąpienia, reagowanie na potrzeby, w tym potrzebę bezpieczeństwa, prywatności i godności, stosowanie interwencji medycznych tylko w przypadku wskazań, a także wzmacnianie zdolności kobiet do opieki nad sobą i dzieckiem (49). Wyniki te korespondują z wnioskami z przeglądu systematycznego Hodnett i wsp. (83), który wskazuje, że cztery aspekty tj. indywidualne oczekiwania, wsparcie ze strony osób sprawujących opiekę i relacja z pacjentką oraz zaangażowanie w podejmowanie decyzji wydają się przeważać w ocenie doświadczenia porodu nad wpływem wieku, statusu społeczno-ekonomicznego, pochodzenia etnicznego, przygotowania do porodu, warunków otoczenia, bólem porodowym, stosowanymi interwencjami medycznymi. Z badań Baranowskiej i wsp. wynika, że najważniejszym czynnikiem wpływającym na poziom satysfakcji jest odpowiedni dostęp do informacji o przebiegu porodu oraz opieka ze strony personelu medycznego (99). Wydaje się to zbieżne z wynikami Kiersnowskiej i wsp. (130) oraz z badaniem przeprowadzonym w grupach fokusowych Larkin i wsp. (82), z których wyłania się znaczenie

roli osoby sprawującej opiekę, w tym przypadku położnej, jako ważnego czynnika mogącego kształtować zarówno pozytywne, jak i negatywne doświadczenia porodu. Podobne wnioski wysnuwają Cornally i wsp., która opisuje rolę położnej jako „przewodniczki w porodzie, dodającej odwagi zwiększającej poczucie komfortu”. Również Stadnicka i wsp. zaznaczają, że „opieka położnicza podczas porodu i położu świadczona przez położne ma istotny wpływ na poczucie bezpieczeństwa oraz zadowolenie pacjentek” (21). W swojej pracy podkreśla duże znaczenie, które kobiety przypisują pomocy od położnej w sytuacji trudnej, życzliwości personelu, podmiotowemu traktowaniu rodzącej oraz zrozumiałemu językowi wypowiedzi personelu (21). Wśród innych czynników, które przyczyniały się do zadowolenia z porodu wymienia: troskę i pomoc ze strony personelu, odpowiednio dobrane metody łagodzenia bólu, jasne i przejrzyste informacje na temat przebiegu porodu, zindywidualizowaną i profesjonalną opiekę położnych i lekarzy (48). Powyższe czynniki są zbieżne z ocenianymi za pomocą kwestionariusza QPP-I aspektami opieki. Podobnie jak szereg innych kwestionariuszy oceniających satysfakcję z opieki w okresie okołoporodowym kwestionariusz QPP-I ma wielopłaszczyznową budowę uwzględniającą kilka obszarów decydujących o poziomie satysfakcji (62). Donate-Manzares podkreśla szeroki zakres zawartych w nim analizowanych czynników wpływających na zadowolenie kobiet (131). Są to 32 wskaźniki podzielone na 4 domeny. Blazquez i wsp. porównując narzędzia do pomiaru satysfakcji z opieki w okresie porodu wykazała, że zbliżoną ich liczbę zawierają np. skale WOMBLQS, MCSRS-E czy CEQ (62,78). Inne narzędzia, takie jak kwestionariusz. PSCACL-R, BSS-R czy LADY-X cechuje zdecydowanie mniejsza liczba wskaźników (4,62,70). Ponadto cechą adaptowanego przez autorkę kwestionariusza jest takie ujęcie jakości, w którym aspekty medyczne stanowią niedominującą część szerokiej całości (131). Perspektywa pacjentki, która zawarta jest w nazwie skali, oznacza uwzględnienie dobrostanu fizycznego, emocjonalnego i psychicznego, relację z personelem medycznym, obecność osoby towarzyszącej.

Warto również zwrócić uwagę na problem metodyki oceny jakości z punktu widzenia pacjenta oraz skalę zjawiska. Najpowszechniejszą i jednocześnie uznawaną za wydajną oraz korzystną finansowo metodą oceny są kwestionariusze ankiety (62). Beattie i wsp. podkreśla, że ta metoda pozwala oceniać duże próby standaryzowanych danych i porównywać je między sobą (123). Narzędzia służące badaniu satysfakcji kobiet wykorzystywane w Polsce w większości stanowią kwestionariusze autorskie, które zostały opracowane w danym ośrodku lub na potrzeby badania naukowego. Wykorzystuje się także narzędzia niespecyficzne do okresu okołoporodowego (132). Badania zwykle prowadzone są w ograniczonym pod względem czasu trwania i objętej nim populacji zakresie (21,126)(130,133,134). Nie

prowadzono również, jak do tej pory, monitorowania jakości opieki z perspektywy tej grupy pacjentek w sposób ujednolicony i systematyczny z wykorzystaniem statystycznie zweryfikowanych narzędzi badawczych. Dane dotychczas zbierane dotyczyły zdrowia kobiet ciężarnych, położnic mogących wpływać na wynik ciąży oraz noworodków, np. umieralność noworodków, mała masa urodzeniowa i porody przedwczesne na tle krajów członkowskich Unii Europejskiej (135), nie uwzględniając jednak zadowolenia kobiet z opieki. Przykładem gromadzenia danych na skalę ogólnokrajową jest badanie „Głos matek” Fundacji Rodzić po Ludzku, którego wyniki opublikowano w 2018 i 2021 roku. W tym badaniu oceniano zadowolenie z niemedycznych aspektów opieki, które składają się na ogólne poczucie satysfakcji kobiet. Była ona poddawana ewaluacji podobnie jak wskaźniki medyczne. Oceniano m.in. sposób prowadzenia rozmowy i przekazywania informacji, okazywanie szacunku, dbałość o intymność i prywatność (136,137). We wnioskach autorki Raportu rekomendują systematyczne zbieranie i analizowanie jakości świadczonych usług na podstawie informacji zbieranych od kobiet (136). Ocenę działalności wybranych 24 publicznych oddziałów położniczych przeprowadzono również w latach 2013 - 2015 roku, a organem prowadzącym badanie była Najwyższa Izba Kontroli. Przeprowadzone zostało anonimowe badanie ankietowe wśród pacjentek, które wypełniło 2,6 % kobiet spośród tych, które w okresie objętym kontrolą urodziły dziecko w wybranych szpitalach. Choć wykorzystany kwestionariusz obejmował aspekty medyczne, a także pytania dotyczące respektowania prawa do informacji, prywatności i intymności traktowania z szacunkiem czy poczucia bezpieczeństwa to jednak nie poddawał ocenie ogólnego poziomu zadowolenia z opieki (138). Badanie zmian w ocenie jakości opieki z perspektywy kobiet w okresie przedporodowym, porodu i połoгу przeprowadziła Jarczak i wsp. (134). Wykazała, że choć większość kobiet wyraża zadowolenie z opieki w ciąży i w czasie porodu, jednak poziom zadowolenia z opieki poporodowej jest wyraźnie niższy. Z kolei Mastylak i wsp. w badaniu obejmującym lata 2017 - 2021 podjęła próbę zidentyfikowania problemów wpływające niekorzystnie na jakość świadczeń z kilku perspektyw: kobiet, które mają za sobą doświadczenie ciąży i porodu, osób sprawujących opiekę okołoporodową oraz osób decyzyjnych (konsultanta wojewódzkiego oraz należących do kadry menadżerskiej) (137). Choć wyniki wskazują na ogólnie wysoki lub bardzo wysoki poziom zadowolenia z opieki w czasie ciąży, porodu i po porodzie (odpowiednio 77,9%, 73% i 61,4% respondentek) wykazano szereg obszarów, w których należałoby przeprowadzić działania naprawcze. Należy do nich między innymi stosunkowo często zgłaszany przez kobiety poczucie braku szacunku ze strony personelu medycznego (25,5% ankietowanych), niedostateczne udzielanie informacji (20,6% kobiet) oraz aspekty organizacyjne, jak

odczuwalne przez pacjentki braki kadrowe, konieczność korzystania z opieki w sektorze prywatnym (137). Należy zwrócić również uwagę, że dopiero w 2022 roku podjęto, z inicjatywy Rzecznika Praw Obywatelskich, działania na poziomie ministerialnym w kierunku wprowadzenia powszechnej, ogólnokrajowej oceny jakości opieki. Mają one na celu opracowanie ogólnopolskiej ankiety dotyczącej realizacji świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (139) nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, a także opieki nad noworodkiem oraz zidentyfikowanie i wyeliminowanie „słabych punktów w opiece” (140). Warto zaznaczyć, że problem niewystarczającej liczby standaryzowanych narzędzi badawczych do oceny satysfakcji pacjenta z opieki obserwuje się również w pielęgniarstwie. Jak podaje Gutysz- Wojnicka również w tej dziedzinie w Polsce dominujące jest stosowanie narzędzi autorskich, opracowanych na potrzeby prowadzonego badania lub danej placówki (10).

Rosnąca ilość inicjatyw tego rodzaju w innych krajach wskazuje na znaczenie i korzyści płynące z pomiaru jakości opieki z perspektywy odbiorcy usług zdrowotnych. Dotychczasowe wyniki dowodzą jego realnego wpływu na jakość, wartość i koszt w różnych obszarach oraz optymalizację opieki zdrowotnej (28). Wymaga to wyboru rzetelnych narzędzi podpartych istniejącymi zaleceniami oraz wspierania ich upowszechniania, aby mogło z nich skorzystać jak najwięcej pacjentów. Takie wnioski płyną z badań prowadzonych na skalę regionalną, krajową, jak i międzynarodową. Wśród nich warto wymienić międzynarodowy projekt krajów OECD PaRIS (28), platformę ICHOM (ang. *International Consortium for Health Outcomes Measurement*) dla różnych specjalności medycznych (141), czy europejski projekt badawczy *Babies Born Better* (58). Również autorzy serii *Midwifery* z 2014 roku opublikowanej w *The Lancet* podkreślają, że kobiety i lokalne społeczności powinny być włączone w podejmowanie decyzji mających na celu poprawę opieki położniczej, a więc konieczne jest wnikliwe rozpoznanie potrzeb i oczekiwań kobiet. Autorzy twierdzą, że zakres i jakość opieki położnych powinny być regularnie monitorowane, a wyniki wykorzystywane do działań poprawiających jakość opieki przez osoby za te działania odpowiedzialne (5). Hoop-Bender i wsp. wymieniają dążenie do pełnej szacunku, sprawiedliwej, bezpiecznej i wysokiej jakości opieki skoncentrowanej na człowieku jako sedno globalnego ruchu na rzecz poprawy opieki nad matkami i noworodkami (5). Jakubek nazywa efektywne działania w tym obszarze „zarządzaniem satysfakcją pacjenta”, które przekłada się nie tylko na wzrost lojalności pacjentów, pozytywny rezultat finansowy, ale również koreluje z mniejszą ilością skarg składanych przez pacjentów dotyczących zaniedbań

ze strony personelu medycznego (12). Na konieczność uważnej oceny satysfakcji wskazuje Cornally i wsp. uznając, że jest ona najważniejszym z jakościowych wyników opieki. Wpływa, między innymi, na samopoczucie kobiety po porodzie, poczucie własnej wartości czy budowanie więzi matki z dzieckiem (47,48). Oddziałuje również silnie na dalsze plany prokreacyjne kobiety (48). Gottvall dowodzi, że doświadczenie negatywne skutkować może brakiem chęci posiadania kolejnego dziecka oraz dłuższymi odstępami czasowymi do kolejnej ciąży (142). Podobny trend zaobserwowali Joensuu i wsp., wykazując, że negatywne doświadczenie związane z porodem zmniejsza istotnie prawdopodobieństwo urodzenia kolejnego dziecka w porównaniu do kobiet, które mają za sobą doświadczenie pozytywne (143). Jednocześnie należy podkreślić, że wzrasta liczba doniesień naukowych na temat wciąż istniejącego problemu nieprawidłowego traktowania (ang. *mistreatment*) podczas porodu, rozumianego jako przemoc położnicza, brak szacunku, przymus czy inne formy nieodpowiedniej opieki nad kobietą. W publikacji z 2022 roku Meyer i wsp. (144) wymieniają badania z Szwajcarii, Włoch, Hiszpani, Holandii, Stanów Zjednoczonych, w których wykazano, że nie jest to problem marginalny. Co więcej, nie dotyczy on wyłącznie krajów rozwijających się. W swojej pracy zaznacza, że 28% respondentek doznała przynajmniej jednej z form nieodpowiedniego traktowania podczas porodu, do których zalicza się przemoc fizyczną, seksualną, słowną, dyskryminację, niezgodność z standardami opieki, nieprawidłowe relacje między kobietą i świadczeniodawcą, a także nieodpowiednie warunki w miejscu sprawowania opieki. Takie doświadczenia oddziałują na niższy poziom satysfakcji porodu, a ta z kolei dawać może objawy smutku, frustracji, poczucia winy, wypierania wspomnień o porodzie, natarczywych rozważań na temat innych możliwych scenariuszy („co by było, gdyby”), jak również objawy PTSD. Autorka konkluduje, że istnieje konieczność systemowych działań zwiększających świadomości osób sprawujących opiekę na temat czynników wpływających na satysfakcję z porodu, a także wzmacnianie decyzyjności kobiet do w celu osiągnięcia pełnej szacunku, wysokiej jakości opieki okołoporodowej (144). Jak wynika z badań własnych, nie jest to w pełni możliwe bez poprawnego i regularnego badania zadowolenia kobiet z opieki.

Kolejnym z wyzwań jest dobór odpowiedniego narzędzia badawczego pod kątem możliwości jego zastosowania. Kwestionariusz QPP-I jest jednym z kilkunastu stosowanych narzędzi służących badaniu poziomu satysfakcji z otrzymanej opieki podczas porodu (48,51,62,75,76,145–147). W przeglądzie systematycznym z 2017 roku Blazquez i wsp. wyszczególnia go pośród 17 najnowszych i opartych na solidnych podstawach teoretycznych badań dotyczących tego zagadnienia (62). Dwanaście z nich to kwestionariusze oryginalne lub

adaptacje już istniejącego narzędzia. Większość z nich została skonstruowana w Europie. Narzędzia te cechuje różnica między kryteriami doboru grupy badanej, czasem wykonania, budową skali i ilością podskal w kwestionariuszach. Blazquez podkreśla, że trzy spośród analizowanych narzędzi, w tym QPP-I, nie formułują szczegółowych kryteriów włączenia do grupy badanej. Autorzy QPP-I przyjmują za kryteria włączenia jedynie znajomość języka szwedzkiego i płeć. Daje to możliwość zastosowania kwestionariusza do badania zarówno kobiet, które urodziły drogami natury, jak i tych u których wykonano cięcie cesarskie (62,117). W przypadku innych narzędzi uwzględniane są kryteria takie jak wiek kobiety, droga porodu, fizjologiczny przebieg porodu, co wyklucza dużą część z nich, które np. przeszły indukcję porodu lub nagłe cięcie cesarskie. Ogranicza to jednak wielkość i zróżnicowanie grupy badanej. Poszczególne narzędzia różnią się też między sobą sugerowanym punktem czasowym na wykonanie badania, od 24 godzin do nawet 5 lat po porodzie, co znacząco wpływa na uzyskiwane wyniki. Takie wnioski przedstawia Sawyer i wsp. w przeglądzie systematycznym z 2013, podkreślając możliwy wpływ czasu ocenę (7,148). Wyniki badania Waldenstrom (148) sugerują, że wykonywanie jednego pomiaru satysfakcji bezpośrednio po porodzie dawać będzie wyższy niż faktyczny poziom zadowolenia ze względu na odczuwaną przez kobietę ulgę po urodzeniu zdrowego dziecka oraz tzw. efektu halo, który w psychologii opisuje się jako automatyczna, pozytywna ocena na podstawie pierwszego wrażenia (107). Z kolei Calmus i wsp. (28) zwraca uwagę, że wydłużony okres monitorowany za pomocą kwestionariusza może zmniejszać zaangażowanie respondentów w udzielenie odpowiedzi i potencjalnie obniżać stopień zwrotu wypełnionych kwestionariuszy wpływając na niemiernodajność wyników. Wymienia również inne potencjalne przeszkody, takie jak: długi czas potrzebny do udzielenia odpowiedzi, pracochłonność narzędzia czy trudności w zrozumieniu treści pytań. W walidowanym w pracy kwestionariuszu właśnie stosunkowo długi czas wypełniania kwestionariusza można uznać za wadę narzędzia. Tłumaczyć to może niski odsetek zwrotu wypełnionych kwestionariuszy. Możliwość zastosowania wersji elektronicznej ułatwia jednak uzyskanie od respondentek kompletnego kwestionariusza, a tym samym wyższe wskaźniki odpowiedzi i możliwość większego uogólnienia wyników.

Właściwości psychometryczne stosowanego kwestionariusza to kolejny z problemów, które należy brać pod uwagę. Jak podkreśla van Campen i wsp. w publikacji dotyczącej ewaluacji satysfakcji pacjenta, aby prawidłowo wykonywać pomiar zadowolenia ze świadczonej mu opieki (ale też w przypadku innych przedmiotów pomiaru, np. objawów w danej jednostce chorobowej, zjawisk psychologicznych) należy korzystać z narzędzi, które:

1. są oparte są na ugruntowanych podstawach teoretycznych,

2. zawierają w sobie podskale uwzględniające podstawowe kryteria jakości opieki,
3. są przebadane pod kątem rzetelności i wiarygodności,
4. mogą być wykorzystane w badaniu na dużej populacji,
5. mogą być wykorzystane w badaniu jakości opieki w środowisku domowym (149).

Jak dowodzi Wilde- Larsson i wsp. adaptowana skala spełnia wszystkie powyższe kryteria z wyjątkiem ostatniego, który nie znajduje w tym przypadku zastosowania (116). W przeglądzie systematycznym narzędzi badawczych do oceny satysfakcji z opieki Sawyer i wsp. zauważa, że kwestionariusz QPP-I jako jedyny jest oparty na ugruntowanym modelu teoretycznym konceptu satysfakcji (7). W innym przeglądzie narzędzi badawczych Blazquez i wsp. wymienia kwestionariusz QPP-I pośród innych najbardziej aktualnych i wiarygodnych narzędzi dostępnych w tym obszarze badań, szczegółowo oceniając ich elementy składowe, właściwości psychometryczne, a także zalety i wady poszczególnych narzędzi (62). Z kolei Donate-Manzanares zaznacza, że kwestionariusz QPP-I oparty jest na szeroko zweryfikowanych podstawach teoretycznych, w badaniu których wykorzystano także techniki jakościowe i przegląd piśmiennictwa (117). Wilde-Larsson i wsp. wymienia oparcie wykorzystanych sformułowań i słownictwa na przeprowadzonych wcześniej wywiadów z pacjentami wśród mocnych stron tego narzędzia. Według nich, wpływa to na zrozumiałość sformułowanych w kwestionariuszu pytań (116). Ta teoria znajduje potwierdzenie w adaptacji hiszpańskojęzycznej narzędzia (117), a także w przeprowadzonym w badaniu własnym badaniu pilotażowym oraz właściwym polskiej wersji kwestionariusza. Respondentki poproszone o ocenę jasności pytań nie miały znaczących zastrzeżeń.

Kwestionariusz QPP-I wykazuje przydatność do badań nie tylko w Szwecji, ale również w innych krajach europejskich (117,128,150). Przykładem może być praca Donate-Manzares i wsp., która przeprowadziła adaptację i walidację tego narzędzia mimo istniejących hiszpańskich wersji innych kwestionariuszy badających satysfakcję z opieki okołoporodowej, takich jak MSCRS oraz COSMOS z 2012 roku, czy WOMBLQS z 2013 roku (117). Dowodzi ona, że adaptowane narzędzie ma tę przewagę nad wymienionymi wyżej, iż koncentruje się na wielu obszarach opieki, a także nie ogranicza doboru do grupy badanej do kobiet po porodzie naturalnym, na co pozwala dostępność odpowiedzi „nie dotyczy” (117). Ponadto QPP-I oprócz badania ogólnego zadowolenia znajduje zastosowanie w badaniach dotyczących satysfakcji w poszczególnych, wybranych okresach porodu lub dla niestandardowych modeli opieki. Przykładem może być praca Hildingsson i wsp. z 2021 roku, która zastosowała kwestionariusz w badaniu dotyczącym zadowolenia kobiet z opieki w okresie okołoporodowym sprawowanej

przez położne z zachowaniem ciągłości opieki (151). Z kolei Ängeby i.wsp. za pomocą QPP-I przeprowadzili badanie doświadczeń kobiet w fazie utajonej porodu (152).

W związku z tym, że oryginalna wersja skali została opracowana w języku szwedzkim, dlatego jej wykorzystanie w Polsce wymagało przeprowadzenia adaptacji językowej oraz kulturowej, a następnie walidacji właściwości psychometrycznych. Opracowując polską wersję kwestionariusza QPP- I przyjęto za cel uzyskanie równoważności fasadowej, funkcjonalnej, rekonstrukcji oraz tłumaczenia obu wersji językowych i uzyskanie równoważności właściwości psychometrycznych, które pozwoliłyby na jej dalsze zastosowanie w badaniach naukowych oraz komercyjnych. Pierwszym etapem było przetłumaczenie narzędzia z języka źródłowego na język polski oraz dostosowanie go do warunków kulturowych kraju docelowego. W tym celu wykonano procedurę tłumaczenia przez dwóch niezależnych tłumaczy na język polski. Następnie po uzyskaniu opinii eksperckich przeprowadzono modyfikacje treści pytań, co miało na celu dostosować kwestionariusz do aktualnie panujących standardów opieki szpitalnej w sferze organizacyjnej oraz technicznej w Polsce. W procesie tym wspomagano się zwalidowaną przez autorów anglojęzyczną wersją narzędzia. Według Brzyskiego wykorzystanie pomocniczo innych wersji językowych, niż oryginalna może przyczynić się do wykrycia błędu w już istniejącym tłumaczeniu (153). Kolejnym krokiem było tłumaczenie zwrotne oraz konsultacja z autorką wersji oryginalnej. Stwierdzono wysoki poziom równoważności obu wersji językowych. Wersję wstępną oceniano w badaniu pilotażowym w jednym z krakowskich szpitali. W efekcie przeprowadzono niewielkie poprawki stylistyczne i przygotowano wersję do badania właściwego.

Kolejnym krokiem było dokonanie weryfikacji statystycznej właściwości psychometrycznych kwestionariusza jako narzędzia, które ma mieć zastosowanie w innej populacji i warunkach niż oryginalnie. Walidacja to proces polegający na ocenie jego rzetelności i trafności oraz innych właściwości statystycznych. Badanie przeprowadzone zostało na grupie 153 kobiet w 2-4 dobie po porodzie podczas pobytu w szpitalu. Następnie w odstępie średnio 2,5 tygodni (w przedziale 2-4 tygodnie) przeprowadzono ponowne badanie, podczas którego respondentki otrzymywały zaproszenie do ponownego wypełnienia tego samego kwestionariusza, co miało służyć ocenie jego powtarzalności (test-retest).

W przeprowadzonej analizie właściwości psychometrycznej polskiej wersji kwestionariusza wykazano, że narzędzie można uznać za rzetelne na co wskazuje średnia wartość $\alpha > 0,80$ dla podskal RD i SI w pomiarze 1 i 2. Wyniki badań własnych wykazały jednak mieszany zakres wartości α Cronbacha (w pomiarze 1: od 0,45 do 0,84 dla podskali RD oraz 0,31 do 0,86 dla skali SI; w pomiarze 2: od 0,38 do 0,93 dla podskali RD oraz 0,48 do 0,92

dla podskali SI). Większość wskaźników uzyskała wartość α powyżej 0,7 co wskazuje na poprawną rzetelność skali. Najniższy wynik uzyskał wskaźnik dotyczący udziału kobiety w podejmowaniu decyzji (w 1 pomiarze dla skali RD $\alpha=0,45$, a dla skali SI $\alpha=0,31$; w pomiarze 2 odpowiednio dla skali RD i SI $\alpha=0,38$ i $\alpha=0,65$) oraz udzielania informacji na temat samoopieki (w pomiarze I: RD $\alpha=0,49$ i SI $\alpha=0,57$; w pomiarze II RD $\alpha=0,38$ i SI $\alpha=0,48$). W toku analiz wykazano, że aby poprawić niskie wartości wymienionych wskaźników usunięcie poszczególnych pytań nie wniesie znaczących różnic w wynikach, stąd zdecydowano o pozostawieniu oryginalnego układu kwestionariusza z nielicznymi niskimi wartościami rzetelności. W ocenie wersji oryginalnej Wilde-Larsson i wsp.(116) również zaznaczają, że wartość rzetelności całej skali jest mieszana (zakres dla podskali RD $\alpha = 0,50$ do $0,92$; zakres dla podskali SI $\alpha = 0,49$ do $0,93$). Czynniki o niższej rzetelności to „czynniki medyczo-techniczne” z α odpowiednio $0,50$ i $0,58$ dla skali RD i SI oraz „stosunek położnych do pacjentki” z $\alpha = 0,49$ i $\alpha = 0,57$ odpowiednio dla skali RD i SI. Podobnie twierdzą Donate-Manzanares i wsp. (117) oceniając właściwości hiszpańskojęzycznej wersji kwestionariusza. Dowodzi ona, że narzędzie posiada prawidłowe wartości rzetelności oraz że większość, z wyjątkiem trzech wskaźników, uzyskała w analizie wartość α powyżej 0,7. Sawyer i wsp. podkreśla, że niższe wartości dla wymienionych wskaźników spowodowane są mniejszą liczbą pozycji testowych (7), co również odzwierciedlają wyniki polskiej wersji kwestionariusza.

W badaniu rzetelności za pomocą metody powtórnego testowania wykazano, że wyniki pierwszego i drugiego pomiaru (retestu) są porównywalne, co świadczy o rzetelności narzędzia. Z uwagi na brak rozkładu normalnego zmiennych konieczne było wykorzystanie testu nieparametrycznego (test Wilcoxa). Autorzy hiszpańskiej wersji QPP-I (117) stosując metodę powtórnego pomiaru również uzyskali poprawny wynik rzetelności narzędzia, jednak ze względu na zastosowanie innego sposobu testowania (ICC) nie jest możliwe precyzyjne odniesienie się do wyników.

W analizie trafności kwestionariusz w badaniu własnym wykazał średnie wartości współczynnika zgodności \tilde{W} Kendalla na poziomie $M_w=0,63$. Oznacza to zatem, że test jest adekwatny do przedmiotu badania, a jego wykorzystanie pozwala na badanie zjawiska w jego pełnym wymiarze. Donate-Manzanares i wsp. (117) obliczając trafność hiszpańskiej wersji QPP-I wykorzystali analizę korelacji z innym hiszpańskojęzycznym testem (skala COMFORTS), co nie było możliwe w badaniu własnym ze względu na brak standaryzowanego narzędzia oceniającego zbliżone wskaźniki do skali QPP-I w języku polskim. Przeprowadzając analizę trafności z wykorzystaniem zmiennych socjodemograficznych i klinicznych wykazano, że kobiety rodzące pierwsze dziecko niżej oceniały opiekę w podskali rzeczywistego

doświadczenia i subiektywnej istotności w czasie porodu. Wilde-Larsson i wsp. (116) wykazali, że wieloródki również wyżej oceniają wskaźniki na podskali RD, jednak dla SI wyższy rezultat uzyskały pierwiastki.

W analizie oceny jakości opieki za pomocą kwestionariusza QPP-I PL uzyskano wynik oznaczający wysoką ocenę jakości opieki dla większości wskaźników. Zidentyfikowano też obszary, które w przypadku prowadzenia badania jednoosobowego lub na większej grupie badanej należałoby poddać analizie i ewentualnym działaniom naprawczym. Są to obszary będące dla kobiet istotnymi składowymi opieki okołoporodowej (wysoki wynik w podskali „subiektywna istotność”) uzyskujące niski wynik na podskali „rzeczywistego doświadczenia”. Po obliczeniu wskaźnika działania wyniki plasują się na poziomie wyższym lub równym 20% w kategorii deficytu. Najniżej ocenianym wskaźnikiem jakości jest pytanie: „Opieka nade mną polegała bardziej na zaspokajaniu potrzeb niż na rutynowych działaniach personelu” (deficyt jakości na poziomie 27%), co oznacza, że choć aspekt ten jest bardzo istotny dla kobiet nie był on w znaczącym stopniu realizowany podczas pobytu w oddziale. Podobnie wysoki wynik jakości opieki z perspektywy kobiety uzyskali Donate-Manzanares i wsp. w hiszpańskiej publikacji dotyczącej oceny jakości i zmienności tejże na przestrzeni czasu (131). Należy zaznaczyć, że w części publikacji analizie poddawany nie wskaźnik działania, a średni wynik odpowiedzi w skali dla poszczególnych zmiennych, grup wskaźników lub kategorii (128, 152). Jest to starszy sposób obliczania wyników badania za pomocą kwestionariusza QPP-I. Taka interpretacja kwestionariusza jest prostsza w zastosowaniu i służyć może ocenie satysfakcji kobiet, ale nie oddaje w pełni jakości opieki w danym obszarze. Jednak poznanie średniego wyniku w każdym z wymiarów opieki jest dodatkowym praktycznym, wykonalnym i możliwym do zastosowania sposobem wykorzystania kwestionariusza. Wymiary z wysokimi wynikami mogą wymagać utrzymania tego, co zostało zrobione, a więc wzmocnienia dobrze funkcjonującej opieki w danym zakresie. Te z najniższym wynikiem wymagają głębszej analizy i opracowania strategicznych kierunków poprawy. Dodatkowym źródłem informacji na temat jakości świadczeń są pytania otwarte, które umożliwiają doprecyzowanie lub dodanie szczegółów oceny przez respondentki.

Praca ta posiada szereg ograniczeń. Pierwszym z nich jest subiektywny sposób doboru kwestionariusza do oceny jakości opieki okołoporodowej z perspektywy kobiety dokonany przez autorkę. Wybrane narzędzie, choć posiadające solidne podstawy teoretyczne, nie jest idealne. Liczba pytań oraz podwójna skala wykorzystana do oceny subiektywnej istotności oraz rzeczywistego doświadczenia poszczególnych aspektów opieki wpływać może na obniżenie

odsetka wypełnionych ankiet wśród kobiet. Warto rozważyć w przyszłości podjąć próbę konstrukcji lub walidacji innego z narzędzi służących ocenie jakości o bardziej zwartej formie treściowej.

Drugim z ograniczeń pracy jest wielkość próby badanej, w której przeprowadzono walidację (n=153). Jest ona mniejsza niż w badaniu wersji oryginalnej (n=739) (116). Adaptacja i walidacja hiszpańskiej wersji kwestionariusza została zrealizowana na grupie nieznacznie większej niż w niniejszej pracy (n=248)(131). W piśmiennictwie nie ma jednak spójności odnośnie liczebności grupy badanej, która jest odpowiednia dla celów oceny własności psychometrycznych skali (114,117,154). Terwee i wsp. podkreślają, że w szeregu publikacji dotyczących ewaluacji kwestionariuszy w naukach o zdrowiu i w naukach medycznych nie określa się wymaganej wielkości próby statystycznej, a sami autorzy sugerują minimalną liczbę 50 respondentów (114). Zalecana wielkość próby może wahać w zależności od przyjętej metodyki obliczeń statystycznych. Na przykład, jak podają de Vet i wsp. (154), gdy zastosowana jest analiza czynnikowa rekomendowana minimalna wielkość grupy wynosi od 4 do 10 osób przypadających na jedną badaną zmienną. Z kolei minimalna wielkość grupy potrzebna do uzyskania stabilności macierzy wariancji-kowariancji to 100 osób. W walidowanym w badaniu własnym kwestionariuszu wyznaczono 38 pozycji testowych. W niniejszej pracy na wielkość próby badanej wpłynęło szereg czynników, takie jak specyficzny okres w życiu respondentek, w którym wykonuje się badanie, tj. okres połogu, jak również liczba porodów w wybranych placówkach. Znacznym utrudnieniem były także ograniczenia w funkcjonowaniu oddziałów (np. czasowe zamknięcie Sali porodowej, zwiększony reżim sanitarny) podczas pandemii Covid-19 w latach 2020-2021, na którą przypadł ten etap prowadzenia prac. W badaniu własnym ze względu na szerokie kryteria doboru próby przyjęte za autorami wersji oryginalnej, można przyjąć, że badana grupa ma przesłanki do bycia próbą reprezentatywną. Jediną grupą, której nie można objąć badaniem kwestionariuszem są kobiety, które są urodziły w domu. Porody domowe stanowią jednak poniżej 1% wszystkich urodzeń w Polsce. Warto rozważyć podjęcie działań zmierzających do stworzenia lub adaptacji narzędzia, który uwzględniałby również tę grupę kobiet. Kolejnym ograniczeniem jest trudność w zastosowaniu metody tzw. złotego standardu w walidacji narzędzia ze względu na brak kwestionariusza w języku polskim o zweryfikowanych parametrach mierzącego ten sam konstrukt co QPP-I. W walidacji przeprowadzonej przez Donate-Manzanares i wsp. narzędziem, które równoległe zostało wykorzystane była skala COMFORTS (117). Stanowiła ona kryterium porównawcze dla kwestionariusza QPP-I. Walidacja kwestionariusza QPP-I PL może w związku z tym być punktem wyjścia do dalszych

badan nad wprowadzeniem standaryzowanych narzędzi do oceny jakości opieki okołoporodowej z perspektywy pacjentki. Ze uwagi na uzyskany brak rozkładu normalnego zmiennych konieczne było wykorzystanie odpowiedników testów parametrycznych stosowanych do analizy właściwości parametrycznych w innych badaniach QPP-I (117), co zmniejszyło możliwość odniesienia uzyskanych wyników do prezentowanych w piśmiennictwie. Należy jeszcze zwrócić uwagę na ogólnie wysoki poziom jakości, oceniony na podstawie uzyskanych odpowiedzi we wszystkich badanych jednostkach. Podobnie jak w przypadku innych narzędzi mierzących jakość opieki takie wyniki mogą wskazywać na ich niską moc dyskryminacyjną; bardzo pozytywne wyniki (np. 75% do 90% pacjentów zadowolonych lub bardzo zadowolonych) nie identyfikują problemów związanych z jakością opieki (28).

Prezentowana praca wnosi wartość praktyczną w postaci stworzenia standaryzowanego narzędzia badawczego służącego ocenie jakości opieki w czasie porodu i we wczesnym połogu. Ze względu na rosnące znaczenie prowadzenia systematycznej, wiarygodnej ewaluacji funkcjonowania opieki okołoporodowej zasadne jest stosowanie standaryzowanych narzędzi, których wyniki dają możliwość porównania wyników działań na poziomie oddziału, regionu, kraju oraz odniesienie ich do doniesień zagranicznych. Przeprowadzona w toku badań analiza dostępnego piśmiennictwa i badań nad jakością opieki w okresie okołoporodowym ocenianej z perspektywy kobiet wykazała, że jest to obszar, który w Polsce nie jest na odpowiednią skalę poddawany analizie.

6. Wnioski

1. Kwestionariusz QPP-I PL charakteryzuje się równoważnością językową, funkcjonalną, fasadową z wersją oryginalną QPP-I w warunkach polskich.
2. Kwestionariusz QPP-I PL jest narzędziem rzetelnym oraz trafnym.
3. Kwestionariusz QPP-I PL jest narzędziem badawczym, które może być wykorzystywane do badania doświadczeń i zadowolenia kobiet z opieki w okresie okołoporodowym w Polsce w projektach krajowych oraz międzynarodowych.
4. Konieczne jest prowadzenie dalszych badań z wykorzystaniem skali QPP-I PL w celu dalszej weryfikacji jej rzetelności i trafności.

7. Piśmiennictwo

1. Nilvér H, Begley C, Berg M. Measuring women's childbirth experiences: A systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):14-21.
2. Shorey S, Ang E. Negative childbirth experiences and future reproductive decisions: a systematic review protocol. *JBIC database of systematic reviews and implementation reports*. 2016;4: 15–24.
3. Nilsson C. The delivery room: Is it a safe place? A hermeneutic analysis of women's negative birth experiences. *Sexual and Reproductive Healthcare*. 2014;5(4):199–204.
4. Martin CR, Hollins Martin C, Redshaw M. The Birth Satisfaction Scale-Revised Indicator (BSS-RI). *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;29;17(1).
5. Hoop-Bender P, de Bernis L, Campbell J, Downe S, Fauveau V, Fogstad H, et al. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *Lancet*. 2014;384(9949):1226–35.
6. Iravani M, Zarean E, Janghorbani M, Bahrami M. Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *J Educ Health Promot*. 2015;4(1):6–6.
7. Sawyer A, Ayers S, Abbott J, Gyte G, Rabe H, Duley L. Measures of satisfaction with care during labour and birth: A comparative review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013; 5; 8;13.
8. Gutysz-Wojnicka A. Zastosowanie polskiej wersji skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle do oceny opieki pielęgniarskiej. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; 2010.
9. Krot K. Jakość i marketing usług medycznych. Wolters Kluwer Polska. 2008.
10. Dyk D, Gutysz-Wojnicka A. The adaptation of the Polish version of The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS). *Arch Med Sci*. 2014;10(4).
11. Maconko M, Kopański Z, Strychar J, Małek M. Satysfakcja pacjenta i metody jej pomiaru. *Journal of Clinical Healthcare*. 2016;3.
12. Jakubek E. Wpływ standaryzacji świadczeń medycznych na jakość opieki zdrowotnej. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; 2012.
13. Szpringer M, Chmielewski J, Kosecka J, Sobczyk B, Komendacka O. Patients' satisfaction as one of the aspects of the quality of health care. *Med Ogólna Nauki o Zdr*. 2015; 14(2).

14. Bielawa A. Postrzeganie i rozumienie jakości-przegląd definicji jakości. *Studia i prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania*. 2011;2:143-152.
15. Abrahamsen Grøndahl V. Patients' perceptions of actual care conditions and patient satisfaction with care quality in hospital. *Karlstads Universitet*; 2012.
16. Czerw A, Religioni U. Systemy oceny jakości w ochronie zdrowia. *Probl zarządzania*. 2012;10(2):195–210.
17. Kurpas D, Steciwko A. Jakość usług medycznych w podstawowej opiece zdrowotnej. *Adv Clin Exp Med*. 2005;3(14):603–8.
18. Religioni U, Czerw A, Krajewska M, Krawczykowska K, Langer A. Metodyka badania satysfakcji pacjentów. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*. 2015;(410):170-179.
19. Trzcńska H. Satysfakcja pacjenta w wybranych aspektach jakości usług medycznych. *Studia Ekonomiczne*. 2019;1(3):119-136.
20. Czerw A, Religioni U, Olejniczak D. Metody pomiaru oraz oceny jakości świadczonych usług w podmiotach leczniczych. *Probl Hig Epidemiol*. 2012; 93(2):269-273
21. Stadnicka G, Górka B, Iwanowicz- Palus Grażyna. Satysfakcja z opieki i poczucie bezpieczeństwa pacjentek podczas porodu i położu. *Probl Pielęg*. 2013;21(3):360–6.
22. Bemnowska M, Joško-Ochojska J. Zarządzanie jakością w ochronie zdrowia. *Hygeia Public Health*, 2015, 50(3):457-462.
23. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. <https://www.cmj.org.pl>. [data dostępu 01/2020]
24. Pieniążek-Osińska B. Ekspert: obecnie różnice w jakości opieki są ogromne. www.politykazdrowotna.com. [data dostępu 03/2021]
25. Borek E, Janus A, Sitek A, Kautsch M, Lichoń M, Perendyk T. *Bezpieczny pacjent kierunki koniecznych zmian systemowych*. Fundacja MY pacjenci, Warszawa 2017.
26. Siwiec J. Rola jakości w służbie zdrowia. *Wskaźniki jakości w praktyce medycznej*. Przewodnik Menedżera Zdrowia. 2002;(1):6–8.
27. Gierczyński J, Rudnicka A. PROM i PREM – narzędzia pomiaru satysfakcji doświadczenia pacjenta w procesie leczenia i kontakcie z systemem ochrony zdrowia. *Głos Pacjenta Onkologicznego*. 2020
28. Calmus S, Thuong C-T, Morin S. Quality of care as perceived by patients – PROMs and PREMs indicators Panorama of experiences in other countries and main lessons learned. 2021.

29. Bojar H. Wykorzystanie ankiety satysfakcji pacjentów z usług w zarządzaniu praktyką lekarza rodzinnego - narzędzie badawcze. *Studia Ekonomiczne*. 2013;26–38.
30. Gill L, White L. A critical review of patient satisfaction. Vol. 22, *Leadership in Health Services*. 2009(22):8–19.
31. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Soc Sci Med*. 1997 ;45(12).
32. Shirley E, Josephson G, Sanders J. Fundamentals of Patient Satisfaction Measurement. *Physician Leadersh J*. 2016;3(1).
33. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Amenta P. Conceptualisation of patient satisfaction: a systematic narrative literature review. *Perspect Public Health*. 2015 Sep 17;135(5).
34. Kózka M. Metodologia opracowywania standardów i procedur postępowania pielęgniarskiego. [w:] Kózka M, red. *Stany zagrożenia życia: wybrane standardy opieki i procedury postępowania pielęgniarskiego*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2001.29–32.
35. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs*. 2004;46(2).
36. Iwanowicz-Palus G, Marcewicz A, Rzońca E, Bień A. Analysis of determinants of assessment of satisfaction with provided prenatal care in women after delivery. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2016;21;22(4):270–6.
37. Łukomska A, Nowakowska I. Satysfakcja pacjenta jako wskaźnik jakości usług zdrowotnych. *Piel Pol*. 2011;2(40):102–5.
38. Kruszecka-Krówka A. Satysfakcja rodziców dzieci hospitalizowanych w oddziałach pediatrycznych w oddziałach pielęgniarskich. [Kraków]: Uniwersytet Jagielloński; 2020.
39. Juszczak K. Czynniki wpływające na zadowolenie pacjenta z opieki pielęgniarskiej w świetle badań. 2013;(4): 115–7.
40. Korczyńska A. Jakość usług medycznych oraz metody jej pomiaru. *Ann Acad Med Siles* 67–70. 2012;66(5):67–70.
41. Kózka M, Bodys- Cupak I, Strzelec B, Majda A. The Nursing Satisfaction of Patients treated at Internal Medicine Wards. *Pielęg Pol*. 2019;72(2).
42. Moczydłowska A, Krajewska- Kułak E, Kózka M, Bielski K, Kulesza-Brończyk B, Kalandyk H. Oczekiwania chorych wobec personelu pielęgniarskiego. *Probl Pielęg*. 2014;22(4):464–70.

43. Ferreira DC, Vieira I, Pedro MI, Caldas P, Varela M. Patient Satisfaction with Healthcare Services and the Techniques Used for its Assessment: A Systematic Literature Review and a Bibliometric Analysis. *Healthcare*. 2023;21;11(5):639.
44. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
45. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013;3(1).
46. Ahmed F, Burt J, Roland M. Measuring patient experience: Concepts and methods. *Patient*. 2014;7(3):235–41.
47. Harvey S, Rach D, Stainton MC, Jarrell J, Brant R. Evaluation of satisfaction with midwifery care. *Midwifery*. 2002;18(4):260–7.
48. Cornally Paula, Butler M, Martina M. Exploring women’s experiences of care in labour. *Evidence Based Midwifery*, 2014;12(3):89–94.
49. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014; 20;384(9948):1129–45.
50. Smith LFP. Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability. *Quality in Health Care*. 2001;10(1).
51. Soriano-Vidal FJ, Oliver-Roig A, Cabrero-García J, Congost-Maestre N, Dencker A, Richart-Martínez M. The Spanish version of the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E): reliability and validity assessment. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Dec 24;16(1).
52. Vivilaki V, Zemperligkou E, Iliopoulou E, Anastasopoulou E, Giaxi P, Lykeridou K. The reversed Birth Satisfaction Scale: translation, adaptation and validation for a Greek sample. *Eur J Midwifery*. 2017 ;18(9);1
53. Kennedy HP, Cheyney M, Dahlen HG, Downe S, Foureur MJ, Homer CSE, et al. Asking different questions: A call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. *Birth*. 2018;45(3).
54. Dahlberg U, Aune I. The woman’s birth experience—The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*. 2013;29(4).
55. Anderson C. Construct Validity of the Childbirth Trauma Index for Adolescents. *J Perinat Educ*. 2011;20(2).
56. Tunçalp Ö, Maclennan C, et. al. Quality of care WHO vision 2015. *BJOG*. 2015;(5)

57. World Health Organization. WHO recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience. 200 p.
58. Babies born better. [data dostępu: 04/2021] <https://www.babiesbornbetter.org>
59. Małecka B. Satysfakcja pacjenta czynnikiem kształtującym współczesny rynek usług medycznych. *Probl Hig Epidemiol.* 2007;88(1):17–9.
60. Narzędzie do oceny jakości opieki ambulatoryjnej nad matką i noworodkiem w trakcie ciąży i w położu. [data dostępu: 04/2021] <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narzedzie-do-oceny-jakosci-opieki-ambulatoryjnej-nad-matka-i-noworodkiem-w-trakcie-ciazy-i-w-pologu>
61. Garthus-Niegel S, Størksen HT, Torgersen L, von Soest T, Eberhard-Gran M. The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire a factor analytic study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology.* 2011;32(3):160–3.
62. Blazquez AR, Corchon S, Ferrer Ferrandiz E. Validity of instruments for measuring the satisfaction of a woman and her partner with care received during labour and childbirth: Systematic review. *Midwifery.* 2017;55 (12):103–12.
63. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs.* 2004;46(2):212–9.
64. Pham A, Sardana A, Sparks AD, Gimovsky AC. The Association of Maternal Satisfaction with Childbirth by Length of Second Stage. *Am J Perinatol.* 2022;(09)28
65. Dencker A, Taft C, Bergqvist L, Lilja H, Berg M. Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2010;12;10(1).
66. Scheerhagen M, van Stel HF, Birnie E, Franx A, Bonsel GJ. Measuring Client Experiences in Maternity Care under Change: Development of a Questionnaire Based on the WHO Responsiveness Model. *PLoS One.* 2015; 02(11)
67. Sjetne IS, Iversen HH, Kjøllesdal JG. A questionnaire to measure women's experiences with pregnancy, birth and postnatal care: instrument development and assessment following a national survey in Norway. *BMC Pregn Child.* 2015;12; 21;15(1).
68. Lomas J, Dore S, Enkin M, Mitchell A. The Labor and Delivery Satisfaction Index: The Development and Evaluation of a Soft Outcome Measure. *Birth.* 1987;14(3).
69. Morgan PJ, Lo J, Halpern S. The development of a maternal satisfaction scale for caesarean section. *Int J Obstet Anesth.* 1999;8(3).
70. Redshaw M, Martin CR. Validation of a perceptions of care adjective checklist. *J Eval Clin Pract.* 2009;15(2).

71. Fia' AK', Bojö S, Hall-Lord ML, Axelsson O, Udén G, Larsson BW, et al. Midwifery care: development of an instrument to measure quality based on the World Health Organization's classification of care in normal birth. *J Clin Nurs*. 2004;13(1):75-83.
72. Truijens SEM, Wijnen HA, Pommer AM, Oei SG, Pop VJM. Development of the Childbirth Perception Scale (CPS): perception of delivery and the first postpartum week. *Arch Womens Ment Health*. 2014;17(5).
73. Gungor I, Beji NK. Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth. *Midwifery*. 2012 Jun;28(3).
74. <http://nhssurveys.org/surveys/survey/04-maternity/year/2010/>.
75. Gungor I, Beji NK. Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth. *Midwifery*. 2012;28(3).
76. Janssen PA, Desmarais SL. Development and psychometric properties of the Early Labour Experience Questionnaire (ELEQ). *Midwifery*. 2013;29(3).
77. Sawyer A, Ayers S, Abbott J, Gyte G, Rabe H, Duley L. Measures of satisfaction with care during labour and birth: a comparative review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13(108)
78. Smith LFP. Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability. *Quality in Health Care*. 2001;10(1).
79. Mogos MF, August EM, Salinas-Miranda AA, Sultan DH, Salihu HM. A Systematic Review of Quality of Life Measures in Pregnant and Postpartum Mothers. *Appl Res Qual Life*. 2013; 8(2): 219–250.
80. Nowakowska-Głąb A, Maniecka-Bryła I, Wilczyński J, Nowakowska D. Ocena jakości życia kobiet hospitalizowanych w ciąży z wykorzystaniem Mother-Generated Index-badania pilotażowe. *Ginekol Pol*. 2010;81:521–7.
81. Symon A, MacKay A, Ruta D. Postnatal quality of life: a pilot study using the Mother-Generated Index. *J Adv Nurs*. 2003;42(1).
82. Larkin P, Begley CM, Devane D. Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*. 2009;25(2).
83. Hodnett E. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(5).
84. Spaich S, Welzel G, Berlit S, Temerinac D, Tuschy B, Sütterlin M, et al. Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. *Eur. J. Obstet. Gynecol*. 2013;170(2).

85. Poręba R, Sioma- Markowska U, Poręba A. Poród w ujęciu interdyscyplinarnym. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*. 2008;1(2):149–51.
86. Downe S, Finlayson K, Oladapo O, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS One*. 2018;13(4).
87. Vogels-Broeke M, de Vries PR, Nieuwenhuijze M. Validating a framework of women's experience of the perinatal period; a scoping review. *Midwifery*. 2021;92.
88. Pawlicka P, Łockiewicz M, Szulman-Wardal A. Oczekiwania kobiet ciężarnych w zakresie wsparcia społecznego i medycznego w okresie okołoporodowym. *Pol Forum Psychol*. 2014;19(1):126-139.
89. Reynolds JL. Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. 1997;15(6).
90. Bryanton J, Gagnon AJ, Johnston C, Hatem M. Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2008;37(1):24–34.
91. van Heumen MA, Hollander MH, van Pampus MG, van Dillen J, Stramrood CAI. Psychosocial Predictors of Postpartum Posttraumatic Stress Disorder in Women with a Traumatic Childbirth Experience. *Front Psychiatry*. 2018 Jul 31;9.
92. Schwab W, Marth C, Bergant A. Post-traumatic Stress Disorder Postpartum. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2012;72(01).
93. Feeley N, Zelkowitz P, Cormier C, Charbonneau L, Lacroix A, Papageorgiou A. Posttraumatic stress among mothers of very low birthweight infants at 6 months after discharge from the neonatal intensive care unit. *Appl Nurs Res*. 2011 May;24(2).
94. Shaw JG, Asch SM, Kimerling R, Frayne SM, Shaw KA, Phibbs CS. Posttraumatic Stress Disorder and Risk of Spontaneous Preterm Birth. *Obstetrics & Gynecology*. 2014 Dec;124(6).
95. Zbucka-Krzyżanowska Joanna. Problemy emocjonalne kobiet w okresie okołoporodowym. Fundacja Rodzić po Ludzku; 2008.
96. Waldenström U, Rudman A, Hildingsson I. Intrapartum and postpartum care in Sweden: Women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(5):551–60.
97. Vogels-Broeke M, de Vries PR, Nieuwenhuijze M. Validating a framework of women's experience of the perinatal period; a scoping review. *Midwifery*. 2021;92.
98. Halldorsdottir S, Karlsdottir SI. The primacy of the good midwife in midwifery services: An evolving theory of professionalism in midwifery. *Scand J Caring Sci*. 2011;25(4):806–17.

99. Baranowska B, Kajdy A, Pawlicka P, Pokropek E, Rabijewski M, Sys D, et al. What are the Critical Elements of Satisfaction and Experience in Labor and Childbirth—A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(24).
100. Green JM, Baston HA. Feeling in Control During Labor: Concepts, Correlates, and Consequences. *Birth*. 2003;30(4):235-47
101. Simkin P. Just Another Day in a Woman's Life? Women's Long-Term Perceptions of Their First Birth Experience. Part I. *Birth*. 1991;18(4).
102. Lavender T, Walkinshaw SA, Walton I. A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery*. 1999;15(1).
103. Romańska A, Baranowska B, Sys D, Węgrzyn P, et al. Wybrane zagadnienia z planu porodu w kontekście oczekiwań kobiet i ich wyników okołoporodowych. *Hygeia Public Health*. 2019;(54)
104. Floris L, Irion O, Courvoisier D. Influence of obstetrical events on satisfaction and anxiety during childbirth: a prospective longitudinal study. *Psychol Health Med*. 2017;22(8):969–77.
105. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract*. 2011;17(2).
106. Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Antenatal education and the birthing experience of Brazilian women: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013; 5;13(1).
107. Maimburg RD, Væth M, Dahlen H. Women's experience of childbirth – A five year follow-up of the randomised controlled trial “Ready for Child Trial.” *Women and Birth*. 2016;29(5):450–4.
108. Gawlik M, Donata Kurpas F. Zasady walidacji kwestionariuszy na przykładzie kwestionariusza Caregiver Quality Of Life-Cancer. *Puls Uczelni* 2014; 8(3): 26-29
109. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine*. 2000;25(24):3186-91.
110. WHO. The process of adaptation and validation https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/ [dostęp 06/2021]
111. Fronczyk K. Psychometria. Podstawowe zagadnienia. Vizja Press; 2009.
112. Guziuk-Tkacz M, Siegień-Matyjewicz A. Leksykon terminów metodologicznych: nauki pedagogiczne i pokrewne. Akademię Żak. 2012.

113. Młyńczak K, Golicki D. Przegląd właściwości psychometrycznych kwestionariuszy oceny jakości życia związanych ze zdrowiem (HRQoL). *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*. 2016;4(49).
114. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. 2007;60(1):34–42.
115. Szczepanik M. Polska adaptacja skali Knee Outcome Survey Activities of Daily Living (KOS-ADL). 2017
116. Wilde-Larsson B, Larsson G, Kvist LJ, Sandin-Bojö AK. Womens' opinions on intrapartal care: Development of a theory-based questionnaire. *J Clin Nurs*. 2010;19(11–12):1748–60.
117. Donate-Manzanares M, Rodríguez-Almagro J, Rodríguez-Cano T, Hernández-Martínez A, Barrilero-Fernández E, Santos-Hernández G, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the psychometric properties of the Quality from the Patient's Perspective I Questionnaire translated into Spanish. *Midwifery*. 2017;55:75–82.
118. Wilde B, Starrin B, Larsson G, Larsson M. Quality of Care from a Patient Perspective. *Scand J Caring Sci*. 1993;7(2).
119. Sandin Bojo AK “Fia,” Hall-Lord ML, Axelsson O, Uden G, Wilde Larsson B. Midwifery care: development of an instrument to measure quality based on the World Health Organization's classification of care in normal birth. *J Clin Nurs*. 2004 Jan;13(1).
120. Wilde B, Larsson G, Larsson M, Starrin B. Quality of care from the elderly person's perspective: Subjective importance and perceived reality. *Aging Clin Exp Res*. 1995;7(2).
121. Olsson C, Wilde Larsson B, Larsson M, Holmberg E, Marcickiewicz J, Tholander B, et al. Adaption of the Quality From the Patient's Perspective Instrument for Use in Assessing Gynecological Cancer Care and Patients' Perceptions of Quality Care Received. *Cancer Care Research Online*. 2022;2(1):e019.
122. Sandsdalen T, Grøndahl VA, Wilde-Larsson B. Development of a Short Form of the Questionnaire Quality from the Patient's Perspective for Palliative Care (QPP-PC). *J Multidiscip Healthc*. 2020;13.
123. Beattie M, Murphy DJ, Atherton I, Lauder W. Instruments to measure patient experience of healthcare quality in hospitals: A systematic review. *Syst Rev*. 2015;4(1).

124. Wilde Larsson B, Larsson G, Wickman Chantereau M, Staël von Holstein K. International comparisons of patients' views on quality of care. *Int J Health Care Qual Assur.* 2005;18(1).
125. Sandin-Bojö AK, Kvist LJ. Care in Labor: A Swedish Survey Using the Bologna Score. *Birth.* 2008;12;35(4).
126. Process of translation and adaptation of instruments. https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/. 2020 [dostęp: 04/2021]
127. Kraśnianin E, Semczuk M, Skręt A, Semczuk A. Satysfakcja z opieki okołoporodowej pacjentek rodzących w Polsce/Rzeszów i w Republice Federalnej Niemiec/Gross-Gerau. *Ginekol Pol.* 2013, 84, 17-23
128. Hildingsson I, Karlström A, Rubertsson C, Larsson B. Quality of intrapartum care assessed by women participating in a midwifery model of continuity of care. *Eur J Midwifery.* 2021;5(11):1–10.
129. Sowada C, Sagan A, Kowalska- Bobko I. Health systems in Transition Poland Health system review. *Health Syst Transit.* 2019;21(1).
130. Kiersnowska I, Doroszevska A, Baranowska J, Baranowska B. What is the level of satisfaction with maternity care in Poland? A cross-sectional study. *Medical Science Pulse.* 2021;15(1):1–15.
131. Donate-Manzanares M, Rodríguez-Cano T, Gómez-Salgado J, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Barrilero-Fernández E, et al. Quality of Childbirth Care in Women undergoing Labour: Satisfaction with Care Received and How It Changes over Time. *J Clin Med.* 2019;3;8(4):434.
132. Augustyniuk FK, Goldyn D, Kulesza-Brończyk B, Sienkiewicz A, Baryła- E, Pankiewicz C, et al. Satisfaction of newly delivered mothers with care provided in maternity wards-evaluation study. *J. Public Health Nurs. Med. Rescue.* 2015;1.
133. Iwanowicz-Palus G, Marcewicz A, Rzońca E, Bień A. Analysis of determinants of assessment of satisfaction with provided prenatal care in women after delivery. *Med. Ogólna Nauki Zdr.* 2016; 31;22(4):270–6.
134. Jarczak A, Kosoń K. Jakość opieki perinatalnej w Polsce w ocenie kobiet rodzących w latach 1990-2013. *Perinatol Neonatol Ginekol.* 2013;6(3).
135. European Perinatal Health Report Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe from 2015 to 2019. *EuroPeristat* 2019.

136. Doroszewska A. i in. Opieka okołoporodowa podczas pandemii COVID-19 w świetle doświadczeń kobiet i personelu medycznego. Fundacja Rodzić po Ludzku; 2021. [dostęp: www.rodzicpoludzku.pl]
137. Mastylak A, Miteniece E, Czabanowska K, Pavlova M, Groot W. The “Blessing” of Pregnancy? Barriers to accessing adequate maternal care in Poland: A mixed-method study among women, healthcare providers, and decision-makers. *Midwifery*. 2023;116:103554.
138. Informacja o wynikach kontroli. Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych [Internet]. 2015. nr ewid. 203/2015/P/15/065/LBI. [dostęp: www.nik.gov.pl]
139. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. *Dz.U.* 2018 poz. 1756.
140. Ministerstwo Zdrowia szykuje ankietę satysfakcji z opieki okołoporodowej. <https://pulsmedycyny.pl/ministerstwo-zdrowia-szykuje-ankiete-satysfakcji-z-opieki-okoloporodowej-1156442> Puls Medycyny. [data dostępu: 12/2022]
141. The ICHOM Set of Patient-Centered Outcome Measures for Pregnancy and Childbirth <https://connect.ichom.org/patient-centered-outcome-measures/pregnancy-and-childbirth/> [dostęp 02/2023]
142. Gottvall K. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG*. 2009;109(3):254–60.
143. Joensuu JM, Saarijärvi H, Rouhe H, Gissler M, Ulander VM, Heinonen S, et al. Effect of the maternal childbirth experience on a subsequent birth: a retrospective 7-year cohort study of primiparas in Finland. *BMJ Open*. 2023; 9;13(3):e069918.
144. Meyer S, Cignacco E, Monteverde S, Trachsel M, Raio L, Oelhafen S. ‘We felt like part of a production system’: A qualitative study on women’s experiences of mistreatment during childbirth in Switzerland. *PLoS One*. 2022; 18;17(2):e0264119.
145. Vardavaki Z, Hollins Martin CJ, Martin CR. Construct and content validity of the Greek version of the Birth Satisfaction Scale (G-BSS). *J Reprod Infant Psychol*. 2015;33(5):488503
146. Martin C, Martin CH, Redshaw M. The Birth Satisfaction Scale - Revised Indicator (BSS-RI). *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):277.
147. Janssen PA, Dennis CL, Reime B. Development and psychometric testing of the care in obstetrics: Measure for testing satisfaction (COMFORTS) scale. *Res Nurs Health*. 2006;29(1):51–60.

148. Waldenstrom U. Women's Memory of Childbirth at Two Months and One Year after the Birth. *Birth*. 2003;30(4):248–54.
149. van Campen C, Sixma H, Friele RD, Kerssens JJ, Peters L. Quality of Care and Patient Satisfaction: A Review of Measuring Instruments. *Medical Care Research and Review*. 1995;52(1).
150. Donate-Manzanares M, Rodríguez-Cano T, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Santos-Hernández G, Beato-Fernández L. Mixed-method study of women's assessment and experience of childbirth care. *J Adv Nurs*. 2021;77(10):4195–210.
151. Hildingsson I, Karlström A, Rubertsson C, Larsson B. Quality of intrapartum care assessed by women participating in a midwifery model of continuity of care. *Eur J Midwifery*. 2021;5(4):1–10.
152. Ängeby K, Sandin-Bojö AK, Persenius M, Wilde-Larsson B. Women's labour experiences and quality of care in relation to a prolonged latent phase of labour. *Midwifery*. 2019;77:155–64.
153. Brzyski P. Aspekty metodologiczne użycia skal jako instrumentów pomiarowych w badaniach epidemiologicznych. *Przegląd Lekarski*. 2012;69(12).
154. De Vet HCW, Adèr HJ, Terwee CB, Pouwer F. Are factor analytical techniques used appropriately in the validation of health status questionnaires? A systematic review on the quality of factor analysis of the SF-36. *Quality of Life Research*. 2005 Jun;14(5):1203–18.

Spis tabel i rycin

Tab. I Formy adaptacji językowo-kulturowej narzędzi badawczych	45
Tab. II Etapy adaptacji językowo - kulturowej narzędzia badawczego	49
Tab. III Charakterystyka narzędzia QPP-I	53
Tab. IV Kategorie jakości w kwestionariuszu QPP-I	59
Tab. V Tab. Przykładowe pytanie i wyniki procentowe odpowiedzi dla kategorii RD* i SI* 60	
Tab.VI Tabela odpowiedzi połączonych - obliczanie wskaźnika działania na podstawie odpowiedzi respondentów na przykładzie pytania: „Zostałam dobrze poinformowana na temat sposobu przeprowadzenia badań i zabiegów”	60
Tab. VII Wskaźnik działania dla: „Zostałam dobrze poinformowana na temat sposobu przeprowadzenia badań i zabiegów”	61
Tab. VIII Rozkłady procentowe jakościowych zmiennych socjodemograficznych	72
Tab. IX Statystyki opisowe ilościowych zmiennych socjodemograficznych	73
Tab. X Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych wraz z testem Shapiro-Wilka dla wskaźników satysfakcji kwestionariusza QPP-I w pomiarze 1 (N=153) i pomiarze 2 (N=50)	74
Tab. XI Współczynniki α Cronbacha dla poszczególnych wskaźników w pomiarze 1 i 2	76
Tab. XII Porównanie wyników 1 pomiaru z wynikami 2 pomiaru	77
Tab. XIII Współczynniki zgodności \tilde{W} Kendalla dla poszczególnych wskaźników	79
Tab. XIV Korelacja wieku z oceną poszczególnych aspektów pobytu na oddziale położniczym rodzących po raz pierwszy, z kobietami rodzącymi po raz kolejny pod względem oceny poszczególnych aspektów pobytu na oddziale położniczym	81
Tab. XV Porównanie kobiet rodzących po raz pierwszy, z kobietami rodzącymi po raz kolejny pod względem oceny poszczególnych aspektów pobytu na oddziale położniczym	83
Tab. XVI Wyniki oceny jakości opieki według wskaźnika działania	84
Ryc. 1. Zadowolenie pacjenta z opieki w procesie identyfikowania luk w jakości opieki.	26
Ryc.2 Struktura działań na rzecz jakości opieki w okresie okołoporodowym według WHO	30
Ryc. 3. Graficzne przedstawienie modelu teoretycznego jakości opieki z perspektywy pacjenta dla narzędzia QPP-I	55

Aneks

1. Zgoda Komisji Bioetycznej UJ CM
2. Zgoda właściciela szwedzkiej wersji (Improveit.se) na wykorzystanie kwestionariusza QPP-I i przeprowadzenie adaptacji polskiej wersji językowej
3. Wersja oryginalna kwestionariusza QPP-I w języku szwedzkim
4. Wersja oryginalna kwestionariusza QPP-I w języku angielskim
5. Polska wersja kwestionariusza QPP-I PL
6. Podsumowanie analiz językowych grupy eksperckiej
7. Instrukcja prowadzenia badania z wykorzystaniem skali QPP-I oraz interpretacja wyników
8. Formularz zgody na uczestnictwo w badaniu i informacja RODO
9. Statystyki dla pytań zawartych w kwestionariuszu wg grup wskaźników w pomiarze 1

AKCEPTACJA

dot. opinii nr: 1072.6120.26.2017 z dnia 20 czerwca 2017 roku

TYTUŁ BADANIA:

„Jakość opieki okołoporodowej z perspektywy kobiet – adaptacja i zastosowanie polskiej wersji skali Quality from Patient Perspective – Intrapartal”

WNOSKODAWCA:

dr hab. Agnieszka Gniadek, prof. UJ
Zakład Zarządzania Pielęgniarstwem i Pielęgniarstwa Epidemiologicznego
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa UJ CM
Wydział Nauk o Zdrowiu
31-501 Kraków, ul. Kopernika 25

PRZEDSTAWIONE DOKUMENTY:

- 1) Zgłoszenie poprawki z dnia 12.02.2020 r.;
- 2) Życiorys naukowy mgr Julia Nawrot;
- 3) Wniosek o wznowienie zgody na prowadzenie projektu;
- 4) Zgoda na zmianę kierownika projektu badawczego.

Komisja Bioetyczna Uniwersytetu Jagiellońskiego na posiedzeniu w dniu 27 lutego 2020 r., po zapoznaniu się z wyżej wymienionymi dokumentami pozytywnie zaopiniowała zgłoszoną poprawkę w zakresie wnioskowanych zmian i wyraziła zgodę na **zmianę kierownika badania** z dr hab. Agnieszki Gniadek, prof. UJ na mgr Julię Nawrot, **na wznowienie badania do 20 czerwca 2020 roku oraz na zmianę tytułu badania na:** „Satysfakcja z opieki okołoporodowej z perspektywy kobiet – adaptacja i zastosowanie polskiej wersji skali Quality from Patient Perspective – Intrapartal.”

Lista członków Komisji Bioetycznej biorących udział w posiedzeniu:

Przewodniczący: prof. dr hab. med. Piotr Thor – lekarz – chirurg ogólny/urolog
Zastępca przewodniczącego: mgr Alicja Widera – psycholog kliniczny

Członkowie:
prof. dr hab. med. Roman Pfizner – lekarz – chirurg ogólny/kardiochirurg
dr hab. med. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz – lekarz – ginekolog-poloznik
dr hab. med. Ewa Cichońska-Jarosz, prof. UJ – lekarz – pediatra/alerгоlog
dr hab. n. med. Tomasz Kaczmarzyk, prof. UJ – lekarz stomatolog – chirurg stomatolog
dr hab. Jerzy Brusilo OFMCConv. – duchowny
dr med. Bartosz Grabski – lekarz – psychiatra/seksuolog
mgr Leszek Kądziera – radca prawny
Jolanta Kopeć – położna

Skład i działanie Komisji zgodne z GCP oraz wymogami lokalnymi

Kraków, 27 lutego 2020 r.



Przewodniczący
Komisji Bioetycznej UJ

prof. dr hab. n. med. Piotr Thor



UNIWERSYTET
JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE

Komisja Bioetyczna
Uniwersytetu
Jagiellońskiego

ul. Grzegorzeczka 20

PL 31-531 Kraków

tel. + 48 (12) 433 27 39

+ 48 (12) 433 27 43

kbet@cm-uj.krakow.pl

www.kbet.cm-uj.krakow.pl

Załącznik 2. Zgoda właściciela wersji oryginalnej (Improveit.se) na wykorzystanie kwestionariusza QPP-I i przeprowadzenie adaptacji polskiej wersji językowej

Kraków, 10.01.2018 r.

Julia Nawrot
PhD studies
Faculty of Health Science
Jagiellonian University, Krakow

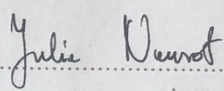
Mrs. Bodil Wilde - Larsson, professor
Faculty of Health, Science and Technology,
Karlstads Univeristet

According to my previous emails and our preliminary agreements in 2017 I would like to confirm the adaptation of QPP- I Questionnaire as a part of my doctoral thesis. Due to WHO guidelines Process of translation and adaptation of instruments (http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/) the adaptation will consist of following steps: -

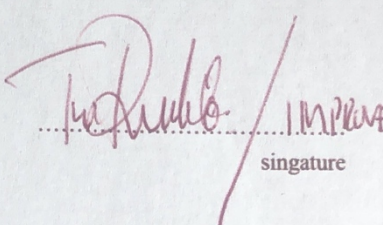
- 1 Forward translation
- 2 Expert panel, back-translation
- 3 Pre-testing and cognitive interviewing
- 4 Final version

Please be informed that I will contact you while step 3 of the adaptation. I would be grateful for your help as the author of the questionnaire.

Please do not hesitate to contact me if you have any questions.


.....
singnature

I hereby agree using the QPP-I Questionnaire for the polish adaptation as a part of Julia Nawrot PhD thesis. I confirm and accept my contribution.


.....
singature

Załącznik 3. Wersja oryginalna kwestionariusza w języku szwedzkim

<p>1. Ålder Jag är år</p> <p>2. Boende Sammanboende Bor ensam</p> <p>3. Utbildning (ange högsta) Folkskola/Grundskola (motsvarande) Yrkesskola/Gymnasium (motsvarande) Högskola/Universitet</p> <p>4. I vilket land är du född? Sverige Norge, Danmark, Island eller Finland I ett annat land i Europa I ett annat land utanför Europa</p> <p>5. Jag är Förstföderska Omföderska</p> <p>6. Om du ringde till förlossningsavdelningen inför din förlossning, var du nöjd med bemötandet du fick i telefonen? Ja, helt och hållet Ja, delvis Nej, Inte alls Jag ringde inte till förlossningsavdelningen</p>	<p>7. I vilken graviditetsvecka föddes barnet/barnen? Före vecka 37 Mellan vecka 37 - 42 Efter vecka 42</p> <p>8. Hur födde du ditt/dina barn? Vaginal förlossning Vaginal förlossning med sugklocka/tång Planerat kejsarsnitt Akut kejsarsnitt</p> <p>9. Hur mycket vägrade ditt/dina barn? (ange svaret i gram, om det är flera barn skilj barnens vikt åt med ett kommatecken) </p> <p>10. Kom du in till förlossningen och fick lämna avdelningen p.g.a. att förlossningen inte hade startat Ja Nej (gå vidare till fråga 12)</p> <p>11. Om ja på tidigare fråga, var du nöjd med beslutet att du fick lämna avdelningen? Ja, helt och hållet Ja, delvis Nej, Inte alls Kommentar</p>
--	---

Markera ditt svar med ett kryss (X) i **A** () och **B** () för varje fråga.

A
SÅ HÄR VAR DET FÖR MIG

B
SÅ HÄR BETYDELSEFULLT VAR DET FÖR MIG

	Instämmer helt	Instämmer till stor del	Instämmer delvis	Instämmer inte alls	Ej aktuellt	Av allra största betydelse	Av stor betydelse	Av ganska stor betydelse	Av liten eller ingen betydelse	Ej aktuellt	
Jag fick bra information om...											
12.											hur undersökningar och behandlingar skulle gå till
13.											resultatet av undersökningar och behandlingar
14.											egenvård; "om värdet av att byta läge och röra på mig"
15.											egenvård; "om värdet av att inta dryck och lättare mat"
Barnmorskorna...											
16.											bemötte mig med respekt
17.											verkade förstå hur jag upplevde min situation
18.											visade engagemang; "brydde sig om mig"
19.											gav mig bästa möjliga stöd under förlossningen
20.											var hos mig så mycket jag önskade under vårarbetet

Markera ditt svar med ett kryss (X) i **A** () och **B** () för varje fråga.

A
SÅ HÄR VAR DET FÖR MIG

B
SÅ HÄR BETYDELSEFULLT VAR DET FÖR MIG

	Instämmer helt	Instämmer till stor del	Instämmer delvis	Instämmer inte alls	Ej aktuellt	Av allra största betydelse	Av stor betydelse	Av ganska stor betydelse	Av liten eller ingen betydelse	Ej aktuellt
Barnmorskorna...										
21.										
22.										
Undersköterskorna...										
23.										
24.										
25.										
Läkarna... (OBS! fr. 26-28 besvaras endast om du träffat läkare på förlossningen)										
26.										
27.										
28.										

Markera ditt svar med ett kryss (X) i **A** () och **B** () för varje fråga.

A
SÅ HÄR VAR DET FÖR MIG

B
SÅ HÄR BETYDELSEFULLT VAR DET FÖR MIG

	Instämmer helt	Instämmer till stor del	Instämmer delvis	Instämmer inte alls	Ej aktuellt	Av allra största betydelse	Av stor betydelse	Av ganska stor betydelse	Av liten eller ingen betydelse	Ej aktuellt
Jag fick...										
29.										
30.										
31.										
32.										
Jag hade bra möjlighet...										
33.										

Markera ditt svar med ett kryss (X) i **A** () och **B** () för varje fråga.

A
SÅ HÄR VAR DET FÖR MIG

B
SÅ HÄR BETYDELSEFULLT VAR DET FÖR MIG

	Instämmer helt	Instämmer till stor del	Instämmer delvis	Instämmer inte alls	Ej aktuellt	Av allra största betydelse	Av stor betydelse	Av ganska stor betydelse	Av liten eller ingen betydelse	Ej aktuellt
Min vård styrdes...										
34. av mina behov snarare än av personalens rutiner										
Mina närstående...										
35. bemöttes med respekt										
36. fick bästa möjliga stöd av personalen under förlossningen										
37. uppmuntrades att delta vid förlossningen										
38. fysiska behov tillgodosågs, t.ex. fick möjlighet till paus										
Det var...										
39. en trivsamt atmosfär på avdelningen										
Jag ...										
40. hade en positiv förlossningsupplevelse										
41. upplevde att förlossningen var normal										

Markera ditt svar med ett kryss (X) i **A** () och **B** () för varje fråga.

A
SÅ HÄR VAR DET FÖR MIG

B
SÅ HÄR BETYDELSEFULLT VAR DET FÖR MIG

	Instämmer helt	Instämmer till stor del	Instämmer delvis	Instämmer inte alls	Ej aktuellt	Av allra största betydelse	Av stor betydelse	Av ganska stor betydelse	Av liten eller ingen betydelse	Ej aktuellt
Jag hade tillgång till...										
42. en bekväm säng										
43. en bekväm stol										
44. de hjälpmedel jag önskade (gåstol, saccosäck, etc)										
45. ett trivsamt rum										

Markera ditt svar med ett kryss (X) i **A** () och **B** () för varje fråga.

A
SÅ HÄR VAR DET FÖR MIG

B
SÅ HÄR BETYDELSEFULLT VAR DET FÖR MIG

	Ja	Nej	Ej	Aktuellt	Av allra största betydelse	Av stor betydelse	Av ganska stor betydelse	Av liten eller ingen betydelse	Ej aktuellt
Jag hade tillgång till...									
46.									
47.									
Jag hade möjlighet att...									
48.									
49.									

Markera ditt svar med ett kryss (X) i **A** () och **B** () för varje fråga.

A
SÅ HÄR VAR DET FÖR MIG

B
SÅ HÄR BETYDELSEFULLT VAR DET FÖR MIG

	Instämmer helt	Instämmer till stor del	Instämmer delvis	Instämmer inte alls	Ej aktuellt	Av allra största betydelse	Av stor betydelse	Av ganska stor betydelse	Av liten eller ingen betydelse	Ej aktuellt
Mina närstående...										
50.										
51.										

52. I vilken utsträckning kände du att du hade kontroll över situationen under förlossningen?

- I mycket stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- I varken stor eller liten utsträckning
- I ganska liten utsträckning
- I mycket liten utsträckning
- Inte alls

53. I vilken utsträckning kände du dig trygg under förlossningen?

- I mycket stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- I varken stor eller liten utsträckning
- I ganska liten utsträckning
- I mycket liten utsträckning
- Inte alls

54. I vilken utsträckning bidrog personalen till att du kände dig stolt i samband med förlossningen?

- I mycket stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- I varken stor eller liten utsträckning
- I ganska liten utsträckning
- I mycket liten utsträckning
- Inte alls

55. I vilken utsträckning kände du dig positivt uppmärksam av personalen i samband med förlossningen?

- I mycket stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- I varken stor eller liten utsträckning
- I ganska liten utsträckning
- I mycket liten utsträckning
- Inte alls

56. I vilken utsträckning bidrog personalen till att du kände dig misslyckad i samband med förlossningen?

- I mycket stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- I varken stor eller liten utsträckning
- I ganska liten utsträckning
- I mycket liten utsträckning
- Inte alls

57. I vilken utsträckning kände du dig ignorerad av personalen i samband med förlossningen?

- I mycket stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- I varken stor eller liten utsträckning
- I ganska liten utsträckning
- I mycket liten utsträckning
- Inte alls

58. Hur tycker du att ditt fysiska hälsotillstånd är nu?

- Mycket bra
- Ganska bra
- Varken bra eller dåligt
- Ganska dåligt
- Mycket dåligt

59. Hur tycker du att ditt psykiska välbefinnande är nu?

- Mycket bra
- Ganska bra
- Varken bra eller dåligt
- Ganska dåligt
- Mycket dåligt

60. Kan du tänka dig att på nytt få vård vid denna avdelning vid framtida vårdbehov?

- Ja
- Nej
- Vet ej

Kommentar:

61. Det här var jag särskilt nöjd med:

62. Förslag till förbättringar:

Załącznik 4. Wersja oryginalna kwestionariusza QPP-I w języku angielskim

1. Age

2. Civil status

- Cohabiting
 Single

3. Education (indicate highest)

- Elementary school (or equivalent)
 High school (or equivalent)
 College / University

4. Where are you born?

- 1
 2
 3

5. Is this your first childbirth

- Yes
 No

6. If you called the labor ward unit before your birth, were you satisfied with the response you got over the phone?

- Yes
 Yes, in part
 No, not at all
 Did not call

7. In which week was the child born?

- Before week 37
 Between 37 - 42
 After week 42

8. How did you give birth to your child / children?

- Vaginal Birth
 Vaginal delivery with vacuum extraction / forceps
 Planned caesarean
 Emergency caesarean

9. How much did your child / children weigh? (please answer in grams, if there were more than one child separate the children's weight with a comma)

10. Did you have to leave the department because the labor had not started?

- Yes
 No

11. If **yes** to the previous question, were you satisfied with the decision that you had to leave the department?

- Yes
 Yes, in part
 No, not at all

Markera ditt svar med två kryss på varje rad.

1) sätt ett kryss under **A** (□□□□) som graderar upplevelsen.

2) sätt ett kryss under **B** (○○○○) som graderar betydelsen.

Eller sätt ett kryss under **Ej aktuellt**.

	A				B				Not applicable
	THIS IS WHAT I EXPERIENCED				THIS IS HOW IMPORTANT IT WAS TO ME				
	Fully agree	Mostly agree	Partly agree	Do not agree at all	Of the very highest importance	Of high importance	Of some importance	Of little or no importance	
12. I received useful information on how examinations and treatments would take place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
13. I received useful information about the results from examinations and treatments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
14. I received useful information on self-care; 'the importance of changing position and move about'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
15. I received useful information on self-care; 'the importance of intake of fluid and light food'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
16. The midwives were respectful towards me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
17. The midwives seemed to understand how I experienced my situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
18. The midwives showed commitment ; 'cared about me'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
19. The midwife gave me the best possible support during the birth process	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
20. The midwife was present as much as I wanted during the first stage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
21. The midwife was present as much as I wanted during the second stage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
22. The midwife gave me the best possible support the first time I breastfed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
23. The enrolled nurses were respectful towards me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
24. The enrolled nurses seemed to understand how I experienced my situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

Markera ditt svar med två kryss på varje rad.
 1) sätt ett kryss under A (□□□□) som graderar upplevelsen.
 2) sätt ett kryss under B (○○○○) som graderar betydelsen.
 Eller sätt ett kryss under Ej aktuellt.

	A THIS IS WHAT I EXPERIENCED				B THIS IS HOW IMPORTANT IT WAS TO ME				
	Fully agree	Mostly agree	Partly agree	Do not agree at all	Of the very highest importance	Of high importance	Of some importance	Of little or no importance	Not applicable
38. My partner/significant other physical needs were looked after	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
39. There was a pleasant atmosphere in the maternity unit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
40. I had had a positive birth experience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
41. I felt that this birth was normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
42. I had access to a comfortable bed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
43. I had access to a comfortable chair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
44. I had access to physical aids such as walking frame or a bean sac etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
45. I had a nice room	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
46. I had access to a private toilet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
47. I had access to a radio/dvd player	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
48. I had the opportunity to put the baby skin to skin within half an hour after giving birth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
49. I had the opportunity to put the baby to the breast within two hours after birth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
50. My relatives seemed to understand how I experienced my situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

Markera ditt svar med två kryss på varje rad.
 1) sätt ett kryss under A (□□□□) som graderar upplevelsen.
 2) sätt ett kryss under B (○○○○) som graderar betydelsen.
 Eller sätt ett kryss under Ej aktuellt.

	A THIS IS WHAT I EXPERIENCED				B THIS IS HOW IMPORTANT IT WAS TO ME				
	Fully agree	Mostly agree	Partly agree	Do not agree at all	Of the very highest importance	Of high importance	Of some importance	Of little or no importance	Not applicable
51. My relatives gave me the best possible support during labor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

52. To what extent did you feel you had control of the situation during labor?

- In a very large extent
- In a fairly large extent
- In neither big nor small extent
- In a rather small extent
- In a very small extent
- Not at all

53. To what extent did you feel safe during labor?

- In a very large extent
- In a fairly large extent
- In neither big nor small extent
- In a rather small extent
- In a very small extent
- Not at all

54. To what extent did the staff contribute in order for you to feel proud during labor?

- In a very large extent
- In a fairly large extent
- In neither big nor small extent
- In a rather small extent
- In a very small extent
- Not at all

58. How would you describe your current physical health?

- In a very large extent
- In a fairly large extent
- In neither big nor small extent
- In a rather small extent
- In a very small extent
- Not at all

59. How would you describe your current psychological well-being?

- Very bad
- Quite bad
- Neither good nor bad
- Quite good
- Very good

55. To what extent did you feel favorably noticed by the staff during labor?

- In a very large extent
- In a fairly large extent
- In neither big nor small extent
- In a rather small extent
- In a very small extent
- Not at all

56. To what extent did the staff contribute in order for you to feel as a failure during labor?

- In a very large extent
- In a fairly large extent
- In neither big nor small extent
- In a rather small extent
- In a very small extent
- Not at all

57. To what extent did you feel ignored by the staff during labor?

- In a very large extent
- In a fairly large extent
- In neither big nor small extent
- In a rather small extent
- In a very small extent
- Not at all

60. Would you return to this clinic for future health care needs?

- Yes, absolutely
- Yes, with some hesitation
- No
- Don't know

61. Why do you feel a hesitation about attending this clinic in the future?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

62. I was particularly satisfied with:

63. Suggestions for improvements:

Thank you for your participation!



**Tytuł badania: Satisfakcja z opieki okołoporodowej z perspektywy kobiet - adaptacja i zastosowanie polskiej wersji skali
Quality from Patient Perspective - Intrapartal**

Moment narodzin dziecka jest jednym z najważniejszych wydarzeń w życiu kobiety i jej rodziny. Właściwa opieka, pomoc medyczna oraz wsparcie sprawiają, że poród może być źródłem siły i satysfakcji dla matki nowonarodzonego dziecka. Zadaniem osób sprawujących tę opiekę, położnych oraz lekarzy, jest zapewnienie najwyższej jakości usług, a zadaniem osób decydujących o jej kształcie dążenie do stałego podnoszenia standardów w opiece okołoporodowej. W tym celu zostało zaprojektowane to badanie. W projekcie planowane jest przystosowanie do warunków polskich szwedzkiego kwestionariusza, w którym ocenia się zadowolenie z opieki świadczonej w okresie okołoporodowym. Pozwoli to prawidłowo badać standardy panujące w oddziałach porodowych, a co za tym idzie poprawiać ich funkcjonowanie.

Badanie stanowi część pracy doktorskiej realizowanej w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego i służyć będzie wyłącznie w celach naukowych

Dane będą przechowywane na serwerach należących do Uniwersytetu Jagiellońskiego, a dostęp do danych będą mieli wyłącznie członkowie zespołu badawczego. Badanie prowadzone jest zgodnie z zasadami etyki badań medycznych zawartymi w Deklaracji Helsińskiej. Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej UJ CM nr 1072.6120.26.2017. Tytuł projektu badawczego: "Satisfakcja z opieki okołoporodowej z perspektywy kobiet - adaptacja i zastosowanie polskiej wersji skali Quality from Patient Perspective - Intrapartal", kierownik projektu mgr Julia Nawrot, położna.

Kontakt: julia.nawrot@uj.edu.pl

Warunkiem uczestnictwa w badaniu jest wypełnienie kwestionariusza składającego się z 62 pytań. Pytania te dotyczą świadczeń otrzymanych w czasie porodu i po porodzie oraz subiektywnej oceny istotności poszczególnych aspektów opieki.

Wypełnienie kwestionariusza jest równoznaczne ze zgodą na uczestnictwo w badaniu w okresie hospitalizacji oraz ponowne wypełnienie kwestionariusza w 2-3 tygodniu po porodzie (drogą elektroniczną). Może Pani wycofać się z badania na każdym jego etapie. Informacje na temat przechowywania i przetwarzania danych osobowych znajduje się na karcie dołączonej do formularza zgody na uczestnictwo w badaniu.

Jeśli zgadza się Pani na uczestnictwo proszę przejść do dalszej części ankiety.

Dziękujemy za udział w badaniu

QPP-1 Quality from Patient Perspective - Intrapartal - wersja polska nr 1

Kwestionariusz - Jakość opieki okołoporodowej z perspektywy kobiety (wersja 1)

1. Wiek:

mam lat.

2. Mieszkam

- z mężem/ partnerem
- samodzielnie
- współdzielę mieszkanie z innymi (rodzina, przyjaciółmi itp.)

3. Wykształcenie

- podstawowe/gimnazjalne
- średnie
- wyższe

4. W jakim kraju się Pani urodziła?

- w Polsce
- w innym kraju europejskim
- w innym kraju poza Europą

5. Czy to jest Pani pierwszy poród?

- tak
- nie

6. Jeśli przed porodem kontaktowała się Pani telefonicznie/inną drogą z oddziałem położniczym/ Izbą Przyjęć, to czy była Pani usatysfakcjonowana odpowiedzią otrzymaną przez telefon?

- tak, całkowicie
- tak, częściowo
- nie, wcale
- nie kontaktowałam się z oddziałem położniczym

7. W którym tygodniu ciąży urodziło się dziecko/dzieci?

- przed 37 tygodniem
- między tygodniem 37 a 42
- po 42 tygodniu

8. W jaki sposób urodziła Pani swoje dziecko/ dzieci?

- poród drogami i siłami natury
- poród drogami natury z użyciem próżniociągu/kleszczy
- planowe cięcie cesarskie (decyzję o operacji podjęto przed porodem)
- nagłe cięcie cesarskie (decyzję o operacji podjęto w trakcie porodu)

9. Proszę podać masę ciała dziecka (proszę podać masę ciała w gramach, w przypadku większej liczby dzieci, proszę oddzielić wagę dzieci przecinkiem)

- 10. Czy po przybyciu na Izbę Przyjęć musiała Pani opuścić szpital z uwagi na to, że akcja porodowa się nie rozpoczęła?**
- tak
- nie (proszę przejść do pytania 12.)

11. Jeśli odpowiedziała Pani twierdząco na poprzednie pytanie, to czy była Pani zadowolona z decyzji o opuszczeniu szpitala?

- tak, całkowicie
- tak, częściowo
- nie, wcale

Proszę zaznaczyć swoją odpowiedź na każde pytanie krzyżykiem (X) w części A i B	A					B				
	Tęgo doświadczyłam					Jest to dla mnie:				
	całkowicie się zgadzam	częściowo się zgadzam	nie zgadzam się	całkowicie się nie zgadzam	nie dotyczy	niezwykle istotne	istotne	dość istotne	mało lub wcale istotne	nie dotyczy
Zostałam dobrze poinformowana na temat:										
12. sposobu przeprowadzenia badań i zabiegów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. wyników badań i zabiegów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. konieczności ruchu, zmiany pozycji i poruszania się w czasie porodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. konieczności przyjmowania płynów i lekkostrawnych posiłków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Położnie:										
16. odnosiły się do mnie z szacunkiem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. zdawały się rozumieć co czuję w danej sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. angażowały się w optymalne zaspokajanie moich potrzeb; „trochęczyły się o mnie”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. udzieliły mi możliwie najlepszego wsparcia podczas porodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. podczas pierwszego okresu porodu (w okresie skurczy rozwierających) były przy mnie obecne tyle, ile potrzebowałam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. podczas drugiego okresu porodu (w okresie skurczy partych) były przy mnie obecne tyle, ile potrzebowałam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. pierwszego karmienia dziecka piersią na oddziale położniczym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Proszę zaznaczyć swoją odpowiedź na każde pytanie krzyżykiem (X) w części A i B	A					B				
	Tęgo doświadczyłam					Jest to dla mnie:				
	całkowicie się zgadzam	częściowo się zgadzam	nie zgadzam się	całkowicie się zgadzam	nie dotyczy	niezwykle istotne	istotne	dość istotne	mają lub wcale nieistotne	nie dotyczy
Pielęgniarki i personel pomocniczy:										
23. odnosili się do mnie z szacunkiem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. zdawali się rozumieć, co czuję w danej sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. okazywali zaangażowanie; „troszczyli się o mnie”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lekarze: (UWAGA! odp 26–28 są udzielane tylko wtedy, gdy spotkałaś się z lekarzem przy porodzie)										
26. odnosili się do mnie z szacunkiem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. zdawali się rozumieć, co czuję w danej sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. okazywali zaangażowanie; „troszczyli się o mnie”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zapewniono mi:										
29. możliwe najlepszą opiekę medyczną w związku z narodzinami dziecka, (na tyle, na ile potrafię to ocenić)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. porodu (masaż, TENS, prysznic, kąpiel itp.), takie jak chciałam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. farmakologiczne metody łagodzenia bólu w trakcie porodu (gaz rozwesalający, znieczulenie zewnątrzoponowe, leki przeciwbólowe/rozkurczowe itp.), takie jak chciałam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. środek łagodzący ból, taki jak chciałam, w trakcie zakładania szwów po pęknięciu lub nacięciu kroczka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Proszę zaznaczyć swoją odpowiedź na każde pytanie krzyżykiem (X) w części A i B

	A Tego doświadczyłam					B Jest to dla mnie:				
	całkowicie się zgadzam	częściowo się zgadzam	nie zgadzam się	całkowicie się nie zgadzam	nie dotyczy	niezwykle istotne	istotne	dość istotne	mało lub wcale nieistotne	nie dotyczy
Umożliwiono mi:										
33. udział w podejmowaniu decyzji dotyczących stosowanej u mnie opieki medycznej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opieka nade mną polegała:										
34. bardziej na zaspokajaniu moich potrzeb niż na rutynowych działaniach personelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moi bliscy (osoba towarzysząca):										
35. byli traktowani z szacunkiem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. uzyskali możliwie najlepsze wsparcie ze strony personelu podczas porodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. byli zachęceni do uczestnictwa w porodzie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. mieli możliwość zaspokojenia swoich potrzeb fizycznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na oddziale:										
39. panowała przyjemna atmosfera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Miałam:										
40. pozytywne odczucia w związku z odbyłym porodem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. czułam, że poród przebiegał normalnie, prawidłowo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Proszę zaznaczyć swoją odpowiedź na każde pytanie krzyżykiem (X) w części A i B	Tego doświadczyłam ^A					Jest to dla mnie: ^B				
	całkowicie się zgadzam	częściowo się zgadzam	nie zgadzam się	całkowicie się zgadzam	nie dotyczy	niezwykle istotne	istotne	dość istotne	malo lub wcale nieistotne	nie dotyczy
Miałam dostęp do:										
42. wygodnego łóżka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. wygodnego krzesła	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. takich przyrządów, jakie chciałam (pilka, worek sako itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. przyjemnej sali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Proszę zaznaczyć swoją odpowiedź na każde pytanie krzyżykiem (X) w części A i B	A			B					
	Tego doświadczyłam			Jest to dla mnie:					
	Tak	Nie	Nie dotyczy	niewykie istotne	istotne	dość istotne	mało lub wcale istotne	nie dotyczy	
Miałam:									
46. dostęp do własnej toalety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
47. możliwość skorzystania z radia/ odtwarzacza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Miałam możliwość:									
48. kontaktu skóra do skóry (położenia dziecka na piersiach) bezpośrednio po porodzie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
49. przystawienia dziecka do piersi w ciągu dwóch godzin po porodzie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Proszę zaznaczyć swoją odpowiedź na każde pytanie krzyżykiem (X) w części A i B

	A					B				
	Tęgo doświadczylam		nie zgodzam się		całkowicie się zgodzam		nie dotyczy		Jest to dla mnie:	
	całkowicie się zgodzam	częściowo się zgodzam	nie zgodzam się	całkowicie się zgodzam	nie dotyczy	niezwykle istotne	istotne	dość istotne	mało lub wcale istotne	nie dotyczy
Moi bliscy (osoba towarzysząca):										
50. zdawali się rozumieć, co czuję w danej sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. udzielił mi możliwie najlepszego wsparcia podczas porodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

52. W jakim stopniu czuła Pani, że kontroluje sytuację w trakcie porodu?

- w bardzo wysokim
- w stopniu umiarkowanym
- w stopniu niewielkim

53. W jakim stopniu czuła się Pani bezpiecznie w czasie porodu?

- w bardzo wysokim
- w stopniu umiarkowanym
- w stopniu niewielkim

54. W jakim stopniu personel przyczynił się do tego, że czuła się Pani dumna w związku z narodzinami dziecka?

- w bardzo wysokim
- w stopniu umiarkowanym
- w stopniu niewielkim

55. W jakim stopniu czuła Pani, że jest pozytywnie postrzegana przez personel w związku z porodem?

- w bardzo wysokim
- w stopniu umiarkowanym
- w stopniu niewielkim

56. W jakim stopniu czuła się Pani rozczarowanie w związku z opieką sprawowaną w czasie porodu?

- w bardzo wysokim
- w stopniu umiarkowanym
- w stopniu niewielkim

57. W jakim stopniu była Pani zadowolona z opieki personelu podczas porodu?

- w bardzo wysokim
- w stopniu umiarkowanym
- w stopniu niewielkim

58. Jaki jest, Pani zdaniem, obecny stan Pani zdrowia fizycznego?

- dobry
- średni
- zły

59. Jaki jest, Pani zdaniem, Pani obecny stan psychiczny?

- dobry
- średni
- zły

60. Czy zdecydowałaby się Pani ponownie skorzystać z opieki okoloporodowej w tym oddziale?

- tak, oczywiście
- tak, ale jestem do końca tego pewna
- nie
- nie wiem

W przypadku udzielenia odpowiedzi NIE na pytanie 60 proszę napisać jakie są Pani objawy (zastrzeżenia), żeby skorzystać z usług tego oddziału/kiniki ponownie"

Komentarz:

.....

61. Szczególnie byłam zadowolona z:

.....

.....

.....

62. Sugestie dotyczące ulepszeń:

.....

.....

.....

Dziękuję za wypełnienie kwestionariusza

Czy w kwestionariuszu były pytania sformułowane w niejasny sposób?

- tak
- nie

Jeżeli tak, proszę o wskazanie, które pytania i dlaczego

.....

Załącznik 6. Instrukcja prowadzenia badania z wykorzystaniem skali QPP-I oraz interpretacja wyników

Instrukcja prowadzenia badania z wykorzystaniem skali QPP-I

1. Każde pytanie dotyczące oceny satysfakcji z opieki w okresie okołoporodowym (pytania 12- 52) jest mierzone na dwóch podskalach: rzeczywistego doświadczenia (RD) i subiektywnej istotności (SI).

Obliczanie wyniku dla podskali „rzeczywistego doświadczenia opieki okołoporodowej”

2. W podskali rzeczywistego doświadczenia opieki, każde pytanie zostało sformułowane jako stwierdzenie. Odpowiedzi podano w skali od 1 (całkowicie się zgadzam) do 4 (całkowicie się nie zgadzam).
3. Stopień zgodności (ang. percentage in agreement) oblicza się: na podstawie liczby respondentów, którzy wybrali odpowiedzi 2 (częściowo się zgadzam) i 1 (całkowicie się zgadzam) podzieloną przez całkowitą liczbę poprawnych odpowiedzi, czyli respondentów, którzy odpowiedzieli na to pytanie. Odpowiedź 5 (nie dotyczy) nie jest uwzględniana. Uwaga! Jeśli grupa badana jest mniejsza niż 30, wyniki należy traktować z ostrożnością.

Obliczanie wyniku dla podskali „subiektywnej istotności aspektów opieki okołoporodowej”

4. W podskali „subiektywna istotność” aspektów opieki pytania zostały sformułowane w formie stwierdzenia. Odpowiedzi są kodowane w skali od 1 (niezwykle istotne) do 4 (mało lub wcale nieistotne).
5. Stopień zgodności oblicza się: na podstawie liczby respondentów, którzy wybrali odpowiedź 2 (istotne) i 1 (niezwykle istotne) podzieloną przez całkowitą liczbę respondentów, którzy odpowiedzieli na pytanie. Odpowiedź 5 (Nie dotyczy) nie jest uwzględniana.

6. Analizie poddawane jest: które pytania mają wysoki odsetek zgodności, które pytania mają niski odsetek zgodności, jaka może być tego przyczyna.
7. Uwaga! Jeśli grupa badana jest mniejsza niż 30, wyniki należy traktować z ostrożnością.

Obliczanie ogólnego wskaźnika działania

8. Na podstawie odpowiedzi na pytania dotyczące rzeczywistego doświadczenia i subiektywnej istotności obliczany jest tzw. wskaźnik działania (ang. action index)
9. Wskaźnik działania pozwala zidentyfikować obszary w opiece, które wymagają poprawy oraz te, które w których pacjenci wykazują stopień zadowolenia równy lub przewyższający faktyczne ich potrzeby.
10. Wskaźnik działania obliczany jest indywidualnie dla każdego pacjenta oraz w formie zbiorczej. Pacjent jest przyporządkowany do jednej z siedmiu kategorii w zależności od tego, jak odpowiedział na pytanie. Zbiorcze odpowiedzi pacjentów stanowią ostateczny wynik.
11. Wynik na poziomie 20% lub wyższy dla danej kategorii uznaje się za wysoki (wysoki wskaźnik). Poddane analizie powinny być również obszary, dla których odsetek ten wynosi między 15 a 19 %. Jeśli wielkość grupy badanej wynosi poniżej 30 osób, wyniki należy traktować z ostrożnością.

Interpretacja wyników- wskaźnik działania

	Kategoria wyników jakości opieki	Zakres podawanych przez respondentów odpowiedzi
Deficyt jakości	Jakość niedostateczna (ang. <i>Inadequate quality</i>)	odpowiedzi „częściowo się nie zgadzam”, „całkowicie się nie zgadzam” w kategorii „rzeczywiste doświadczenie” (RD*) + „niezwykle istotne” w kategorii „subiektywna istotność” (SI**); „całkowicie się nie zgadzam” (RD) + „istotne” (SI)
	Częściowo niewystarczająca jakość (ang. <i>Somehow inadequate quality</i>)	„częściowo się zgadzam” (RD) + „niezwykle istotne” (SI); „całkowicie się nie zgadzam” + „dość istotne” w (SI)
Równowaga – poziom niski	Dopuszczająca jakość (ang. <i>Balance low quality</i>)	„częściowo się zgadzam” (RD) + „dość istotne” (SI); „całkowicie się nie zgadzam” (RD) + „mało lub wcale nieistotne” (SI)
Równowaga – poziom wysoki	Akceptowalna jakość (ang. <i>Balance acceptable quality</i>)	„częściowo się zgadzam” (RD)+ „istotne” (SI)
	Jakość wysoka (ang. <i>Balance high quality</i>)	„całkowicie się zgadzam” (RD) i „niezwykle istotne” (SI)
Przekroczenie	Jakość nieznacznie wyższa (ang. <i>Somewhat excess quality</i>)	„całkowicie się zgadzam” (RD) + „istotne” (SI); „częściowo się zgadzam” (RD) + „mało lub wcale nieistotne” (SI); „częściowo się zgadzam” (RD) + „dość istotne” (SI)
	Jakość przekraczająca oczekiwania (ang. <i>Excess quality</i>)	„całkowicie się zgadzam”, „częściowo się zgadzam” (RD)+ „mało lub wcale nieistotne” (SI); „całkowicie się zgadzam” (RD) + „istotne” (SI)

12. Wysoki wskaźnik kategorii „Deficytu jakości”

Interpretacja: Pacjentki/ Pacjenci uważają dane aspekty opieki za ważne, ale nie czują się odpowiednio zaopiekowani w tym zakresie. Obszary te powinny zostać poddane analizie i modyfikacji.

- Odsetek odpowiedzi na poziomie 20 % lub więcej uzyskanych w kategoriach „niedostateczna jakość” i „częściowo niewystarczająca jakość”. Pacjenci uważają dane aspekty za ważne, ale nie czują się odpowiednio zaopiekowani w tych obszarach. Dane obszary powinny zostać poddane analizie i modyfikacji. Należy rozważyć działania poprawiające jakość.

13. Wysoki wskaźnik kategorii „Równowaga”

Interpretacja: Obszary, w których w odpowiedziach otrzymano wysoki odsetek odpowiedzi w kategorii Równowaga (tj. dopuszczająca jakość, akceptowalna jakość, wysoka jakość) oznacza, że sprawowana opieka odzwierciedla doświadczenia i ich wagę dla pacjentów.

- Kiedy rzeczywiste doświadczenie jest oceniane nisko, subiektywna istotność również oceniana jest nisko.
- Gdy pacjenci oceniają subiektywną ważność raczej wysoko, wysoko oceniają postrzeganą rzeczywistość

14. Wysoki wskaźnik w kategorii „Przekroczenie oczekiwań”

Interpretacja: odzwierciedla warunki, w których doświadczenie opieki przekracza potrzeby pacjentów. W przypadku uzyskania takiego wyniku sugeruje się przeniesienie aktywności działań poprawiających jakość na inne obszary.

Załącznik 7. Uwagi grupy ekspertów (E1 – E12) dotyczące wersji wstępnych tłumaczeń kwestionariusza

Wstępne uwagi grupy ekspertów:

- Ekspert 1 (E1): Wersja 1 tłumaczenia jest bardziej zrozumiała i czytelna od wersji 2 kwestionariusza.
- Ekspert 2 (E2): Tłumaczenie nr 1 jest tłumaczeniem lepszym. W mojej ocenie kwestionariusz jest dość obszerny (aż 67 pytań), co może skutkować tym, że kobiety nie będą chciały go wypełnić (tak to wygląda w praktyce).
- Ekspert 3 (E3): Przedstawione tłumaczenie zachowuje poprawność merytoryczną, w większości uwzględnia właściwie użyte terminy medyczne i zwroty dotyczące opieki okołoporodowej. (dotyczy tłumaczenia 1). Kwestionariusz wydaje się przejrzysty, czytelny i w większości zrozumiały. Ewentualne wątpliwości przedstawiam poniżej. Sugeruję również drobne zmiany językowe.
- Ekspert 4 (E4): Merytorycznych zastrzeżeń nie zgłaszam. Trochę obco brzmi "szkoła ludowa". W pierwszym odnotowałem uwagi w notatkach. Drugi wydaje się bardziej przejrzysty.
- Ekspert 5 (E5): Druga wersja jest lepiej skonstruowana pod względem edytorskim, lepiej jest czytelna dla respondenta, ale terminologia lepsza z wersji 1. Uwagi do wersji 2: W mojej opinii należy w pytaniach używać zwrotu „Pani” tak jak w wersji 1
- Ekspert 6 (E6): Obydwa tłumaczenia nieznacznie się różnią między sobą, jednak bardziej funkcjonalnym wydają się tłumaczenie I. Jest ono ujęte w formie bardziej zrozumiałych zwrotów i pojęć odpowiadających rzeczywistości polskiej opieki okołoporodowej.
- Ekspert 7 (E7): brak uwag ogólnych
- Ekspert 8 (E8): Zachowałabym wszędzie formę grzecznościową
- Ekspert 9 (E9): Wersja 1 jest czytelna i jasna dla kobiet (...). Natomiast w wersji 2 rzucił mi się w oczy sposób zwracania się do odbiorcy, na „ty”. Przyjęto raczej, że pisze per pan/pani...
- Ekspert 10 (E10): brak uwag ogólnych
- Ekspert 11 (E11): ogólnie oceniam wyżej wersję 2 ankiety. Dopisać wstęp i instrukcję wypełniania.
- Ekspert 12 (E12): brak uwag ogólnych

Analiza pytań

1. **Pytanie 2:** mieszkam...A gdy z rodzicami, to co ma wpisać? (E7)
Ciężko wybrać odpowiedź, bo nie wiadomo, czy chodzi o dzielenie mieszkania z obcymi ludźmi albo rodzicami/teściami czy inna rodzina, czy o męża i dzieci (odpowiedź b brzmi z kolei jakby kobieta była samotna) (E9)

dzielę mieszkanie z mężem/ partnerem; dzielę/dzielimy mieszkanie z rodziną (E11)

2. Pytanie 3

Powinno być: wykształcenie podstawowe/gimnazjalne, średnie, wyższe
Sugeruje zmianę wykształcenie na: podstawowe, średnie i wyższe lub zmianę nagłówka ukończone szkoły dla zachowania spójności. Nie rozbijałabym też na: Szkoła wyższa i Uniwersytet, pozostawiła jedynie Szkoła wyższa. (E3)

Wykształcenie: podstawowe, średnie, wyższe (E2)

wyda się, że lepiej byłoby napisać: podstawowe, zawodowe, średnie, wyższe. (E8)

Wyrzuciłabym szkole ludowa a dodała gimnazjum oraz technikum do podpunktu b (E9)

Należy usystematyzować możliwe wykształcenie według obowiązującego w Polsce (E10)

Średnie (liceum, technikum) (E11)

3. Pytanie 5

Zamiast pierworódka – pierwiastka (E2)

Sugeruję zmianę na: „Czy jest to Pani pierwszy poród? - tak-nie” (E6)

4. Pytanie 6: W Polsce nie praktykuje się kontaktu telefonicznego z oddziałem położniczym, kobiety ciężarne zgłaszają się do Położniczej Izby Przyjęć (E2)

Sugeruję: Gdy zadzwoniłaś na oddział porodowy/salę porodową/, byłaś zadowolona ze sposobu w jaki Cię traktowano podczas rozmowy? (E11)

5. Pytanie 7: Zmiana w dystraktorze C na: nie w polskich szpitalach (E9)

6. Pytanie 8: poród siłami natury wyklucza użycie próżnościągu oraz kleszczy położniczych.

Sugerowana zmiana – poród drogami i siłami natury, poród drogami natury z użyciem próżnościągu/kleszczy; planowe i nagłe cięcie cesarskie. Z doświadczenia ankietowania Polek w zakresie oceny jakości opieki okołoporodowej wynika, że nie wszystkie rozumieją różnice między planowym a nagłym cięciem cesarskim. Rozwiązaniem było dodawanie opisu: Nagłe (decyzję o operacji podjęto w trakcie porodu) planowe (decyzję o operacji podjęto przed porodem) (E3)

w drugim dystraktorze, zamiast „poród siłami z użyciem próżnościągu.... „Proponuję użyć „poród zabiegowy z użyciem próżnościągu położniczego lub kleszczy” (E5)

poród drogami natury z użyciem kleszczy/ próżnościągu (E10)

7. Pytanie 9: waga dziecka stanowi określenie potoczne. Sugerowana zmiana – proszę podać masa ciała dziecka. (E3); w literaturze medycznej używamy wyrażenia „masa ciała” (E10); Treść uwagi ...jeśli urodziłaś więcej niż jedno dziecko, wpisz ich urodzeniową masę ciała(wagę) po przecinkach (E11)

8. Pytanie 10: Jeśli nie ma akcji porodowej kobieta ciężarna jest przekazywana na Oddział Patologii Ciąży, w niektórych placówkach dysponują tzw. salą przedporodową (E1).

W Polsce nie odsyła się pacjentek z Sali porodowej do domu, a jedynie na Oddział Pat. (E2) Zapytałabym o opuszczenie szpitala a nie oddziału, bo jeśli nie ma akcji [porodowej] to albo w ogóle nie przyjmują albo przyjmuje się pacjentkę na patologię; zamiast „oddział” proponuję „szpital” [E9]

9. **Pytanie 11:** Zapytałabym o opuszczenie szpitala a nie oddziału, bo jeśli nie ma akcji [porodowej] to albo w ogóle nie przyjmują albo przyjmuje się pacjentkę na patologię [E9]

10. **Dział przed pyt 12** sugerowałabym gradację: „3” zamiast, „najwyższej wagi/bardzo ważne/ dość ważne/nie ważne” (E 3)

11. **Pytanie 14:** o konieczności ruchu, zmiany pozycji, poruszania się (E11)

12. **Pytanie 15:** Rozdzielić nawodnienie od posiłków /zostawić tylko płyny/. Dodać...o konieczności spożywania lekkich posiłków (E11)

13. **Pytanie 17:** okazywały mi zrozumienie dla tego co przeżywam /były empatyczne/ (E11)

14. **Pytanie 18:** angażowały się w optymalne zaspakajanie moich potrzeb (E11)

15. **Pytanie 20:**

Należy wyjaśnić, co to znaczy I okres porodu (zamiast etap - okres). Kobiety ciężarne (nie wszystkie) przypuszczam, że nie wiedzą, ile trwa I okres porodu (E1) Były przy mnie obecne tyle, ile potrzebowałam podczas pierwszego okresu porodu (tu należałoby dodać co oznacza I okres porodu) (E2) proponuję użyć terminu I okres porodu (E5) podczas pierwszego etapu porodu były przy mnie obecne tak długo, jak tego potrzebowałam (E8); w I okresie porodu, gdy rozwierała się szyjka macicy (E11)

16. **Pytanie 22:** udzielały mi możliwie najlepszego wsparcia podczas pierwszego karmienia dziecka (E12)

17. **Pytanie 21:** jak wyżej, co to znaczy II okres porodu (E1)

zamiast etapu porodu – okresu porodu (tu należałoby dodać co oznacza I okres porodu) (E2)

proponuję użyć terminu II okres porodu (E5)

II okresie porodu, podczas parcia (E11)

podczas drugiego etapu porodu były przy mnie obecne tak długo, jak tego potrzebowałam (E8)

używa się określenia „II okres porodu” (E10)

18. **Pomiędzy pytaniem 22 a 23** zamiast pielęgniarki powinno być położne (E2)

W naszych warunkach położnica nie ma kontaktu z pielęgniarką, choć często utożsamiają położną z pielęgniarką więc nie wiem, czy odpowiedzi będą adekwatne do sytuacji, zwłaszcza, że nie ma odpowiedzi: nie miałam kontaktu z pielęgniarką (E7)

19. **Wstęp do pytań-** sugeruję zmianę na: „personel pomocniczy” (E6)

20. **Pytania 26-28:** w mojej opinii należy pominąć komentarz dotyczący obecności lekarzy, ponieważ w polskich warunkach lekarz zawsze jest obecny w szpitalu, inna jest specyfika pracy w krajach skandynawskich, tam położne samodzielnie sprawują opiekę i często się zdarza, że rodząca, a potem położnica nie ma kontaktu z lekarzem (E5)

21. **Pytania 23- 28:** W miejsce personelu pomocniczego- wstawić personel lekarski oraz Personel pomocniczy przemianować na: „Inny personel” i umieścić go za lekarskim, treść pytań w obydwu tych grupach jednolicie w brzmieniu do tego stosowanego u położnych (E11)

22. **Pomiędzy pytaniem 25 a 26:** zawsze na oddziale położniczym kobieta ma kontakt z lekarzem (położnik, neonatolog) (E2)

23. **Część odpowiedzi A i B od** pytania 12-45 aż po 5 odpowiedzi (uciążliwe dla respondentów, a na pewno do opracowania statystycznego)

W części „Szczegółowe informacje o tym... itd. Proponuję modyfikację kategorii na: Tak to odczułam, Tak było to dla mnie ważne (E11)

24. **Pytanie 30** nie spotkałam poduszek elektrycznych na oddziałach, bardziej adekwatne dla polskiej Sali porodowej jest np. piłka lub worek sako (E3)

W naszych warunkach do nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu nie stosuje się poduszek elektrycznych. (E2)

25. **Pytanie 31:** zamiast zastrzyk – leki przeciwbólowe/ rozkurczowe (E2)

26. **Pytanie 33:** uzyskania porady, konsultacji, odnośnie decyzji o stosowanej u mnie opiece medycznej (E11)

27. **Pytanie 34:** pacjenci nie znają procedur szpitalnych, więc nie będą potrafili odpowiedzieć na to pytanie (E2)

bardziej pod kątem zaspakajania moich potrzeb niż rutynowych działań personelu (E11)

28. **Pytanie 38** – jeśli chodzi o przerwę dla osób bliskich podczas porody, nie ingeruje personel, osoby towarzyszące wychodzą i wchodzą, kiedy chcą (E1)

w naszych warunkach nikt nie zaspakaja potrzeb bliskich przy porodzie, nikt im nie robi przerwy, sami decydują, czy chcą być w danym miejscu i czasie (E2)

29. **Pytanie 40:** miałam pozytywne odczucia w związku z odbytym porodem (E11)

30. **Pytanie 41:** poród przebiegał normalnie, prawidłowo (bardziej niż był normalny czy prawidłowy) (E3)
 przebiegał prawidłowo (E8)
 czułam, że poród przebiegał normalnie, prawidłowo (E11)
31. **Pytanie 43** – nie wiem czy w każdej placówce rodzące mają możliwość korzystania z krzesła porodowego? (E1)
 w naszych warunkach nie ma wygodnych krzeseł do porodu, są jedynie udogodnienia (E2)
32. **Pytanie 45:** Częściej operuje się określeniem sala niż pokój. (E3)
33. **Pytanie 46,47** – nie wszystkie sale porodowe w Polsce mają pokój narodzin z osobną łazienką, a zwłaszcza radio/odtwarzacz (E1)
 Nie wiem czy w dobie posiadania telefonów i słuchawek, a także w sytuacji, gdy jednak większość sal poporodowych jest wieloosobowych pytanie o odtwarzacz staje się przydatne. Kulturowo raczej w oddziale poporodowym matki nie słuchają muzyki. Chyba, że pytamy o salę porodową i możliwość odtworzenia własnej muzyki, co również raczej kobiety zabezpieczają samodzielnie. (E3)
 u nas nie jest standardem własna toaleta w szpitalu, czy też radio lub odtwarzacz (E2)
34. **Od pytania 46** lepiej dać trzy dystryktory odpowiedzi, np. bardzo dobre, przeciętne, złe. Tego rodzaju odpowiedzi łatwiej opracować statystycznie. (E2)
35. **Pytanie 48** – powinno brzmieć: Miałam możliwość kontaktu STS bezpośrednio po porodzie (E1)
 Zamiast położenia dziecka na piersiach w ciągu pół godziny – położenie dziecka na piersiach bezpośrednio po porodzie (E2)
 należałoby precyzyjnie zdefiniować pojęcie kontaktu skóra do skóry (E10)
 przyłożyć dziecko bezpośrednio do skóry w okresie pół godziny po porodzie (E11)
36. **Pytanie 52,53,54,55,56,57** – proponuję odpowiedzi: w dużym stopniu, umiarkowanym, niewielkim (łatwiej w analizie statystycznej) (E1)
37. **Pytanie 56:** „W jakim stopniu personel przyczynił się do tego, że czułaś się nieszczęśliwa w związku z porodem?- w bardzo dużym stopniu- w dość dużym stopniu- ani w dużym ani w małym stopniu- w dość małym stopniu- w bardzo małym stopniu- w ogóle” (E6)
38. **Pytanie 57** – raczej: Czy była Pani zadowolona z opieki personelu podczas porodu? (E1)^[SEP]zamiast ignorowana – niezadowolona (E2)
 Dodać pyt. 57 W jakim stopniu czułaś zaufanie do personelu podczas porodu/ można je odnieść oddzielnie do położnych i lekarzy (E11)

39. **Pytanie 58**- stan zdrowia: proponuję dobry, średni, zły (E1)

stan zdrowia: dobry średni zły (E4)

40. **Pytanie 59** – stan psychiczny: proponuję dobry, średni, zły (E1)

41. **Pytanie 60**: proponuję zmianę, ponieważ niecałe pytanie zostało przetłumaczone. „Czy wróciłaby Pani do tego samego oddziału/kliniki? -tak, oczywiście- tak, ale nie jestem dom końca tego pewna-nie - nie wiem” (E6)

Czy zdecydowałabyś się skorzystać ponownie z opieki okołoporodowej w tym oddziale gdzie urodziłaś swoje dziecko? (E11)

42. **Pytanie 61**- pytanie otwarte, to właściwie dodatkowy komentarz dla osób, które odpowiedziały NIE w poprzednim pytaniu. Prawidłowe brzmienie komentarza: „W przypadku udzielenia odpowiedzi NIE na poprzednie pytanie proszę napisać jakie są Pani obiekcje, żeby skorzystać z usług tego oddziału/kliniki ponownie”. (E6)

43. **Pytanie 64** polega na innych i łatwo przebacza, jest zainteresowana ludźmi, ma problemy z odmawianiem, zawsze przyjdzie z pomocą(E2)

Ponadto sprecyzowałabym metody łagodzenia bólu porodowego (niefarmakologiczne – poduszki elektryczne, TENS - nie wszystkie placówki dysponują, farmakologiczne – sprecyzowałabym leki przeciwbólowe, rozkurczowe zamiast zastrzyk?) (E1)

Uwagi końcowe

- Pozostaje do zastanowienia: na ile przeciętna respondentka jest w stanie zidentyfikować personel medyczny. Większość nie rozpoznaje różnicy między pielęgniarką a położną, szczególnie gdy personel nie nosi etykiet (a jest to dość powszechne)? Czy na podstawie tego kwestionariusza kobieta jest w stanie precyzyjnie określić swoje odczucia do danej grupy zawodowej? Doświadczenie ankietowania Polek w zakresie jakości opieki okołoporodowej pokazuje, że trudno im oddzielić doświadczenia często skrajne między salą porodową a oddziałem położniczym. Nawet pozytywna ocena położnych towarzyszących kobiecie w trakcie porodu zostaje umniejszona, gdy naruszające zachowanie położnej wobec dziecka czy kobiety mam miejsce na oddziale położniczym. I wówczas całościowa ocena jest niska. Polki przebywają w szpitalu dłużej niż kobiety w Skandynawii, częściej też zmieniają salę. Tak więc częściej zmieniają się wokół nich osoby sprawujące opiekę. (E3)
- Podsumowując, wysoko oceniam I wersję tłumaczenia językowego narzędzia, w którym zaledwie siedem pytań powinno być ponownie zweryfikowane. (E)

FORMULARZ ZGODY PACJENTA

NA UDZIAŁ W PROJEKCIE BADAWCZYM

dotyczącym oceny satysfakcji z opieki okołoporodowej z wykorzystaniem
kwestionariusza

Jakość Opieki z Perspektywy Pacjenta - QPP-I (Quality from Patient Perspective- Intrapartal)

Oświadczam, że zostałam poinformowana o procedurze przeprowadzania badania kwestionariuszowego, sposobie wypełniania kwestionariusza, poufnym traktowaniu uzyskanych danych oraz o posiadanym przeze mnie prawie do odmowy udziału w badaniu.

.....
Pacjent, data i podpis

.....
Badacz, data i podpis

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej „RODO”) Uniwersytet Jagielloński informuje, że:

1. **Administratorem** Pani danych osobowych jest Uniwersytet Jagielloński, ul. Gołębia 24, 31-007 Kraków, reprezentowany przez Rektora UJ.
2. **Uniwersytet Jagielloński wyznaczył Inspektora Ochrony Danych**, ul. Gołębia 24, 30-007 Kraków, pokój nr 5. Kontakt z Inspektorem możliwy jest przez [e-mail](mailto:iod@uj.edu.pl): iod@uj.edu.pl lub pod nr telefonu 12 663 12 25.
2. Pani dane (wyłącznie numer telefonu) przetwarzane będą **w celu** przeprowadzenia badania pt. *Satysfakcja z opieki okołoporodowej z perspektywy kobiet- adaptacja i zastosowanie polskiej wersji skali Quality from Patient Perspective- Intrapartal*.
3. Podanie przez Panią danych osobowych jest dobrowolne, lecz stanowi warunek uczestnictwa w drugim etapie badania.
4. Pani dane osobowe nie będą nigdzie udostępniane.

5. Dane w postaci numeru telefonu będą **przetwarzane przez okres prowadzenia drugiego etapu badania**.
 6. Posiada Pani **prawo do:** uzyskania informacji o przetwarzaniu danych osobowych i uprawnieniach przysługujących zgodnie z RODO, dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, a także prawo do usunięcia danych osobowych ze zbiorów administratora (chyba że dalsze przetwarzanie jest konieczne dla wykonania obowiązku prawnego albo w celu ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń), oraz prawo do ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania – w przypadkach i na warunkach określonych w RODO.
 7. Jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody, posiada Pani również **prawo do cofnięcia zgody** w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Wycofanie zgody na przetwarzanie danych osobowych można przesłać e-mailem na adres: julia.nawrot@uj.edu.pl.
 8. **Konsekwencją wycofania zgody** na przetwarzanie danych osobowych będzie ich usunięcie z dokumentacji ww. badania.
 9. Pani dane osobowe nie będą przedmiotem automatycznego podejmowania decyzji ani profilowania.
 10. Ma Pani prawo wniesienia **skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych** w razie uznania, że przetwarzanie Pani danych osobowych narusza przepisy RODO.
- Potwierdzam, że zapoznałam się i przyjmuję do wiadomości powyższe informacje.**

.....
miejsowość, data, czytelny podpis

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie: **numer telefonu komórkowego** w celu uczestnictwa w drugiej części badania pt. *Satysfakcja z opieki okołoporodowej z perspektywy kobiet- adaptacja i zastosowanie polskiej wersji skali Quality from Patient Perspective- Intrapartal* zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz zgodnie z klauzulą informacyjną dołączoną do mojej zgody.

.....

Załącznik 9 Statystyki dla pytań zawartych w kwestionariuszu według grup wskaźników (pomiar I)

Grupa wskaźników	Zmienna	podskala	M*	SD	Min.	Maks	
Udzielanie informacji o procedurach	Zostałam dobrze poinformowana na temat:						
	Sposobu przeprowadzenia badań i zabiegów	RD	3,68	0,55	2,00	4,00	
		SI	3,54	0,66	2,00	4,00	
	Wyników badań i zabiegów	RD	3,60	0,61	1,00	4,00	
		SI	3,67	0,55	2,00	4,00	
	Udzielanie informacji o samoopiece	Konieczności ruchu, zmiany pozycji i poruszania się w czasie porodu	RD	3,79	0,51	2,00	4,00
SI			3,61	0,58	2,00	4,00	
Konieczności przyjmowania płynów i lekkostrawnych posiłków		RD	3,69	0,58	2,00	4,00	
		SI	3,57	0,61	2,00	4,00	
Stosunek położnych		Położne:					
		Odnosiły się do mnie z szacunkiem	RD	3,87	0,38	2,00	4,00
	SI		3,87	0,34	3,00	4,00	
	Zdawały się rozumieć co czuję w danej sytuacji	RD	3,71	0,64	1,00	4,00	
		SI	3,76	0,52	2,00	4,00	
	Angażowały się w optymalne zaspokajanie moich potrzeb; „troszczyły się o mnie”	RD	3,78	0,49	2,00	4,00	
		SI	3,80	0,40	3,00	4,00	
	Udzieliły mi możliwie najlepszego wsparcia podczas porodu	RD	3,85	0,59	1,00	4,00	
		SI	3,82	0,42	2,00	4,00	
	Podczas pierwszego okresu porodu (w okresie skurczy rozwierających) były przy mnie obecne tyle, ile potrzebowałam	RD	3,75	0,55	2,00	4,00	
		SI	3,74	0,44	3,00	4,00	
	Podczas drugiego okresu porodu (w okresie skurczy partych) były przy mnie obecne tyle, ile potrzebowałam	RD	3,90	0,36	2,00	4,00	
		SI	3,87	0,34	3,00	4,00	
	Udzieliły mi możliwie najlepszego wsparcia w czasie pierwszego karmienia dziecka piersią na oddziale położniczym	RD	3,53	0,71	1,00	4,00	
		SI	3,72	0,53	2,00	4,00	
	Opieka medyczna	Zapewniono mi:					
		Możliwie najlepszą opiekę medyczną w związku z narodzinami dziecka, (na tyle, na ile potrafię to ocenić)	RD	3,69	0,53	2,00	4,00
			SI	3,91	0,37	2,00	4,00

Grupa wskaźników	Zmienna	podskala	M	SD	Min.	Maks	
	Niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu w trakcie porodu (masaż, TENS, prysznic, kąpiel itp.), takie jak chciałam	RD	3,50	0,84	1,00	4,00	
		SI	3,72	0,54	2,00	4,00	
	Farmakologiczne metody łagodzenia bólu w trakcie porodu (gaz rozweselający, znieczulenie zewnątrzoponowe, leki przeciwbólowe/rozkurczowe itp.), takie jak chciałam -	RD	3,63	0,66	2,00	4,00	
		SI	3,68	0,58	2,00	4,00	
	Środek łagodzący ból, taki jaki chciałam, w trakcie zakładania szwów po pęknięciu lub nacięciu krocza	RD	3,62	0,75	1,00	4,00	
		SI	3,62	0,72	1,00	4,00	
	Udział w podejmowaniu decyzji	Opieka nade mną polegała:					
			Bardziej na zaspokajaniu moich potrzeb niż na rutynowych działaniach personelu	RD	3,34	0,77	1,00
			SI	3,61	0,64	1,00	4,00
	Stosunek pielęgniarek i pozostałego personelu	Pielęgniarki i personel pomocniczy:					
Odnosili się do mnie z szacunkiem			RD	3,83	0,39	2,00	4,00
		SI	3,61	0,82	1,00	4,00	
Zdawali się rozumieć, co czuję w danej sytuacji		RD	3,61	0,64	2,00	4,00	
		SI	3,61	0,70	1,00	4,00	
Okazywali zaangażowanie; „troszczyli się o mnie”		RD	3,60	0,70	1,00	4,00	
		SI	3,77	0,55	2,00	4,00	
Stosunek lekarzy		Lekarze:					
	Odnosili się do mnie z szacunkiem		RD	3,82	0,40	2,00	4,00
		SI	3,76	0,55	2,00	4,00	
	Zdawali się rozumieć, co czuję w danej sytuacji -	RD	3,56	0,66	1,00	4,00	
		SI	3,69	0,59	1,00	4,00	
	Okazywali zaangażowanie; „troszczyli się o mnie”	RD	3,59	0,59	2,00	4,00	
		SI	3,71	0,56	2,00	4,00	
	Udział w podejmowaniu decyzji	Umożliwiono mi:					
Udział w podejmowaniu decyzji dotyczących stosowanej u mnie opieki medycznej			RD	3,67	0,58	1,00	4,00
		SI	3,67	0,68	1,00	4,00	
Aspekty społeczno-kulturowe	Moi Bliscy/osoba towarzysząca:						
		Byli traktowani z szacunkiem	RD	3,91	0,32	2,00	4,00
		SI	3,67	0,70	1,00	4,00	
	Uzyskali możliwie najlepsze wsparcie ze strony personelu podczas porodu	RD	3,75	0,54	2,00	4,00	
		SI	3,79	0,41	3,00	4,00	
	Byli zachęceni do uczestnictwa w porodzie	RD	3,82	0,44	2,00	4,00	
		SI	3,70	0,53	2,00	4,00	

Grupa wskaźników	Zmienna	podskala	M	SD	Min.	Maks
	Mieli możliwość zaspokojenia swoich potrzeb fizycznych	RD	3,78	0,44	2,00	4,00
		SI	3,65	0,55	2,00	4,00
Aspekty medyczno-techniczne	Na oddziale:					
	Panowała przyjemna atmosfera	RD	3,80	0,46	2,00	4,00
		SI	3,79	0,42	2,00	4,00
Samopoczucie	Miałam:					
	Pozytywne odczucia w związku z odbytym porodem	RD	3,55	0,63	1,00	4,00
		SI	3,75	0,49	2,00	4,00
	Wrażenie, że poród przebiegał normalnie, prawidłowo	RD	3,67	0,55	2,00	4,00
		SI	3,86	0,35	3,00	4,00
Aspekty medyczno-techniczne	Miałam dostęp do:					
	Dostęp do własnej toalety	RD	3,69	0,62	1,00	4,00
		SI	2,55	1,31	1,00	4,00
	Wygodnego łóżka	RD	3,58	0,59	1,00	4,00
		SI	3,62	0,60	2,00	4,00
	Wygodnego krzesła	RD	3,50	0,74	1,00	4,00
		SI	3,22	0,98	1,00	4,00
	Takich przyrządów, jakie chciałam (piłka, worek sako itp.)	RD	3,73	0,65	1,00	4,00
		SI	3,38	0,85	1,00	4,00
	Przyjemnej sali	RD	3,85	0,36	3,00	4,00
		SI	3,48	0,75	2,00	4,00
	Miałam możliwość:					
	Kontaktu skóra do skóry (położenia dziecka na piersiach) bezpośrednio po porodzie	RD	3,86	0,49	1,00	4,00
		SI	3,84	0,47	1,00	4,00
	Moi bliscy (osoba towarzysząca):					
	Zdawali się rozumieć, co czuję w danej sytuacji	RD	3,83	0,44	1,00	4,00
		SI	3,74	0,72	1,00	4,00
	Udzielili mi możliwie najlepszego wsparcia podczas porodu	RD	3,86	0,44	2,00	4,00
		SI	3,79	0,58	2,00	4,00
	W jakim stopniu czuła Pani, że kontroluje sytuację w trakcie porodu? **	-	2,79	0,45	2,00	3,00
	W jakim stopniu personel przyczynił się do tego, że czuła się Pani dumna w związku z narodzinami dziecka? **	-	2,69	1,00	3,00	3,00
	W jakim stopniu czuła Pani, że jest pozytywnie postrzegana przez personel w związku z porodem? **	-	2,70	1,00	3,00	3,00
	W jakim stopniu czuła się Pani rozczarowanie w związku z opieką sprawowaną w czasie porodu?	-	1,35	1,00	3,00	3,00

Grupa wskaźników	Zmienna	podskala	M	SD	Min.	Maks
	Jaki jest, Pani zdaniem, obecny stan Pani zdrowia fizycznego?***	-	2,78	1,00	3,00	3,00
	Jaki jest, Pani zdaniem, Pani obecny stan psychiczny?***	-	2,76	1,00	3,00	3,00
	Czy zdecydowałyby się Pani ponownie skorzystać z opieki okołoporodowej w tym oddziale?***	-	2,78	1,00	3,00	3,00

M - średnia; *SD* - odchylenie standardowe, min. – wartość minimalna, maks – wartość maksymalna, RD – podskala rzeczywiste doświadczenie, SI – podskala subiektywna istotność, * - gdzie 1- całkowicie się nie zgadzam (dla RD), mało lub wcale nieistotne (dla SI), 4- całkowicie się zgadzam (RD), niezwykle istotne (SI); *** - skala 1 – 3 rosnąc