

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Kristýna Kultová

Porod ženy s historií prožitého sexuálního násilí

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Daniela Javornická

Olomouc 2022

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

Olomouc 27. dubna 2022

.....

podpis

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. et Bc. Daniele Javornické, za odborné vedení a za cenné rady, podněty a připomínky. Děkuji také své rodině a přátelům za podporu, kterou mi poskytli při tvorbě této práce.

Anotace

Typ závěrečné práce: bakalářská

Téma práce: Péče porodní asistentky o ženy s historií sexuálního zneužívání

Název práce: Porod ženy s historií prožitého sexuálního násilí

Název práce v AJ: Labor and delivery of a woman with a history of exposure to sexual violence

Datum zadání: 2021-11-30

Datum odevzdání: 2022-04-27

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Kultová, Kristýna

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Daniela Javornická

Oponent práce: Mgr. Renata Hrubá, PhD.

Abstrakt v ČJ: Tato přehledová bakalářská práce se zabývá porodem ženy s historií prožitého sexuálního násilí. Sumarizuje poznatky o vlivu sexuálního násilí na porod a shrnuje aspekty porodu, které nejčastěji představují úskalí pro oběti sexuálního násilí. Dále poskytuje taková doporučení pro praxi, která porodním asistentkám umožní poskytovat ženám adekvátní péči a zároveň snížit riziko opětovné traumatizace. Poznatky byly dohledány v odborných databázích PubMed, EBSCO, MEDLINE, Google Scholar a ProQuest.

Abstrakt v AJ: This bachelor thesis deals with labor and delivery of women with a history of exposure to sexual violence. It presents published knowledge of the impact that sexual violence has on childbirth and summarizes information on the aspects of childbirth most commonly labeled as difficult by victims of sexual violence. Furthermore, this thesis presents recommendations for midwives to help them provide adequate care and lower the risk of retraumatization. The information was obtained in the PubMed, EBSCO, MEDLINE, Google Scholar and ProQuest databases.

Klíčová slova v ČJ: sexuální násilí, sexuální zneužívání, znásilnění, porod, porodní asistentka, posttraumatická stresová porucha, péče porodní asistentky, trauma, trauma-informovaná péče, retraumatizace

Klíčová slova v AJ: sexual violence, sexual abuse, rape, labor, midwife, post-traumatic stress disorder, midwifery care, trauma, trauma-informed care, retraumatization

Rozsah: 47 stran / 0 příloh

Obsah

Úvod.....	7
1 Popis rešeršní činnosti.....	10
2 Vliv sexuálního násilí na porod	12
3 Aspekty porodu představující úskalí	21
3.1 Vaginální vyšetření.....	21
3.2 Epidurální anestezie.....	24
3.3 Bolest	25
3.4 Disociace.....	26
3.5 Císařský řez	28
3.6 Nahota a soukromí.....	30
3.7 Mužští poskytovatelé zdravotnické péče	31
3.8 Skin-to-skin kontakt s dítětem a kojení.....	32
4 Péče porodní asistentky během porodu.....	35
Shrnutí teoretických východisek, jejich význam a limitace dohledaných poznatků....	40
Závěr	41
Referenční seznam	43
Seznam zkratk.....	47

Úvod

Porod je důležitou událostí v životě mnoha žen a způsob, jakým jej žena prožije, ji může ovlivnit jak po fyzické, tak po psychické a emocionální stránce, nežádoucí zbytek života. (Horak, 2017, s. 1) Dlouhodobé následky způsobuje i sexuální násilí, a to až u 90 % obětí. (Šimáčková, 2020, s. 272) Porodní proces proto může být pro oběti sexuálního násilí obzvlášť náročný, zejména z důvodu podobnosti některých aspektů porodu, porodní péče a sexuálního násilí. (Ward, 2020, s. 1)

Sexuální násilí nemá jednotnou, mezinárodně uznávanou definici, neboť jeho chápání se liší v jednotlivých kulturách a společnostech, často se však lze setkat s definicí Světové zdravotnické organizace, ve které je sexuální násilí popsáno 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) V České republice dojde ročně přibližně ke 12 000 případů znásilnění, v přepočtu to znamená 34 znásilněných za den. Na policii je ovšem nahlášen pouze zlomek případů – okolo 5 %, tedy ročně zhruba 600 případů, denně pouze 1 nebo 2. (Šimáčková, 2020, s. 269–271) Dle průzkumu Agentury Evropské unie pro základní práva zažilo znásilnění 5 % českých žen, v širším smyslu sexuálního násilí se v České republice stane obětí 32 % žen. (EUAFR, 2014, s. 30) Z důvodu pandemie viru Covid-19 však toto číslo může být ještě vyšší – z průzkumu české akademie věd a Univerzity Karlovy vyplývá, že organizace, které pomáhají obětem násilí, se od jara do podzimu roku 2020 setkaly s až o 50% nárůstem zájemců o jejich služby. (Nyklová, 2021, s. 15) Světově pak míra prožitého sexuálního násilí dosahuje 35 %. (WHO, 2013, s. 2) Průzkum Světové zdravotnické organizace z roku 2018, který se zaměřoval na ženy ve věku 15 let a výše, odhaduje, že celosvětově zažilo některou z forem sexuálního násilí alespoň jednou v životě průměrně 736 milionů žen, tedy téměř 1 ze 3. (WHO, 2021, s. 33)

Vzhledem k míře, se kterou k sexuálnímu násilí na ženách dochází, a zároveň k faktu, že ne všechny oběti nahlásí čin policii, je pravděpodobné, že se porodní asistentky během své praxe budou setkávat s oběťmi sexuálního násilí, ať už vědomě či ne. (Montgomery, 2015, s. 1) Způsob péče o takovou ženu může představovat rozdíl mezi posilujícím, léčivým zážitkem z porodu a retraumatizací či

porodními komplikacemi. (Ward, 2020, s. 1) Vystávají tři otázky: Může se předchozí zkušenost se sexuálním násilím projevit v průběhu porodu? Které aspekty porodu mohou představovat specifická úskalí pro ženu s historií prožitého sexuálního násilí? A jaké kroky může podniknout porodní asistentka, aby minimalizovala riziko retraumatizace a komplikací během porodu?

Dílčí cíle

Cíl 1: Sumarizovat aktuální poznatky o vlivu předchozí zkušenosti se sexuálním násilím na porod.

Cíl 2: Sumarizovat aktuální poznatky o aspektech porodu, které představují specifická úskalí pro ženu s historií prožitého sexuálního násilí.

Cíl 3: Sumarizovat aktuální poznatky o tom, jak může porodní asistentka pečovat o ženu s historií prožitého sexuálního násilí, aby minimalizovala riziko retraumatizace a komplikací během porodu.

Vstupní literatura

BERMAN, Zohar, Freya THIEL, Anjali J. KAIMAL a Sharon DEKEL. Association of sexual assault history with traumatic childbirth and subsequent PTSD. *Archives of Women's Mental Health* [online]. 2021, **24**(5), 767-771 [cit. 2021-11-25]. ISSN 14341816. Dostupné z: doi:10.1007/s00737-021-01129-0

LOGIUDICE, J. A. a C. T. BECK. 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]. 2016, **61**(4), 474-81 [cit. 2021-11-25]. ISSN 15422011. Dostupné z: doi:10.1111/jmwh.12421

MONTGOMERY, Elsa, Catherine POPE a Jane ROGERS. The re-enactment of childhood sexual abuse in maternity care: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 2015, **15**(1) [cit. 2021-11-25]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-015-0626-9

OWENS, Lauren, Stephanie TERRELL, Lisa Kane LOW, Charisse LODER, Deb RHIZAL, Lisa SCHEIMAN a Julia SENG. Universal precautions: the case for consistently trauma-informed reproductive healthcare. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [online]. 2021 [cit. 2021-11-25]. ISSN 00029378. Dostupné z: doi:10.1016/j.ajog.2021.08.012

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. 2021-11-25]. ISSN 0029-7844. Dostupné z: doi:10.1097/AOG.0000000000002956

WARD, L. G., 2020. Trauma-Informed Perinatal Healthcare for Survivors of Sexual Violence. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* [online]. **34**(3), 199-202 [cit. 2021-11-25]. ISSN 0893-2190. Dostupné z: doi:10.1097/JPN.0000000000000501

1 Popis rešeršní činnosti

Algoritmus rešeršní činnosti

Vyhledávací kritéria:

klíčová slova v ČJ: sexuální násilí, sexuální zneužívání, znásilnění, porod, porodní asistentka, posttraumatická stresová porucha, péče porodní asistentky, trauma, trauma-informovaná péče, retraumatizace

klíčová slova v AJ: sexual violence, sexual abuse, rape, labor, midwife, post-traumatic stress disorder, midwifery care, trauma, trauma-informed care, retraumatization

jazyk: čeština, angličtina

období: 2012-2022

Databáze:

PubMed, EBSCO, MEDLINE, Google Scholar, ProQuest

Nalezeno 118 článků

Vyřazující kritéria:

- duplicitní články
- kvalifikační práce
- články neodpovídající cílům práce

Sumarizace využitých databází a dohledaných dokumentů:

PubMed: 12 dokumentů

EBSCO: 4 dokumenty

MEDLINE: 3 dokumenty

Google Scholar: 4 dokumenty

ProQuest: 1 dokument

Sumarizace dohledaných periodik a dokumentů:

Knižní publikace: 2 české, 2 zahraniční

American Journal of Obstetrics and Gynecology: 1 článek

Archives of Women's Mental Health: 1 článek

Birth: 2 články

BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology: 1 článek

BMC Pregnancy and Childbirth: 2 články

European Journal of Midwifery: 1 článek

European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology: 1 článek

Frontiers in Psychology: 1 článek

Journal of Midwifery & Women's Health: 2 články

Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology: 1 článek

Journal of Perinatal & Neonatal Nursing: 1 článek

Midwifery: 1 článek

Centers for Disease Control and Prevention: 1 článek

Nursing for Women's Health: 1 článek

Obstetrics & Gynecology: 2 články

Obstetrics & Gynaecology Forum: 1 článek

PLOS One: 2 články

Publications Office of the European Union: 1 článek

The Lancet: 1 článek



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 24 dohledaných odborných článků a 4 odborné knižní publikace.

2 Vliv sexuálního násilí na porod

Sexuální násilí, ať už prožité v dětství nebo v dospělosti, má zásadní dopad na život oběti, následky mohou být jak psychologické, tak fyzické. Oběti mají vyšší riziko deprese, úzkosti, posttraumatické stresové poruchy, časté jsou problémy se spánkem a zažíváním, poruchy příjmu potravy a chronické bolesti hlavy. Není výjimkou, že jsou tyto symptomy interpretovány jako čistě somatické a jejich souvislost s prožitým traumatem není odhalena. Oběti sexuálního zneužívání v dětství jsou pak v pozdějším věku ve vyšší míře vystaveny riziku užívání návykových látek a suicidálních tendencí, ačkoliv u obětí sexuálního násilí v dospělosti se může podobné sebedestruktivní chování vyskytnout také. (Nerum, 2013, s. 1)

Ženy, které někdy v životě zažily sexuální násilí, mají zvýšené riziko gynekologických potíží; oproti ženám, které sexuální násilí nezažily, je toto riziko vyšší až o 42 %. Mezi gynekologické obtíže, které uvádějí oběti nejčastěji, patří bolest v malé pánvi (v tomto případě je riziko vyšší až o 60 %), dyspareunie, dysmenorrhea, vaginismus a močová inkontinence. (Hassam, 2020, s. 4)

O vlivu sexuálního násilí na porodnické komplikace existují rozporuplné důkazy. V roce 2019 proběhl na Lékařské fakultě Harvardské univerzity výzkum sledující vliv způsobu porodu na duševní zdraví matek, v roce 2021 pak proběhla sekundární analýza tohoto výzkumu na téma souvislosti mezi zkušeností se sexuálním násilím a traumatickým porodem s následnou posttraumatickou stresovou poruchou. Výzkumný vzorek sestával ze 683 žen v průměru 3 měsíce po porodu, z nichž 20 %, tedy 137 žen, zažilo některou z forem sexuálního násilí. Všechny ženy byly dotázány, zda se někdy v životě staly obětí sexuálního násilí, dále na informace o všech předešlých těhotenstvích a posledním porodu, vyplnily rovněž dotazník ohledně akutního distresu v průběhu porodu a posttraumatické poruchy v návaznosti na něj. Z porodnických anamnéz respondentek vyplynulo, že v předchozích těhotenstvích obětí sexuálního násilí byla míra předčasných porodů a spontánních potratů vyšší než v předchozích těhotenstvích žen v kontrolní skupině. Například spontánní potrat v předchozím těhotenství uváděly ženy z experimentální skupiny až o 62 % častěji. Největší část výzkumu byla zaměřena na poslední porod respondentek – z uvedených informací byla zjištěna vyšší četnost porodnických komplikací ve skupině obětí sexuálního násilí (riziko porodnických komplikací bylo

u experimentální skupiny o 45 % vyšší než u kontrolní skupiny), dále pak porody v této skupině končily neplánovaným císařským řezem častěji než ve skupině kontrolní, a to o 67 %. Farmakologické metody tišení bolesti využívaly ženy ze skupiny obětí sexuálního násilí o 20 % více než ženy z kontrolní skupiny. Lišila se i průměrná délka porodu mezi skupinami, ženy z experimentální skupiny rodily v průměru o tři hodiny déle (18,93 hodiny) než ženy z kontrolní skupiny (15,13 hodin). Data nebyla rozdělena na délku první a druhé doby porodní. Míra předtermínového porodu byla téměř dvakrát vyšší u skupiny obětí než u kontrolní skupiny. Respondentky ze skupiny obětí sexuálního násilí častěji uváděly pocit akutního distresu během porodu (riziko akutního distresu u matky bylo u žen z experimentální skupiny o 49 % vyšší) a měly více než dvakrát vyšší šanci, že se u nich projeví posttraumatická stresová porucha v návaznosti na porod. Ze studie lze tedy vyvodit, že sexuální násilí může mít vliv na porod ženy, a to jak v rovině fyzické, tedy porodnických komplikací a způsobu porodu, tak v rovině emocionální. (Berman, 2021, s. 2-4)

Předmětem norské studie z roku 2012 bylo zjistit, jak se liší porody žen, které byly zneužity v dětství, od porodů žen, které zažily znásilnění v dospělosti (přesněji po 16. roce života, tedy po překročení norské legální hranice způsobilosti k pohlavnímu styku). Výzkumu se zúčastnilo 373 primipar, z nichž 185 bylo zneužíváno v dětství, 47 zažilo znásilnění v dospělosti a 141 nezažilo žádnou formu sexuálního násilí – tyto ženy tvořily kontrolní skupinu. Vstupní data pro výzkum zahrnovala anamnézu osobní, sociální, gynekologickou a porodnickou, zejména předchozí interrupce a spontánní potraty, průběh posledního těhotenství a porodu včetně indukce, augmentace porodu oxytocinem, epidurální analgezie, krevní ztráty, Apgar skóre v 5. minutě života dítěte a přesunu dítěte na novorozeneckou jednotku intenzivní péče v období prvních 4 dnů po porodu. Rovněž byla zaznamenána specifika prožitého násilí – o jakou formu se jednalo, věk ženy v době, kdy probíhalo, kdo byl pachatelem a kde a jakým způsobem k násilí docházelo. Pachatelem byl ve všech případech člověk, kterého daná žena znala, nejčastěji rodič, prarodič, sourozenec, jiný příbuzný, učitel, představitel duchovní organizace či jiný blízký člověk. Průměrný věk v době prvního porodu byl nejnižší u žen zneužívaných v dětství, a to 24,3 let, ženy ze zbývajících dvou skupin porodily první dítě průměrně ve věku 27,4 let. Z výzkumu vyplývá, že před posledním těhotenstvím zažilo interrupci či spontánní potrat 34 % žen ve skupině zneužívaných v dětství, 45 % žen

znásilněných v dospělosti a 23 % žen z kontrolní skupiny. Porod byl indukován 22 % procentům žen zneužívaných v dětství, 17 % znásilněných v dospělosti a 10 % žen z kontrolní skupiny. Augmentaci porodu oxytocinem podstoupila v největší míře skupina žen znásilněných v dospělosti, jednalo se o 80 % z této skupiny oproti 50 % žen ze skupiny zneužívaných v dětství a 54 % žen z kontrolní skupiny. Ženy znásilněné v dospělosti rovněž v nejvyšší míře využily epidurální anestezii, a to v 58 % případů, přičemž u žen zneužívaných v dětství šlo o 42 % a u žen v kontrolní skupině o 31 %. Apgar skóre v 5. minutě života dítěte bylo menší než 7 nejčastěji u dětí žen zneužívaných v dětství, a to v 5 % případů, výsledky zbylých dvou skupin jsou srovnatelné: 2 % dětí žen znásilněných v dospělosti a 1 % dětí žen z kontrolní skupiny. Péči na novorozenecké jednotce intenzivní péče však potřebovaly častěji děti žen znásilněných v dospělosti, 19 % dětí těchto žen bylo v prvních 4 dnech po porodu přeloženo na toto oddělení, oproti 13 % dětí žen zneužívaných v dětství a 4 % dětí žen z kontrolní skupiny. U krevní ztráty vyšší než 500 ml a porodní váhy dětí nebyly zaznamenány výrazné rozdíly mezi skupinami. Plánovaný císařský řez podstoupily dvě ženy ze skupiny zneužívaných v dětství, dvě ženy znásilněné v dospělosti a jedna žena z kontrolní skupiny. Vaginálně bez operativních zásahů rodilo 77 % žen z kontrolní skupiny a 73 % žen zneužívaných v dětství, oproti tomu pouze 21 % žen znásilněných v dospělosti; v této skupině docházelo nejčastěji k použití vakuumextraktoru či porodnických kleští, a to v 67 % případů. Operativní vaginální porod pak zažilo 14 % žen z kontrolní skupiny a 11 % žen zneužívaných v dětství. Císařský řez byl proveden 36 % žen znásilněných v dospělosti, 18 % žen zneužívaných v dětství a 11 % žen z kontrolní skupiny. Z těchto hodnot je patrné, že míra rizika operativního porodu i porodu císařským řezem je srovnatelná u žen s historií prožitého zneužívání v dětství a žen, které nezažily žádnou formu sexuálního násilí, ale ženy, které zažily sexuální násilí v dospělosti mají 13násobně vyšší riziko operativního vaginálního porodu a 12násobné riziko porodu císařským řezem. K akutnímu císařskému řezu i k operativnímu vaginálnímu porodu docházelo u všech skupin nejčastěji z indikace nepostupujícího porodu a fetálního distresu. U žen, které porodily vaginálně (ať už operativně či bez operativních intervencí) pak byla vyhodnocena míra provedených epiziotomií a průměrná délka druhé doby porodní. Epiziotomie byla provedena u 35 % žen zneužívaných v dětství, u 33 % žen z kontrolní skupiny a u 50 % žen znásilněných v dospělosti. Nejkratší druhá doba porodní trvala v průměru 46 minut (délka se pohybovala v rozmezí 5 až 230 minut), a

to u žen zneužívaných v dětství, dále 50 minut u kontrolní skupiny (v rozmezí 5 až 290 minut) a nejdéle trvala u žen znásilněných v dospělosti: 120 minut (v rozmezí 10 až 420 minut). Markantní rozdíl v průměrné délce trvání druhé doby porodní mezi skupinami žen zneužívaných v dětství a žen znásilněných v dospělosti může být způsoben mnoha faktory. Jako jeden z nich uvádí kolektiv autorů fakt, že děti se zneužívání častěji musí podvolit a emočně se oddálit, tudíž pokud později při porodu má žena zneužitá v dětství pocit ztráty kontroly, může dojít k aktivaci stejného obranného mechanismu, a následnému zkrácení druhé doby porodní. Dojde-li ke znásilnění v dospělosti, obranný mechanismus je pak v mnoha případech opačný, a tak žena porodnímu mechanismu může spíše vzdorovat. Dalším důvodem, proč byla druhá doba porodní u žen zneužívaných v dětství kratší, může být i poškození svaloviny a vazů pánevního dna v raném věku, a následná snížená rezistence tohoto systému. Z této studie vyplývá, že u žen, které někdy v průběhu života zažily sexuální násilí, existuje vyšší riziko operativního porodu. Také druhá doba porodní může být delší, a to obzvláště pro ženy znásilněné v dospělosti. Naopak délka druhé doby porodní u žen zneužitých v dětství bývá dle výsledků studie srovnatelná s délkou druhé doby porodní u žen bez sexuálního násilí v anamnéze. (Nerum, 2013, s. 1-8)

Islandská studie z roku 2016 se zabývala vlivem sexuálního násilí na porod, zejména pak na komplikace a porodnické intervence. Experimentální skupina byla složena z žen, které využily služeb islandského centra pro oběti znásilnění (The Rape Trauma Service, RTS) a později porodily. Kontrolní skupinu pak tvořily ženy, které byly náhodně vybrány z islandského registru porodů (The Icelandic Medical Birth Registry, IBR) tak, aby na 1 ženu s historií prožitého sexuálního násilí připadlo 9 žen bez této zkušenosti, přičemž do studie nebyly zařazeny ženy, které porodily víceročata nebo již byly náhodně vybrány. Studie zpracovávala data 10 194 žen, z nichž 1 068 mělo zkušenosti se sexuálním násilím a 9 126 představovalo kontrolní skupinu. Z dokumentací těchto žen pak byly zjištěny informace ohledně postupu porodu, distresu matky, intrapartálního krvácení, plánovaného a akutního císařského řezu, indukce porodu a operativního vaginálního porodu. Největší rozdíly byly zaznamenány v oblasti trvání první doby porodní, distresu matky a intrapartálního krvácení: riziko prodloužené první doby porodní bylo u žen se zkušeností se sexuálním násilím o 40 % vyšší než u žen z kontrolní skupiny (prodloužená první doba porodní byla zaznamenána u 48 rodiček z experimentální

skupiny a 292 rodiček z kontrolní skupiny), riziko distresu matky dříve vystavené sexuálnímu násilí bylo o 60 % vyšší než u rodiček z kontrolní skupiny (distres v průběhu porodu byl zaznamenán u 19 žen z experimentální skupiny oproti 96 ženám bez této zkušenosti), největší rozdíl však představovalo riziko intrapartálního krvácení. U žen s historií prožitého sexuálního násilí bylo toto riziko dvakrát vyšší (z této skupiny zažilo intrapartální krvácení 22 žen, ze skupiny kontrolní 96 žen). Prolongovaná druhá doba porodní byla rovněž častějším jevem u žen s historií prožitého sexuálního násilí, ovšem rozdíl mezi skupinami byl podstatně menší – u kontrolní skupiny bylo riziko pouze o 7 % nižší (45 žen z experimentální skupiny a 356 žen z kontrolní skupiny), podobně tomu bylo i v případě indukce porodu, kde riziko pro ženy s historií prožitého sexuálního násilí bylo o 9 % vyšší (291 žen z experimentální skupiny a 2 273 žen z kontrolní skupiny). V případě experimentální skupiny bylo zaznamenáno i vyšší riziko akutního operativního porodu: o 18 % vyšší riziko ukončení porodu akutním císařským řezem a o 16 % vyšší riziko operativního vaginálního porodu oproti kontrolní skupině (data nebyla rozdělena na porody s použitím vakuumextraktoru a porodnických kleští). Riziko plánovaného císařského řezu bylo u obou skupin srovnatelné. Dalším cílem studie bylo zjistit, zda se liší porody žen, které prožily sexuální násilí v dospělosti, od porodů žen, které jej zažily ve věku nižším než 20 let. Data zpracovaná v první části studie byla rozdělena podle věku, kdy ženy navštívily centrum RTS, přičemž experimentální skupina, tedy skupina, která využila služeb centra dříve než ve 20 letech, čítala 629 žen, skupina dospělých obětí 396. Z dat vyplývá, že rizika pro ženy, které zažily sexuální násilí dříve než ve 20 letech, byla obecně vyšší než u žen, které jej zažily později. Oproti ženám, které sexuální násilí nezažily nikdy, bylo u žen z experimentální skupiny riziko indukce porodu o 28 % vyšší (porod byl indukován u 192 žen mladších 20 let v době návštěvy RTS centra a u 2 273 žen z kontrolní skupiny), ženy, které zažily sexuální násilí před 20. rokem života, měly také o 60 % vyšší riziko, že jejich první doba porodní bude prolongovaná (stalo se tak u 34 žen z experimentální skupiny oproti 292 ženám z kontrolní skupiny) a riziko distresu matky bylo dvojnásobné oproti ženám, které se se sexuálním násilím nikdy nesetkaly (distres zažilo 14 žen z experimentální skupiny a 96 žen ze skupiny kontrolní). Riziko prolongované druhé doby porodní bylo, narozdíl od norské studie (Nerum, 2013, s. 6), u obou skupin srovnatelné. Riziko intrapartálního krvácení bylo naopak vyšší u žen, které zažily násilí v dospělosti (riziko bylo více než dvojnásobné) než u žen, které sexuální násilí

zažily dříve. Ženy, které navštívily centrum RTS před 20. rokem života, byly vystaveny o 21 % vyššímu riziku operativního vaginálního porodu než ženy z kontrolní skupiny, riziko akutního císařského řezu pak bylo v experimentální skupině vyšší o 15 %. Oproti ženám z kontrolní skupiny však měly ženy z experimentální skupiny nižší riziko plánovaného císařského řezu. Limitací této studie je fakt, že ženy, které zažily sexuální násilí, byly vybrány z databáze klientek centra RTS, šlo tedy o ženy, které svou zkušenost sdílely s odborníky a vyhledaly lékařskou pomoc, lze tedy předpokládat, že své trauma zpracovaly efektivněji než ženy, kterým se podobné pomoci nedostalo. S tím souvisí i fakt, že zdaleka ne všechny islandské ženy, které se stanou oběťmi sexuálního násilí, navštíví centrum RTS. A vzhledem k tomu, že odhadem 13 % islandských žen starších 15 let bylo někdy vystaveno sexuálnímu násilí, je pravděpodobné, že se tyto neidentifikované oběti mohly ocitnout v kontrolní skupině žen. Výsledná míra rizik u porodů žen s historií prožitého sexuálního násilí by v důsledku této skutečnosti byla vyšší. (Gisladottir, 2016, s. 1-12)

V roce 2014 byla provedena studie v šesti zemích Evropy: v Belgii, na Islandu, v Dánsku, Estonsku, Norsku a Švédsku, která měla objasnit vliv historie sexuálního násilí na porod, konkrétně pak, zdali násilí v anamnéze zvyšuje riziko operativního porodu. Metodou sběru dat byl dotazník, v němž respondentky odpovídaly na otázky týkající se zkušeností s násilím (ať už sexuálním, fyzickým či emocionálním), strachu z porodu, symptomů posttraumatické stresové poruchy a detailů ohledně předchozích porodů. 819 žen se zúčastnilo studie v Belgii, 585 na Islandu, 1 268 v Dánsku, 874 v Estonsku, 2 234 v Norsku a 944 ve Švédsku, dohromady tedy výzkumný vzorek sestával z 6 724 žen. Se sexuálním násilím se někdy v průběhu života setkalo 2 323 žen, tedy 34,5 %. Násilí jakéhokoliv typu zažilo v dětství 1 567 z nich (23,3 %), v dospělém věku 1 309 (19,5 %) a v dětství i v dospělosti 533 (8,2 %). Nejdříve byla zpracována obecná porodnická data podle jednotlivých zemí: k indukci porodu nejčastěji docházelo u žen v Belgii (23,4 % porodů bylo indukováno), podobně tomu bylo i v případě epidurální analgezie, kterou u porodu zažilo 67,4 % belgických žen. Operativní porod byl nejčastější v Dánsku (29,4 % porodů) a nejméně častý ve Švédsku (22,1 % porodů). Porodní váha nižší než 2 500 g byla nejčastější u novorozenců v Dánsku (4,8 %), nejméně častá na Islandu (2,9 %), kde byla naopak nejvyšší míra narozených dětí s porodní váhou vyšší než 4 000 g (27,0 %), nejméně takových novorozenců pak bylo v Belgii (7,2 %). Dále se studie

zaměřila na způsob, jakým porodily ženy se zkušeností s násilím (emocionálním, fyzickým a sexuálním). Emocionální násilí nemělo zásadní vliv na způsob porodu, tedy ženy, které zažily pouze tento typ násilí v dětství či v dospělosti, nebyly vystaveny vyššímu riziku operativního porodu. Fyzické násilí v anamnéze u žen, které porodily více než jednou, bylo spojeno s vyšší prevalencí akutního císařského řezu, riziko u těchto žen bylo o 51 % vyšší než u multipar bez historie fyzického násilí. Nejčastější indikací k akutnímu císařskému řezu u multipar se zkušeností s fyzickým násilím byl distres plodu. Nebyla zjištěna souvislost mezi fyzickým násilím v anamnéze a císařským řezem z indikace jiné než porodnické. U primipar nebyl žádný typ násilí spojen s vyšším rizikem vaginálního operativního porodu ani akutního císařského řezu. U žen, které uvedly, že zažily sexuální násilí v dospělosti, bylo zjištěno téměř dvojnásobné riziko plánovaného císařského řezu než u žen bez zkušenosti s násilím. Pravděpodobnost plánovaného císařského řezu se ještě zvýšila, pokud tyto ženy v dospělosti zažily navíc i násilí fyzické či emocionální, a byla tím vyšší, čím blíže k termínu porodu toto násilí proběhlo. Císařský řez podstoupilo 15 % multipar a 18 % primipar, v případě skupiny primipar bylo 7 % císařských řezů z indikace jiné než porodnické a bylo zjištěno, že sexuální násilí v dospělosti významně zvyšuje pravděpodobnost císařského řezu právě z jiných než porodnických indikací. Indikace k císařským řezům u primipar s historií prožitého sexuálního násilí kdykoliv v průběhu života byly nejčastěji poloha plodu koncem pánevním, dále jiné, blíže nespecifikované zdravotní důvody, třetí nejčastější indikací bylo pak přání matky, a to i přes to, že doporučené postupy se ve zúčastněných zemích liší, a například v Belgii a Estonsku není přání matky uznáváno jako jednoznačná indikace k císařskému řezu. Studie neprokázala přímou souvislost mezi zkušeností s kterýmkoliv typem násilí a operativním porodem, s výjimkou vyššího rizika akutního císařského řezu u multipar s historií prožitého fyzického násilí a plánovaného císařského řezu u primipar, které zažily sexuální násilí v dospělosti. Mezi limitace této studie patří například fakt, že ženy, které zažily sexuální násilí v dospělosti a zároveň mají symptomy posttraumatické stresové poruchy, mohou odmítnout účast v podobné studii. Jednotlivé otázky v dotazníku totiž mohou v těchto ženách fungovat jako spouštěče bolestivých vzpomínek, jimž se oběti sexuálního násilí snaží, pokud možno, vyhybat. Oběti sexuálního násilí se mohly rovněž ocitnout v kontrolní skupině, pokud svou zkušenost s násilím neuvedly či si na ni nevzpomněly. (Schei, 2014, s. 1-9)

Z uvedených studií je patrné, že sexuální násilí se může projevovat různě, a to již před začátkem porodu: například v podobě intrapartálního krvácení (Gisladottir, 2016, s. 3), předčasného porodu před 37. týdnem těhotenství (Berman, 2021, s. 3) či zvýšeného rizika spontánního potratu (Berman, 2021, s. 3, Nerum, 2013, s. 4). Jedna studie uváděla častější výskyt indukce porodu u žen, které zažily sexuální násilí (Nerum, 2013, s. 4), podle jiné studie však k indukci docházelo častěji pouze u žen vystavených sexuálnímu násilí v dětství, nikoliv v dospělosti (Gisladottir, 2016, s.5). Ženy s historií prožitého sexuálního násilí mohou ve vyšší míře využívat farmakologických metod tišení bolesti (Berman, 2021, s. 3, Nerum, 2013, s. 4), oproti ženám bez sexuálního násilí v historii mají také vyšší míru pravděpodobnosti, že jim bude během porodu podán syntetický oxytocin či provedena epiziotomie (Nerum, 2013, s. 4). Sexuální násilí může způsobit pocity akutního distresu u matky v průběhu porodu (Berman, 2021, s. 3, Gisladottir, 2016, s. 5) či následnou posttraumatickou stresovou poruchu (Berman, 2021, s. 3), může také ovlivnit délku trvání porodu, a to buď v první době porodní (Gisladottir, 2016, s. 5), v druhé době porodní (Nerum, 2013, s. 4) či v rámci celého porodu. (Berman, 2021,—s. 3). Nejčastěji se studie rozcházejí v otázce vlivu sexuálního násilí na výsledný způsob porodu, tedy zda kvůli tomuto typu traumatu častěji dochází k operativnímu ukončení těhotenství; některé studie uvádějí, že oběti sexuálního násilí mají vyšší riziko akutního císařského řezu (Berman, 2021, s. 3, Nerum, 2013, s. 5, Gisladottir, 2016, s. 7), v jiných studiích se však vyšší riziko potvrdilo pouze částečně, a to u multipar se zkušeností s fyzickým násilím, ovšem ne u primipar ani multipar s historií jiného typu násilí (Schei, 2014, s. 8). Plánovaný císařský řez je podle některých studií u obětí sexuálního násilí častější (Schei, 2014, s. 8), podle jiných je však míra provedených plánovaných císařských řezů u obětí sexuálního násilí srovnatelná s mírou plánovaných císařských řezů u žen bez podobné zkušenosti (Gisladottir, 2016, s. 7). Vaginální operativní porod rovněž může být častější u žen s historií prožitého sexuálního násilí (Nerum, 2013, s. 5, Gisladottir, 2016, s. 7), nemusí mít však se sexuálním násilím žádnou souvislost (Schei, 2014, s. 8). Není jednoznačné ani to, jestli má sexuální násilí větší vliv, pokud k němu dojde v dětství či v dospělosti, z některých studií totiž vyplývá, že vyšší míra rizik převládá u žen zneužitých v dětství (Gisladottir, 2016, s. 6-8), jiné studie však potvrdily, že větší vliv má sexuální násilí prožité v dospělosti (Nerum, 2013, s. 6, Schei, 2014, s. 9). Jednotlivé studie se sice ve svých výsledcích rozcházejí, avšak i z těchto někdy

protichůdných zjištění vyplývá, že sexuální násilí může mít na porodní proces významný vliv a může se manifestovat širokou škálou projevů.

3 Aspekty porodu představující úskalí

Mnohé z aspektů porodu jsou náročné pro všechny rodící ženy – vaginální vyšetření jsou rodičkami často popisována jako nepříjemná, komunikace se zdravotnickým týmem nemusí být efektivní či může přímo docházet ke konfliktu, celý porodní proces je provázen bolestí, ať už při kontrakcích nebo při samotném porodu plodu, dále mají rodičky nepříjemné pocity z nedostatku klidu a soukromí, a pro mnohé z nich může být porod až traumatický. (Horak, 2017, s. 3-5) Pro oběti sexuálního násilí však může být porod potenciálně traumatický z toho důvodu, že vnější i vnitřní děje během něj mohou představovat spouštěče negativních asociací se sexuálním násilím. (Horak, 2017, s. 5) Mezi aspekty porodu, které pro oběti sexuálního násilí mohou být obzvlášť náročné, patří vaginální vyšetření, epidurální anestezie, bolest, disociace, císařský řez, nahota a nedostatek soukromí, mužští poskytovatelé zdravotní péče a po porodu první kontakt s dítětem a začátky kojení.

3.1 Vaginální vyšetření

Jedním z nejčastějších momentů, které jsou oběťmi sexuálního násilí označovány jako obtížné, jsou vaginální vyšetření. Během nich tyto ženy, častěji než ženy bez podobného traumatu, zažívají pocity úzkosti, strachu, nebo se jim vrací intenzivní vzpomínky na jejich trauma. (Sobel, 2018, s. 3) Jedna z respondentek britské kvalitativní studie z roku 2015 mluvila během rozhovoru o průběhu vaginálních vyšetření během indukce svého porodu a uvedla:

„Nedokázala jsem se s tím vyrovnat, nemohla jsem, vím, že mi všichni říkali ‚budete rodit, musíte to zvládnout‘, ale nemohla jsem, vážně jsem nemohla (nadechne se) a, já nevím – přišlo mi, že každý člověk, co vešel do místnosti, mě vyšetřil, a to bylo strašné... Bylo to strašné a já – cítila jsem se... Cítila jsem se stejně, jako když jsem byla dítě.“

Většina respondentek z této studie uvedla, že vaginální vyšetření během porodu pro ně bylo spouštěčem obranné reakce. Pro jednu z nich však bylo vyšetření náročné kvůli tomu, že v ní porodní asistentka nedopatřením vyvolala obrannou reakci následujícím způsobem: ve snaze být při vyšetření jemnější nejprve zavedla této ženě do pochvy jeden prst a krátce nato druhý, čímž nechtěně udělala přesně to, co kdysi této ženě udělal pachatel sexuálního násilí. (Montgomery, 2015, s. 4) Ve

své disertační práci¹ na Univerzitě v Connecticutu z roku 2016 uvádí autorka, že z rozhovorů se ženami, které se staly oběťmi sexuálního násilí a zároveň měly v době rozhovoru alespoň jednu zkušenost s těhotenstvím a porodem, vyplynulo, že vaginální vyšetření bylo často spouštěčem vyvolání bolestivých vzpomínek, a to i v případě, že se na vyšetření dopředu psychicky připravily. O svých pocitech během vaginálních vyšetření poznamenala jedna z respondentek:

„Člověk si myslí, že to zvládne, dokud se toho [pochvy] někdo nezačne dotýkat. A pak je těžké rozluštit, jak se ohledně toho člověk cítí.“

„A tělo, i když si člověk myslí, že je v pohodě, tělo reaguje automaticky, a to mě překvapilo, protože jsem si nemyslela, že budu mít potíže,“ uvedla jiná respondentka. Oběti sexuálního násilí se tedy při vaginálních vyšetřeních mohou setkat s tím, že ačkoliv jsou mentálně připraveny a s vyšetřením souhlasí, jejich tělo si výkon asociuje s předchozím traumatem a reaguje například vyvoláním vzpomínek nebo disociací. (LoGiudice, 2016, s. 91)

Britská studie z roku 2015 byla zaměřena na zkušenosti žen, které byly v dětství sexuálně zneužity, s péčí během těhotenství a porodu. Výzkum probíhal formou rozhovorů s respondentkami, dále rozhovorů se zdravotníky v oboru porodnictví a analýzou zdravotnické dokumentace respondentek. V rozhovoru jedna z žen popsala vaginální vyšetření během svého porodu následujícím způsobem:

„[vaginální vyšetření] byla velmi, velmi bolestivá a porodní asistentky na porodním sále mi jen stále opakovaly, ať se přestanu chovat hloupě – každá si jimi projde, každá to vydrží...“ (Montgomery, 2015, s. 4) V kvalitativní studii, která proběhla mezi lety 2015 a 2017 v Bostonu a již se zúčastnilo 30 žen (10 z nich bez zkušenosti se sexuálním násilím a 20 s historií sexuálního traumatu), uvedla na téma vaginálních vyšetření během porodu jedna z respondentek:

„Není to, jako by vám vyšetřovali oko. Je to o trochu intenzivnější proces, jak fyzicky, tak emocionálně.“ Jiná z respondentek vyjádřila potřebu vysvětlení důležitosti výkonu:

„Cítila jsem, že když to mělo nějaký význam, tak mi to nevadilo.“ Další z žen uvedla:

„Ano, vysvětlili mi to. Ale pokaždé mě vyšetřoval jiný doktor nebo porodní asistentka. To mi bylo nepříjemné...“ (Sobel, 2018, s. 3-4) V norské kvalitativní studii

¹ Tato disertační práce je zdrojích zahrnuta z důvodu relevance a kvality výzkumu.

z roku 2013 byla citována jedna žena, která popsala vaginální vyšetření během porodu jako „brutální“:

„Cítila jsem se, jako kdyby mi [doktor] násilím roztáhl nohy a rovnou sáhl dovnitř, aby mě vyšetřil. Byla jsem úplně bezmocná, když jsem tam ležela... svým způsobem... to bylo trochu jako znásilnění. I přes to, že jsem se snažila sama sobě vysvětlit, že ‚to potřebuje udělat‘ a že ‚potřebuje zkontrolovat, jestli je všechno v pořádku.‘“ Jiná účastnice zmínila, jaké pocity v ní vyvolávala vaginální vyšetření:

„Bylo to já versus oni. Všechny informace jsem dostávala v okamžiku, kdy ve mně někdo měl ruce... Snažila jsem se sama sobě říct ‚Uklidni se! Vzpamatuj se!‘ Ale nebylo to k ničemu.“ Autorka dále popisuje, že bolest během vaginálních vyšetření může způsobit, že se rodící žena zaměří pouze na spodní část svého těla, která se tímto stane „hlavní“ částí těla, podobně jako tomu mohlo být v průběhu prožitého násilí. (Halvorsen, 2013, s.4)

Samotná vaginální vyšetření tedy mohou být pro rodící ženy obzvlášť obtížná, ale dle disertační práce z roku 2016 záleží i na okolnostech vyšetření – zejména na tom, kdo je během nich přítomen, jak zdravotníci vyjadřují nález a na soukromí a intimitě během vyšetření. Jedna z respondentek popsala respekt k zdravotníkům k jejímu soukromí během porodu:

„Cítila jsem se jako exponát v oblodáriu, protože [doktor] ke mně přivedl sedm studentů medicíny.“ Další z žen vzpomínala na soukromí během porodu takto:

„Neměla jsem žádné soukromí, žádné možnosti. Strčte ji na lůžko, všechno jí svlečte a pozvěte dovnitř kohokoli. Víte co, pozvěte dovnitř i uklízečku. Tak jsem se cítila.“ (LoGiudice, 2016, s. 91-92) Účastnice z americké studie vnímala rozdíl mezi přítomností doprovodu u porodu a u vaginálních vyšetření:

„Nikdo se mě nezeptal, jestli ho [partnera a zároveň pachatele násilí na této ženě] chci v místnosti, když mě vyšetřují. Bylo by milé, kdyby se mě někdo zeptal ‚Chcete, aby tu byl?‘ Nikdo se mě nezeptal.“ (Sobel, 2018, s. 4) Pro oběti sexuálního násilí může mít vliv na vnímání vaginálních vyšetření i výrazivo, které zdravotníci používají. V disertační práci z roku 2016 cituje autorka ženu, pro kterou bylo nepříjemné slyšet, na kolik centimetrů je její čípek otevřený:

„S postupem těhotenství je to čím dál víc invazivní, protože kontrolují, jak moc jste otevřená... dva prsty, tři prsty, čtyři prsty, a to mě obtěžovalo, opravdu, ta verbální stránka, protože z nějakého důvodu zmínka o počtu prstů pro mě byla spouštěčem.“ Podobné pocity popsaly i další z žen, často například opakovaly,

že představu, že se jejich tělo otevírá, vnímaly negativně, přestože zdravotníci na posun v porodnickém nálezu reagovali opačně. (LoGiudice, 2016, s. 92) Čtyři z respondentek americké studie se shodly, že slova, která zdravotničtí pracovníci používali, jim připomněla jejich trauma, jedna z nich uvedla, že jí velmi ublížilo, když jí před vaginálním vyšetřením jedna členka zdravotnického týmu řekla: „Teď vás vyšetřím a opovažte se hýbat, jinak použiji násilí.“ (Sobel, 2018, s. 5) Pro oběti sexuálního násilí může být problematickým i fakt, že zdravotničtí pracovníci se soustředí především na samotný výkon, tedy že ihned po provedení vyšetření opouští porodní box, podobně jako kdysi agresoři těchto žen. (LoGiudice, 2016, s. 93)

3.2 Epidurální anestezie

Dalším z častých spouštěčů nepříjemných vzpomínek na prožité trauma může být i epidurální anestezie. Zdravotničtí pracovníci si totiž nemusí uvědomovat podobnost mezi touto intervencí a násilím, kterým si daná žena prošla. Tuto podobnost může představovat například omezení možnosti pohybu během zavedení katetru, fakt, že žena musí být otočena zády k anesteziologovi a nevidí, co se s ní děje, nahota nebo pocit, že je žena v pasti a nemůže utéct. Některé ženy cítí nepříjemné pocity i kvůli samotnému zavádění katetru do jejich zad, neboť jim tento akt připomíná penetraci, kterou zažily dříve. (LoGiudice, 2016, s. 93) Jedna z respondentek v rámci disertační práce na Univerzitě v Connecticutu popsala svou zkušenost s epidurální anestézií v souvislosti s násilím, které zažila jako dítě:

„Dávají vám epidurál a vy tam sedíte a oni vám říkají, ať se nehýbete. Říkají vám, co máte dělat a já jsem se cítila hodně nepříjemně. Říkala jsem si, že mi nemohou říkat, co mám dělat. Věděla jsem, že mi říkají, ať se nehýbu, abych se nezranila, ale cítila jsem se zase jako dítě. Nemohla jsem se hýbat, nemohla jsem tohle, nemohla jsem tamto, musela jsem tam jen sedět. V podstatě to, co mi říkali, když jsem byla malá. A to bylo náročné. Plakala jsem, ale nikdo nevěděl, proč pláču. Říkali mi, co mám dělat, a u toho do mě strkali nějaký předmět, který jsem neznala. Co se v tu chvíli dělo? Jak jsem říkala, cítila jsem se jako malá holčička, která si nemohla dělat, co chce. Cítila jsem se v pasti, stejně jako ta malá holčička ve mně. Měla bych být tou dospělou ženou, která rodí dítě, ale cítila jsem se jako malé dítě,

které by vůbec rodit nemělo. Bylo to opravdu těžké.“ Jiná žena ze stejné studie, oběť incestu v dětství, měla podobné pocity během zavádění epidurální anestezie:

„To, že jsem nevěděla, co se při epidurálu všechno děje, to na tom bylo nejhorší, pak taky ta bolest, ta pozice, ty kontrakce, které přicházely během toho a taky to, že jsem byla odhalená.“ (LoGiudice, 2016, s. 93) Mnohé z respondentek britské studie z roku 2015 popsaly podobné zážitky a pocity v souvislosti s epidurální anestezí. Jedna z žen například uvedla, že pro ni byl spouštěčem nepříjemných vzpomínek fakt, že po zavedení katetru jí nebylo umožněno volně se pohybovat:

„Byla jsem uvězněná na posteli, nemohla jsem vstát, to bylo strašné, a do pokoje neustále někdo chodil, což mi vyvolávalo vzpomínky na minulost.“ Stejná žena popsala i proces zavádění katetru:

„Všichni akorát přišli, něco se mnou dělali a nikdo mi neřekl, co dělají... a pak zase všichni zmizeli a nechali mě samotnou, a pak jsem čekala, kdy se opět otevřou dveře. Nevěděla jsem, kdo vejde, co se stane, a to bylo opravdu, opravdu děsivé.“ Pro jiné z obětí však byla epidurální anestezie vysvobozením od ochromující bolesti, jak například uvedla jedna z žen:

„Nevím, jestli je normální cítit bolest úplně všude v těle, jestli to bývá tak bolestivé, ale pro mě to bylo tak strašlivé, že jsem potřebovala epidurál, protože jsem byla úplně vyděšená.“ (Montgomery, 2015, s. 5) V roce 2021 proběhla v Kanadě studie, jíž se zúčastnilo 29 adolescentních matek s historií některé z forem traumatu v dětství (14 z nich zažilo sexuální zneužívání). Některé z těchto žen mimo vaginální vyšetření a epidurální anestezii udávaly, že spouštěčem pro ně byla i zdánlivě neinvazivní vyšetření, pro 5 z nich představovalo spouštěč měření krevního tlaku, výšky a hmotnosti, 4 ženy uvedly jako spouštěč zevní vyšetření břicha. (Millar, 2021, s. 4)

3.3 Bolest

Dalším významným aspektem porodu, který mohou oběti sexuálního násilí vnímat jiným způsobem než ženy bez násilí v anamnéze, je bolest, a to jak bolest při kontrakci, při prořezávání hlavičky, tak při různých vyšetřeních a intervencích. Ve svém rozhovoru pro disertační práci na Univerzitě v Connecticutu uvedla jedna z respondentek:

„Věděla jsem, že znásilnění může narušit porodní proces, ale myslela jsem si, že jsem dávno překonala tu intenzivní bolest a že jsem to dávno zpracovala, takže mi ty pocity nebudou překážet. Omyl. Když mi odtekla plodová voda a začaly kontrakce, cítila jsem tu bolest v děloze jako bolest z vynucené penetrace. Byl to stejný pocit jako znásilnění.“ (LoGiudice, 2016, s. 7) Mezi účastnicemi na britské studii z roku 2015 byla i žena, která si prožité násilí vůbec nepamatovala a vzpomněla si na něj až během porodu, když ve druhé době porodní začala cítit bolest, kterou si podvědomě spojila s bolestí ze znásilnění:

„Poprvé jsem si to uvědomila, když jsem byla ve druhé době porodní, a ta bolest – úplně jsem přestala dýchat. Nepřestala jsem dýchat v tom smyslu, že by mi šlo život, ale slyšela jsem svou porodní asistentku říkat mi, abych se nadechla. Bylo to skoro, jako by to bylo tak podobné, že ačkoliv jsem nevěděla, že tam je souvislost, tak moje tělo to vědělo a úplně mě to ovládlo.“ (Montgomery, 2015, s.4) Stejná žena v rámci následující studie popsala moment, kdy během porodu přestala dýchat:

„V extrémním stresu nebo bolesti jsem měla tendence vydechnout a přestat dýchat... a já, cítila jsem, jak mizím, protože jsem se nemohla nadechnout, přestože mě o to žádala porodní asistentka.“ (Montgomery 2015, s. 5) Některým ženám mohou pomoci farmakologické metody tišení bolesti, dle respondentek norské studie z roku 2013 však tyto metody nemusí mít kýžený účinek – ze studie vyplývá, že často nejenže pacientkám neulevily od bolesti, ale v mnohých ještě podpořily pocit, že nad situací nemají kontrolu, a ženy se tak cítily paralyzovány. (Halvorsen, 2013, s. 6)

3.4 Disociace

Častým jevem během porodů žen se zkušeností se sexuálním násilím je disociace, tedy jev, kdy je na základě určitého spouštěče pacientka zahlcena traumatickými vzpomínkami a přestává reagovat na své okolí, či reaguje na stimuly, které nejsou fyzicky přítomny. (Owens, 2021, s. 2) Disociace může být spuštěna jak asociací některých aspektů porodu s traumatem (například při pocitu ztráty kontroly nebo při bolesti v pochvě), tak běžnými vyšetřeními, výkony či například tlačení ve druhé době porodní. (LoGiudice, 2016, s. 16) Tři z účastnic norské studie z roku 2013 přirovnaly disociaci během svého porodu k násilí, které prožily – ženy vnímaly obojí jako něco nevyhnutelného a neovladatelného.

„Už jsem ani nevěděla, že rodím. Bylo to jako z jiného světa, ale stejné bylo i znásilnění. Měla jsem pocit, jako bych opustila své tělo, stejně jako když jsem byla znásilněna. Nevěděla jsem, kde jsem, jako bych byla sama nad svým tělem a dívala se na něj shora.“ Jiná respondentka uvedla, že disociace nastala ve chvíli, kdy se zdravotníkům „podvolila“:

„Říkali mi něco v tom smyslu, že vidí, že mám bolesti, ale že ‚to udělají rychle‘. Stáhli ze mě peřinu, které jsem se držela zuby nehty, a vyhrnuli mi košili. Ležela jsem v posteli, zranitelná, ale vlastně jsem odešla z místnosti. Ať si dělají, co potřebují.“ Podobně svou zkušenost popsala i další účastnice, konkrétně svůj pocit, že byla zdravotníky vnímána nikoliv jako aktivní účastník na svém porodu, nýbrž jako pasivní objekt:

„Podívala jsem se dolů a viděla jsem své tělo jakoby shora, jako poražené zvíře, se kterým si každý mohl dělat, co chce. Nemohla jsem se vůbec pohnout, byla jsem opravdu vyděšená. Ležela jsem tam a nemohla jsem utéct. Vůbec jsem nevládala vnímat, co se děje. V opuštění místa činu jsem dobrá.“ Tato výpověď mimo jiné naznačuje také fakt, že disociaci jako obranný mechanismus využívají mnohé ženy od momentu traumatu dále v životě, včetně náročných situací během porodu. (Halvorsen, 2013, s. 4-5) Tuto zkušenost popsala také jedna z respondentek ve svém rozhovoru pro disertační práci na Univerzitě v Connecticutu:

„Uvědomila jsem si, že se [to] snažím vyblokovat... Disociuji... To je můj způsob, jak [to] zvládnout.“ (LoGiudice, 2016, s. 95) Tento způsob managementu bolesti však není vždy žádoucí zejména pro ztíženou spolupráci s rodící ženou, ovšem v některých případech může v nicnetušících zdravotnických pracovnících vyvolat pozitivní reakci, jak popsala jedna z respondentek britské studie z roku 2013:

„Myslela jsem si, že spodní polovina mého těla zmizela někam pryč... a sestřičky jen říkaly ‚tahle žena je úžasná! Vůbec necítí bolest!‘“ (Montgomery, 2013, s. 6) Jedním z nejčastějších momentů během porodu, kdy ženy zažívají disociaci, jsou vaginální vyšetření, jak blíže popsala jedna z respondentek britské studie z roku 2013:

„Je to pro mě děsivé, nejdřív ztratím oční kontakt s okolím, pak přestanu být schopna verbálně komunikovat a úplně se uzavřu do sebe... Nejhorší je na tom ta úplná paralýza, kdy se začnu neovladatelně třást, až jsem úplně paralyzovaná. Nemůžu vůbec ovládat své tělo. Slyším, ale nemůžu mluvit.“ Během disociace se žena může navrátit do momentu svého traumatu, což se může projevit tím,

že žena komunikuje dětským hlasem a zaujímá obranné pozice těla, podobně jako když dříve zažívala násilí, jak během stejného výzkumu popsala jedna porodní asistentka chování ženy, o niž pečovala:

„Během druhé doby porodní [žena] začala mluvit dětským hlasem, obrátila obličej ke stropu, zjevně s námi nebyla ve stejné místnosti, a pak tiše prosila: ‚Neubližujte mi. Když mi přestanete ubližovat, budu hodná. Slibuji, že to nikomu neřeknu!‘“ (Montgomery, 2013, s. 5)

3.5 Císařský řez

Z jednotlivých studií je patrné, že oběti sexuálního násilí obecně nemají jednotný názor na porod císařským řezem. Pro mnohé z nich představuje plánovaný císařský řez optimální způsob porodu, a to z různých důvodů; pro jednu z respondentek americké studie z roku 2018 byla volba císařského řezu jednoznačná (Americké sdružení porodníků a gynekologů uvádí, že žena si může svobodně vybrat způsob, jakým porodí své dítě, přestože vaginální porod je za fyziologických okolností preferován; ACOG, 2019, s. 4), protože představa nahoty během vaginálního porodu v ní vzbuzovala nezvladatelné pocity úzkosti. (Sobel, 2018, s. 7) Jiná účastnice na této studii se i přes své pocity úzkosti z nahoty rozhodla pro vaginální porod, během něj však tyto pocity zesílily do takové míry, že když byl lékařem indikován císařský řez z fetální indikace, pocítila tato žena úlevu:

„Během operace jsem byla zakrytá, jak jen to šlo. Dokonce i paže jsem měla zakryté. Říkala jsem jim, ať mě zakryjí, nohy, chodidla, všechno. Chtěla jsem, aby bylo všechno pod tou modrou rouškou, kromě toho, co potřebovali vidět. Než mě zakryli, byla jsem velmi, velmi nervózní.“ (Sobel, 2018, s. 5)

Některým ženám může pomoci mít možnost volby, jak uvedla jedna z respondentek:

„Můj lékař se mě zeptal ‚Co byste chtěla? Chtěla byste císařský řez? Chtěla byste родit vaginálně? Jak se rozhodnete, tak to uděláme, pokud to bude bezpečné.‘ To jsem chtěla slyšet.“ (Sobel, 2018, s. 4) Německá studie z roku 2017 zkoumala, zda má císařský řez na přání matky vliv na peripartální úzkost a depresi u žen se strachem z porodu, mezi něž mohou patřit například oběti sexuálního násilí. Výsledkem studie bylo zjištění, že deprese a pocity úzkosti před porodem byly vyšší u žen, které si přály císařský řez, než u žen, které chtěly родit vaginálně, ale deprese

a úzkost po porodu byla zaznamenávána ve stejné míře u obou skupin. Naopak u žen, které si přály podstoupit císařský řez z důvodu tokofobie, ale nakonec porodily vaginálně, byla v podstatně vyšší míře diagnostikována posttraumatická stresová porucha a deprese po porodu než u žen, které chtěly родit vaginálně. Plánovaný císařský řez podle této studie tedy nemá vliv na negativní pocity před porodem, ale pokud mají ženy nadměrný strach z porodu a rezolutně si přejí podstoupit císařský řez, pak může vaginální porod zvyšovat riziko postpartální deprese a posttraumatické stresové poruchy, a to i v případě, že žena během těhotenství byla v péči psychologa či psychiatra. (Olieman, 2017, s. 3-4) Svůj plánovaný císařský řez popsala ve svém rozhovoru pro disertační práci z roku 2016 jedna z respondentek:

„Všechno bylo perfektní. Když se začínalo, měla jsem dobrou náladu, doktoři byli skvělí. Byla jsem šťastná, a ještě jsem u toho vtipkovala.“ (LoGiudice, 2016, s. 85) K retraumatizaci však může dojít i v případě plánovaného císařského řezu, jak vyplývá z norské studie z roku 2013. Podle ní se pocity vracení se do okamžiku původního traumatu, odcizení od vlastního těla, objektifikace a pocity „špinavosti“ objevovaly v podobné míře jako u žen, které rodily své děti vaginálně. U plánovaného císařského řezu může být spouštěčem poloha na zádech, nemožnost pohybu, „upoutání“ na operační stůl a na různé přístroje, zavedení intravenózních vstupů a močového katetru, dezinfekce operačního pole, znečistlivění v důsledku anestezie a samozřejmě fakt, že se pacientky v průběhu operace dotýkají cizí lidé. Proto nelze jednoznačně doporučit plánovaný císařský řez jako prevenci peripartální retraumatizace ženy. (Halvorsen, 2013, s. 8)

V případě akutního císařského řezu je pak riziko retraumatizace ještě vyšší – vyskytnou-li se komplikace, které je nutno řešit neodkladně, pak nemusí být prostor pro náležité zpracování odklonu od původního plánu, a to i v případě, že komunikace mezi zdravotnickým týmem a rodičkou byla doposud efektivní. (Sobel, 2018, s. 8) Jak popsala jedna z žen ve svém rozhovoru pro disertační práci z roku 2016:

„Při porodu mi najednou začali říkat, ať se otočím na jednu a na druhou stranu. Proč to mám dělat? Co se děje? Bylo to asi tím, že přes placentu neprocházel dostatek kyslíku, což byl možná důvod, proč mi udělali císařský řez, když jsem byla na 5 centimetrech. Nikdy mi to nebylo vysvětleno... Oni to celé řídili. Běželo mi hlavou, dobře, děláte nějaké věci... Co je vlastně císařský řez?“ Tento zážitek ilustruje, jak nedostatečně vysvětlená intervence může vyvolat zmatení a strach u žen, pro které je důležité otevřeně komunikovat se zdravotníky a mít

situaci pod kontrolou. (LoGiudice, 2016, s. 100) U některých žen může náhlá nutnost akutního císařského řezu po dlouhém a náročném porodu vyvolat pocit, že se musí „podvolit“, podobně jako ve chvílích, kdy zažívaly sexuální násilí. Jedna z respondentek norské studie z roku 2013 popsala podobnou zkušenost:

„Když mě položili na operační stůl, měla jsem pocit, že jsem zemřela. Celé moje tělo zmizelo. Necítila jsem nic. Byla jsem pryč, neměla jsem jak utéct, nemohla jsem utéct.“ (Halvorsen, 2013, s. 8)

3.6 Nahota a soukromí

Dalším aspektem porodu, který může být vnímán oběťmi sexuálního násilí odlišně, je nahota a soukromí (přesněji jeho nedostatek). Podle americké studie z roku 2018 ženy, které nezažily sexuální násilí, zvládaly nahotu či určitou míru odhalenosti s menšími obtížemi, některé z nich si navíc přály родit v pozicích, kde byly odhaleny více než v klasické gynekologické poloze, nebylo ani výjimkou využití zrcadla ve druhé době porodní, aby mohly sledovat prořezávání hlavičky. Naproti tomu ženy, které sexuální násilí zažily, popisovaly ve větší míře pocity úzkosti v souvislosti s nutností být u porodu odhalena. Jak uvedla jedna z respondentek:

„Vůbec jsem nechtěla být odhalená. Bylo mi nepříjemné být nahá. Samozřejmě, že u porodu je člověk nahý. Tak jsem si aspoň přinesla k porodu nadkolenní punčochy, abych se alespoň trochu zakryla.“ (Sobel, 2018, s. 5) Pro oběti sexuálního násilí může nahota u porodu vyvolat pocit navrácení se do okamžiku traumatu, kdy mohly být oběti rovněž do určité míry odhaleny a bylo jim narušeno soukromí. (LoGiudice, 2016, s. 92) I kvůli nahotě je pro tyto ženy důležité mít pod kontrolou to, kdo a jakým způsobem za nimi vchází na porodní box, jak popsalo několik účastnic na americké studii z roku 2018:

„Velmi mi záleželo na tom, abych byla zakrytá... Vaginální porod by mě zničil. Nedovedla jsem si představit, jak bych mohla zůstat oblečená a zároveň porodit dítě.“

„Byla tam spousta lidí. Příliš mnoho lidí. Měla jsem pocit, že to snad nemůže být nutné, aby tam bylo tolik lidí.“ Úzkost v ženách vzbuzovala i nejistota ohledně toho, kdo projde dveřmi na jejich porodní box:

„Vždycky jsem se lekla, když někdo otevřel dveře. Nechtěla jsem, aby za mnou v nesprávnou chvíli přišel nesprávný člověk.“ (Sobel, 2018, s. 4-5) Tato

situace totiž může být rovněž spouštěčem nepříjemných vzpomínek a přenesení se do okamžiku násilí. Jedna z respondentek britské studie z roku 2015 popsala svůj strach z nevědomí, kdo může být za dveřmi, během svého pobytu na oddělení rizikového těhotenství:

„Mám hrozný strach ze tmy, a ležet tam potmě, jenom za záclonou, kam může kdokoliv přijít, bylo hrozné, protože člověk slyší jenom kroky... A kroky znamenají opravdu hodně pro někoho, ke komu se v dětství nechovali dobře. A ty kroky – člověk nikdy neví, čí jsou, až dokud se nerozhrne záclona.“ (Montgomery, 2015, s. 6) Vzhledem k tomu, že určitá míra odhalenosti je jak u vaginálního porodu, tak u porodu císařským řezem nevyhnutelná a naprosté soukromí rovněž nelze zaručit, je nutno, aby zdravotničtí pracovníci se ženou citlivě komunikovali a společně zvolili přístup k těmto aspektům tak, aby bylo co nejvíce zamezeno retraumatizaci.

3.7 Mužští poskytovatelé zdravotnické péče

Studie prokazují, že naprostou většinu pachatelů sexuálního násilí tvoří muži. (Ward, 2020, s. 3; Smith, 2017, s. 24) Z tohoto důvodu může být pro ženy s historií prožitého sexuálního násilí obtížné důvěřovat zdravotnickým pracovníkům mužského pohlaví a cítit se v jejich péči bezpečně, a to často i v případě, že je u porodu přítomna také žena (ať už porodní asistentka, lékařka nebo osoba blízká rodičce). (Ward, 2020, s. 3) Není však pravidlem, že ženy, které zažily sexuální násilí, zcela odmítají přítomnost doktora mužského pohlaví u svého porodu, jak dokazuje americká studie z roku 2018. V této studii měly respondenty odlišné názory, jak ilustrují jednotlivé výpovědi:

„Vidět jakéhokoli muže – například na novorozenecké jednotce intenzivní péče, když otcové navštěvovali své děti, mě vždycky trochu vyděsilo.“

„Měla jsem u sebe svého partnera, takže jsem se vždycky dívala na něj, mluvila s ním a předstírala jsem, že mě vyšetřuje žena.“

„[Lékař] se mě nedotýkal nijak nevhodně. Nebylo to vyloženě traumatické, spíš jen nepříjemné.“

„V momentě, kdy bych uviděla muže, bych odešla, porod neporod.“

„Chtěla jsem lékařku, ale on už byl u porodu tisíců dětí, takže jsem samozřejmě zvolila lékaře s více zkušenostmi, nešlo v tu chvíli o mě, ale o moje dítě.“

A cítila jsem se s ním bezpečně, tak bych se normálně necítila, vzhledem k mé historii.“

„Nevadilo mi, že mě vyšetřoval lékař, protože dělá svou práci. Byl to profesionál.“ (Sobel, 2018, s. 4-5)

V rozhovorech pro disertační práci na Univerzitě v Connecticutu ženy častěji uváděly preferenci pro ženské členky zdravotnického týmu, všechny respondentky byly navíc oběťmi pachatelů mužského pohlaví. Volba poskytovatele zdravotní péče pro ně mohla být jak prevencí spouštěčů vzpomínek a pocitů navrácení se do okamžiku traumatu, tak jedním z mála aspektů porodu, které mohly ovlivnit a nad kterými měly kontrolu. Některé z nich se o volbě členů zdravotnického týmu vyjádřily následujícím způsobem:

„Vybrala jsem si lékařku, protože mít u porodu lékaře by mi vadilo. Vybrat si lékařku a porodní asistentku mi pomohlo cítit se víc bezpečně.“

„Druhé dítě jsem rodila 2 roky po tom prvním a změnila jsem lékaře. Vybrala jsem si ženu. Cítila jsem se o trochu bezpečněji. Necítila jsem se tak vystresovaně a napjatě.“

„Vždycky jsem si vybírala lékařky, vždycky jsem měla u porodu ženy.“ (LoGiudice, 2016, s. 105)

3.8 Skin-to-skin kontakt s dítětem a kojení

Porodem však riziko retraumatizace nekončí. Bezprostřední skin-to-skin kontakt s dítětem po porodu a následné kojení může být pro mnohé ženy spouštěčem negativních vzpomínek a pocitů navrácení se do okamžiku traumatu. Jedna z žen ve svém rozhovoru pro disertační práci z roku 2016 popsala své pocity při prvním kontaktu se svým dítětem:

„Byla jsem zoufalá, protože najednou taková svíjející se, slizká věc, totiž, určitě to bylo krásné, ale najednou jsem na sobě měla tuhle svíjející se, slizkou věc.“

Jiná z respondentek uvedla, že kontakt skin-to-skin s jejím dítětem jí byl nepříjemný:

„Už od doby, kdy se můj syn narodil, jsem musela být vždycky úplně oblečená. Vidám matky, jak své děti chovají a mají na sobě třeba jen prádlo, ale to já ne. Musela jsem být pokaždé úplně oblečená a on také.“ (LoGiudice, 2016, s. 94)

Skin-to-skin kontakt však může v ženách, které zažily sexuální násilí, vyvolat i pozitivní pocity, jak například popsala účastnice na britské studii z roku 2013:

„První věc, co mě napadla, když mi ho položili na břicho, bylo, že se cítím čistá, jako kdyby se všechno to špatné smylo.“ (Montgomery, 2013, s. 7)

Také na kojení měly ženy napříč studii různé názory – pro některé byla představa kojení či přímo zkušenost s ním natolik nepříjemná, že se rozhodly nekojit nebo laktaci ukončit, jiné ženy naopak kojení vnímaly pozitivně, některé dokonce popisovaly, že schopnost nakojit své dítě představovala potvrzení, že jejich tělo funguje správně. Negativní zkušenost popisovaly ženy například v americké studii z roku 2018:

„Předpokládám, že lidé, kteří nezažili domácí násilí, se jednoduše podívají na své dítě a jsou šťastní. Mě napadalo jenom ‚Už bude konečně nakrmená?‘“ Jedna z účastnic se snažila kojit, ale tlak okolí na její kojení byl tak velký, že při neúspěchu zažívala pocity viny:

„Všichni stále opakovali, že je to bonding, je to tohle, tamto, takže jsem to opravdu chtěla zažít, snažila jsem se, ale nešlo to.“ (Sobel, 2018, s.5-6) Podobné zkušenosti měla i jedna z respondentek britské studie z roku 2015:

„Měla jsem pocit, že se to celé děje znovu, zase jsem byla v moci někoho jiného. Opravdu jsem se snažila necítit se tak, ale napadalo mě to vždycky, když jsem se snažila kojit. Měla jsem intenzivní pocit, že mě ovládá někdo jiný.“ (Montgomery, 2015, s. 5) Výpověď jedné z účastnic britské studie z roku 2013 vystihuje fakt, že i dobře míněná pomoc, která proběhne bez dostatečné komunikace, může v ženě s traumatem ze sexuálního násilí vyvolat negativní pocity či přímo spustit pocit navrácení se do okamžiku traumatu:

„Jedna ze sester vzala můj prs a strčila jej mé dceři do úst. Byla jsem zděšená.“ (Montgomery, 2013, s. 6) Ženy, které poskytly rozhovory pro disertační práci na Univerzitě v Connecticutu v roce 2016, vnímaly způsob, jakým budou krmit své děti, jako jeden z mála aspektů porodu a raného mateřství, nad kterým měly kontrolu; některé ženy se rozhodly kojit, aby tak mohly navázat vztah ke svému dítěti, jiné ženy kojit odmítly, protože jim akt laktace příliš připomínal násilí, které zažily, jak popsala jedna z účastnic:

„Kojit jsem nemohla, v žádném případě. Připadalo mi to nečisté. Několik mých přátel a příbuzných kojilo a nechápu jak, protože pro mě k tomuhle prsa nejsou... Chápu, že to tak není, ale mám zkrátka pocit, že je to něco nečistého. Věděla jsem,

že to je pro dítě to nejlepší, ale nedokázala jsem to, cítila jsem se hrozně nepříjemně. Už před tím, než jsem měla dítě, jsem věděla, že nikdy nechci kojit, protože mi to nepřišlo přirozené, ale nečisté.“ Pro mnohé ženy však kojení znamenalo výzvu v pozitivním slova smyslu, dle jedné z respondentek stejné studie:

„Byla jsem odhodlaná kojit. Ze začátku to nebylo jednoduché, to rozhodně ne, a pamatuji si, že manžel navrhl, že bychom měli naše dítě raději krmit z lahve, ale odpověděla jsem, že pokud mě nedokáže podporovat, tak musí odejít z místnosti. A když jsem to zvládla, tak jsem kojila rok.“ (LoGiudice, 2016, s. 106) Kojení jako posilující zážitek popisovaly ženy i v americké studii z roku 2018:

„Ve výsledku mi kojení, stejně jako porod, změnilo pohled na vlastní tělo. Měla jsem pocit, že mám superschopnosti; udržuji někoho při životě něčím, co sama vytvářím ve svém těle.“

„Mám se svým tělem spojeno mnoho špatných vzpomínek, takže představa, že své tělo můžu použít k něčemu tak prospěšnému pro své dítě, pro mě byla velmi, velmi důležitá.“ (Sobel, 2018, s. 5) Kojení tedy pro ženy se zkušeností se sexuálním násilím představuje unikátní výzvu, která pro některé může znamenat boj se spouštěči vzpomínek na jejich trauma, s vědomím, že někdo jiný je na nich existenčně závislý, a se zcela novými vjemy a pocity. Pro jiné může představovat cestu zpět k vlastnímu tělu, ke svému dítěti a v některých případech oddělení se od prožitého násilí. Pro většinu z nich je však otázka krmení vlastního dítěte z velké části otázkou kontroly nad situací, tedy něčím, co jí bylo v minulosti násilím odebráno. (LoGiudice, 2016, s. 107)

Porod představuje pro ženy, které zažily sexuální násilí, nelehkou výzvu. Mnohé ženy si mohou některé aspekty porodu asociovat se svým traumatem, což může vyvolat nepříjemné vzpomínky, pocity navrácení se do momentů násilí či disociaci a odpoutání se od reality. Pro některé ženy může střet se zdravotníky připomínat střet s jejich agresorem, z něhož není jiného východiska než rezignace a „podvolení se“. (Halvorsen, 2013, s. 4) Odhadnout, který aspekt porodu vyvolá v ženě negativní reakci, je pro porodní asistentky a další zdravotníky přinejmenším velmi obtížné, často však takřka nemožné: zkušenosti žen s násilím a spouštěče negativních vzpomínek a pocitů jsou individuální, a tudíž často nepředvídatelné. (Montgomery, 2015, s. 7)

4 Péče porodní asistentky během porodu

Retraumatizaci během porodu lze předcházet pouze omezeně, neboť mimo informovanosti zdravotníků a jejich přístupu k ženě záleží také na ženě samotné a na tom, do jaké míry má své trauma zpracováno. Zdravotničtí pracovníci však mohou míru retraumatizace pozitivně či negativně významně ovlivnit, a doporučením pro poskytování péče je věnována tato kapitola. (Montgomery, 2015, s. 7) Jedním z nejvýznamnějších faktorů, které mají vliv na porod oběti sexuálního násilí, je mocenská dynamika mezi ženou a zdravotníky. Ženy, nad kterými v minulosti někdo jiný násilím převzal kontrolu, intenzivně vnímají, když o ni opět přichází, byť v jiném kontextu. (Montgomery, 2015, s. 7) Ženy s historií prožitého sexuálního násilí často popisují pocit ztráty kontroly už na začátku těhotenství, kdy se začíná měnit jejich tělo vlivem jiného člověka, nebo například při porodu během kontrakcí. Tyto procesy ženy nemohou ovlivnit, jde tedy o vnitřní ztrátu kontroly, již neovlivní ani zdravotníci. Na ztrátě kontroly z vnějších důvodů však zdravotníci mohou mít podíl, například způsobem, jakým s pacientkou komunikují. (Montgomery, 2015, s. 4) Ženy, které zažily sexuální násilí, často při vzpomínání na porod popisují, že se cítily jako pasivní objekt, protože s nimi zdravotníci nekomunikovali, nepřístupovali k nim s respektem a jak uvedla jedna z respondentek norské studie z roku 2013:

„Porodní asistentka se mnou nemluvila, ani mě neoslovovala, nebylo mi dovoleno se zapojovat. Byla jsem jen „robotické tělo“, z něhož se mělo narodit dítě.“ (Halvorsen, 2013, s. 5) Porodní asistentky by měly dbát na to, aby rodící ženu aktivně zapojovaly do procesu péče, podporovaly ji ve svobodném rozhodování, a aby v ženě nezbuzovaly pocit, že je méně důležitá než její dítě. (Halvorsen, 2013, s. 5) Dalším důležitým aspektem prevence retraumatizace je souhlas. Porodní asistentka by ve chvílích, kdy má rodička rozhodnout o dalším postupu, měla vysvětlit ženě její možnosti se všemi riziky a výhodami a umožnit jí se pro jednu z nich svobodně a bez nátlaku rozhodnout. Jakmile se tak stane, porodní asistentka by měla tuto volbu respektovat. (Ward, 2020, s. 3) Stejně tak je nutné, aby informovala ženu, že může jakýkoliv návrh porodní asistentky odmítnout a že odmítnutí postupu nevyvolá negativní reakci ze strany porodní asistentky, neboť strach ze změny atmosféry ve vztahu žena-porodní asistentka může u oběti sexuálního násilí omezit schopnost říci „ne“. (Tillman, 2020, s. 4) Pocitu kontroly nad situací a zároveň komunikaci s porodní asistentkou může rovněž pomoci porodní

plán – v něm, mimo svých preferencí, může žena zmínit i aspekty porodu, o nichž předpokládá, že pro ni budou obtížné, a zároveň v něm může sdílet, jaké obranné mechanismy ženě pomáhají ve chvílích distresu. Porodní asistentka tak může přizpůsobit plán své péče a vyvarovat se případného vyvolání reaktivace traumatu. (Sobel, 2018, s. 3)

Pro minimalizaci rizika retraumatizace a zajištění efektivní komunikace je podstatné, aby porodní asistentka vytvořila bezpečnou atmosféru a získala si důvěru své klientky. (LoGiudice, 2016, s. 17) Ženy, které zažily sexuální násilí, častěji vyhledávají péči komunitní porodní asistentky, mohou tak s porodní asistentkou navázat důvěrnější vztah a zároveň získat do určité míry kontrolu nad svým blížícím se porodem. (LoGiudice, 2016, s. 126) I porodní asistentka pracující v nemocnici však může vytvořit bezpečné prostředí pro otevřenou komunikaci, a podaří-li se jí to, má pak větší šanci promluvit si se ženou o jejím traumatu. Mnohé ženy napříč studii vypověděly, že ačkoliv by se samy od sebe se svou zkušeností nesevěřily, ocenily by, kdyby se jich porodní asistentky přímo zeptaly. (Sobel, 2018, s. 3; LoGiudice, 2016, s. 124; Millar, 2021, s. 5) Kromě samotného položení otázky by porodní asistentka měla vysvětlit, proč se ptá na potenciální zkušenost ženy se sexuálním násilím, některé ženy se totiž s tímto faktem nesevěří, protože neví, že jejich trauma může mít na porod vliv. (Meuleman, 2021, s. 5) Některým ženám může pomoci se svěřit, zdůrazní-li porodní asistentka, že je vázaná lékařským tajemstvím. (Finnbogadóttir, 2020, s. 4) Pokud se žena rozhodne svou zkušenost sdílet, měla by porodní asistentka aktivně naslouchat, vyhnout se hodnocení a výrazným projevům emocí a případně ženu odkázat na pomoc odborníka (probíhá-li rozhovor dříve než v začátku porodu). (Owens, 2021, s. 3) Dále by měla údaj o násilí zaznamenat do zdravotnické dokumentace přístupné ostatním zdravotníkům, aby pacientka nebyla nucena tento rozhovor opakovat s dalšími členy personálu. (Sobel, 2018, s. 6; Millar, 2021, s. 5) I při splnění všech doporučených kroků se však může porodní asistentka setkat s tím, že se žena s traumatem nesevěří, což však nemusí znamenat, že se žena se sexuálním násilím nesevřela – porodní asistentka by tak během své péče měla nadále udržovat empatický přístup a sledovat nonverbální komunikaci pacientky. (Millar, 2021, s. 5) Některé porodní asistentky se tomuto rozhovoru vyhýbají ze strachu, že tím pacientku retraumatizují, nebo protože věří, že nemají dostatečnou kvalifikaci na adekvátní podporu ženy v této situaci. Pokud však porodní asistentka tento rozhovor neinicuje, může žena

nabýt přesvědčení, že není důležité tuto informaci sdělovat, a absence této diskuze může později ztížit komunikaci během porodu. (Meuleman, 2021, s. 5)

Častým spouštěčem nepříjemných vzpomínek, a tedy potenciální retraumatizace, jsou vaginální vyšetření během porodu. Samotnému vyšetření by mělo předcházet vysvětlení, proč je důležité tento výkon provést a jak přesně bude porodní asistentka postupovat, ale také ujištění, že žena může vyšetření kdykoliv přerušit. (Owens, 2021, s. 4) Efektivnější komunikaci může pomoci, domluví-li si žena s porodní asistentkou konkrétní slova, která v případě distresu během vyšetření může použít, a signalizovat tak zcela jasně, že si přeje vyšetření ukončit. Doporučována jsou například „stop“ (porodní asistentka pozastavuje výkon a čeká, jestli bude žena připravena vyšetření dokončit) a „ven“ (porodní asistentka okamžitě ukončuje vyšetření), nebo „červená“ a „zelená“. (Tillman, 2020, s. 6; Ward, 2020, s. 3) Namísto je i otázka, zda pacientka považuje některý z aspektů vyšetření za obzvlášť problematický, případně jak může porodní asistentka postupovat, aby průběh vyšetření své klientce usnadnila. Pokud si žena přeje například přítomnost třetí osoby či odmítá vyšetření od zdravotníka mužského pohlaví, měla by se porodní asistentka snažit vyjít těmto požadavkům vstříc. (Owens, 2021, s. 4) Před vyšetřením by měl být ženě poskytnut dostatek času na to, aby se na vyšetření psychicky připravila. (Halvorsen, 2013, s. 8) Některé ženy se cítí komfortněji, jsou-li při vyšetření co nejvíce zahaleny. Porodní asistentka by tak měla ženě umožnit odhalit pouze nezbytně nutnou oblast jejího těla. Porodní asistentka by se dále měla vyhnout používání slov, která si žena může asociovat se slovy svého agresora, například „uvolněte se a nebude to tolik bolet“ či „roztáhněte nohy“. Během vyšetření by porodní asistentka měla sledovat neverbální projevy klientky – žena mohla nejdříve s vyšetřením souhlasit, pokud však porodní asistentka upozoruje, že má žena například ztuhlou dolní polovinu těla, měla by vyšetření pozastavit a domluvit se se ženou na dalším postupu. (Owens, 2021, s. 4) Po skončení vyšetření by se porodní asistentka měla ženy zeptat, zda chce znát výsledek vyšetření, či pouze vědět, zda porod postupuje. Zároveň by se porodní asistentka měla vyvarovat projevům nadšení z nálezu – oběti sexuálního násilí mohou tyto pozitivní emoce v souvislosti s „otevíráním jejich těla“ vnímat negativně a spojovat si je s chováním jejich agresora. (LoGiudice, 2016, s. 125) V ideálním případě by měl následovat rozhovor, kdy spolu žena a porodní asistentka zhodnotí průběh vyšetření a případně upraví postup pro příští vyšetření. (Owens, 2021, s. 4) Vaginální vyšetření však

nemusí být spouštěčem negativních vzpomínek pro všechny ženy – pokud žena důvěřuje své porodní asistentce, chápe důležitost vyšetření a průběh výkonu je v její moci, pak nemusí k reaktivaci traumatu dojít. Ze zkušeností těchto žen je patrné, že vaginální vyšetření nejsou primárně škodlivá, ale že záleží na způsobu, jakým jsou prováděna. (Montgomery, 2015, s. 7)

Některé ženy jsou schopny si dopředu pomyslně oddělit prožité násilí a porod, tedy cíleně si zvědomit, že jde o dvě různé události, a pokud je toto oddělení úspěšné, zažívají tyto ženy během porodu podstatně méně pocitů navrácení se do traumatu, v některých případech dokonce vůbec žádné. (LoGiudice, 2016, s. 96) I v této oblasti může porodní asistentka ženě pomoci, a to tehdy, když ji bude podporovat, aby zůstala „tady a teď“ a mentálně neopouštěla své tělo, naopak aby se soustředila na právě probíhající situaci. (Halvorsen, 2013, s. 8) Toho může porodní asistentka docílit například popisováním toho, co se zrovna děje či jaké vjemy může žena vnímat, dále udržováním očního kontaktu, dechovým cvičením nebo uzemňujícími technikami (například při obtížích při vaginálním vyšetření výkon pozastavit a nabídnout ženě sklenici vody). (Owens, 2021, s. 4) Porodní asistentka se však může setkat i se ženou, již se její trauma nepodařilo pomyslně oddělit od porodu. V tomto případě může být výše popsaná strategie neefektivní, naopak pro tuto ženu může být disociace způsobem, jak se s bolestí či nepříjemnými myšlenkami vyrovnat, a snahy o zabránění mentálnímu opuštění situace mohou zhoršit nepříjemné pocity ženy. Disociace tedy pro některé ženy může představovat cestu k pozitivní porodní zkušenosti, ani tento mechanismus však nemusí být úspěšný a může v ženě vzbuzovat pocit ztráty kontroly a způsobit tak retraumatizaci. (Montgomery, 2013, s. 7)

Každá žena by se měla během svého porodu cítit bezpečně, což pro oběti sexuálního násilí může představovat obzvlášť náročný úkol, na nějž má vliv i přístup porodní asistentky. Jedním z aspektů bezpečného prostředí je soukromí, porodní asistentka by tedy měla zajistit, aby na porodním boxu byl co nejmenší počet lidí a aby každý, kdo vchází, zaklepal, a následně se představil a vysvětlil, proč vchází. (Sobel, 2018, s. 7) Rovněž by porodní asistentka měla ženě umožnit, aby u sebe měla osobu blízkou, pokud si to žena přeje. (Ward, 2020, s. 3) Mnohé oběti sexuálního násilí ocenily, když mohly mít během porodu na sobě své vlastní oblečení a na jednotlivá vyšetření či zákroky si mohly svléknout jen to nejnnutnější. (Sobel, 2018, s. 6; Ward, 2020, s. 3)

Pro některé ženy může být spouštěčem retraumatizace, když o ně pečují zdravotníci mužského pohlaví. Požádá-li tedy oběť sexuálního násilí, aby o ni pečovala žena, a umožňují-li to kapacitní možnosti daného pracoviště, pak by ženě v jejím přání mělo být vyhověno. Může se však stát, že vyjít tomuto požadavku vstříc není možné – v tom případě by měla porodní asistentka své klientce objasnit situaci a zdůraznit profesionální kvality daného zdravotníka. S tímto členem personálu by také porodní asistentka měla vyvinout plán péče a upozornit jej na trauma rodičky ještě před jeho vstupem na porodní box. (Sobel, 2018, s. 6)

Po porodu by porodní asistentka měla ženě umožnit okamžitý kontakt skin-to-skin s novorozencem, zároveň by však měla respektovat, když si žena tuto formu bondingu s dítětem nepřeje. (LoGiudice, 2016, s. 126) Dále by měla ženu podporovat v kojení a zdůraznit výhody laktace, opět však pouze v případě, že žena kojit chce. (Sobel, 2018, s. 6) Žena, která byla sexuálně zneužita v dětství, si rovněž může asociovat manipulaci s jejím dítětem bez jejího souhlasu s její zkušeností z dětství, kdy někdo bez souhlasu manipuloval s ní. Této asociaci může porodní asistentka předejít tím, že dříve, než se začne dotýkat jejího dítěte, ženě vysvětlí svůj záměr a zeptá se, zda žena souhlasí. (Montgomery, 2013, s. 5)

Shrnutí teoretických východisek, jejich význam a limitace dohledaných poznatků

Přehledová bakalářská práce předkládá aktuální publikované poznatky o porodu ženy s historií prožitého sexuálního násilí. Dle dohledaných studií má sexuální násilí vliv na porod, ale způsobů, jak se tento fakt může projevit, existuje celá řada. Dále pojednává o aspektech porodu, které představují specifická úskalí pro oběti sexuálního násilí, a to obvykle na základech jejich podobnosti s traumatickou zkušeností. Nejčastěji zmiňovanými aspekty jsou vaginální vyšetření, epidurální anestezie, bolest, disociace, císařský řez, nahota a nedostatek soukromí, mužští poskytovatelé zdravotní péče, a po porodu první kontakt s dítětem a začátky kojení. Tato práce poskytuje rovněž informace pro porodní asistentky o tom, jak mohou pečovat o oběti sexuálního násilí tak, aby minimalizovaly riziko retraumatizace, a to zejména umožněním klientce rozhodovat o svém porodu a mít pocit kontroly nad situací, cíleným dotazováním se na zkušenost se sexuálním násilím, komunikací a citlivým přístupem během vaginálních vyšetření, pomáháním klientce pomyslně oddělovat porod od traumatické zkušenosti, zajištěním soukromí během porodu a respektováním jejích přání v rámci individualizované péče.

Pro tuto práci byly použity z podstatné části kvalitativní studie, jejichž nedostatkem je nízký počet respondentek a jejich rozdílné zkušenosti, způsobené různorodým vlivem jejich traumat. Limitací této práce je rovněž nulový počet aktuálních dohledaných studií o této problematice provedených v České republice. Z důvodu omezeného rozsahu práce také nebylo možné věnovat se porodům nebinárních a transgender lidí s historií prožitého sexuálního násilí. Další limitací je i odlišný pohled žen na porod, kojení a sexuální násilí, ale též na dítě a sebe sama v důsledku různých sociokulturních vlivů. Některé z výpovědí respondentek tak mohou být ovlivněny nejen prožitým traumatem, ale i názory a postoji společnosti, v níž žijí.

Sexuální násilí zažije 32 % českých žen, v důsledku celorepublikového lockdownu je navíc pravděpodobné, že bude procento těchto žen ještě vyšší. Uvedené informace tedy mohou sloužit jako studijní materiál pro porodní asistentky, které chtějí prohloubit své znalosti o této problematice, pro studenty lékařských i nelékařských zdravotnických oborů nebo pro těhotné ženy s historií sexuálního násilí, které chtějí minimalizovat riziko retraumatizace u svého porodu.

Závěr

Trauma ze sexuálního násilí má dlouhodobý vliv na život oběti, a to jak po psychické, tak po fyzické stránce. Cílem této práce bylo sumarizovat a předložit aktuální poznatky o porodu ženy s historií prožitého sexuálního násilí. Prvním dílčím cílem byla sumarizace aktuálních poznatků o vlivu sexuálního násilí na porod oběti. Nejčastěji se tato traumatická zkušenost projevovala intrapartálním krvácením, předčasným porodem a vyšší mírou spontánních potratů. Závěry jednotlivých studií se v jednotlivých aspektech mírně liší, všechny studie však prokázaly, že sexuální násilí vliv na porod má.

Druhým dílčím cílem bylo sumarizovat aktuální poznatky o aspektech porodu, které představují specifická úskalí pro ženu s historií prožitého sexuálního násilí. Prvním z nich byla vaginální vyšetření, která u žen často vyvolávala bolestivé vzpomínky a pocity přenesení se zpět do okamžiku násilí, a to často i v případě, že ženy negativní reakci nepředpokládaly. Druhým aspektem byla epidurální anestezie, neboť i u této intervence mohou ženy vnímat podobnost s prožitým násilím, jiné ženy však uvedly, že pro ně epidurální anestezie byla vysvobozením. Třetím aspektem byla bolest, kterou ženy často přirovnávaly k bolesti ze sexuálního násilí, v některých ženách navíc bolest u porodu vyvolala vzpomínky na dávno zapomenutou zkušenost se sexuálním násilím. Ženy se často potýkaly u porodu s disociací, popisovaly pocity mentálního opuštění vlastního těla v reakci na spouštěcí faktor, pro některé byla naopak disociace způsobem, jak se vyrovnat s náročnou situací. Některé ženy ze strachu z porodu volily raději císařský řez, jiné naopak uváděly, že císařský řez pro ně byl traumatickým zážitkem. Pro mnohé ženy znamenala nahota u porodu zranitelnost podobnou jejich traumatické zkušenosti, často se setkávaly s nedostatečným soukromím a velkým množstvím zdravotníků u porodu. Odlišné názory měly ženy na přítomnost zdravotníků mužského pohlaví u jejich porodu, na skin-to-skin kontakt s dítětem po porodu a na kojení – některým tyto aspekty nečinily problém, pro jiné představovaly spouštěče traumatických vzpomínek.

Posledním dílčím cílem bylo sumarizovat aktuální poznatky o tom, jak může porodní asistentka o oběť sexuálního násilí pečovat, aby minimalizovala riziko retraumatizace. Tyto ženy obecně potřebují mít kontrolu nad situací a být aktivním účastníkem v rozhodování o svém porodu, ženy napříč studiemi také oceňovaly,

když se jich porodní asistentka zeptala, zda se v minulosti setkaly se sexuálním násilím. Také vaginální vyšetření bývají pro oběti často náročná, porodní asistentka by tedy měla před, během a po vyšetření komunikovat a dát ženě možnost výkon kdykoliv zastavit. Dále by porodní asistentka měla podporovat ženu v pomyslném oddělování prožitého násilí od porodu a udržovat pozornost ženy v přítomnosti; pokud však pacientka efektivně využívá disociaci jako pomůcku ke zvládnutí náročné situace, měla by porodní asistentka tuto obrannou reakci respektovat. V neposlední řadě by měla dbát na klid a soukromí ženy během porodu a po porodu reagovat na přání ženy ohledně skin-to-skin kontaktu a kojení.

Informace, které přehledová bakalářská práce obsahuje, mohou být využity pro porodní asistentky, neboť vzhledem k míře, s jakou k sexuálnímu násilí dochází, je pravděpodobné, že porodní asistentka bude během své kariéry o ženy s touto zkušeností pečovat.

Referenční seznam

ACOG Committee Opinion No. 761: Cesarean Delivery on Maternal Request. *Obstetrics & Gynecology* [online]. 2019, **133**(1), e73-e77 [cit. 2022-04-12]. ISSN 0029-7844. Dostupné z: doi:10.1097/AOG.0000000000003006

BERMAN, Zohar, Freya THIEL, Anjali J. KAIMAL a Sharon DEKEL. Association of sexual assault history with traumatic childbirth and subsequent PTSD. *Archives of Women's Mental Health* [online]. 2021, **24**(5), 767-771 [cit. 2021-11-25]. ISSN 14341816. Dostupné z: doi:10.1007/s00737-021-01129-0

EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, 2014. Violence against women: an EU-wide survey: Main results. *Publications Office of the European Union* [online]. 2014, **30** [cit. 2022-02-04]. Dostupné z: doi:10.2811/981927

FINNBOGADÓTTIR, Hafrún, Ella TORKELSSON a Eva-kristina PERSSON. Midwives experiences of meeting pregnant women who are exposed to Intimate-Partner Violence at in-hospital prenatal ward: A qualitative study. *European Journal of Midwifery* [online]. 2020, **4**(September), 1-10 [cit. 2021-11-25]. ISSN 25852906. Dostupné z: doi:10.18332/ejm/125941

GISLADOTTIR, Agnes, Miguel Angel LUQUE-FERNANDEZ, Bernard L. HARLOW, et al. Obstetric Outcomes of Mothers Previously Exposed to Sexual Violence. *PLOS One* [online]. 2016, **11**(3), 1-12 [cit. 2022-02-11]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0150726

HALVORSEN, Lotta, Hilde NERUM, Pål ØIAN a Tore SØRLIE. Giving Birth with Rape in One's Past: A Qualitative Study. *Birth* [online]. 2013, **40**(3), 182-191 [cit. 2022-04-06]. ISSN 07307659. Dostupné z: doi:10.1111/birt.12054

HASSAM, T., E. KELSO, P. CHOWDARY, E. YISMA, B. W. MOL a A. HAN. Sexual assault as a risk factor for gynaecological morbidity: An exploratory systematic review and meta-analysis. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology* [online]. 2020, **255**, 222-230 [cit. 2022-01-09]. ISSN 18727654. Dostupné z: doi:10.1016/j.ejogrb.2020.10.038

HORAK, Tracey Anne. The psychology of labour. *Obstetrics & Gynaecology Forum* [online]. 2017, **27**(4), 4-10 [cit. 2022-04-23]. ISSN 10291962. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=asn&AN=136432371&authtype=shib&lang=cs&site=eds-live&scope=site&authtype=shib&custid=s7108593>

KRUG, Etienne G, James A MERCY, Linda L DAHLBERG a Anthony B ZWI. The world report on violence and health. *The Lancet* [online]. 2002, **360**(9339), 1083-1088 [cit. 2022-04-23]. ISSN 01406736. Dostupné z: doi:10.1016/S0140-6736(02)11133-0

LOGIUDICE, J. A. a C. T. BECK. 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]. 2016, **61**(4), 474-81 [cit. 2021-11-25]. ISSN 15422011. Dostupné z: doi:10.1111/jmwh.12421

LOGIUDICE, Jenna Alana. A Systematic Literature Review of the Childbearing Cycle as Experienced by Survivors of Sexual Abuse. *Nursing for Women's Health* [online]. 2016, **20**(6), 582-594 [cit. 2021-11-25]. ISSN 17514851. Dostupné z: doi:10.1016/j.nwh.2016.10.008

MEULEMAN, Eline a Elisa VAN EE. To Do or Not to Do... Primary Health Care Professionals Experiences With Mothers With Children Born of Sexual Violence. *Frontiers in Psychology* [online]. 2021, **12**, 1-10 [cit. 2021-11-25]. ISSN 16641078. Dostupné z: doi:10.3389/fpsyg.2021.708288

MILLAR, Heather C., Sharon LORBER, Ashley VANDERMORRIS, Gillian THOMPSON, Marysa THOMPSON, Lisa ALLEN, Anjali AGGARWAL a Rachel F. SPITZER. "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]. 2021, **34**(4), 538-545 [cit. 2021-11-25]. ISSN 10833188. Dostupné z: doi:10.1016/j.jpog.2021.01.006

MONTGOMERY, Elsa, Catherine POPE a Jane ROGERS. A feminist narrative study of the maternity care experiences of women who were sexually abused in

childhood. *Midwifery* [online]. 2015, **31**(1), 54-60 [cit. 2022-01-09]. ISSN 02666138. Dostupné z: doi:10.1016/j.midw.2014.05.010

MONTGOMERY, Elsa. Feeling Safe: A Metasynthesis of the Maternity Care Needs of Women Who Were Sexually Abused in Childhood. *Birth* [online]. 2013, **40**(2), 88-95 [cit. 2022-04-06]. ISSN 07307659. Dostupné z: doi:10.1111/birt.12043

MONTGOMERY, Elsa, Catherine POPE a Jane ROGERS. The re-enactment of childhood sexual abuse in maternity care: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 2015, **15**(1) [cit. 2021-11-25]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-015-0626-9

NERUM, H, L HALVORSEN, B STRAUME, T SØRLIE a P ØIAN. Different labour outcomes in primiparous women that have been subjected to childhood sexual abuse or rape in adulthood: a case–control study in a clinical cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* [online]. 2013, **120**(4), 487-495 [cit. 2022-02-05]. ISSN 1470-0328. Dostupné z: doi:10.1111/1471-0528.12053

NYKLOVÁ, Blanka a Dana MOREE. *Násilí na ženách v souvislosti s COVID-19: výzkumná zpráva*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, Fakulta humanitních studií UK, 2021. ISBN 978-80-7330-380-8

OLIEMAN, Renske M., Femke SIEMONSMA, Margaux A. BARTENS, Susan GARTHUS-NIEGEL, Fedde SCHEELE a Adriaan HONIG. The effect of an elective cesarean section on maternal request on peripartum anxiety and depression in women with childbirth fear: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 2017, **17**(1), 1-8 [cit. 2022-04-07]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-017-1371-z

OWENS, Lauren, Stephanie TERRELL, Lisa Kane LOW, Charisse LODER, Deb RHIZAL, Lisa SCHEIMAN a Julia SENG. Universal precautions: the case for consistently trauma-informed reproductive healthcare. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [online]. 2021 [cit. 2021-11-25]. ISSN 00029378. Dostupné z: doi:10.1016/j.ajog.2021.08.012

SCHEI, Berit, Mirjam LUKASSE, Elsa Lena RYDING, et al. A History of Abuse and Operative Delivery – Results from a European Multi-Country Cohort Study. *PLOS*

One [online]. 2014, **9**(1) [cit. 2022-02-19]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0087579

SMITH, Sharon G., Jieru CHEN, Kathleen C. BASILE, Leah K. GILBERT, Melissa T. MERRICK, Nimesh PATEL, Margie WALLING a Anurag JAIN. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010-2012 State Report. *National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention* [online]. 2017, **24** [cit. 2022-04-08]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/nisvs-staterreportbook.pdf>

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. 2021-11-25]. ISSN 0029-7844. Dostupné z: doi:10.1097/AOG.0000000000002956

ŠIMÁČKOVÁ, Kateřina, Barbara HAVELKOVÁ a Pavla ŠPONDROVÁ, ed., 2020. *Mužské právo. Jsou právní pravidla neutrální? Praha: Wolters Kluwer. Právní monografie (Wolters Kluwer ČR). ISBN 978-80-7598-761-7*

TILLMAN, Stephanie. Consent in Pelvic Care. *Journal of Midwifery & Women's Health* [online]. 2020, **65**(6), 749-758 [cit. 2021-11-25]. ISSN 1526-9523. Dostupné z: doi:10.1111/jmwh.13189

WARD, L. G., 2020. Trauma-Informed Perinatal Healthcare for Survivors of Sexual Violence. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* [online]. **34**(3), 199-202 [cit. 2021-11-25]. ISSN 0893-2190. Dostupné z: doi:10.1097/JPN.0000000000000501

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva. ISBN 9789241564625.

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.

Seznam zkratk

EUAFR – Agentura Evropské Unie pro základní práva (European Union Agency for Fundamental Rights)

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

RTS – Centrum pro oběti znásilnění (The Rape Trauma Service)

IBR – Islandský registr porodů (The Icelandic Medical Birth Registry)

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