

Pomiar w planowaniu opieki położniczej nad ciężarną

Measurement in planning of obstetric care

Joanna Girzelska, Violetta Mianowana, Aneta Kościółek, Halina Serafin

Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
UM w Lublinie

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Joanna Girzelska
Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa
WPiNoZ, UM w Lublinie
Al. Raławickie 1; 20-059 Lublin
Tel. 668149724
E-mail: aasia@interia.eu

STRESZCZENIE

POMIAR W PLANOWANIU OPIEKI POŁOŻNICZEJ NAD CIĘŻARNĄ

Wstęp. Pomiar dokonywany podczas opieki położniczej pozwala ocenić stan zdrowia ciężarnej i płodu, i pełni istotną rolę w formułowaniu diagnozy.

Cel pracy. Celem badań było określenie znaczenia pomiaru w planowaniu opieki położniczej nad ciężarną kobietą.

Materiał i metodyka. Badania przeprowadzono w 2007 roku metodą sondażu diagnostycznego, wykorzystując autorski kwestionariusz ankiety. Badaniami objęto 102 (100%) aktywnych zawodowo położnych.

Wyniki badań. Na podstawie zebranych danych stwierdzono, że najbardziej znaną metodą gromadzenia informacji o pacjencie jest wywiad (26,14%). W dalszej kolejności była obserwacja (25,06%) oraz analiza dokumentów (24,80%). Na pomiar, jako metodę gromadzenia danych o pacjencie wskazało 24,00% ankietowanych. Najczęściej stosowanymi metodami gromadzenia danych o pacjencie wśród położnych są: obserwacja (27,88%), pomiar (27,25%) i wywiad (25,96%). Najrzadziej respondenci wykorzystywały analizę dokumentów (18,91%). Badania wykazały, że zdecydowana większość położnych biorących udział w badaniu – (89,22%) zna techniki pomiaru. Pozostała część badanej grupy (10,78%) stwierdziła brak wiedzy na ten temat. Aż 86,28% położnych wskazuje pomiar jako technikę samodzielną w ich pracy. Przeciwnego zdania było 3,92% ankietowanych. Zdecydowana większość położnych biorących udział w badaniu (94,12%) stwierdziła, że pomiar jest szybką i efektywną metodą gromadzenia danych. Przeciwnego zdania było tylko 0,98% respondentek. Aż 90,19% ankietowanych uważała pomiar za metodę niezbędną w planowaniu indywidualnej opieki nad ciężarną. Opinię negatywną w tym zakresie wyraziło 2,94% położnych. Rola pomiaru w formułowaniu diagnozy pielęgniarstwa zdaniem 84,32% ankietowanych położnych jest bardzo ważna. Co dziesiąta ankietowana (10,78%) uważała ją za ważną i tylko 2,94% za nieważną.

Według ankietowanych położnych pomiar dostarcza najwięcej informacji o stanie ogólnym pacjentki – 35,44% oraz o stanie położniczym – 37,13%.

Wnioski. Pomiar dokonywany przez położną jest niezbędną, szybką i efektywną metodą gromadzenia informacji o pacjentce. Zdecydowana większość (84,3%) położnych wykorzystuje metodę pomiaru w formułowaniu diagnozy pielęgniarstwa.

Słowa kluczowe:

pomiar, opieka położnicza, położna

ABSTRACT

MEASUREMENT IN PLANNING OF OBSTETRIC CARE

Introduction. The measurement performed during obstetric care allows for evaluation of the state of health of a pregnant woman and the foetus. The role of measurement in the diagnosis formulation is very important.

Aim. The objective of the study was determination of the significance of measurement in the planning of obstetric care of a pregnant woman.

Material and methods. The study was conducted in 2007 by means of a diagnostic survey, with the use of a questionnaire form designed by the author. The study covered 102 (100%) occupationally active midwives.

Results. Based on the data collected it was noted that history taking was the best known method of collecting information concerning a patient (indicated by 26.14% of respondents), followed by observation (25.06%), and analysis of records (24.80%). Measurement as the method of collecting data about a patient was reported by 24.00% of respondents. The methods of data collection most frequently applied by midwives were: observation (27.88%), followed by measurement (27.25%), and history taking (25.96%), while the analysis of records was most rarely applied by the respondents (18.91%). The study showed that a large majority of midwives participating in the study (89.22%) were familiar with the measurement techniques. The remaining ones (10.78%) mentioned lack of knowledge in this area. As many as 86.28% of midwives indicated measurement as an independent technique in their work, whereas 3.92% of respondents were of an opposite opinion. The greatest majority of midwives participating in the study (94.12%) admitted that measurement is a quick and effective method of data collection, while only 0.98% of respondents expressed

an opposite opinion. As many as 90.19% of respondents considered measurement as the method indispensable for the planning of individual care of a pregnant woman. A negative opinion in this respect was expressed by 2.94% of midwives. In the opinions of the midwives in the survey, the role of measurement in the formulation of nursing diagnosis is very important (84.32%), whereas every 10th respondent (10.78%) considered this role as important, and only 2.94% as unimportant. According to the respondents, measurement provides the greatest amount of information concerning the general state of a patient – 35.44%, and the obstetric status – 37.13%.

Conclusions. The measurement performed by a midwife is a necessary method for collecting data about a patient. According to as many as 84.32% of respondents the method of measurement is very important in making a nursing diagnosis.

Key words:

measurement, obstetric care, midwife

■ WPROWADZENIE

W opiece medycznej nad kobietą w ciąży ocena stanu ogólnego jest niezbędna do podejmowania celowych i planowych działań, mających przyczynić się do utrzymania bądź zmiany dotychczasowego stanu pacjentki. W celu dokonania oceny stanu ogólnego niezbędne jest gromadzenie danych o pacjentce, stanowiące podstawę formułowania diagnozy pielęgniarstwa. Liczba i zakres danych zależą od tego, w jakim stopniu położnej udało się poznać pacjentkę [1].

Właściwa i wczesna diagnoza ma ogromne znaczenie dla losów ciąży oraz dla dalszego postępowania leczniczego. Diagnozowanie pielęgniarstwa jest następstwem podstawowych czynności, takich jak gromadzenie danych, analiza danych, ocena i wnioskowanie. Kawczyńska-Butrym podaje, że „gromadzenie informacji jest odrębnym i bardzo ważnym etapem postępowania położnej. Zgromadzone i zaplanowane dane o pacjentce i jej rodzinie są podstawą sformułowania przez nią diagnozy pielęgniarstwa. Niewłaściwe, nierzetelne, niekompletne informacje prowadzą do błędnej diagnozy i powodują, że dalsze etapy postępowania stają się nieprawidłowe i nieefektywne” [2].

Chcąc uzyskać kompletne i rzetelne informacje o pacjentce należy wziąć pod uwagę wszystkie dostępne źródła informacji, metody i techniki, które w określonych warunkach pracy i przy danych standardach wyposażenia można zastosować, rodzaje, charakter oraz zakres danych, umożliwiających postawienie diagnozy [3].

Informacje o pacjentce położna zbiera wykorzystując wszystkie dostępne źródła. Każda pacjentka bez względu na jej stan zdrowia jest źródłem danych mówiących o niej samej. Kolejnym źródłem danych jest rodzina pacjentki oraz osoby jej bliskie, które mogą dysponować informacjami, do których z jakichś powodów nie udało się dotrzeć położnej mimo wejścia w bezpośredni kontakt zawodowy z podopieczną.

Informacje uzyskane od rodziny w niektórych sytuacjach mogą pozwolić na zweryfikowanie tego, co wcześniej pacjentka przekazała położnej [4].

Ważnym źródłem informacji, z którego korzysta położna są wyniki przeprowadzonych przez nią pomiarów, uzyskane wyniki badań lub inne dane zawarte w dokumentacji medycznej lub w innych dokumentach, które mogą charakteryzować m.in. stan pacjentki, sytuację rodziny.

W związku z tym zgromadzone dane można podzielić na cztery kategorie, przyjmując dwa kryteria podziału źró-

deł: bezpośrednie i pośrednie oraz podmiotowe i przedmiotowe. W niektórych sytuacjach trudno jest przeprowadzić wyraźny podział, kto lub co stanowi główne źródło informacji, a kto lub co - uzupełniające. W różnych fazach opieki pielęgnacyjnej znaczenie poszczególnych źródeł może się zmieniać. Jednak każdej fazie diagnozowania, położna powinna wykorzystywać wszystkie dostępne źródła informacji, nie bagatelizując znaczenia żadnego z nich.

Zdaniem Marć „metody gromadzenia informacji o pacjentce to świadome, planowe i konsekwentne postępowanie położnej dla osiągnięcia określonego celu, jakim jest uzyskanie takiego zakresu i charakteru informacji o stanie pacjentki i jej środowiska, dzięki którym jest możliwe sformułowanie rozpoznania pielęgniarstwa (diagnozy pielęgniarstwa), a następnie planowanie, realizowanie i ocenie osiągniętych celów pielęgnowania” [5].

Według Górajek-Jóźwik istnieje kilka możliwości dostarczenia danych istotnych dla sformułowania rozpoznania stanu pacjentki i zaplanowania celowej opieki. Można gromadzić je, wykorzystując do tego celu obserwację pielęgniarstwa, wywiad, analizowanie dokumentacji będącej w posiadaniu pacjentki a także dokonywanie określonych pomiarów [3].

Obserwacja to „uważne oglądanie, spostrzeganie elementów wyglądu i zachowania człowieka i/lub przedmiotów i zjawisk. W pielęgnowaniu obserwacja to świadome dostrzeganie wyglądu zewnętrznego pacjentki, zachowania, funkcjonowania poszczególnych układów i narządów w stanie zdrowia i choroby, celem zgromadzenia informacji do ustalenia rozpoznania pielęgniarstwa, planowania, realizacji i oceny osiągniętych celów pielęgnowania” [6].

Obserwacja niejednokrotnie stanowi główną metodę gromadzenia danych o stanie pacjentki, zwłaszcza, gdy jej stan zdrowia uniemożliwia kontakt werbalny. Dzięki niej można podjąć skuteczne postępowanie pielęgniarstwa i terapeutyczne pozwalające na ratowanie zdrowia i życia pacjentki [6].

Wywiad jako metoda diagnostyczna stosowany jest przez wielu specjalistów z różnych dziedzin, np. pedagogów, dziennikarzy, lekarzy, psychologów itp. Położna w rozmowie z pacjentką koncentruje się na czynnikach psychicznych, społecznych, ekonomicznych znaczących dla pomocy człowiekowi w utrzymaniu, wzmocnieniu bądź przywróceniu zdrowia. W przypadku człowieka chorego rozmowa z położną dotyczy tych problemów, które powstały w związku z diagnozą lekarską, procesem leczenia, a także rokowaniem [7].

Analiza dokumentów „to metoda gromadzenia danych, polegająca na ilościowej i jakościowej analizie poszczególnych dokumentów składających się na dokumentację pacjentki, której celem jest uzyskanie jak największego zakresu informacji o pacjentce i jej rodzinie” [6].

Monitorowanie prawidłowości przebiegu ciąży w pracy współczesnej położnej nie jest możliwe bez pomiaru. Pomiar to konkretne czynności podejmowane przez położną, w celu dostarczenia danych do ilościowego opisu pewnej cechy (wartości). Pomiar, obok obserwacji, wywiadu, analizy dokumentacji medycznej, jest jedną z metod gromadzenia danych o stanie zdrowia ciężarnej i jej dziecka.

Pomiar w pielęgniarstwie może być dokonany metodą bezpośrednią i metodą pośrednią. Metoda bezpośrednia polega ona na tym, że na przyrządzie pomiarowym zostaje ukazana cała wartość wielkości mierzonej (np. pomiar ciepłoty ciała). Pomiar dokonywane przez położną metodą bezpośrednią to m. in.: pomiar tętna (częstość, rytm, napięcie), pomiar oddechu (częstość, głębokość, rytm, charakter, tor oddychania), pomiar ciepłoty ciała, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar ciężaru ciała i wzrostu, pomiar obwodów ciała, pomiar glikemii, glikozurii, dobowego wydalania moczu [4].

Metoda pośrednia polega na tym, iż uzyskany wskutek pomiaru wynik przenosi się na odpowiedni wzorec i dopiero na tej podstawie można odczytać wynik oraz dokonać oceny tego wyniku. Przykładem pomiaru dokonywanego za pomocą metody pośredniej jest ocena rozwoju fizycznego dzieci i młodzieży na podstawie pomiaru wagi ciała i wzrostu w oparciu o wzorce, jakimi są siatki centylowe czy w oparciu o wskaźnik BMI dla osób dorosłych [6].

Bardzo istotnymi elementami w zbieraniu informacji o pacjentce są również ocena akcji serca płodu, ocena skurczów mięśnia macicy oraz badanie wewnętrzne kobiety rodzącej [7]. Rozpoznanie nieprawidłowości funkcji serca jest wskazaniem do rozszerzenia postępowania o inne metody diagnostyczne, w tym o monitorowanie elektromiczne [8].

Elektroniczne monitorowanie częstości akcji serca płodu (*FHR-fetal heart rate*) stanowi nieodłączny element opieki położniczej [9]. Kardiotokografia to technika diagnostyczna, którą wprowadzono do praktyki klinicznej w latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku. Jest wykorzystywana w celu prognozowania stanu płodu, zarówno w przebiegu ciąży, jak i w czasie porodu [8].

Czynność skurczową macicy położna ocenia przy pomocy badania palpacyjnego, tokografii zewnętrznej i tokografii wewnętrznej [7].

Ważnym pomiarem dokonywanym przez położną jest również badanie wewnętrzne kobiety rodzącej, jednoręczne, wykonywane przez pochwę, które dostarcza informacji m.in. o przebiegu porodu [10].

Pomiar i ocena podstawowych parametrów takich jak: masa ciała, wzrost, ciepłota ciała, tętno i ciśnienie tętnicze krwi są niezbędne w opiece nad kobietą w ciąży i stanowią podstawę oceny stanu ogólnego pacjentki [11].

■ CEL PRACY

Celem badań jest określenie znaczenia pomiaru w planowaniu opieki położniczej nad ciężarną kobietą.

■ MATERIAŁ I METODYKA

Badaniami objęto 102 (100%) aktywnych zawodowo położnych w 2007 roku.

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, wykorzystując autorski kwestionariusz ankiety.

■ WYNIKI BADAŃ

Na podstawie zebranych danych stwierdzono, że najbardziej znaną metodą gromadzenia informacji o pacjencie był wywiad (26,14% wskazań). W dalszej kolejności była obserwacja (25,06%) oraz analiza dokumentów (24,80%). Na pomiar, jako metodę gromadzenia danych o pacjencie wskazało 24 % ankietowanych.

Najczęściej stosowanymi metodami gromadzenia danych o podopiecznej wśród położnych były: obserwacja (27,88%), pomiar (27,25%) i wywiad (25,96%). Najrzadziej respondentki stosowały analizę dokumentów (18,91%). Wyniki badań przedstawiono na rycinie 1.

Badania wykazały, że zdecydowana większość położnych biorących udział w badaniu - (89,22%) znała techniki pomiaru. Pozostała część badanej grupy (10,78%) stwierdziła brak wiedzy w tym zakresie. Wyniki przedstawiono na rycinie 2.

Prawie tak samo duża grupa respondentek (86,28%) odpowiedziała, że pomiar jest techniką gromadzenia informacji, którą posługują się samodzielnie w pracy. Przeciwnego zdania było 3,92% ankietowanych. Niewielka grupa badanych (8,82%) nie potrafiła wypowiedzieć się w tej kwestii.

W analizie badanego materiału stwierdzono, iż ankietowane położne dokonują samodzielnie pomiarów wielu cech, przy czym pomiary cech dotyczące stanu ogólnego to przede wszystkim: ciepłota ciała - 6,68%, tętno - 6,68%, ciśnienie tętnicze krwi - 6,55%, masa ciała i wzrost - 6,15%, natomiast cechy dotyczące stanu położniczego podlegające pomiarom wykonywane przez położną samodzielnie to głównie: akcja serca płodu - 6,02%, wymiary miednicy kostnej (5, 83%), wysokość dna macicy (5,70%), obwód brzucha (5,70%), czas trwania ciąży (5,70%), czynność skurczowa mięśnia macicy (5,70%). Wyniki przedstawiono na rycinie 3.

Blisko 100% położnych biorących udział w badaniu (94,12%) stwierdziła, że pomiar jest szybką i efektywną metodą gromadzenia danych. Przeciwnego zdania było tylko 0,98% respondentek. Uzyskane wyniki przedstawiono na rycinie 4.

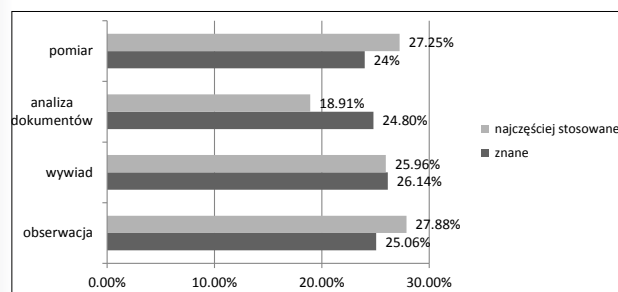
Zdecydowana większość respondentek (90,19%) ankietowanych uważa pomiar za metodę niezbędną w planowaniu indywidualnej opieki nad ciężarną. Opinię negatywną w tym zakresie wyraziło 2,94% położnych.

Rola pomiaru w formułowaniu diagnozy pielęgniarzkiej zdaniem 84,32% ankietowanych położnych była bar-

Pomiar w planowaniu opieki położniczej nad ciężarną

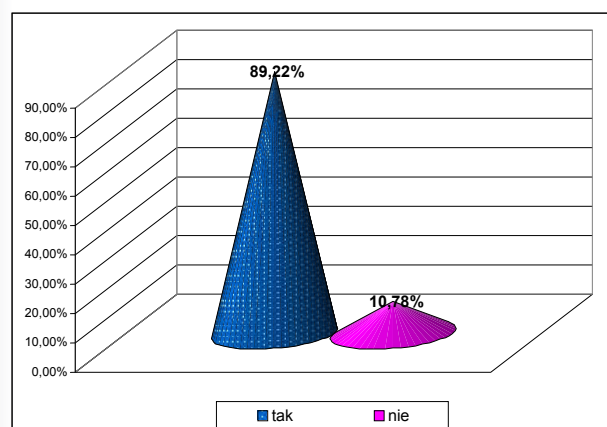
dzo pożądana. Co dziesiąta ankietowana (10,78%) uważała ją za ważną i tylko 2,94% za nieważną.

Według ankietowanych położnych pomiar dostarcza prawie taką samą ilość informacji o stanie ogólnym pacjentki - 35,44%, jak i o stanie położniczym - 37,13%. Inne metody gromadzenia informacji o stanie ogólnym i położniczym zostały ocenione niżej. Wyniki przedstawiono na rycinie 5.

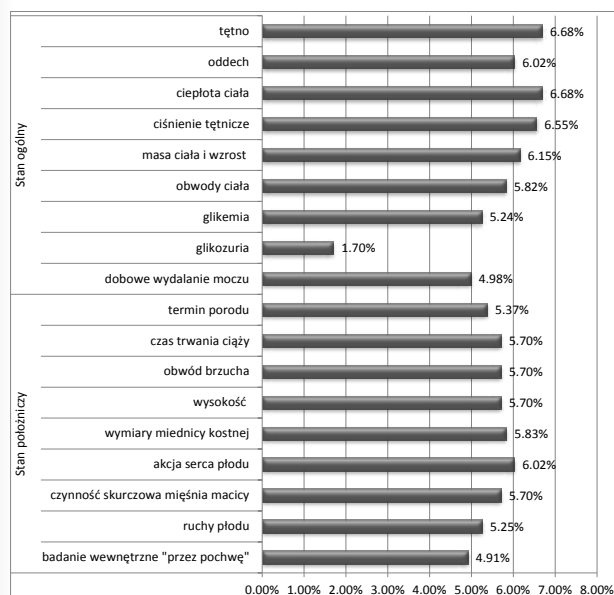


■ Ryc. 1. Metody gromadzenia danych o pacjencie znane i najczęściej stosowane wśród ankietowanych położnych*.

*Zapytane respondenci udzieliły ogółem 375 odpowiedzi. Zebrany materiał uporządkowano i wraz z danymi liczbowymi przedstawiono na rycinie.

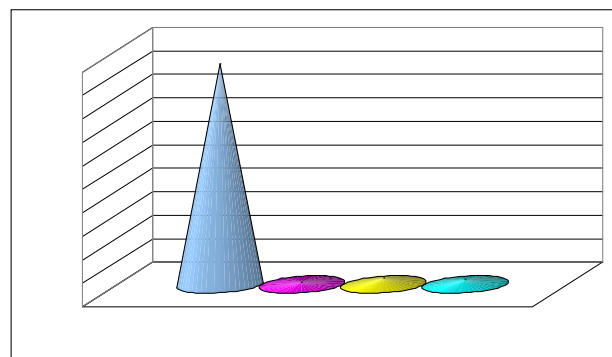


■ Ryc. 2. Znajomość techniki pomiaru wśród badanych położnych.

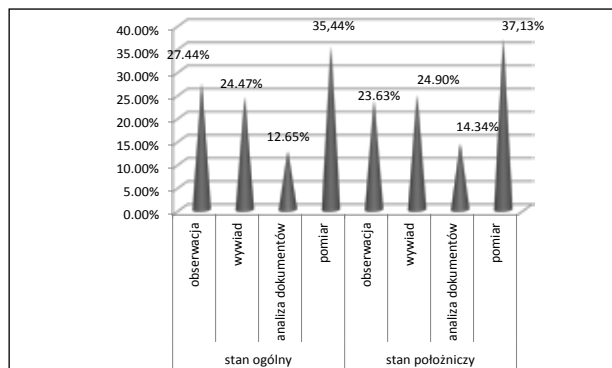


■ Ryc. 3. Cechy stanu ogólnego i położniczego podlegające pomiarom wykonywanym przez badane samodzielnie*.

*Zapytane respondenci udzieliły ogółem 1527 odpowiedzi. Zebrany materiał uporządkowano i wraz z danymi liczbowymi przedstawiono na rycinie.



■ Ryc. 4. Opinie ankietowanych na temat pomiaru, jako szybkiej i efektywnej metody gromadzenia informacji.



■ Ryc. 5. Metody gromadzenia danych mogące dostarczyć informacji o stanie ogólnym i położniczym pacjentki.

■ OMÓWIENIE

W planowaniu opieki położniczej istotne znaczenie ma obserwacja, która jest najstarszą metodą, jaką posługuje się położnictwo. Polega na systematycznym gromadzeniu danych o pacjentce i jej środowisku poprzez spostrzeganie tego, co robi, jak się zachowuje, jak reaguje [3].

Dokładne zebranie wywiadu rodzinnego, szczególnie dotyczącego wad genetycznych i wrodzonych, strat ciąży, nadciśnienia, chorób układowych, chorób autoimmunologicznych, chorób ginekologicznych pełni ważną rolę w planowaniu opieki położniczej nad ciężarną i jej dzieckiem. W wywiadzie położniczym należy uzyskać informacje dotyczące przebiegu i sposobu zakończenia ciąży, powikłań porodu oraz danych dotyczących urodzonych dzieci (masa, stan pourodzeniowy, urazy, wady). Położna powinna gromadzić tylko te dane, które potrafi zinterpretować i na podstawie których, możliwe będzie określenie stanu pacjentki, powinna mieć także na uwadze, że każdy z dokumentów może stanowić przedmiot jej zawodowego zainteresowania, jednakże może sięgać tylko po takie dane zawarte w dokumentacji medycznej, które mogą być wykorzystane dla celów pielęgnowania podopiecznej [1, 2].

Metoda gromadzenia danych o pacjentce, jaką jest pomiar pozwala ocenić stan zdrowia ciężarnej, a także płodu. Za pomocą pomiaru można opisać w sposób ilościowy stan zdrowia pacjentki oraz dokładne wyznaczniki tego stanu np. objawy, dolegliwości, aktywności [12].

Cykliczność pomiaru jest konieczna do ciągłego gromadzenia informacji. Jest to istotne dla oceny stanu zdrowia ciężarnej i jej płodu, gdyż w zależności od ich wyników można zaplanować opiekę i prognozować rokowanie,

co do przebiegu ciąży, a także przyszłego porodu. Można również w zależności od wyników pomiaru badanej cechy tak zaplanować opiekę, aby zmniejszyć lub zlikwidować problem, a tym samym poprawić jakość zdrowia i życia. Kompetentna położna powinna posiadać umiejętność szybkiego i dokładnego wykonywania pomiarów.

Do oceny stanu ogólnego pacjentki należy ocena podstawowych parametrów. Są nimi ocena masy ciała i wzrostu, temperatura, tętno, ciśnienie tętnicze krwi. Na podstawie kontroli i prawidłowego odczytu parametrów można postawić wstępną diagnozę pacjentki oraz wychwycić nieprawidłowości mogące zagrażać zdrowiu i życiu [11].

Ocena masy ciała i wzrostu jest jednym z podstawowych elementów oceny stanu ogólnego. Pacjentka powinna być poinformowana o przebiegu i celu postępowania [5].

Warunkiem prawidłowych czynności ustroju ludzkiego jest także utrzymanie stałej temperatury środowiska wewnętrznego [13]. Położna dokonując oceny stanu ogólnego musi również ocenić tętno i ciśnienie tętnicze krwi. Tętno zależne jest od akcji serca, objętości krwi, ciśnienia krwi, jakości naczyń tętniczych i zastawek serca. Można je wyczuć wszędzie tam, gdzie tętnica przebiega powierzchownie [14]. Wysokość ciśnienia zależy od: siły skurczowej serca, objętości krwi znajdującej się w naczyniach, oporów, jakie stwarzają naczynia [1].

Oceniając zapis kardiokardiograficzny można uzyskać wiele dodatkowych informacji o stanie płodu. Wskazania do badania to ciąża przeterminowana, nadciśnienie u kobiety ciężarnej, obciążony wywiad położniczy, ocena stanu płodu podczas porodu, osłabienie ruchów płodu, krwawienie z dróg rodnych, ból brzucha z niewyjaśnionych przyczyn, urazy mechaniczne brzucha kobiety ciężarnej, konflikt serologiczny, wady serca i inne [11].

Aktywność skurczowa, która podlega ocenie przez położną jest cechą fizjologiczną każdej macicy. Aktywność skurczowa może być oceniana subiektywnie przez ciężarną, wyczuwana palpacyjnie przez badającą osobę lub rejestrowana obiektywnie metodami kardiokardiograficznymi [15].

„W utajonej fazie rozwierania ujścia szyjki macicy, w pierwszym okresie porodu, położna dokonuje obserwacji czynności skurczowych, co godzinę, a w fazie aktywnej, co 10-30 minut. Skurcze macicy mają charakter falisty i składają się z trzech kolejno po sobie następujących faz: narastania, szczytu i zanikania [7,15].

Określenie wieku ciążowego a także terminu porodu, jest niezbędnym pomiarem, jaki dokonuje położna w opiece nad ciężarną. Wiarygodna ocena wieku ciążowego ma istotne znaczenie dla właściwego przebiegu opieki nad kobietą w ciąży, umożliwia prawidłową ocenę zagrożenia porodem przedwczesnym, zmniejsza ryzyko nieuzasadnionej indukcji porodu, jest przydatna dla ustalenia przewidywanego terminu porodu [11].

■ WNIOSKI

1. W wyniku przeprowadzonych badań zdobyto przekonanie, że badane położne posiadają wiedzę na temat metod gromadzenia danych o pacjencie oraz, że po-

- miar pełni ważną rolę w formułowaniu diagnozy pielęgniarstwa i jest niezbędny do gromadzenia informacji.
2. Prawie wszystkie ankietowane określają pomiar jako szybką i efektywną metodą gromadzenia danych. Prawie połowa respondentek uważa, że pomiar dostarcza najwięcej informacji o stanie ogólnym oraz o stanie położniczym.

■ PIŚMIENNICTWO

1. Ciechaniewicz W. red. Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Tom I i II. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2006.
2. Kawczyńska-Butrym Z. red. Diagnoza pielęgniarstwa. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1999.
3. Górąjek-Józwiak J. Wprowadzenie do diagnozy pielęgniarstwa – podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2007.
4. Górąjek Józwiak J. Sytuacja zdrowotna człowieka i środowiska. [w:] Zahradniczek K, red. Wprowadzenie do pielęgniarstwa. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1995.
5. Huber A, Karasek-Kreutzinger B, Jobin-Howald U. Kompendium pielęgniarstwa. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1995.
6. Marć M. Pielęgowanie zindywidualizowane. [w:] Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K. red. Podstawy pielęgniarstwa. Lublin: Wydawnictwo CZELEJ; 2004.
7. Pisarski T, Skrzypczak J. Opieka nad kobietą ciężarną. [w:] Pisarski T. red. Położnictwo i ginekologia. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1996.
8. Prażmowska B. Opieka nad kobietą podczas porodu fizjologicznego. [w:] Łepek-Klusek C. red. Pielęgowanie we współczesnym położnictwie i ginekologii. Lublin: Wydawnictwo CZELEJ 2003.
9. Bręborowicz G. red. Położnictwo i ginekologia. Tom I. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2006.
10. Paul RH. Monitorowanie czynności serca płodu i aktywności macicy-co każdy lekarz powinien wiedzieć o służącym do tego sprzęcie. [w:] Mishell D, Brenner P. red. Położnictwo. Bielsko-Biała: a – medica press; 1995.
11. Prażmowska B, Kózka M. Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa. Cz. IX. Wołowska L. red. Poznań; 1996.
12. Caus I. Podstawy pielęgniarstwa w ginekologii i położnictwie. Katowice ŚAM; 2003.
13. Hanretty KP. Położnictwo. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2006.
14. Ślusarz R, Szyszowska M. Pielęgowanie pacjentów z zaburzeniami funkcji układu termoregulacji. [w:] Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K. red. Podstawy pielęgniarstwa Tom I. Lublin: Wydawnictwo CZELEJ; 2004.
15. Kirschnick O. Pielęgowanie. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 1997.

Praca przyjęta do druku: 09.03.2011

Praca zaakceptowana do druku: 06.10.2011

