

**Iwona Adamska-Kuźmicka, Danuta
Zarzycka, Agnieszka Sadurska,
Mariusz Wysokiński, Lilla Walas,
Wiesław Fidecki, Marta Czekirda**

**Wybrane elementy teorii
pielęgniarstwa Kathryn E. Barnard w
odniesieniu do opieki położniczej**

Acta Scientifica Academiae Ostroviensis nr 31, 79-89

2008

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

**Iwona Adamska-Kuźmicka, Danuta Zarzycka, Agnieszka Sadurska,
Mariusz Wysokiński, Lilla Walas, Wiesław Fidecki, Marta Czekirda¹**

WYBRANE ELEMENTY TEORII PIELĘGNIARSTWA KATHRYN E. BARNARD W ODNIESIENIU DO OPIEKI POŁOŻNICZEJ

Streszczenie

Założenia teorii opieki pielęgniarskiej odwołują się do różnych koncepcji filozofii człowieka. W świetle współczesnych założeń praktyki pielęgniarskiej duże znaczenie ma poszukiwanie optymalnego modelu opieki wobec człowieka w różnych okresach życia.

Prowadzone przez lata badania naukowe pozwoliły K.E. Barnard na przedstawienie założeń teorii pielęgniarstwa o nazwie - Interakcyjna Teoria Oceny Zdrowia Dziecka.

Celem pracy jest scharakteryzowanie wybranych elementów teorii pielęgniarstwa Kathryn E. Barnard, które pozwolą praktykom na wzbogacenie zakresu i charakteru opieki położniczej.

Słowa kluczowe: K.E. Barnard, teoria pielęgniarstwa, opieka położnicza

Chosen Elements of the Nursing Theory by Kathryn E. Barnard with Reference to Obstetrics Care

Abstract

Assumptions for the nursing theory refer to various concepts of a human being. In the vein of contemporary nursing practice assumptions, it is very important to seek an optimum model of taking care of a human being at different life stages.

Many years of research have allowed K.E. Barnard to present assumptions for the nursing theory which she called an Interactive Theory of a Child's Health Assessment.

The work aims at characterising chosen elements of the nursing theory by Kathryn E. Barnard, which will allow practices to enrich the scope and the character of the nursing care.

Key words: K.E. Barnard, nursing theory, obstetrics care.

¹ Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Kierownik Katedry: Prof. dr hab. n. med. Irena Wrońska. Adres do korespondencji: Al. Raclawickie 1, 20-950 Lublin tel. 081-532-29-24

Kształtowanie myśli naukowej współczesnego pielęgniarstwa dokonuje się w procesie prowadzonych od ponad pół wieku badań, w wyniku których powstały teorie opieki pielęgniarstwa [1].

Założenia teorii opieki pielęgniarstwa odwołują się do różnych koncepcji filozofii człowieka. W świetle współczesnych założeń praktyki pielęgniarstwa istotne znaczenie ma poszukiwanie optymalnego modelu opieki wobec człowieka w różnych okresach życia. Także w odniesieniu do czynności opiekuńczych sprawowanych przez położną optymalny model opieki będzie stanowił znaczący element w podnoszeniu jakości opieki. Położną to osoba sprawująca opiekę nad kobietami w różnych okresach życia. Najliczniejszą grupę stanowią kobiety w wieku rozrodczym, które w zależności od stanu określane są mianem ciężarna, rodząca, położnica. Integralną częścią podmiotu opieki położniczej jest dziecko (noworodek, niemowlę, wcześniak). Działalność zawodowa położnej ze względu na zapewnienie wysokiej jakości opieki powinna posiadać podstawy teoretyczne. Część teoretyczna kształcenia zawiera przedmioty ogólnie medyczne (anatomia, fizjologia, patologia, biochemia, itd.) oraz elementy z zakresu podstaw pielęgniarstwa: teorie pielęgniarstwa, filozofia, etyka.

Celem pracy jest scharakteryzowanie wybranych elementów teorii pielęgniarstwa Kathryn E. Barnard, które pozwolą praktykom na wzbogacenie zakresu i charakteru opieki położniczej.

Autorka teorii Kathryn E. Barnard jest profesorem pielęgniarstwa i psychologii Uniwersytetu w Waszyngtonie. Jej zainteresowania skupiają się w obszarze rozwoju dziecka zdrowego oraz z zaburzeniami w rozwoju psychofizycznym od momentu narodzin po okres dojrzewania. W badaniach porusza także zagadnienia psychologiczne, rozwoju dzieci urodzonych przedwcześnie i ich późniejsze relacje z matką. Głównym elementem pracy Barnard było rozwinięcie narzędzi oceny zdrowia, wzrostu i rozwoju dziecka podczas badania interaktywnego systemu rodzic-dziecko. Stwierdziła w swoich doniesieniach naukowych, że na system rodzic-dziecko mają wpływ indywidualne cechy każdego członka rodziny, są one modyfikowane aby sprostać potrzebom systemu. Prowadzone przez lata badania naukowe pozwoliły K.E. Barnard na przedstawienie założeń teorii pielęgniarstwa o nazwie - Interakcyjna Teoria Oceny Zdrowia Dziecka (Child Health Assessment Interaction Theory) [2].

Trzy główne pojęcia tworzą podstawy Interakcyjnej Teorii Oceny Zdrowia Dziecka:

1. **Dziecko** – autorka teorii nie definiuje pojęcia a jedynie wskazuje na cechy jakie musi posiadać, aby się komunikować z światem zewnętrznym i rozwijać fizycznie i psychicznie. Do tych cech zalicza: zachowanie nowonarodzonego dziecka, wzory karmienia i snu, wygląd fizyczny, temperament i zdolności dziecka do przystosowania się do swojego opiekuna i środowiska.
2. **Matka** – ten termin odnosi się do matki lub opiekuna dziecka, a także ich podstawowych cech. Do nich zaliczane są: zalety psychologiczne matki/ opiekuna, troska o dziecko, zdrowie własne, ilość doznanych zmian, sytuacji trudnych w dotychczasowym życiu, oczekiwania wobec dziecka (nasilenie ich, zabarwienie emocjonalne) i co najważniejsze - styl rodzicielstwa i zdolności adaptacyjne opiekunów.
3. **Środowisko** – reprezentuje ono zarówno środowisko dziecka jak i matki. Cechy środowiska zawierają aspekty środowiska fizycznego rodziny (np. warunki mieszkaniowe, finansowe, społeczne), zaangażowanie ojca i wzajemną współpracę rodziców podczas wychowania dziecka [2, 3, 4].

W ujęciu Interakcyjnej Teorii Oceny Zdrowia Dziecka, Barnard określiła również inne pojęcia będące stałymi determinantami teorii, to jest: pielęgniarstwo, osoba, zdrowie, środowisko.

Pielęgniarstwo. W 1966 roku zdefiniowała pielęgniarstwo jako „proces, podczas którego pacjent wspierany jest w utrzymywaniu i promocji własnej niezależności. Proces ten może być edukacyjny, terapeutyczny lub wspierający i często wymaga zmiany środowiska”. W 1981 roku podczas I Międzynarodowej Konferencji Badań Wychowawczych, zdefiniowała pielęgniarstwo jako „diagnozę i ukierunkowanie działań na problemy zdrowotne” [2]. Dla porównania definicji określiła charakterystycznych w przedstawianiu teorii pielęgniarstwa przedstawiono definicje R.T. Mercer. Autorka Teorii Przyjęcia Roli w Macierzyństwie, pielęgniarstwo zdefiniowała jako „naukę wynikającą z buntowniczego dorastania do dorosłości” [10, s. 411]. Mercer definiuje także pielęgniarstwo położnicze jako „diagnozowanie i oddziaływanie na reakcje kobiet i mężczyzn na faktyczne i potencjalne problemy zdrowotne podczas ciąży, porodu i okresu poporodowego” [10, s. 411].

Osoba. Barnard podaje, że jest to istota ludzka o zdolności do przyjmowania bodźców słuchowych, wizualnych i dotykowych, ale także do kreowania znaczących skojarzeń z informacją, które przyjmuje. Termin ten obejmuje niemowlęta, dzieci oraz dorosłych [2].

Natomiast Mercer nie przybliżył definicji podmiotu opieki, jedynie rozpatruje w odniesieniu do własnego „ja” każdej osoby i samoopieki, poprzez wchodzenie w odmienną od pozostałych rolę matki. Poprzez indywidualne podejście do macierzyństwa, kobieta może odzyskać swoją własną osobowość, kiedy oddziela siebie z układu „matka-niemowlę”. Jej własne „ja” rozwija się przez wcześniejsze lata z kontekstu kulturowego, jest determinowane tradycjami w których wyrosła [10,11,12].

Zdrowie. Autorka teorii nie podaje definicji zdrowia. Wskazuje rodzinę jako podstawową jednostkę dbającą o zdrowie, przekładającą się na całe społeczeństwo. Najważniejszym komponentem utrzymania zdrowia jest promocja, profilaktyka zdrowia i pozytywne zachowania zdrowotne. Podkreśla ważność działań, prowadzących do uzyskania maksymalnego potencjału zdrowia poprzez promowanie nowych, prozdrowotnych wartości w społeczeństwie. Oczywiście może być to zrealizowane poprzez propagowanie tych działań w rodzinie, uznanym przez Barnard za składnię społeczeństwa [2, 5]. W swojej teorii Mercer nie definiuje pojęcia zdrowie, tylko „stan zdrowia” jako postrzeganie przez matkę i ojca ich wcześniejszego oraz obecnego stanu zdrowia, prognoz zdrowotnych, odporności ale i podatności na choroby, troskę o zdrowie, orientację w chorobach i odrzucenie roli chorego. „Status zdrowotny” noworodka/ niemowlęcia to występujące choroby i stan zdrowia dziecka w ogólniej ocenie rodziców. Na stan zdrowia rodziny negatywny wpływ ma stres przedporodowy. Stan zdrowia jest ważnym i bezpośrednim czynnikiem wpływającym na satysfakcję rodziców z dzieci [10,11,12].

Środowisko. Jest jednym z ważniejszych aspektów teorii Barnard. Stwierdza, że w rzeczywistości środowisko to wszystkie doświadczenia napotkane przez dziecko, dorosłego człowieka: ludzie, rzeczy, miejsca, dźwięki, odczucia wizualne i dotykowe. Rozróżnia dwa typy środowiska: środowisko żywe i martwe. Środowisko martwe odnosi się do obiektów dostępnych dziecku przy odkrywaniu i manipulacji. Środowisko żywe to czynności opiekuna wykonywane w celu pobudzenia oraz skierowania uwagi dziecka na świat zewnętrzny [2, 3, 4, 5]. Środowisko Mercer przedstawia w postaci elementów składających się na nie, tj. kultura jednostki, partnera, rodzina i/lub grupy wsparcia i rozmiar pomocy ponieważ to odnosi się do przyjęcia roli macierzyńskiej. Miłość, wsparcie i opieka partnera są ważnymi czynnikami umożliwiającymi kobiecie opiekę nad dzieckiem.

Reakcje partnerów, rodziców, innych krewnych i przyjaciół są dokładnie oceniane przez przyjmującą rolę i są cennym źródłem pomocy dla nowej matki. Wspierające reakcje zapewniają aprobatę dla roli matki [10,13,14,15,16,17].

Teoria Interakcyjna Oceny Zdrowia Dziecka stworzona przez Barnard zawiera dziesięć założeń:

1. W ocenie zdrowia dziecka głównym celem jest zidentyfikowanie problemów zdrowotnych, zanim się jeszcze rozwiną. Interakcja pomiędzy dzieckiem a rodzicem będzie wtedy najbardziej efektywna. Problemy zdrowotne dziecka mogą wynikać z zaburzenia sfery biologicznej, psychicznej, społecznej.
2. Czynniki środowiskowe (np. zabawa) występujące w procesie interakcji pomiędzy rodzicami a dzieckiem decydują o wynikach zdrowia dziecka.
3. Reakcje codzienne pomiędzy opiekunem i dzieckiem dostarczają informacji, odzwierciedlających naturę obecnego środowiska dziecka.
4. Opiekun wnosi podstawowy styl (swoj własny, osobniczy) oraz poziom zdolności, które stają się ciągłymi cechami charakterystycznymi dla zdolności adaptacyjnej opiekuna, co wpływa na odpowiedź niemowlęcia.
5. W adaptacyjnej interakcji pomiędzy rodzicami a dzieckiem następuje proces wzajemnej modyfikacji. A mianowicie każde, nawet najmniej pozorne zachowanie rodzica oddziałuje na niemowlę. Wszystkie sygnały wysyłane przez dziecko wpływają na rodzica, przez co obie strony się zmieniają, dostosowują, oddziałują na siebie.
6. Proces adaptacyjny jest bardziej podatny na zmiany niż podstawowe cechy charakterystyczne dla matki lub niemowlęcia. Podczas interakcji położna powinna wspierać czułość i czujność matki oraz jej reakcje na sygnały wysyłane przez dziecko. Zamiast próbować zmieniać jej cechy charakterystyczne lub styl opieki.
7. Istotną cechą promowania edukacji dziecka jest przyzwolenie na dokończenie zachowań zainicjowanych przez dziecko oraz wspomaganie prób wykonywania zadań przez dziecko.
8. Głównym zadaniem położnych jest wspieranie opiekuna dziecka przez pierwszy rok życia dziecka. Pomaganie w odczytywaniu sygnałów dziecka, wskazywanie na właściwe reakcje rodziców zwiększające potencjał zdrowotny dziecka.

9. Interakcyjna ocena zdrowia jest ważna w każdym modelu opieki nad dzieckiem, gdyż pozwala na komunikację dziecka z światem zewnętrznym.
10. Ocena środowiska w jakim znajduje się dziecko jest istotnym elementem oceny jego zdrowia, a dokładniej rozwoju [2,6].

Interakcja rodzic-dziecko jest częścią składową teorii i została przedstawiona na ryc. 1. Model Teorii Interakcji Oceny Zdrowia Dziecka został przedstawiony, aby zilustrować teorię Barnard. Najmniejszy okrąg reprezentuje niemowlę wraz z cechami charakterystycznymi, takimi jak: temperament, adaptacja. Następny okrąg pod względem wielkości reprezentuje matkę lub opiekuna wraz z jej/jego cechami charakterystycznymi. Największy okrąg reprezentuje środowisko matki i dziecka. Zawiera się w nim środowisko martwe i żywe oraz kolejny element zewnętrzny jakim jest wsparcie [2,7].

Części modelu, gdzie dwa okręgi nachodzą na siebie ukazują interakcje pomiędzy tymi dwoma obszarami, np. matka – dziecko, matka – środowisko, dziecko – środowisko. Obszar w centrum ryciny wskazuje na interakcje pomiędzy wszystkimi trzema zakresami. Teoria Barnard skupia się na tym właśnie ważnym procesie interakcji pomiędzy matką, dzieckiem i środowiskiem. W swoim Projekcie Oceny Opieki nad Dzieckiem użyła tego modelu jako teoretycznego podłoża do badań nad potencjalnymi metodami ochrony oraz oceny rozwoju dzieci. Jedną z metod użytych w teorii jest indukcja polegająca na obserwowaniu pojedynczych przypadków, a później łączeniu ich w większą całość. Konkluzją wyłonioną przez Barnard było określenie, że najważniejszym aspektem oceny zdrowia dziecka jest interakcja i adaptacja pojawiająca się pomiędzy rodzicem a dzieckiem [2, 8]. Barnard opisała terminy ułatwiające odczytanie ryciny 1. Pogrupowała je w zbiór cech opiekuna-rodzica i cech dziecka zamieszczonych na rycinie 2. Cechy dziecka – niemowlęcia:

- ❖ Kreowanie sygnałów przez niemowlę - biorąc udział w synchronicznej relacji, niemowlę wysyła sygnały do swojego opiekuna. Zdolność dziecka do wysyłania sygnałów czyni je łatwymi lub trudnymi w odbiorze, odczytaniu przez rodzica. Niemowlęta wysyłają sygnały różnego rodzaju, są one ich swoistym językiem. Mogą dotyczyć: senności, czujności, głodu i jego zaspokojenia, zmiany w czynnościach ciała. Niejasne lub mylące (zaburzone) sygnały wysyłane przez niemowlę mogą przerwać zdolności przystosowawcze opiekuna.

- ❖ Adekwatność relacji dziecka (niemowlęcia) do zachowania rodziców - rodzic na podstawie sygnałów dziecka modyfikuje swoje zachowania względem niego, w ten sposób komunikując się z dzieckiem. Adaptacja dokonywana przez niemowlę nie jest możliwa, jeżeli niemowlę nie reaguje na sygnały zachowawcze swoich opiekunów [2, 9].

Cechy opiekuna-rodzica:

- ❖ Wrażliwość rodziców na sygnały dziecka - rodzice, podobnie jak niemowlęta, muszą być zdolni i gotowi do odczytania sygnałów niemowlęcia. To po ich odczytaniu powinni odpowiednio modyfikować swoje zachowanie. W tej komunikacji mogą wystąpić przeszkody wpływające na wrażliwość rodziców: problemy życia codziennego, zawodowe lub finansowe, problemy emocjonalne lub stres małżeński. Powodują one zmniejszenie wrażliwości rodziców w odczytywaniu nadawanych sygnałów od dziecka.
- ❖ Zdolność rodziców do łagodzenia płaczu, niepokoju dziecka/ niemowlęcia – płacz, niepokój są to sygnały wysyłane przez dziecko wskazujące, na potrzebę pomocy ze strony rodzica. Skuteczność rodziców w utuleniu niemowlęcia zależy od kilku czynników, między innymi: rozpoznania rodzaju niepokoju i płaczu dziecka, znajomości i opracowania odpowiedniego postępowania łagodzącego przykre doznania. Jednak najważniejszym czynnikiem jest ich dostępność i bezpośrednia realizacja złożonych działań.
- ❖ Społeczno-emocjonalne uwarunkowania adaptacji rodziców w wychowaniu dziecka - zdolność zapoczątkowania społecznych i emocjonalnych czynności wychowawczych zależy od globalnej adaptacji rodzica. Musi on być w stanie bawić się czule z dzieckiem, angażować się w społeczne interakcje (dostarczyć odpowiednich, społecznie pożądanych zachowań), być świadomy poziomu rozwojowego dziecka i przystosować odpowiednie dla dziecka swoje zachowania. Zależy to od energii rodzica, jego potencjału, wiedzy i zdolności intelektualnych.
- ❖ Kognitywne (poznawcze) czynności wychowawcze rodzica – wzrost kognitywny jest ułatwiony przez dostarczanie stymulacji, która jest ponad poziomem rozumienia dziecka. Możliwe jest to gdy, rodzic jest świadomy stopnia rozumienia abstrakcyjnego przez dziecko, musi także mieć energię do zrealizowania założeń interakcyjnych [2, 3, 4, 5, 8, 9].

W teorii Barnard matka przedstawiona jest jako główny koncept, z kolei ojciec pojawia się dopiero w opisie środowiska. W tym obszarze model Barnard powinien być zmodyfikowany. Teoria Interakcyjnej Oceny Zdrowia Dziecka ogranicza się jedynie do relacji między matką/opiekunem i dzieckiem w pierwszym roku jego życia, kładąc szczególny nacisk na powstawanie relacji/ interakcji o cechach prozdrowotnych. Opisywana teoria w swoich założeniach odnosi się do kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu. Kolejnymi progami w rozwoju jest 4, 8 i 12 miesiąc życia dziecka. Mimo, że ma dokładnie ograniczony zasięg i cel, teoria Barnard jest odpowiednia nie tylko dla położnych, lecz również dla innych profesjonalistów zajmujących się relacjami rodzic-dziecko [2, 6, 7].

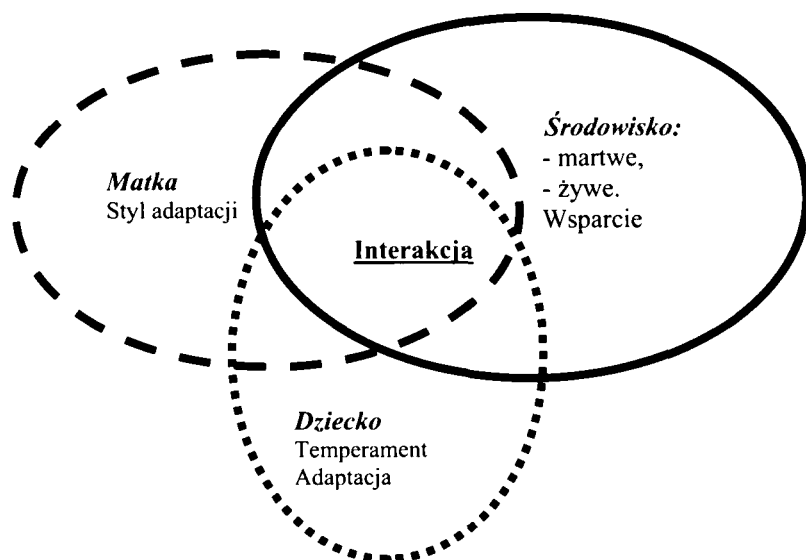
W ujęciu praktycznym teoria jest realizowana poprzez Skalę Oceny Opieki nad Dzieckiem, która jest używana do planowania indywidualnych zachowań, relacji w rodzinach. Daje mierzalne wyniki zarówno dla opiekuna jak i dziecka, a następnie formułuje ocenę. Narzędzie to jest używane zarówno do badań naukowych jak i w codziennej praktyce klinicznej w Stanach Zjednoczonych i innych krajach [2,7].

W swoich publikacjach Barnard podkreśla potrzebę łączenia badań, teorii i praktyki. Wskazuje ona, że „nie było wcześniej tak ekscytujących czasów w pielęgniarstwie, jakie są teraz. Mamy teraz lepszy rozwój praktyki klinicznej, prac badawczych, administracji i zaplecza edukacyjnego porównując do czasów przeszłych” [2, s. 430]. Reasumując powyżej przedstawione założenia można wskazać na niezaprzeczalną podstawową wartość teorii Barnard, zorientowaną na praktyczne elementy sprawowania opieki nad kobietą i dzieckiem, a także zwróceniem uwagi na rodzinę dziecka jako środowiska jego bytowania. Ze względu na kluczowe aspekty rozwoju dziecka zawarte w teorii jest zorientowana na praktykę, może służyć jako struktura dla oceny, planowania i realizowania opieki medycznej nad matkami i ich dziećmi. Teoria w swojej naturze jest przewidywalna i łatwo wprowadzić ją w praktykę. Podsumowaniem prezentacji Barnard będą słowa R.T. Mercer, które stanowią swoistą egzemplifikację założeń teoretycznych i ukierunkowuje badania naukowe jako „most do wielkości” w praktyce pielęgniarstwa [1,7].

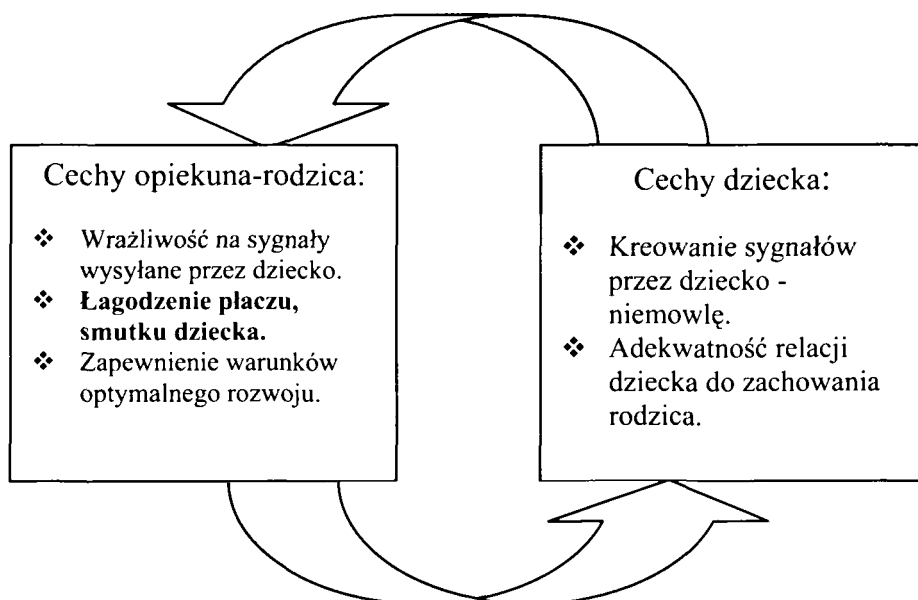
Piśmiennictwo:

1. Zahradniczek K. (red.): *Wprowadzenie do pielęgniarstwa*. PZWL, Warszawa 1999.
2. Fine J. M.B., Baker J.K., Borchers D.A., Cochran D.T., Kaltofen K.G., Orcutt N., Peacock J. A., Godfrey E.T., Wesolowski C.A., Yeager L.A.: *Kathryn E. Barnard. Parent-Child Interaction Model*. Middle-Range Nursing Theories. 423-432.
3. Wacharasin C., Barnard K.E., Spieker S.J.: *Factors affecting toddler cognitive development in low-income families: Implications for practitioners*. *Infant and Young Children* 2003, 16 (2), 175-181.
4. Spieker S.J., Nelson D.C., Petras A., Jolley S.N., Barnard K.N.: *Joint influence of child care and infant attachment security for cognitive and language outcomes of low-income toddlers*. *Infant Behavior & Development* 2003, 26, 326-344.
5. Bee H.L., Hammond M.A., Eyres S.J., Barnard K.E., Snyder C.: *The impact of parental life change on the early development of children*. *Research in Nursing & Health* 1986, 9 (1), 65-74.
6. Barnard K.E., Bee H.L.: *The impact of temporally patterned stimulation on the development of preterm infants*. *Child development* 1983, 54 (5), 1156-1167.
7. Lobo M.L., Barnard K.E., Coombs J.B.: *Failure to thrive a parent-infant interaction perspective*. *Journal of Pediatric Nursing* 1992, 7 (4), 251-261.
8. Bee H.L., Barnard K.E., Eyres S.J., Gray C.A., Hammond M.A., Spietz A.L., Snyder C., Clark B.: *Prediction of IQ and language skill from perinatal status, child performance, family characteristics, and mother-infant interaction*. *Child development* 1982, 53 (5), 1134-1156.
9. Barnard K.E., Blackburn S.: *Making a case for studying the ecologic niche of the newborn*. *Birth Defects: Original Article Series* 1985, 21 (3), 71-88.
10. Meighan M.M., Bee A.M., Legge D., Oetting S.: Ramona T. Mercer. *Maternal Role Attainment*. Middle-Range Nursing Theories. 407-422.
11. Mercer R.T., Ferketich S.L.: *Maternal-infant attachment of experienced and inexperienced mothers during infancy*. *Nursing Research* 1994, 43 (6), 344-351.

12. Mercer R.T.: *Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment*. Journal of Nursing Scholarship 2004, 36 (3), 226-232.
13. Mercer R.T., Ferketich S.L., DeJoseph J.F.: *Predictors of partner relationships during pregnancy and infancy*. Research in Nursing & Health 1993, 16 (1), 45-56.
14. Mercer R.T., Ferketich S.L.: *Predictors of maternal role competence by risk status*. Nursing Research 1994, 43 (1), 38-43.
15. Ferketich S.L., Mercer R.T.: *Paternal-infant attachment of experienced and inexperienced fathers during infancy*. Nursing Research 1995, 44 (1), 31-37.
16. Ferketich S.L., Mercer R.T.: *Predictors of role competence for experienced and inexperienced fathers*. Nursing Research 1995, 44 (2), 89-95.
17. Mercer R.T., Ferketich S.L.: *Experienced and inexperienced mothers' maternal competence during infancy*. Research in nursing & Health 1995, 18 (4), 333-343.



Ryc. 1. Model Teorii Interakcyjnej Oceny Zdrowia Dziecka wg K. E. Barnard.
 Źródło: Fine J. M.B., Baker J.K., Borchers D.A., Cochran D.T., Kaltofen K.G., Orcutt N., Peacock J. A., Godfrey E.T., Wesolowski C.A., Yeager L.A.: Kathryn E. Barnard. Parent-Child Interaction Model. *Middle-Range Nursing Theories*. 423-432.



Ryc. 2. Cechy opiekuna-rodzica i dziecka w ujęciu teorii pielęgnowania K.E. Barnard.
 Źródło: Fine J. M.B., Baker J.K., Borchers D.A., Cochran D.T., Kaltofen K.G., Orcutt N., Peacock J. A., Godfrey E.T., Wesolowski C.A., Yeager L.A.: Kathryn E. Barnard. Parent-Child Interaction Model. *Middle-Range Nursing Theories*. 423-432.