

# Péče komunitní porodní asistentky o šestinedělku s poporodní depresí

Mgr. Eva Hendrych Lorenzová<sup>1</sup>, doc. PhDr. Mária Boledovičová, Ph.D.<sup>2</sup>, Mgr. Lucie Kašová<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra ošetrovatelství a porodní asistence, Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni

<sup>2</sup>Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Poporodní deprese patří k závažnému onemocnění, které ovlivňuje jak zdraví ženy, tak dítěte, ale i fungování celé rodiny. Toto onemocnění bývá však paradoxně v praxi často pozdě diagnostikováno a jeho léčba bývá složitá a nekomplexní. Autorky zde předkládají případ těžké poporodní deprese, kdy žena po porodu musela být hospitalizována na oddělení psychiatrie a o novorozence se musela v domácím prostředí postarat užší rodina. Cílem předložené kazuistiky je upozornit na závažnost onemocnění poporodní deprese a všimnout si širších souvislostí, které se k onemocnění a léčbě vztahují. Autorky v závěru apelují na rozvoj komunitní péče porodních asistentek o ženy po porodu a na těsnější spolupráci s pediatrii a dalšími zdravotními odborníky.

**Klíčová slova:** poporodní deprese, porodní asistentka, péče o ženu v šestinedělí, péče o novorozence, komunitní péče.

## Midwifery care of women in puerperium with postpartum depression

Postpartum depression is one of serious diseases that affect health both of the woman and the child but also functioning of the entire family. In practice, this disease is, paradoxically, often diagnosed late and its treatment is complex and incomprehensive. The authors present a case study of severe postpartum depression after giving birth when a woman had to be hospitalized in the department of psychiatry. The family had to look after the newborn at home. The aim of this case report is to draw attention to diseases such as postpartum depression and noticing broader context connected with the disease and the treatment. The authors stress the importance to developing community midwifery care for women after childbirth and also of closer cooperation with pediatricians and other health professionals.

**Key words:** postpartum depression, midwife, care of woman in puerperium, care of newborn, community care.

## Úvod

Poporodní depresi rozeznáváme u zhruba 10–15 % žen po porodu, což z tohoto onemocnění dělá jednu z nejznámějších komplikací narození dítěte (1). Poporodní depresi můžeme popsat jako výrazný smutek, který je provázen neklidem, strachem, pocitem nejistoty a bezradě. Toto onemocnění můžeme rozdělit do více typů a vždy musíme mít na paměti, že může hrozit, že žena s poporodní depresí může ublížit na zdraví sobě nebo i svému dítěti (2). Poporodní deprese se může objevit kdykoli během prvních šesti měsíců po narození dítěte, někteří odborníci tento interval

však prodlužují i na první rok od porodu (3). Matky, které trpí poporodní depresí (i jejich děti a rodiny), potřebují specifickou komunitní ošetrovatelskou péči. Tato péče vždy bývala doménou komunitních porodních asistentek, v porevolučním období s nástupem privatizace ambulantních gynekologií se tato komunitní péče však často rozpadla a dnes je síť soukromých komunitních porodních asistentek velmi řídká. V tomto článku pojednáváme o případu poporodní deprese z pohledu právě komunitní porodní asistentky. Žena trpící poporodní depresí se obrátila na jednu z nás, coby zdravotnici a také komunitní porodní

asistentku, s žádostí o pomoc ve svízelné životní situaci. Setkávání se ženou a podpora jejího zdravotního stavu, včetně podpory rodiny, probíhalo intenzivně a kontinuálně dva měsíce. Se ženou i s její rodinou jsem po roce od propuknutí onemocnění stále v kontaktu. Návštěva ženy s poporodní depresí proběhla nejprve ještě v porodnici, dále pak opakovaně v domácím prostředí, poté také na psychiatrickém oddělení a dále bylo pak o ženu a rodinu pečováno opět ve vlastním komunitním prostředí ženy. Průběh péče o ženu byl zaznamenáván do vlastní dokumentace, včetně některých podstatných výroků ženy.

## Vlastní případ

### Anamnéza ženy v období před otěhotněním

Ženě bylo v období těhotenství 36 let. V osobní anamnéze neměla žádné somatické či psychické potíže, se kterými by se před otěhotněním léčila. Z porodnické anamnézy je možno poznamenat, že před dvěma lety prodělala zamlklý potrat. Žena je 5 let vdaná, má o 15 let staršího manžela, který má z předchozího vztahu 18letého syna. Žena žije společně s manželem a matkou ve dvojgeneračním domku. Je vysokoškolačka, pracuje v ekonomickém sektoru. Rodiče ženy se rozvedli, když jí byl jeden rok. Žena má tak velmi úzký vztah se svojí matkou. V její primární rodině se navíc nesetkala s malými dětmi, neměla tak možnost si péči o ně vyzkoušet či být její součástí. Je možné, že i proto byla pro ni pozdější adaptace na mateřskou roli náročnější, nebylo to pro ni přirozené.

### Anamnéza průběhu těhotenství

Žena průběh svého těhotenství, vzhledem k již proběhlému zamlklému potratu, poměrně úzkostlivě sledovala. V těhotenství jsem se s ní, jakožto soukromá porodní asistentka, viděla dvakrát. Jevila se vyrovnaná, usměvavá, spokojená a také velice spojená se svým miminkem (praktikovala prenatalní komunikaci). Žena se připravovala na porod tak, že navštívila celkem 3 předporodní kurzy (skupinový, který obsahoval 6 lekcí, dále konzultace se soukromou porodní asistentkou a dále ještě jednorázový předporodní kurz v porodnici, kde se rozhodla родit). Toto již mohl být varovný signál, že žena si vnitřně nevěří, že se obává porodu a touží se obklopit všemi možnými informacemi, které by jí pomohly porod zvládnout.

### Průběh porodu – dle popisu ženy, bez možnosti nahlédnutí do dokumentace

Porod se rozběhl ve 42. týdnu těhotenství nepravidelnými porodními stahy. Žena byla přijata do porodnice. Po 12 hodinách nepravidelných děložních stahů jí byl podán lék na zklidnění. Tento lék zabral jen částečně, a tak ačkoliv se ženě částečně ulevilo, v noci nespala. Druhý den ráno porod opět neměl žádnou velkou progresi, a tak byl dále veden lékařsky včetně podání infuze s oxytocinem ke korekci

děložní činnosti. Dle vyjádření ženy porod trval velice dlouho: „Myslela jsem, že už to nezvládnou, že to je můj konec. Při porodu jsem se cítila velice vyčerpaná, bránila jsem se bolesti, ale bylo to ještě horší. Nechápu, proč mě nechali tak dlouho родit. Rodila jsem skoro dva dny, přitom jsem vůbec nespala“. Porod nakonec proběhl vaginální cestou, byla provedena mediolaterální epiziotomie, krevní ztráta byla odhadem menší (dále se ve zdravotním stavu neřešila), III. a IV. doba porodní proběhla bez komplikací. Narodil se chlapec, 3 200 g, 50 cm, Apgar skóre 10-10-10. Po porodu probíhal nepřerušovaný dvouhodinový bonding.

### Poporodní období

Po převozu ženy z porodního sálu na šestinedělí (dvě hodiny po porodu) došlo i k převzetí dítěte na novorozenecké oddělení. Asi hodinu po převozu navštěvuje ženu lékařka z novorozeneckého oddělení, která ji informuje, že chlapec byl umístěn na jednotku intenzivní a resuscitační péče. Jako důvod přeložení dítěte na JIRP lékařka udává zhoršené dýchání a kolaps vitálních funkcí. Jako důvod uvádí buď možnost aspirace plodové vody při porodu, nebo perinatální infekci. Žena přiznává, že jí slova novorozenecké lékařky ztřítila. Říká: „Lékařka mi neopomněla zdůraznit, že kdybych netrvala na společném bondingu, takováto komplikace by se nemusela stát. Měla jsem obrovské pocity viny, že za celou situaci mohu já! Cítila jsem se absolutně vyčerpaná, mé tělo mě neposlouchalo a ještě jsem měla zapříčinit i onemocnění mého syna. Byla to už neúnosná kombinace změn, které jsem musela čelit.“

### Popis vývoje zdravotního stavu matky a dítěte

#### Popis vývoje zdravotního stavu novorozeneckého chlapce

Po provedení specifických testů bylo zjištěno, že chlapce postihla adnatní sepsa, pro tyto zdravotní komplikace byl léčen antibiotiky. Jeho pobyt v nemocnici trval celkem 10 dní. Žena byla hospitalizována na jiném patře a za chlapcem měla možnost docházet během dne ve třech časových úsecích. Léčba antibiotiky byla účinná, již za dva dny od jejich užívání byl chlapec ve svých vitálních funkcích stabilní. Posledních pět dnů hospitalizace se na oddělení JIP, kde novorezenec ležel, uvolnilo místo i pro ženu, a tak se

mohli po pěti dnech po porodu pomalu spolu sžívat a zvykat si na sebe.

### Popis zdravotního stavu ženy

Žena se ozvala třetí den po porodu s tím, že popsala celou situaci a žádala o naši návštěvu v porodnici. Byla umístěna na oddělení lůžkové gynekologie na nadstandardním pokoji, kde ležela sama. Po somatické stránce jevila známky obrovské únavy, přiznávala i výpadky zraku, bolest hlavy, zácpu a poruchy spánku. Laktace se rozvíjela jen velice pomalu. Neustále se jí vracely vzpomínky na porod, byla úzkostná, neklidná. Navíc si vůbec nedůvěřovala a bála se, že vše je špatně – cítila velikou bezmoc a beznaděj. Posledních pět dnů jejich hospitalizace byla žena přesunuta na tzv. pokoj rooming-in, kde se měla se synem sžívat. Zde jsou patrné již první náznaky možného rozvoje poporodní deprese. Žena je ze společného kontaktu velice nervózní, na syna se bojí sáhnout, neví, jak ho má chovat, jak se ho dotýkat. Přiznává, že se bojí, aby mu neublížila. Podle jejích slov se v ženě nezbudily žádné instinkty a zároveň péči o malé miminko neměla nikde nacvičenou či ji nikde dopředu neviděla. Ošetřující sestry se u ženy střídaly podle směn a v závěru se k ní, podle jejích slov, chovaly nedostatečně empaticky, protože se neuměly vžít do jejích specifických potřeb. Čerstvá maminka přiznává, že byla ve stavu, kdy nedokázala vnímat a pamatovat si, co jí sestry o péči o syna sdělovaly a navíc, že každá to dělala jiným systémem. Žena mi dále sdělila, že jí lékař novorozenecké JIP nabídl konzultaci s psychiatrem. Žena této nabídky využila, ale v závěru této konzultace necítila žádnou úlevu či naději. V tomto stavu byli tedy žena a novorezenec propuštěni do domácího ošetřování.

#### Popis domácího prostředí a reakce rodiny na situaci

Rodina nejprve reagovala pozitivně, že je žena a syn již konečně po porodu doma. Matka ženy i manžel po našem doporučení upravili chod domácnosti tak, že žena mohla opravdu jen odpočívat a plně se věnovat malému synovi. Manžel ženy měl svojí strategii zvládání situace postavenou na tom, že se choval tak, jako by vše bylo v normě a žádná rizika neviděl.

Druhý den po propuštění z porodnice domů jsem ženu na její žádost navštívila. Žena jevila známky veliké tělesné únavy, ze které se ještě

nezotavila (stále ji trápily výpadky zraku, bolest hlavy, únava, pocit bez energie). Ležela v posteli a jen se dívala. Nebyl patrný jakýkoli náznak úsměvu. Chlapec buď ležel v postýlce, nebo ho choval ženin manžel. Žena se o samotě přiznala, že se vůbec necítí dobře a že neví, co s tím má dělat. Také sdělila, že jí občas přepadají černé myšlenky ohledně jejího života. Z mé strany nebylo pochyb, že se může jednat o poporodní depresi.

Proto jsem do místnosti k ženě zavolala jak její maminku, tak manžela. Sdělila jsem jim, že mám podezření, že ženě není vůbec dobře a že se dále nemůžeme tvářit, že je vše v pořádku. Navrhla jsem rodině, aby o ženu dále pečovali tak, aby si mohla fyzicky co nejvíce odpočinout (klid na spánek po kojení, teplá a výživná strava a upřednostnit režim, který žena preferuje). Nejprve bylo důležité odstranit obtěžující příznaky únavy s tím, že je naděje, že se i její psychické naladění zlepší. Ženě jsem dále na podporu zdravotního stavu doporučila i nějaké alternativní možnosti podpory psychiky a tělesné kondice. Ženin stav byl však natolik vážný, že uvedené přírodní metody podpory zdraví zcela nepomohly. Společně s rodinou jsem se domluvila, že budeme v kontaktu a že zatím vše budeme sledovat (v případě jakýchkoli potíží mne mohli kontaktovat nepřetržitě).

Druhý den rodinu navštívila dětská lékařka. Lékařka byla v domácnosti asi celkem 3 hodiny a podala ženě celé spektrum informací, které byly však i s velkým přesahem do budoucnosti. Žena po návštěvě propadla v pláč, že si nic z toho nepamatuje a že se necítí vůbec dobře. Přiznala mi, že stále neví, jak má k chlapečkovi přistupovat, že se bojí, zda vůbec někdy k němu ucítí lásku a zda se její špatný zdravotní stav někdy změní. Manžel a matka ženy si nechtěli připustit, že by žena mohla trpět poporodní depresí. Promluvila jsem si s nimi o tom ve zvláštní místnosti.

Z mého pohledu zdravotnice bylo jasné, že se žena musí svěřit do péče specializovaného psychiatrického lékaře. Společně se ženou jsme kontaktovaly jednu specializovanou ambulantní lékařku, která však neměla smlouvu s pojišťovnou, u které byla žena pojištěná. Tato specializovaná léčba by byla pro ženu bez proplacení pojišťovnou finančně neúnosná. Proto byl dalším krokem kontakt lékařů na psychiatrickém oddělení v blízké nemocnici. Na psychiatrickém oddělení ženu ihned hospitalizovali s diagnózou

poporodní deprese. Průběh léčby probíhal takto (bez možnosti nahlédnout do dokumentace, informace uváděné jsou na základě pozorování a rozhovoru se ženou): po svém příchodu byla hospitalizovaná na pokoji se 4 dalšími pacientkami (2 z nich pro sebevražedný pokus). Při příjmu musela odevzdat občanský průkaz a musela se podrobovat přísným omezením v denním režimu (koupelna dostupná jen ve stanovený čas, u sebe nesměla mít nic ostrého, žádné kabely, např. nabíječku na mobil, žádný porcelánový hrníček či vázu). Při příchodu na oddělení byly ženě předepsány léky na zástavu laktace. Další medikací byly léky proti úzkostem a antidepresiva. Léčba probíhala jen formou medikace. Léčebný pobyt trval 14 dní a žena byla plně separovaná od svého novorozeného dítěte. Chlapec neměl na psychiatrickou kliniku přístup, za ženou chodil každý den manžel. Já jsem se byla za ženou podívat celkem třikrát. Kolikrát mě napadala otázka, jak se žena může naladit na své miminko, když je od něj opět takhle vzdálená? Žena svůj pobyt hodnotila jako prospěšný, odezněly poslední příznaky únavy, poruchy zraku se úplně vytratily. Ovšem dostavovaly se také pocity, zda vůbec bude někdy milovat svého syna a také pocity, že je jí takhle od něj daleko vlastně dobře.

Po propuštění z psychiatrické kliniky měla žena krátkou virózu, při které se nakazil i chlapec. Oba museli být hospitalizováni na dětské klinice v nejbližší nemocnici. Zde se ženě i dítěti věnovaly sestřičky 24 hodin denně a ženě trpělivě pomáhaly s péčí o syna. Domnívám se, že toto bylo to pravé, co žena opravdu potřebovala. Byla odpočínutá tělesně, po psychické stránce stabilizovaná (i když s medikací) a nyní se mohla plně orientovat jen na svého syna. Týdenní pobyt v nemocnici udělal své a žena opravdu získávala ke svému synovi vazbu a pocity jistoty v poskytované péči (přebalování, koupání, uspávání, krmení). Později po jejich propuštění domů jsem za nimi ještě pravidelně docházela zhruba jednou za týden po dobu jednoho měsíce. Při našich setkáváních jsme rozebíraly ženin psychický stav, kdy hlavně potřebovala pomoci v nastavení vyhovujícího denního režimu, radila jsem jí ohledně výběru vhodné stravy pro syna, edukovala jsem jí o vhodné životosprávě po porodu a také jsem jí pomáhala s nácvikem dovedností v péči o syna, kdy v těchto dovednostech žena potřebovala podpořit. Byla jsem

v kontaktu také s ženiným manželem a maminkou, oba vždy ženu velmi chválili a oceňovali za její pokroky. Atmosféra v rodině byla velmi přátelská a uvolněná, i když na všech členech rodiny byla znát velká únava.

Se ženou a její rodinou jsem do dnešního dne v kontaktu, a mám tak možnost být pro ně oporou, kdykoli si řeknou. Uvědomuji si, že je potřeba poskytovat individualizovanou péči v dlouhodobé časové kontinuitě. Žena pravidelně dochází na psychoterapeutická setkávání k soukromé psychiatrice a stále pokračuje v léčbě antidepresivy. Žena se nyní cítí mnohem lépe a i vztah s jejím synem je intenzivnější a více jistý, i když sama říká, že zpracovat všechny zážitky z porodu a poporodního období bude chtít ještě hodně času. Manžel ženy přiznává, že v ní opět poznává tu ženu, kterou znal dříve. Je nutno uvést, že muž svým ledovým klidem a možná i životními zkušenostmi hodně své manželce v nejtěžších chvílích pomohl. Dokázal se o svého syna starat ihned po návratu z práce a přes celou noc. Ráno se o vnuka zase starala matka ženy, která však ještě docházela pomáhat své vlastní devadesátileté mamince. Pro celou rodinu byla tato nepředpovědatelná situace velice náročná.

## Diskuze

Profese porodní asistence zahrnuje vše, co souvisí s lidským životem – pokoru, moudrost, lásku, riziko, strach, rozhodování a také psychologii a komunikaci. Ve své profesi se zaměřuji zejména na komunitní péči. Případ poporodní deprese byl pro mě prvním vlastním případem tohoto typu a přiznám se, že to pro mě, jako pro pomáhající osobu, nebylo vůbec lehké. Jsem moc vděčná, že jsem se při konzultování takto těžkého případu mohla podle své potřeby opakovaně obrátit na svoje kolegyně, spoluautorky tohoto článku, a sdílet úhly pohledu na možnosti poskytované péče. Domnívám se, že pro porodní asistentky pracující v komunitním prostředí v naší republice jsou podobné intervize velmi důležité. Takto nastavené vzájemné sdílení a podpora mezi sebou v profesním zaměření je například běžné u porodních asistentek v Holandsku či ve Velké Británii. Zde je běžné, že komunitní porodní asistentky spolu spolupracují, pomáhají a radí si. Ve Velké Británii je navíc pro komunitní porodní asistentky povinná pravidelná supervize (4).

V tomto popisovaném případě, je několik podstatných bodů, které stojí za diskuzi. Předně jistě bylo důležité si všimnout rizikových faktorů, které mohou mít vliv na rozvoj poporodní deprese. Zde u konkrétní ženy jich bylo možno vidět hned několik: vyšší věk, zatížená porodnická anamnéza, silný emoční vztah s matkou, absence kontaktu s malými dětmi a také jistá nepřipravenost na mateřskou roli (5). Dále bylo vhodné si za průběhu porodu všimnout velké únavy, nevyspání ženy. Tyto neduhy ostatně žena dnes vidí jako spouštěče poporodní deprese. Dále ženin stav mohla ovlivnit separace od dítěte, špatný pocit z porodu a vážný zdravotní stav novorozence. Přičemž podle posledních studií, právě problémy se spánkem ženy, zdravotní problémy dítěte a stresové životní události mohou být prediktory rozvoje poporodní deprese (6). Z pohledu komunitní porodní asistentky si dovoluji uvést kritiku absence specifické následné péče po propuštění matky a dítěte z porodnice. Komunitní péče porodních asistentek dnes často probíhá bez podpory ošetřujících gynekologů a také zdravotních pojišťoven. Je tak tedy otázkou, kolik žen se po porodu setká s poporodní depresí a nemají ve svém okolí nikoho, komu by se s tímto problémem mohly svěřit. Přiznat, že žena se po porodu necítí ve své kůži a netěší se z nové role matky, je ve společnosti ještě stále chápáno jako velké stigma. O tom, že naše psychiatrická zařízení, nejsou přizpůsobená na citlivou péči o ženy trpící poporodní depresí, jsem se mohla sama přesvědčit. Možná se ptáte, proč o této zkušenosti píšeme do časopisu *Pediatric* pro praxi. Jednoduše proto, že se domníváme, že

komunitní porodní asistentky by měly být v úzkém kontaktu s dalšími odborníky, kteří budou nápomocni při komplexní péči o ženu, dítě a rodinu po porodu. Z vlastního výzkumu, který jsme provedly v roce 2013 vyplývá, že první návštěvy pediatričtů v domácím prostředí po porodu probíhají zhruba jen ve 48 % (7). Na prezentovaném příkladu bylo vidět, že i když zde dětská lékařka došla do domácího prostředí, nepoznala na ženě těžkou poporodní depresi. Dále, když byla žena 14 dní hospitalizovaná na psychiatrickém oddělení, nepřišla ze strany pediatričky pro rodinu s novorozencem žádná podpora či pomoc. Rodina si s péčí o novorozence musela poradit veskrze sama. Kdyby si pediatrička více všimla i zdravotního stavu ženy, mohla rodině poskytnout více individualizovanou péči s návštěvami přímo v domácím prostředí. Žena nebyla ve stavu, kdy se dokázala samostatně postarat o svého syna, z veškeré manipulace s ním měla nadměrný strach a proto se společnému kontaktu spíše vyhýbala. Péče o syna pak zůstávala hlavně na manželovi, který však také potřeboval ujištění, zda je jeho péče dostatečná a správná.

Přínos komunitní porodní asistentky spatřujeme v několika rovinách. Velký význam mělo navázání důvěrného vztahu se ženou již v těhotenství. Ač jsme spolu původně nebyly domluvené na komunitní péči po porodu, žena se na mě obrátila, když cítila, že bych jí mohla ve svízelné situaci pomoci. Další význam mé péče vidím v kontinuitě, dlouhodobosti a v práci s celou rodinou. Moje hlavní úloha v tomto případě byla opora pro ženu a její rodinu, nastavení bezpečných mantinelů pro zvládnutí poporodní depre-

se (dozor, kontakt na lékaře) a edukace v péči o novorozence (pomáhala jsem při prvním domácím koupání novorozence, demonstrovala jsem ošetření novorozence po koupeli včetně péče o pupíček, informace o výživě novorozence a o jeho potřebách).

## Závěr

Pro závěrečná slova si dovoluji použít citát od Ericha Fromma: „**Matka znamená potravu a lásku. Teplo a zemi. Být od ní milován, zname-ná žít, mít kořeny, být doma.**“ Aby tento krásný a hluboký citát mohl být pravdou, je důležité, abychom my, porodní asistentky, citlivě a holisticky podporovaly ženy na jejich cestě mateřstvím. Teprve až když se bude žena cítit dobře a krásně ve své nové velké životní roli, bude možné, aby své pocity štěstí předávala dál – svému miminku a partnerovi. Domníváme se, že by nám všem zdravotníkům mělo jít o jediný cíl, a tím je blaho našeho klienta, případně nemocného. Proto je velmi důležité spolu v našich kompetencích nespojit, ale více spolupracovat. Domníváme se, že při takto závažném zdravotním stavu, jakým je poporodní deprese by byla vhodná spolupráce pediatričky, komunitní porodní asistentky, psychiatra a například i sociálního pracovníka. Všichni zúčastnění se na zdraví a jeho složky dívají ze své perspektivy a teprve poskládání těchto pohledů a možností pomoci či podpory může vést k holistickému pojetí podpory zdraví. V praxi by bylo vhodné zlepšit vzájemnou mezioborovou komunikaci a například zavést i pravidelná setkávání zástupců výše uvedených profesí v rámci regionální úrovně.

## LITERATURA

1. Brummelte S, Galea L. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal role. *Hormones and behavior* 2015; 77(153): 160.
2. Janoušková K. Význam péče porodní asistentky u žen v šestinedělí v prevenci poporodní deprese. Rigorózní práce. Trnava 2014: 10–15 s.
3. Ratislavová K. Aplikovaná psychologie porodnictví. Praha: Reklamní ateliér Area 2008: 91 s.
4. Liga lidských práv. Péče porodních asistentek mimo porodnice. Praha: Open Societ Fund Praha 2010: 10 s.
5. Colin RM. Perinatal Mental Health: A clinical guide. *Cumbria* 2012: 174.
6. Clout D, Brown R. Sociodemographic, pregnancy, obstetric, and postnatal predictors of postpartum stress, anxiety

and depression in new mothers. *Journal of Affective Disorders* 2015; 188: 60–67.

7. Lorenzová E, Janoušková K, Kašová L. Péče porodní asistentky o šestinedělí v domácím prostředí jako prevence zdravotních komplikací žen v šestinedělí. *Florence* 2014; 7–8/14: 20–22.