

Istota kategoryzacji porodów

The essence of the categorization of deliveries

Kinga Żurawska vel Dziurawiec¹, Danuta Matejczuk²

¹ Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa, Koło PTP na Wydziale Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu

AUTOR DO KORESPONDENCJI:
Kinga Żurawska vel Dziurawiec
Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa
Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
Al. Raławickie 1
20-059 Lublin

STRESZCZENIE

ISTOTA KATEGORYZACJI PORODÓW

Wprowadzenie. Problematyka ludzkiego porodu od wieków cieszyła się dużym zainteresowaniem przedstawicieli różnych obszarów wiedzy o człowieku. Obrazy o tej tematyce odnaleźć można np.: w filmie, literaturze, naukach humanistycznych (filozofii, historii, psychologii, socjologii) oraz naukach przyrodniczych (biologii, medycynie). Narodziny człowieka zawsze były, są i będą wydarzeniem nie tyle jednostkowym co posiadającym o wiele szersze znaczenie o charakterze: biologicznym, antropologicznym, społecznym, kulturowym, religijnym, ekonomicznym, prawnym, psychologicznym, medycznym oraz rodzinnym.

Materiał zgromadzony przez autorki obejmuje kategoryzację porodów zaproponowanych przez przedstawicieli nauk medycznych i psychologii. Prezentowany artykuł jest próbą ukazania tej tematyki z punktu widzenia różnych profesjonalistów, natomiast opis elementów będących kierunkami ich patrzenia na kwestie porodu ma na celu wywołanie refleksji osób mających wpływ na jego jakość.

Cel pracy i metoda. Celem pracy jest ukazanie istoty kategoryzacji i klasyfikacji porodów umożliwiającej formalizację tego obszaru języka, jakim posługują się osoby sprawujące opiekę nad kobietą rodzącą. Metodą wykorzystaną w niniejszej pracy jest krytyczna analiza dostępnej literatury przedmiotowej.

Wyniki. W dostępnej literaturze przedmiotu obserwuje się występowanie klasyfikacji porodów dokonanej pod względem medycznym (np. poród o czasie, poród przedwczesny zagrażający), chociaż można dostrzec pewne różnice w treściach prezentowane przez różnych autorów. Mniej opracowań dotyczy klasyfikacji obejmującej: typy zachowań kobiety rodzącej (poród radosny, lękowy, zadaniowy, psychicznie obojętny, bierny, aktywny); zastosowanie nefarmakologicznych technik ułatwiających poród (z zastosowaniem pozycji wertykalnych, z wykorzystaniem immersji wodnej); miejsce odbywania porodu (szpitalny, domowy, uliczny); obecność (lub nieobecność) osób pomagających (w sposób nieprofesjonalny) rodzącej w trakcie porodu (osoby bliskie, doula).

Podsumowanie. Wydaje się oczywiste, iż pewne ujednolicenie nomenklatury dotyczącej porodu będzie korzystne nie tylko pod względem medycznym, ale również dydaktycznym.

Słowa kluczowe: kategoryzacja, poród

ABSTRACT

THE ESSENCE OF THE CATEGORIZATION OF DELIVERIES

Introduction. Problems of human childbirth for centuries have enjoyed a great deal of interest of representatives from different areas of human knowledge. The images concerning this subject can be found for example in films, literature, humanities (philosophy, history, psychology, sociology) and natural sciences (biology, medicine). The birth of man has always been and will be an event not so much individual as having a much broader meaning of: biological, anthropological, social, cultural, religious, economic, legal, psychological, medical, and familial nature.

Material gathered by the authors includes a categorization of the labours proposed by the representatives of medical science and psychology. The presented article is an attempt to present this topic from the perspective of various professionals, and the description of the elements being the lenses of their look at issues of labor is intended for reflection of those people who have influence on its quality.

Aim and method. The aim of the study is to show the essence of the categorization and classification of births that allow for formalization of the linguistic area, which is used by persons caring for a woman in travail. The method used in this study is a critical analysis of available literature in question.

Results. The available literature on the subject gives the classification of deliveries made in the medical terms (e.g., birth-on-time, threatening premature labor), although you can see some differences in the content presented by various authors. Fewer studies concern the classification, including: the types of behavior women giving birth (exhilarating, anxiety, task, mentally inert,

passive and active parturition), use of non-pharmacological techniques to facilitate childbirth (using the vertical position, using water immersion), place of delivery (hospital, home, street), presence (or absence) of supporting people (in a non-professional way) during the birth pangs (the close persons, doula).

Conclusion. It seems clear that some uniform nomenclature for the delivery will be beneficial not only for medical but also educational purposes.

Key words:

categorization, delivery

WPROWADZENIE

Poród to wydarzenie niezwykle ważne dla istot społecznych, do jakich zalicza się człowiek. Zmienia strukturę rodziny, spojrzenie na świat i system wartości jej członków [1]. Problematyka ludzkiego porodu od wieków cieszyła się dużym zainteresowaniem przedstawicieli różnych obszarów wiedzy o człowieku. Obrazy o tej tematyce odnaleźć można np.: w filmie, literaturze, naukach humanistycznych (filozofii, historii, psychologii, socjologii) oraz naukach przyrodniczych np.: biologii, medycynie.

Materiał gromadzony przez autorki obejmuje kategoryzację porodów zaproponowanych przez przedstawicieli nauk medycznych i psychologii. Prezentowany artykuł jest próbą ukazania tej tematyki z punktu widzenia różnych profesjonalistów, natomiast opis elementów będących kierunkami ich patrzenia na kwestie porodu ma na celu wywołanie refleksji osób mających wpływ na jego jakość.

CEL PRACY I METODA

Celem pracy jest ukazanie istoty klasyfikacji porodów umożliwiającej formalizację tego obszaru języka, jakim posługują się osoby sprawujące opiekę nad kobietą rodzącą. Metodą wykorzystaną w niniejszej pracy jest krytyczna analiza dostępnej literatury przedmiotowej.

ISTOTA KLASYFIKACJI I KATEGORYZACJI

Dla potrzeb niniejszego opracowania przyjęto definicję klasyfikacji zaproponowaną przez M. Jarosza: klasyfikacja to systematyczny podział przedmiotów lub zjawisk na klasy i kategorie według pewnej określonej zasady podziału. Podział taki jest logiczny, jeżeli porządkuje pojęcia na drodze analizy stosunku nadrzędności i podrzędności między nimi [2]. Jednakże klasyfikacje jako sposób organizowania informacji zazwyczaj nie spełniają kryteriów stawianych klasyfikacjom w sensie logicznym, co nie przeszkadza im być narzędziem użytecznym. Klasyfikacje mają naturę różnicującą, są nastawione na odnajdywanie w porządkowanych obiektach tego, co odróżnia jeden obiekt od pozostałych. Klasyfikowanie obiektów jest niezbędne wówczas, gdy mamy do czynienia z większą ich liczbą. Taki zbiór wymaga skatalogowania, w przeciwnym wypadku trudno byłoby się nim posługiwać. Ten sam zbiór można klasyfikować na różne sposoby, na podstawie różnych kryteriów. Klasyfikacja może więc mieć charakter sztuczny i naturalny.

Z kolei kategoryzacja jakichś rzeczy, ludzi lub zjawisk to ich podział na pewne zbiory lub przypisanie ich do pewnych zbiorów. To część procesu badawczego, która polega na ustalaniu kategorii odpowiedzi do zebranego metodami jakościowymi materiału empirycznego.

Jest środkiem upraszczania rzeczywistości, redukowania obciążenia pamięci, pomaga w efektywnym gromadzeniu i wyszukiwaniu informacji. Kategoryzacja wykorzystywana jest, aby zapewnić jednoznaczność przekazu wiedzy na temat określonej rzeczywistości, dlatego też jest nieodłączną cechą ontologii umożliwiającej formalizację wiedzy.

Kategoryzacje są ukierunkowane na łączenie, poszukując w obiektach tego, co wspólne, podobne. Między kategoriami występują określone relacje - jedna kategoria może zawierać się w drugiej (*pośladowy i poród*), być całkowicie rozłączna (*poród i położna*) lub częściowo się pokrywać (*poród i rodząca*). Dwie rozłączne kategorie mogą się jednak mieścić we wspólnej kategorii nadrzędnej (*poród i rodząca* versus *opieka położnicza*). Determinuje to określoną, właściwą dla danego języka i kultury taksonomię. Kategoryzacja jako forma organizacji informacji oznacza proces wyodrębniania obiektów i ich zbiorów traktowanych z pewnego punktu widzenia jako proces jednorodny czyli ustanawiania kategorii albo proces przypisywania obiektów do już istniejących kategorii.

KLASYFIKACJA PORODÓW

Poród to szereg kolejno następujących po sobie procesów prowadzących do wydalenia z macicy płodu, popłodu i płynu owodniowego. W literaturze przedmiotowej istnieje wiele dokonanych podziałów porodów biorąc pod uwagę różne kryteria. Najbardziej podstawowy jest podział na poród fizjologiczny i zabiegowy. Jednakże sięgając do podręczników, portali edukacyjnych oraz pism naukowych skierowanych do lekarzy, położnych i pielęgniarek odnajdujemy wiele różnych określeń porodu, m.in.: przedłużający się, uliczny, lękowy, szybki, w wodzie, aktywny, bierny, rzekomy, psychicznie obojętny, po terminie, włożeniu odgięciowym, z przodowaniem pępowiny, nieindukowany, zadaniowy, aktywnie prowadzony, fizjologiczny, zabiegowy, patologiczny, jatrogenny, lotosowy (opóźnione odpępnienie), rodzinny, domowy, szpitalny, klozetowy, indukowany, z wypadnięciem pępowiny, przedwczesny, o czasie, radosny.

W Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP, wersja 1.0), która jest uniwersalnym, międzynarodowym systemem jednolitego języka pielęgniarskiego odnaleźć można następujące hasła znajdujące się w obrębie pola semantycznego słowa „poród” lub są z nim bezpośrednio związane: urodzenie dziecka, urodzenie płodu i popłodu, cięcie cesarskie [3]. Ze względu na mnogość określeń dotyczących porodu podjęto próbę uporządkowania danego materiału i za kryteria podziału porodów w tej pracy przyjęto:

1. konieczność podjęcia specyficznych działań medycznych (lecniczo-pielęgniarskich);
2. stan psychiczny obiektu;

3. zastosowanie techniki/metod/środków ułatwiających poród;
4. czas oraz planowość porodu;
5. obecność zaburzeń w przebiegu porodu;
6. miejsce porodu;
7. obecność osób towarzyszących rodzącej.

1. Podział porodów ze względu na konieczność podjęcia specyficznych działań medycznych:

A. naturalny (drogami i siłami natury) – zaczyna się w sposób spontaniczny; niskie ryzyko występuje na początku i utrzymuje się do końca porodu. Dziecko rodzi się spontanicznie w ułożeniu główkowym, pomiędzy 37. a 42. tygodniem ciąży [4]:

- naturalny prawidłowy - to najczęściej poród dokonujący się drogami natury lub przy niewielkim udziale położnej/lekarza położnika;
- naturalny nieprawidłowy - to poród, w którym występuje stan zagrożenia matki i/lub płodu.

B. zabiegowy (operacje położnicze):

- cięcie cesarskie;
- kleszcze położnicze;
- próżnociąg położniczy;
- operacje w położeniu płodu poprzecznym (obróć zewnętrzny, obróć wewnętrzny) [5].

2. Podział porodów ze względu na zachowania się kobiety rodzącej:

A. reakcje pozytywne:

- poród radosny – u kobiet, których ciąża przebiegała bez powikłań, podkreślających pozytywne aspekty ciąży i radość z powodu narodzin dziecka;
- poród zadaniowy – kobiety przygotowywały się do zadania, jakim jest urodzenie dziecka poprzez lekturę i udział w zajęciach szkoły rodzenia. Kontrolowały przebieg porodu, starały się stosować techniki prawidłowego oddychania, przybierać dogodne pozycje ciała;
- poród aktywny – kobieta rodząca ma swobodę działania, możliwość wyboru dogodnej dla siebie pozycji, pełnego uczestnictwa w podejmowaniu decyzji odnośnie jej i dziecka.

B. reakcje negatywne:

- poród lękowy – charakteryzuje się dużym natężeniem niepokoju, którego nie uzasadniały ani powikłania ciąży, ani nietypowy przebieg samego porodu;
- poród psychicznie obojętny – brak emocjonalnego i poznawczego zaangażowania w przebieg porodu. Kobiety traktują poród jako nieprzyjemne doznanie, przez które trzeba przejść. Bardziej koncentrują się na zachowaniu personelu niż na własnych doznaniach. Ten typ porodu może być sygnałem negacji macierzyństwa;
- poród bierny – brak pozytywnego zaangażowania w przebieg porodu, wyraźnie negatywny stosunek do porodu. Rodząca nie uczestniczy w akcji porodowej co może wydłużać II okres porodu i zwiększać dolegliwości bólowe [6, 7].

3. Podział porodów ze względu na zastosowanie środków ułatwiających/ przyspieszających poród:

A. niefarmakologicznych:

- poród z zastosowaniem pozycji wertykalnych – na przykład pozycja pionowa, kuczna;
- poród z zastosowaniem immersji wodnej (inaczej – forma łagodnego porodu) – tylko w przypadku porodu prawidłowego, przy nadzorze położnej i lekarza. Idea takich porodów opiera się na założeniu, że podczas przechodzenia noworodka ze środowiska wewnątrzmacicznego do pozamacicznego dziecko nie jest narażone na nagłe zadziaływanie stresorodnych bodźców zewnętrznych. Zwolennicy tego rodzaju porodu podkreślają także podobieństwo człowieka do ssaków wodnych;
- poród z zastosowaniem TENS (ang. Transcutaneous Electrical Nervous Stimulation) czyli przeskórnej stymulacji nerwów prądem o małym, regulowanym natężeniu i zmiennej częstotliwości. Metoda zastosowana po raz pierwszy w Szwecji w 1972 roku, w Polsce stosowana w niewielkim zakresie;
- poród z zastosowaniem masażu i kontrucisku – masaż dotyczy pleców oraz okolicy krzyżowej i odbywa się kolistymi ruchami, całą powierzchnią dłoni. Natomiast kontrucisk polega na wywieraniu silnego nacisku na plecy rodzącej na szczycie bólu [8, 9].

B. farmakologicznych:

- poród z zastosowaniem analgezji ogólnej – np. opioidy, petydyna;
- poród z zastosowaniem analgezji wziewnej – podawanie przez maskę rodzącej mieszanek podtlenku azotu i tlenu; najrzadziej stosowane w Polsce;
- poród z zastosowaniem znieczulenia przewodowego (zewnątrzoponowe, podpajęczynówkowe, połączone podpajęczynówkowo-zewnątrzoponowe).

Większość z wymienionych w tym punkcie sposobów prowadzenia porodu opiera się na zasadzie zwalczania bólu porodowego. Zarówno standardowe jak i alternatywne metody znoszenia dolegliwości bólowych podczas porodu zakładają pozytywny ich wpływ na stan rodzącej, noworodka oraz przebieg porodu.

4. Podział porodów ze względu na czas ich trwania:

A. pod względem czasu trwania porodu:

- o prawidłowym czasie trwania – przeciętny czas trwania porodu wynosi: u pierwiastek ok. 12 godzin, u wieloródek ok. 8; okres rozwierania u pierwiastki 9 h, u wieloródki 7 h, okres wydalania u pierwiastki 2-3 h, u wieloródki ½-1 h.,
- o nieprawidłowym czasie trwania (szybki – przebiega nadzwyczaj szybko, np. płód rodzi się w ciągu jednego jedynego skurczu partego, zdarza się u wieloródek z bardzo silną czynnością skurczową; przedłużający się – może dotyczyć rodzących pierwiastek powyżej 30 rz. ze względu na opór jaki stawiają tkanki miękkie).

B. ze względu na czas trwania ciąży:

- o czasie – poród, który odbywa się pomiędzy 37. a 41. tygodniem (pełnym) ciąży,
- niezgodny z terminem (przedwczesny – poród między 22. a 36. ukończonym tygodniem ciąży; po terminie – poród po 42. tygodniu ciąży) [10, 11].

5. Podział porodów ze względu na obecność zaburzeń w ich przebiegu (zaburzenia topografii płodu i mechanizmu porodowego):

A. ze względu na położenie płodu:

- poród w położeniu miednicowym – w zależności od ułożenia części ciała płodu wyróżnia się: położenie pośladkowe, miednicowe zupełne lub niezupełne, stópkowe zupełne lub niezupełne, kolankowe zupełne lub niezupełne;
- poród w położeniu poprzecznym – długa oś płodu i oś kanału rodowego krzyżują się pod kątem prostym; rozwiązaniem jest poród drogą pochwową w przypadku: porodu przedwczesnego z masą ciała płodu poniżej 500 g, porodu drugiego bliźniaka, porodu martwego płodu [12].

B. ze względu na ustawienie płodu:

- poród w niskim poprzecznym ustawieniu główki płodu – przy całkowitym rozwarciu ujścia główka osiągnęła dno miednicy ze szwem strzałkowym w wymiarze poprzecznym, lecz nie dokonała drugiego zwrotu. Może być niskie poprzeczne stanie główki (I). lub lewe – ciemiączko tylne i grzbiet płodu po stronie lewej oraz (II). lub prawe – grzbiet płodu i ciemiączko tylne po stronie prawej;
- poród w wysokim prostym ustawieniu główki – długo utrzymujące się w przebiegu porodu przyparcie główki płodu do wchodu ze szwem strzałkowym przebiegającym w wymiarze prostym lub prawie prostym. Wyróżnia się odmianę przednią (potylicą płodu zwróconą w kierunku spojenia łonowego matki) oraz odmianę tylną potylicą płodu skierowaną ku kości krzyżowej rodzącej).

C. ze względu na ułożenie płodu:

- poród w ułożeniu odgięciowym (ciemieniowym, wierzchołkowym) – punktem prowadzącym jest ciemiączko przednie, brak przygięcia główki;
- poród w ułożeniu odgięciowym wysokiego stopnia (czołowe, twarzyczkowo-bródkowe przednie, bródkowe tylne i bródkowo-poprzeczne) [13, 14].

D. ze względu na zaburzenia czynności skurczowej:

- poród z nieskoordynowaną czynnością skurczową – występuje wieloogniskowe tworzenie bodźców skurczowych z występowaniem tzw. skurczów dwugarbnych;
- poród z nadmierną czynnością skurczową – ciśnienie wewnątrzmaciczne powyżej 80-90 mmHg lub powyżej 4 skurczów w przeciągu 10 minut w okresie rozwierania;
- poród ze słabą czynnością skurczową – ciśnienie wewnątrzmaciczne 25-30 mm Hg lub w czasie rozwierania szyjki macicy rejestruje się mniej niż 3 skurcze na minutę (wyróżnia się pierwotne i wtórne osłabienie czynności skurczowej),

- poród ze skurczami hipertonicznymi – obserwuje się zwiększone napięcie spoczynkowe ściany macicy w przerwie międzyskurczowej lub ciśnienie w przerwie międzyskurczowej powyżej 12 mmHg [12].

E. ze względu na nieprawidłowości III okresu porodu:

- trudności w oddzieleniu lub wydaleniu łożyska;
- poród z nadmierną utratą krwi ($\uparrow$ 250 ml).

F. ze względu na powikłania pępowinowe:

- poród z przodowaniem pępowiny – przy zachowanym pęcherzu płodowym obok lub przed częścią przodującą wyczuwana pępowina;
- poród z wypadnięciem pępowiny – po pęknięciu pęcherza płodowego przed częścią przodującą wyczuwa się pętlę pępowiny; wypadnięcie może być jawne lub ukryte.

6. Podział porodów ze względu na miejsce odbywania porodów:

A. instytucjonalny (szpitalny) – odbywa się w szpitalnej sali porodowej,

B. „środowiskowy” – domowy, uliczny – płód wypada z kanału rodowego na ziemię lub wpada np. do sedesu (poród klozetowy) [15].

7. Podział porodów ze względu na obecność/lub nie osób bliskich przy porodzie:

A. rodzinny – wspólne i aktywne uczestnictwo rodziców w narodzinach dziecka.

B. bez osób bliskich [16].

C. w obecności douli. Doula (gr. kobieta, która pomaga drugiej kobiecie w urodzeniu dziecka) jest kobietą bez przygotowania zawodowego, ale mającą wiedzę na temat przebiegu porodu, zabiegów położniczych oraz niefarmakologicznych metod zwalczania bólu. Jest to najczęściej słuchaczka szkoły położnych lub osoba bez przygotowania medycznego, ale przeszkolona w ramach odpowiedniego programu kształcenia lub też kobieta całkowicie nieprzeszkolona. To co w polskich warunkach szpitalnych, może wydawać się niedopuszczalne, w USA ma już dość bogatą tradycję. Co więcej literatura podaje, że w ciągu ostatnich 20 lat w Stanach Zjednoczonych zwyczajem stała się obecność przy porodzie „douli” [17].

■ PODSUMOWANIE

Otoczający nas świat jest bogaty w niezliczoną ilość informacji przekraczających możliwości ich prawidłowego i dokładnego analitycznego przetworzenia. To dzięki predyspozycji rozumu ludzkiego do porządkowania, nazywania i grupowania (klasyfikowania i kategoryzacji) możliwe jest zredukowanie liczby bodźców i ich organizacja. Zdolność przyporządkowania symboli występujących w komunikatach do określonej grupy obiektów pozwala uchwycić rzeczywistość na różnych poziomach oraz relacje między nimi.

Nazywanie, kategoryzowanie i klasyfikowanie znane było już od wieków. Wojciech Oczko, lekarz z wykształceniem filozoficznym dokonał podziału medycyny na apteczną, domową i chirurgiczną. Ludwik Perzyna, brat miłosierdzia, bez wykształcenia medycznego w książce

do nauki położnictwa skierowanej do cyrulików i kobiet odbierających porody podzielił porody na ciężkie i lekkie. A położnictwo pierwszej połowy XX wieku znało tylko pojęcie porodu fizjologicznego w odróżnieniu od patologicznego.

Oczywiście zaproponowana klasyfikacja porodów nie jest tematem zamkniętym. Istnieje wiele obszarów problematycznych, chociażby odpowiednie sklasyfikowanie porodów o nieprawidłowym przebiegu lub niemożność przyporządkowania określonej sytuacji porodowej do konkretnej (pojedynczej) kategorii i klasy. Pozostaje także kwestia przyporządkowania niektórych nieprawidłowości w przebiegu porodu np. dystocji barkowej, niewspółmierności porodowej oraz wykorzystania pomocy ręcznej w trakcie prowadzenia porodu miednicowego (pomoc sposobem Brachta, uwolnienie rączek sposobem Müllera lub Löwseta, pomoc sposobem Veita-Smelliego), a także ręcznego wydobycia płodu.

PIŚMIENNICTWO

1. Balaskas J. Poród aktywny – nowe spojrzenie na naturalny sposób rodzenia. Niezależna Oficyna Wydawnicza, Warszawa: 1997.
2. Jarosz M.J. Informatyka w pielęgniarstwie. [w:] Górajek-Jóźwik J. red. Wprowadzenie do diagnozy pielęgniarstwiej. Warszawa, PZWL: 2007.
3. Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej, ICNP, wersja 1.0. Warszawa-Lublin, Mak-Med: 2009.
4. WHO: Care in Normal Birth: Report of The Technical Working Group. WHO/FHR/MSM/96,24, 1997.

5. Słomko Z, Bręborowicz G H. Operacje położnicze. [w:] Bręborowicz G H red. Położnictwo i ginekologia. Warszawa, PZWL: 2007.
6. Bielawska-Batorowicz E. Psychologiczne aspekty prokreacji. Katowice, „Śląsk” Wydawnictwo Naukowe: 2006.
7. Prażmowska B, Iwanowicz-Palus G, Makara-Studzińska M. Przeżycia rodziców związane z porodem rodzinnym. [w:] Makara-Studzińska M, Iwanowicz-Palus G. red. Psychologia w położnictwie i ginekologii. Warszawa, PZWL: 2009.
8. Nitecka E. Alternatywna opieka okołoporodowa. Piel. Poł. 1999; 41 (6), 7-8.
9. Kaden E. Alternatywne metody znoszenia bólu porodowego. TENS. Położna. Nauka i Praktyka 2010, 1 (9), 42-46.
10. Sipiński A, Dudkiewicz D, Ciszek V, Stanek-Widera A. Badania ankietowe dotyczące zaleceń, WHO poświęconych właściwym technikom porodowym. Klin. Perin. i Gin. 1996; supl. 13, 81-84.
11. Urban J. Nieprawidłowy czas trwania ciąży. [w:] Bręborowicz G H. red. Położnictwo i ginekologia. Warszawa, PZWL: 2007.
12. Dudenhausen J W, Psyhrembel W. Położnictwo praktyczne i operacje położnicze. Warszawa, PZWL: 2007.
13. Słomko Z. Poród w nieprawidłowym ułożeniu płodu. [w:] Bręborowicz G H red. Położnictwo i ginekologia. Warszawa, PZWL: 2007, a.
14. Słomko Z. Poród w nieprawidłowych ustawieniach płodu. [w:] Bręborowicz G H red. Położnictwo i ginekologia. Warszawa, PZWL: 2007, b.
15. Laudański T. Modyfikacja środowiska narodzin-potrzeby matki i dziecka a potrzeby nowoczesnego położnictwa. Gin. Pol. 2001; 72 (8), 668-673.
16. Lichtenberg-Kokoszka E, Janiuk E, Ks. Dzierżanowski J. red. Optymalizacja porodu – zagadnienie interdyscyplinarne. Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls”: 2008.
17. Bunia K. Niezastąpiony dotyk. Mag. Piel. i Poł., 2004; 12 (90), 18-19.

Praca przyjęta do druku: 28.06.2010 r.

Praca zaakceptowana do druku: 28.02.2011 r.

