

ZDRAVSTVENO VARSTVO ŽENA IN NOVOROJENCEV

HEALTH CARE OF WOMEN AND NEWBORN INFANTS

Maja Klančnik-Gruden

UDK/UDC 618.2-081.215

DESKRIPTORJI: *perinatalna medicina; mati-otrok nega*

DESCRIPTORS: *perinatology; maternal-child nursing*

Izvleček – *Umrljivost dojenčkov je eden izmed najpomembnejših kazalcev zdravstvenega varstva prebivalstva. Pričujo-či pregledni članek obravnava zdravstveno varstvo žena in novorojencev. Pri tem je razdeljen na prednosečnostno in predporodno zdravstveno varstvo ter na dileme zdravstvenega varstva žensk. Zadnji sklop obsega pregled posameznih umrljivosti dojenčkov v Sloveniji glede na ostale evropske države in kratek opis dela Komisij za zniževanje umrljivosti dojenčkov.*

Abstract – *Mortality of infants during the first year of life is one of the most important indicators of health care system. This review article is dealing with health care of women and newborn infants. It differentiates between health care before pregnancy and before birth and on dilemmas of health care of women. In conclusion, the article review reasons for specific mortality of infants in Slovenia in comparison with other European countries and contains a short description work of The Committee for Mortality Decreasing.*

Uvod

Zdravstveno varstvo žensk in otrok na Slovenskem se ponša z bogato dediščino. O uspešni dejavnosti zdravstvene službe na področju zaščite matere in otroka v zadnjih 250 letih (ko je bila ustanovljena babiška šola v Ljubljani) govorijo zdravstveni kazalci in številke, kot so nizka umrljivost dojenčkov, zmanjšanje števila mrtvorojenih otrok, nizka maternalna umrljivost, dobro antenatalno varstvo, strokovna pomoč ob vseh porodih, dobro zdravstveno varstvo dojenčkov, majhnih otrok ter šolarjev (1).

Ženske so del populacije, ki so pogosto prikrajšane na področju zdravstvenega in socialnega statusa. Ženske imajo edinstvene zdravstvene potrebe, ki zahtevajo specifično in usmerjeno delovanje znotraj zdravstvenih in drugih služb. Posebna skupina populacije so otroci, ki predstavljajo 20 % vsega prebivalstva. Izboljševanje zdravja mladih ljudi je pomembna humanitarna in ekonomska investicija. Otroci so najbolj ranljiva skupina družbe, ki ponavadi nimajo politične moči in sta zato njihovo zdravje in blaginja odvisna od volje in sposobnosti družbe, da skrbi za vse svoje državljane (2).

Zdravje mater in otrok je v tesni medsebojni povezavi in glede na to je posebna zdravstvena skrb namenjena ženskam v rodni dobi (15 do 49 let), posebej nosečnicam ter dojenčkom (3).

Prednosečnostno in predporodno varstvo je del varovanja reproduktivnega zdravja in obsega vse stopke, ki jih opravljamo pred in med nosečnostjo z

namenom, da se bo zdravi materi rodil zdrav otrok (4).

Ukrepi na področju *zdravstvenega varstva* so lahko splošni ali specifični. Med splošne ukrepe štejejo: odpravljanje neznanja, ustvarjanje pogojev za resnično enakopravnost in svobodo na vseh področjih življenja in dela; pod specifične pa štejejo organizirano skrb za zdravje, še zlasti med nosečnostjo in porodom (3).

Zdravstvena služba mora biti zelo zavzeta pri vzgajanju mladih za humane odnose med spoloma (3).

Osnovni preventivni postopki v okviru nosečnostnega antenatalnega varstva so:

- Primarna preventiva: utrjevanje zdravja, zdravstvena vzgoja, priprava na porod in otroka, specifična profilaksa pred določenimi definiranimi stanji, preprečevanje vnetij, socioekoloških dejavnikov in drugih škodljivih vplivov.
- Sekundarna preventiva: zgodnje odkrivanje nosečnosti z večjimi tveganji, zgodnje odkrivanje nepravilnosti nosečnosti, poroda in novorojencev (5).

Obseg prednosečnostnega in predporodnega zdravstvenega varstva

Posvet pred zanositvijo

Posvet pred zanositvijo je moderen pristop k varovanju reproduktivnega zdravja. Alenka Lobnik Zor-

ko (6) je v pogovoru z dr. Živo Novak Antolič ugotovila, da naj bi ženska, ki želi zanositi, prišla na posvet pred zanositvijo vsaj že tri mesece prej, ker so za samo prognozo prihodnje nosečnosti ter za zdravje matere in otroka še posebno pomembni trije meseci prej. Pomembno je zdravstveno stanje obeh roditeljev.

Tri mesece pred načrtovano zanositvijo naj starša ne bi prebolela hujše bolezni, naj bi se zdravo prehranjevala, manj pila, manj kadila, če že kadita, ženska pa naj bi se dala cepiti proti rdečkam, če jih še ni prebolela. Po tem cepljenju naj bi počakala z zanositvijo še dva meseca (6).

Pri posvetu pred zanositvijo se je potrebno posebej usmeriti na anamnezo (osebno in družinsko), da se pravočasno odkrijejo varovanke s kroničnimi boleznimi, saj je potrebno pri njih zelo natančno načrtovati čas zanositve in nadzor v nosečnosti (7).

Pregledi v nosečnosti

Osnovno pravilo: Vsaka nosečnica naj gre na pregled takoj, ko ugotovi, da je noseča (3), oziroma čim prej po izostali menstruaciji (7). Cilj Svetovne zdravstvene organizacije (2): stoodstotno zajetje nosečnic v prvih treh mesecih nosečnosti.

Razširjeni strokovni kolegij Univerzitetne ginekološke klinike je priporočil shemo vodstva zdravih nosečnic. Zdravo nosečnico pregledamo v nosečnosti 8 do 10 krat (8., 12., 16., 20., 24., 32., 35., 38. in 40. teden nosečnosti) (8). Po Chamberlainu (7) je število pregledov v nosečnosti pod 10 minimalistično; minimalno število je od 10 do 14, optimalno pa nad 14 pregledov. Poudarja tudi, da mora biti večina pregledov opravljena v zadnjih dveh mesecih pred pričakovanim dnevom poroda. Novak-Antoličeva (7) pravi, da je pomembno tudi, da je nosečnica seznanjena s stanji, ko mora takoj na pregled v posvetovalnico in da te znake sama prepozna (krvavitve, bolečine, povišana telesna temperatura, slabše branje ploda).

S prvim pregledom ginekolog potrdi nosečnost, npravi natančno anamnezo, ki je prvi korak zgodnjega odkrivanja rizičnih nosečnosti (5), in splošni internistični status nosečnice. Ob prvem pregledu napravimo tudi nekaj osnovnih preiskav, izmerimo krvni tlak in telesno težo. Pri ponovnih pregledih preverjajo krvni tlak in telesno težo, pojavljanje edemov, urin. Od 12. tedna naprej ob ponovnih pregledih poslušamo plodove srčne utripe z Dopplerjevim minifetonom. V drugi polovici nosečnosti nosečnico povprašamo o plodovih gibih in izmerimo razdaljo med sramno kostjo in vrhom maternice. V 20. tednu opravi nosečnica rutinski ultrazvok, v 24. in 32. tednu pri nosečnici ponovimo določene preiskave (8).

Uradni list Republike Slovenije iz leta 1996 (8) v srednjeročnem načrtu zdravstvene skupnosti predvideva na področju zdravstvenega varstva rizičnih skupin prebivalstva: pet sistematičnih pregledov med nosečnostjo za ugotavljanje njenega poteka, morebitnih

zapletov in tudi celotnega zdravstvenega stanja nosečnic z ustreznimi preiskovalnimi metodami v skladu z doktrino.

Ogrožena skupina žensk so mladostnice, mlajše od 17 let, in ženske, starejše od 42 let (9), medtem je za druge avtorje ogrožena skupina žensk širša: ženske, mlajše od 18 let in starejše od 34 let. Najslabši obisk v posvetovalnicah za nosečnice je pri mladoletnicah, pa tudi pri materah z več otroki. Nosečnice, ki imajo za seboj štiri ali več porodov, so bolj ogrožene, še bolj so ogroženi njihovi novorojenčki, zato bi jim bilo treba posvetiti več skrbi v posvetovalnicah. Otroci mater, ki so redkeje obiskovale posvetovalnico, imajo pogosteje ob rojstvu nižjo oceno vitalnosti po Apgarjevi kot otroci mater, ki so pogosteje obiskovale posvetovalnico (8).

Ultrazvočni pregledi

Odkrivanje, obravnavanje in preprečevanje razvojnih nepravilnosti ploda je pomemben cilj prenatalnega ultrazvoka. Uporaba ultrazvoka je v zadnjih letih porasla z nič na 75 %. Ultrazvočno preiskavo je potrebno opraviti v določenih obdobjih nosečnosti (med 12.–14. tednom, 20.–24. tednom, 32.–34. tednom nosečnosti), če hočemo, da bodo informacije klinično učinkovite (10).

Rutinski ultrazvok se imenuje uporaba ultrazvoka v presejalne namene pri nosečnicah z nizkim tveganjem v času od 16. do 20. tedna nosečnosti. Klinične analize podpirajo medicinsko učinkovitost rutinskega porodniškega ultrazvoka. Helsinška raziskava uporabe ultrazvoka je pokazala pomembno znižanje perinatalne umrljivosti v skupini nosečnic, ki so bile preiskane rutinsko (10). Enako je ugotovila tudi skupina norveških avtorjev, da so z uvedbo rutinske presejalne ultrazvočne preiskave v resnici znižali število ultrazvočnih preiskav, zmanjšali pa so tudi število nepotrebnih indukcij, ker je bil pričakovani dan poroda pravilno določen pri zgodnji ultrazvočni preiskavi (11).

Rezultati največje naključne klinične raziskave RADIUS (Routine Antenatal Diagnostic Imaging with Ultrasound) so v letu 1993 zopet vzbudili razpravo o uporabi ultrazvoka v nosečnosti z nizkim tveganjem, saj so pokazali, da ni razlike v slabem perinatalnem izidu med rutinsko in kontrolno skupino (rutinsko skupino so preiskali 2,2-krat, kontrolno pa 0,6-krat) (10).

Prva priporočila Razširjenega strokovnega kolegija za področje ginekologije in porodništva glede rutinskega ultrazvoka v nosečnosti so bila podana leta 1983, nato leta 1993, kjer so priporočili, naj bi v normalni nosečnosti nosečnico pregledali dvakrat: okrog 20. in okrog 30. tedna nosečnosti. Po objavi študije RADIUS se stališča Razširjenega strokovnega kolegija ginekologije in porodništva Republike Slovenije niso spremenila. Še vedno priporočajo dva ultrazvočna pregleda v normalni nosečnosti (12).

Medtem Novak-Antoličeva (7) predlaga tri ultrazvočne preglede v nosečnosti. Prvega predlaga v zgodnji nosečnosti, ko ugotavljamo prisotnost nosečnosti v maternici, vitalnost ploda in pričakovani dan poroda, drugega okrog 20. tedna nosečnosti, ko ugotavljamo morebitne prisotne anomalije ploda in potrdimo trajanje gestacije, in tretjega okrog 30. tedna nosečnosti, ko ugotavljamo rast in stanje ploda (8).

Ožarčenje z ultrazvokom v kliničnih razmerah povzroči minimalne spremembe v temperaturi ploda. Večje stopnje ožarčenja imajo lahko teratogeni učinek, ki ga ultrazvok nima, vendar ga je potrebno omejiti na najkrajši čas (10). Nekateri avtorji so povezovali spontane splave z delom pred elektromagnetnimi zasloni, vendar raziskave tega niso potrdile (11).

Zahtevana teoretična in praktična izobrazba za osebe, ki opravljajo ultrazvočno preseganje, je zelo visoka (11) in šele tedaj, ko ultrazvočno preiskavo izvajajo izkušeni preiskovalci z dodatnimi aparati, je ultrazvok finančno učinkovit (10).

Dokumentacija pregledov

Namen dokumentacije v zdravstvu je prenos informacije med varovancem (nosečnico) in določenim subjektom zdravstvenega varstva. Poleg te osnovne funkcije ima dokumentacija še pravno, administrativno in statistično funkcijo. Osnovni dokument ambulantnega varstva je karton nosečnice. Za statistične namene se podatki iz ambulant zbirajo enkrat mesečno, vendar so usmerjeni bolj za organizacijske kot medicinske potrebe (13). Perinatalni statistični podatki so povzeti iz porodnega zapisnika in so lepo prikazani v Perinatalnem informacijskem sistemu Slovenije (PISS) (7).

Materinska knjižica

Materinsko knjižico, kot jo poznamo danes, je leta 1986 sestavila in v slovenski prostor vpeljala skupina zdravnikov (Morgan, Japelj, Zupan, Novak-Antolič) v okviru Sekcije za perinatalno medicino Slovenije (7).

Materinska knjižica je primarni klinični dokument, ki bi moral vsebovati vse splošne podatke o nosečnici, njenem delovnem mestu, zdravju, navadah, poteku nosečnosti, porodu in novorojencu. Postati bi morala ključni element za prenos informacij v času nosečnosti in tudi kasneje. Njena koristnost je večkrat in nesporno potrjena, vendar ni toliko spoštovana, kot bi si zaslužila. (13).

Porodni zapisnik

Porodni zapisnik vsebuje podatke o času pred porodom, med porodom in po njem (7). Pri zajemanju podatkov izstopata dva problema:

- porodnega zapisnika ne izpolnjujejo vsi enako,
- porodni zapisnik ne vsebuje vseh željenih podatkov (5).

Zdravstvena vzgoja porodnic

Vsaka nosečnica naj bi se svoji nosečnosti posvečala tudi s tem, da bi se udeleževala redne in organizirane zdravstvene vzgoje, ki poteka v Šoli za starše (3). Cilj, kot ga je postavila Svetovna zdravstvena organizacija, se glasi: »Do leta 2000 bo v zdravstveno-vzgojne programe vključenih vsaj 50 % nosečnic.« (2, 14).

Zaradi vseh strahov in specifičnih občutkov nosečnic, ki dosežejo vrhunec pri porodu, kjer so potrebe po zdravstveni vzgoji specifične, je potrebno izvajati zdravstveno vzgojo omenjene populacije. Na nosečnost bi morali začeti pripravljati ženske že v mladosti (7).

Zdravstveno vzgojo nosečnic – bodočih porodnic so nekoč izvajali v Materinski, danes v Starševski šoli. Danes obstaja v Ljubljani še tečaj za zgodnjo nosečnost in tečaj za bodoče očete. Leta 1984 je Materinska šola na Univerzitetni ginekološki kliniki v Ljubljani obsegala 11 sestankov (15). Vsak sestanek je bil razdeljen na štiri dele: teoretično razlago, dihalne, sprostitvene in telovadne vaje. Program takratne Materinske šole se je prenesel v današnjo Starševsko šolo in se ni dosti spremenil. Teme, ki jih pokriva omenjeni program, so: anatomija in fiziologija ženskih rodil, pomen dihalnih vaj, preprečevanje porodnih bolečin, nosečnost, pričakovani dan poroda, prenošnost, lega ploda, porodne dobe in sodelovanje staršev, epiziotomija, poporodna doba, nega dojenčka, dojenje, psihologija otroka in kontracepcija. Poleg teoretičnega dela je organizirana tudi predporodna telovadba.

V Ljubljani obstaja tudi privatni tečaj priprave na porod že od leta 1983. Vodi ga psihologinja Eva Hrvat-Kuhar. Cilj tečaja je lažji porod in aktivna skrb nosečnice zase. Tečaj obsega telesno in psihično pripravo na porod (16).

Starševska šola daje poleg znanja o nosečnosti in materinstvu tudi možnost nestrukturirane skupinske terapije (17), kar pomeni, da se vse več nosečnic s podobnimi problemi sreča in se pogovarja o svojih mislih, težavah in dvomih (18).

Dileme obporodnega zdravstvenega varstva

Trajanje poroda

Trajanje poroda je zelo pomembno tako za otroka kot tudi za mater, verjetno pa tudi za očeta. Da bi čim bolj zmanjšali porodni stres za mater in otroka, je nujno, da poteka porod relativno hitro – brez zastojev (19).

Normalen porod naj bi trajal pri prvorođkah manj kot 6 ur, pri mnogorođkah pa še manj. Prolongiran naj bi bil vsak porod, ki traja več kot 12 ur. Pri tem naj bi trajala druga porodna doba ali doba iztisa ploda

(od popolnega odprtja materničnega ustja do iztisa ploda) 2 uri pri prvorojčkih in 1 uro pri mnogorojčkih (19). Pajntar s sodelavci (19) je ugotovil, da so imeli otroci, ki so bili rojeni v manj kot 2 urah, najboljše ocene vitalnosti po Apgarjevi.

Do težav pri ocenah in primerjavah prihaja predvsem zato, ker se trajanje poroda zelo različno meri oziroma ocenjuje (19–21). Pajntar in Lavrič (19) sta leta 1971 analizirala vpliv trajanja poroda na otrokovo stanje po porodu. Ugotovila sta, da število slabših ocen vitalnosti otrok po Apgarjevi 1 minuto po rojstvu statistično pomembno narašča kot funkcija trajanja poroda. Ugotovila sta tudi, da so bile dolžine porodov pomembno povezane s porastom slabih ocen po Apgarjevi le pri spontanah porodih, pri pospešenih in induciranih pa ne.

Vasiljevič in sodelavci (20) so v petletnem obdobju (od 1984 do 1988) analizirali podaljšane porode, ki so jih definirali kot porode, ki trajajo več kot 18 ur, začnši z rednimi popadki, ne glede na njihovo frekvenco. Ugotovili so, da je trajanje poroda neposredno povezano z zapleti med porodom, stanjem otroka neposredno po porodu in zapleti v neonatalni dobi. Zato poudarjajo, da je potrebno porode aktivno spremljati v latentni in aktivni fazi, da lahko podaljšane porode pravočasno odkrijemo in ustrezno temu ukrepamo. Tudi Mikulandra in sodelavci (21) ter Dinič in sodelavci (22) poudarjajo, da so podaljšani porodi visoko rizični in zahtevajo intenzivni nadzor.

Ocena vitalnosti živorojenih otrok po Apgarjevi

Metodo je razvila dr. Virginija Apgar leta 1953 za ocenjevanje stanja novorojenčkov ob rojstvu. Namen metode je bil hitro ugotavljanje potrebe po reanimaciji in ocene same reanimacije. Ocenjujejo srčno akcijo, dihanje, mišični tonus, vzdražnost in barva kože. Skupni seštevek je optimum in je le redko dosežen v 1. minuti, seštevek 3 ali manj pa pomeni, da je otrok slaboten. Prvotno naj bi se ocenjevalo natanko po 1. minuti, danes pa se ocenjuje po 1. in po 5. minuti. Če je ocena po 5. minuti še vedno pod 7, je potrebno ponovno ocenjevanje po 10. minuti.

Nizka ocena po 1. minuti pomeni novorojenčka, ki potrebuje reanimacijo, ne more pa ta ocena napovedati nadaljnje usode novorojenčka. Ocena po 5. minuti predvsem pove, koliko se je spremenilo otrokovo stanje v času po 1. minuti. Čeprav je slaba ocena po 5. minuti lahko povezana z asfiksijo, slabo korelira s kasnejšimi nevrološkimi posledicami. Bolj zanesljiv kazalec kasnejšega slabega izida je ocena v 10., 15. in 20. minuti (23).

Prezgodnji in poterminski porod

Po definiciji SZO traja normalna nosečnost od 37 do 42 tednov. Če pride do poroda pred 37. tednom

nosečnosti, govorimo o prezgodnjem porodu, če pa pride do poroda po 42. tednu nosečnosti, govorimo o poterminskem porodu (19).

Prezgodnji porod je eden največjih problemov perinatologije, zaradi visoke umrljivosti in obolevnosti otrok v perinatalnem in kasnem neonatalnem obdobju. Prezgodnji porodi so vzrok za okoli 75 % perinatalnih smrti v svetu (24), v Sloveniji za 70 do 65 % (24). Dražančič (25) navaja, da je v zadnjih petih do desetih letih opazen dramatičen padec neonatalne umrljivosti dojenčkov pri nedonošenčkih z zelo nizko porodno težo (1000 do 1500 g) in nedonošenčkih z ekstremno nizko porodno težo (500 do 1000 g). Preživetje prvih je 90 %, drugih pa 40 do 80 %, pri tem pa poudarja, da je zelo veliko takih otrok telesno ali duševno prizadetih (25).

Trije glavni vzroki smrtnosti in obolevnosti v perinatalnem času so:

- nizka porodna teža kot posledica prezgodnjega poroda,
- prirojene anomalije,
- obporodna asfiksija.

Meja, pri kateri je življenje še mogoče, je sedaj 23 tednov gestacijske starosti (26).

Avtorji navajajo številne somatske rizične dejavnike za prezgodnji porod, vendar so dokazali vzročno povezavo le v 40 do 60 % primerov. Veliko avtorjev navaja kot vzrok tudi psihosomatske dejavnike (24). Deutscheva (27) je menila, da prihaja v zadnjih tednih nosečnosti v ženski do polaritete – zadržati ali iztisniti plod. Če ti nasprotni si motivi postanejo patološki in prevladajo sovražni motivi, rodi ženska prezgodaj. Kadar pa prevladajo narcistična nagnjenja in se ženska boji, kaj bo z otrokom po porodu, se nosečnost in porod podaljšata.

Nizozemski avtorji (28) so v svoji študiji ugotavljali, ali imajo sociodemografski dejavniki (kraj rojstva, socialni razred, zakonski stan, starost, pariteta, zaposlenost, kajenje pred nosečnostjo, finančna neodvisnost) pomemben vpliv na prezgodnji porod, vendar so ugotovili, da samo s pomočjo sociodemografskih značilnosti ne moremo napovedati nevarnosti prezgodnjega poroda niti pri prvorojčkih niti pri mnogorojčkih. Podobno sta ugotovila tudi avstrijska avtorja (29), ki sta preučevala povezanost med prezgodnjim porodom in najstniško nosečnostjo (starost od 12 do 17 let) in ugotovila, da je število prezgodnjih porodov pri najstnicah enako kot pri ostalih porodnicah.

Naatgeboren in Bontekoe (30) sta ugotovila, da stres lahko povzroči splav ali prezgodnji porod. Stres vpliva na telo tako, da le-to izloča prekomerne količine adrenalina, kar povzroča krčenje arterij v maternici. Zmanjša se uteroplacentarni pretok krvi in s tem produkcija progesterona v posteljici. To, kot tudi zaradi adrenalina zmanjšana produkcija monoaminske oksidaze,

daze, krepi dejavnost maternice, sledi lahko splav ali prezgodnji porod.

Velikonja (31) v svoji raziskavi ugotavlja vpliv socialnega sloja na psihični razvoj prezgodaj rojenega otroka in pravi, da otroci iz nižjih socialnoekonomskih slojev dobivajo manj kvalitetnih stimulacij za razvoj in dosegajo slabše rezultate v psihomotoričnem razvoju. Na negativno sprejemanje pri starših vpliva sam nedonošenček s svojim videzom, labilnostjo, razdražljivostjo in slabšim odzivom na začetku.

Španski raziskovalci (32) so poudarili, da v svetu veliko več pozornosti posvečajo prezgodnjemu kot pa poterminkemu porodu. V svoji študiji so ugotavljali, ali se perinatalna umrljivost pri poterminkih porodih razlikuje od perinatalne umrljivosti pri pravočasnih porodih. Ugotovili so, da se je v španskih porodnišnicah od leta 1980 do 1992 znatno znižala incidenca poterminkih porodov in da je bila perinatalna umrljivost pri poterminkih porodih znatno višja kot pri pravočasnih.

Metoda »porod v zibko«

je predlagani slovenski izraz za metodo *rooming-in*, s katero označujemo bolnišnično oskrbo otročnic, pri kateri imajo lahko matere svoje novorojence v košari zraven svoje postelje, če to želijo. Ločimo popolni *rooming-in* ali *porod v zibko*, če je otrok ves dan pri materi, *delni rooming-in* ali *porod v podnevno zibko*, če je otrok pri materi samo podnevi, ponoči pa v drugi sobi, in centralni sistem oskrbe, če otroka prinesejo k materi samo v času dojenja (33).

Povezava mati–otrok že takoj po rojstvu je zelo pomembna za njuno kasnejše emocionalno življenje. Kratkotrajna ločitev matere in otroka po porodu sicer nima usodnih posledic, vendar je potrebno upoštevati:

- mati in tudi oče, ki sta devet mesecev čakala svojega otroka, imata pravico do takojšnjega snidenja z njim,
- otrok je po porodu pol do ene ure buden in je z njim možen stik,
- pristavljanje otroka k prsim je pomembno za kasnejše uspešno dojenje (34).

Če je otrok ves čas ob materi, ga ta lahko podoji, ko je zbujen in lačen, lahko ga neguje in ljubkuje, kadar se ji zahoče (35), kar pozitivno vpliva na razvoj materinske ljubezni in izboljšuje psihofizični odnos med njima. Nekateri pa se želijo na ta način izogniti možnosti bolnišnične epidemije (33).

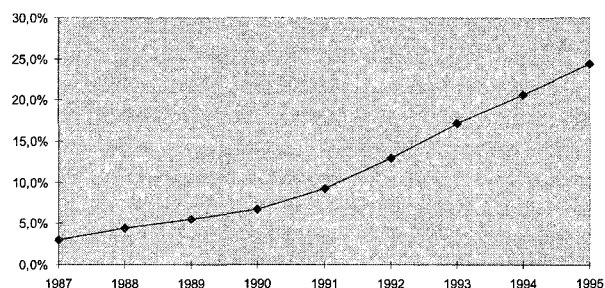
Raziskava M. R. Keefeja (33) je pokazala, da matere, ki so imele otroka pri sebi tudi ponoči, niso spale nič manj in nič slabše kot tiste, ki so jim otroka ponoči predstavili, ker je kakovost spanja po porodu odvisna od številnih drugih dejavnikov.

Rezultati raziskave *Primerjava stališč otročnic o metodi rooming-in ob njeni uvedbi v ljubljanski in mariborski porodnišnici* (33) so pokazali, da ima večina mater pozitivna stališča do metode *porod v zibko* in le 10 do 15 % se ne strinja z novim načinom dela. Avtorici menita, da bi bilo kljub temu, da večina porodnic pozitivno sprejema nov način dela v porodnišnici, potrebno vplivati na postopno spremembo stališč, zlasti manj izobraženih mater prek informativnih sredstev in Šole za starše.

SZO (Svetovna zdravstvena organizacija) in UNICEF (Fond združenih narodov za pomoč otrokom) sta leta 1989 v izjavi imenovani *Deset korakov do uspešnega dojenja* med drugim poudarila tudi, da mora vsaka porodnišnica prakticirati *porod v zibko*, ki omogoča, da sta mati in novorojenček skupaj 24 ur na dan (36, 37).

Prisotnost očeta pri porodu

Pri večini porodnic je za dobro počutje med porodom, za njeno kasnejše življenje in dobro razumevanje v zakonski skupnosti pomembno, da je pri porodu prisoten mož ali partner. Porodnica je ob prisotnosti moža, še posebej če se dobro razumeta in se imata rada, mirnejša in se manj boji. Če ni mogoče, da bi bil pri porodu prisoten mož, je dobro, da ima porodnica ob sebi koga domačega, mogoče prijateljico. V skandinavskih deželah je pri večini porodov prisoten mož oziroma oče otroka. Pri nas se ta navada uspešno širi, vendar je še v pre mnogih porodnišnicah ravno obratno kot v Skandinaviji (35).



Graf 1. Odstotek očetov pri porodu, Slovenija 1987–1995.

Vir: Perinatalni informacijski sistem Slovenije, 1987–1995.

Novakova (38) navaja, da je bil v SR Sloveniji leta 1986 prisoten oče pri porodu v 3,4 % primerov. Najnižji odstotek očetov pri porodu je pri samskih porodnicah, pri porodnicah, mlajših od 18 let, najvišji pa pri porodnicah, starejših od 40 let, in pri porodnicah s 16 in več let šolanja.

Zanimiv je tudi podatek, da je bila leta 1986 v Ljubljanski porodnišnici prisotnost očeta pri rojstvu prvo-rojenca 2-krat večja kot pri rojstvu drugorojenca (33).

Dojenje in razmik med porodi

V Sloveniji je bilo v petdesetih letih več kot 80 % otrok dojenih in dvovrstno hranjenih do 5. meseca starosti (14), potem pa je zaradi poplave nadomestkov materinega mleka in reklamne industrije proizvajalcev teh nadomestkov prišlo do upadanja dojenja (39, 40). Leta 1973 je bilo dojenih in dvovrstno hranjenih otrok samo 31,6 % v prvih treh mesecih po rojstvu otroka (od tega le 18,1 % izključno dojenih).

Upad dojenja v razvitih in kasneje v nerazvitih deželah je sprožil vrsto obsežnih raziskav, ki so osvetlile njegove prehranske, imunske, biokemične, endokrine in psihofiziološke prednosti pred hranjenjem z nadomestki za materino mleko (41). Eno izmed spoznanj SZO in UNICEFA (36) pravi, da je dojenje proces, ki zmanjšuje incidenco in resnost infekcijskih bolezni in s tem znižuje obolevnost in smrtnost dojenčkov ter je pomemben dejavnik preventivnega zdravstvenega varstva (14).

Leta 1983 je bilo v Sloveniji dojenih in dvovrstno hranjenih otrok že 67,2 % (od tega izključno dojenih 50,1 %). Cilj zdravstvenega varstva je zopet doseči raven dojenosti v petdesetih letih (14).

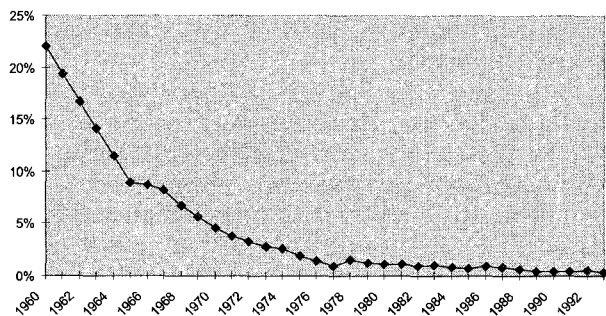
Dojenje 2–3 leta po porodu je bilo najobičajnejši način prehrane otrok po porodu vse do 20. stoletja. To velja za nerazvite države še danes (42). Kontraceptivni učinek dojenja je nesporen. Pri ženskah, ki ne dojijo, prihaja do prve menstruacije v povprečju po 59 dneh in do prve ovulacije v povprečju po 73 dneh. Ugotovili so, da prepreči dojenje v prvih 6 mesecih po porodu zanositev kar 98 % materam, če mati polno doji in je še amenoroična. Po 32. tednu po porodu pa se tveganje za zanositev bistveno poveča, tudi če je ženska še amenoroična, zato je takrat skrajni čas za pričetek uporabe zanesljivejše kontracepcije (43).

Nosečnost in dojenje sta velika obremenitev za žensko, tudi za njeno fizično telo. Nerojeni otrok črpa iz matere vse potrebne snovi za svojo rast in razvoj. Telo ženske daje otroku prednost, zato so mnoge nosečnice slabokrvne, čeprav se trudijo, da bi se zdravo prehranjevale. Po porodu se začne telo počasi vračati v stanje, v kakršnem je bilo pred nosečnostjo (43), zato priporočajo, naj ženska ne bi ponovno zanosila vsaj dve leti.

Idealna starostna razlika med otroki je dve ali več let. Pri otrocih, pri katerih je razlika manj kakor dve leti, se običajno pojavlja več težav v odnosih. Tudi zato, ker ločeno odraščanje v rani mladosti spodbuja razvoj otroka, je dobro, da je med otroci nekaj let razlike. Ljubosumje otroka do novega otroka, ki prihaja v družino, je naravno, vendar je najpogostejše in najmočnejše pri starosti od enega do treh let (44).

Porod doma

Večina žensk v Evropi rodi v porodnišnicah in le izjemoma doma. V Evropi sta le dve državi, kjer se



Graf 2. Živorajeni doma ali na poti v bolnišnico, Slovenija 1960–1993.

Vir: Zdravstveni statistični letopis Slovenije, 1980 in 1993.

rodi več kot 5 % otrok doma. Prva je Nizozemska, kjer rodi doma 36 % vseh porodnic in ima eno najmanjših umrljivosti mater in otrok ob porodu. Druga država je bila bivša Jugoslavija, kjer je rodilo doma 29 % vseh žensk, z eno najvišjih umrljivosti mater in otrok ob porodu (45).

V Sloveniji je leta 1920 rodilo doma 97 % žensk, leta 1947 pa 71 % žensk. Zaradi visoke umrljivosti mater in otrok pri porodih doma so se takratni porodničarji zelo trudili, da bi v Sloveniji čim več žensk rodilo v bolnišnicah. Leta 1976 je tako rodilo doma ali na poti v bolnišnico samo še 0,8 % žensk. Podatki iz leta 1992 pa kažejo, da je doma rodilo le še 0,2 % žensk (35).

Zdravstveno varstvo v Sloveniji se zavzema za to, da bi vse nosečnice rodile v porodnišnici, kjer je prisotno strokovno usposobljeno osebje in najsodobnejše aparature, s katerimi lahko usposobljeni strokovnjaki hitro pomagajo, kadar pride pri porajanju do zapletov.

V Angliji so naredili raziskavo, v kateri so primerjali perinatalno umrljivost dojenčkov v obdobju od 1981 do 1994 pri treh skupinah porodnic:

- pri tistih, ki so imele ugotovljeno nizkorizično nosečnost in so se prijavile za porod doma,
- pri tistih, ki so bile zaradi tvegane nosečnosti napotene, da rodijo v porodnišnici, pa so vseeno rodile doma,
- in pri tistih, ki sploh niso bile registrirane.

Rezultati so pokazali, da je bila skupna perinatalna umrljivost dojenčkov pri vseh porodih doma štirikrat višja (38,7 na 1000 rojstev) kot perinatalna umrljivost za celo regijo (9,7 na 1000 rojstev), vendar je bila zelo nizka perinatalna umrljivost dojenčkov pri nizkorizičnih nosečnicah, ki so se prijavile za porod doma (1,7 na 1000 rojstev). Zelo visoka je bila perinatalna umrljivost pri rizičnih nosečnicah, ki so bile napotene na porod v porodnišnico, pa so vseeno rodile doma (50 na 1000 rojstev), in najvišja pri tistih, ki sploh niso bile registrirane (160 na 1000 rojstev).

Avtorji menijo, da pri nizkorizičnih nosečnostih lahko damo na izbiro nosečnici, da se odloči, kje bo ro-

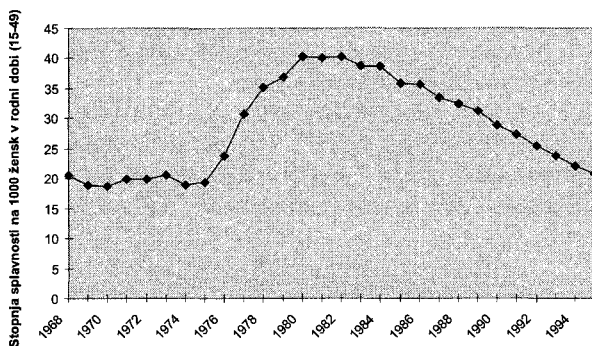
dila, saj je bila perinatalna umrljivost dojenčkov pri načrtovanih porodih doma nizka in večinoma neizogibna (46).

Dileme zdravstvenega varstva žena

Umetna prekinitev nosečnosti

V okviru zdravstvenega varstva je bil postavljen cilj, da bi partnerji načrtovali potomstvo s pomočjo sodobnih metod kontracepcije in da bi v izjemnih primerih, ko je prekinitev nosečnosti neizbežna, le-ta povzročila najmanjšo psihosomatsko okvaro (47).

Cilj zdravstvenega varstva (1985) je zmanjšanje deleža umetnih splavov od 700 na 400 na 1000 živorojenih otrok (14).



Graf 3. Stopnja dovoljene splavnosti na 1000 žensk v rodni dobi (15–49 let, Republika Slovenija, 1968–1995). Vir: Statistični urad Republike Slovenije, 1997.

Iz grafa je razvidno, da izstopa leto 1975, ko je bila v Sloveniji legalizirana zgodnja prekinitev nosečnosti. Takrat je število splavov v Sloveniji močno naraslo in doseglo svoj vrhunec leta 1982 (733 splavov na 1000 živorojenih otrok). Od takrat se splavnost v Sloveniji znižuje. Primerjava podatkov (HFA, 1993) kaže, da je bila Slovenija leta 1992 na zelo visokem četrtem mestu med nekaterimi evropskimi državami po številu splavov na 1000 živorojenih otrok (takoj za Rusijo, Češko in Madžarsko).

Železnikova (48) je naredila anketo med ženskami, ki so čakale na abortus, in jih je povprašala o vzrokih. Odgovori so se glasili: »Nimam službe in nič ne kaže, da bi jo kmalu dobila.« »Nimam stanovanja, še skromne sobice ne.« »Mož popiva in me pretepa – če pretepa mene, bo tudi otroka.« »Srednješolka sem še, rada bi še študirala in otrok bi mi bil ovira.« »Stara sem že 45 let in imam že odrasle otroke. Že zdaj težko živim, še ena usta več bi nas pripeljala v popolno revščino.« »Mož samo leži, nič ne dela, sitnari in ukazuje, zato bi me tretji otrok fizično »umoril«, saj vse domače delo pade le name.« »Otroka bi rodila, če bi mi kdo stalno pomagal, a staršev nimam več, fant pa je fičfirič ...«

Skoraj vse ženske, ki so jih anketirali, so bile zato, da ostane splav dovoljen. Seveda pa ni prav, da splavi na določen način izpodrivajo kontracepcijo, saj abortus ne bi smel biti zaščita pred nezaželjeno nosečnostjo, pač pa le izhod v sili, če odpove ta ali ona zaščita (48).

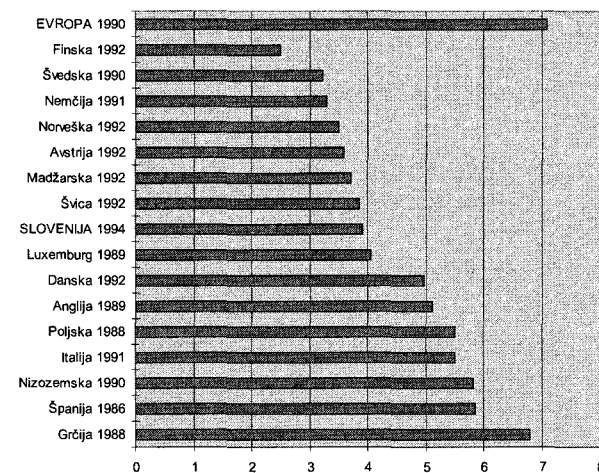
Svetovanje sodobne kontracepcije ter izobraževanje moških in žensk je edina možna preventiva umetne prekinitve nosečnosti, zato so to dejavnost kot sestavni del programa uvedli v vse dispanzerje in posvetovalnice za kontracepcijo (3).

Umrlijivost dojenčkov v Sloveniji za obdobje 1985–94

Umrlijivost dojenčkov v Sloveniji je v zadnjih 30-ih letih izredno padla. Leta 1988 je prvič padla pod 10 na 1000 živorojenih. Nadaljnje zniževanje je zelo dolgotrajen in zahteven proces, ki vključuje predvsem preprečevanje dejavnikov tveganja, izboljševanje socialno ekonomskih pogojev in izpopolnjevanje perinatalnih postopkov. Ravno zato je potrebno poglobljeno spremljanje in analiziranje dejavnikov tveganja in perinatalnih postopkov s posebnim poudarkom na regionalnih razlikah. To omogočajo analize, narejene na podlagi podatkov Perinatalnega informacijskega sistema Slovenije, in ugotovitve Komisij za zmanjševanje umrljivosti dojenčkov, ki delujejo od od 1992 leta dalje.

Mrtvorojenost

V zadnjem desetletju smo v Sloveniji zelo uspešno zmanjšali absolutno in relativno število umrlih dojenčkov, medtem ko je ostalo število mrtvorojenih otrok visoko.



Graf 4. Mrtvorojenost v nekaterih evropskih državah, Eurostat (1986–1994) nad 1000 g.

V desetletnem obdobju je bila mrtvorojenost povprečno 5,1 na 1000 rojstev v Sloveniji. Najvišja je

bila v Novem mestu (7,7), najnižja pa v Kopru in Ljubljani. Znižanje mrtvorojenosti mora postati prednostna naloga za naslednje desetletje.

Zgodnja neonatalna umrljivost

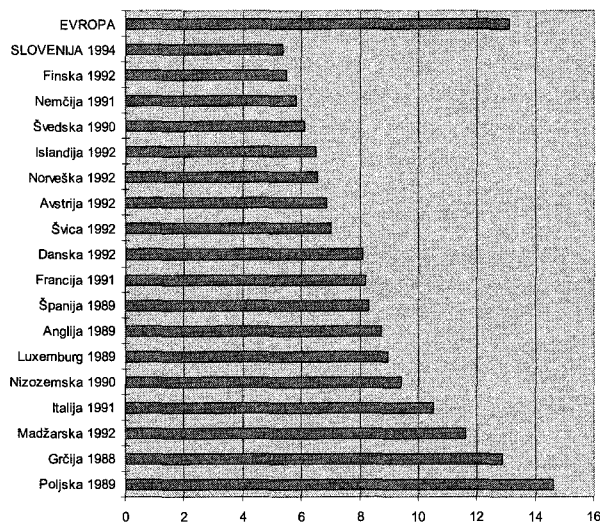
Zgodnja neonatalna umrljivost je bistveno prispevala k zmanjšanju perinatalne umrljivosti. V primerjavi z drugimi evropskimi državami smo na zavidljivem prvem mestu.

Kot v perinatalni so tudi v zgodnji neonatalni umrljivosti opazne očitne razlike med regijami. V obdobju med leti 1985 in 1994 je imel Maribor najvišjo zgodnjo neonatalno umrljivost (7,2), najnižja pa je bila v Novi gorici (3, 22).

Perinatalna umrljivost

V zadnjem desetletju smo dosegli največji uspeh v zmanjšanju perinatalne umrljivosti, kar se kaže tudi z zelo visokim mestom med evropskimi državami.

Na znižanje perinatalne umrljivosti je bolj vplival padec neonatalne umrljivosti kot pa mrtvorojenosti.



Graf 5. Perinatalna umrljivost v nekaterih evropskih državah, Eurostat (1998–1994) nad 1000 g.

Perinatalna umrljivost ima po regijah tri trende gibanja:

- padajoč trend v ravenski, ljubljanski, kranjski in novogoriški regiji,
- na nizki ravni ustaljen trend v koprski in na visoki ravni ustaljen trend v celjski regiji ter
- naraščajoč trend v novomeški, mariborski in murskosoboški regiji.

Najnižjo povprečno perinatalno umrljivost je imela v obdobju 1985 do 1994 koprška (7,41) in ljubljanska regija (8,52), najvišjo pa Novo mesto (12,58).

Postneonatalna umrljivost

Postneonatalna umrljivost je v Sloveniji že dalj časa zelo nizka, vendar v primerjavi z drugimi evropskimi državami ni tako nizka kot ostale specifične umrljivosti dojenčkov.

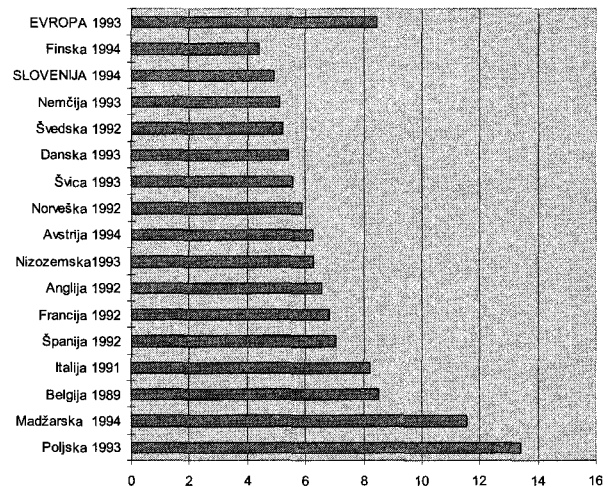
Povprečna desetletna umrljivost je bila najnižja v Ravnah (2, 14) in najvišja v Novem mestu (4,11).

Primerjava med povprečno umrljivostjo dojenčkov v 80-ih letih z umrljivostjo v 90-ih letih je po zdravstvenih regijah pokazala, da se regionalne razlike večajo. Tako ima dve tretjini regij skoraj 50 % večjo povprečno umrljivost dojenčkov kot ostala tretjina.

Umrlijivost dojenčkov po regijah

Že nekaj let razlike v umrljivosti dojenčkov opazujemo na velike razlike v umrljivosti po posameznih regijah Slovenije. Z zniževanjem umrljivosti v regijah, bi lahko bistveno vplivali na zmanjšanje umrljivosti dojenčkov na državni ravni.

Povprečna desetletna umrljivost (1986–94) je bila v mariborski regiji (11,7/1000) za 40 % višja kot v novogoriški regiji (7,1/1000), kjer so zabeležili najnižjo desetletno umrljivost dojenčkov v Sloveniji. Po-



Graf 6. Umrlijivost dojenčkov v nekaterih evropskih državah.

sebnost visoka je bila umrljivost dojenčkov še v drugih regijah vzhodne Slovenije (Murska sobota, Celje), Novem mestu in v kranjski regiji. V letu 1995 je bilo glede na povprečno desetletno umrljivost največje znižanje prav v mariborski, celjski in murskosoboški regiji, vendar je razlika med najvišjo umrljivostjo, ki so jo zabeležili v novomeški regiji, in najnižjo v celjski regiji še vedno enaka kot v desetletnem obdobju.

Umrlijivost dojenčkov po vzrokih smrti

1. Na prvem mestu so stanja v perinatalnem obdobju. Od tega so v več kot 50 % vzrok stanja, ki so

nastala zaradi prezgodnjega poroda. Skupno je v desetih letih v tej skupini umrlo 1096 novorojencev ali 50 % vseh umrlih dojenčkov, leta 1995 le 38 %.

2. Umrljivost zaradi prirojenih nepravilnosti se je tudi zmanjšala, vendar manj. V 10-letnem obdobju je umrlo zaradi prirojenih nepravilnosti 633 ali 29 % vseh umrlih dojenčkov, leta 1995 kar 34 %.
3. Zaradi bolezni dihal je skupno umrlo 125 ali 5,7 % vseh umrlih dojenčkov v desetletju, prednjačijo smrti zaradi pljučnice in akutnega bronhitisa.
4. Umrljivost zaradi neopredeljenih stanj ostaja vsa leta na isti ravni (123 ali 5,6 % vseh umrlih v desetletju).
5. Poškodbe in zastrupitve (skupno 64 umrlih ali 2,9 %) so po rahlem padcu ob koncu 80-ih let skoraj na isti ravni kot pred 10 leti.

Komisije za zniževanje umrljivosti dojenčkov (49)

V evropski zdravstveni strategiji *Zdravje za vse do leta 2000*, ki smo jo sprejeli tudi v naši državi, priporoča znižanje umrljivosti dojenčkov na manj kot 10 smrti na 1000 živorojenih otrok letno v državi (SZO, 1993). Prav tako je pomembno tudi zmanjševanje razlik v stopnji umrljivosti med različnimi družbenoekonomskimi skupinami prebivalstva in med regijami. Zmanjšati umrljivost dojenčkov na čim nižjo možno stopnjo je tudi cilj nacionalnega zdravstvenega programa Slovenije.

Nadaljnje zniževanje umrljivosti dojenčkov kot tudi zmanjševanje razlik umrljivosti po regijah je zelo zahtevno delo. Zato je prišlo do ustanovitve komisij za zniževanje umrljivosti dojenčkov na regijski ravni, ki bi trajno analizirale posamezne smrti dojenčkov, predvsem z vidika preprečljivosti, in izdelale ukrepe za zniževanje umrljivosti na regijski ravni.

Enota za zdravstveno varstvo žensk in predšolskih otrok pri Univerzitetnem zavodu za zdravstveno varstvo v Ljubljani je leta 1991 podala predlog in načrt dela za ustanovitev Regionalnih komisij za zniževanje umrljivosti dojenčkov v Republiki Sloveniji. Ministrstvo za zdravstvo je 29. 5. 1992 ustanovilo Regionalne komisije za zniževanje umrljivosti dojenčkov in imenovalo njihove člane. Na Inštitutu za varovanje zdravja je na državni ravni prevzel vodenje komisij Oddelek za raziskovanje zdravja žensk in otrok, ki ga vodi mag. Dunja Obersnel-Kveder.

Namen komisij naj bi bil pripraviti poglobljene analize vzrokov smrti dojenčkov v posameznih regijah in rezultate teh analiz na primeren način prenesti v svoje okolje s konstriktivnim predlaganjem potrebnih ukrepov, oziroma spremembe pri strokovnem delu v perinatalnem in otroškem zdravstvenem varstvu.

Delo komisij za zniževanje umrljivosti dojenčkov, ki se zrcali v letnih poročilih komisij, je individualno

in specifično za posamezne regije. Vendar pa vsa poročila nakazujejo skupne probleme, kot so:

- mrtvorojenost,
- nedonošenost,
- rizične nosečnosti,
- neprosvetljenost nosečnic,
- slab obisk materinskih šol,
- slaba dejavnost patronažne službe,
- neenoten obdukcijski protokol,
- nedosledna uporaba materinske knjižice in drugo.

Literatura

1. Toplak-Ostan M, Obersnel-Kveder D, Rudolf A. Poročilo o delu komisij za zniževanje umrljivosti dojenčkov. *Zdrav Var* 1997; 36: 22–9.
2. World Health Organisation. Health for all targets: the health policy for Europe (European health for all series; No. 4). Copenhagen: World Health Organisation. Regional Office for Europe, 1993: 36–44.
3. Kelšin N, Kranjc-Simoneti S. Zdravstveno stanje žena in otrok od 0–6 let v SR Sloveniji. *Zdrav Var* 1989; 28: 23–31.
4. Novak-Antolič Ž. Prednosečnostno in predporodno zdravstveno varstvo. V: Pajntar M, Novak-Antolič Ž. in sod. Nosečnost in vodenje poroda. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1994: 27–31.
5. Šiljanec T. Dileme v zdravstvenem varstvu nosečnic. *Zdrav Var* 1989; 28: 319–21.
6. Zobnik-Lorko A. Posvet vsaj že 3 mesece prej. *Otrok in družina* 1990; 37: 38–9.
7. Novak-Antolič Ž. Vitalna statistika. V: Pajntar M, Novak-Antolič Ž. in sod. Nosečnost in vodenje poroda. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1994: 19–23.
8. Blejec T, Kožuh-Novak M. Nosečnostno varstvo. *Zdrav Var* 1989; 28: 323–6.
9. Andoljšek L, Blejec T, Bokal E. Bolezni in stanja v ginekologiji in porodništvu (za primere brez zapletov). Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije, 1995.
10. Cerar V. Varnost diagnostičnega in rutinskega ultrazvoka. V: Problemi ultrazvoka v perinatologiji. Zbornik prispevkov. Nova Gorica: Sekcija za perinatalno medicino. Slovensko zdravniško društvo, 1996: 7–11.
11. Novak-Antolič Ž, Sketelj A. Ultrazvočna preiskava. V: Pajntar M, Novak-Antolič Ž. in sod. Nosečnost in vodenje poroda. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1994: 95–102.
12. Sketelj A. Rutinski ultrazvok v nosečnosti: da ali ne. V: Problemi ultrazvoka v perinatologiji. Zbornik prispevkov. Nova Gorica: Sekcija za perinatalno medicino. Slovensko zdravniško društvo, 1996: 16–20.
13. Blejec T, Zupan J. Dokumentacija u perinatologiji. In: III. Jugoslovenski kongres perinatalne medicine. Zbornik radova I. Ljubljana: Udruženje za perinatalnu medicinu Jugoslavije, 1990: 89–90.
14. Ravnikar B, Eržen N, Arko U. et al. Zdravstveno varstvo v SR Sloveniji v obdobju 1975–1984. *Zdrav Var* 1985; Posebna publikacija št. 8/85: 49–59.
15. Kuzma J. Materinska šola na Univerzitetni ginekološki kliniki v Ljubljani. *Zdrav Obzor* 1984; 18: 60–5.
16. Hrovat-Kuhar E. Izziv poroda. Ljubljana: Rokus, 1995: 31–2, 60–145.
17. Pitt B. Srečna nosečnost in materinstvo. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1988: 45–75.
18. Macy C, Falkner F. Nosečnost in rojstvo. Murska sobota: Pomurska založba in Ljubljana: Centralni zavod za napredek gospodinjstva, 1985: 75–99.
19. Pajntar M. Normalni porod. V: Pajntar M, Novak-Antolič Ž. in sod. Nosečnost in vodenje poroda. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1994a: 140–77.
20. Vasiljević M, Škapur S, Smailbegović A, Nogo S. Produženi porodaj i stanje novorođenčeta. U: III. Jugoslovenski kongres perinatalne medicine. Zbornik radova II. Ljubljana: Udruženje za perinatalnu medicinu Jugoslavije, 1990: 421–4.

21. Mikulandra F, Periša M, Merlak I, Stojnic E. Tok i ishod produženog porodaja. V: III. Jugoslovenski kongres perinatalne medicine. Zbornik radova II. Ljubljana: Udruženje za perinatalnu medicinu Jugoslavije, 1990: 425–8.
22. Dinic Z.A, Popovic M, Ivanovic M, Tasic L. Perinatalni morbiditet i mortalitet novorođenčadi iz produženog porodaja. V: III. Jugoslovenski kongres perinatalne medicine. Zbornik radova II. Ljubljana: Udruženje za perinatalnu medicinu Jugoslavije, 1990: 437–41.
23. Babnik J. Oživiljanje novorojenca. V: Pajntar M, Novak-Antolič Ž in sod. Nosečnost in vodenje poroda. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1994: 333–7.
24. Pajntar M. Prezgodnji porod. V: Pajntar M, Novak-Antolič Ž in sod. Nosečnost in vodenje poroda. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1994: 203–4.
25. Drazancic Ante. Very low Birthweight infants. In: Abstracts. IV Congress of – Perinatal medicine. Lovran: Alpe Adria (XII. Meeting), 1990: 35–6.
26. Babnik J. Novorojenček s problemi. V: Pajntar M, Novak-Antolič Ž in sod. Nosečnost in vodenje poroda. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1994: 255–67.
27. Deutsch H. Psychology of women. New York: Grune & Stratton, 1944.
28. Wildschut HJJ, Nas T, Golging J. Are sociodemographic factors predictive of preterm birth? A reappraisal of the 1958 British Perinatal Mortality Survey. Br J of Obstet Gynaecol 1997; 104: 57–63.
29. Petru E, Walcher W. Premature delivery in young primiparas. In: Abstracts. IV Congress of Perinatal medicine. Lovran: Alpe Adria (XII. Meeting), 1990:28.
30. Pajntar M. Psihosomatski vidiki nosečnosti in poroda. V: Pajntar M, Novak-Antolič Ž in sod. Nosečnost in vodenje poroda. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1994: 125–32.
31. Velikonja V. Utjecaj socialne sredine na psihički ratvoj privremeno rođenog djeteta. V: III. Jugoslovenski kongres perinatalne medicine. Zbornik radova I. Ljubljana: Udruženje za perinatalnu medicinu Jugoslavije, 1990: 145–8.
32. Fabre E, de Gonzales de Agüero R, Luis de Agustin J, Tajada M, Repolles S, Sanz A. Perinatal mortality in term and post-term births. J Perinat Med 1996; 24: 163–9.
33. Tekauc-Golob A, Velikonja V. Primerjava stališč otročnic o metodi rooming-in ob njeni uvedbi v ljubljanski in mariborski porodnišnici. Zdrav Vestn 1996; 65: 311–5.
34. Babnik J. Oskrba novorojenčka v porodni sobi. V: Pajntar M, Novak-Antolič Ž in sod. Nosečnost in vodenje poroda. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1994: 340–1.
35. Pajntar M. Osnovni pogoji za porod. V: Pajntar M, Novak-Antolič Ž in sod. Nosečnost in vodenje poroda. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1994: 117–21.
36. Lokar K. Proces dojenja z različnih vidikov. Diplomski naloga. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo Univerze Edvarda Kardelja, 1995: 1–16,44–6.
37. Hoyer S. Pregled nekaterih dokumentov SZO in UNICEF, pomembnih za pospeševanje, spodbujanje in vzdrževanje dojenja. Zdrav Var 1997; 36: 60–3.
38. Novak Ž. Kako doživlja porod mlada mati. Zdrav Var 1989; 28: 333–4.
39. Drobnič H. Dojenje. Zdrav Obzor 1980; 14: 251–4.
40. Jereb-Kosi M. Bivanje novorojenčka ob materi – vpliv na trajanje dojenja. V: Materninske šole v SR Sloveniji. Zdrav Var 1988; 27: Suppl 6: 63–74.
41. Konjarjev Z. Materino mleko – edinstveno hranivo za dojenčkovo zdravje. Med Razgl 1981; 20: 15–24.
42. Pajntar M. Laktacija in dojenje. V: Pajntar M, Novak-Antolič Ž in sod. Nosečnost in vodenje poroda. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1994: 241–7.
43. Pajntar M. Puerperij – poporodno obdobje. V: Pajntar M, Novak-Antolič Ž in sod. Nosečnost in vodenje poroda. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1994: 236–40.
44. Zakotnik B. Ljubosumje med bratci in sestricami. Moj malček, revija za skrbne starše 1997; št. 2: 19–9.
45. World Health Organisation. Having a baby in Europe. Report on a study (Public Health in Europe No. 26). Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe, 1985: 1–175.
46. Northern Region Perinatal Mortality Survey Coordinating Group. Collaborative survey of perinatal loss in planned and unplanned home births. BMJ 1996; 313: 1306–9.
47. Kranjc-Simoneti S. Načrtovanje potomstva v aktivnem zdravstvenem varstvu v SR Sloveniji. Med Razgl 1982; 21: 229–38.
48. Železnik N. Kaj o splavu menijo ženske? Otrok in družina 1990; 37: 40–1.
49. Toplak-Ostan M, Obersnel-Kveder D. Kratek zgodovinski razvoj zdravstvenega varstva žensk. Zdrav Var 1997; 36: 17–21.

Viri

1. Perinatalni informacijski sistem Slovenije. Primerjava podatkov med porodnišnicami in regijami za leto 1995. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 1996.
2. Statistični letopis Republike Slovenije 1995. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije, 1997: 134–5.
3. Zdravstveni statistični letopis 1980. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 1981: 31.
4. Zdravstveni statistični letopis 1993. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 1994: 34.