

TEORIJA DOROTHY JOHNSON IN ZDRAVSTVENA NEGA NOSEČNICE

DOROTHY JOHNSON'S THEORY AND NURSING CARE OF A PREGNANT WOMAN

Irma Urh

UDK/UDC 618.2-083

DESKRIPTORJI: nosečnost; mati-otrok, nega

DESCRIPTORS: maternal-child nursing

Izvleček – Sestavek obravnava vlogo zdravstvene nege v predporodnem obdobju.

S pomočjo vedenjskega modela so prikazane dejavnosti medicinske sestre, namenjene nosečnici in njenemu partnerju od spočetja do rojstva otroka. Sestavek predstavlja proces zdravstvene nege, oblikovan po idejah Dorothy Johnson ter ugotavlja primernost in uporabnost teorije Dorothy Johnson za načrtovanje in izvajanje zdravstvene nege za posamezno nosečnico.

Abstract – The article deals with the role of nursing care during antenatal period.

Based on an behavioural model, activities of a nurse intended to help a pregnant woman and her partner from conception to birth of their child. The article deals with the process of nursing care based on the ideas of Dorothy Johnson's theory for planning and performing nursing care for a particular pregnant women.

Uvod

Nosečnost in porod sta fiziološki stanji, kar pa ne daje poročta, da bosta v tem procesu mati in otrok ostala zdrava.

Desetletja se je zdravstveno varstvo žensk omejevalo le na zdravljenje obolenj in pomoč ob porodu. Izkazalo se je, da ni pomembna le pomoč ob porodu, ampak igra pomembno vlogo fizično in psihično stanje ženske med nosečnostjo in ob porodu, na kar vplivajo različni dejavniki.

Kakšna je vloga zdravstvene nege in medicinske sestre v času nosečnosti? Kdaj, kje in kako lahko medicinska sestra pomaga nosečnici? Na ta vprašanja sem poizkušala odgovoriti s pomočjo teorije Dorothy Johnson.

Teorija Dorothy Johnson: Vedenjski model

Teorija je usmerjena v opazovanje in spremljanje vedenja varovanke. Ustrezno vedenje varovanke pripomore k uspešnemu in učinkovitemu zdravljenju v času bolezni in pri preprečevanju bolezni.

Vedenjski sistem ali vzorec vedenja ima svojo strukturo in proces. Sistem opredeljujejo organizacija, interakcija, notranja medsebojna odvisnost in in-

tegracija. Znotraj sistema gre za ohranjanje ravnovesja in stabilnosti s pomočjo prilagajanja. Človek, ki mu nudimo zdravstveno nego, je skupek notranje povezanih vedenjskih podsistemov, ki si prizadevajo za ravnovesje (Bohinc in Cibic, 1995).

Vedenje posameznice

Na delovanje podsistemov vpliva okolje. Škodljive vplive je potrebno zatreti. Problemi se pojavijo, ko je vedenje posameznice:

- *Nezadostno:* pod ravnijo njenih sposobnosti: Nosečnica ne uživa ustreznih količin vitaminov, mineralov, beljakovin, ogljikovih hidratov in maščob, posledice so anemija, prekomerno pridobivanje telesne teže, motnje intrauterinega razvoja ploda itn.
- *Neustrezno:* neskladje med cilji posameznice in njenim dejanskim vedenjem: Nosečnica vzdržuje neprimeren življenjski slog in razvade (kajenje, uživanje alkohola, uživanje mamil, premajhna ali prevelika telesna aktivnost...), kar negativno vpliva na njeno zdravstveno stanje in škoduje razvoju ploda.
- *Neskladno:* vedenje nosečnice glede na določen podsistem in cilji enega od podsistemov vplivajo negativno na cilje drugega sistema:

Nosečnica posveča na primer pretirano pozornost telesni aktivnosti, se izpostavlja prekomernim telesnim obremenitvam, kar vodi v redistribucijo krvi v aktivne mišice na račun manjše prekrvitve notranjih organov, vključno z maternico. Plod ne more odvajati toplote z respiracijo in perspiracijo, zato je občutljiv na hipertermijo (Baddy, 1991).

- *Prevladujoče*: prevladuje posebno vedenje, čeprav okoliščine tega ne zahtevajo: Nosečnica preveč jé, ker je prepričana, da mora jesti za dva. Posledica je prekomerno pridobivanje telesne teže.

Podsistemi odvisnosti

Po teoriji Dorothy Johnson je v vsaki osebnosti sedem velikih podsistemov:

- *Navezanost in povezanost*
Namen podsistema je, da posameznica nekomu pripada, se vključuje v ožjo in širšo socialno mrežo, oblikuje vezi zaupanja in razvija občutek varnosti. Občutek varnosti nosečnici daje partner. Če partner sprejme nosečnost, se partnerski odnos poglobi in pridobi nove razsežnosti. V primeru negativne reakcije partnerja pa lahko nosečnost povzroči medsebojna razhajanja.
Samohranilke se pogosteje ukvarjajo z ekonomskimi težavami. Nosečnost lahko ogroža poklicno kariero ženske ali pa pomeni celo možnost izgube dela. V tem trenutku se lahko vprašamo, kakšne so objektivne možnosti, da nosečnica dobi zaposlitev? Na občutek varnosti ženske v času nosečnosti vpliva reakcija in prejemanje ožje in širše socialne mreže.
- *Hranilnost*
Namen podsistema je, da iz okolja pridobi potrebne vire za ohranitev integritete in doseganje zadovoljstva. Fizični viri, ki jih nosečnica potrebuje so: ustrezna, uravnotežena prehrana, nosečnosti primerna telesna aktivnost, zdravju neškodljivo delovno okolje in širše bivalno okolje... Psihični viri pa so občutek varnosti in zaupanja, ki ga ji dajejo partner, družina, ožje in širše socialno okolje, sprejemanje in razumevanje ne delovnem mestu.
- *Izločevalnost*
Namen podsistema je premagati ovire v sistemu človek in okolje. Ženska v nosečnosti opusti prekomerne delovne obremenitve, če je mogoče in se izogiba izpostavljenosti škodljivim vplivom ter opušča zdravju škodljive razvade:
 - Kofein povzroča nespečnost. Pretirano uživanje kofeina (kava, čaj), lahko povzroči zastoj v otrokovem razvoju (Berginc-Šarmaz in Šarmaz, 1994).
 - Kajenje v nosečnosti povzroča številne motnje v rasti in razvoju ploda ter negativno vpliva na zdravstveno stanje nosečnice. Aktivno kajenje

nosečnice je dejavnik, ki poveča tveganje za spontan splav (Kilby, 1997; O'Campo in sod., 1995), nizko porodno težo (Secker-Walker in sod., 1997), nedonošenost (Zhang in Bracken, 1995) ter motnje v psihološkem in intelektualnem razvoju (Kilby, 1997; O'Campo in sod., 1995; Eliopoulos, 1994; Olds in sod, 1994/a, b).

- Prekomerno uživanje alkohola v času nosečnosti negativno vpliva na rast in razvoj ploda. Posledica je razvoj fetalnega alkoholnega sindroma. Pri novorojencu opazimo: nepravilnosti čeljusti, obraza, srčne napake, nepravilnosti udov, podpovprečno inteligenco.
Pri otroku in adolescentu pa so posledice vidne v obliki hiperaktivnosti in raztresenosti, nesposobnosti koncentracije, dolgotrajnejši nesamostojnosti, težav pri učenju, težav pri ustvarjanju socialnih stikov, depresivnosti, nesposobnosti presoje (Sparks-Shirly, 1993).
- Mamila zelo hitro prodirajo skozi placento do ploda in lahko povzročajo kromosomske okvare, splav, okvare notranjih organov, osrednjega živčevja, abstinenčni sindrom pri novorojencu... Posledice uživanja mamil, ki se kažejo na novorojencu: manjši obseg glave, nizka porodna teža, okvare možganov, počasnejši utrip srca, prirojene okvare srca in mokril, anomalije v razvoju udov... (Berginc-Šarmaz in Šarmaz, 1994).
Pri aplikaciji mamila pa se lahko mati okuži z virusoma HIV in HbsAg, povzročiteljema aidsa oziroma hepatitisa, okužba pa se prek placentne prenese na plod (Kraigher in Kovačević, 1988).
- *Odvisnost*
Namen podsistema je pridobiti vire, ki jih potrebuje medicinska sestra za učinkovito posredovanje pomoči nosečnici in njenemu partnerju. To so pomoč, samozavest, varnost, soglasje, vera, pozornost, zaupanje nosečnice in njenega partnerja. Medicinska sestra potrebuje ustrezno strokovno znanje in praktične sposobnosti.
- *Spolnost*
Namen podsistema je spočetje in zadovoljevanje spolnih potreb z občutkom zadovoljstva. Motivi, ki pri bodočih starših zbudijo željo po otroku, so kompleksni in individualni, nanje pa vplivajo nekateri dejavniki:
 - genetski: želja staršev, da njihovi geni preživijo njihovo lastno smrt;
 - želja, da bi postal odrasel; biti oče ali mati je sinonim odraslosti;
 - tekmovanje s starši: kot otrok spoznaš meje, ki jih določa položaj otroka;
 - vzajemna skrb staršev: otrok ne bi preživel brez pomoči staršev oziroma sočloveka;
 - druga priložnost: imeti otroka pomeni imeti priložnost popraviti boleče izkušnje v svojem otroštvu;

- objekt ljubezni: otroci izkazujejo ljubezen, vdanost svojim staršem;
 - ohranitev kulture: želja staršev, da prenesejo svoje znanje, spretnosti, družbeni položaj... (Raphael-Leff, 1991).
- **Agresivnost**
 Agresivnost kot zaščita posameznice ob možnih nasilnih dejanjih oseb ali idej. Je samozaščitni mehanizem, ki je odvisen od posameznicih individualnih lastnosti, stališč, življenjskih izkušenj, potreb in naučenih načinov spopadanja z neugodnimi okoliščinami. Pomembno vlogo imata tudi ožje in širše socialno okolje, ki posameznico bodisi podpirata ali pa predstavljata oviro oziroma vir konfliktov (Kobolt, 1993).
- **Dostopnost in sposobnost posameznika**
 Namen podsistema je oblikovanje novih vzorcev vedenja, katerih namen je obvladovanje in nadzor nad seboj ali okoljem. Najpogosteje je posameznica pripravljena spremeniti obstoječe vzorce vedenja, ko se le-ti izkažejo za neustrezne in z njimi ne obvladuje več danih okoliščin. V tem trenutku posameznica sprejema pomoč, je pripravljena na spremembo. To je ugoden trenutek za strokovno delovanje in pomoč.

Vsak od teh podsistemov človeka motivira k doseganju določenih ciljev. Na doseganje ciljev vplivajo pretekle izkušnje. Pri opazovanju vedenja posameznice, zasledimo posamezne omejitve, ki so povezane z določenim načinom vedenja. Pomembne so določene predispozicije do posameznih oblik vedenja, Dorothy Johnson jih poimenuje »seti«. Pripravljalni seti oblikujejo aktivnosti in cilje. Samoohranitveni seti pa so odraz preteklih izkušenj. Človek je motiviran k doseganju psihološkega in biološkega ravnovesja, saj mu omogoča rast in razvoj.

Proces zdravstvene nege po Dorothy Johnson

Indikacija za intervencijo zdravstvene nege so problemi, ki so odraz neravnovesja v podsistemi ali pa so odraz nastalih sprememb v vzorcih vsakdanjega življenja. Intervencije so umerjene v moten podsistem z namenom, da se ponovno vzpostavi ravnovesje.

Ocenjevanje

Medicinska sestra ne deluje intuitivno, ampak je njeno delo odraz skrbnega opazovanja in ocene neskladja v podsistemu. Problem je lahko v strukturi ali funkciji podsistema. Najprej ugotovi, v katerem sistemu je prišlo do neravnovesja. V drugi fazi opredeli vzroke neravnovesja.

Tabela 1 prikazuje nekaj potencialnih vzrokov za nastanke neravnovesja v posameznem podsistemu.

Tab. 1. *Potencialni vzroki neravnovesja v podsistemi pri nosečnici.*

Podsistem	Potencialni vzroki neravnovesja
Navezanost in povezanost	<ul style="list-style-type: none"> – zakonski stan – samska, vdova, razvezana, – nezaposlenost, izguba delovnega mesta, – nedokončana izobrazba in s tem manjša možnost zaposlitve, – odsotnost virov preživljanja, – stopnja razvoja in rast odnosa med partnerjema, ali bosta kos nalogi, ki sta si jo zadala, – vrednote in pričakovanja nosečnice, očeta, okolja v katerem živi...
Hranilnost	<ul style="list-style-type: none"> – neustrezna prehrana nosečnice, – neosveščenost o pomenu pravilne prehrane v nosečnosti, – ni občutka varnosti in zaupanja s strani partnerja, – ni občutka ekonomske varnosti...
Izločevalnost	<ul style="list-style-type: none"> – uživanje alkohola, mamil, kajenje – prekomerna telesna aktivnost – pretiravanje v rekreaciji, športnih aktivnostih – prekomerne delovne obremenitve v fizičnem in psihičnem pomenu (stresne situacije na delovnem mestu), – izpostavljenost škodljivim vplivom na delovnem mestu (RTG-žarki, nevarnost okužbe, prah, hrup...)...
Odvisnost	<ul style="list-style-type: none"> – pomanjkljivo strokovno znanje medicinske sestre, – pomanjkanje praktičnih sposobnosti medicinske sestre, – neprimerno vzpostavljanje stikov z nosečnico, – stereotipnost, nestrpnost, netolerantnost do nosečnice, – odsotnost empatične komunikacije...
Spolnost	<ul style="list-style-type: none"> – nezaželena nosečnost, – nosečnost ogroža ekonomsko stabilnost družine, – odsotnost materinskih čustev, – odsotnost medsebojnega spoštovanja partnerjev...
Agresivnost	<ul style="list-style-type: none"> – neprimerni obrambni mehanizmi, – neobvladljive stresne situacije, – pomanjkanje avtonomnosti, samoabsorpcija, izolacija...
Dostopnost	<ul style="list-style-type: none"> – pomanjkanje motivacije, – negativno stališče do sprememb, – pomanjkanje individualnih pooblastil...

Načrtovanje

Načrt intervencij zdravstvene nege sloni na odkritem neravnovesju v podsistemu. Medicinska sestra mora odkriti tiste dejavnike, ki bodo omogočili ponovno vzpostaviti ravnovesje. Namen intervencij zdravstvene nege je vplivati na strukturalno spremembo v cilju, dejavnosti, izbiri, smeri ali vplivati na zunanje spremenljivke okolja z namenom primernega nadomestila z zaščito, vzgojo in spodbudo.

Intervencije

Kategorije primernih načinov zdravstvene nege so naslednje:

Omejevanje

Ta sklop intervencij osebo omeji in postavi zunanje okvire nadzora vedenja.

Namen organizacije zdravstvenega varstva ženske v času nosečnosti je, da jo zajamemo v najzgodnejšem obdobju nosečnosti in jo spremljamo in vodimo do uspešnega poroda. Ženska ima pravico do rednega zdravstvenega nadzorstva.

Ženska naj bi prvič obiskala posvetovalnico vsaj do konca tretjega meseca nosečnosti. Če poteka nosečnost normalno, naj prvih sedem mesecev obišče posvetovalnico enkrat mesečno. V osmem in devetem lunarnem mesecu naj bi prišla v posvetovalnico vsakih štirinajst dni, v desetem lunarnem mesecu pa vsak teden. O morebitnih pogostejših obiskih se nosečnica dogovori z zdravnikom oziroma medicinsko sestro.

Najpomembnejši del prvega obiska v posvetovalnici je pogovor z nosečnico, ki daje zdravstvenemu delavcu priložnost, da se seznanj z njenim načinom življenja ter tako predvidi aktualne in potencialne probleme, s katerimi se ženska srečuje v tem obdobju. Pridobljene informacije predstavljajo izhodišče nadaljnjih intervencij.

Del prvega pregleda nosečnice je vaginalno-bimamualna preiskava (odvzem brisa po Papanicolau za citodiagnostiko, kolposkopija in Schillerjev test), ki jo opravi zdravnik in sodi v okvir detekcijske metode za zgodnje odkrivanje raka.

V drugi polovici nosečnosti ob obisku v posvetovalnici poslušamo plodov srčni utrip. Vnana porodniška preiskava je priporočljiva vsaj v 34., 36. in 39. tednu nosečnosti.

V času prvega obiska v posvetovalnici ženski odvzamemo kri za določitev krvne grupe, Rh-faktorja in indirektni Coombsov test. Odvzem krvi za serološko preiskavo na sifilis (War) je potreben v 4. in 8. mesecu nosečnosti. Vsakič ko pride ženska na obisk v posvetovalnico, je potrebna kontrola urina na prisotnost beljakovin, sladkorja, pregled sedimenta, določitev števila eritrocitov in količine hemoglobina v krvi. Problemi oziroma zapleti v nosečnosti puščajo posledice na zdravstvenem stanju tako matere kot otroka.

Medicinska sestra že ob prvem obisku v posvetovalnici nosečnici izračuna termin poroda, izmeri telesno težo, telesno višino in krvni tlak.

Bistveni del obiska v posvetovalnici je pogovor med medicinsko sestro in nosečnico o prehrani med nosečnostjo, negi kože in sluznic, negi zob, o primernih obleki in obutvi, iztrebljanju in mokrenju, počitku in spanju, spolnih odnosih itn.

Te teme so shematični okvir, ki ga medicinska sestra prilagaja individualnim potrebam nosečnice. Razgovor je usmerjen v interesna področja nosečnice oziroma v področja, ki jih medicinska sestra oceni za šibka.

Zaščita

Namen intervencij je varovanje posameznika pred zunanjimi stresorji in ogroženostjo oziroma zmanjšanje stresa. Najprej je potrebno identificirati potencialne stresorje v družinskem, delovnem in širšem socialnem okolju nosečnice. Sledi individualno ali partnersko svetovanje.

Individualno ali osebno svetovanje, namenjeno nosečnici, je usmerjeno na njena stališča do nosečnosti, dela... in njenih sposobnosti obvladovanja stresnih situacij. Namen svetovanja je indentifikacija potreb ženske in njihova ustrezna zadovoljitev.

Neuspešno obvladovanje stresne situacije vodi do prvih simptomov, ko so potrebne konkretne intervencije pomoči v obliki rednega individualnega svetovanja, učenja sprostivnih tehnik in spreminjanja vzorcev vedenja (Kobolt, 1993).

Svetovalno delo s partnerji je usmerjeno k dogovarjanju med partnerjema, komunikaciji in redukciji konflikta (Kristančič, 1995).

V še tako zaželeni nosečnosti obstaja določena mera zaskrbljenosti ter pozitivna in negativna čustva do nosečnosti.

S psihološkega stališča mora nosečnica v prvem trimesečju sprejeti dejstvo, da je noseča, kot realnost. Pogosto so hkrati prisotna čustva sreče, nasprotovanja, odklanjanja in zanikanja. Medicinska sestra mora sprejemati čustvene spremembe ženske z razumevanjem in jih ne sme obsojati.

V drugem trimesečju mora nosečnica gledati na plod kot na samostojno bitje. V tem obdobju medicinska sestra informira žensko o vsem, kar mora vedeti o nosečnosti. Pozitiven odnos partnerja je izredno pomemben za nerojeno bitje, kajti v moževi ljubezni in skrbi za ženo je prisotna očetovska ljubezen do otroka.

V tretjem trimesečju se mora nosečnica sprijazniti z otrokovim rojstvom. Medicinska sestra poskuša žensko pomiriti ter razjasniti njene strahove glede poroda.

Oviranje

Zadrži nosečnico pred nepričakovanimi, neustreznimi reakcijami na dražljaje iz okolja. Neustrezen odziv ženske na okoliščine je odraz njene interpretacije realnosti in ne realnost sama (Kobolt, 1993).

Neustrežno ravnanje nosečnice je lahko odraz nezaveščenosti, pomanjkanja znanja. Namen dela medicinske sestre je ugotoviti deficit znanja; temu prilagodi svoje zdravstvenovzgojno delo, ki je ciljno usmerjeno v problem.

Medicinska sestra opozori nosečnico na simptome, zaradi katerih mora takoj poiskati zdravniško pomoč, da se izogne negativnim posledicam. Ti znaki so: krvavitev iz nožnice, nenadno odtekanje plodovnice, motnje vida, močan ali trajen glavobol, hitro naraščanje telesne teže, krči in popadki v križu ali močne bolečine v trebuhu, otekle noge, roke, lica ali očne veke, če že dlje časa ne čuti plodovega gibanja ter mrzlica ali temperatura.

Medicinska sestra žensko opozori, da mora takoj v porodnišnico v primeru rednih popadkov sprva na 30 min nato na 10–15 min, v primeru razpoka jajčnega mehurja in v primeru pojava krvave sluzi iz vagine.

Olajšanje

Olajša obdobje nosečnosti z zdravstveno vzgojo in vzpodbudo.

Zdravstveni vzgoji ženske v nosečnosti, ob porodu in po porodu je potrebno posvetiti izjemno pozornost, kajti prek matere vzgajamo ostale člane družine in s tem vplivamo na zdravje celotne družine.

Ženska je v tem obdobju izredno dostopna za vse nasvete, ki jih lahko zdravstveni delavci posredujejo ob obiskih v posvetovalnici, in sicer v obliki:

- individualnega svetovanja,
- kratkih predavanj namenjenih manjšim skupinam ljudi (5–7) s sorodnimi problemi,
- organiziranega izobraževanja v obliki predavanj v Šoli za starše,
- priporočanjem zdravstveno prosvetne literature itn.

Izhodišče zdravstvenovzgojnega dela je nosečnica – njene potrebe so vodilo delu medicinske sestre, ki žensko sprejema kot partnerko. Svoje delo prilagaja kognitivnim, konativnim in psihomotoričnim potrebam ženske.

Cilj zdravstvene vzgoje je ohraniti, razviti zdrav slog življenja (zdrava, uravnotežena prehrana, gibanje v naravi, izvajanje tehnik za psihično in fizično sprostitve), odkrivanje dejavnikov tveganja (neugodne socialne razmere, kajenje, uživanje alkohola in drog) ter razvoj ustreznih obrambnih mehanizmov.

Evalvacija

Dorothy Johnson govori o sumativnem in nadaljevalnem vrednotenju ali evalvaciji.

Nadaljevalno vrednotenje vključuje predvidevanje vedenja v podsistemu, ki je v bistvu odgovor na strukturni problem in spremenljivkah okolja, kar je odgovor na funkcionalni problem. Vrednotenje dela je predvidevanje rezultatov, ki morajo biti izraženi, kot vedenje, ki ga lahko medicinska sestra opazi. Oceniti mora, katero je tisto vedenje, pri katerem bo njena intervencija uspešna. Vrednotenje je v bistvu ponovna ocena. V primeru, da ni ustreznih rezultatov, mora medicinska sestra ponovno oceniti situacijo. Sprotno

vrednotenje poteka v času, ko dosežemo kratkoročni cilj oziroma ves čas izvajanja zdravstvene nege.

Sumativna evalvacija se nanaša na ugotavljanje primernosti »Vedenjskega modela« za planiranje in izvajanje zdravstvene nege za posamezen primer. Model Dorothy Johnson je primeren za zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege nosečnice, saj omogoči medicinski sestri uvajanje sprememb kjer koli, glede na prednosti in slabosti podsistema in vrednotenje svojega dela (Cibic in Bohinc, 1995).

Sklep

Teorija Dorothy Johnson omogoča medicinski sestri individualen pristop k nosečnici. Teorija poleg fizioloških potreb poudarja psihološke in socialne potrebe žensk v nosečnosti. Upoštevanje vseh razsežnosti potreb ženske in njenega partnerja med nosečnostjo pri posredovanju storitev zdravstvene nege zagotavlja kakovost le-teh. Dvig kakovosti storitev zdravstvene nege pa omogoča tudi višjo stopnjo zadovoljstva uporabnikov.

Vendar omenjena teorija zahteva poglobljena znanja medicinske sestre s področja psihologije človeka in tehnik svetovanja. Morda ravno zaradi tega predstavlja izziv.

Literatura

1. Baddley S. Exercise in pregnancy. *Nursing times* 1991; 87 (48): 66–8.
2. Berginc-Šarmaz G, Šarmaz M. Zdrava nosečnica. Ljubljana: Ara 1994: 86–102.
3. Bohinc M, Cibic D. Teorije zdravstvene nege. Ljubljana: Didakta 1995: 63–7.
4. Eliopoulos C, Klein J, Phan K. Vsebnost nikotina in kotina v laseh porođnic in njihovih novorojencev. *JAMA* 1994; 4: 23–5.
5. Kilby JW. A smoking cessation plan for pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1997; 26 (4): 397–402.
6. Kobolt A. Faktorji stresa v socialnih in pedagoških poklicih. V: Psihohigiena, referati s seminarja. Ljubljana: Zavod za šolstvo 1993: 25–40.
7. Kraiger A, Kovačević M. Prevenција AIDSa. *Zdrav Var* 1988; 27: 91–3.
8. Kristančič A. Svetovanje in komunikacija. Združenje svetovalnih delavcev Slovenije. Ljubljana: Inzercto 1995: 123–54.
9. O'Campo P, Davis MV, Gielen AC. Smoking cessation interventions for pregnant women: review and future directions. *Semin Perinatol* 1995; 19/4: 279–85.
10. Olds D, Henderson C, Tatelbaum R. Intellectual impairment in children of women who smoke cigarettes during pregnancy. *Pediatrics* 1994/a; 2 (93): 221–33.
11. Olds D, Henderson C, Tatelbaum R. Prevention of intellectual impairment in children of women who smoke cigarettes during pregnancy. *Pediatrics* 1994/b; 2 (93): 228–33.
12. Raphael-Leff J. Psychological process of childbearing. London: Page Bros (Norwich), 1991: 4–14.
13. Sparks-Shirley N. Children of prenatal substance abuse. San Diego (California): Singular publishing group corp., 1993: 33–55, 77–107, 123–45.
14. Secker-Walker RH, Vacek OM, Flynn BS, Mead PB. Smoking in pregnancy, exhaled carbon monoxide, and birth weight. *Obstet Gynecol* 1997; 89 (5Pt 1): 648–53.
15. Zhang H, Bracken MB. Three based risk factor analysis of preterm delivery and small for gestational – age birth. *Am J Epidemiol* 1995; 14/1: 70–8.