

Prehranjevanje in pitje med porodom – argumenti za in proti

Tita Stanek Zidarič

Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, Oddelek za babištvo

IZVLEČEK

V prispevku je predstavljen del rezultatov raziskave z naslovom Porodnišnice za današnji čas, ki se nanašajo na prehranjevanje in pitje med porodom. Glavni namen tega dela raziskave je ugotoviti ali imajo ženske v Sloveniji možnost uživanja hrane in pijače med porodom in kako to vpliva na njihovo doživljanje poroda in posledično tudi na njihovo zadovoljstvo. Rezultati kažejo, da se je porod operativno dokončal pri zgolj 10.8% žensk, pa vendar jim je bilo le v 57.3% omogočeno/dovoljeno uživanje pijače in v 1.9% uživanje hrane. Kljub temu pa kar 38.7% žensk svojo porodno izkušnjo opisuje kot zelo dobro. Za prepotrebne spremembe v slovenski babiški praksi bo temo prehranjevanja in pitja potrebno še dodatno raziskati.

IZHODIŠČA

V življenju človek pogosto postavi pomembne in manj pomembne odločitve na »miselno tehtnico«. Išče razloge za in proti in čaka, da se tehtnica prevesi bodisi v eno, bodisi v drugo stran. Na odločitev vpliva mnogo stvari. Pogosto je to pogojeno z družbeno, kulturno usmerjenostjo posameznika, njegovim osebnim prepričanjem o določenem vprašanju, izkušenj iz preteklosti, itn..V primeru pa, ko gre za naše zdravje, predvsem pa za zdravje naših otrok naša odločitev v veliki meri temelji na upoštevanju nasvetov in priporočil zdravstvenih delavcev.

In kakšna navodila oziroma priporočila dajemo zdravstveni delavci v primeru prehranjevanja in pitja med porodom? Poenostavljen odgovor je; zelo različna. Na čem temeljijo naše odločitve o tem kakšne informacije in možnosti bomo ponudili ženskam? Na naših predhodnih izkušnjah, na osnovi naših prepričanj ali pa morda le, na osnovi »evidence based medicine/midwifery«, torej na podatkih temelječe medicine/babištva?

Skoberne (2003) je v svojem članku zelo lepo opisala različne vidike uživanja hrane in tekočine med porodom. V članku govori o tem kako je bilo uživanje hrane in tekočine med porodom v preteklosti podvrženo kulturnim in zgodovinskim vplivom, hrana se je smatrala kot odločilna pri premagovanju telesnih in psihičnih naporov. Nekaj povsem normalnega je bilo, da je ženska med porodom jedla in pila, če je to želela. Rojevanje v bolnišnicah, uporaba anestetikov v porodnem procesu in raziskovanje o posledicah tega je postavilo pod vprašaj tedanjo prakso.

Iz pregleda literature se zelo hitro ugotovi, da so glavni zagovorniki prehranjevanja in pitja med porodom babice, njihov nasprotni pol pa predstavljajo porodničarji, predvsem pa anesteziologi. Parsons in sod. (2006) meni, da ne obstajajo zadostni (na raziskavah temelječi) dokazi, ki bi podprli bodisi babice, bodisi anesteziologe in njihova nasprotujoča si stališča glede prehranjevanja in pitja med porodom. Razliko v mnenjih, ko govorimo o teh dveh poklicih lahko iščemo v dejstvu, da zagovarjata različne filozofije. Kot meni Parsons in sod. (2006) babice stremijo k čim krajšem porodu in čim manjšem številu medicinskih posegov med porodom, anesteziologi pa k zmanjšanju tveganja za nastanek zapletov med splošno anestezijo. O tem čigava bo obveljala je v večini primerov odvisno od politike oziroma doktrine porodnišnice v kateri bo ženska rodila. In kdo ima pravzaprav prav?

Uradno omejevanje pijače in hrane med porodom sega v leto 1940, ko so se prvič pojavila ugibanja in skrb o možni povezavi med vnosom tekočine in hrane in pojavnostjo regurgitacije in aspiracije želodčne kisline v povezavi z splošno anestezijo. Kot je opisal Tranmer in sod. (2005), šlo je za mnenje, da postenje zagotavlja prazen želodec s čimer se zmanjša možnost aspiracije med anestezijo, ki bi bila primeru zapletov med porodom (morda) potrebna. Gaskin (2003) meni da omejevanje hrane in pijače po sprejemu v bolnišnico ne zagotavlja praznega želodca. Med porodom je prebava počasnejša kot običajno, tako da je hrana, ki jo ženska poje nekaj ur pred prihodom v bolnišnico, najverjetneje še vedno v želodcu. Poleg tega pa kljub temu, da je želodec »uradno prazen« že nekaj ur to ne pomeni da se želodčni sokovi, ki bi jih v splošni anesteziji lahko izbruhali in vdihnili, ne izločajo več. Vendar pa Tranmer in sod. (2005) v svojem članku ugotavlja, da je maternalna umrljivost zaradi aspiracije med anestezijo v času poroda zelo nizka, kar gre pripisati predvsem izpopolnjenim tehnikam v anesteziji in ne omejevanju vnosa pijače in hrane. Gaskin (2003) v svoji knjigi govori o tem kako je bila včasih splošna anestezija edina vrsta anestezije, ki so jo uporabljali za carski rez. Danes pa se vse pogosteje uporablja epiduralno anestezijo. Ženskam, ki imajo med carskim rezom epiduralno anestezijo, ne postane tako hitro slabo, so pri zavesti in zato ni nevarnosti, da bi vdihnile vsebino svojega želodca. Gaskin (2003) zato povzame, da dobra anesteziološka tehnika lahko prepreči aspiracijsko pljučnico.

Parsons (2007) celo meni, da je aspiracija kot zaplet anestezije skoraj vedno povezan z nezgodo ali napako, ki jo povzroči anesteziolog sam. Zatorej lahko trdimo, da je navajanje aspiracije kot argument proti uživanju hrane in pijače med porodom relativno šibak argument.

Omejevanje hrane in pijače med porodom in nudenje infuzijskih tekočin, ki temeljijo na glukozi ne zadostijo optimalni potrebi po kilokalorijah, ki jih ženska, ki rojeva potrebuje. Še več - z omejevanjem žensko postavimo v položaj nepotrebnega stresa in možnih komplikacij, ki se lahko pojavijo zaradi šibkosti. Kot primer navaja Skoberne (2003) dejstvo, da močne mišične kontrakcije uterusa med porodom potrebujejo stalno nadomeščanje energije z glukozo posledično to pomeni da omejevanje hrane lahko povzroči ketozo in poslabša aktivnost miometrija. Tranmer in sod. (2005) ugotavlja, da različne študije kažejo, da ima ženska med porodom takšne energetske potrebe, kot med aktivnim izvajanjem aerobike.

Argument proti uživanju hrane in pijače med porodom bi lahko bila ugotovitev Scheepers in sod. (2001), da se z uživanjem hrane in pijače med porodom zviša možnost slabosti in bruhanja.

Aspirirana vsebina želodca lahko vsebujejo neprebavljeno hrano, zaradi česar pride do obstrukcije dihalne poti. Vhod v želodec zaradi vpliva progesterona popusti in omogoča odtekanje želodčnega soka v požiralnik (regurgitacija). Ta pojav, skupaj z edemom žrela, je v nosečnosti dokaj pogost in oteži postopek intubacije pri splošni anesteziji.

V svoji raziskavi je Parsons in sod. (2007) ugotovlja, da porod pri ženskah, ki so med njim jedle in ali pile traja dlje časa. Kot sama pravi je njena ugotovitev v navzkrižju z mnenjem večine babic, ki zavzemajo stališče, da možnost uživanja hrane in pijače ugodno vpliva na hitrost poroda. Kot primer, Champion in McCormick (2002) zagovarjata stališče, da ženska z uživanje hrane pridobi energijo, kar pozitivno vpliva na popadke in kar posledično skrajša čas poroda. Kljub rezultatom, ki jih je pridobila v svoji raziskavi, pa Parsons in sod. (2007) meni, da ženskam ne smemo odrekati hrane in pijače, pa čeprav kot posledica obstaja možnost, da bodo bruha in da bo porod trajal dlje. Ženske je potrebno informirati o možnih komplikacijah, pa čeprav so le te redke, ki so povezane z prehranjevanjem in pitjem med porodom, nato pa jih pustiti, da se same odločijo o tem ali bodo med porodom jedle in pile.

Najnovejše raziskave s področja anestezije so pokazale, da se spreminja tudi praksa v sami stroki anestezije. Howkins in sod. (2007) je v okviru The American Society Anesthesiologists Task Force on Obstetrics Anesthesia pripravila priporočila za anestezijo porodništvu, v katerih ugotavlja, da pitje med porodom ki poteka brez zapletov pozitivno vpliva na udobje in zadovoljstvo žensk ki rojevajo, zato ga priporočajo. Glede hrane žal niso potegnili jasnih zaključkov; njihova priporočila so omejena na podatek, da mora biti noseča ženska, pri kateri je predviden carski rez ali drug operativni poseg, ki zahteva anestezijo tešča vsaj 6 do 8 ur pred posegom. Wagner (2006), ki je sam zdravnik – porodničar, pa zelo ostro zagovarja stališče, da med porodom ne bi smeli ženski, pri kateri ni zapletov, nikoli omejevati ne pitja in ne hranjenja.

Kako lahko babice, porodničarji in anesteziisti trdimo kaj je najboljše za žensko ki rojeva? Skoberne (2003) meni, da je odvrniti žensko od uživanja hrane in tekočine med porodom poseg kot je tudi poseg, da pije in je. Nadalje Skoberne (2003) meni, da je nedopustno nadomestiti eno omejevalo pravilo z drugim. Podobno stališče zagovarja tudi Wagner (2006), ki meni da mora biti ženska središče poroda in nadzora, kar pomeni da ona sprejema vse odločitve o tem, kaj se bo zgodilo, ne pa zdravnik ali kdorkoli drug. Torej, ključno vprašanje je, kaj si želi ženska?

Prav zato so v naslednjih poglavjih predstavljene metode in rezultati študije, ki je raziskovala predvsem zadovoljstvo žensk v obporodnem obdobju in s tem njihova mnenja in želje glede prehranjevanja in pitja med porodom. V prispevku je torej predstavljen izsek rezultatov, ki se nanašajo na prehranjevanje in pitje med porodom, Nacionalnega raziskovalnega projekta "Porodnišnice za današnji čas. V raziskavi so sodelovali strokovnjaki SPS Ginekološke klinike (Univerzitetni Klinični center Ljubljana), Inštituta za varovanje zdravja ter Visoke šole za zdravstvo (Univerze v Ljubljani). Pahor (2006) je v svojem prispevku, ki obravnava doživljanje rojevanja in se nanaša na raziskovalni projekt Porodnišnice za današnji čas napisala, da je izhodiščno vprašanje raziskave ugotoviti kako zagotoviti pogoje za tak prehod v materinstvo, ki ne bo travmatičen, ki bo ženskam omogočil krepitev moči, povečal njihovo zaupanje in socialni kapital.

Preden pa začnemo uvajati kakršnekoli spremembe obporodnega zdravstvenega varstva, z namenom višanja zadovoljstva žensk, je potrebno, kot meni Mivšek (2006) preveriti njihova videnja obstoječe situacije in njihove želje. Prav to pa predstavlja glavni namen študije, ki je prestavljena v nadaljevanju.

METODE

Raziskava je obsegala tako kvantitativne kot kvalitativne metode; za prikaz rezultatov tega prispevka pa je uporabljan le kvantitativni del študije. V raziskavi so sodelovale ženske, ki so rodile v maju ali juniju leta 2005. Upoštevajoč število rojstev v Sloveniji je bilo med vseh štirinajst slovenskih porodnišnic razdeljeno 2000 vprašalnikov z naslovom »Porod v Sloveniji 2005«. Ženske so vprašalnik, frankirano kuverto in prošnjo, naj vprašalnik izpolnijo in odpošljejo po prvem porodnem mesecu, prejele ob odpustu iz porodnišnice.

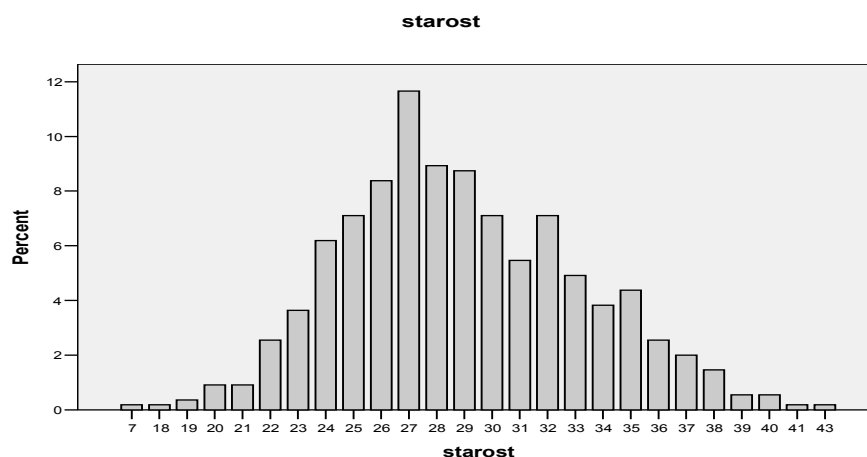
Inštrument raziskave je bil anketni vprašalnik, ki je bil razvit tudi na podlagi pregleda tuje literature o glavnih dimenzijah zadovoljstva žensk v času nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja. Glede na multidisciplinarno sestavo skupine je bilo potrebno večkratno usklajevanje, da je bilo zadoščeno vsem pogledom sodelujočih strokovnjakinj. Vprašalnik je obsegal 113 vprašanj (41 strani A5 format); ki so bila, glede na vsebino, zaprtega, polodprtega ali odprtega tipa. Spremnno pismo na prvi strani je anketirankam pojasnjevalo namen raziskave. Vsebovalo je navodila za izpolnjevanja ankete, skupaj s potrebnimi etičnimi dimenzijami (anonimnost, neobveznost sodelovanja). Vprašalnik je pod drobnogled postavil obravnavo žensk v sklopu obporodnega zdravstvenega varstva v tistih fazah, ki so se, glede na tuje študije, izkazale kot kritične za zadovoljstvo. Sestavljen je bil iz treh glavnih sklopov – nosečnost, porod, in poporodno obdobje. V zadnjem delu so bila zastavljena vprašanja o glavnih demografskih podatkih anketirank, ki igrajo pomembno vlogo v interpretaciji dobljenih odgovorov.

Podatki iz anketnih vprašalnikov so bili obdelani z računalniškim programom za statistično obdelavo podatkov (SPSS, verzija 13).

REZULTATI

Zaradi množice podatkov, ki jih je raziskava zbrala, se članek osredotoča le na tiste rezultate, ki se nanašajo na parametre zadovoljstva z obravnavo med porodom, specifično z možnostjo uživanja hrane in pijače. Izpolnjen vprašalnik je vrnilo 559 žensk, kar žal predstavlja manj kot 5 % vseh porodnic v Sloveniji na letni ravni. Za interpretacijo rezultatov je pomembno spoznati strukturo anketirank. Povprečna starost anketirank je bila 28.9 let.

Preostale relevantne osebne podatke udeleženk raziskave združuje tabela 1.



Slika 1. Starostna struktura anketirank

Tabela 1. Demografski podatki anketirank

	n [max. n = 559]	%
IZOBRAZBA		
<i>Nedokončana osnovna šola</i>	2	0,4
<i>Končana osnovna šola</i>	15	2,7
<i>Poklicna šola</i>	56	10,2
<i>Srednja šola ali gimnazija</i>	177	32,1
<i>Višja šola, visoka šola, fakulteta</i>	283	51,4
<i>Magisterij, doktorat</i>	18	3,3
ZAKONSKI STAN		
<i>Poročena</i>	304	54,9
<i>Izvenzakonska skupnost</i>	230	41,5
<i>Samska</i>	14	2,5
<i>Živi ločeno</i>	6	1,1
ZAPOSILITEV		
<i>Za nedoločen čas</i>	353	64,2
<i>Za določen čas</i>	102	18,5
<i>Nezaposlena</i>	35	6,4
<i>Gospodinja</i>	10	1,8
<i>Študentka</i>	33	6,0
<i>Samozaposlena</i>	11	2,0
<i>Drugo *</i>	6	1,1
KRAJ BIVANJA (omrežna skupina)		
<i>Ljubljana</i>	172	32,4
<i>Maribor, Ravne na Koroškem, Murska Sobota</i>	91	17,1
<i>Celje, Trbovlje</i>	90	16,9
<i>Kranj</i>	67	12,6
<i>Nova Gorica, Koper, Postojna</i>	65	12,2
<i>Novo Mesto, Krško</i>	46	8,7

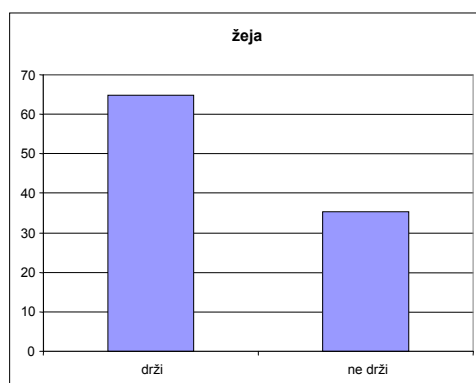
Drugo * (invalidsko upokojena, priložnostno delo, zaposlena za polovični del. čas, izgubila zaposlitev zaradi nosečnosti,...).

V zadnjem delu vprašalnika so bile zbrane tudi osnovne informacije o tokratnem porodu anketiranih žensk. Kot je razvidno iz tabele 2. v vzorcu raziskave prevladujejo prvorojke.

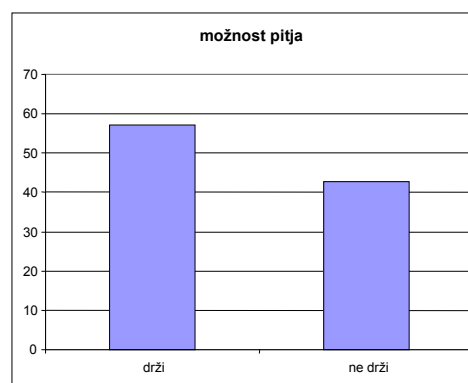
Tabela 2. Osnovni podatki o tokratnem porodu anketirank

	n [max. n = 559]	%
ZAPOREDNI POROD		
<i>Prvi</i>	297	53,7
<i>Drugi</i>	192	34,7
<i>Tretji</i>	57	10,3
<i>Četrti</i>	7	1,3
PORODNIŠNICA		
<i>Ljubljana</i>	163	29,6
<i>Postojna</i>	55	10,0
<i>Kranj</i>	54	9,8
<i>Celje</i>	53	9,6
<i>Maribor</i>	35	6,4
<i>Slovenj Gradec</i>	34	6,2
<i>Novo Mesto</i>	33	6,0
<i>Nova Gorica</i>	28	5,1
<i>Trbovlje</i>	21	3,8
<i>Murska Sobota</i>	18	3,3
<i>Ptuj</i>	18	3,3
<i>Izola</i>	13	2,4
<i>Brežice</i>	13	2,4
<i>Jesenice</i>	13	2,4

Na vprašanje ali so bile med porodom žejne je 64.7 % anketirank odgovorilo pritrdilno. Med porodom je bilo ponujena možnost zaužitje tekočine 57.3% anketirankam.



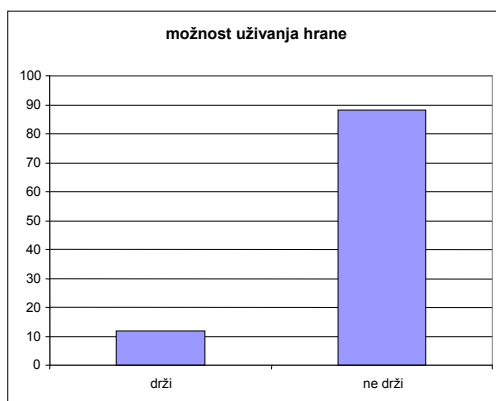
Slika 2. Žeja prisotna med porodom



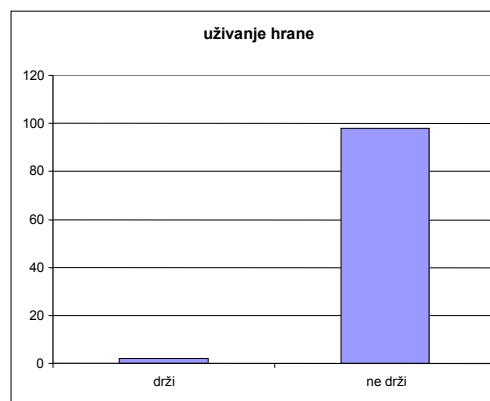
Slika 3. Možnost pitja med porodom

Tranmer in sod. (2005) ugotavlja, da je v večini deskriptivnih študij povzet zaključek, da ženske v začetku prve porodne dobe pogosto omenjajo željo po hrani in pijači z napredovanjem poroda, pa se ta želja spontano manjša. Skoberne (2003) pa meni, da je lakota neprijetna izkušnja in čeprav mnogo žensk med porodom ne želi jesti in piti, je odrekanje hrane nekemu, ki potrebuje mnogo energije in morda le želi jesti, nespametno.

Med porodom je le 11.7% anketirank čutilo lakoto, medtem ko 88.3% navaja, da med porodom niso bile lačne. Na vprašanje, ali jim je bila med porodom ponujena hrana, je 98.1% anketirank odgovorilo negativno in le 1.9% pritrdilno.



Slika 4. Lakota prisotna med porodom

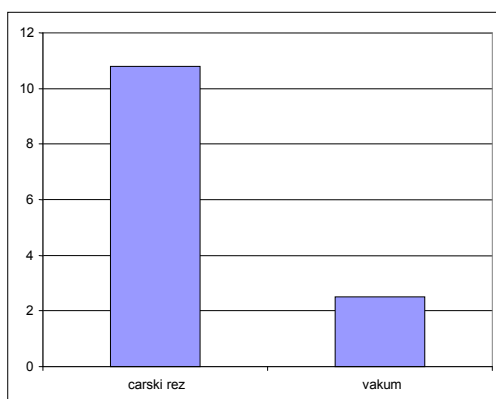


Slika 5. Možnost uživanja hrane med porodom

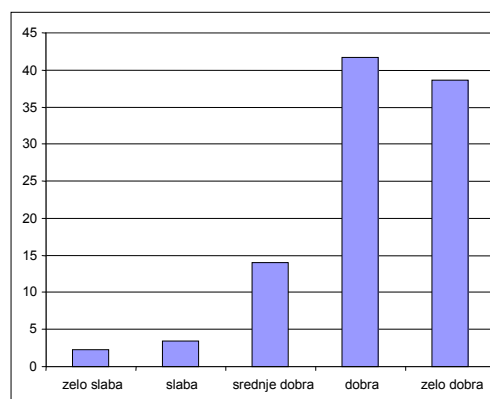
Vprašanje žal ni bilo specificirano na določeno fazo poroda, to pomeni, da ne moremo zaključiti ali so ženske odgovarjale z mislijo na latentno ali aktivno fazo poroda.

Kot je že omenjeno v izhodiščih so najpogostejša kontraindikacija za uživanje tekočine in hrane med porodom ravno zapleti oziroma možnost zapletov. Zapleti pri porodu so se pojavili pri 14.2 % anketirank. S pomočjo carskega reza je rodilo 10.8% anketirank, s pomočjo vakuma pa 2.5% anketirank.

Na eno izmed vidnejših vprašanj iz vprašalnika; »Ocenite svojo porodno izkušnjo nasploh« zagotovo vpliva tudi dana možnost uživanja pijače in hrane. Svojo porodno izkušnjo ocenjuje kot zelo dobro 38.7% žensk, ko zelo slabo pa 2.2% žensk.



Slika 7. Operativno dokončanje poroda



Slika 6. Ocena porodne izkušnje

Tabela 3: Izbrani elementi zadovoljstva z babico in zdravnikom med porodom

TRDITEV	BABICA		ZDRAVNIK	
	n [max. n = 559]	%	n [max. n = 559]	%
Predstavil/a se je	216	41,8	100	33,8
Upošteval/a je želje	355	69,5	136	48,4
Bil/a je spodbud-en/na	465	88,1	255	81,5
Dopustil/a je so-odločanje	170	32,7	81	26,8
Bil/a je strokov-en/na	478	91,2	290	92,9

RAZPRAVA

V izhodiščih so bili predstavljeni tako argumenti za, kot argumenti proti uživanju hrane in pijače med porodom. Vsi argumenti predstavljajo stališča strokovnjakov, bodisi babic, anesteziologov ali pa porodničarjev. Kar bode v oči je dejstvo, da je ženski, kot glavni »akterki« v procesu rojevanja prereditveno ponujena možnost, da se sama odloči ali želi jesti in/ali piti. Tranmer in sod.. (2005) meni, da je ženskam potrebno zagotoviti informacije o potencialnih prednostih in slabostih v zvezi z prehranjevanjem in pitjem med porodom, ki temeljijo na dokazih in jim s tem ponuditi možnost za tako imenovano informirano odločitev. Občutek obvladovanja situacije (in s tem sebe) je pomemben dejavnik zadovoljstva porodnic (Goodman in sod... (2004). Ta občutek se krepi preko informiranja o poteku poroda, o nameravanih posegih in postopkih ter z možnostjo zavrnitve določenih medikamentov in posegov (Fowles, 1998). Anketirane Slovenke v raziskavi »Porodnišnice za današnji čas« niso bile mnenja, da so imele zadostno možnost vpliva na lastno obravnavo. Zgolj četrtina je imela občutek, da lahko vplivajo na dogajanje med porodom in le tretjina je menila, da jim sta jim babica in porodničar med porodom omogočila sodelovati o posegih in postopkih.

Rezultati raziskave kažejo da, čeprav so se zapleti pri porodu pojavili zgolj pri 14.2% žensk, ostalih 85.5% pa je rodilo brez zapletov in zato torej niso potrebovale anestezije, je imelo možnost uživanja tekočine med porodom le 57.3% žensk. Hrana pa je bila ponujena zgolj 1.9% žensk. Pri tem je potrebno upoštevati, da je imelo možnost so – odločanja o tem zgolj 32.7% žensk. Kljub temu pa kar 80.4% žensk ocenjuje svojo porodno izkušnjo kot dobro ali celo zelo dobro. Kot v svoji razpravi ugotavlja Mivšek (2006) se je potrebno vprašati ali so slovenske ženske resnično zadovoljne z obporodnim zdravstvenim varstvom oziroma ali gre za sprijaznjenost z obstoječo situacijo, ker pač boljšega/drugačnega ne poznajo.

Slovenija kot ena izmed držav, ki počasi spreminja filozofijo od zelo medikaliziranega v humaniziran proroč, bo za pospešitev te tranzicije zagotovo potrebovala več raziskav na področju predporodnega, obporodnega in poporodnega obdobja.

SKLEP

Iz pregleda literature je lepo razvidno, da obstajajo tako argumenti za kot tudi proti prehranjevanju in pitju med porodom. Babice prehranjevanje in pitje med porodom podpirajo ali celo spodbujajo, medtem ko porodničarji in anesteziologi vidijo v tem preveliko tveganje za žensko. Ženska pa ima kljub dejstvu, da je ravno ona subjekt v procesu rojevanja, glede na analizo rezultatov raziskave z naslovom Porodnišnice za današnji čas, le majhno priložnost in možnost vplivanja na so-odločanje o tem ali želi med porodom piti in jesti.

V Sloveniji očitno kljub temu, da imamo zdravstveni delavci možnost dostopa do najnovejše literature, raziskav o prehranjevanju in pitju med porodom le tega ne izkoristimo v dovolj veliki meri oziroma izsledkov in priporočil ne upoštevamo. Izraza na dokazih temelječa medicina / babištvo in informirana odločitev bi morala biti bolj poznana in upoštevana v praksi. V razmislek za zaključek povzamam misli kot jih je zapisala Mivšek (2006), ki meni da lahko rezultate te raziskave povzamemo z resničnim, čeprav nemalokrat izrabljenim rekom: »Nikoli nismo tako dobri, da ne bi lahko bili boljši«, ki je v

tem primeru popolnoma na mestu. Prehranjevanje in pitje med porodom je zagotovo tema, ki je vredna boljše obravnave, raziskave in posledično sprememb.

LITERATURA

1. Champion P, McCormick C (2002). Eating and drinking in labour. Oxford: Books for Midwives.
2. Fowles E (1998). Labor concerns of women two months after the delivery. *Birth* 25 (4): 235-40.
3. Gaskin IM (2003). Ina May's Guide to Childbirth. New York: Bantam.
4. Goodman P, Mackey M, Tavakoli A (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs* 46 (2): 212-9.
5. Hawkins JL, Arens JF, Bucklin BA, Connis RT, Dailey PA, Gambling DR, Nickinovich DG, Polley LS, Tsen LC, Wlody DJ, Zuspan KJ (2007). Practice guidelines for obstetrics anesthesia. *Anesthesiology* 106: 843-63.
6. Mivšek A-P (2006). Slovenske ženske in rojevanje – zadovoljstvo ali sprijaznjenost. V: Zbornik prispevkov / Konferenca z mednarodno udeležbo Rojstvo, 17. november 2006. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 34-57.
7. Pahor M (2006). Kako (in zakaj) raziskovati doživljanje rojevanja. V: Zbornik prispevkov / Konferenca z mednarodno udeležbo Rojstvo, 17. november 2006. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 12-33.
8. Parsons M, Bidewell J, Griffiths R (2007). A comparative study of the effect of food consumption on labour and birth outcomes in Australia. *Midwifery* 23: 131-8.
9. Parsons M, Bidewell R, Nagy S (2006). Natural Eating Behavior in Latent Labor and Its Effects on Outcomes in Active Labor. *J Midwifery Womens Health* 51 (1): 1-6.
10. Scheepers H, Thans M, de Jong P, Essed GG, Le Cessie S, Kanhai HH (2001). Eating and drinking in labor. *Birth* 19: 119-23.
11. Skoberne M (2003). Prehranjevanje in pitje med porodom. *Obzor Zdr N* 37 (4): 273-9.
12. Tranmer JE, Hodnett ED, Hannah ME, Stevens BJ (2005). The effect of unrestricted oral carbohydrate intake on labor progress. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 34 (3): 319-28.
13. Wagner M (2006). Humanizacija poroda. V: Zbornik prispevkov / Konferenca z mednarodno udeležbo Rojstvo, 17. november 2006. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 7-11.

