

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Bc. Kristýna Kultová

**Sexuální násilí a jeho vliv na těhotenství, porod a rané
rodičovství**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Daniela Javornická

Olomouc 2024

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 9. května 2024

.....

podpis

Děkuji vedoucí mé diplomové práce, Mgr. et Bc. Daniele Javornické, za odborné vedení, vytrvalou pomoc a provázení procesem kvalitativního výzkumu, a zejména za pevné nervy při spolupráci se mnou. Děkuji Nadačnímu fondu Univerzity Palackého za finanční podporu, díky níž se mohly respondentky tohoto výzkumu obrátit na bezplatnou psychoterapeutickou pomoc Mgr. et Mgr. Kataríny Azzamové, jíž také děkuji za spolupráci a ochotu zúčastnit se projektu. Nadačnímu fondu UP vděčím i za možnost navázat zahraniční spolupráci s Claire Dosdale, PhD., MSc, PG Cert, BSc (Hons), RN, RNT, FHEA z Northumbria University, neboť její zkušenosti v problematice sexuálního násilí a expertiza v oblasti kvalitativního výzkumu pro mě byly velmi cenné a inspirativní. Děkuji také své rodině a přátelům za podporu během tvorby této práce. Obrovský dík patří také respondentkám za jejich otevřenost, ochotu sdílet svůj příběh a snahu pomoci dalším ženám v podobné situaci.

Anotace

Typ závěrečné práce: diplomová

Téma práce: Sexuální a jiné násilí v životě žen a mužů: vliv na těhotenství, porod, šestinedělí a rodinu

Název práce: Sexuální násilí a jeho vliv na těhotenství, porod a rané rodičovství

Název práce v AJ: Sexual violence and its impact on pregnancy, childbirth, and early parenthood

Datum zadání: 30. 1. 2023

Datum odevzdání: 9. 5. 2024

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Bc. Kristýna Kultová

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Daniela Javornická

Oponent práce: Mgr. Renata Hrubá, Ph.D.

Abstrakt v ČJ:

Úvod: Sexuální násilí zažije celosvětově i v České republice v průměru každá třetí žena a z výzkumů vyplývá, že toto trauma může mít dalekosáhlé důsledky na mentální i fyzické zdraví ženy. Existuje však jen málo informací o tom, jak se může sexuální násilí manifestovat v období těhotenství, porodu a raného rodičovství.

Cíl: Z odborné literatury a výpovědí respondentek zjistit, jaká jsou specifika vnímání a prožívání těhotenství, porodu a období raného rodičovství u lidí s historií prožitého sexuálního násilí. Ze získaných dat následně sumarizovat doporučení pro praxi porodních asistentek v péči o ženy s historií prožitého sexuálního násilí.

Metoda: Byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Zúčastnit se mohly ženy, které někdy zažily sexuální násilí a v posledních 5 letech porodily; respondentky byly získávány skrze komunitní porodní asistentky a doly, dále z tematicky souvisejících skupin na sociálních sítích, na základě letáků

distribuovaných v gynekologických ambulancích a na konferenci Nové trendy ve zdravotnických vědách 2023, a také metodou sněhové koule. Ženy si mohly vybrat mezi sdílením prostřednictvím psaných narativů či polostrukturovaného rozhovoru, v obou případech bylo respondentkám položeno 6 stejných základních otázek. Rozhovory byly posléze přepsány a všechny výpovědi byly anonymizovány.

Výsledky: Výzkumu se zúčastnilo 15 respondentek, jedna musela být vyřazena pro dodatečné zjištění nenaplnění inkluzních kritérií. Metodou reflexivní tematické analýzy byly výpovědi zanalyzovány, kódovány a následně byla vygenerována témata – z kódů bylo celkem vytvořeno 11 podtémat a 4 témata. Téma „Mozaika prožitků“ popisuje různorodé vnímání a prožívání daných životních období a dokazuje, že každá zkušenost je individuální a nemusí být nutně traumatická; téma „Moje tělo“ se věnuje vztahu obětí ke svému tělu, konkrétně pak potřebě kontroly nad vlastním tělem, disociaci a intimnímu životu v období kolem porodu. Téma „Vztah k dítěti“ se zabývá vlivem násilí na vztah k potomkům a téma „Ženy vs. zdravotníci?“ prozkoumává dynamiku vztahů mezi oběťmi sexuálního násilí a zdravotníky o ně pečujícími, a zároveň shrnuje faktory zdravotnické péče, které respondentkám pomohly optimalizovat prožitek daných období a snížit riziko retraumatizace.

Závěr: Diplomová práce je zaměřena na zkoumání vlivu sexuálního násilí na těhotenství, porod a rané rodičovství. V teoretické části jsou z odborné literatury shrnuty nejčastější projevy prožitého traumatu ve zmíněných životních etapách. Výzkumná část je zaměřena na popsání subjektivního prožívání daných období u obětí sexuálního násilí, a to na základě výpovědí respondentek kvalitativního výzkumu. Na základě poznatků z odborné literatury i z výpovědí účastnic výzkumu jsou sumarizována doporučení pro praxi porodních asistentek.

Abstrakt v AJ:

Introduction: On average, one in three women worldwide, and in the Czech Republic, experiences sexual violence, and research suggests that this type of trauma can have long-term consequences on a woman's mental and physical health. However, there is limited information on how sexual violence may manifest during pregnancy, childbirth, and early parenthood.

Objective: To explore the specific experiences of pregnancy, childbirth, and early parenthood among individuals with a history of sexual violence. Subsequently,

to summarize recommendations for the practice of midwives in caring for women with a history of sexual violence, based on the obtained data.

Methods: A qualitative research method was chosen. Women who had experienced sexual violence and had given birth in the last 5 years were eligible to participate. Respondents were recruited through community midwives and doulas, as well as from thematically related groups on social media, based on flyers distributed in OB/GYN clinics and at the New Trends in Healthcare Sciences Conference 2023, and also via the snowball method. Women could choose between sharing through written narratives or semi-structured interviews, with a set of 6 questions posed to the respondents in both cases. The interviews were then transcribed, and all testimonies were anonymized.

Results: Fifteen respondents participated in the research, one of whom had to be excluded due to subsequent discovery of not meeting the inclusion criteria. Through reflexive thematic analysis, testimonies were analyzed, coded, and four themes and 11 subthemes were then generated from the initial codes. The theme "Mosaic of Experiences" describes the diverse perceptions and experiences of said life stages, proving that each experience is individual and may not necessarily be traumatic; the theme "My Body" addresses the relationship of victims with their bodies, specifically the need for control over their bodies, dissociation, and intimate life around childbirth. The theme "Relationship with the Child" explores the impact of violence on the relationship with offspring, and the theme "Women vs. Healthcare Providers?" examines the dynamics of relationships between victims of sexual violence and healthcare providers, further summarizing healthcare factors that helped respondents optimize their experience during these periods and reduce the risk of retraumatization.

Conclusion: This thesis focuses on sexual violence and its impact on pregnancy, childbirth, and early parenthood. The theoretical part summarizes findings from literature on the most common manifestations of experienced trauma. The research part is focused on describing the subjective experience of the given periods for victims of sexual violence, based on the statements of the respondents of the qualitative research. Recommendations for midwifery practice are then summarized based on findings from the literature and the research participants' accounts.

Klíčová slova v ČJ: sexuální násilí, znásilnění, těhotenství, porod, mateřství, rodičovství, porodní asistentka, péče porodní asistentky, trauma-informovaná péče, retraumatizace

Klíčová slova v AJ: sexual violence, rape, pregnancy, childbirth, motherhood, parenthood, midwife, midwifery care, trauma-informed care, retraumatization

Rozsah: 85 stran / 4 přílohy

Obsah

Úvod	9
Popis rešeršní činnosti	11
1 Teoretická část	12
1.1 Celkové zdraví obětí	12
1.2 Těhotenství	14
1.3 Porod	19
1.4 Rané rodičovství	24
2 Výzkumná část	27
2.1 Cíle výzkumu	27
2.2 Metodika	27
2.3 Sběr dat	27
2.4 Charakteristika souboru	28
2.5 Zpracování dat	28
2.6 Výsledky	30
Diskuse	53
Závěr	58
Referenční seznam	59
Seznam zkratk	75
Seznam tabulek	76
Seznam příloh	77
Přílohy	78

Úvod

Neexistuje jednotná, celosvětově přijímaná definice sexuálního násilí, neboť chápání sexuálního násilí se napříč státy i společnostmi liší – v závislosti na sociokulturním nastavení, právní úpravě i historickém kontextu. (Chomová, 2014, s. 17-18) V literatuře se lze nejčastěji setkat s definicí Světové zdravotnické organizace, která sexuální násilí charakterizuje jako „jakékoli sexuální jednání zahrnující pokusy o dosažení sexuálního styku, nežádoucí sexuální poznámky a návrhy, činy směřující k obchodování či jinak namířené proti sexualitě jedince, které využívají nátlak. Může být prováděno kýmkoli, nezávisle na vztahu mezi obětí a pachatelem, a v jakémkoli prostředí včetně domova a práce.“ (Krug, 2002, s. 149) Je také nutno podotknout, že sexuální násilí není záležitostí sexu nebo sexuálního vztahu; jde o činy spojené s mocí, ponižením a dominancí. (Daniels, 2016, s. 23)

WHO označuje sexuální násilí na ženách jako otázku veřejného zdraví a doporučuje, aby byli zdravotničtí pracovníci školeni v oblasti empatické a holistické péče o oběti sexuálního násilí. (Mahase, 2021, s. 1) Z dlouhodobé analýzy dat ze 161 zemí světa, kterou uskutečnila WHO, totiž vyplývá, že některé z forem sexuálního násilí čelí téměř každá třetí žena¹. (WHO, 2021, s. 33) České ženy zažívají sexuální násilí v podobné míře, podle výzkumu Agentury Evropské unie pro základní práva se se sexuálním a/nebo fyzickým násilím setká přibližně 32 % českých žen starších 15 let (EUAFR, 2014, s. 18), podle studie agentury ProFem zažije některou z kontaktních forem sexuálního násilí až 39 % českých žen. (Novák Gabrielová, 2024, s. 29) Každým rokem stoupá i počet případů sexuálního zneužívání dětí – celosvětově je prevalence odhadována na 11,8 % (LoGiudice, 2017, s. 217), nejvíce jsou ohroženy děti ve věku 3-5 let. (Redakce portálu Šance dětem, 2012) Zmíněná studie WHO dále prokázala, že sexuální násilí má dalekosáhlé následky, a to jak z hlediska tělesného, tak mentálního zdraví žen. V důsledku pak sexuální násilí vede k vážným sociálním a ekonomickým dopadům na ženy, jejich rodiny, v širším měřítku pak také na zdravotnické systémy a státy. (WHO, 2021, s. 1) Roční výdaje na zdravotní péči v důsledku sexuálního násilí dosahují v České republice v průměru 2,3 miliard Kč. (Novák Gabrielová, 2024, s. 46) Oběťmi sexuálního násilí se stávají i muži – případy sexuálního násilí páchané muži

¹ Doplnující kapitola s podrobnějšími daty o prevalenci sexuálního násilí je zařazena v příloze, obsahuje také doplňující informace o definicích sexuálního násilí a o nejčastěji užívaných označeních pro osoby s historií prožitého sexuálního násilí. Přestože tyto kapitoly souvisí s oborem porodní asistence spíše v širším smyslu, autorka považuje za důležité je zahrnout, a to pro lepší pochopení celé problematiky a ilustraci její závažnosti.

na mužích tvoří v západních zemích přibližně 5-10 % ze všech incidentů sexuálního násilí. (Thomas, 2023, s. 4) Tato práce je však zaměřena především na zkušenosti žen, proto je ve většině textu užíváno generického feminina.

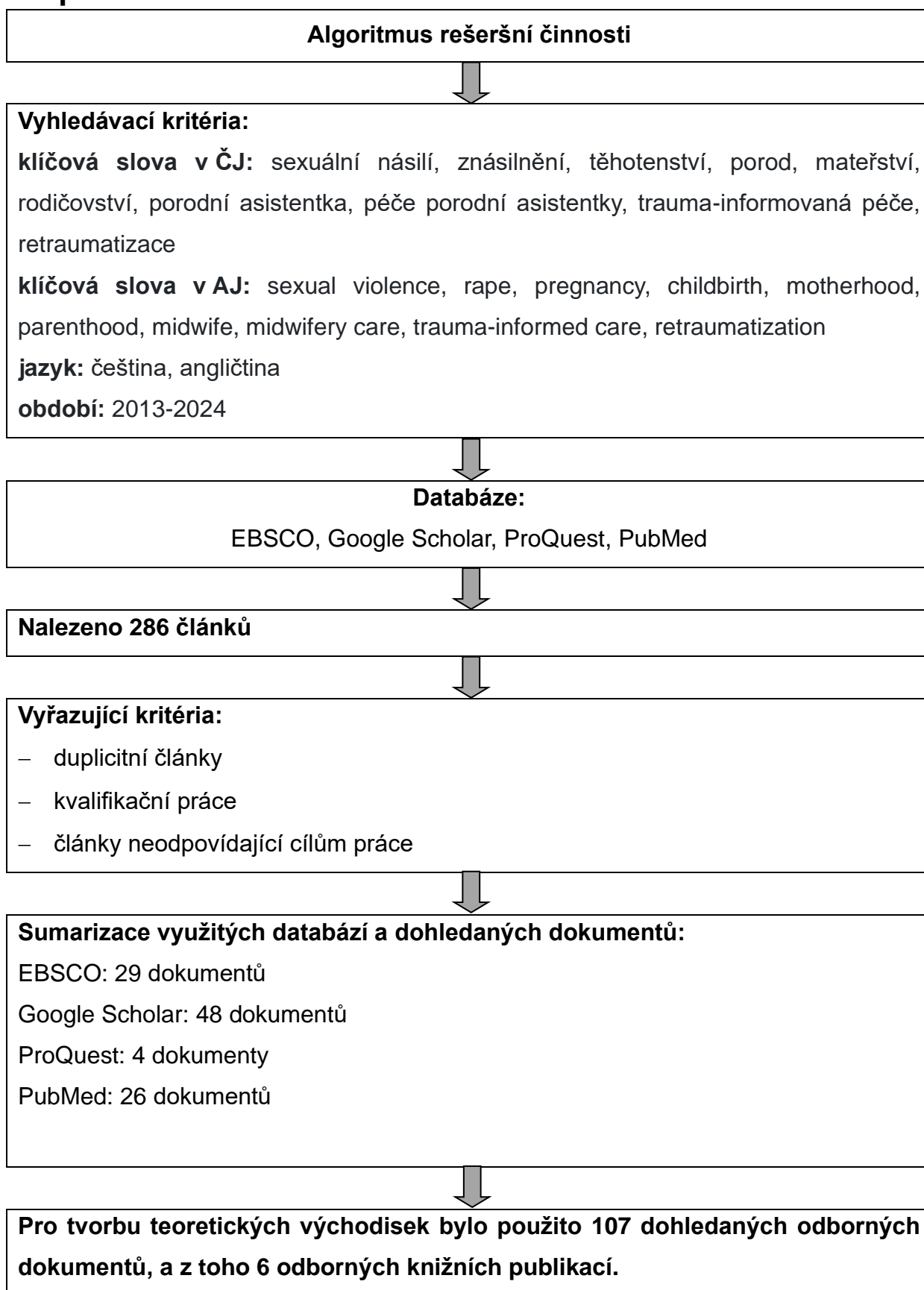
Je prokázáno, že prožité násilí a trauma z něj má zásadní dopad na zdraví oběti. (Alan Dikmen, 2021, s. 11 305) Výzkumů popisujících dopady konkrétně na sexuální a reprodukční zdraví obětí existuje stále relativně malé množství, přesto dokazují, že i tato sféra života ženy může být prožitým traumatem zásadně ovlivněna. (Escura, 2022, s. 3; LoGiudice, 2017, s. 217) Vzhledem k podobnosti sexuálního násilí s některými aspekty těhotenství, porodu a období po něm, je mnohdy prožívání těchto období obzvlášť náročné a potenciálně traumatizující. Z velké části však může být prožívání zmíněných životních etap ovlivněno péčí porodních asistentek. (Ward, 2020, s. 199) Vystávají otázky: Jaká jsou specifika vnímání těhotenství, porodu a období raného rodičovství u lidí s historií prožitého sexuálního násilí? A jak mohou porodní asistentky přizpůsobit svou péči o tyto klienty tak, aby minimalizovaly riziko retraumatizace?

Cíle výzkumu:

Cíl 1: Zjistit, jaká jsou specifika vnímání těhotenství, porodu a období raného rodičovství u lidí s historií prožitého sexuálního násilí.

Cíl 2: Na základě výpovědí sumarizovat doporučení pro praxi porodních asistentek v oblasti péče o osoby s historií prožitého násilí.

Popis rešeršní činnosti



1 Teoretická část

1.1 Celkové zdraví obětí

Sexuální násilí je prokazatelně spojeno se zvýšeným rizikem deprese, úzkostí a posttraumatické stresové poruchy. (Al-abri, 2023, s. 1 585; D'Angelo, 2023, s. 117; Wosu, 2015a, s. 666) Lidé trpící posttraumatickou stresovou poruchou mají kromě psychických následků i vyšší riziko somatických obtíží, zejména kardiovaskulárních onemocnění, obezity, chronické bolesti, a různých zánětlivých onemocnění. (Wamser, 2023, s. 1) Také se u obětí sexuálního násilí lze častěji setkat s chronickými gastrointestinálními obtížemi, poruchami centrálního nervového systému a důsledky chronického stresu, jako jsou časté bolesti hlavy. (LoGiudice, 2017, s. 217) Chronický stres, strach a deprese u žen prožívajících násilí či jeho následky ovlivňuje organismus i na neuroendokrinní a imunitní úrovni – snižuje se například cytotoxická aktivita T-lymfocytů a NK buněk, což může přispívat ke vzniku výše uvedených onemocnění. (Cesario, 2014, s. 66-67)

Osoby, které prožily sexuální zneužívání v dětství, mají o 45 % vyšší riziko, že se u nich později vyvine závislost na alkoholu, a riziko sebepoškození je oproti běžné populaci zvýšeno o 35 %. (Spencer, 2023, s. 3 244) Adolescenti, kteří byli v minulosti znásilněni, se podle výzkumů častěji potýkají se suicidálními myšlenkami. (Basile, 2016, s. 8) Protektivním faktorem je podpora okolí – osoby, které ji pocítily, podstatně méně často trpěly depresí, riziko deprese bylo až o 87 % nižší. (Brinker, 2017, s. 129) Existuje několik teorií, jak vzniká u lidí s historií sexuálního zneužívání v dětství predispozice k psychickým poruchám. Zobrazovací vyšetření mozku ukazují signifikantní změny ve struktuře mozku u lidí se zvýšeným rizikem deprese, a to zejména u obětí sexuálního násilí v dětství, dále u této skupiny dochází k dysregulaci osy hypothalamus-hypofýza-nadledviny, v jejímž důsledku se mění dlouhodobé koncentrace kortikoliberinu a kortizolu. (Wosu, 2015a, s. 667) Psychické poruchy však nejsou jedinou formou manifestace: sexuální zneužívání v dětství bývá uváděno jako rizikový faktor těhotenství v mladistvém věku (byť toto těhotenství nemusí být přímým následkem násilí). Nutno podotknout, že ačkoliv se dívky zneužívané v dětství častěji stávají mladistvými matkami, chlapci zneužívaní v dětství nemají zvýšené riziko, že se stanou otci v pubescentním či adolescentním věku, z čehož vyplývá, že ve většině případů těhotenství mladistvé dívky se otcem stává dospělý muž. (Reidy, 2023, s. 3)

Sexuální násilí může mít vliv také na gynekologické zdraví oběti – je popsáno vyšší riziko rekurentních vaginálních infekcí, dyspareunie, dysmenorey, abnormálního děložního krvácení, močové inkontinence, rizikového sexuálního chování a sexuálně přenosných chorob. (Escura, 2022, s. 3; LoGiudice, 2017, s. 217) Některé studie popisují zvýšené riziko nákazy HIV (Murray, 2020, s. 1 233), jiné souvislost nepotvrdily. (Spencer, 2023, s. 3 244) Také syndrom chronické pánevní bolesti bývá v literatuře spojován s prožitým traumatem; z pacientek, které vyhledají lékařskou pomoc pro chronickou bolest v oblasti pánve, zhruba 50 % uvádí předchozí zkušenost se sexuálním násilím. Určit přesnou příčinu syndromu chronické pánevní bolesti je obtížné a až v 60 % všech případů k odhalení příčiny nedojde. Rutinní anamnestický screening historie prožitého násilí je však dle výzkumů jednou z možností, jak zpřesnit diagnostiku. Pacientky s historií sexuálního násilí, kterého si zdravotníci nejsou vědomi, totiž mohou být v rámci diagnostiky podrobeny vyšetřením, která nejsou v jejich případě nutná – například diagnostické laparoskopii, která má smysl mimo jiné u chronické pánevní bolesti způsobené endometriózou; na druhou stranu se těmto pacientkám nedostává péče, kterou by potřebovaly – například odkázání do péče psychologa či sexuologa. (Garza-Leal, 2021, s. 1 289-1 290) I rutinní vaginální vyšetření u gynekologa může pro oběti násilí představovat větší problém než pro ženy bez traumatické historie, mohou se totiž objevit paralely mezi prožitým násilím a probíhajícím vyšetřením – dotyky zdravotníků připomínající dotyky pachatele, nátlak či spěch zdravotníků atd. Tyto podněty mohou vyvolat v pacientce odpověď na úrovni emocionální (úzkost, stud), kognitivní (disociace, vtíravé myšlenky a vzpomínky) a biologické (dyskomfort a bolest). Tyto nepříjemné zkušenosti pak mohou vést ke zhoršení symptomů posttraumatické stresové poruchy či deprese a vyhýbání se preventivní gynekologické péči, které je u žen s historií prožitého sexuálního násilí výrazně častější. (Coleman, 2023, s. 2; Wadsworth, 2019, s. 801) Pokud už taková žena gynekologa navštíví, pak je to častěji z důvodu akutních potíží než preventivní prohlídky. (Razi, 2021, s. 388)

Byla prokázána i souvislost mezi prožitým sexuálním násilím a zvýšenou prevalencí maligního karcinomu děložního čípku, a to zejména kvůli nedostatečné primární preventivní péči. (Cesario, 2014, s. 66; Owens, 2022, s. 672) Oběti sexuálního násilí (zejména ženy starší 40 let) se totiž ve výrazně nižší míře účastní preventivních gynekologických vyšetření a onkologických screeningů (včetně mamografického vyšetření a screeningu kolorektálního karcinomu); compliance

v preventivní péči se výrazně zvyšuje v případě, že žena je v péči gynekologa, jemuž důvěřuje. Dalším důvodem vyšší prevalence rakoviny děložního čípku u této populace je již dříve zmíněný fakt, že oběti sexuálního násilí se častěji potýkají se sexuálně přenosnými infekcemi, lidským papilloma virem a hlubokým pánevním zánětem a všechna tato onemocnění zvyšují riziko gynekologických malignit. (Cesario, 2014, s. 66)

1.2 Těhotenství

Již proces rozhodování, zda založit rodinu, může být ovlivněn prožitým násilím – ženy, které někdy zažily nějakou formu násilí (ať už verbální, fyzickou, psychickou či sexuální), častěji vnímají představu rodičovství negativně. Tyto ženy také ve vyšší míře užívají metody antikoncepce bez vědomí svých partnerů. (Güney, 2023, s. 1 117-1 118) Mnohé ženy, které se setkávají se sexuálním násilím ve vztahu, mají partnerem násilně omezenou svobodu rozhodnout se, jestli chtějí založit rodinu, zažívají tzv. reprodukční nátlak – formu násilí, kdy agresor užívá moc k ovlivnění užívání antikoncepce, nebo vyvíjí na oběť nátlak, aby otěhotněla. Z žen, které byly znásilněny svým partnerem, zažilo reprodukční nátlak až 30 %. (Basile, 2018, s. 773) Těhotenství tak v některých případech není jen následkem znásilnění, naopak může být i cílem, s jehož vidinou agresor čin spáchá. Podle americké studie z roku 2019 se toto děje ze dvou hlavních důvodů: pachatel se touží stát otcem a hodlá toho dosáhnout znásilněním, nebo chce zneužít těhotenství k vydobytí moci nad svou obětí. (Guarnera, 2019, s. 61; Meier, 2021, s. 10) Nejvyšší riziko otěhotnění ze znásilnění mají podle výzkumů adolescentní dívky (Muzokura, 2020, s. 104) a nejčastějším pachatelem znásilnění, které vede k otěhotnění oběti, je intimní partner, a to až v 77 % případů. (Basile, 2018, s. 774)

Historie prožitého sexuálního násilí je úzce spojena se zvýšenou pravděpodobností předporodní i poporodní deprese (Al-abri, 2023, s. 1 585); riziko je ještě vyšší, pokud těhotenství vzniklo v důsledku znásilnění. (Stevens, 2014, s. 874-875) Vyšší riziko symptomů deprese, úzkostí a suicidální ideace v těhotenství potvrdily i studie z roku 2014 a 2015 (Lara, 2015, s. 206-207; Leeners, 2014, s. 174), podle studie z roku 2022 bývá důsledkem i úzkost přímo spojená s těhotenstvím, přičemž riziko se zvyšuje úměrně s frekvencí prožívaného sexuálního násilí. Stejná studie zároveň zjistila, že psychoterapie a podpora okolí významně toto riziko snižuje. (Brunton, 2022, s. 874-875)

Těhotné ženy s historií prožitého sexuálního násilí mají také vyšší riziko spontánního potratu, podle některých studií až o 35 %. (Auger, 2022, s. 8; Spencer, 2023, s. 3 244) Vliv může mít také posttraumatická stresová porucha: závažnější případy PTSD jsou v literatuře spojovány se spontánními potraty a ektopickou a molární graviditou. (Wamser, 2023, s. 5) Častější je i umělé přerušování těhotenství. (Razi, 2021, s. 388) V souvislosti s ukončením těhotenství oběti sexuálního násilí často popisují frustraci, že musí zaplatit za vyřešení situace, kterou si samy nezpůsobily. Výzkumy dále ukazují, že pouze zhruba 18 % žen vyhledá lékařskou pomoc po tom, co zažily znásilnění (Asadi, 2023, s. 633), z tohoto důvodu se ženy, které procházejí těhotenstvím v důsledku znásilnění, mnohdy setkávají s první zdravotnickou péčí po znásilnění až v podobě interrupce. (Perry, 2015, s. 471)

U těhotných žen s historií prožitého sexuálního násilí bylo potvrzeno i zvýšené riziko, že žena zažije násilí od partnera v průběhu těhotenství (D'Angelo, 2023, s. 122), toto riziko se podle některých studií ještě zvyšuje v případě, že těhotenství nebylo plánované (Drew, 2020, s. 1 227; Ulutaş , 2022, s. 1 439), pokud navíc těhotenství vzniklo přímo v důsledku znásilnění ze strany partnera, násilí se v průběhu těhotenství často stupňuje. (Stevens, 2014, s. 874-875) Těhotné ženy, které zažívají násilí v intimním vztahu, navíc vyhledávají zdravotnickou péči méně než těhotné ženy, které násilí ze strany partnera nečelí. Jedním z důvodů je podle některých autorů situace, kdy partner-agresor aktivně ovlivňuje rozhodování těhotné ženy ohledně zdravotnické péče, kterou žena vyhledá. (Maharlouei, 2023, s. 574)

Období gravidity může být provázáno širokou škálou kontrastujících emocí. Z pozitivních často respondentky výzkumů uvádějí pocity lásky k vyvíjejícímu se plodu, vidinu možnosti „začít znova“, nadšení z představy, že se stanou matkami a těšení se na porod. Z negativních se objevují zejména pocity viny (například v souvislosti s nenahlášením násilí či vůbec tím, že se staly obětí), smutku, stresu, úzkosti, strachu a dyskomfortu. Některé respondentky popisují nedůvěru ve vlastní tělo, pro jiné je prožívání těhotenství tak obtížná záležitost, že se uchylují k užívání alkoholu či jiných návykových látek. (LoGiudice, 2014, s. 84-89; Montgomery, 2021, s. 5-6) Jiná studie nepotvrdila zvýšenou míru abúzu návykových látek a alkoholu; kouření v těhotenství studie potvrdila pouze u žen, které v dětství zažily násilí sexuální i fyzické. (Leeners, 2014, s. 175) Některé ženy jsou přesvědčeny, že kvůli násilí, které prožily, nebudou moci nikdy otěhotnět, a pak mohou být překvapeny tím, že jejich tělo je toho schopno. (Chamberlain, 2019, s. 24; Montgomery, 2021, s. 5)

V období těhotenství se žena může setkat s mnohými stimuly, které jí připomenou trauma z minulosti, tyto jsou označovány jako „triggers“, tedy spouštěče. Může jít o jakýkoli fyzický podnět, emoci či zážitek, jež si žena podvědomě asociuje s prožitým násilím. Trigger může spustit proud vtíravých myšlenek či tzv. „flashback“: stav, kdy se žena mentálně přenesse do okamžiku traumatu. (Montgomery, 2013, s. 92) Nejčastějším triggerem v těhotenství a během porodu jsou bezpochyby vaginální vyšetření, dále těhotné ženy jmenují spouštěče v podobě pocitu tlaku nebo bolesti v pánvi, pohybů plodu či tělesných změn doprovázejících těhotenství. (Ward, 2020, s. 200) Spouštěčem však mohou být i zdánlivě neškodná vyšetření jako je měření krevního tlaku či zevní vyšetření břicha, jak uváděly respondentky studie z roku 2021. (Millar, 2021, s. 541) Jedním z důvodů, proč i tyto na první pohled nevinné procedury mohou spustit výraznou stresovou odpověď, je (často skrytý) pocit ztráty kontroly, neznamena to tedy, že by samotná vyšetření byla nutně problematická či škodlivá, ale důležitý je způsob, jakým jsou tato vyšetření prováděna. (Montgomery, 2015b, s. 4-6)

Pocit kontroly je pro oběti sexuálního násilí obzvlášť důležitý, neboť byly v minulosti o svou tělesnou autonomii násilím připraveny; v těhotenství se pak potřeba kontroly často zesiluje. (Lissmann, 2023, s. 4; LoGiudice, 2014, s. 104; Montgomery, 2013, s. 91) Některé ženy uvádí, že samotné těhotenství a vyvíjející se plod je to, co je připravuje o pocit kontroly, mimovolně vnímají plod jako cizí objekt, který zasahuje do jejich tělesné integrity a přebírá nad nimi kontrolu. (Chamberlain, 2019, s. 23; Montgomery, 2013, s. 91) Na druhou stranu, mnohé ženy vítají tělesné změny přicházející s těhotenstvím a cítí obdiv ke svému vlastnímu tělu. (Chamberlain, 2019, s. 23; LoGiudice, 2014, s. 84) Také pohlaví očekávaného dítěte může vyvolávat v některých rodičích obavy – některé ženy popisují, že nechtějí dítě ženského pohlaví, a to zejména kvůli obavám, že dceru nebudou moci ochránit před potenciálním sexuálním násilím v budoucnosti. (Berman, 2014, s. 1 260; Cavanaugh, 2015, s. 511; Chamberlain, 2019, s. 24-25; Montgomery, 2021, s. 10) Některé ženy naopak cítí negativní pocity při představě, že se jim narodí chlapec. (Berman, 2014, s. 1 260; Jonsdottir, 2022, s. 679; Chamberlain, 2019, s. 24-25)

Těhotenství může být pro některé oběti sexuálního násilí motivátorem k péči o sebe sama. Mnohé ženy popisují nově nabytý pocit zodpovědnosti začít o sebe pečovat pro dobro dítěte, nezřídka vyhledají odbornou podporu (například ve formě psychoterapie) právě v období těhotenství. (Berman, 2014, s. 1 259; Chamberlain,

2019, s. 38; Muzik, 2013, s. 1 220) Jiné ženy naopak popisují touhu působit „normálně“, prožívat „normální“ těhotenství, oddělit se od prožitého traumatu a nemluvit o něm. (Chamberlain, 2019, s. 22; Montgomery, 2015a, s. 56) Těhotenství může také sloužit jako impuls k reflexi vztahu s vlastními rodiči, obzvláště u žen, jejichž matky věděly o násilí, kterému jsou podrobovány jejich dcery; v takovém případě mnohé těhotné ženy popisují silné odhodlání nejit ve stopách své matky. (Berman, 2014, s. 1 260)

Důležitým tématem v souvislosti s těhotenstvím a zdravotnickou péčí je sdílení traumatické zkušenosti se zdravotníky, v anglické literatuře označované termínem „disclosure“. American College of Obstetricians and Gynecologists doporučuje univerzální screening sexuálního násilí pro všechny ženy v gynekologicko-porodnické péči, obzvláště pak pro ty, které uvádějí známky pánevní bolesti, dysmenorey či dyspareunie. (ACOG, 2019, s. e298) Výzkumy ukazují, že velké procento žen by dotazování na sexuální trauma uvítalo a zdravotníkům by se svěřilo (Berry, 2016, s. 561; Millar, 2021, s. 542; Owens, 2022, s. 673; LoGiudice, 2016, s. 479), některé ženy by otázku ocenily, byť by svou zkušenost nesdílely (Montgomery, 2013, s. 93); tyto ženy vyjadřují, že by pro ně bylo užitečné si na základě položené otázky trauma zvědomit a nad tématem se zamyslet. (Montgomery, 2021, s. 9) Respondentky často zmiňovaly, že by se svěřily, ale ne během prvního setkání s daným zdravotníkem. (Millar, 2021, s. 541; Montgomery, 2013, s. 93) Jen malé procento žen konceptu screeningu sexuálního násilí nepodporuje vůbec. (Montgomery, 2021, s. 8; Millar, 2021, s. 542)

Některé ženy mají strach sdělit zdravotníkům svou historii, když neví důvod, proč jsou na toto dotazovány. Doporučuje se tedy stručně vysvětlit, proč je pro zdravotnický personál užitečné vědět, že žena prožila sexuální násilí. (White, 2016, s. 424) Dalším důvodem, proč ženy nechtějí o své zkušenosti mluvit, jsou i obavy, že budou zdravotníkem odsouzeny. Snáze se ženám o traumatu mluvilo, pokud si byly jisté, že budou brány vážně a že bude zachována mlčenlivost. (Montgomery, 2013, s. 94) Některé ženy o svém traumatu nemluví jednoduše proto, že jim jejich zkušenost nepřipadá relevantní vzhledem k jejich těhotenství a porodu. (Lissman, 2023, s. 6)

V literatuře jsou hojně popisovány faktory, které ženám sdílení usnadňují. Často zmiňovanou potřebou v souvislosti se sdílením traumatu se zdravotníky bylo své sdílení neopakovat – respondentky napříč výzkumy vyjadřovaly, že pokud se zdravotníkům svěří, měla by být tato skutečnost uvedena do jejich dokumentace, aby

nedocházelo k situaci, kdy některý ze zdravotnického týmu o traumatu ženy neví a žena se musí svěřovat znovu. (Lissman, 2023, s. 6; Millar, 2021, s. 542; Sobel, 2018, s. 1 463) Záleží i na prostředí – rozhovor by měl probíhat v soukromí, atmosféra by měla být bezpečná a podporující a na rozhovor by měl být vyhrazen dostatek času. (Caswell, 2023, s. 2 671; LoGiudice, 2016, s. 479) Velká část žen se raději svěří personálu ženského pohlaví. (Wadsworth, 2019, s. 803) Příklad navrhované struktury dotazování ze studie z roku 2016 je složen z 5 základních bodů: laicky srozumitelná definice sexuálního traumatu, důvod dotazování, ujištění, že screening je rutinní záležitost, zdůraznění zdravotnické mlčenlivosti a doporučení informačních materiálů a podpůrných služeb (a to nejen psychiatrické či psychologické péče). (White, 2016, s. 424-426)

Respondentky napříč studii by také uvítaly, kdyby konverzaci o traumatické historii následovala edukace o možných následcích či projevech traumatu a také doporučení, jak se na ně připravit a jak jim čelit. (Elfgren, 2017, s. 124; Millar, 2021, s. 543) To však vyžaduje edukaci zdravotníků v problematice sexuálního násilí, přičemž mnozí zdravotníci uvádí, že jejich znalosti v tomto ohledu nejsou dostačující. (Owens, 2022, s. 675) Dalšími často zmiňovanými bariérami, které brání zdravotníkům v dotazování na prožité sexuální násilí, je nedostatek času během vyšetření a nedostatečná informovanost o službách, na něž lze klientku odkázat. (Henriksen, 2017, s. 4; Owens, 2022, s. 675) Důležitá je v tomto směru mezioborová kooperace, například navázání profesní spolupráce se zdravotníky, kteří jsou zkušenější v poskytování péče o traumatizované pacienty a jejichž péči lze pacientkám doporučit. (Ades, 2019, p. 807) Zdravotničtí pracovníci napříč studii také uvádějí, že se v dotazování necítí komfortně, téma je pro ně nepříjemné a citlivé a obávají se reakcí žen na jejich otázku, nebo také zodpovědnosti, která pro ně plyne z následné péče o ženu, a nepřipadají si dostatečně kompetentní k poskytnutí adekvátní podpory. Porodní asistentky však často zmiňují, že je v dotazování podporuje například pozitivní zpětná vazba od klientek, které screening oceňují. (Henriksen, 2017, s. 5) Některé porodní asistentky přichází s vlastními metodami, jak celý proces usnadnit, například začít s jednoduššími otázkami (na téma konzumace alkoholu či symptomů deprese).

Jedna z porodních asistentek uvedla:

„Ptám se, jako by to byla ta nejpřirozenější věc, a tvářím se, že jsem v dotazování velmi zkušená.“ (porodní asistentka, Henriksen, 2017, s. 5)

Vzdělávání se v oblasti sexuálního násilí a následné péče o oběti může představovat hodnotnou výzvu v rámci profesního sebezvoje, zároveň je však důležité myslet na riziko syndromu vyhoření v důsledku neustálého kontaktu s potenciálním či proběhlým traumatem. Zahraniční literatura doporučuje vzájemnou podporu v pracovním týmu, pravidelné supervize a praktiky sebezpečí; psychoterapie může být přínosná obzvláště pro zdravotníky, kteří sami prožili sexuální násilí. (Sperlich, 2017, s. 669-670)

Rutinní dotazování na sexuální trauma v anamnéze však samo o sobě nestačí k vytvoření bezpečného prostředí pro komunikaci, je potřeba jej zasadit do kontextu trauma-informované péče. (Caswell, 2023, s. 2 673) Nadto není povinností žen sdílet svou traumatickou zkušenost – další možností dle některých autorů je a priori poskytovat péči s ohledem na možnost, že pacientka může mít podobné trauma v anamnéze. Takový přístup totiž pacientkám bez zkušenosti se sexuálním násilím neuškodí, ale může znamenat diametrální rozdíl v percepci péče u žen traumatizovaných. Pokud totiž budou zdravotničtí pracovníci důsledně respektovat souhlas ženy a její autonomii, mohou poskytovat citlivou a adekvátní péči i bez vědomí pacientčiny historie. Stále však platí, že každá zkušenost je individuální, a stejné jsou i potřeby žen s historií prožitého sexuálního násilí. Ne vždy tedy stačí k poskytnutí individualizované péče pouze respekt a důraz na konsent, a v těchto případech může žena benefitovat ze sdílení své zkušenosti a následné komunikace o specifických potřebách. (Kingma, 2021, s. 458; Sperlich, 2017, s. 668)

1.3 Porod

Vlivu sexuálního násilí na porod byla podrobně věnována přehledová bakalářská práce z roku 2022. (Kultová, 2022, s. 1-47) V období od dokončení bakalářské práce do současnosti nebylo provedeno mnoho nových výzkumů zabývajících se touto problematikou, proto tato kapitola stručně shrnuje nejčastější důsledky sexuálního násilí projevující se u porodu, a využívá k tomu v některých případech stejné zdroje.

Jedním z nejčastěji zmiňovaných následků sexuálního násilí je předčasný porod. (Auger, 2022, s. 8; Berman, 2021, s. 769; Escura, 2022, s. 3, Leeners, 2014, s. 174) Přehledová studie z roku 2015 zkoumala souvislost mezi sexuálním zneužíváním v dětství a předčasným porodem na základě šesti studií z předchozích let, ovšem výsledky byly nekonzistentní. Tři studie nezjistily statisticky významnou souvislost se sexuálním zneužíváním v dětství, další tři studie naopak souvislost

potvrdily, podle nich se pravděpodobnost porodu před termínem u žen s traumatickou zkušeností zvyšovala až 4,8násobně. (Wosu, 2015b, s. 4) Jedna z teorií patofyziologie předčasného porodu u obětí tohoto typu násilí souvisí s již dříve zmíněnou dysregulací osy hypothalamus-hypofýza-nadledviny; za normálních okolností se osa aktivuje vyplavením kortikotropin-releasing hormonu neboli kortikoliberinu (CRH; ten je v menší míře produkován i v placentě, vaječnících a nadledvinách), kortikoliberin dále stimuluje tvorbu adrenokortikotropního hormonu (ACTH) v hypofýze, a následné vyplavení kortizolu kůrou nadledvin. Koncentrace CRH je v těhotenství fyziologicky zvýšená v důsledku jeho zvýšené tvorby zejména v placentě, čímž se zvyšují i hladiny ACTH a kortizolu. Podle některých studií může zvýšená hladina placentárního CRH zvyšovat riziko spontánního předčasného porodu. (Herrera, 2021, s. 9; Pisacreta, 2022, s. 373) Sexuální zneužívání v dětství a jím způsobené trauma a chronický stres mohou stimulovat nadprodukcii CRH v hypothalamu, což v kombinaci se zvýšenou hladinou placentárního CRH může zvyšovat riziko předčasného porodu. (Wosu, 2015b, s. 6) Jiná teorie zase popisuje vliv zvýšeného vyplavování vazokonstrikčních látek, jako je například kortizol (v důsledku zvýšené aktivity osy hypothalamus-hypofýza-nadledviny), v důsledku čehož může docházet k intrauterinní růstové restrikci, chronické fetální hypoxii a předčasnému porodu. (Hill, 2016, s. 269) Z jiné studie z roku 2014 vyplývá, že předčasný porod může mít souvislost konkrétně s prožitým sexuálním násilím v dětství, respondentky z této skupiny rodily před termínem v podstatně vyšší míře oproti respondentkám z kontrolní skupiny (Leeners, 2014, s. 174-176), podobné výsledky vyplývají i ze studie z roku 2016. (Selk, 2016, s. 592) Další autoři zase zaznamenali až dvojnásobně zvýšené riziko porodu před termínem u žen, které zažily sexuální násilí jak v dětství, tak v dospělosti. (Margerison-Zilko, 2017, s. 653) Rizikovým faktorem předčasného porodu je i násilí, k němuž dochází v průběhu těhotenství. (Leeners, 2014, s. 174-176)

Prožité sexuální násilí bývá spojováno také s vyšším rizikem operativního porodu (Berman, 2021, s. 769; Mead, 2023, s. 81), přestože mechanismus této souvislosti zatím nebyl objasněn. (Mead, 2023, s. 81) Studie z roku 2024 tuto souvislost nepotvrdila, statisticky významnou byla korelace pouze mezi prožitým fyzickým násilím a zvýšeným rizikem císařského řezu. (Suarez, 2024, s. 4) Studie z roku 2014, zahrnující respondentky ze šesti evropských zemí, rovněž neprokázala statisticky významnou souvislost mezi sexuálním násilím a operativním porodem

obecně, v užším smyslu však studie potvrdila, že nullipary s historií sexuálního násilí v dospělosti ve vyšší míře podstupovaly plánovaný císařský řez, a to nejčastěji takové ženy, které sexuální násilí zažívaly v průběhu těhotenství. Prožité sexuální násilí v dospělosti také zvyšovalo prevalenci císařského řezu z jiné indikace než lékařské. (Schei, 2014, s. 4-6) Častější plánovaný císařský řez u prvorodiček potvrdila také jiná studie z roku 2014, konkrétně u žen, které zažily některou ze závažnějších forem sexuálního násilí (například znásilnění). (Henriksen, 2014a, s. 1 239-1 241) Akutní operativní ukončení porodu (ať už vaginálně či císařským řezem) se naopak ukázalo jako častější u všech žen přeživších sexuální násilí ve studii z roku 2016, naopak vyšší četnost plánovaných císařských řezů nebyla zaznamenána. (Gisladottir, 2016, s. 5)

Výsledky různých studií zkoumajících pravděpodobnost indukce porodu se rovněž ukázaly jako nekonzistentní – z výsledků některých výzkumů je patrné zvýšené riziko u žen, které prožily některou ze závažnějších forem sexuálního násilí (Henriksen, 2014a, s. 1 241), z jiných vyplývá, že pravděpodobnost indukce se zvyšuje u žen, které zažily násilí v dětství. (Gisladottir, 2016, s. 5) Autoři se také rozcházejí ve zjištěních týkajících se trvání porodu: některé výzkumy prokazují delší trvání první doby porodní, ale nepotvrzují hypotézu prodloužené druhé doby porodní (Gisladottir, 2016, s. 5), jiné popisují prodloužené trvání celého porodu, a to zejména u žen zneužívaných v dětství. (Leeners, 2016, s. 29)

Některé zdroje uvádí, že sexuální násilí v anamnéze může potenciálně vést k hypotrofii či nízké porodní hmotnosti dítěte. (Auger, 2022, s. 8; Escura, 2022, s. 3; Nesari, 2018, s. 5) Podle některých autorů navíc platí, že čím blíže k těhotenství se událo sexuální násilí, tím bylo riziko SGA plodu vyšší – pokud žena zažila násilí a do dvou let otěhotněla, riziko se zvyšovalo až 3,77krát. (Auger, 2022, s. 13) Z jiné studie naopak vyplývá, že nejrizikovější z hlediska porodu hypotrofického plodu jsou ženy, které byly viktimizovány v dětství. (Nesari, 2018, s. 5) Další autoři popisují souvislost konkrétně mezi PTSD a nízkou porodní hmotností dítěte. (Cook, 2018, s. 27; Smith, 2016, s. 796) Jiné studie zvýšenou prevalenci nízké porodní hmotnosti a hypotrofie v důsledku traumatu nepotvrdily. (Henriksen, 2014b, s. 5; Leeners, 2014, s. 174) Z výsledků tedy nelze vyvodit jednoznačný specifický vliv sexuálního násilí na porod, dá se však říci, že prožité násilí se může (a nemusí) manifestovat širokou škálou důsledků.

Porod sexuálně traumatizovaných žen, stejně jako dříve popisované těhotenství, je provázen širokým spektrem emocí (LoGiudice, 2016, s. 477; Montgomery, 2021, s. 7) a nelze říci, že by celkový dojem z porodu byl podmíněn jeho nekomplikovaností: zdánlivě fyziologický a „bezproblémový“ porod může žena z nejrůznějších příčin vnímat jako traumatický, stejně tak porod komplikovaný může žena prožít pozitivně. (Suarez, 2024, s. 2) Traumatický prožitek porodu bývá zapříčiněn podobností některých aspektů porodu s prožitým sexuálním násilím. (Morris, 2023, s. 66) Nejčastěji se tak stává v situaci, kdy ženy ztrácí pocit kontroly. (Jonsdottir, 2022, s. 677; LoGiudice, 2014, s. 104-105; Millar, 2021, s. 542; Montgomery, 2015b, s. 4; Suarez, 2024, s. 2; Ward, 2020, s. 200) Jak již bylo zmíněno, pocit kontroly a souhlas je pro oběti sexuálního násilí zcela zásadní, pro tyto ženy je tudíž velmi důležité přebrat si moc nad svým tělem zpět. (Lissmann, 2023, s. 4) Tyto ženy si jsou vědomy, že porod je do jisté míry proces, který nelze předvídat, cítily však potřebu ovlivnit alespoň některé jeho aspekty, například vytvořením porodního plánu (Sobel, 2018, s. 1 463), výběrem zdravotníků přítomných u jejich porodu (LoGiudice, 2016, s. 478) či výběrem mezi vaginálním porodem a plánovaným císařským řezem. (Lissmann, 2023, s. 5-6) Preference žen se rozcházejí v názoru na užívání analgetik při porodu: medikalizovaný porod totiž může být pro ženy problematický kvůli ztrátě kontroly pod vlivem farmak (Lissmann, 2023, s. 5; Montgomery, 2021, s. 8), v některých případech však ženy uvítaly úlevu od bolesti, která byla spouštěčem negativních vzpomínek. (Montgomery, 2015b, s. 4)

Dalším hojně zmiňovaným problematickým aspektem porodu jsou vaginální vyšetření, která často fungují jako trigger negativních vzpomínek a retraumatizace (Leeners, 2016, s. 29; Montgomery, 2015b, s. 3; Sobel, 2018, s. 1 463; Suarez, 2024, s. 2; Ward, 2020, s. 200), obzvláště v případě, že jsou prováděna necitlivě a bez explicitního souhlasu ženy (což ostatně platí pro všechny aspekty zdravotnické péče). (Montgomery, 2021, s. 7; Sobel, 2018, s. 1 463) Zdravotníci pracovníci mohou v ženách podpořit pocit kontroly během vaginálních vyšetření, a to například umožněním, aby klientku vyšetřovala žena, otázkami, co by klientce mohlo vyšetření usnadnit, a zejména respektováním jejího případného nesouhlasu a nevytváření nátlaku. (Millar, 2021, s. 542) Pro některé ženy může být spouštěčem také poloha při porodu (Leeners, 2016, s. 29; Montgomery, 2021, s. 7; Suarez, 2024, s. 2), nedostatek soukromí (LoGiudice, 2014, s. 92; Montgomery, 2021, s. 8; Sobel, 2018, s. 1 465; Ward, 2020, s. 200), omezení možnosti pohybu (Suarez, 2024, s. 2) a

nerovnováha v rozložení moci mezi ženou a zdravotníky (Montgomery, 2015b, s. 3; Suarez, 2024, s. 2). Spouštěčem se však může stát i fyziologický proces porodu, například bolest či vjemy při sestupování hlavičky pánví. (Montgomery, 2015b, s. 3; Suarez, 2024, s. 2; Ward, 2020, s. 200) Prožívání všech zmíněných faktorů je individuální, reakce na ně lze předvídat jen obtížně a retraumatizaci se nelze vyhnout se stoprocentní jistotou; mnohé jsou však ovlivnitelné a zdravotníci tak mohou do velké míry opětovné viktimizaci předejít. (Montgomery, 2015b, s. 6)

Velká část žen se během porodu potýká s disociací, tedy stavem, kdy na základě retraumatizace ztratí kontakt s okolím, mentálně „opustí“ své tělo a přestanou být schopny jej ovládat. (Montgomery, 2021, s. 8) Jde o stav, jímž se tělo oběti snaží zvládnout náhlý flashback či trigger. (LoGiudice, 2014, s. 95) Mnohé ženy, které zažily sexuální násilí, prožily stav disociace právě v průběhu jejich první viktimizace, proto pokud k disociaci dojde v průběhu porodu, může být vnímána jako hluboce traumatizující. (Morris, 2023, s. 64) Takový stav může být také znepokojující a matoucí pro zdravotníky, neboť ti často nerozumí tomu, co se se ženou děje, a to zejména v případě, že žena s nimi svou traumatickou zkušenost nesdílela. (Montgomery, 2021, s. 8) Náhlá ztráta schopnosti spolupracovat s personálem může také vést ke komplikacím v průběhu porodu. (Leeners, 2016, s. 30) Na druhou stranu může disociace sloužit jako prostředek ke snížení vnímání bolesti, strachu či ztráty kontroly. (Leeners, 2016, s. 30; LoGiudice, 2014, s. 95; Montgomery, 2021, s. 8)

Ženám napříč výzkumy pomáhalo, když byly u porodu podporovány osobou, k níž cítily důvěru, ať už v podobě blízkého člověka, dudy, porodní asistentky či lékaře. (Jonsdottir, 2022, s. 677; Lissmann, 2023, s. 6; Montgomery, 2021, s. 7; Sobel, 2018, s. 1 463) Většina žen preferovala personál ženského pohlaví (Lissmann, 2023, s. 7; LoGiudice, 2016, s. 478), nebylo to však pravidlem. (Sobel, 2018, s. 1 465) Dále bylo pro ženy důležité, aby jim zdravotníci naslouchali a komunikovali s nimi, obzvláště v krizových situacích. (LoGiudice, 2014, s. 100) Kromě situací, kdy ženám nebylo vysvětleno, co se děje, se objevovaly i případy, kdy sice zdravotníci komunikovali, ale ženy cítily ze strany zdravotníků nátlak či falešnou možnost volby. Některé ženy se také zdravotnickou péčí cítily objektivizovány – popisují, že se cítily jako „objekt“ sloužící pouze k porození dítěte. (Jonsdottir, 2022, s. 678; Lissmann, 2023, s. 5)

1.4 Rané rodičovství

Kvantitativních výzkumů zabývajících se vlivem sexuálního násilí na období po porodu je stále nedostatek, většina z nich se věnuje tématu mentálního zdraví matek. Z nich vyplývá, že ženy, které prožily sexuální násilí, mají zvýšené riziko poporodní deprese; to se dále zvyšuje, pokud žena zažila navíc i násilí emocionální. (Choi, 2019, s. 150) Podle jiné studie je prediktorem deprese po porodu zejména sexuální zneužívání v dětství, to navíc přispívá i k úzkostné poruše po porodu, ženy z této skupiny jsou vystaveny téměř 7násobnému riziku oproti ženám bez sexuálně traumatické zkušenosti. (Nagl, 2017, s. 5) Ženy přeživší sexuální zneužívání v dětství mají také významně zvýšenou pravděpodobnost, že se u nich po porodu rozvine posttraumatická stresová porucha. Vznik poporodní PTSD lze vysvětlit dvěma mechanismy: prvním je vznik PTSD pouze na podkladě komplikací během porodu bez souvislosti s prožitým násilím; v některých případech je to však subjektivní prožití porodu, nasedající na existující psychosociální potíže (jako je právě prožité trauma), které způsobí vznik PTSD – ne pouze „objektivní“ porodní komplikace. (Oliveira, 2017, s. 305) Některé ženy s diagnostikovanou poporodní PTSD uvádí, že dříve plánovaly další děti, nechtějí však znovu riskovat retraumatizaci během dalšího těhotenství a porodu, a proto se rozhodly další děti nemít. (Lissmann, 2023, s. 7)

Byla zaznamenána i vyšší prevalence mastitidy u žen, které zažily sexuální násilí v dětství. Existují dvě teorie patofyziologie tohoto jevu: zmíněná dysregulace osy hypothalamus-hypofýza-nadledviny přispívá k zánětlivé odpovědi organismu a tedy k vyšší náchylnosti k infekci prsu, druhou teorií je, že ženy přeživší pohlavní zneužívání v dětství mohou mít změněné uvědomování si vlastního těla a procesů v něm, snáze tak mohou přehlédnout prvotní symptomy začínajícího zánětu, a lékařské pomoci se jim tedy dostává později. (Elfgén, 2017, s. 124)

Potřeba kontroly nad situací se promítala i do poporodního období – pro ženy bylo rozhodnutí, jak krmit své dítě, jedním z faktorů, které mohly ovlivnit. (LoGiudice, 2016, s. 478) Pro některé ženy bylo rozhodnutí kojit automatické, jiné ženy (obzvláště pokud bylo sexuální násilí zaměřené na jejich prsa) s otázkou kojení váhaly, menší procento žen se rozhodlo od začátku krmit své dítě pomocí lahvičky. (Montgomery, 2021, s. 10) Ženy, které zažily zneužívání v dětství, vnímaly kojení ve vyšší míře jako bolestivé, v některých případech také jako trigger vzpomínek. (Elfgén, 2017, s. 122; Lange, 2020, s. 10) Konkrétními spouštěči pak byly nejčastěji skin-to-skin kontakt s dítětem a sání dítěte. Některé ženy zažívaly disociaci i během kojení, přičemž,

podobně jako u porodu, ji některé vnímaly jako užitečnou, jiné jako škodlivou. (Elfgén, 2017, s. 122-124) Mnohé respondentky, které se rozhodly kojit, vnímaly kojení jako posilující záležitost a jako způsob, jak převzít kontrolu, a často prostřednictvím kojení rozvíjely pozitivní vztah k vlastnímu tělu. (Lange, 2020, s. 10; Sobel, 2018, s. 1 465-1 466) Pozitivně hodnotily pomoc laktačních poradkyň a podporu zaměstnanců porodnických oddělení, některé cítily úzkost kvůli silnému nátlaku na to, aby kojily. (Sobel, 2018, s. 1 465) Výsledkem některých studií je zjištění, že oběti sexuálního násilí průměrně přestávají kojit dříve než ženy z kontrolních skupin (Sørbø, 2015, s. 7), jiné studie tento výsledek nepotvrdily. (Coles, 2016, s. NP33; Elfgén, 2017, s. 123)

Mnohé ženy popisovaly, že pro ně bylo obtížné navázat k dítěti vztah. (Cavanaugh, 2015, s. 511; Morris, 2023, s. 65) Některé například popisovaly pocit vnitřní prázdnoty, když své dítě poprvé držely v náručí. (Jonsdottir, 2022, s. 679) Jiné respondentky naopak prožívaly mateřství pozitivně a užívaly si, že mohou svému dítěti dát takové dětství, jaké samy nezažily. (Montgomery, 2021, s. 9) Ženy také uváděly, že měly vlivem traumatu nadměrně ochranné tendence ke svým dětem. (Cavanaugh, 2015, s. 510; Jonsdottir, 2022 s. 679; Lange, 2020, s. 5; LoGiudice, 2016, s. 478-479; Montgomery, 2021, s. 10) Objevovaly se různé strategie pro minimalizaci rizika, že dítě také zažije sexuální násilí: ženy nejčastěji své děti edukovaly o sexuálním násilí (úměrně věku), dále je učily, jak si nastavit vlastní hranice, jaké jsou vhodné či nevhodné dotyky od ostatních lidí nebo také anatomické názvy genitálií. (Cavanaugh, 2015, s. 510; Jonsdottir, 2022, s. 679; Lange, 2020, s. 5)

Některé se obávaly, že se pachatelem násilí na dítěti stane blízká osoba, například partner (Cavanaugh, 2015, s. 510; Jonsdottir, 2022 s. 679), v nemalé míře také pociťovaly strach, že dítě traumatizují samy. (Jonsdottir, 2022 s. 679; Lange, 2020, s. 7; LoGiudice, 2014, s. 110; Montgomery, 2021, s. 10) Účastnice některých výzkumů popisovaly dyskomfort až strach při péči o své dítě, například při koupání, přebalování, či dotýkání se genitálií dítěte. (Jonsdottir, 2022, s. 681; Lange, 2020, s. 10) Obava o dítě pak mnohdy rostla s postupem času – když se dítě blížilo věku, kdy žena kdysi zažila násilí. (Jonsdottir, 2022, s. 680; Montgomery, 2021, s. 10) Popisovány byly i obavy, že pokud se lidé v okolí dozví, že žena je obětí sexuálního násilí, budou mít pochybnosti o její schopnosti být dobrou matkou, toto přesvědčení pramenilo ze stereotypu, že zneužívání lidé se sami stávají pachateli násilí. (Lange,

2020, s. 7; Montgomery, 2021, s. 9) Výzkum z roku 2015 však ukazuje, že rodiče, kteří prožili pohlavní zneužívání v dětství, ve vysoké míře disponují intenzivním odhodláním k tomu, aby přerušili transgenerační přenos násilí, a riziko je ve velkém procentu případů minimalizováno. (Domhardt, 2015, s. 479)

S narozením dítěte přichází často také mnohá uvědomění, některé respondentky například s příchodem potomka viděly svou traumatickou zkušenost v jiném světle (často pak zmizely pocity vlastní viny za prožité násilí), tyto vzpomínky na trauma pak v nemalé míře sloužily jako impuls ke zpracování svého traumatu. (Cavanaugh, 2015, s. 510; Jonsdottir, 2022, s. 680) Motivací k vyhledání terapeutické péče byla také touha stát se lepším rodičem. (Lange, 2020, s. 11) Některé ženy se na základě mateřství po prožitém sexuálním násilí angažují v pomoci dalším ženám v podobné situaci – pracují v pomocných organizacích, poskytují konzultační či podpůrné služby, v některých případech se také stávají dulami či porodními asistentkami. (Morris, 2023, s. 65)

2 Výzkumná část

2.1 Cíle výzkumu

a) Zjistit, jaká jsou specifika vnímání těhotenství, porodu a období raného rodičovství u lidí s historií prožitého sexuálního násilí.

b) Na základě výpovědí sumarizovat doporučení pro praxi porodních asistentek v oblasti péče o osoby s historií prožitého násilí.

2.2 Metodika

Pro doposud minimální znalost problematiky u populace českých žen a předpokládanou komplexnost zkušeností byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. V tomto typu výzkumu není užíváno statistických metod, ale výzkum se zabývá subjektivními aspekty lidského jednání a prožívání, na jejichž základě vytváří komplexní obraz o zkušenostech dané populace. (Chráška, 2016, s. 29) Výzkum probíhá tak, že je stanoveno téma a výzkumné otázky, ty se však v průběhu sběru a analýzy dat mohou měnit a upravovat. Výhodami jsou zejména možnost hloubkového náhledu do problematiky a porozumění složitým mechanismům prožívání či chování dané skupiny lidí, což kvantitativní metoda neumožňuje. Limitací takového výzkumu je pak především malý počet respondentů (tudíž nelze vyvozovat statisticky signifikantní důsledky) a fakt, že podobný výzkum je obtížné v budoucnu replikovat – tato negativa lze však zároveň vnímat jako přednosti kvalitativního výzkumu, právě pro vhled do složitých, ale autentických procesů. (Hendl, 2016, s. 47-51)

Záměrem bylo pomocí analýzy získaných dat popsat, jak může sexuální násilí ovlivnit prožívání těhotenství, porodu a období raného rodičovství, a následně vyvodit doporučení pro praxi porodních asistentek, jak přistupovat k péči o tyto ženy, aby bylo riziko retraumatizace co nejnižší.

2.3 Sběr dat

Vyhledávání respondentek probíhalo nejdříve skrze oslovení vybraných komunitních porodních asistentek pracujících v Jihomoravském kraji, které by, jak bylo původním záměrem, oslovily své dřívější klientky s nabídkou účasti na výzkumu. Pro nízkou efektivitu tohoto postupu bylo přistoupeno k dalším strategiím, nábor dále pokračoval vytvořením letáku a jeho distribucí v gynekologických ambulancích a na konferenci Nové trendy ve zdravotnických vědách 2023, dále dlouhodobým oslovováním mnohých neziskových organizací a facebookových skupin (zejména se

zaměřením na těhotenství, porod, mateřství, poporodní depresi, psychické problémy, podporu pro ženy a feminismus), dále sdílením nabídky k účasti na sociálních sítích, ženy byly také získávány metodou sněhové koule – byly kontaktovány vybrané doly a další porodní asistentky, které poté oslovily další ženy. Sběr účastnic probíhal od června 2023 do dubna 2024.

Respondentky se k výzkumu připojovaly pomocí online formuláře, ten zároveň obsahoval informovaný souhlas, který byl potvrzen vyplněním formuláře. Účastnice si mohly zvolit, zda se zúčastní formou rozhovoru či psaného narativu (tento způsob zároveň nabízel respondentkám absolutní anonymitu), v obou případech bylo respondentkám položeno stejných šest základních otázek (uvedeny v příloze). Rozhovory probíhaly polostrukturovaně, každá žena mohla odpovědět na každou otázku v libovolném rozsahu či některou úplně vynechat, dále byly ženám pokládány doplňující otázky na základě vývoje rozhovoru. Všechny rozhovory probíhaly individuálně a byly nahrávány.

2.4 Charakteristika souboru

Zařazovací kritéria pro respondenty byla: ženy starší 18 let, které někdy v životě prožily sexuální násilí, a zároveň alespoň jednou prožily těhotenství, porod a šestinedělí, přičemž doba mezi posledním porodem a rozhovorem/psaním textu neměla přesáhnout 1 rok. Toto období bylo zvoleno pro získání aktuálních výpovědí, recruitment respondentek se však ukázal obtížnějším, než bylo očekáváno, proto bylo toto období prodlouženo na 5 let. Zařazeny však byly i respondentky, od jejichž prvního porodu uběhlo více než 5 let, a to za předpokladu, že alespoň jeden porod proběhl ve vytyčeném období. Doba od prožití sexuálního násilí nebyla časově limitována. Výzkumu se mohli zúčastnit i lidé genderu jiného než ženského, respondentky však příslušnost k jinému genderu nezmiňovaly, proto jsou v práci označovány jako ženy. Výzkumný soubor tvořilo 15 žen, z nichž 6 se zúčastnilo prostřednictvím rozhovoru a 9 formou psaného narativu. Jedna účastnice byla pro dodatečné zjištění nenaplnění inkluzních kritérií pro respondentky z výzkumu vyřazena.

2.5 Zpracování dat

K analýze dat bylo využito metody reflexivní tematické analýzy. Tematická analýza je způsob zpracování kvalitativního datasetu, z něž vyvozuje, analyzuje a interpretuje tematické vzorce, a to prostřednictvím přiřazování kódů k těmto vzorcům a následného vytváření témat. Reflexivní tematická analýza pak upřesňuje roli

řešitele výzkumu – tato role je subjektivní, kreativní a založená na kritické reflexi vlastního procesu, výzkumník přináší do analýzy dat svůj osobní vhled, teoretické znalosti a analytické schopnosti. Stejný datový soubor tedy může být dvěma výzkumníky zanalyzován zcela odlišně. Interpretace dat není prováděna s cílem najít „objektivní pravdu“, ale spíše hledat sdílené vazby v datovém souboru a prozkoumávat komplexní soubor perspektiv respondentů s cílem nacházet tématické souvislosti. (Braun, 2022, s. 4-12)

Výpovědi byly přepsány do textového dokumentu a anonymizovány – respondentky rozhovorů si zpětně samy vybraly pseudonymy. Respondentky účastnící se formou psaných narativů vyplňovaly formulář anonymně a nelze je zpětně dohledat, proto byla těmto ženám jména přidělena; vzhledem k neznámým identitám těchto žen nelze vyloučit možnost, že se skutečné jméno respondentky a přidělený pseudonym budou podobat či shodovat, byla tedy vybrána méně častá jména a případná podobnost je čistě náhodná. Texty byly opakovaně pročitány a souběžně kódovány, ke zpracování a analýze dat bylo využito programu Atlas.ti. Vytvořené kódy byly dále slučovány do podtémat, z nichž byla poté generována témata. Z výpovědí byla identifikována 4 témata a 11 podtémat, ta jsou uvedena v tabulce. V následující kapitole pak budou všechna témata popsána a podložena citacemi účastnic výzkumu.

Tabulka 1: Seznam podtémat a témat

Podtémata	Témata
Vše zalité sluncem	Mozaika prožitků
Rozbitá po porodu, rozbitá vevnitř	
Kontrola nad svým tělem	Moje tělo
Disociace	
Jako kdybych v sobě měla zamčený dveře	
Holku fakt ne	Vztah k dítěti
Její tělo je její	
Konsent	Ženy vs. zdravotníci?
Kde budu rodit a s kým	
Já jako lidská bytost	
Sdílení	

2.6 Výsledky

Téma 1: Mozaika prožitků

Prožívání všech období bylo u respondentek doprovázeno širokou škálou pocitů, z velké části pozitivních, mnohdy negativních, často protichůdných, které dohromady vytváří složitou mozaiku prožívání počátků mateřství u žen s historií prožitého sexuálního násilí. Téma je tvořeno dvěma podtématy: Vše téměř zalité sluncem, který sdružuje pozitivní pocity a prožívání daných životních etap, a dále Rozbitá po porodu, rozbitá vevnitř, popisující prožitky negativního charakteru. Zkušenost každé respondentky je však individuální a komplexní, a téměř žádnou výpověď nelze zařadit pouze do jedné kategorie. Obě podtémata tedy nefungují v opozici, ale vzájemně se doplňují, a ilustrují tak rozmanitost prožívání daných období.

Vše téměř zalité sluncem

Podtéma Vše téměř zalité sluncem dokládá, že vstup do mateřství po prožitém násilí nemusí být pouze traumatický – pro velkou část respondentek bylo těhotenství, porod a rané rodičovství provázeno škálou pozitivních emocí, začínajících už v období plánování rodičovství. Agnes vítala vidinu mateřství jako „*zprostředkování stabilního prostředí a izolace od zbytku světa ... bylo možné se uzavřít do bubliny „mateřské“, kde jsem se cítila nějak bezpečněji.*“ Zoe popsala intenzivní pocity euforie ze zjištění těhotenství: „*Přišel takový nával radosti, až jsem měla pocit, že se do mě nevejde.*“ Také období těhotenství bylo často naplněno pozitivními emocemi, jak uvedla Helena: „*Těhotenství jsem měla fakt ukázkový, byla jsem hrozně spokojená, jak kdybych jako nebyla těhotná.*“, stejně tak Ester na otázku, zda prožité násilí mělo vliv na prožívání těhotenství, odpověděla: „*[řekla bych], že ne. Byla jsem šťastná, že budu mít děťátko.*“ Po traumatickém porodu si Dominika chtěla druhé těhotenství užít a nenechat se ovlivnit svým traumatem: „*Já jsem si to přehodila, že už jako celkově chci vystoupit z té role té oběti, takže jsem si to snažila užít.*“ Ženy se ve velké míře těšily na očekávané dítě.

Některé ženy zažívaly pozitivní emoce i během porodu, tyto pocity však byly většinou podmíněny přípravou v těhotenství, a to zejména se zaměřením na práci s traumatem. Příkladem může být Vilma, primipara, která však věděla, že prožité sexuální násilí se může během porodu projevit, a tak se na takovou situaci připravovala během těhotenství a svůj porod zpětně vnímá pozitivně. Častěji však šlo o vícerodičky, jejichž první porod byl traumatický, a tak se před dalšími porody

snažily své trauma zpracovat. Několik žen označilo svůj následující porod jako léčivý či jako požehnání. Své pocity ze druhého porodu popsala Helena: *„Bylo to hodně bolestivé a hodně mě zranil [syn]... Takže ono to nebylo tak úplně hypnoporod, jak jsem si ho představovala (smích). Ale bylo to krásný a léčivý pro mě.“* Své překvapení z prožívání a péče během porodu sdílela i Dominika: *„Já jsem měla nadstandard, nadstandardní jakoby porodní box, bylo tam přítmí, měla jsem tam, já nevím, ty difuzéry a olejíčky a já nevím co ještě, což pro mě bylo až skoro úsměvný oproti těm jatcům, co jsem prožila, tak já jsem si připadala úplně jak v jiným světě.“* V období po porodu se zase objevovala radost z dítěte: *„Cítila jsem obrovské štěstí, když se syn narodil, byl z něj můj střed vesmíru.“* (Ester) Matylda za příjemné prožití šestinedělí vděčí své dule a přípravě v těhotenství: *„Vše téměř zalité sluncem.“*

Některé respondentky také popisovaly, že období během těhotenství a po porodu pro ně byly transformativní, co se týče procesu přijímání sebe sama. Rút popsala svou práci s traumatem v době těhotenství: *„Před porodem jsem se s traumatem vypořádala z pohledu oběti, připustila si všechny negativní emoce vůči tomu, co mi to způsobil.“* Porod samotný může být hojivým, a to v poměrně širokém měřítku: *„Ten proces byl nejenom ten přerod z té ženy v tu matku, ale i vlastně takový jako hojivý právě pro všechny ty věci, které se týkají toho ženství.“* (Helena) Většinou však bylo sebepřijetí podmíněno (nebo alespoň výrazně podpořeno) dlouhodobou prací na sobě. Příkladem může být Helena, která po druhém porodu začala pečovat o své poranění a prostřednictvím něj se učila nacházet cestu sama k sobě: *„Tím, že ta oblast na sebe takhle v uvozovkách upozornila a bylo potřeba, abych se o ni starala, tak to byla pro mě taková výzva, abych se s ní prostě seznámila a přijala ji a začala ji mít ráda. Takže nejenom, že to bylo seznamování a začít mít rád tu jizvu, ale já jsem vlastně to brala jako takovou péči o celou tu oblast a takový to sebepřijetí.“* Proměnu ve vztahu k sobě pozorovala i Sára, a to díky intenzivní práci v rámci psychoterapie. *„Hodně věcí jsem si srovnávala právě ve vztahu k sobě, ke svému tělu, jakoby k mužům, k nastavení jako vztahu partnerského. A vlastně díky tomu se ale měnil ten můj vztah k těhotenství a k těm dětem a vlastně k tomu porodu. Tam ta proměna byla hodně veliká.“* Sára totiž cítila, že kvůli tomu, že své komplexní trauma nemá zpracované, najednou netrpí jen ona sama, ale zprostředkovaně i její děti – nebyla schopna s nimi navazovat vztah. Začala tedy své trauma řešit, a po prvních dvou těhotenstvích, během kterých se cítila „odpojená“, se jí začalo dařit lépe navazovat vztah s dítětem ještě v období

těhotenství. Pozitivní změnu mezi jednotlivými těhotenstvími popsala i Dominika: „V rozmezí těch 6 let jsem ušla taky velký kus cesty.“ I Laura vnímá od prvního porodu, z něhož má negativní zkušenost, posun k lepšímu sama v sobě a je přesvědčená, že pokud by někdy měla ještě další dítě, bylo by všechno jinak. „A už druhý vím, že takový, kdyby bylo, už nebude, prostě že už jsem úplně jinde jako člověk. To už z tohohle strach třeba nemám. I ten vztah s dítětem by byl jinej.“ Několik žen také sdílelo, že jejich negativní zkušenosti spolu s porozuměním vlastnímu traumatu fungovaly jako motivace k podpoře dalších žen, jak uvedla například Sára: „Díky tý svojí práci, kterou mám za sebou, jsem schopná to postupně nejen měnit u nás [v rodině], ale obecně vnímám, že jsem došla už do takového bodu, kdy jsem si i našla práci, nebo prostě se směřuju do toho místa, kde tady tohleto můžu jako ovlivňovat. A mám určitej pocit, že tím určitým způsobem odčírnuju to, co jsem napáchala.“

Rozbitá po porodu, rozbitá vevnitř

Negativní zážitky však doprovázely zkušenost většiny účastnic, už zakládání rodiny v některých případech představovalo nelehkou životní kapitolu: „Byla jsem rozhodnutá a hlavně přesvědčená, že rodinu mít nemůžu,“ popsala Gréta, v popisech se objevoval i strach se založení rodiny. V hojné míře se objevovaly negativní emoce v souvislosti s těhotenstvím. „Těhotenství pro mě bylo extrémně nepříjemné.“ (Katarína) Gréta vnímala během těhotenství „celkový pocit neustálého narušování osobního prostoru“, podobné pocity popsala i Sára: „U toho druhého těhotenství to bylo takový nějaký fakt hodně náročný, jako že jsem i chvíli měla pocit, že nechci to dítě mít v těle, že mě omezuje, že vlastně jsem z toho byla fakt hodně špatná.“ Vzpomínky na trauma se v těhotenství vracely i Rút – ta kdysi prožila sexuální násilí dle svých slov „pod dohledem“ své matky, a když Rút začala cítit pohyby svého dítěte, změnil se její úhel pohledu: „Najednou neexistovala omluva pro jednání maminky. Bylo těžké to zpracovat.“

V souvislosti s porodem se často objevovaly pocity strachu, například u Vilmy, která věděla, že sexuální násilí může mít vliv na porod: „Bála [jsem se] toho, že to nedokážu, protože se budu chtít kontrolovat, aby někdo neudělal něco, čeho se třeba bojím, nebo co mě bude bolet, nebo aby se tam prostě to téma zase neotevřelo.“, podobné pocity popsala i Zoe. Často se ženy potýkaly i se strachem z bolesti. Pro Agnes byl velmi náročný pocit osamění v průběhu porodu: „Kromě celkových obav a strachu z potenciální bolesti jsem prožívala silný stres z nepřítomnosti partnera (opory), v první fázi porodu... prožívat to osamotě bylo velmi frustrující.“

Velmi často byla zmiňována i retraumatizace z porodu, jak popsala svou zkušenost Dominika: *„První porod hodnotím jako takový druhý znásilnění, prostě já jsem si tak připadala.“* Agnes se po prvním porodu snažila retraumatizaci předejít: *„Ostatní porody byly po pečlivé přípravě méně traumatické, ale přesto stále velmi stresující (nad rámec běžných obav).“*

Období po narození dítěte pro mnohé ženy nebylo radostným, často bylo prožívání zhoršeno přístupem zdravotníků, jak například popisuje Laura, již se nedostalo žádné pomoci na oddělení šestinedělí, a kojení a navazování vztahu s dcerou pak pro ni bylo velmi stresující: *„Myslím si, že začátek byl těžkej hodně... A myslím si, že kdyby tohle proběhlo líp, tak mám možná i lepší pak začátek s tou dcerou. Ono to pak bylo hrozný, prostě já jsem nechtěla s ní trávit čas. Já jsem se jí bála. Nebylo mi tam dobře vůbec. Já jsem potřebovala jako utýct někam.“* Helenu zase zasáhl traumatický akutní císařský řez: *„[cítila jsem se] strašně rozbitá po té operaci a jako rozbitá vevnitř.“* Ženy také popisovaly, že období po porodu pro ně bylo nepříjemné kvůli tomu, jak podobně probíhalo hojení po sexuálním násilí, jak dokládá například Gréta: *„Bolest a uzdravování byly stejné jako po sexuálním násilí.“*, podobnou zkušenost měla i Agnes: *„Samostatnou kapitolou ale bylo, že jsem po nástřihu při porodu měla rozsáhlé poporodní poranění s velkým množstvím stehů ve více vrstvách, což bylo velice bolestivé, a to jsem vzhledem k traumatu snášela opravdu špatně.“*

Často popisovaným pocitem byl také hněv na trauma, které si respondentky samy nezpůsobily, a na následky z něj plynoucí: například pocitovanou nutnost vysvětlovat své trauma dalším lidem, jak ilustruje výpověď Vilmy. Pro Vilmu se stalo spouštěčem vaginální vyšetření gynekologem v těhotenství, během akutní stresové reakce však dokázala myslet jen na to, že nesmí dát před lékařem nic najevo, protože by musela popisovat své trauma: *„Já už jsem se pak soustředila jenom na to, abych tam nebrečela, protože by si o mně myslel, že jsem divná. No a já bych mu musela vysvětlovat, proč brečím, a to bych v tu chvíli nezvládla.“* Zejména pak popisovaly frustraci, že proces zpracování traumatu je připravuje o čas a energii, kterou by rády věnovaly něčemu jinému, nepracovat s traumatem si však nemohou dovolit. Helena popsala své pocity následovně: *„Vlastně mi teď dochází, že mě to kvůli tomu stálo ohromný množství energie. A vlastně jsem se díky tomu ani tolik nesoustředila na spoustu jiných věcí, který bych třeba chtěla řešit a byly by jako hezký kolem toho těhotenství, takže ta pozornost vlastně byla zaměřená skoro celou*

dobu na to, abych řešila tyhle věci.“ Rút během vyvolání porodu zažila traumatickou situaci, kterou nebylo možné zpracovat v danou chvíli, ale popsala, že věděla, *„že tohle je trauma a někdy v budoucnu ho budu muset otevřít.“* Ženy vyjadřovaly i hořkost nad tím, že se svým traumatem nepracovaly, protože nevěděly, že může mít na těhotenství, porod a rodičovství vliv, a v důsledku toho zažily retraumatizaci, k níž podle jejich slov možná nemuselo dojít: *„A taky si myslím, že vzhledem k tomu, jakou mám zkušenost z toho druhého porodu, tak jsem přesvědčená, že kdybych se sebou pracovala už před tím 1. porodem jinak, tak jsem nemusela padnout na takový dno.“* (Helena) Sára popisuje podobné pocity – tedy že zpracování traumatu není jen výhodou, ale spíše nutností, protože neřešené trauma může vést k další traumatizaci a psychickým následkům: *„Myslím si, že kdybych se sebou nezačala pracovat, že dost pravděpodobně spíš naopak dojdou k nějakému horšímu stavu.“* Prožitá trauma zasahovalo také do mateřství a objevovaly se v jeho důsledku obtíže, které ženy bez sexuálního traumatu řešit nemusí. Frustraci z nutnosti vypořádat se v kontextu mateřství s vlivem prožitého násilí ilustruje výpověď Sáry: *„Musím říct, že jsem měla mateřský strachy, který si dokážu představit, že mnoho maminek vůbec nemá, nebo že je to prostě vůbec nenapadne, nebo že vlastně jsem se trápila věcmi, který by asi spousta lidí řeklo, že jsou ujetý nebo prostě mimo.“*

S těmito pocity souvisí i často popisovaná lítost nad tím, co mohlo být, kdyby nebylo prožitého násilí. Helena například popsala, kolik síly jí stála příprava na druhý porod, aby nebyl tak traumatický jako její první: *„Místo, abych se jakoby čistě soustředila na to, co se děje s tím tělem v rámci toho porodu a toho těhotenství, tak je potřeba se pořád ještě vracet tady k těm věcem... Takže mi to tu pozornost neustále ubírá a nechci už tomu věnovat pozornost, ale musím. Proto, abych už jednou nemusela.“* Dominika u porodu zažila stav hluboké disociace, kdy zcela přestala ovládat své tělo, a porod tak byl velmi náročný jak pro ni, tak pro jejího syna, který musel být krátce po porodu přesunut na jednotku intenzivní péče. Ve své výpovědi se zamýšlela nad tím, jestli by její porod probíhal stejně, kdyby nebyla obětí zneužívání: *„Tyjo tady málem tvoje dítě umřelo, jak by to bylo, kdybys nic takového neprožila. Kdybys celou tu sexualitu, protože s tou mám problém celý život, celou sexualitu, celý tady toto všechno, kdyby tě nepotkalo, třeba bys měla úplně jinej porod. Jo, třeba ne, ale vím, že mně to hrozně jako šlo v hlavě.“* Laura se setkala s necitlivým a nerespektujícím přístupem zdravotníků u porodu, což popsala jako

hodně nepříjemné. Výběru dané porodnice sice zpětně nelituje, zdravotnická péče postrádající konsent jí však do jisté míry připomněla prožité trauma: *„Jenom mám občas nějaký nasrání tam na ty situace, co se staly.“*

Helena sdílela, že v důsledku prožitého násilí důsledně dbá na respektování nesouhlasu u své dcery. Často se však setkává s nelibostí okolí, což v ní vyvolává jak potřebu bránit hranice své dcery, tak vzpomínky na okamžiky, kdy nikdo nebránil ty její. *„Když mi to někdo vyčte, tak mám občas taky takovou potřebu říct, jako kdybych já uměla říct ne...“* Sára popsala i své pocity týkající se citlivosti v důsledku prožitého sexuálního násilí: *„A zároveň vnímám, kolik je ohledně toho ve mně emocí, protože já sama tam mám k tomu připojený ty starý rány, který samozřejmě do toho vstupují, že to vnímám mnohem úkorněji, než to asi ve finále je.“*

Téma 2: Moje tělo

Sexuální násilí je aktem zásadního narušení tělesné autonomie. Vztah k vlastnímu tělu byl u respondentek prožitým násilím mnohdy narušen a najít si ke svému tělu cestu zpět představovalo obtížnou, ale důležitou výzvu. Téma „Moje tělo“ prozkoumává vztah obětí ke své tělesnosti, konkrétně potřebu kontroly, disociaci (tedy traumatické „opuštění“ vlastního těla) a intimní život po porodu u žen přeživších sexuální násilí.

Kontrola nad svým tělem

„Mít to dítě přináší prostě tu zranitelnost obří a takovou jako, nemít kontrolu nad ničím.“ (Laura) Tato výpověď poukazuje na problematiku ztráty kontroly, která do jisté míry přichází s těhotenstvím každé ženy. Pro oběti sexuálního násilí však bývá často významně obtížnější se s touto ztrátou moci vyrovnat, neboť byla těmto ženám v minulosti kontrola nad situací a vlastním tělem násilně odebrána. Už v prvních týdnech těhotenství, kdy se začínají projevovat první těhotenské změny, popisují některé ženy negativní vnímání svého stavu, který se vyvíjí bez jejich přičinění a nemohou jej změnit. Podobné pocity se mohou spojovat i s nejistotou do budoucna, jak popisuje Laura: *„Já tam měla problém i s tím přijmout, že jsem těhotná, na začátku úplně, takže jako byl to hodně velké proces, celý to období. A bylo to i o tom pouštět tu kontrolu. Nevím, co se stane, nevím, jak to dopadne.“*

Z výpovědí vyplývá, že nejzásadnější výzvou v souvislosti s potřebou kontroly je porod. *„Každá žena potřebuje ke zdravému porodu klid a bezpečné prostředí a žena, která si v sobě nese trauma sexuálního násilí, oboje potřebuje násobně více.“*

Pocit kontroly, pocit že se rozhoduju sama a sama určuji, co ano a co ne.“ (Agnes) Porod je totiž často provázen situacemi, kdy je potřeba tuto kontrolu „pustit“ a různé ženy mají také různé názory na to, jak k této problematice přistupovat. Helena například uvedla, že potřebovala být podpořena ve vládě nad svým tělem: *„Potřebovala jsem mít pocit, že mám jako moc já, já v tu chvíli nad tím svým tělem, že já to můžu kdykoliv jakoby zastavit, myslím ty úkony těch lidí, co se kolem mě děly.*“ Agnes vnímala výhodu v terapeutické práci před porodem, která jí dodala sílu se za sebe postavit a přebírat tak kontrolu nad svým tělem: *„Nejvíce mi pomohlo porozumění vlastnímu traumatu a s tím přišla schopnost si alespoň částečně umět říct, co chci a snesu, a co ne.*“ Laura a Vilma naopak popisovaly, že cítily intenzivní potřebu odevzdat kontrolu nad sebou zdravotníkům, kterým mohou důvěřovat, a soustředit se jen na porod. *„Já jsem se to snažila udělat tak, abych právě nemusela mít nic pod kontrolou, protože jsem věděla, že jakmile bych něco chtěla kontrolovat, s někým chtěla mluvit, abych se soustředila na to, abych byla v bezpečí, aby mi nikdo nedělal nic, co nechci, nebo čeho se bojím, tak že bych se nedostala do toho rozpoložení, který k porodu potřebuju.*“ (Vilma)

„Hrozně jsem potřebovala se někomu svěřit do rukou. A neřešit to už prostě, brát to tak, že můžu důvěřovat a už je jedno, jestli to bude tady v té nemocnici nebo kde to bude.” (Laura)

Zdravotničtí pracovníci (neuvědomující si důležitost naplnění této potřeby) však kontrolu nad tělem ženy mnohdy přebírali, což z principu bylo pro ženy velmi traumatizující. *„Myslím, že díky minulosti jsem k tomu byla náchylnější, protože už v minulosti mi někdo mou intimitu narušil, a to ještě sexuálně. Vybuodovala jsem si pak hranice, které mi při příjmu v porodnici narušili.*“ (Rút) Toto úzké spojení mezi sexuálním násilím a retraumatizací z přístupu zdravotníků bohužel popisuje většina respondentek, například Laura: *„A pak jenom jako oni hýbali s mým tělem, jako kdyby to tělo nebylo vůbec funkční, nebo nebylo schopno se hýbat. Jo, že mně prostě zvedli nohy. Tohleto je hrozný, když si na to vzpomenu. Jako kdyby, kdybych tam v tom těle nebyla. I když já tam prostě fyzicky byla, všechno jsem prožívala, věděla jsem, ale někdo jinej ním hýbal. Takže to bylo hodně nepříjemný tohle pro mě.*“ Omezování svobody pohybu může být negativně hodnoceno i ženami, které sexuální násilí nezažily, oběťmi sexuálního násilí je však vnímáno jako obzvlášť problematické. *„V jednu chvíli já jsem držela manželovu ruku a oni mi tu ruku vzali a dali ji jako na madlo postele. Takže to byl takovej divnej moment pro mě. A i to*

samotný, že člověk, žena nemůže změnit tu polohu u porodu, mně přijde absolutně ponižující.“ (Laura) Dominika u prvního porodu prožívala obdobné pocity, navíc spojené se stavem disociace: *„Já si vzpomínám na ty pocity, jak jsem si připadala strašně jako otevřená najednou jakoby světu a vlastně nahá. Já nevím, no znova jak zná- jak znova znásilněná. Jak vlastně nemůžu ovládat sama sebe, jsem byla vlastně úplně odpojená od toho těla, asi bych to tak řekla, a teď se se mnou nějak jako manipulovalo a já jsem do toho nějak jako nemohla zasahovat.*“ Agnes byla péčí zdravotníků během prvního porodu opakovaně traumatizovaná, proto když se po porodu vyskytly problémy, další lékařskou péčí nevyhledala ze strachu z další retraumatizace. V jejím případě bylo toto rozhodnutí otázkou převzetí kontroly nad svým tělem, protože strach z potenciální retraumatizace byl silnější než somatické obtíže: *„Měla jsem v šestinedělí velké bolesti a pravděpodobně i zánět, ale nesebrala jsem odvahu jít ho řešit ke svému gynekologovi, protože jsem nedokázala přijmout to, že by na mě někdo znova sahal. Léčba byla zdlouhavá a zůstaly mi celoživotní problémy se zajizvenou oblastí.*“ Tato výpověď zároveň ilustruje možné důsledky nerespektující zdravotnické péče na dlouhodobé zdraví obětí. Sára také prožila stav, kdy zdravotníci přebrali moc nad jejím tělem, v souvislosti s tím popisuje i opakující se pocit viny, že si za sexuální násilí i za násilí ze strany zdravotníků „může sama“: *„Vím, že nemusí znít, jako že to s tím sexuálním násilím souvisí, ale pro mě je to ten princip, který je za tím - jakože vlastně někdo s vámi něco dělá, co vy vlastně nechcete, ale vy s tím nemůžete nic dělat a nakonec to tomu člověku prochází, protože prostě vy jste zvyklí, že je to váš problém nebo vaše chyba, a pokud vy s tím sama nejste schopná něco udělat, tak jako co?“*

Nelze však říci, že by všechny případy retraumatizace ze ztráty kontroly nad svým tělem způsobili zdravotničtí pracovníci – může k nim dojít i v důsledku vnímání samotných porodních procesů, například sestupem hlavičky plodu pánví. Tento intenzivní tlak může být triggerem vzpomínek na prožité násilí a žena se může podvědomě snažit získat kontrolu nad svým tělem „zadržováním“ dítěte, porod se pak může zpomalit či zastavit. *„Vlastně ten porod přestal postupovat ve chvíli, kdy ta hlavička začala jakoby sestupovat do té pánve, a tam se to zaseklo.“* (Helena) Obdobná situace nastala i u porodu Vilmy: *„Když jsem na ten porodní sál přišla, tak jsem tomu bránila, tomu, co se dělo. Já jsem to jako zadržovala. A ta porodní asistentka říkala, to nemůžeš, musíš to všecko pustit, všecko, a já jsem říkala, to nezvládnou, to prostě nezvládnou, budu držet, držet, a tak jsem se tomu bránila.“* Vilma

zároveň popsala, že jí ve vědomém pouštění kontroly pomohla porodní asistentka – ta jí trpělivě vysvětlovala, že je všechno v pořádku, že to, co žena cítí, je její dítě a že je všechno tak, jak má být. Porodní asistentka tak vytvořila bezpečné prostředí k tomu, aby se Vilma zkusila uvolnit a nechat dítě sestupovat, což se nakonec podařilo. Zdravotničtí pracovníci tedy mohou pocit kontroly v ženách účinně podpořit a snížit tak riziko traumatické zkušenosti z porodu, což dokazují i několikeré výpovědi respondentek výzkumu. Takový přístup zažila také Helena u svého druhého porodu: *„To je to, co jakoby ovlivňuje ten můj život nejvíc, a to je to, že jsem v tu chvíli neměla tu kontrolu nad tím svým tělem, jako myslím v průběhu toho zneužívání, že vlastně jsem ztrácela kontrolu. Takže ten respekt [zdravotníků u porodu] a to, že nechali tu kontrolu v mých rukou, bylo pro mě strašně zásadní. Když ke mně nepřistupovali direktivně, ale s respektem, tak jsem za to cítila neskutečnou vděčnost.“* Pro Sáru bylo důležité, že si našla porodní asistentku, se kterou se cítila bezpečně: *„A ten člověk je součástí toho opravdu jako velice intimního nastavení, kdy vlastně vy přestanete ovládat své tělo. A mně přišlo skvělý, že jsem u tohohle měla někoho, před kým jsem se nemusela stydět, kde jsem nemusela řešit, že jsme si neporozuměli.“*

Disociace

S předchozí kapitolou úzce souvisí i stav disociace, který byl u respondentek často vyvolán právě pocitem ztráty kontroly. U některých žen nastal tento stav už v průběhu těhotenství, například u Sáry, která podle svých slov prožila těhotenství v částečné disociaci: *„Prostě se mi to stalo a nějak to dítě ve mně rostlo, ale já jsem vlastně nebyla vůbec schopná se ani na to mateřství připravovat, nebo prostě já jsem byla jako mimo... Jako jsem byla v takovém stavu, že jsem to nechala probíhat, ale já jsem vlastně byla takovým jakýmsi pasivním účastníkem toho těhotenství.“* I Zoe zažila během těhotenství disociaci, a to v okamžiku, kdy ji dítě v břiše koplo směrem k pochvě, a tento intenzivní vjem ji v myšlenkách vrátil do okamžiku sexuálního násilí. Popisuje dále, že během tohoto stavu disociace nedokázala rozlišit, že se neocitla znovu v okamžiku traumatu, že jí v tu chvíli nikdo nezpůsobuje násilí, ale že jde „jen“ o normální projev jejího dítěte. Tento stav tedy může být způsoben vjemem, který netraumatizovaná těhotná žena vnímá jako neškodný, který však pro ženu přeživší sexuální násilí může fungovat jako trigger, vyvolávající reakci právě v podobě disociace.

Mimo přirozené stimuly však disociaci spouštělo i počínání zdravotníků, často v souvislosti s vaginálním vyšetřením. Rút během zavádění prostaglandinové tablety pro vyvolání porodu prožívala silnou bolest, čehož si však lékařka nevšímalá, stejně jako si kdysi její matka nevšímalá sexuálního násilí, které Rút prožívala. Tato situace v ní spustila disociaci: *„Bez emocí či zloby, paní doktorka prostě jen nedávala pozornost, jestli a jak moc mě její počínání bolí. Jestli byla šance na vyvolání, ta naprostá intimní bolest a následná bezmoc to zazdila. Protože už jsem disociaci znala, chodila jsem jako tělo bez duše 3 dny.“* Sára popsala, že upadla do podobného stavu poté, co jí lékař při příjmu k hospitalizaci bez souhlasu provedl Hamiltonův hmat, což v ní spustilo vzpomínky na prožité trauma: *„Já jsem se potom dostala do stavu, kterej byl fakt hodně složitěj, kdy já jsem upadla ještě do jakýsi těžší disociace. Já jsem tam potom fungovala jako robot.“* Helena označila vzpomínky na vaginální vyšetření během svého prvního porodu za nejbolestivější jak fyzicky, tak psychicky, kdy jí lékař pouze rozkázal, aby si lehla, a oznámil, že provede vyšetření. Direktivní přístup v kombinaci s intenzivní bolestí, kterou prožívala, a nekomunikací ze strany lékaře, který ji vyšetřoval čím dál častěji a bez vysvětlení důvodu, v ní spustil traumatickou reakci: *„Začala jsem se úplně jako odpojovat a začala jsem jít do totální paniky... A pak do mě jako sáhl, já jsem měla pocit, že tam strká snad až rameno a naprosto jsem ztrácela kontrolu nad svým tělem. A pak už jsem absolutně nebyla schopná se na sebe zpátky jako napojit a nějakým způsobem jako ovládat ten porod.“* U Laury došlo k disociaci až po porodu, na gynekologické prohlídce po šestinedělí. *„To bylo fakt hrozný, protože mi řekl, že mi musí zkontrolovat prsa. A já jsem se musela svlíct a stát tam prostě, jak se na ně jako by díval a já ani nevím, co dělal... A pamatuju si, že jakoby jsem pohledem úplně vy-, jak to říct, že jsem prostě odešla z té situace, v hlavě. Že jsem se podívala někam jinam, nekoukala jsem se mu do očí, jsem se s tím snažila vlastně tímhle způsobem vyrovnat.“*

Nejčastěji prožívaly respondentky stav disociace v průběhu porodu. Sára, která popisovala pocit odpojení od svého těhotenství, sdílela, že její první dva porody probíhaly podobně. *„A ty první dva porody já jsem opravdu prožila v takovým jakýmsi nastavení jakýsi věci, která přišla do té porodnice a nechala ty doktory, ať se na ní vyřadí podle libosti. Já jsem tam prostě byla úplně pasivní a jakási odevzdaná tomu, ať si se mnou dělají, co chtěou.“* Pro Grétu byl spouštěčem způsob, jakým lékaři manipulovali s jejím tělem: *„Vrátila jsem se zpět do chvíle znásilnění, když mi lékaři*

drželi bez dovolení nohy. Zamrzla jsem a byla jsem do porodu dcery úplně mimo.“ Dominika trpěla celé těhotenství silnými křížovými bolestmi, které se ještě zintenzivnily během sestupování hlavičky plodu její pánví, personál v nemocnici jí však neumožnil změnit polohu a musela stále ležet na zádech. Bolesti a nucená poloha na zádech ji připravily o pocit kontroly nad svým tělem a ona upadla do stavu disociace: *„Oni furt měli pocit, že já jako někam chci- asi jako podvědomě taky jsem chtěla utýct, prostě pryč. Mně bylo fakt strašně. Já jsem byla najednou odkázaná na někoho, moje kontrola celoživotní šla úplně jakoby stranou a já jsem tam byla jako napospas vlastně všem, všichni tam na mě koukali.“* Tato ztráta kontroly a odpojení se od vlastního těla pak může vyústit v akutní situaci, jako tomu bylo právě v případě Dominiky – ve stavu disociace už neovládala své tělo, nebyla schopná tlačit a porod se zastavil. Situaci dovršila nevhodně zvolená poznámka přítomné lékařky, která stav Dominiky ještě prohloubila a zanechala v ní těžké trauma: *„Ona říká: ‚panebože, dělejte už něco, nebo to bude v prdeli!‘ Takhle to vyloženě řekla. A v ten moment už se vypllo úplně všechno a já fakt přísahám, že jsem chtěla umřít. Opravdu jsem chtěla umřít. A jediný, co bylo, říkám, už ho ze mě vytáhněte, ať jakoby to dopadne jakkoliv. Hlavně ho ze mě vytáhněte, ať to teda jako přežije, a já klidně ať tady zdechnu. Já jsem se odevzdala, už ať tam prostě umřu.“* Tato výpověď navíc vykresluje jeden z důvodů, proč je stav disociace tolik traumatizující – žena při něm prožívá podobné pocity jako při znásilnění, nezřídka až pocit akutního ohrožení života.

Jako kdybych v sobě měla zamčený dveře

Vztah k vlastnímu tělu byl u účastnic často ovlivněn prožitým sexuálním násilím také v rovině sexuality, v období kolem porodu se pak tento vztah stával ještě křehčím. Návrat k sexuálnímu životu po porodu vnímalo jako náročný více respondentek, například Agnes: *„K prvnímu sexu jsem byla ochotná po téměř půl roce a plnohodnotný návrat k partnerskému sexu trval více než rok a půl.“* Laura také dlouho nechtěla mít s partnerem sex, až o několik let později si uvědomila, že to byl ochranný mechanismus jejího těla ve snaze udržet si alespoň nějakou kontrolu. *„Do doby, než jsem kojila, jsem to připisovala tomu, že nechci mít žádný intimní kontakt, a pak, když už jsem přestala kojit a přetrvávalo to, tak jsem si uvědomila, že to souvisí. Držela jsem si hranice o to silněji, protože jsem to nedokázala v minulosti, a jediný, co jsem dokázala, bylo nemít intimní kontakt vůbec. Nemyslím, že to bylo špatně, jenom mám dojem, že se tělo vyrovnávalo se vším, co zažilo.“*

Vilma zažila v průběhu těhotenství traumatizující vaginální vyšetření od zastupujícího gynekologa – sama popisuje, že vyšetření nebylo ničím nestandardní, přesto v ní vyvolalo intenzivní stresovou reakci, která ji hluboce ovlivnila do budoucna. *„Já fakt myslela, že buď uteču, nebo se rozbřečím, a od té doby tam nikdo nesmí, od té doby jsem neměla žádný intimní život.“* Tyto pocity se pak ještě zintenzivnily po porodu, a to přestože Vilma hodnotí svůj zážitek z porodu pozitivně. *„Tam fakt je zavřeno od porodu úplně... to je jako kdybych měla v sobě zamčený dveře. Kdybych měla s někým žít, tak bych se prostě, když budu mluvit v příměrech, tak bych se přes ty dveře musela fakt vlámat navzdory tomu, co chci.“* Po porodu už ale její partner nejevil zájem o sex, navíc v průběhu šestinedělí silně krvácela, a tyto dva faktory vnímá Vilma podle svých slov jako „záchranu“, jako něco, díky čemu na sebe nemusela vyvíjet nátlak k obnovení sexuálního života s partnerem: *„Tam by byl problém, kdybych to obnovit musela. To bych musela jít jenom přes sebe. Já bych to asi udělala, protože bych měla pocit, že je to moje povinnost, ale šla bych přes sebe, a asi bych tím jenom vyvolávala teda vzpomínky na to, co se stalo.“* Povinnost poskytnout partnerovi sex vnímala i Dominika, která se snažila obnovit intimní život co nejdříve, aby neselhala ve své hluboce zakořeněné představě ženskosti: *„Ale to nebylo kvůli mně, to bylo kvůli tomu, aby mě nepodváděl, jo? Abych já neselhala jako ženská. Ale kvůli mně to nebylo vůbec.“* Tato idea „správné ženy“ byla v Dominice ukotvena už od dětství, kdy ji zneužíval starší bratr a utvářel v ní přesvědčení, jak jej popsala, že *„ženská musí být neustále pro chlapa krásná, musí být prostě dokonalá.“*

Problém navíc nemusí činit „pouze“ sex po porodu, některé ženy popisovaly, že se snažily chránit si svou intimitu například u kojení: *„Mně třeba i vadilo, že mám najednou mít před mým chlapem odhalený nějak delší dobu prsa, že to dítě kojím před ním. Takže já jsem se furt někde schovávala. Nebo nedej bože, že bych tam měla někde být s odsávačkou. Jo, no to vůbec, jo, prostě to bylo naprosto intimní věc. Přitom to byl můj partner. Ale furt to byl chlap, že?“* (Dominika) V případě Heleny zase začaly potíže v sexuálním životě s manželem ještě před porodem. Před otěhotněním žádný problém nezaznamenala, a tak všechno nejdřív přisuzovala hormonálním změnám v těhotenství, až po několika letech terapie zpětně zjistila příčinu: *„Později jsem se dopátrala tomu, že vlastně jsem v těhotenství přestala pít alkohol, samozřejmě, a já jsem vlastně do té doby měla sex vždycky jenom opilá... Nedokázala jsem si v tu chvíli spojit, že to vůbec může s tím zneužíváním jako nějakým způsobem souviset, a souviselo.“*

Zajímavé je, že na toto téma nebyly respondentky cíleně dotazovány – všechny ženy, které toto téma během rozhovoru otevřely, tak učinily samy od sebe.

Téma 3: Vztah k dítěti

Dalším tématem, které se objevuje ve výpovědích většiny respondentek, je vliv sexuálního násilí na vztah k dítěti. Zde byla identifikována podtémata Holku fakt ne a Její tělo je její.

Holku fakt ne

První podtéma slučuje různorodý postoj žen k pohlaví jejich dítěte, a to jak před jeho narozením, tak po něm. Více žen popisovalo strach z představy, že se jim narodí dívka, jak popisuje například Matylda: *„Strašně jsem nechtěla holčičku, byla jsem přesvědčená, že to musí být jedině kluk, že holčičku nezvládnou.“*, stejné pocity prožívala i Vilma: *„První 3 měsíce jsem se bránila tomu, abych měla holčičku. Že jsem chtěla kluka. Úplně jsem měla ty myšlenky. Když jsem si říkala holku ne, holku fakt ne. Protože to je prostě nebezpečný.“* Jak naznačuje tato výpověď, inklinace k mužskému pohlaví dítěte pramenila z obav, že dítě v budoucnu také zažije sexuální násilí, ale ony, matky, jej nebudou moci ochránit – tyto myšlenky se u žen objevovaly velmi často, popisuje je například Laura: *„Já jsem měla strach, že budu mít dceru a bude muset projít vším podobným nebo stejným... I když jsem k tomu synovi neinklinovala, tak prostě jsem měla pocit, že budu mít větší radost, když to bude syn. Takže tam ani nebyla otázka, jestli jo nebo ne dítě mít, ale jako – bylo by lepší, kdyby to nebyla dcera. Pro ni, jako pro to dítě, by to bylo lepší.“* Naopak preferenci děvčete popisuje Dominika, již v dětství zneužíval starší bratr: *„Vždycky jsem věděla, že rodinu chci mít, ale jakoby jsem si nalajnovala, že musím mít prvně holku, a pak teprve kluka. Prostě z nějakých tady těch mých bezpečnostních opatření.“* Zajímavé je, že všem ženám, které vyjádřily touhu po určitém pohlaví, se narodilo dítě s pohlavím opačným.

Vilma pocítila úlevu s uvědoměním, že *„dcera nemusí jít ve stopách své matky... Ona ten zážitek mít nemusí, jenom kvůli tomu, že jsem ho měla já. Nemusím to na ni řetězit.“* Dominika se po narození syna musela naopak vyrovnávat s pocitem ztráty kontroly: *„Já jsem samozřejmě ráda dnes, ale tehdy pro mě to bylo právě narušení, protože já, jak se jakoby celý život neustále v něčem kontroluju a všechno prostě musí mít nějaký řád, a jak to trošku vybočí, tak mě to rozhodí, tak samozřejmě tady toto bylo pro mě strašně těžký přijmout, že moje první dítě je kluk...“*

Je to hrozný, ale tam tehdy, si vzpomínám, že jsem chtěla nějak úmyslně potratit.“ Pro Dominiku bylo zároveň spouštěčem negativních emocí, když otěhotněla podruhé a zjistila, že bude mít dceru, přičemž mimo pohlaví dětí hrál roli také věkový rozdíl: mezi věkem jejího syna a její dcery je stejný rozdíl jako mezi Dominikou a jejím starším bratrem, který ji v dětství zneužíval: *„A všechny ty mé obavy, kterých jsem se strašně snažila vyvarovat, no tak mě to všechno kompletně prostě dohnalo.“*

Strach o dceru s porodem často ještě zesílil, v některých případech strach sám působil jako spouštěč vzpomínek na prožité trauma, jak dokládá například výpověď Rút: *„Naprosto mě děsilo, že by moje dítě mohlo prožít to samé, co já. A tyhle myšlenky s sebou přinášely i ožívování samotného traumatu z mé minulosti.“* Podobné pocity popisuje i Laura: *„Hodně mě ovlivnilo to, že mám dceru. A myslím si, že mně to prostě i otevírá tu zranitelnost znovu a ty vzpomínky se jako objevují častěji.“* Strach mohlo podporovat i běžné chování dětí, které však ženy v kontextu prožitého násilí vnímaly jako rizikové. Sára si uvědomovala, že ji tyto myšlenky napadají kvůli traumatu, kterým si prošla, ale nemohla se jich zbavit: *„Holčičky mě děsily tím, jak občas jako, do jakých poloh si sedaly, stoupaly, stavěly. Mě to děsilo, že jsou jako vyzývavý nebo- vlastně pro člověka, ktorej tohle nezažil, to může přijít úplně absurdní, protože jsou to mimina, že jo. Ale prostě pro mě to tam naskakovalo. Nebo jsem měla strach, že je muž zneužije nebo...“* Část žen také sdílela obavu, že jejich strach se s postupem času bude stupňovat: *„Čím bude starší, tím to bude těžší v tomhle, protože mně se to stalo kolem nějak šestnácti sedmnácti let.“* (Laura)

Některé ženy popisují strach, že svému dítěti ublíží samy, že dítě sexuální násilí zažije od nich – přesvědčení plynoucí ze stereotypu „zneužívání lidé zneužívají lidi“. *„A taky začaly neuvěřitelné úzkosti a strach, abych se něčeho takového nedopustila i já vůči dceři.“* (Rút) Sára se s podobnými myšlenkami potýkala například u hygieny dětí: *„Co podle mě jednoznačně souvisí s tím násilím, bylo, že jsem měla velký problém s jakoby ošetřováním nebo umýváním dětských genitálií. Že jsem měla panickou hrůzu, že jim prostě ublížím.“* Sára se navíc obávala, že své dcery ovlivní vnímáním své sebehodnoty, která byla výrazně snižená v důsledku prožitého násilí (trauma, které Sára zažila, nebylo čistě sexuálního charakteru, mísí se v něm i zkušenosti s fyzickým a emocionálním násilím). Cítila se jako objekt sloužící pouze k uspokojení potřeb druhých. Kvůli tomuto nastavení vnímala, že jinak přistupuje ke svým dcerám než ke svým synům: *„To se těžko vyslovuje mámě a já své děti miluju, ale prostě... Měla jsem pocit, že [dcery] jsou míň hodnotný, jako*

kdyby byly prostě víc zbytný, nějak prostě míň. Jako kdyby to vnímání mý vlastní jakýsi umenšený hodnoty jako ženský, která je jenom jakási věc, která slouží druhým a každý si s ní může dělat co chce. Jsem to viděla v těch mejch beruškách. A vlastně jsem to v nich nesnášela, že jako strašně- Tohle je jako bolavý no. No že jsem měla fakt pocit, že by, že by si klidně i zasloužily horší zacházení, protože prostě nejsou tak hodnotný jako ty kluci.“ Uvádí však, že tyto myšlenky díky intenzivní dlouhodobé terapii postupně mizí.

Její tělo je její

Podtéma Její tělo je její označuje problematiku konsentu u dětí. Ten je pro velkou část respondentek zásadní součástí výchovy. *„V čem mě to [sexuální násilí] rozhodně ovlivňuje, tak to je to, že jako strašně moc řeším věci ohledně jako souhlasu a sexuality obecně, že jako je to pro mě dost velký téma.“* (Helena) Pro Lauru je triggerem, když na její dceru někdo (i ona sama) vyvíjí nátlak: *„Hodně to v tomhleto na mě působí. V té péči o ni, o její tělo, o to, když ona řekne, ne. Že mám problém s nějakým projevem síly vůči ní, nátlaku. Spouští to ve mně jako hodně silný emoce.“* Otázka souhlasu vyvstává už po porodu, kdy ještě dítě samo nedá zdravotníkům souhlas, ale poskytuje jej zákonný zástupce; některé ženy popisovaly, že nebyly schopny čelit nátlaku zdravotníků, často pak svolily k některým aspektům péče o jejich dítě, s nimiž vnitřně nesouhlasily, což si později vyčítaly. Dominika například prožívala pocity viny, když neodporovala zdravotníkům v péči o svého syna, ačkoliv cítila, že její dítě potřebuje něco jiného: *„Protože zpětně jsem si vzpomněla – takový ty chyby, který byly, tak to bylo, že já jsem věděla, co ten kluk teďka potřebuje, ale jak jsem byla pořád od ostatních jako, to, tak jsem neposlouchala sama sebe, ale já jsem to nedělala nikdy, že jo? Protože kdybych poslouchala sama sebe už tehdy, tak by spoustu věcí nebylo.“*

Respondentky dále uváděly, že si jsou vědomy, že není možné dceru zcela ochránit, a tak měly alespoň snahu předat dceři nástroje k tomu, aby si udržela vlastní hranice. Často ženy popisovaly, že sexuální násilí, které prožily, nedokázaly odvrátit a chtějí tedy umožnit dítěti potenciálnímu násilí čelit efektivněji. Vilma už během těhotenství přemýšlela, jak dceři vysvětlí, že prožila sexuální násilí: *„Začala jsem přemýšlet o tom, kdy jí o tom řeknu, jak v ní vůbec probudím to, že má hlídat svoje hranice, což já jsem nedokázala... A snažím se hlídat ty její hranice už teď, aby věděla, že když ona sama řekne, ne, nesahej na mě, tak je to informace pro toho druhýho, kterou musí respektovat.“* Některé ženy učily své děti anatomické názvy

genitálií či které dotyky od cizích lidí jsou vhodné a které ne. Respondentky se také potýkaly s otázkou nahoty jejich dětí před dalšími lidmi: *„Já jsem hodně chtěla, aby [dcera] věděla, že jí třeba nebudou očumovat cizí lidi, když se svlíkne. Jo a teď si uvědomuju, že to je miminko a svoje tělo prožívá jinak a že ona je schopná, i teďka, budou jí 2 roky, tak ona, když chce, tak se prostě svlíkne a běhá nahatá. Ale dělá to jenom v tu chvíli, kdy chce. A když byla takhle maličký miminko, tak to sama ještě nedělala. Ještě se sama nesvlíkla, takže já jsem ji neodhalovala před dalšíma lidma, aby nemusela mít nepříjemný pocity.“* (Vilma)

Respondentky se zároveň shodují, že dbát na konsent u dítěte není jednoduché a dodržování nastavených pravidel může přinášet nepříjemné situace. Ženy se setkávají například s bagatelizací ze strany okolí a nepochopením, že pro ženy je respekt k souhlasu dítěte důležitý. *„Je pro mě strašně důležitý, aby jako vnímala to svoje tělo, jakože je její a že o tom může rozhodovat. Nikdy v životě bych nedovolila nikomu, aby jí dal pusu, ani babičce, když řekne, že nechce. Prostě jo, je to nepříjemný v rodině.“* (Helena) Vilma v rozhovoru mluvila o situacích, kdy se snaží dceru chránit před potenciálně škodlivými vlivy, ale setkává se s názorem, že prožité násilí narušuje její úsudek: *„Pokud mně něco vadí, nebo se k tomu vyjádřím a řeknu, takhle by to být nemělo, to by mohlo mít následky nebo dceři by to mohlo vadit, tak to ten člověk shodí ze stolu s tím, že já mám takovýhle zkušenosti, takže jsem přecitlivělá a nedokážu to vyhodnotit.“* Laura však uvedla, že i přes obtížnost respektujícího přístupu v něm spatřuje smysl: *„Takže všechno jenom se souhlasem. Je to náročný. Je to extrémně náročný tohle dělat jenom se souhlasem všechno. Trvá to o hodně víc času všechno. Ale myslím si, že to fakt za to stojí.“*

Téma 4: Ženy vs. zdravotníci?

Poslední téma se věnuje prožívání těhotenství, porodu a raného rodičovství v kontextu zdravotnické péče, specifickým potřebám žen a problematickým aspektům poskytování zdravotnické péče. Téma prozkoumává jak negativní, tak pozitivní stránky zdravotnické péče o ženy s historií prožitého sexuálního násilí, v širším měřítku pak to, zda zdravotníci a ženy stojí nutně v opozici, či zda (a jakými způsoby) lze dosáhnout spolupráce, která by vyhovovala oběma stranám. Toto téma je tvořeno třemi podtématy: Konsent, Kde budu rodit a s kým a Já jako lidská bytost.

Konsent

Konsent byl podstatným nástrojem v komunikaci mezi ženami a zdravotníky – jeho respektování či naopak jeho absence znamenaly rozdíl mezi stavem, kdy se ženy cítily respektovány a v bezpečí, a opětovnou traumatizací ze ztráty kontroly. Z výpovědí téměř všech respondentek vyšlo najevo, že situací, v níž je konsent nejpodstatnější, a zároveň nejčastěji opomíjený, je vaginální vyšetření. To může natolik připomínat prožité sexuální násilí, že riziko retraumatizace je vysoké, byť je vyšetření prováděno bez zlého úmyslu. Ženy často popisovaly, že vaginální vyšetření vnímaly velmi bolestivě, a to mnohdy i v případě, že s ním souhlasily. Helena však vysvětlila, jak v jejím případě (a velmi pravděpodobně i v případě mnoha dalších žen) fungovala zvýšená bolestivost u vyšetření: *„Já to nechci přirovnávat ke znásilnění, ale jako bylo to traumatizující, tydle chvíle. A já jsem tomu nerozuměla, jsem si prostě myslela, že to je tak šílený, protože to prostě bolí a že vyšetření asi má bolet... Ale vlastně to tak strašně bolelo, protože se mi vracela ta bezmoc, kterou jsem prožívala u toho zneužívání v tom dětství.“* U jejího prvního porodu se totiž nikdo neptal na její souhlas, pouze jí bylo vždy oznámeno, že vyšetření proběhne, Helena si tedy myslela, že vyšetření je povinné a odmítnout jej nemůže. Agnes se také setkala s rigidním přístupem, kdy žádná část péče nebyla otevřena diskusi, nebylo jí „umožněno“ nic odmítnout či se domluvit na alternativě, s vysvětlením *„takhle se to u nás dělá“*, což vnímala jako velmi stresující.

Mimo úkony, u nichž ženy měly pocit, že je nemohou odmítnout, bylo vnímáno jako hluboce traumatizující takové konání zdravotníků, kterému nepředcházel ani náznak otázky – když zdravotníci vyvolávali v ženách pocit, že jsou pasivními objekty. Často tyto situace vznikaly v momentě, kdy zdravotničtí pracovníci vnímali nějaký úkon jako potřebný, se ženou však nemluvili a důležitost daného postupu nevysvětlili – nejčastěji právě v případě vaginálních vyšetření, ale některé ženy takto vnímaly také dirupci vaku blan bez souhlasu či další intervence. Sáře byl například proveden Hamiltonův hmat bez jejího souhlasu, který ji vrátil zpět do minulosti: *„Ten způsob, jak to proběhlo z té strany pana doktora, prostě hrozně připomínal to, jak když s váma někdo zachází jako s kusem nějaký věci, se kterou si může dělat, co chce. Aniž by vás udělal aktivním partnerem té činnosti... Prostě rozhodne za vás. Protože on něco potřebuje.“* Olivia prožívala retraumatizaci podobným způsobem: *„Vadilo mi všetky bolestivé zákroky robené bez môjho súhlasu do takej miery, že som ich pociťovala ako znásilnenie a mučenie.“*

Ženy však popisovaly i pozitivní zkušenosti s přístupem zdravotníků, kteří jejich konsent respektovali. Vilma například s vaginálním vyšetřením během porodu souhlasila, ale během něj zjistila, že jej špatně snáší: *„Říkala jsem, že to nechci a ona teda ,dobře, tak to dělat nebudem‘ a ona to zastavila, když viděla, že mi to vadí.“* Většina vícerodiček také uvedla, že během následujících těhotenství odmítly vaginální vyšetření na prenatálních kontrolách, zároveň pozitivně hodnotily, když jejich gynekologové toto rozhodnutí neodsuzovali a nevyvíjeli na ně nátlak. Právě nevyvíjení nátlaku na podstoupení vyšetření vnímaly ženy jako důležitou součást bezpečného prostředí u porodu – když cítily, že mohou odmítnout a nevyvolá to ve zdravotnících negativní reakci, pociťovaly ke zdravotníkům větší důvěru. Pouze za takových okolností totiž ženy mohly poskytnout skutečně svobodný souhlas, jak popsala Helena: *„Když ta informace nebyla podaná, jednak že musím, ale byla směřovaná jako dotaz, ale jako dotaz ne v tom smyslu, že jako ,když tohle neuděláte, tak já budu naštvanej.“* Vyvíjení nátlaku na ženu totiž může způsobit, že žena souhlas poskytně, byť nesouhlasí, což si však často uvědomí až zpětně. Laura dopředu znala svého porodníka a cítila k němu důvěru, proto když u jejího porodu navrhoval některé intervence a nedal Lauře čas na rozmyšlenou, bylo pro Lauru obtížné navrhované postupy odmítat. Zpětně pak Laura cítila, že lékař využil její důvěry k tomu, aby byla více ochotná souhlasit: *„Tyhle situace, kdy přišel udělat něco, co já jsem potřebovala na to asi víc času, tak byly ztížený tím, že jsem měla k němu ten vztah... Podle mě to byl jeden z důvodů, proč jsem mu všechno dovolila udělat, z toho, co říkal... Ted’ zpětně to vnímám jako zradu, ty jeho vstupy.“* Kromě nevyvíjení nátlaku byl pro respondentky klíčový i dostatek času na rozmyšlenou a již zmíněné aktivní zapojení ženy do rozhodovacího procesu, takový přístup potřebovala (ale nedostala) Laura – na otázku, co by jí v péči pomohlo, odpověděla: *„Ted’ uděláme tohle, jo?’ a jako počkat.“* Helena měla u druhého porodu na takovou péči větší štěstí: *„Bylo to podaný jako ,myslím si, že by ted’ bylo dobrý udělat tohle. Souhlasíte s tím? Nebo potřebujete o tom vědět víc informací, než se rozhodnete? Chcete si nechat čas na rozmyšlenou?“* Helena dále popsala, jaký vliv měla svoboda rozhodování na její toleranci vaginálních vyšetření: *„Tím, že jsem vnímala, že můžu kdykoliv odmítnout, tak jsem ho nikdy neodmítla, protože jsem jakoby měla pocit, že to mám pod kontrolou i přesto, že mi to vyšetření provedou.“* Vilma zase sdílela, jak citlivá péče její gynekoložky způsobila diametrální rozdíl ve vnímání vyšetření od této lékařky a vyšetření jiným gynekologem: *„Mě to nebolelo, nevadilo, nepotřebovala*

jsem brečet, nepotřebovala jsem odtamtud utýct, neříkala jsem jí ,okamžitě přestaňte, nebo to nevydržím.‘ Nic takovýho to ve mně nevyvolávalo.“ Tyto výpovědi ilustrují, že vaginální vyšetření samo o sobě nemusí být nutně traumatizující, ale že klíčové jsou okolnosti jeho provedení.

Kde budu rodit a s kým

Podtéma Kde budu rodit a s kým vyjadřuje potřebu respondentek ovlivnit alespoň některé aspekty zdravotnické péče, a dále strategie, jak převzít moc nad svým porodem. Respondentkám velmi záleželo na tom, kdo o ně bude během těhotenství a porodu pečovat, a v mnohých případech byla právě přítomnost dalších osob jedním z faktorů, které mohly ovlivnit, a udržet si tak kontrolu nad situací. Jedním velmi často zmiňovaným (avšak ne vždy ovlivnitelným) faktorem bylo pohlaví poskytovatelů zdravotnické péče. Podstatná část žen uvedla, že v momentech, které vnímaly jako trigger, hrálo roli mimo jiné to, že lékařem byl muž, jak napsala například Agnes: *„Věc, která přispěla ke zhoršení situace, byl postarší lékař, velmi typově podobný mému agresorovi, který mě v pravidelných intervalech vyšetřoval, velmi bolestivým způsobem (kombinace porodních bolestí, neschopnosti se před ním uvolnit a jeho poměrně necitlivého přístupu). Dodnes je to děsivá vzpomínka, a i teď při psaní o tom se mi třesou ruce.“* Podobný zážitek má i Vilma, již v těhotenství vaginálně vyšetřil gynekolog na zástupu, což ve Vilmě spustilo akutní stresovou reakci, přestože podle jejích slov vyšetření proběhlo standardně a se souhlasem. Na otázku, co konkrétně pro ni během vyšetření bylo triggerem, odpověděla: *„Byl to muž a vstoupil. No a já jsem nechtěla, aby tam šel.“* Tyto pocity byly popisovány napříč výpověďmi, v rámci upevnění pocitu kontroly nad situací se tak většina respondentek snažila dopředu zajistit, aby u jejich porodu byly přítomny pouze ženy. Toto přání některé ženy uváděly do porodního plánu (Matylda: *„Měla jsem [porodní plán] a v něm uvedeno sex. násilí a že když to půjde, nechci vidět žádného chlapa“*), některé se tak domlouvaly s personálem během registrace k porodu, část žen využila také služeb doly či komunitní porodní asistentky.

Péči komunitních porodních asistentek a dul vnímaly ženy pozitivně, oceňovaly zejména možnost dopředu navázat vztah založený na důvěře. Dominiku potěšilo, když se její komunitní porodní asistentka sama ptala, jak by Dominice během porodu mohla vyjít vstříc, co by teoreticky mohlo zlepšit její zážitek z porodu. Sára si k posledním dvěma porodům vybrala takové porodní asistentky, s nimiž věděla, že se bude cítit v bezpečí jak fyzicky, tak psychicky, a že se díky této péči

bude moci soustředit pouze na svůj porod, a ne na chránění sebe sama před retraumatizací. Kladně hodnotila i to, že spolu dopředu plánovaly strategii pro společnou komunikaci a zjišťovaly, jestli dotyky porodní asistentky nebudou v Sáře vyvolávat nepříjemné pocity: *„Ona si mě sama vyšetřila pohmatem přes břicho, takže jsme měly nějaký zkušenosti, jak vnímám její dotyky. Jestli je to v pohodě, není to v pohodě. Mohly jsme se dopředu domluvit, kdyby to nebylo v pohodě. Jakým způsobem to dám najevo, nebo co řeknu... Ona si řekla, co potřebuje. Já jsem řekla, co potřebuju.“* Plán pro komunikaci během porodu se objevoval v několika výpovědích, Helena například ocenila, že si se svou doulou domluvily heslo pro případ, kdy by Helena potřebovala přestat odpovídat na otázky zdravotníkům, a komunikovala by za ni dula. Duly či porodní asistentky jako prostředníci v komunikaci s personálem nemocnice rovněž figurovaly v různých výpovědích, často i z důvodu snížení rizika, že ženě bude něco provedeno bez souhlasu – duly a komunitní porodní asistentky tedy sloužily v podstatě i jako obhájci práv rodící ženy. Sára navíc vyprávěla, že komunitní porodní asistentka, která ji měla doprovázet ke třetímu porodu, měla zkušenost se strachem zdravotníků z žen s historií prožitého sexuálního násilí. *„Její zkušenost byla, že se často ti zdravotníci v takové situaci vyděsí a vlastně neví, jak s tím člověkem zacházet, což znamená, že většinou se to spíš ještě obrátí proti tomu člověku, kterej to jako vůbec vysloví nahlas, že má takovouhle zkušenost.“* Nelze však říci, že netraumatický porod nemůže proběhnout v péči porodních asistentek pracujících v nemocnici – několik žen popsalo péči nemocničních porodních asistentek jako empatickou a respektující, jako například Matylda: *„Zažila jsem 2 nemocniční PA a obě byly skvělé, empatické, milé... opravdu se snažily, aby mi bylo fajn,“* podobnou zkušenost měla i Ester: *„Měla jsem štěstí na milé doktory i sestřičky... Nemůžu si stěžovat na žádného zdravotníka,“* a Patricie: *„Vše bylo ok.“* Porod navíc nebyl jediným případem, kdy ženy chtěly mít možnost volby zdravotníka, několik žen uvedlo, že po porodu (ať už negativně či pozitivně vnímaném) změnily gynekologa, či v průběhu dalších let vyhledávaly pediatry a zubaře, kteří jim nabídnou partnerský přístup a budou respektovat souhlas jak respondentek, tak jejich dětí.

Respondentky v několika případech využívaly také výběru porodnice jako způsobu, jak mít nad porodem do určité míry kontrolu. *„Dávala jsem si pozor, kde budu rodit a s kým.“* (Vilma) Ženy si tedy častěji volily porodnice, které jsou známé zejména respektující péčí, vedením porodu porodní asistentkou a baby-friendly

přístupem. Helena vnímala silnou potřebu po prvním traumatickém císařském řezu porodit vaginálně, vybrala si tedy porodnici, která umožňuje ženám VBAC, Katarína měla opačné preference – po negativní zkušenosti z vaginálního porodu uvítala možnost plánovaného císařského řezu. Pro Sáru byla zase velmi důležitá možnost laskavého císařského řezu, po zkušenostech se dvěma traumatickými SC. V průběhu třetího těhotenství se ale rozhodla porodit vaginálně, a nakonec se její třetí dítě narodilo neplánovaně doma. Na svůj čtvrtý porod se již dopředu připravovala jako na domácí a s komunitní porodní asistentkou se mimo jiné důsledně připravovaly na prevenci retraumatizace pro případ, že by bylo nutné se s ohledem na porodnickou anamnézu a průběh porodu přesunout do nemocnice. Rozhodnutí porodit doma však pro ni bylo způsobem, jak nad svým porodem (a v důsledku i nad prožitým sexuálním násilím) převzít kontrolu. *„Prostě se mi povedlo, a zčásti jsem dostala takový jakýsi požehnání, u těch druhéjch dvou porodů mít ty podmínky takový, že se tam to trauma z mého pohledu vůbec nemohlo otevřít, protože to nastavení bylo absolutně obrácený. Ve velký laskavosti, v obrovským respektu, v bezpečí domova s těma nejbližšíma. Dokážu si představit, že kdybysme do tý porodnice odjeli, že to tam znova může vystrčit růžky. Ale takhle to nedostalo šanci.“*

Já jako lidská bytost

Velmi často popisovanou potřebou ženy, která prožila sexuální násilí, bylo cítit, že je respektovaná, že je jí nasloucháno a že je vnímána jako člověk, ne pouze jako objekt vyžadující zdravotnickou péči, jak popsala Rút: *„Ono by i stačilo, kdyby se doktoři ke mně chovali jako k lidské bytosti s emocemi a prožíváním bolesti.“* Helena se s respektujícím a citlivým přístupem setkala u druhého porodu, a podotkla, že právě takové nastavení zdravotnické péče bylo klíčové pro to, aby její porod mohl proběhnout fyziologicky, a zároveň nezanechal negativní následky na jejím psychickém zdraví. I pro Dominiku byl takový přístup posilujícím zážitkem: *„Fakt ke mně přistupovali jako k člověku, a ne jak ke kusu.“* Respondentky se však v nemalé míře setkávaly s tím, že zdravotníci se soustředili na odbornou stránku své práce a empatie se z péče vytrácela: *„V péči mi chybělo vnímání mé osoby jako lidské bytosti. Vše se soustředilo na miminko, jako kdyby to muselo být buď já nebo dítě, z toho já jsem byla dobrá jen jako živý inkubátor.“* (Rút) Laura se cítila opomíjená jako člověk až po porodu, kdy se zdravotníci rovněž starali pouze o její dítě a nikdo se nezajímal, jak se cítí ona. Těžce také snášela nesrovnalost v přístupu

k zodpovědnosti za její dítě: „*To dítě tam brali, jako kdyby nebylo moje. Zároveň mi ho tam dávali s tím, že už je moje a teď ať o ni pečuju, ale my vám neporadíme. S ničím.*“

Důležitou roli hrála i komunikace mezi zdravotníky a ženami, neboť nevhodně zvolená věta či nekomunikace v některých případech zanechaly v respondentkách hluboké psychologické zranění. Ve výpovědích se totiž objevovaly fráze použité zdravotníky, které ženu přenesly zpět do momentu sexuálního násilí, jak se stalo například v případě Matyldy (věta pronesená novorozeneckou sestrou: „*A prsa ven,*“ či lékařem při předchozím potratu: „*Přivažte jí ty nohy pořádně.*“) či Laury, která musela při KTG monitoraci ležet na zádech, a když řekla porodní asistentce, že to nevydrží, ta jí odvětila: „*Budete muset.*“ Ženy vnímaly jako traumatizující i momenty, kdy jim nikdo nevysvětlil, co se zrovna děje. Během prvního porodu Heleny došlo k situaci, které nerozuměla, a nakonec přišel lékař, který se obrátil na jejího manžela a řekl: „*No tatínku, jedeme na císaře.*“ Helena, která byla v dětství zneužívaná, tedy opět nevěděla, co se děje s ní a jejím tělem, zatímco ji někdo pouze ujišťoval, že je všechno v pořádku, a ona byla z komunikace o svém stavu vyloučena: „*Mezitím, co mi říkali, že se nic neděje, mi začali sundávat náramky, odváželi mě, a ještě už když mě vezli, tak už mi zavazovali nohy. Takže já, než jako vůbec jsem jako vstřebala tu informaci, kterou řekl manželovi, tak jsem byla uspaná. A když jsem se probírala, tak jsem vlastně vůbec nevěděla, co se stalo.*“

Nemálo žen však zažilo i opačný přístup; Dominika, která se u prvního porodu setkala s dehumanizující péčí, byla zaskočená diametrálně odlišným přístupem zdravotníků u druhého porodu: „*Jak jsem předtím [zažila] takovýto ,tady si lehněte, takhle budete rodit‘ a všechno, tak [u druhého porodu] bylo: ,no jak chcete, jak si chcete lehnout, co je pro vás pohodlný?‘ A já: ,já vlastně ani nevím‘, jak jsem byla zvyklá, jak se mnou furt někdo manipuloval.*“ Helena u druhého porodu zažila respekt zdravotníků k ní, jejímu tělu a jejímu rozhodování, což popsala jako naprosto zásadní pro svůj pozitivní prožitek: „*Já jsem cítila, že jsou si vědomi, že to je moje tělo a že já si dokážu rozhodnout lépe než oni o tom, co to tělo potřebuje. Ačkoliv nemám ty školy a ráda si od nich vyslechnu všechny informace a nechám si poradit.*“

Z negativních výpovědí žen, které v průběhu péče zažily retraumatizaci, by se mohlo zdát, že ženy a zdravotníci stojí v opozici a během vzájemné interakce probíhá neustálý boj o moc, ovšem zkušenosti nemalého procenta žen potvrzují, že

kooperace mezi oběma stranami je možná, dosažitelná a že má zásadní vliv na to, jestli dojde k opětovné traumatizaci.

Sdílení

Podstatným aspektem ve vztahu klientka-zdravotník je také potenciální sdílení traumatické zkušenosti. Z výpovědí respondentek vyplývá, že důsledky sdílení mohou mít dvojitý pozitivní účinek, prvním z nich je vůbec zvědomení prožitého traumatu a následné postupné zpracování traumatu (například v rámci terapie). Helena po prvním porodu vyhledala služeb duly, které vyprávěla okolnosti narození prvního dítěte, a když skončila, dula se zeptala, jestli Helena někdy prožila sexuální násilí: *„A pro mě ta otázka byla úplně život měnící, protože já jsem si to absolutně nespojila, že by to s tím mohlo mít jakoukoliv souvislost, do té doby.“* Helena o svém traumatu nikdy předtím nemluvila a tato otázka ji tak zaskočila, že se dule svěřila. Sdílení své zkušenosti hodnotí pozitivně, neboť pro ni bylo impulsem k tomu, aby začala své trauma zpracovávat. Helena zároveň podotkla, že by uvítala, kdyby se ji na zkušenost se sexuálním násilím někdo zeptal už během prvního těhotenství. Vilma v těhotenství cítila silnou potřebu se někomu svěřit a zpětně hodnotí, že jí první vyslovení pomohlo, přesto pro ni dodnes není jednoduché své trauma s někým sdílet.

Druhým pozitivním důsledkem sdílení je navázání důvěrného vztahu s daným zdravotníkem a možnost trauma-informované přípravy na těhotenství, porod a mateřství. Dominika se svěřila komunitní porodní asistentce, protože na předporodní konzultaci se spouštěčem staly vzpomínky na první porod. Dominika dále hodnotila pozitivně reakci porodní asistentky: *„Ona si to tam teda nějak uvedla a ona se mě hezky ptala, jestli mám nějaký specifický přání, nebo jak by mně mohla vyjít vstříc, aby ten porod jako probíhal líp. A byla hrozně soucitná, taková citlivá.“* Vilma se před porodem svěřila v nemocnici, kde plánovala родit, a ocenila, že se před porodem mohla s lékařkou a porodní asistentkou pobavit o tom, co by u porodu potřebovala. Podobně vnímala sdílení i Sára: *„U toho čtvrtého porodu moje porodní bába věděla, že mám za sebou zkušenost se sexuálním násilím. Byly jsme domluveny na tom, že kdyby se náhodou něco stalo a my bysme musely přijet do porodnice, tak jakým způsobem to ona může komunikovat. Jaký jsou nějaký bezpečný hesla a procesy, co já prostě potřebuju pro to, aby to pro mě bylo v pohodě.“* Je třeba podotknout, že respondentky nebyly na jejich zkušenost se sdílením traumatu dotazovány v rámci základních otázek, ale začaly o této problematice mluvit samy.

Diskuse

Zkušenosti žen s historií prožitého sexuálního násilí jsou různorodé, což dokládá první téma Mozaika prožitků – není pravidlem, že dané životní etapy musí probíhat traumaticky, mnohé ženy naopak popsaly prožívání těchto období jako léčivé pro jejich trauma. Velká část žen se však setkala s retraumatizací. Zároveň výpovědi účastnic dokládají, že žádná zkušenost není černobílá, pozitivní i negativní dojmy mohou koexistovat a vzájemně se doplňovat, což potvrzují i zahraniční výzkumy. (LoGiudice, 2016, s. 477; Montgomery, 2021, s. 5-7) Ženy v hojné míře popisovaly frustraci z nutnosti věnovat svůj čas a energii práci s traumatem, zároveň hodnotily zpracování svého traumatu pozitivně, co se týče vlivu na prožívání počátků mateřství a vztahu k sobě samé.

Důležitým tématem byl vztah účastnic k vlastnímu tělu, zásadní byla zejména potřeba udržení si kontroly nad svým tělem. Z odborné literatury vyplývá, že potřeba kontroly je jedním z nejdůležitějších témat v problematice reprodukčního života obětí sexuálního násilí (Lissmann, 2023, s. 4; LoGiudice, 2016, s. 479; Montgomery, 2013, s. 91), což dokládají i výpovědi respondentek tohoto výzkumu. Pocit ztráty kontroly nad svým tělem se někdy objevoval v důsledku přirozených procesů těhotenství a porodu, častěji byl však zapříčiněn přístupem zdravotníků – například omezováním svobody pohybu, necitlivým vaginálním vyšetřením či manipulací s tělem ženy. Empatická a respektující péče naopak pocit kontroly v ženách podporovala, a respondentky, které takový přístup zažily, popisovaly pozitivní a hojivý zážitek z porodu, jak potvrzuje i zahraniční literatura. (Millar, 2021, s. 542)

Důsledkem ztráty kontroly nad svým tělem může být stav disociace, tedy mentálního „odpojení se“ od vlastního těla – tento stav byl pro většinu žen hluboce traumatizující, některé jej však využívaly jako obranný mechanismus, stejně jako některé respondentky jiných studií. (Leeners, 2016, s. 30; Morris, 2023, s. 64) Zdravotníci, kteří tento stav neznají, a navíc nejsou obeznámeni s traumatickou historií své klientky, pak mohou být disociací ženy zmateni (Montgomery, 2021, s. 8), takovou situaci popisovaly i některé respondentky tohoto výzkumu. Zdravotníci by měli být edukováni v odlišení pacientky spolupracující a pacientky odevzdané, tedy ve stavu disociace. Exitující literatura však neposkytuje ucelená doporučení pro zdravotníky, jak s takovým stavem u pacientky nakládat – řešením může být navázání spolupráce s odborníky v oblasti psychologie s cílem vytvořit doporučený postup pro případ disociace u pacientky.

Vztah k vlastnímu tělu v období kolem porodu byl sexuálním násilím ovlivněn i v rovině sexuality, některé respondentky popsaly obavy z opětovného zahájení sexuálního života po porodu, některé cítily samy v sobě nátlak na obnovení intimního života, například z důvodu zakořeněného přesvědčení o své povinnosti poskytnout partnerovi sex, některé se snažily sex po porodu oddálit ve snaze udržet si nad svým tělem kontrolu. Účastnice výzkumu o tomto tématu hovořily zcela spontánně, o to zajímavější je fakt, že vztah obětí sexuálního násilí ke své sexualitě po porodu je tématem v zahraniční literatuře prakticky neprozkoumaným. Nebyly dohledány žádné aktuální studie zabývající se tímto konkrétním tématem, přestože výpovědi respondentek tohoto výzkumu dokazují, že téma je pro oběti sexuálního násilí podstatné.

Dále byl zkoumán vztah žen k pohlaví dítěte – ženy ve většině případů uváděly preferenci syna, neboť dcery by mohly být později vystaveny sexuálnímu násilí, kterému by ženy nemohly zamezit. Jedna respondentka naopak popisovala nepříjemné pocity z toho, že její první dítě bylo chlapec. Tato zjištění jsou v souladu s výsledky jiných výzkumů. (Berman, 2014, s. 1 260; Chamberlain, 2019, s. 24-25) Trauma ovlivňovalo také vztah matek ke svým dětem – popisovaly silné ochranné tendence a obavy z toho, že jejich dětem ublíží někdo blízký či ony samy, tyto pocity se rovněž ukázaly jako časté. (Jonsdottir, 2022 s. 679) S ochranou dítěte souvisela i snaha poskytnout dítěti nástroje k minimalizaci rizika sexuální viktimizace – účastnice tohoto výzkumu (stejně jako ženy v jiných studiích) například dbaly na respektování souhlasu u svých dětí a učily je nastavovat si vlastní hranice. (Cavanaugh, 2015, s. 510; Jonsdottir, 2022, s. 679; Lange, 2020, s. 5)

Poslední téma bylo věnováno zkoumání vztahu mezi ženami a zdravotníky. Ženy vnímaly jako klíčové, aby zdravotníci respektovali jejich souhlas či nesouhlas, a to bez vyvíjení nátlaku, neboť konsent poskytnutý pod tlakem nelze považovat za svobodný. (Lissmann, 2023, s. 4) Ženy se dále snažily získat kontrolu tak, že si vybíraly osoby přítomné u svých porodů, vyjadřovaly preferenci ženských zdravotnic a volily si místo porodu. (LoGiudice, 2016, s. 478; Sobel, 2018, s. 1 463) Respondentky vyjadřovaly potřebu cítit se jako člověk, jako aktivní účastník péče, ne jen jako pasivní příjemce. Mnohé ženy cítily, že zdravotníci jen mechanicky vykonávali odbornou činnost a v péči chyběla empatie. Součástí tématu byla i problematika komunikace, ta bývá totiž mnohdy neefektivní až traumatizující. (Jonsdottir, 2022, s. 678; Lissmann, 2023, s. 5; LoGiudice, 2014, s. 100) Některé

respondentky také uvedly, že by ocenily, kdyby se jich zdravotníci dotázali na prožité násilí, toto zjištění je také v souladu s existující literaturou. (Berry, 2016, s. 561; Millar, 2021, s. 542; Owens, 2022, s. 673) Na otázku sdílení respondentky nebyly dotazovány, mluvily o ní pouze ty, které téma samy otevřely.

Doporučení pro praxi porodních asistentek

Doporučení jsou průběžně zmiňována v textu práce na základě zjištění z odborné literatury i výpovědí respondentek, v této kapitole se pak autorka věnuje rekapitulaci těch nejpodstatnějších, které lze implementovat v praxi porodních asistentek. V souladu s doporučením ACOG i zahraniční literatury lze doporučit univerzální screening prožitého sexuálního násilí u všech žen v průběhu těhotenství. (ACOG, 2019, s. e298; Berry, 2016, s. 561; Millar, 2021, s. 542) Realizace takového programu není jednoduchá, je nutná zejména edukace zdravotnických pracovníků a mezioborová spolupráce, k samotnému dotazování je také vhodné vytvořit bezpečnou atmosféru a vyhradit na konverzaci dostatek času – právě čas je jednou z nejčastěji jmenovaných bariér v dotazování. (Caswell, 2023, s. 2 671; LoGiudice, 2016, s. 479; Owens, 2022, s. 675) Výhody screeningu jsou však nesporné – především může sloužit jako impuls k zahájení práce s traumatem, dále pak může podpořit vztah klientka-zdravotník založený na důvěře, obě strany tak mohou lépe otevřeně komunikovat. (Elfgén, 2017, s. 124; Montgomery, 2021, s. 9) Porodním asistentkám může v dotazování pomoci navrhovaná struktura 5 bodů:

- laicky vysvětlit, co znamená sexuální násilí, případně poskytnout příklad („Stalo se vám někdy, že by vám někdo ublížil sexuálně?“)
- uvést důvod dotazování („Ptám se, protože takový stres ve vaší minulosti může mít vliv na vás a vaše dítě, ale jsou způsoby, jak vám můžeme pomoci.“)
- ujistit ženu, že screening je rutinní záležitost (v případě, že skutečně je)
- zdůraznit mlčenlivost
- doporučit užitečné kontakty (a to nejen další lékařskou péči) a informační materiály

Je podstatné podotknout, že téma může být pro porodní asistentky nepříjemné, dotazování možná nebude snadné nikdy, ale celý proces má smysl, a ony i jejich klientky z něj mohou benefitovat. (White, 2016, s. 424-426) Pro porodní asistentky, které samy prožily sexuální násilí, může být také užitečné v rámci osobního a profesního rozvoje pracovat s vlastním traumatem, například ve formě psychoterapie. (Sperlich, 2017, s. 669-670)

Jednoznačně lze podpořit také edukaci zdravotníků v konceptu trauma-informované, respektující péče. Dodržování zásad těchto přístupů, zejména aktivní

dotazování na souhlas klientky, a to bez nátlaku či manipulace, a následný respekt ke svobodné a informované volbě ženy totiž zcela zásadně snižují riziko opětovné traumatizace ženy. (Ward, 2020, s. 200) Důležité je také ženy vnímat jako aktivní účastníky péče a podporovat jejich kontrolu nad situací – například společným vytvářením strategií, které ženě mohou pomoci při problematických aspektech péče, komunikací či respektováním jejich přání (pokud to zdravotní stav ženy a dítěte či aktuální možnosti daného pracoviště umožňují). (Millar, 2021, s. 542; Sobel, 2018, s. 1 463) Mezi nejčastější přání žen patří zachování soukromí a intimního prostředí u porodu, minimalizace vaginálních vyšetření, přítomnost pouze žen a preference ohledně kojení. (Montgomery, 2021, s. 8; Logiudice, 2016, s. 478; Sobel, 2018, s. 1 465) Zásadní je i důraz na empatickou péči se zaměřením jak na fyzický, tak na psychický stav ženy. Soustředění se pouze na odborné výkony může v ženách podporovat pocit, že jsou vnímány pouze jako „objekt“ sloužící k porození dítěte, evokující tutéž roli jako při prožitém násilí. (Lissmann, 2023, s. 5) Předložená doporučení lze aplikovat v péči o všechny ženy – mohou z ní benefitovat jak oběti sexuálního násilí, tak ženy bez traumatické zkušenosti, tak i ženy s traumatem jiného charakteru, například se zkušeností s domácím násilím. Tyto ženy mají totiž mnohdy podobné potřeby i obtíže jako oběti sexuálního násilí. (Sperlich, 2017, s. 669) Problematika domácího násilí je však rozsáhlá, nebylo tedy možné se jí podrobněji věnovat ve výzkumu této diplomové práce.

Mezi limitace práce patří fakt, že respondentky nebyly cíleně dotazovány na preferenci ohledně sdílení traumatu se zdravotníky, o tomto tématu hovořily pouze ženy, které se svěřily a toto hodnotily pozitivně, je tedy možné, že některé z žen trauma nesdílely a vnímaly to jako pozitivum, či sdílely, ale rozhodnutí litovaly. Dále je práce limitovaná skutečností, že většina respondentek se svým traumatem již dlouhodobě pracuje, což na jednu stranu podpořilo jejich ochotu se výzkumu zúčastnit, na druhou stranu však tato práce postrádá perspektivu žen, jejichž trauma není nijak kompenzováno, či žen, které si své trauma neuvědomují. Téma je rozsáhlé a přesahuje kapacitu této práce, pro hlubší prozkoumání problematiky je tedy nutné pokračovat v odborném výzkumu, vzdělávání zdravotníků a celospolečenské konverzaci o sexuálním násilí, jeho dopadech a způsobech, jak minimalizovat retraumatizaci obětí.

Závěr

Cílem diplomové práce bylo popsat specifika vnímání těhotenství, porodu a raného rodičovství u lidí s historií prožitého sexuálního násilí, a z nich následně sumarizovat doporučení pro praxi porodních asistentek v oblasti péče o osoby s historií prožitého násilí. Z analýzy odborné literatury lze konstatovat, že uvedené životní etapy mohou pro oběti sexuálního násilí představovat jedinečnou výzvu, nesoucí riziko retraumatizace, ale zároveň potenciál léčivého zážitku.

Výzkumná část práce umožňuje vhléd do způsobů, jakým ženy s historií prožitého sexuálního násilí prožívají těhotenství, porod a rané rodičovství. Způsob prožití je individuální, objevovala se pestrá směs negativních i pozitivních dojmů, ty navíc často závisely na péči zdravotníků. Prožité násilí mělo vliv na vztah k vlastnímu tělu, zejména na potřebu kontroly nad svým tělem a intimní život po porodu, ovlivněn byl ve velké míře i vztah k dítěti.

Z práce vyplývá, že porodní asistentky hrají klíčovou roli v poskytování podpory a péče obětem sexuálního násilí. Pro praxi porodních asistentek lze doporučit plošné dotazování všech žen na historii prožitého sexuálního násilí, dále uplatňování principů trauma-informované péče s důrazem zejména na respekt ke svobodně udělenému souhlasu, zapojení ženy jakožto aktivního účastníka do procesu péče, empatickou komunikaci a citlivou péči zaměřenou na fyzické i psychické potřeby žen. Dále je nezbytné podporovat vzdělávání zdravotníků v oblasti sexuálního násilí a trauma-informované péče, neboť jen tak lze dosáhnout optimalizace prožívání těhotenství, porodu a raného rodičovství u žen s historií sexuálního násilí, a snížení rizika negativních dopadů na jejich fyzické a psychické zdraví.

Referenční seznam

ACOG, 2019. ACOG Committee Opinion No. 777: Sexual Assault. *Obstetrics & Gynecology* [online]. **133**(4), e296-e302 [cit. 2024-04-28]. ISSN 0029-7844. Dostupné z: doi:10.1097/AOG.00000000000003178

ADES, Veronica, Stephanie X. WU, Emily RABINOWITZ, Sonya CHEMOUNI BACH, Brian GODDARD, Savannah PEARSON AYALA a Judy GREENE, 2019. An Integrated, Trauma-Informed Care Model for Female Survivors of Sexual Violence. *Obstetrics & Gynecology* [online]. **133**(4), 803-809 [cit. 2024-04-01]. ISSN 0029-7844. Dostupné z: doi:10.1097/AOG.00000000000003186

AL-ABRI, Khalood, Dawn EDGE a Christopher J. ARMITAGE, 2023. Prevalence and correlates of perinatal depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* [online]. **58**(11), 1581-1590 [cit. 2024-04-24]. ISSN 0933-7954. Dostupné z: doi:10.1007/s00127-022-02386-9

ALAN DIKMEN, Hacer a Seyhan CANKAYA, 2021. Associations Between Sexual Violence and Women's Sexual Attitudes, Sexual Self-Consciousness, and Sexual Self-Efficacy. *Journal of Interpersonal Violence* [online]. **36**(23-24), 11304-11326 [cit. 2024-04-28]. ISSN 0886-2605. Dostupné z: doi:10.1177/0886260519897339

ASADI, Leila, Mahnaz NOROOZI, Fardin MARDANI, Hajar SALIMI a Sara JAMBARSANG, 2023. The needs of women survivors of rape: A narrative review. *Iranian Journal of Nursing* [online]. **28**(6), 633-641 [cit. 2024-03-06]. ISSN 17359066. Dostupné z: doi:10.4103/ijnmr.ijnmr_395_22

AUGER, Nathalie, Nancy LOW, Ga Eun LEE, Aimina AYOUB a Thuy Mai LUU, 2022. Pregnancy Outcomes of Women Hospitalized for Physical Assault, Sexual Assault, and Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence* [online]. **37**(13-14), 1-26 [cit. 2024-03-29]. ISSN 0886-2605. Dostupné z: doi:10.1177/0886260520985496

BASILE, Kathleen C., Sarah DEGUE a Kathryn JONES, 2016. STOP SV: A Technical Package to Prevent Sexual Violence. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Division of Violence Prevention* [online]. [cit. 2024-03-23]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/sv-prevention-technical-package.pdf>

BASILE, Kathleen C., Sharon G. SMITH, Yang LIU, Marcie-jo KRESNOW, Amy M. FASULA, Leah GILBERT a Jieru CHEN, 2018. Rape-Related Pregnancy and Association With Reproductive Coercion in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine* [online]. **55**(6), 770-776 [cit. 2024-03-05]. ISSN 07493797. Dostupné z: doi:10.1016/j.amepre.2018.07.028

BERMAN, Helene, Robin MASON, Jodi HALL, et al., 2014. Laboring to Mother in the Context of Past Trauma. *Qualitative Health Research* [online]. **24**(9), 1253-1264 [cit. 2024-03-28]. ISSN 1049-7323. Dostupné z: doi:10.1177/1049732314521902

BERMAN, Zohar, Freya THIEL, Anjali J. KAIMAL a Sharon DEKEL, 2021. Association of sexual assault history with traumatic childbirth and subsequent PTSD. *Archives of Women's Mental Health* [online]. **24**(5), 767-771 [cit. 2021-11-25]. ISSN 1434-1816. Dostupné z: doi:10.1007/s00737-021-01129-0

BERRY, Kate M. a Carolyn M. RUTLEDGE, 2016. Factors That Influence Women to Disclose Sexual Assault History to Health Care Providers. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* [online]. **45**(4), 553-564 [cit. 2024-04-01]. ISSN 08842175. Dostupné z: doi:10.1016/j.jogn.2016.04.002

BRAUN, Virginia a Victoria CLARKE, 2022. *Thematic analysis: A practical guide*. Londýn: SAGE. ISBN 978-1-4739-5323-9.

BRINKER, Jenna a Vinay K. CHERUVU, 2017. Social and emotional support as a protective factor against current depression among individuals with adverse childhood experiences. *Preventive Medicine Reports* [online]. **5**, 127-133 [cit. 2024-04-28]. ISSN 22113355. Dostupné z: doi:10.1016/j.pmedr.2016.11.018

BRUNTON, Robyn, Tamara WOOD a Rachel DRYER, 2022. Childhood abuse, pregnancy-related anxiety and the mediating role of resilience and social support. *Journal of Health Psychology* [online]. **27**(4), 868-878 [cit. 2024-03-05]. ISSN 1359-1053. Dostupné z: doi:10.1177/1359105320968140

CASWELL, Rachel J., Jonathan D. C. ROSS, Ian MAIDMENT a Caroline BRADBURY-JONES, 2023. Providing a Supportive Environment for Disclosure of Sexual Violence and Abuse in a Sexual and Reproductive Healthcare Setting: A Realist Review. *Trauma, Violence, & Abuse* [online]. **24**(4), 2661-2679 [cit. 2024-03-30]. ISSN 1524-8380. Dostupné z: doi:10.1177/15248380221111466

CAVANAUGH, Courtenay E., Bianca HARPER, Catherine C. CLASSEN, Oxana PALESH, Cheryl KOOPMAN a David SPIEGEL, 2015. Experiences of Mothers Who Are Child Sexual Abuse Survivors: A Qualitative Exploration. *Journal of Child Sexual Abuse* [online]. 2015-08-24, **24**(5), 506-525 [cit. 2024-04-23]. ISSN 1053-8712. Dostupné z: doi:10.1080/10538712.2015.1042186

CESARIO, Sandra K., Judith MCFARLANE, Angeles NAVA, Heidi GILROY a John MADDOUX, 2014. Linking Cancer and Intimate Partner Violence. *Clinical Journal of Oncology Nursing* [online]. **18**(1), 65-73 [cit. 2024-04-28]. ISSN 10921095. Dostupné z: doi:10.1188/14.CJON.65-73

COLEMAN, Jessica N., Sarah S. ARTHUR a Rebecca A. SHELBY, 2023. Psychological distress and pain related to gynecologic exams among female survivors of sexual and physical violence: A systematic review. *Journal of Traumatic Stress* [online]. 1-14 [cit. 2024-03-25]. ISSN 0894-9867. Dostupné z: doi:10.1002/jts.23006

COLES, Jan, Amy ANDERSON a Deborah LOXTON, 2016. Breastfeeding Duration after Childhood Sexual Abuse. *Journal of Human Lactation* [online]. **32**(3), NP28-NP35 [cit. 2024-04-23]. ISSN 0890-3344. Dostupné z: doi:10.1177/0890334415590782

COOK, Natalie, Susan AYERS a Antje HORSCH, 2018. Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* [online]. **225**, 18-31 [cit. 2024-03-30]. ISSN 01650327. Dostupné z: doi:10.1016/j.jad.2017.07.045

D'ANGELO, Denise V., Jennifer M. BOMBARD, Rosalyn D. LEE, Katherine KORTSMIT, Martha KAPAYA a Amy FASULA, 2023. Prevalence of Experiencing Physical, Emotional, and Sexual Violence by a Current Intimate Partner during Pregnancy: Population-based Estimates from the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. *Journal of Family Violence* [online]. **38**(1), 117-126 [cit. 2024-03-15]. ISSN 0885-7482. Dostupné z: doi:10.1007/s10896-022-00356-y

DANIELS, Sue J., 2016. *Working with the Trauma of Rape and Sexual Violence: A Guide for Professionals* [online]. Jessica Kingsley Publishers [cit. 2024-02-03]. ISBN 978-1785921117. Dostupné z:

https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip.shib&db=nlebk&AN=1368659&authtype=shib&lang=cs&site=eds-live&scope=site&authtype=shib&custid=s7108593&ebv=EB&ppid=pp_23

DOMHARDT, Matthias, Annika MÜNZER, Jörg M. FEGERT a Lutz GOLDBECK, 2015. Resilience in Survivors of Child Sexual Abuse. *Trauma, Violence, & Abuse* [online]. **16**(4), 476-493 [cit. 2024-04-23]. ISSN 1524-8380. Dostupné z: doi:10.1177/1524838014557288

DREW, Laura B., Mona MITTAL, Marie E. THOMA, Cynthia C. HARPER a Julia R. STEINBERG, 2020. Intimate Partner Violence and Effectiveness Level of Contraceptive Selection Post-Abortion. *Journal of Women's Health* [online]. 2020-09-01, **29**(9), 1226-1233 [cit. 2024-03-30]. ISSN 1540-9996. Dostupné z: doi:10.1089/jwh.2018.7612

ELFGEN, Constanze, Niels HAGENBUCH, Gisela GÖRRES, Emina BLOCK a Brigitte LEENERS, 2017. Breastfeeding in Women Having Experienced Childhood Sexual Abuse. *Journal of Human Lactation* [online]. **33**(1), 119-127 [cit. 2024-04-23]. ISSN 0890-3344. Dostupné z: doi:10.1177/0890334416680789

ESCURA, Sílvia, Sònia ANGLÈS-ACEDO, Laura RIBERA-TORRES a Camil CASTELO-BRANCO, 2022. Sexual and gynecological health in women with a history of sexual violence: the role of the gynecologist. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology* [online]. **49**(3), 1-7 [cit. 2024-04-28]. ISSN 0390-6663. Dostupné z: doi:10.31083/j.ceog4903064

EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, 2014. Violence against women: an EU-wide survey. In: *European Union Agency for Fundamental Rights* [online]. Vídeň: Publications Office of the European Union, s. 9-18 [cit. 2024-03-01]. ISBN 978-92-9239-379-3. Dostupné z: doi:10.2811/60683

GARZA-LEAL, José G., Francisco J. SOSA-BRAVO, José G. GARZA-MARICHALAR, Griselda SOTO-QUINTERO, Lorena CASTILLO-SAENZ a Stefan FERNÁNDEZ-ZAMBRANO, 2021. Sexual abuse and chronic pelvic pain in a gynecology outpatient clinic. A pilot study. *International Urogynecology Journal* [online]. **32**(5), 1285-1291 [cit. 2024-03-25]. ISSN 0937-3462. Dostupné z: doi:10.1007/s00192-021-04772-4

GISLADOTTIR, Agnes, Miguel Angel LUQUE-FERNANDEZ, Bernard L. HARLOW, et al., 2016. Obstetric Outcomes of Mothers Previously Exposed to Sexual Violence. *PLOS ONE* [online]. 2016-3-23, **11**(3), 1-12 [cit. 2024-04-23]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0150726

GUARNERA, Lucy Adeline, 2019. *When Women Conceive in Rape: A Mixed-Methods Investigation of Legal Obstacles, Public Misperceptions, and Policy Implications* [online]. Charlottesville [cit. 2024-03-07]. Dostupné z: <https://doi.org/10.18130/v3-g28g-zq94>. Disertace. University of Virginia.

GÜNEY, Esra a Esra KARATAŞ OKYAY, 2023. Women victims of violence: A comparison of their perceptions of parenting and desire to avoid pregnancy. *Journal of Inonu University Health Services Vocational School / İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi* [online]. **11**(1), 1110-1121 [cit. 2024-03-05]. ISSN 21477892. Dostupné z: doi:10.33715/inonusaglik.1231583

HENDL, Jan, 2023. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* [online]. Páté, přepracované vydání. Praha: Portál [cit. 2024-04-27]. ISBN 978-80-262-1968-2. Dostupné z: https://books.google.com/books/about/Kvalitativn%C3%AD_v%C3%BDzkum.html?hl=cs&id=qu74EAAAQBAJ

HENRIKSEN, L., L.M GARNWEIDNER-HOLME, K.K THORSTEINSEN a M. LUKASSE, 2017. 'It is a difficult topic' – a qualitative study of midwives' experiences with routine antenatal enquiry for intimate partner violence. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. **17**(1), 1-9 [cit. 2024-03-31]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-017-1352-2

HENRIKSEN, Lena, Berit SCHEI, Siri VANGEN a Mirjam LUKASSE, 2014a. Sexual violence and mode of delivery: a population-based cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* [online]. **121**(10), 1237-1244 [cit. 2024-04-21]. ISSN 1470-0328. Dostupné z: doi:10.1111/1471-0528.12923

HENRIKSEN, Lena, Berit SCHEI, Siri VANGEN a Mirjam LUKASSE, 2014b. Sexual violence and neonatal outcomes: a Norwegian population-based cohort study. *BMJ Open* [online]. 2014-10-16, **4**(10), 1-9 [cit. 2024-04-21]. ISSN 2044-6055. Dostupné z: doi:10.1136/bmjopen-2014-005935

HERRERA, Christina L., Maria E. BOWMAN, Donald D. MCINTIRE, David B. NELSON, Roger SMITH a Patrick ROZENBERG, 2021. Revisiting the placental clock: Early corticotrophin-releasing hormone rise in recurrent preterm birth. *PLOS ONE* [online]. 2021-9-16, **16**(9), 1-14 [cit. 2024-03-25]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0257422

HILL, Amber, Christina PALLITTO, Jennifer MCCLEARY-SILLS a Claudia GARCIA-MORENO, 2016. A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* [online]. **133**(3), 269-276 [cit. 2024-03-29]. ISSN 0020-7292. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijgo.2015.10.023

HRDÁ, Lucie, 2020. Rozumějí soudy obětem násilných trestných činů? In: ŠIMÁČKOVÁ, Kateřina, Pavla ŠPONDROVÁ a Barbara HAVELKOVÁ. *Mužské právo. Jsou právní pravidla neutrální?* Praha: Wolters Kluwer, s. 332-333. ISBN 978-80-7598-761-7.

CHAMBERLAIN, Catherine, Naomi RALPH, Stacey HOKKE, et al., 2019. Healing The Past By Nurturing The Future: A qualitative systematic review and meta-synthesis of pregnancy, birth and early postpartum experiences and views of parents with a history of childhood maltreatment. *PLOS ONE* [online]. 2019-12-13, **14**(12), 1-52 [cit. 2024-03-27]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0225441

CHOI, Karmel W., Renate HOUTS, Louise ARSENEAULT, Carmine PARIANTE, Kathleen J. SIKKEMA a Terrie E. MOFFITT, 2019. Maternal depression in the intergenerational transmission of childhood maltreatment and its sequelae: Testing postpartum effects in a longitudinal birth cohort. *Development and Psychopathology* [online]. **31**(1), 143-156 [cit. 2024-04-21]. ISSN 0954-5794. Dostupné z: doi:10.1017/S0954579418000032

CHOMOVÁ, Zuzana, Petra KUTÁLKOVÁ a Ľubica KOBOVÁ, 2014. Co je sexuální násilí? In: *Sexuální násilí: Proč se nikdo neptá?* [online]. Příbram: In IUSTITIA, s. 15-22 [cit. 2024-02-04]. ISBN 978-80-260-5793-2. Dostupné z: <http://www.aspekt.sk/sites/default/files/sexualninasili-kniha-web.pdf>

CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu* [online]. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada [cit. 2024-04-27]. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/metody-pedagogickeho-vyzkumu-1817671/>

JAKOBSEN, Barbora a Marius RÅKIL, 2022. Násilí je možné zastavit: Psychologie násilí a terapie pro osoby, které se dopouštějí násilí v blízkých vztazích. In: *Úřad vlády České republiky* [online]. 2. vyd. Praha: Nadace Open Society Fund, s. 1-206 [cit. 2024-02-03]. ISBN 978-80-7440-305-7. Dostupné z: <https://osf.cz/wp-content/uploads/2017/11/nasili-je-mozne-zastavit-1.pdf#page=30>

JONSDOTTIR, Inga Vala, Sigrun SIGURDARDOTTIR, Sigrídur HALLDORSDDOTTIR a Sigrídur Sia JONSDOTTIR, 2022. 'We experienced lack of understanding in the healthcare system'. Experiences of childhood sexual abuse survivors of the childbearing process, health and motherhood. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. **36**(3), 673-685 [cit. 2024-04-23]. ISSN 0283-9318. Dostupné z: doi:10.1111/scs.13024

KINGMA, Elselijn, 2021. Harming one to benefit another: The paradox of autonomy and consent in maternity care. *Bioethics* [online]. **35**(5), 456-464 [cit. 2024-03-30]. ISSN 0269-9702. Dostupné z: doi:10.1111/bioe.12852

KRAUSOVÁ, Marta a ZACHOVÁ, Magdalena, 2022. *Skutková podstata znásilnění v právních rádech států, kde je znásilnění definováno na základě absence souhlasu* [online]. [cit. 2024-02-17] Srovnávací studie, č. 5.404. Praha: Kancelář Poslanecké sněmovny. Dostupné z: <https://drive.google.com/file/d/1I3idW8xq-o3vsltG0jNscfn60vWrOEWA/view>

KRUG, Etienne G., Linda L. DAHLBERG, James A. MERCY, Anthony B. ZWI a Rafael LOZANO, 2002. *World report on violence and health* [online]. Ženeva: World Health Organization [cit. 2024-04-24]. ISBN 9241545615. Dostupné z: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1

KUKLOVÁ, Tereza. *Ochrana obětí sexuálních trestných činů v České republice*. Online. Centrum pro lidská práva a demokracii. 2021. Dostupné z: <https://www.centrumlidskaprava.cz/blog/ochrana-obeti-sexualnich-trestnych-cinu-v-ceske-republice>. [cit. 2024-02-08].

KULTOVÁ, Kristýna, 2022. *Porod ženy s historií prožitého sexuálního násilí* [online]. Olomouc [cit. 2024-04-24]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/o13gvb/>. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Daniela Javornická.

LANGE, Brittany C.L., Eileen M. CONDON a Frances GARDNER, 2020. A mixed methods investigation of the association between child sexual abuse and subsequent maternal parenting. *Child Abuse & Neglect* [online]. **103**, 1-14 [cit. 2024-04-23]. ISSN 01452134. Dostupné z: doi:10.1016/j.chiabu.2020.104389

LARA, Ma. Asunción, Laura NAVARRETE, Lourdes NIETO a Huynh-Nhu LE, 2015. Childhood abuse increases the risk of depressive and anxiety symptoms and history of suicidal behavior in Mexican pregnant women. *Brazilian Journal of Psychiatry* [online]. **37**(3), 203-210 [cit. 2024-04-28]. ISSN 1809-452X. Dostupné z: doi:10.1590/1516-4446-2014-1479

LEENERS, Brigitte, Gisela GÖRRES, Emina BLOCK a Michael Pascal HENGARTNER, 2016. Birth experiences in adult women with a history of childhood sexual abuse. *Journal of Psychosomatic Research* [online]. **83**, 27-32 [cit. 2024-04-21]. ISSN 00223999. Dostupné z: doi:10.1016/j.jpsychores.2016.02.006

LEENERS, Brigitte, Werner RATH, Emina BLOCK, Gisela GÖRRES a Sibil TSCHUDIN, 2014. Risk factors for unfavorable pregnancy outcome in women with adverse childhood experiences. *Journal of Perinatal Medicine* [online]. 2014-3-1, **42**(2), 171-178 [cit. 2024-03-26]. ISSN 1619-3997. Dostupné z: doi:10.1515/jpm-2013-0003

LIPOVÁ, Dana, 2022. Týrané, zneužívané a zanedbávané děti v České republice v letech 2015-2021. *Nadace Sirius* [online]. [cit. 2024-03-01]. Dostupné z: https://www.nadacesirius.cz/soubory/ke-stazeni/202209_prezentace_LOCIKAvfinal.pdf

LISSMANN, Rebecca, Michelle LOKOT a Cicely MARSTON, 2023. Understanding the lived experience of pregnancy and birth for survivors of rape and sexual assault. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. **23**(1), 1-10 [cit. 2024-04-28]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-023-06085-4

LOGIUDICE, Jenna A. Dyspareunia in a Survivor of Childhood Sexual Abuse. Online. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2017, roč. 62, č. 2, s. 215-219. ISSN 1526-9523. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12608>. [cit. 2024-03-24].

LOGIUDICE, Jenna a Cheryl T. BECK, 2014. "It was the Best of Times, It was the Worst of times": The Lived Experience of Childbearing from Survivors of Sexual Abuse [online]. Storrs [cit. 2024-04-28]. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/11134/20002:860650127>. Disertace. University of Connecticut.

LOGIUDICE, Jenna A. a Cheryl T. BECK, 2016. The Lived Experience of Childbearing From Survivors of Sexual Abuse: "It Was the Best of Times, It Was the Worst of Times." *Journal of Midwifery & Women's Health* [online]. **61**(4), 474-481 [cit. 2024-03-07]. ISSN 1526-9523. Dostupné z: doi:10.1111/jmwh.12421

MAHARLOUEI, Najmeh, Shohreh ROOZMEH, Mohammad-hassan ZAHED ROOZEGAR, Hadi Raeisi SHAHRAKI, Khadijeh BAZRAFESHAN, Shaghayegh MORADI-ALAMDARLOO, Hossein Molavi VARDANJANI a Kamran B. LANKARANI, 2023. Intimate partner violence during pregnancy in COVID-19 pandemic: a cross-sectional study from South-west of Iran. *BMC Public Health* [online]. **23**(1), 573-583 [cit. 2024-03-23]. ISSN 1471-2458. Dostupné z: doi:10.1186/s12889-023-15258-x

MAHASE, Elisabeth, 2021. Treat physical and sexual violence against women as public health problem, says WHO. *BMJ* [online]. 1 [cit. 2024-04-27]. ISSN 1756-1833. Dostupné z: doi:10.1136/bmj.n689

MARGERISON-ZILKO, Claire E., Kelly L. STRUTZ, Yu LI a Claudia HOLZMAN, 2017. Stressors Across the Life-Course and Preterm Delivery: Evidence From a Pregnancy Cohort. *Maternal and Child Health Journal* [online]. **21**(3), 648-658 [cit. 2024-04-28]. ISSN 1092-7875. Dostupné z: doi:10.1007/s10995-016-2151-5

MEAD, Julia S., Catherine C. POLLACK, Amy E. PARIS, Rebecca T. EMENY, Robyn A. PULEO a Amanda R. ST IVANY, 2023. Obstetric Outcomes Among Women With a History of Intimate Partner Violence in the United States. *Obstetrics & Gynecology* [online]. **142**(1), 80-89 [cit. 2024-04-23]. ISSN 0029-7844. Dostupné z: doi:10.1097/AOG.0000000000005216

MEIER, Stephanie, Kristin BRIG, Cara DELAY, Beth SUNDSTROM, Laura SCHWAB-REESE a Andrea L. DEMARIA, 2021. "I'm More Open to Talking About It": Women's

Experiences With Sexual Abuse and Reproductive Health. *Journal of Interpersonal Violence* [online]. **36**(23-24), 1-26 [cit. 2024-03-29]. ISSN 0886-2605. Dostupné z: doi:10.1177/0886260520905077

MILLAR, Heather C., Sharon LORBER, Ashley VANDERMORRIS, Gillian THOMPSON, Marysa THOMPSON, Lisa ALLEN, Anjali AGGARWAL a Rachel F. SPITZER, 2021. "No, You Need to Explain What You Are Doing": Obstetric Care Experiences and Preferences of Adolescent Mothers With a History of Childhood Trauma. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* [online]. **34**(4), 538-545 [cit. 2024-03-30]. ISSN 10833188. Dostupné z: doi:10.1016/j.jpag.2021.01.006

MONTGOMERY, Elsa, 2013. Feeling Safe: A Metasynthesis of the Maternity Care Needs of Women Who Were Sexually Abused in Childhood. *Birth* [online]. **40**(2), 88-95 [cit. 2024-03-30]. ISSN 0730-7659. Dostupné z: doi:10.1111/birt.12043

MONTGOMERY, Elsa, Catherine POPE a Jane ROGERS, 2015a. A feminist narrative study of the maternity care experiences of women who were sexually abused in childhood. *Midwifery* [online]. **31**(1), 54-60 [cit. 2024-03-30]. ISSN 02666138. Dostupné z: doi:10.1016/j.midw.2014.05.010

MONTGOMERY, Elsa, Catherine POPE a Jane ROGERS, 2015b. The re-enactment of childhood sexual abuse in maternity care: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. **15**(1), 1-7 [cit. 2024-03-30]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-015-0626-9

MONTGOMERY, Elsa, Julia S. SENG a Yan-Shing CHANG, 2021. Co-production of an e-resource to help women who have experienced childhood sexual abuse prepare for pregnancy, birth, and parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. Londýn, **21**(1), 1-13 [cit. 2024-03-05]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-020-03515-5

MORRIS, Theresa, Joan H ROBINSON, Keridwyn SPILLER a Amanda GOMEZ, 2023. "Screaming, 'No! No!' It was Literally Like Being Raped": Connecting Sexual Assault Trauma and Coerced Obstetric Procedures. *Social Problems* [online]. 2023-02-01, **70**(1), 55-70 [cit. 2024-04-28]. ISSN 0037-7791. Dostupné z: doi:10.1093/socpro/spab024

MURRAY, Christopher J L, Aleksandr Y ARAVKIN, Peng ZHENG, et al., 2020. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet* [online]. **396**(10258), 1223-1249 [cit. 2024-04-28]. ISSN 01406736. Dostupné z: doi:10.1016/S0140-6736(20)30752-2

MUZIK, Maria, Menatalla ADS, Caroline BONHAM, Katherine LISA ROSENBLUM, Amanda BRODERICK a Rosalind KIRK, 2013. Perspectives on trauma-informed care from mothers with a history of childhood maltreatment: A qualitative study. *Child Abuse & Neglect* [online]. **37**(12), 1215-1224 [cit. 2024-03-29]. ISSN 01452134. Dostupné z: doi:10.1016/j.chiabu.2013.07.014

MUZOKURA, Edith Sibiya, Petty MAKONI a Tendai MANDITSVARA, 2020. Rape related pregnancy: Concept analysis. *International Journal of Advance Research in Nursing* [online]. 2020-01-01, **3**(1), 102-107 [cit. 2024-03-05]. ISSN 26179806. Dostupné z: doi:10.33545/nursing.2020.v3.i1.B.83

NAGL, Michaela, Franziska LEHNIG, Holger STEPAN, Birgit WAGNER a Anette KERSTING, 2017. Associations of childhood maltreatment with pre-pregnancy obesity and maternal postpartum mental health: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. **17**(1), 1-12 [cit. 2024-04-21]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-017-1565-4

NESARI, Maryam, Joanne K OLSON, Ben VANDERMEER, Linda SLATER a David M OLSON, 2018. Does a maternal history of abuse before pregnancy affect pregnancy outcomes? A systematic review with meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. **18**(1), 1-11 [cit. 2024-04-21]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-018-2030-8

NOVÁK GABRIELOVÁ, Jana, Eva MICHÁLKOVÁ a Jitka POLÁKOVÁ, 2024. Sexualizované násilí: výskyt, dopady a náklady na zdravotní péči [online]. Praha: proFem [cit. 2024-05-09]. ISBN 978-80-908931-1-5. Dostupné z: https://www.profem.cz/shared/clanky/3162/2024_Sexualizovan%C3%A9%20n%C3%A1sil%C3%AD%20v%C3%BDskyt%20dopady%20a%20n%C3%A1klady%20na%20zdravotn%C3%AD%20p%C3%A9%C4%8Di.pdf

OLIVEIRA, Aline Gaudard e Silva de, Michael Eduardo REICHENHEIM, Claudia Leite MORAES, Louise Michele HOWARD a Gustavo LOBATO, 2017. Childhood sexual abuse, intimate partner violence during pregnancy, and posttraumatic stress symptoms following childbirth: a path analysis. *Archives of Women's Mental Health* [online]. **20**(2), 297-309 [cit. 2024-04-23]. ISSN 1434-1816. Dostupné z: doi:10.1007/s00737-016-0705-6

OWENS, Lauren, Stephanie TERRELL, Lisa Kane LOW, Charisse LODER, Deb RHIZAL, Lisa SCHEIMAN a Julia SENG, 2022. Universal precautions: the case for consistently trauma-informed reproductive healthcare. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [online]. **226**(5), 671-677 [cit. 2024-03-30]. ISSN 00029378. Dostupné z: doi:10.1016/j.ajog.2021.08.012

PERRY, Rachel, Molly MURPHY, Sadia HAIDER a Bryna HARWOOD, 2015. "One Problem Became Another": Disclosure of Rape-Related Pregnancy in the Abortion Care Setting. *Women's Health Issues* [online]. **25**(5), 470-475 [cit. 2024-03-05]. ISSN 10493867. Dostupné z: doi:10.1016/j.whi.2015.05.004

PERSEFONA Z.S. *Sexuální násilí očima české veřejnosti*. Online. Persefona.cz. 2016. Dostupné z: https://www.persefona.cz/source/pdf/TZ_Persefona_vysledky_vyzkumu.pdf. [cit. 2024-02-17].

PISACRETA, Elena a Paolo MANNELLA, 2022. Molecular and endocrine mechanisms involved in preterm birth. *Gynecological Endocrinology* [online]. 2022-05-04, **38**(5), 368-378 [cit. 2024-03-25]. ISSN 0951-3590. Dostupné z: doi:10.1080/09513590.2022.2053519

PROFEM, 2021. Sexuální násilí a sexuální obtěžování: reprezentativní výzkum, 2021. *ProFem* [online]. [cit. 2024-03-01]. Dostupné z: https://www.profem.cz/shared/clanky/984/V%C3%9DZKUMN%C3%81%20ZPR%C3%81VA_sexualni%20nasili_2021%20-%20Copy%201.pdf

RAZI, Tamar, Asnat WALFISCH, Eyal SHEINER, Lareen ABD ELRAHIM, Sana ZAHALKA, Aya ABDALLAH a Tamar WAINSTOCK, 2021. #metoo? The association between sexual violence history and parturients' gynecological health and mental

well-being. *Archives of Gynecology and Obstetrics* [online]. **304**(2), 385-393 [cit. 2024-03-25]. ISSN 0932-0067. Dostupné z: doi:10.1007/s00404-021-05977-0

REDAKCE PORTÁLU ŠANCE DĚTEM, 2012. Počet sexuálně zneužívaných dětí v České republice v letech 2000–2010: Počet sexuálně zneužívaných dětí v roce 2011. *Šance Dětem* [online]. 9.2.2021 [cit. 2024-03-01]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/graf-pocet-sexualne-zneuzivanych-deti-v-roce-2011>

REIDY, Dennis E., Shristi BHOCHHIBHOYA, Elizabeth R. BAUMLER, Melissa F. PESKIN, Susan T. EMERY, Ross SHEGOG, Jeff R. TEMPLE a Christine MARKHAM, 2023. Sexual violence in early adolescence is associated with subsequent teen pregnancy and parenthood. *Preventive Medicine* [online]. **171**, 1-4 [cit. 2024-03-15]. ISSN 00917435. Dostupné z: doi:10.1016/j.ypmed.2023.107517

ŘEPKA, Vladimír, 2023. Ministerstvo předkládá vládě novelu trestního zákoníku – redefinici znásilnění. *Ministerstvo spravedlnosti České republiky* [online]. [cit. 2024-02-04]. Dostupné z: <https://justice.cz/web/msp/tiskove-zpravy>

SELK, Sabrina C, Janet W RICH-EDWARDS, Karestan KOENEN a Laura D KUBZANSKY, 2016. An observational study of type, timing, and severity of childhood maltreatment and preterm birth. *Journal of Epidemiology and Community Health* [online]. 2016-05-11, **70**(6), 589-595 [cit. 2024-04-23]. ISSN 0143-005X. Dostupné z: doi:10.1136/jech-2015-206304

SCHEI, Berit, Mirjam LUKASSE, Elsa Lena RYDING, et al., 2014. A History of Abuse and Operative Delivery – Results from a European Multi-Country Cohort Study. *PLoS ONE* [online]. 2014-1-31, **9**(1), 1-10 [cit. 2024-04-28]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0087579

SMITH, Megan V., Nathan GOTMAN a Kimberly A. YONKERS, 2016. Early Childhood Adversity and Pregnancy Outcomes. *Maternal and Child Health Journal* [online]. **20**(4), 790-798 [cit. 2024-03-30]. ISSN 1092-7875. Dostupné z: doi:10.1007/s10995-015-1909-5

SOBEL, Lauren, Danielle O'ROURKE-SUCHOFF, Erica HOLLAND, Kimberly REMIS, Kirsten RESNICK, Rebecca PERKINS a Shannon BELL, 2018. Pregnancy and Childbirth After Sexual Trauma. *Obstetrics & Gynecology* [online]. **132**(6), 1461-1468

[cit. 2024-04-23]. ISSN 0029-7844. Dostupné z: doi:10.1097/AOG.0000000000002956

SØRBØ, Marie Flem, Mirjam LUKASSE, Anne-Lise BRANTSÆTER a Hilde GRIMSTAD, 2015. Past and recent abuse is associated with early cessation of breast feeding: results from a large prospective cohort in Norway. *BMJ Open* [online]. 2015-12-18, **5**(12), 1-11 [cit. 2024-04-23]. ISSN 2044-6055. Dostupné z: doi:10.1136/bmjopen-2015-009240

SPENCER, Cory N., Mariam KHALIL, Molly HERBERT, et al., 2023. Health effects associated with exposure to intimate partner violence against women and childhood sexual abuse: a Burden of Proof study. *Nature Medicine* [online]. **29**(12), 3243-3258 [cit. 2024-03-13]. ISSN 1078-8956. Dostupné z: doi:10.1038/s41591-023-02629-5

SPERLICH, Mickey, Julia S. SENG, Yang LI, Julie TAYLOR a Caroline BRADBURY-JONES, 2017. Integrating Trauma-Informed Care Into Maternity Care Practice: Conceptual and Practical Issues. *Journal of Midwifery & Women's Health* [online]. **62**(6), 661-672 [cit. 2024-03-31]. ISSN 1526-9523. Dostupné z: doi:10.1111/jmwh.12674

STEVENS, Margot E. H., 2014. Rape-Related Pregnancies: The Need to Create Stronger Protections for the Victim-Mother and Child. *Hastings Law Journal* [online]. **65**(3), 865-897 [cit. 2024-03-06]. Dostupné z: https://repository.uclawsf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1165&context=hastings_law_journal

SUAREZ, Anna a Vera YAKUPOVA, 2023. Past Traumatic Life Events, Postpartum PTSD, and the Role of Labor Support. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. **20**(11), 1-17 [cit. 2024-04-28]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph20116048

The Survivors Trust [online]. [cit. 2024-03-07]. Dostupné z: <https://thesurvivorstrust.org/>

THOMAS, John C. a Jonathan KOPEL, 2023. Male Victims of Sexual Assault: A Review of the Literature. *Behavioral Sciences* [online]. **13**(4), 1-22 [cit. 2024-04-28]. ISSN 2076-328X. Dostupné z: doi:10.3390/bs13040304

TOLANI, Prerna, 2023. *Assessing disparities in medical health and criminal justice systems post sexual assault*. Washington, D.C. Disertace. The Chicago School of Professional Psychology.

ULUTAŞ, Ümmügülsüm a Tuba UÇAR, 2022. The relationship between domestic violence against women, adaptation to pregnancy and maternal-fetal antenatal attachment. *Perspectives in Psychiatric Care* [online]. **58**(4), 1433-1441 [cit. 2024-03-05]. ISSN 0031-5990. Dostupné z: doi:10.1111/ppc.12947

ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY, 2021. Strategie rovnosti žen a mužů na léta 2021 – 2030. In: *Úřad vlády České republiky* [online]. [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: https://vlada.gov.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/Aktuality/Strategie_rovnosti_zen_a_muzu.pdf

WADSWORTH, Pamela, J.A. Eve KRAHE a Kim SEARING, 2019. Health Care Seeking and Engagement After Sexual Assault. *The Journal for Nurse Practitioners* [online]. **15**(10), 801-805 [cit. 2024-03-25]. ISSN 15554155. Dostupné z: doi:10.1016/j.nurpra.2019.07.022

WAMSER, Rachel a Rebecca A. FERRO, 2023. Cumulative trauma, posttraumatic stress, and obstetric and perinatal outcomes. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* [online]. 2023-10-05, 1-8 [cit. 2024-04-24]. ISSN 1942-9681. Dostupné z: doi:10.1037/tra0001579

WARD, L. G., 2020. Trauma-Informed Perinatal Healthcare for Survivors of Sexual Violence. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* [online]. **34**(3), 199-202 [cit. 2024-03-30]. ISSN 0893-2190. Dostupné z: doi:10.1097/JPN.0000000000000501

WHITE, Amina, Marion DANIS a Joan GILLECE, 2016. Abuse survivor perspectives on trauma inquiry in obstetrical practice. *Archives of Women's Mental Health* [online]. **19**(2), 423-427 [cit. 2024-03-30]. ISSN 1434-1816. Dostupné z: doi:10.1007/s00737-015-0547-7

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021. Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018: Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-002225-6.

WOSU, Adaeze C., Bizu GELAYE a Michelle A. WILLIAMS, 2015a. History of childhood sexual abuse and risk of prenatal and postpartum depression or depressive symptoms: an epidemiologic review. *Archives of Women's Mental Health* [online]. **18**(5), 659-671 [cit. 2024-03-15]. ISSN 1434-1816. Dostupné z: doi:10.1007/s00737-015-0533-0

WOSU, Adaeze C., Bizu GELAYE a Michelle A. WILLIAMS, 2015b. Maternal history of childhood sexual abuse and preterm birth: an epidemiologic review. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. **15**(1), 1-9 [cit. 2024-03-25]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-015-0606-0

Zákon č. 40/2009 Sb. Ze dne 8. ledna 2009, trestné činy proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti

Seznam zkratek

ACOG – Americké sdružení porodníků a gynekologů (American College of Obstetricians and Gynecologists)

HIV – virus lidské imunitní nedostatečnosti (human immunodeficiency virus)

NK buňky – natural killer cells („přirození zabijáci“)

PA – porodní asistentka

PTSD – posttraumatická stresová porucha (posttraumatic stress disorder)

SC – císařský řez (sectio cesarea)

SGA – konstitučně malý plod (small for gestational age)

VBAC – vaginální porod po předchozím císařském řezu (vaginal birth after c-section)

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

Seznam tabulek

Tabulka 1: Seznam podtémat a témat.....	29
---	----

Seznam příloh

Stanovisko Etické komise FZV UP	78
Seznam otázek pokládaných respondentkám výzkumu	79
Vymezení základních pojmů.....	79
Statistiky	82

Přílohy

Stanovisko Etické komise FZV UP



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL - 149657/FZV-2023

Vážená paní
Bc. Kristýna Kultová

2023-05-25

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem **„Sexuální násilí v životě žen a mužů – vliv na těhotenství, porod, šestinedělí a rodinu“**, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

Mgr. Renáta Váverková
předsedkyně
Etické komise FZV UP

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvotínská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 632 880
www.fzv.upol.cz

Seznam otázek pokládaných respondentkám výzkumu

1. Mělo Vámi prožité sexuální násilí nějaký vliv na rozhodnutí založit rodinu? Jak jste to prožíval/a?
2. Mělo Vámi prožité sexuální násilí nějaký vliv na prožívání těhotenství? A pokud ano, jaký?
3. Mělo Vámi prožité sexuální násilí nějaký vliv na průběh a prožívání porodu? A pokud ano, jaký?
4. Mělo Vámi prožité sexuální násilí nějaký vliv na šestinedělí a období po něm?
5. Jaké aspekty péče porodní asistentky či jiného zdravotnického pracovníka Vám podle Vás pomohly? Jaké naopak nikoliv? Co Vám v péči chybělo a vnímal/a byste to jako prospěšné?
6. Napadá Vás něco, co chybělo v otázkách, ale chtěl/a byste to sdílet?

Vymezení základních pojmů

Tato doplňující kapitola je věnována vymezení pojmu sexuálního násilí, neboť, jak bylo zmíněno v úvodu práce, chápání pojmu sexuálního násilí se liší napříč státy a společnostmi. V České republice navíc v průběhu psaní této práce probíhal proces potenciálního schvalování redefinice zákona, čemuž je také věnována část následujícího textu. Kapitola obsahuje i vysvětlení různých pojmů užívaných pro označení lidí, kteří prožili sexuální násilí – autorka považuje za důležité věnovat prostor vysvětlení nejčastějších termínů, neboť jejich význam se liší v závislosti na kontextu, a zároveň jsou všechny v práci užívány.

Sexuální násilí zahrnuje širokou škálu kontaktních i nekontaktních činů, které jsou právně postihnutelné a společností tolerované v různé míře v závislosti na sociokulturním nastavení dané společnosti. Vzhledem ke kulturním i právním odlišnostem jednotlivých společností je obtížné sexuální násilí jednotně definovat. (Chomová, 2014, s. 17-18) Mimo definici zmíněnou v úvodu práce se v českém prostředí mimo trestněprávní kontext také využívá definice „sexuální násilí je čin namířený proti sexualitě druhého člověka, který mu má ublížit, způsobit bolest, zastrašit ho nebo ponižít, aby jednal proti své vůli, respektive aby nejednal podle své vůle.“ (Jakobsen, 2022, s. 46)

Trestní zákoník České republiky stanovuje jako trestně postižitelné formy sexuálního násilí znásilnění, sexuální nátlak, pohlavní zneužití, soulož mezi

příbuznými, kuplířství, prostituci ohrožující mravní vývoj dětí, šíření pornografie, výrobu a jiné nakládání s dětskou pornografií, zneužití dítěte k výrobě pornografie, účast na pornografickém představení a navazování nedovolených kontaktů s dítětem. Problematika definice trestných činů v Trestním zákoníku je v současnosti často diskutovaným tématem; Trestní zákoník totiž definuje znásilnění jako „kdo jiného násilím nebo pohrůžkou násilí nebo pohrůžkou jiné těžké újmy donutí k pohlavnímu styku, nebo kdo k takovému činu zneužije jeho bezbrannosti“. (Zákon č. 40/2009 Sb., trestné činy proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti) Tato definice však nezohledňuje například situaci, kdy oběť takzvaně „zamrzla“ a nebyla schopna se bránit, což je mimovolní reakce limbického systému, často právě u obětí znásilnění. Dochází k ní, když nelze využít obranných mechanismů útoku ani útěku – tělo zamrzne, ale mozek (konkrétně amygdala) ukládá všechny detaily traumatu pro budoucí účely. Oběť je pak těmito detaily držena v neustálé ostražitosti, aby nedošlo k opětovnému útoku. Pokaždé, když se pak oběť setká s podnětem, který jí nějakým způsobem připomene okolnosti traumatu, mohou se zpustit tzv. „flashbacks“ či panická ataka. (Daniels, 2016, s. 26-27) V prosinci 2023 vláda schválila návrh na úpravu zákona, v níž by byla definice znásilnění upravena ve znění „kdo s jiným proti jeho seznatelné vůli vykoná soulož nebo jiný pohlavní styk provedený způsobem srovnatelným se souloží, nebo kdo k takovému činu zneužije jeho bezbrannosti“. Novela zákona byla vytvořena na základě teze „Ne znamená ne“, tedy nová definice se posunula od konceptu násilím vynuceného pohlavního styku ke styku nesouhlasnému. V nové úpravě by se rovněž změnila definice bezbrannosti, tedy stavu, kdy oběť nemůže projevit nesouhlas či je její schopnost utvářet a projevit vůli podstatně snížena, a to z důvodu bezvědomí, spánku, ovlivnění návykovými látkami, nemoci, zdravotního postižení, duševní poruchy, silného ochromujícího stresu, nízkého nebo vysokého věku, překvapení nebo jiného obdobného důvodu. (Řepka, 2023, s. nevedena) Klíčové je zejména zahrnutí faktoru silného ochromujícího stresu – ten může způsobit stav bezbrannosti právě u oběti sexuálního znásilnění, v důsledku čehož oběť nemůže projevit „vážně míněný odpor“, a tedy pachatel „nemusí“ vyvíjet násilí. (Krausová, 2022, s. 3) Nesouhlas může být podle novely trestního zákoníku udělen verbálně či neverbálně (gestem, pláčem, zaujetím obranné pozice). (Řepka, 2023, s. nevedena) Některé země Evropské Unie redefinici znásilnění ve svých zákonech postavily na tezi „Ano znamená ano“, tedy že znásilnění je sexuální styk „bez souhlasu“, nikoliv „proti vůli“.

Pod takovou definicí spadá širší okruh trestně nepostihnutelných činů, jejichž oběť nesplňuje navrhovanou definici bezbrannosti. (Krausová, 2022, s. 3)

Další formou sexuálního násilí zakotvenou v trestním zákoníku je sexuální nátlak. Ten je definován jako „kdo jiného násilím, pohrůžkou násilí nebo pohrůžkou jiné těžké újmy donutí k pohlavnímu sebeukájení, k obnažování nebo jinému srovnatelnému chování, nebo kdo k takovému chování přiměje jiného zneužívaje jeho bezbrannosti“ (Zákon č. 40/2009 Sb., trestné činy proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti), v návrhu na změnu zákona je pak definice změněna na „kdo přiměje jiného k pohlavnímu styku, pohlavnímu sebeukájení, obnažování nebo jinému srovnatelnému chování zneužívaje jeho tísně, závislosti nebo svého postavení a z něho vyplývající důvěryhodnosti nebo vlivu“. (Řepka, 2023, s. nevedena) Přestože v případě sexuálního nátlaku (respektive jeho vyústění) může jít o akt stejný jako znásilnění pouze s mírně odlišnými okolnostmi, bývají trestní sazby za něj nižší. (Kuklová, 2021, s. nevedena) Novela zákona rovněž přichází s novým pojmem sexuální útok – ten bude pokrývat činy, které byly dříve zahrnované pod trestný čin znásilnění, ale z nové definice znásilnění (soulož nebo pohlavní styk provedený způsobem srovnatelným se souloží) byly pro svou menší závažnost vyčleněny. (Řepka, 2023, s. nevedena)

Sexuální násilí však nelze definovat pouze jeho trestně postihnutelnými formami. Definice Světové zdravotnické organizace zahrnuje i formy sexuálního násilí, které nejsou zmíněny v trestním zákoníku ČR, a tedy jejich pachatele nelze trestně stíhat. V odborné literatuře, v médiích, i ve veřejném mínění bývá často pojem sexuálního násilí redukován jen na jeho nejzávažnější formy, přestože výzkumy dokazují, že i méně závažné podoby sexuálního násilí mohou zanechat na oběti vážné následky. (Chomová, 2014, s. 16, Daniels, 2016, s. 24) Sexuální násilí totiž může probíhat také bez přímého tělesného kontaktu, mezi tyto formy patří například verbální zneužívání (například prostřednictvím obscénních telefonátů), exhibicionismus, voyerismus, vystavování pornografickým materiálům či pořizování fotografií sexuálního charakteru. Rovněž je nutno zmínit formy sexuálního násilí, které nemají přímý sexuální podtext, jako je například nucení k potratu, bránění v užití antikoncepce či jiné metody ochrany před pohlavně přenosnými nemocemi či porušování pohlavní integrity, jako je genitální mutilace (dříve označovaná jako ženská obřízka) či zjišťování panenství. (Chomová, 2014, s. 20-21)

V literatuře se lze také setkat s pojmem „sexualizované násilí“. Odborníci tvrdí, že tento termín lépe popisuje podstatu tohoto typu násilí, a zároveň je z něj více zřejmé, že tento typ násilí spočívá v používání sexuality jako prostředku moci, ne jako prostředku k uspokojení sexuální touhy. Pojem sexualizované násilí naznačuje, že nejde jen o fyzický útok nebo kontakt, ale zahrnuje širší spektrum zásahů do intimity či osobních hranic s cílem demonstrovat sílu, ponížit a degradovat. V české i zahraniční literatuře se však oba termíny volně zaměňují. (Chomová, 2014, s. 16) Také se užívá širšího pojmu genderově podmíněného násilí, označujícího „veškeré akty fyzického, sexuálního, psychického, ekonomického či dalších forem násilí, které jsou cíleny na ženy z důvodu, že jsou ženami, nebo na muže z důvodu, že jsou muži, anebo akty tohoto násilí, které nepřiměřeně dopadají na ženy či na muže.“ (Úřad vlády České republiky, 2021) Hojně diskutovanou problematikou je i označení osoby, která sexuální násilí prožila. Nejčastěji používaným termínem je „oběť“ – lze se s ním setkat v odborné literatuře, v oboru kriminologie a práva a užívá jej i laická veřejnost, dá se tedy říct, že je označením univerzálním. Zároveň ale někteří odborníci poukazují na zabarvení, které v sobě toto pojmenování nese – evokuje dojem podřízenosti a pasivity. Zároveň může negativním způsobem přispívat k obrazu „ideální oběti“, neboť tento termín bývá spjat s mýty o tom, jak má oběť vypadat, jak se má chovat a za jakých okolností ji lze považovat za „nevinnou“, a tedy hodnou pomoci. Tyto představy o „ideální oběti“ pak ztěžují dosah na spravedlnost či pomoc osobám, které zažily sexuální násilí, ale nedosahují tomuto ideálu – měly na sobě vyzývavé oblečení, k násilí došlo na romantické schůzce či v manželském svazku, pod vlivem alkoholu a podobně. V zahraniční literatuře autoři užívají označení „survivor“, do češtiny překládané jako „přeživší“. V českém jazyce je ale tento pojem spíše asociován s přímým ohrožením života. Plošné užívání tohoto termínu pak hrozí redukováním problematiky pouze na nejzávažnější formy sexuálního násilí. Třetím z nejčastějších způsobů označení je opisná forma „osoba, která zažila sexuální násilí“. Odborníky je doporučováno užití jednotlivých termínů v závislosti na kontextu a s vědomím, jaký náboj nese každé z označení. (Chomová, 2014, s. 16-17)

Statistiky

Následující kapitola obsahuje dodatečné informace o prevalenci sexuálního násilí – tato data doplňují statistiky uvedené v úvodu práce a ilustrují tak závažnost a rozsah problému.

Agentura Persefona uskutečnila v roce 2016 průzkum na téma Sexuální násilí očima české veřejnosti, projekt se zabýval informovaností či přesněji představami české veřejnosti o problematice sexuálního násilí a zúčastnilo se ho 2 088 respondentů. Z výzkumu vyplývá, že podle české veřejnosti bývá nejčastějším pachatelem muž ve středním věku (36-55 let) nebo mladý muž (18-35 let), obětí pak podle účastníků bývá mladá žena (18-35 let), dívka ve věku 15-17 let či děti. V očích české veřejnosti je pachatel ve vztahu k oběti nejčastěji cizí, neznámá osoba, a to ve 49 % případů, ve 25 % případů známá osoba nežijící s obětí ve společné domácnosti, a pouze v 10 % případů osoba žijící s obětí v jedné domácnosti. 21 % lidí si myslí, že ročně zažije znásilnění 1 001-5 000 žen, 16 % lidí odhaduje počet znásilnění na 501-1 000 případů, 14 % na 101-500 případů a jen 8 % respondentů odhadlo počet znásilněných žen na číslo převyšující 10 000 případů. Účastníci výzkumu odhadli, že 46 % případů znásilnění je nahlášeno policii (tedy zhruba každé druhé), a ve 35 % případů je pachatel odsouzen (tedy třetina pachatelů). Na otázku, jak se po znásilnění zachovat, odpovědělo 82 % respondentů, že oběť by se měla obrátit na policii, dále pak vyhledat pomoc lékaře a jiných odborníků (psychologa či psychiatra), svěřit se důvěryhodnému člověku a obrátit se na organizaci zabývající se pomocí obětem násilných činů. Výzkum se zabýval i vnímanou informovaností o sexuálním obtěžování a napadení. 52 % populace uvedlo, že má dostatek informací o možnostech prevence sexuálního násilí a 51 % má dostatek informací o obraně proti němu, přičemž tyto informace veřejnost čerpá zejména z televizních publicistických a vzdělávacích programů. Co se týče zneužívání dětí, předpokládá česká veřejnost, že nejčastějším pachatelem je nevlastní rodič a nepřibuzný dospělý, kterého ale dítě zná. Odhad počtu případů se pohybuje nejčastěji mezi 101-500 případy a 501-1 000 případy, přičemž 46 % je nahlášeno policii a ve 41 % případů je pachatel odsouzen. V případě osobního setkání se zneužíváním dětí vnímá 53 % dotázaných svou informovanost jako dostatečnou, a v 76 % by se respondenti obraceli nejdříve na policii. Účastníci byli dotázáni i na vlastní zkušenost se sexuálním násilím – 39 % respondentů někdy zažilo sexuální obtěžování či násilí, 9 % respondentů pak zažilo některou ze závažnějších forem sexuálního násilí. 39 % účastníků zažilo některou z forem fyzického, psychického či sexuálního násilí před 15. rokem věku, původci násilí byli nejčastěji vrstevníci a vlastní rodiče. Z odpovědí na otázku souvislosti zkušenosti násilí v dětství a v dospělosti vyplývá, že kdo zažil

jakýkoliv typ násilí v dětství (zejména pak násilí sexuální), je vystaven vyššímu riziku prožití sexuálního násilí v dospělosti. (Persefona, 2016)

Statistiky však ukazují, že případů znásilnění je více, než si česká společnost myslí – ročně je totiž v České republice spácháno zhruba 12 000 znásilnění. (Šimáčková, 2020, s. 269) V roce 2014 proběhl ve 28 státech Evropské unie průzkum Agentury Evropské unie pro základní práva (FRA) zkoumající násilí na ženách, jehož se zúčastnilo 42 000 žen. Z výsledků vyplývá, že každá třetí žena v EU zažila nějakou formu fyzického nebo sexuálního násilí od dosažení 15. roku věku, 11 % žen zažilo nějakou formu sexuálního násilí od svých 15 let a obětí znásilnění se stala jedna z 20 evropských žen. 22 % žen pak zažilo fyzické či sexuální násilí ze strany intimního partnera. Výzkum také ukazuje, že těhotné ženy jsou vystaveny vyššímu riziku násilí ze strany partnera – z žen, které někdy zažily některou z forem násilí od předchozího partnera, a v období výzkumu byly těhotné a ve vztahu s jiným mužem, zažilo v období těhotenství 42 % respondentek násilí od současného partnera. (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014, s. 9-15) Podobný výzkum uskutečnila v České republice v roce 2021 agentura proFem. 54 % respondentek někdy zažilo sexuální násilí nebo obtěžování, 9,2 % žen bylo někdy v životě znásilněno – v přepočtu to znamená více než 409 tisíc žen. Nejčastějšími formami sexuálního násilí a obtěžování jsou podle výzkumu verbální sexuální obtěžování (zažilo jej 33 % žen) a nežádoucí fyzický kontakt sexuálního charakteru (například osahávání – zažilo 31 % žen), 17 % respondentek někdy obdrželo nevyžádaná videa či fotografie sexuálního charakteru. Alespoň s jednou formou sexuálního násilí či obtěžování se setkalo více než 22 % dotázaných mužů, 2 % mužů se stala obětí znásilnění. (ProFem, 2021, s. 5-11)

Sexuální násilí je navíc spojeno s vysokou latencí – tento pojem vyjadřuje nepoměr mezi spáchanými závažnými formami sexuálního násilí a počtem nahlášených případů. Výzkumy ukazují, že oznámeno je pouze 5 % spáchaných znásilnění, v přepočtu to znamená zhruba 600 případů ročně. (Šimáčková, 2020, s. 269-271) Jedním z důvodů nenahlášení znásilnění je obava z tzv. sekundární viktimizace. Tímto termínem se označuje stav, kdy oběť zažívá další trauma v souvislosti s prožitým sexuálním násilím, tentokrát už však ne od původního agresora, ale od svého okolí a dalších podpůrných systémů – nejčastěji od policie, orgánů činných v trestním řízení, zdravotnických pracovníků, pracovníků v neziskových organizacích, psychologů apod. (Tolani, 2023, s. 19-20). Nejčastěji

k sekundární viktimizaci dochází v důsledku neprofesionálního chování, nedostatku empatie, nevhodných komentářů, špatné organizace, zdlouhavých procesů, chyb v záznamech, fascinace případem či naopak rutinním postupováním. Pro oběť také bývají traumatizující opakované vzpomínání na trauma, opakované výslechy, nedůvěra ve výpověď oběti či ovlivnění profesionality mýty panujícími o sexuálním násilí. (Hrdá, 2020, s. 332-333) Vysokou latenci podporuje i fakt, že nahlášené případy zdaleka ne vždy končí odsouzením pachatele: 50 % pachatelů znásilnění odchází pouze s podmíněným trestem. (Data jsou získávána ze záznamů Ministerstva spravedlnosti České republiky pro projekt Právnické fakulty Univerzity Karlovy - aplikace JakTrestame.cz, 2021) Latence je pak ještě vyšší u sexuálního zneužívání dětí, zároveň incidence rok od roku stoupá; nejvíce jsou sexuálním násilím ohroženy děti ve věku 3-5 let, druhou nejpočetnější skupinou jsou dívky v rozmezí 12-15 let. (Redakce portálu Šance dětem, 2012) V souvislosti se sexuálním zneužíváním bylo mezi lety 2015-2021 v České republice hospitalizováno 133 dětí, 2 100 dětí potřebovalo psychologickou pomoc a 304 dívek v důsledku znásilnění otěhotnělo. (Lipová, 2022, s. 10) Celosvětově se prevalence sexuálního zneužívání dětí pohybuje okolo 11,8 %. (LoGiudice, 2017, s. 217)