

Porodni centar u Brnu jedan je od alata zadovoljstva žena perinatalnom skrbi

^{1,3} Lenka Veselá, ^{1,2} Radka Wilhelmová, ² Miloslava Kameníková, ¹ Andrea Pokorná

¹ Department of Health Sciences, Faculty of Medicine, Masaryk University Brno, Brno, Czech Republic

² Department of Gynecology and Obstetrics, University Hospital Brno, Brno, Czech Republic

³ Department of Public Health, Faculty of Medicine, Masaryk University Brno, Brno, Czech Republic

Autorica za kontakt: Lenka Veselá lenka.vesela@med.muni.cz

Sažetak

Cilj ovog rada je predstaviti Porodni centar u Brnu (na češkom: *Centrum porodní asistence* – CPA), koji je osnovan u Republici Češkoj kao drugi takav centar s podrškom Ministarstva zdravstva. Odgovor je to na legitimne zahtjeve žena za individualiziranom i holističkom skrbi u porodništvu i primaljstvu. U isto vrijeme, zdravstveni djelatnici novoosnovanog centra svojim radom odražavaju preporuke Međunarodne konfederacije primalja (*International Confederation of Midwives* – ICM) te Međunarodne federacije ginekologije i porodništva (*International Federation of Gynaecology and Obstetrics* – FIGO). Obje se organizacije slažu kako je svaka žena jedinstvena i ima pravo na skrb temeljenu na ljubaznosti i poštovanju, pruženu od primalje koja raspolaže odgovarajućim znanjem i stručnošću, stoga će žena imati pozitivno iskustvo trudnoće i porođaja (1-3).

Ključne riječi: perinatalna skrb, žena, zadovoljstvo, sigurna skrb, primalja

Uvod

Iskustvo s maternalnom skrbi značajno će utjecati ne samo na budući život žene, nego i njena djeteta, i nastavno na život cijele obitelji i zajednice. Pozitivno iskustvo žene povezano je s kvalitetom skrbi koju je primila i u konačnici je jednako važno kao i objektivno mjerljivi perinatalni ishodi. Mnogi čimbenici, kao što je mogućnost izbora mjesta porođaja i određenog pružatelja skrbi, utječu na ženino specifično i konačno

iskustvo, kao i njeno zadovoljstvo. Posljedično, skrb pružena s poštovanjem i usmjerena na ženu od strane primalje – ženinog savjesnog vodiča. Prethodno navedeni čimbenici osnovne su varijable u postizanju optimalnih ishoda i za majku i za dijete tijekom trudnoće, porođaja i poslijeporodnog razdoblja (4).

Pijl i suradnici (2021.) definiraju maternalnu skrb punu poštovanja kao skrb kojoj je cilj zastupati prava žena, novorođenčadi i njihovih obitelji. Radi se o skrbi temeljenoj na znanstvenim dokazima, koja simultano uzima u obzir ženine individualne potrebe i preferencije (5). Iskustvo primalja diljem svijeta pokazuje kako je porođaj sigurniji u većini slučajeva ako je podržana fiziologija porođaja, a nepotrebne intervencije u započetom porođaju svedene na minimum (6). Dakle, može se reći, uzevši u obzir kompetenciju za fiziologiju reproduktivnih procesa, kako je primalja idealna i ujedno glavna skrbnica za niskorizičnu grupu žena i novorođenčadi. Filozofija pristupa porođaju i postojeće mogućnosti zdravstvenog sustava uvijek su oblikovani kulturom, političkim i ekonomskim interesima i mogućnostima. U Europi vidimo znatne razlike u pružanju skrbi između različitih zemalja (7), u Češkoj još uvijek postoje primjetne razlike između pojedinih rodilišta, o čemu svjedoči starija literatura (8, 9), ali također potvrđuju i trenutne analize i istraživanja (10). Češko porodništvo jedno je od najboljih u svijetu u pogledu perinatalnih ishoda – osobito prema niskoj stopi neonatalnog mortaliteta. U 2021. godini stopa perinatalnog mortaliteta iznosila je 4.6 ‰ te je i dalje kontinuirano u padu (8, 9, 11). Rastući su, međutim, glasovi u profesionalnoj debati koji ukazuju na nedostatak skrbi za žene koje žele fiziološki porođaj. Nedostaci su uočljivi posebno u području zadovoljenja psihosocijalnih potreba žena. Standardne perinatalne statistike ne uzimaju u obzir aspekt zadovoljstva žene pruženom skrbi, kao ni posljedično iskustvo, što također može biti preneseno transgeneracijski (12-16). To je također razlog zašto Ministarstvo zdravstva trenutno podržava projekt mapiranja zadovoljstva žena maternalnom skrbi, što je u isto vrijeme – zahvaljujući otvorenim i slobodnim pisanim komentarima žena – vrijedan izvor povratnih informacija (10, 17). Tijekom posljednjih 30 godina dogodile su se velike promjene u pružanju skrbi rodiljama u Češkoj. Prije 1989. godine ženama nije bilo dopušteno imati „pravo glasa u porođaju“, prisustvovanje oca djeteta na porođaju nije bilo moguće, nije bilo mogućnosti iskazivanja želja za vlastiti porođaj, odvojenih rađaonica, intimnog okruženja, tuševa u svakoj sobi, individualnog biranja položaja tijela u porođaju ni

biranja pomagala, porođaja u vodi, prirodnog porođaja, aromaterapije, biljne terapije itd. Pružana skrb bila je pod slikom biomedicinskog modela, često s rutinskim postupcima, gdje žena nije imala puno mogućnosti za donošenje informiranih izbora, niti se mnogo uvažavala njena autonomija. U velikoj većini ustanova, primalje su bile u službi „asistentice“ porodničara. Posljednjih nekoliko godina došlo je do evolucije u ponuđenoj skrbi, no postoji još prostora za napredak. Postoje mnogi nedostaci u zdravstvenom sustavu na nacionalnoj razini. Trenutno nemamo profesionalnu koncepciju niti ujednačene preporučene primaljske prakse u Češkoj, žene imaju ograničen izbor mjesta porođaja (zakoni ne podržavaju funkcionalne primaljske odjele, ni kućni porođaj) i pružatelja skrbi (primaljska skrb nije uključena u javno zdravstveno osiguranje kao standard). U mnogim bolnicama biomedicinski model skrbi prevladava i dalje, iako žene često žele, primjerice, roditi uz primalju, bez nepotrebnih rutinskih intervencija, žele skrb krojenu za ženu (skrb u kojoj je žena u središtu), gdje žena sudjeluje u donošenju odluka i poštovana je kao partner.

Metodologija

Cilj nam je opisati proces otvaranja novog porođnog centra s naglaskom na glavne izazove i dobrobiti primaljske skrbi. Opisujemo proces promjena u filozofiji primaljske skrbi temeljen na profesionalnim iskustvima i dugogodišnjoj stručnosti. Strategija je usmjerena na tri glavna cilja, prvenstveno na promociju fiziološkog porođaja, a zatim na ispunjavanje primaljskih kompetencija te promoviranje individualizirane skrbi za žene i brigu za osoblje.

Rezultati (Osnivanja CPA)

Model skrbi koji ženu stavlja u središte, gdje primalje skrbe za žene niskog rizika, već dugo je standardna norma skrbi u zapadnim zemljama i, srećom, takva se skrb počinje primjenjivati u Češkoj posljednjih godina. U nekim rodilištima primalje su prepoznate kao pružateljice skrbi koje rade u punom djelokrugu svojih kompetencija. One, prema tome, samostalno pružaju potpunu primaljsku skrb niskorizičnim ženama, bez intervencija liječnika porodničara. Porodni se centri osnivaju prateći europski trend. Sustavne i organizacijske promjene događaju se u bolnicama pri kojima su porodni centri osnovani. Primalje koje rade u porođnim centrima moraju biti iskusne i iznad svega voljne raditi samostalno te snositi punu odgovornost za svu provedenu skrb, što

je ključno za funkcioniranje centra. Sveučilišna bolnica u Brnu (*The Brno University Hospital*) centar je za perinatologiju s najvećim smještajnim kapacitetom u Češkoj. Više od 6.000 djece rađa se ovdje svake godine. Zbog velikog raspona potrebne skrbi (od fiziologije do vrlo kompliciranih slučajeva), bilo je neobično što smo odlučili ovdje osnovati CPA. Naša je vizija bila da svrha CPA nije toliko važna zbog drugačijih „soba“, nego zbog promjene filozofije i načina na koji pristupamo ženama i novorođenčadi. Značajno smo promijenili koncept skrbi koju pružamo. Na početku, odluka je bila pružiti sveobuhvatnu, holističku, uvažavajuću skrb u sigurnom okruženju (s visoko stručnim osobljem i u isto vrijeme sa svim tehničkim mogućnostima bolnice). Cilj je bio naglasiti podršku fiziološkim procesima porođaja za grupu niskorizičnih žena, zaštititi potrebe žena na svim razinama, odnosno odmaknuti se od klasičnog biomedicinskog modela i okrenuti se prema holističkom modelu, odmaknuti se od klasičnog porodničkog pristupa prema skrbi koja se pruža u okvirima primaljstva. Dodijeljen je prostor za primaljsku polikliniku gdje skrb za niskorizične žene autonomno pružaju primalje. Ovi koraci vodili su u kvalitativnu promjenu načina pružanja skrbi za trudnice i roditelje, s posljedičnim dobrobitima. Pretpostavljamo da je ovo apsolutna promjena u pristupu skrbi, održavanju kontinuiteta i poštovanju ženinih potreba. CPA je omogućen pomoću primalja koje su dijelile istu viziju s medicinskim vodstvom Klinike za ginekologiju i porodništvo. Klinika je također nastavna baza za profesionalnu praksu Medicinskog fakulteta, gdje stručne vježbe polaze ne samo budući liječnici, već i buduće primalje. Njihova obuka potpuno je u skladu s vizijom koju imaju oba studija, koja usko surađuju. U prvoj fazi, bilo je prijeko potrebno razviti pravu strategiju i identificirati interes osoblja za sudjelovanje u promjenama te ih motivirati za provođenje ovih promjena. Na početku smo morali odrediti osnovne potrebe za funkcioniranje centra; revidirati broj, naobrazbu i radne sate naših primalja. Nadalje, uspostavili smo kriterij za grupu niskorizičnih žena, suradnju i funkcionalnu komunikaciju s porodničarima te redovite sastanke osoblja. Bilo je potrebno stvoriti mrežnu stranicu i stranice na društvenim mrežama za komunikaciju s općom i profesionalnom javnošću. U sljedećem koraku opisali smo viziju za daljnji razvoj CPA i vrste suradnje unutar i izvan organizacije. Povećali smo ponudu antenatalnih tečajeva, razvili pisane informativne materijale, evaluaciju i ishode.

Također smo predstavili plan za daljnju edukaciju osoblja, osobito vezano uz pružanje podrške reproduktivnim fiziološkim procesima. Strategija je iznijela tri glavna cilja,

promociju fiziologije u porođaju, ispunjavanje kompetencija primalja te promicanje individualizirane skrbi za žene i osoblje. Na početku, cijeli proces nije prošao sasvim bez poteškoća. Naš koncept i filozofija morali su opetovano biti predstavljeni i objašnjavani, cijeli tim aktivno je doprinio i bio posvećen novoj situaciji. Znali smo da je najveći zadatak promjena mentalnog sklopa i morali smo neprestano biti svjesni da je to ključ uspjeha; motivirani ljudi s osjećajem samoispunjenja. Nakon toga je slijedio rad na internim dokumentima, metodološkim postupcima i uspostava jasnih pravila rada, primjerice, određivanje kriterija za niskorizičnu skupinu žena, vođenje fiziološkog porođaja, poliklinike i dokumentacija vođeni autonomno od strane primalja. Važno postignuće bila je identifikacija primaljskih aktivnosti i mogućnost naknade troškova zdravstvene skrbi koju pružaju primalje. Šifre za specifične primaljske usluge ugovorene su pomoću procedura s osiguravajućim kućama koje se bave zdravstvenim osiguranjem – sveobuhvatne i ciljane preglede žena, kontrolni pregled za trudnicu ili laktacijsko savjetovanje. Glavni kriterij za odabir žena koje pripadaju niskorizičnoj skupini, koje stoga mogu dobiti skrb samostalne primalje, bio je da je žena bez značajnih opterećenja u anamnezi te gestacijske dobi između 36+0 i 41+0 tjedana. Preko 3.000 žena godišnje koristi usluge primaljske prenatalne skrbi od kad je centar osnovan i primaju uslugu antenatalne skrbi i savjetovanja. Ipak, sistem gdje primarnu selekciju obavlja porodničar i žena dobiva „ulaz“ u primaljsku skrb isključivo temeljem indikacije liječnika, a ne obratno (primalja uočava problem te ženu upućuje na porodničara, op. prev.), kako je uobičajeno u zapadnim zemljama, i dalje opstaje u našoj zemlji. Ovo je područje na koje bismo se željeli usredotočiti u budućnosti. Primalja koja pruža skrb u poliklinici ima 45 minuta za pregled i konzultacije s klijenticom (uključivši administrativne zadatke). Savjetovanje s primaljom podrazumijeva da će skrb biti pružena na holistički način i s poštovanjem prema ženinim željama i individualnosti. Savjetovanje uključuje procjenu općeg stanja žene, razgovor o njenom trenutnom stanju, provjeru vitalnih znakova, test mokraće, procjenu ostalih dostupnih laboratorijskih nalaza, palpaciju – vanjski opstetrički pregled, i u slučaju da je indiciran te žena na njega pristaje – vaginalni pregled, ugovaranje potrebnih laboratorijskih testova ako su potrebni, slušanje otkucaja fetalnog srca te snimanje CTG zapisa ako je termin porođaja prošao. Individualno, moguće su druge procedure kao što su ručno opuštanje ligamenata, edukacija o upotrebi Rebozo marame za podvezivanje trbuha, preporuke za komplementarne tretmane kao što je homeopatija; ako je potrebno, primalja surađuje i konzultira se s multidisciplinarnim

timom, osobito fizioterapeutom te u slučaju sumnje na komplikaciju, s porodničarom. Pristup je pun uvažavanja kako bi se zadovoljile ženine potrebe i kako bi se udovoljilo njenim željama uz maksimalnu sigurnost, stručnost i kvalitetu skrbi. Ovakva skrb u potpunosti je pokrivena javnim zdravstvenim osiguranjem (šifre specijalizirane primaljske skrbi). U Češkoj, standardni sustav skrbi za žene i novorođenčad u ranom poslijeporodnom razdoblju, nije standardan u usporedbi s drugim zapadnim zemljama. Skrb za žene u prvih 48 do 72 sata po porođaju odvija se na odjelu babinjača. Skrb je nelogično podijeljena na dva tima – porodnički i neonatološki. Ovaj ne sasvim „sretan“ sustav skrbi često je izvor različitih organizacijskih, kompetencijskih i komunikacijskih nesuglasica. Primalja skrbi za ženu, stoga skrbi i za dojenje, no medicinska sestra s odjela novorođenčadi također ima dojenje u svojim kompetencijama. Često postoje nesuglasice u organizaciji skrbi te savjetima i informacijama koji su dani dojilji. Žene se često žale na manjak odmora i nedosljedne informacije, koje su ponekad čak kontradiktorne i zbunjujuće za ženu (10). Poteškoće predstavljaju izazov koji je potrebno riješiti, stoga promjene i kvalitativno nov način suradnje s neonatološkim timom postaje sastavni dio CPA strategije. Važno pozitivno postignuće je uspostava grupe laktacijskih savjetnica koja se sastoji i od primalja i od medicinskih sestara te formiranje klinika za laktaciju. Uspostavljanje sistema za savjetovanje o laktaciji imalo je pozitivne rezultate u promoviranju dugoročnog dojenja. Žene se mogu prijaviti za laktacijsko savjetovanje u klinici bolnice do četiri tjedna nakon poroda, a ova je usluga pokrivena od strane javnog zdravstvenog osiguranja.

Plan za daljnji napredak – skrb za skrbnike (sadašnje primalje)

Zbog toga što je poznato da jedino skrbnik koji nije traumatiziran, ili je dobro preradio vlastitu traumu, može pružiti skrb koja nije traumatična, jedan je od ciljeva CPA skrbiti za primalje (18). Primaljama su potpuno priznate kompetencije, omogućeno im je daljnje obučavanje kroz radionice i tečajeve koje organizira CPA, imaju mogućnost postati subspecijalistkinje (perinatalni tim palijativne skrbi, savjetnica za laktaciju, tim u zajednici, intenzivna skrb u porodništvu, savjetovanje u postpartumu – refleksija, mentoriranje i edukacija, znanost i istraživanja itd.), dakle imaju mogućnost napredovanja u karijeri te samoostvarenja. Standard za primalje je provoditi neovisnu skrb za žene niskog rizika u trudnoći i porođaju, što obično povećava njihov osjećaj samoispunjenosti. Međutim, pružati neovisnu skrb donosi visoku razinu odgovornosti,

a situacije mogu biti izvor stresa i pritiska, zbog čega je osoblju u Sveučilišnoj bolnici dostupna supervizija.

CPA je također odgovorila na opetovane zahtjeve žene za individualnom pratnjom te izborom određene primalje koju je žena odabrala za svoj porođaj. Ovo do neke mjere (ograničeno) ispunjava definiciju kontinuirane skrbi koju pruža „poznato lice“. Ova usluga nije plaćena od strane javnog zdravstvenog osiguranja i žena je mora platiti. Cijena je oko 980 eura. Unatoč ovom financijskom opterećenju, zahtjevi žena za kontinuiranom individualiziranom skrbi pojavljuju se u enormnom broju. Žena dobiva uslugu kroz CPA, a račun bude poslan od strane ekonomskog odjela. Kao zaposlenice bolnice, primalje su za ovu uslugu plaćene dodatno na redovnu plaću. Ipak, ova usluga ima trenutno ograničen kapacitet, jer samo manjina primalja u rodilištu je voljna ili sposobna pružiti je. Zahtjevna priroda ove usluge ne uključuje samo antenatalno savjetovanje, već također i „dežuranje“ za žene koje imaju ugovor te obvezu dolaska na njihov porođaj u bilo koje doba. Sve ovo iznimno je vremenski zahtjevno za primalje i mnoge od njih imaju problem u postizanju ravnoteže između posla i privatnog života. Svjesni smo da ljudskim resursima treba upravljati pažljivo i s osjećajem, s tim da skrb poslodavca za primalje koje pružaju ovu uslugu treba biti dobra.

Plan za daljnji napredak – skrb za buduće primalje

Suradnja s Odjelom za zdravstvene znanosti i Medicinskim fakultetom u Brnu imala je važnu ulogu u razvoju CPA. Akademkinje primaljstva doprinijele su razvoju strategije i metodoloških materijala. Sudjelovanje naših kolegica sa Sveučilišta u razvoju dugoročne strategije i vođenja CPA bilo nam je iznimno vrijedno. Skrb za studente/ice – naše buduće kolege/ice, njihova priprema u sklopu kvalifikacijskog studija, motivacija, uključenost, inspiracija; rana uspostava suradnje u sklopu stručne prakse također je osobito važna. Postoji sustav mentoriranja koji dobro funkcionira (1:1) tijekom stručne studentske prakse na odjelima rodilišta. Zaposlene primalje i neonatološke sestre također su uključene u kliničku praksu studenata/ica. S druge strane, edukatorice su aktivno uključene u CPA i antenatalno savjetovanje te doprinose kontinuiranoj edukaciji osoblja. Jasno je istaknuta veza između teorije i prakse. Postoji poticajni program školarine za studentice koje planiraju ostati raditi u bolnici nakon diplomiranja.

Zaključak

Osnivanje porodnog centra donijelo je sustavne promjene u organizaciji posla i veće prilike za samoispunjenje primalja, kao i širu mogućnost izbora za žene, kojima je ponuđena individualizirana kontinuirana skrb s većim osjećajem sigurnosti. Logično, u porastu je broj zadovoljnih žena koje žele roditi u ovakvom centru. Unatoč sveukupnom padu broja porođaja u zemlji, u našoj ustanovi nije došlo do smanjenja broja porođaja te se ekonomski dobitak za bolnicu pojavljuje kao rezultat uvedenih promjena. S druge strane, međutim, učestalo se pojavljuje problem prepunjenosti kapaciteta rodilišta. Potrebno je smisliti, planirati i postupno uvoditi daljnje korake koji bi poboljšali manjkavosti koje se pojavljuju u sadašnjoj maternalnoj skrbi, osobito na području psihosocijalnih potreba žena i prateće postnatalne skrbi koju bi primalje pružale ženama i novorođenčadi u njihovom vlastitom socijalnom okruženju. U kontekstu postnatalne skrbi u kući, žene u Češkoj, uključujući i one koje su doživjele perinatalni gubitak, ostaju u biti bez skrbi, jer primaljska skrb u kući (patronaža) nije pokrivena javnim zdravstvenim osiguranjem na standardnoj i sveobuhvatnoj osnovi. Naš je cilj ponuditi ženama kontinuiranu primaljsku skrb, pruženu od primalje ili grupe primalja, ne samo u ograničavajućem kontekstu antenatalne skrbi i skrbi tijekom porođaja, nego također i u razdoblju poslije porođaja. Stoga smo vrlo odlučne razviti primaljsku skrb u zajednici. Na ovom putu, gdje razvijamo skrb koju pružamo, kao i okruženje u kojem je pružamo, promjene su trajne. Povratna informacija za svaku promjenu za nas predstavlja pokretačku snagu i pokazuje nam radimo li stvari ispravno. Kao dio projekta podržanog od Ministarstva zdravstva, provodimo istraživanje velikih razmjera na nacionalnoj razini, što nam daje priliku da upotpunimo otvorena pitanja o iskustvima žena s maternalnom skrbi. Naš je centar ocijenjen kao izvrstan. U ovom trenutku, čini se kako idemo u pravom smjeru.

Potvrda/priznanje

Projekt „Kvaliteta pružene prenatalne i perinatalne skrbi iz perspektive žena u Češkoj“ podržan je od strane Ministarstva zdravstva Republike Češke pod brojem NU21-09-00564. Sva prava pridržana.

Literatura

1. WHO. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience WHO [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018. 200 s. Dostupné z: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
2. International Confederation of Midwives [internet]. [citován 28. únor 2024]. International Definition and Scope of Practice of the Midwife. Dostupné z: <https://internationalmidwives.org/resources/international-definition-of-the-midwife/>
3. De Jonge A., Dahlen H., Downe S. „Watchful attendance” during labour and birth. Sex Reprod Healthc Off J Swed Assoc Midwives. červen 2021;28:100617.
4. Wilhelmová R., Veselá L., Korábová I., Slezáková S., Pokorná A. Determinants of respectful care in midwifery. Kontakt. 19. prosinec 2022;24(4):302-9.
5. Pijl M. S. G. van der, Kasperink M., Hollander M. H., Verhoeven C., Kingma E., Jonge A. de. Client-care provider interaction during labour and birth as experienced by women: Respect, communication, confidentiality and autonomy. PLOS ONE. léto 2021;16(2):e0246697.
6. Peters L. L., Thornton C., De Jonge A., Khashan A., Tracy M., Downe S. et al. The effect of medical and operative birth interventions on child health outcomes in the first 28 days and up to 5 years of age: A linked data population-based cohort study. Birth Berkeley Calif. prosinec 2018;45(4):347–57.
7. Miller S., Abalos E., Chamillard M., Ciapponi A., Colaci D., Comandé D. et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. The Lancet. 29. říjen 2016;388(10056):2176-92.
8. Pavlíková M. Sbíraná data o porodu, zdraví a úmrtí novorozenců v ČR a v zahraničí [Internet]. biostatisticka.cz. [citován 29. únor 2024]. Dostupné z: <https://www.biostatisticka.cz/sbirana-data-o-porodu-zdravi-a-umrti-novorozencu-v-cr-a-v-eu/>
9. Pavlíková. Shrnutí recentních studií zabývajících se péčí porodní asistentky o těhotnou, rodící a šestinedělní ženu a novorozence [Internet]. biostatisticka.cz.

[citován 29. únor 2024]. Dostupné z: <https://www.biostatisticka.cz/shrnuti-recentnich-studii-zabyvajcich-se-peci-porodni-asistentky-o-tehotnou-rodici-a-sestinedelni-zenu-a-novorozence/>

10. Wilhelmová R., Veselá L., Korábová I., Janků P., Kameníková M., Hruban L. et al. Czech women's experiences with maternity care – analysis of free text comments. *Eur J Midwifery* [Internet]. 24. říjen 2023 [citován 28. únor 2024];7(Supplement 1). Dostupné z: <https://www.europeanjournalofmidwifery.eu/Czech-women-s-experiences-with-maternity-care-analysis-of-free-text-comments,172315,0,2.html>
11. Rodička a novorozenec 2014–2015 [internet]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008423/rodnov2016-2021.pdf>
12. Barker D. J. P. Fetal and infant origins of adult disease. *Monatsschr Kinderheilkd.* 1. červen 2001;149(1):S2-6.
13. Lipton B. H. *Biologie víry*. 2. Praha: Anag; 2018. 288 s.
14. Fossion P., Leys C., Vandeleur C., Kempnaers C., Braun S., Verbanck P. et al. Transgenerational transmission of trauma in families of Holocaust survivors: the consequences of extreme family functioning on resilience, sense of coherence, anxiety and depression. *J Affect Disord.* 15. leden 2015;171:48-53.
15. Simpson M., Catling C. Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women Birth J Aust Coll Midwives.* červen 2016;29(3):203-7.
16. Delicate A., Ayers S., Easter A., McMullen S. The impact of childbirth-related post-traumatic stress on a couple's relationship: a systematic review and meta-synthesis. *J Reprod Infant Psychol.* únor 2018;36(1):102-15.
17. Sjetne I. S., Iversen H. H., Kjøllesdal J. G. A questionnaire to measure women's experiences with pregnancy, birth and postnatal care: instrument development and assessment following a national survey in Norway. *BMC Pregnancy Childbirth.* 21. srpen 2015;15(1):182.
18. Rohwetter A., Prešlová K. Únava ze soucitu: jak předcházet vyčerpání v pomáhajících profesích. Roč. 2022. Portál; 168 s.