Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: http://www.elsevier.com/locate/kontakt

Original research article

Problematika genitální mutilace z pohledu porodních asistentek v péči o imigrantky

The issue of genital mutilation in the care of immigrants from the perspective of midwives

*Lucie Brázdová, Drahomíra Filausová *, Romana Belešová*

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče, České Budějovice, Česká republika

INFORMACE O ČLÁNKU

Received: 2017-08-17
Received in revised form: 2017-09-12
Accepted: 2017-09-26
Published online: 2017-11-21

Keywords:
Genital mutilation
Infibulation
Delivery
Midwife
Puerperium
Pregnancy

ABSTRACT

At present, the number of migrants is globally increasing. Although the foreigners in the Czech Republic are pleading asylum less than in other countries of the EU (foreigners in the Czech Republic make up less than 5% of the whole population), there were 2,015,467,562 legally registered foreigners at the end of the last year, which was 15,639 more than in 2014. Migration is also associated with the presented issue of female genital mutilation. This article informs of female genital mutilation (FGM). The research was carried out in 2016.

The goal was to find the specifics of the care of women with genital mutilation during pregnancy, delivery and puerperium, from the perspective of midwives.

The research used a qualitative method of in-depth interviews with midwives who had experience with nursing women with genital mutilation during pregnancy, delivery and puerperium. The data were analyzed using the method of open coding and then categorized.

We found that the interviewed midwives had a negative approach to the practices of genital mutilation. The results showed that midwives met obstacles in nursing women with FGM. The complications during pregnancy, delivery and puerperium, which appear in women after the genital mutilation procedure, depend on the extent of the procedure and the later individual periods.

Growing migration suggests the number of women with genital mutilation is increasing. For this reason, it is important that midwives are informed of this issue and that they have knowledge in nursing women with FGM during pregnancy, delivery and puerperium.

SOUHRN

V současné době se celosvětově zvyšuje počet migrujících osob. Přestože cizinci v České republice žádají o azyl doposud méně než v ostatních zemích v rámci Evropské unie (cizinci tvoří v České republice necelých 5 % z počtu celé populace), žilo legálně v České republice ke konci roku 2015 467 562 cizinců, což bylo o 15 639 více než v roce 2014. S migrací též souvisí předkládaná problematika genitální mutilace u žen.

* **Korespondenční autor:** PhDr. Drahomíra Filausová, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče, U Výstaviště 26, 370 05 České Budějovice, Česká republika; e-mail: filausov@zsf.jcu.cz; http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2017.09.008

KONTAKT XIX/4: 249–257 • ISSN 1212-4117 (Print) • ISSN 1804-7122 (Online)

Článek citujte takto: Brázdová L, Filausová D, Belešová R. The issue of genital mutilation in the care of immigrants from the perspective of midwives. Kontakt 2017; 19(4): e229–e236; http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2017.09.008

Klíčová slova:
genitální mutilace
infibulace
porod
porodní asistentka
šestinedělí
těhotenství

Článek informuje o výzkumném šetření prováděném u žen s genitální mutilací (female genital mutilation – dále jen FGM), které probíhalo v roce 2016.

Cílem bylo zjistit, jaká jsou z pohledu porodní asistentky specifika péče u žen s genitální mutilací v souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím.

Byla využita kvalitativního metoda pomocí hloubkových rozhovorů u porodních asistentek, které měly s ošetřováním žen s genitální mutilací v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí vlastní zkušenosti. Získaná data byla analyzována metodou otevřeného kódování a následně kategorizována.

Zjistily jsme, že dotazované porodní asistentky zastávají negativní postoj a s praktikami genitální mutilace nesouhlasí. Výsledky ukázaly, že v rámci své profese se porodní asistentky setkávají s překážkami v poskytování péče ženám s FGM. Rozsah komplikací, které se v důsledku zákroku genitální mutilace objevují u žen v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí, je závislý na rozsahu mutilačního zákroku a dále pak také na jednotlivých obdobích.

V souvislosti s rostoucí migrací lze předpokládat i zvyšující se počet žen s provedeným mutilačním zákrokem, a proto je důležité, aby porodní asistentky byly v této problematice erudované a měly znalosti v problematice poskytování speciální péče ženám s genitální mutilací v těhotenství, během porodu a v šestinedělí.

© 2017 Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
Published by Elsevier Sp. z o. o. All rights reserved.

Úvod

V roce 2015 přišlo do Evropy více než jeden milion uprchlíků a přistěhovalců, stejně tak i celosvětově je zaznamenáván zvyšující se trend migrace obyvatelstva. V souvislosti s tímto je jen otázkou času, kdy se budou porodní asistentky v českých zdravotnických zařízeních běžně setkávat se ženami s genitální mutilací a budou poskytovat péči ženám s odlišnými zvyklostmi a kulturními tradicemi.

V závislosti na rozsahu zákroku na zevním genitálu ženy rozděluje WHO 4 typy genitálních mutilací: I. typ – klitoridektomie (úplné nebo částečné odstranění klitorisu nebo ve výjimečných případech předkožky klitorisu); II. typ – excize (úplné nebo částečné odstranění klitorisu a *labia minora* s excizí nebo bez excize *labia majora*); III. typ – infibulace (zúžení poševního vchodu, který vznikne v důsledku odstranění části nebo celých *labia minora* a následným sešitím *labia majora*, zákrok může provázet excize *labia majora* a úplná či částečná klitoridektomie). Výsledkem infibulace (tzv. faraonské obřízky) je několikacentimetrový otvor, kterým může odtékat moč a menstruační krev; IV. typ zahrnuje jiné formy genitálních mutilací, jako jsou všechny ostatní formy mutilačních zákroků na zevním ženském genitálu prováděné z nemedicínských důvodů (např. píchání, škrábání, řezání, vypalování, piercing atd.) [1].

Genitální mutilace není pro ženy a dívky nijak přínosná, naopak jde o zákrok, který ohrožuje jejich fyzické, psychické a reprodukční zdraví a porušuje i jejich práva. Pro člověka západních zemí může tato praktika znít jako velmi barbarská a nepochopitelná, v mnoha zemích však patří mezi hluboce zakořeněné kulturní zvyky. Odhaduje se, že na světě je více než 130 milionů žen a dívek obětí tohoto mutilačního zákroku.

Domníváme se, že je velmi důležité mít informace o problematice genitální mutilace, také získat odborné znalosti, které jsou klíčové v oblasti poskytování péče ženám s genitální mutilací v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí. Vzhledem ke specifičnosti problematiky lze předpokládat, že české porodní asistentky nemají v oblasti péče o ženy s mutilačními zákroky mnoho informací.

Praktiky genitálních mutilací u žen představují celosvětový problém [2]. K provedení zákroku genitální mutilace neexistuje žádný racionální důvod, přesto se praktikuje v mnoha zemích světa. Mutilační zákroky existují navzdory legislativním opatřením, osvětovým i vzdělávacím aktivitám a úsilí mnoha světových organizací bojujících za vymýcení tohoto rituálu.

Definice genitální mutilace

K přesnému popisu genitální mutilace u žen lze použít definici Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, dále jen WHO), která ji definuje jako *„částečné nebo úplné odstranění vnějšího ženského genitálu nebo jiná poranění ženských pohlavních orgánů, ať už z kulturních, nebo jiných nonterapeutických důvodů“* [3].

Zákrok je mnohdy spojován a odůvodňován vírou a náboženstvím [4]. Je odrazem kultury a společenských zvyků, které lze nalézt ve společnostech křesťanských, muslimských, židovských i animistických [5]. FGM je zákrok devastující, extrémně bolestivý, s dopady na další život a zdraví ženy [5].

Historie genitální mutilace

V historii lidského rodu je genitální mutilace praktikována již po staletí [6]. Vachala [7] uvádí provádění obřízky již ve starém Egyptě. Jediný doklad o vykonávání mutilace u žen pochází z roku 163 př. n. l., z doby ptolemaiovské. Jeden z nejvýznamnějších lékařů římské doby Sórános z Efesu ve 2. století n. l. popsal odstranění zevní části klitorisu u dívek ve své knize Gynaikeia. Zásadní tvrzení o mutilačních praktikách pochází ze 4. století n. l. od sv. Ambrože. V 6. století n. l. se o praktice genitální mutilace podrobněji rozepsal byzantský dvorní lékař Aetius z Amidy v díle Biblia iatrika [7].

V každé kultuře je oprávnění praktiky genitální mutilace odlišné: náboženské, hygienické, estetické, sociologické. Proměny genitálů mohou, ale nemusí být součástí rituálů dospívání, znamenající dosažení dospělosti [8].

Geografické rozšíření genitální mutilace

Genitální mutilace představuje starou tradici se silnými vazbami na kulturní a etnickou soudržnost [9]. Praktiky genitální mutilace lze nalézt v mnoha komunitách ve velké části Afriky, v Asii, na Středním východě [10].

V Africe se genitální mutilace provádí mezi určitými skupinami přibližně ve 28–30 zemích. K africkým zemím s největší prevalencí patří Somálsko, Egypt, Guinea, Sierra Leone, Džibutsko. S praktikami genitální mutilace se lze setkat i u určitých etnických skupin v asijských zemích, jako jsou Indie, Indonésie, Malajsie, Pákistán a Srí Lanka. Na Blízkém východě se tento výkon objevuje u žen v Ománu, Spojených arabských emirátech, Jemenu, Iráku, Palestině a Izraeli. Zákroky genitální mutilace u žen se vyskytují také u některých komunit v Jižní Americe, především v Kolumbii, Ekvádoru, Peru a dále u skupin přistěhovalců v mnoha západních zemích včetně Austrálie, Kanady, Evropy, Spojených států amerických a Velké Británie [11].

Zdravotní důsledky a komplikace

Zákrok genitální mutilace má vážné důsledky na reprodukční a sexuální zdraví dívek a žen. Mezi komplikace, které mohou vzniknout bezprostředně po výkonu, lze zahrnout bolest, hemoragický šok, krvácení, tetanus, infekci rány, poruchy hojení, poranění okolních tkání, sepsi až smrt ženy [11].

V některých případech může žena zákrok mutilace vnímat pozitivně (úcta k tradici, krása, čistota, pýcha), což vede ke skutečnosti, že veškeré fyzické, psychické i sexuální komplikace popírá [9]. Pro poskytování kvalitní péče ženám je nezbytné hlubší porozumění dějinám, kulturnímu přesvědčení, zdravotním komplikacím a metodám chirurgické rekonstrukce [12].

Pokud žena s genitální mutilací I. a II. typu otěhotní, vlastní těhotenství jí nepůsobí větší obtíže [6]. S komplikacemi v průběhu těhotenství se však lze setkat u žen, které podstoupily III. typ mutilace – infibulaci, vyskytuje se zvýšené riziko infekce močového traktu, vaginální infekce a riziko hrozícího a neúplného potratu [13]. Přítomnost cyst, abscesů či keloidních jizev v místě infibulace přispívá k diskomfortu žen v průběhu těhotenství [14].

Organizace UNFPA [11] uvádí, že ženy, u kterých byl proveden zákrok genitální mutilace, jsou vystaveny vyššímu riziku komplikací během porodu než ty, které zákrok nikdy nepodstoupily. Nejzávažnější porodnické komplikace se objevují v souvislosti s nejtěžším stupněm mutilace – infibulací. V jejím důsledku jsou ženy během porodu ohroženy především nepostupujícím a protrahovaným porodem. Infibulace je nebezpečná také pro novorozence, který je ohrožen úmrtím během porodu a rizikem zhoršené adaptace po komplikovaném porodu.

Studie a průzkumy WHO potvrzují u žen s genitální mutilací zvýšený výskyt císařského řezu, poporodního krvácení, epiziotomie, prodloužené hospitalizace matky, resuscitace novorozence, perinatální mortality žen a novorozenců [15].

Největší riziko komplikací nastává v průběhu druhé doby porodní, pokud se v tomto případě neprovede včasný řez, tzv. deinfibulace, dojde k zástavě postupu naléhající části a následně může nastat ruptura děložní [6].

Protrahovaný a komplikovaný porod vede u žen ke zvýšenému riziku poporodního krvácení. Příčinou primárního krvácení v prvních 24 hodinách po porodu jsou především rozsáhlá porodní poranění, která vznikají v důsledku komplikovaného porodu, nebo neodborně provedené deinfibulace, popřípadě reinfibulace [16]. V období pozdního šestinedělí se může objevit sekundární krvácení nejčastěji v souvislosti s infekcí rány. Následkem mohou být přenosy infekčních virů, HIV a hepatitidu B nevyjímaje [16].

Vzhledem k tomu, že praktiky zákroků genitální mutilace vycházejí z kulturních tradic a rituálů určitých společenství, lze využít modelů multikulturního a transkulturního ošetřovatelství. Porodní asistentky by měly být připraveny a schopny poskytnout péči, která respektuje kulturní tradice a odlišnosti jednotlivých menšin. Moderní pojetí ošetřovatelství v multikulturní společnosti představuje model Leiningerové [17]. Pro praktické užití a pro vypracování případové studie multikulturní péče je nejvhodnější použít model Gigerové a Davidhizarové, který vychází a současně navazuje na práci Leiningerové [18]. Model se zabývá kulturní svébytností jedince, jsou to především údaje týkající se místa narození, vlastní kultury a jejího chápání, rasy a délky pobytu v České republice [17].

Péče porodní asistentky o ženu s genitální mutilací

Prenatální péče o ženy s genitální mutilací by podle těchto doporučení měla zahrnovat ošetření a léčbu komplikací vzniklých v důsledku mutilačního zákroku, edukaci o možných rizicích a komplikacích porodu a edukaci o možnostech načasování deinfibulace. Nezbytným předpokladem pro poskytování kvalitní péče je kvalifikovaný zdravotnický personál [19].

Porod ženy s genitální mutilací je vždy nutné směřovat do zdravotnického zařízení s kvalifikovaným zdravotnickým personálem, který se ženou sestaví porodní plán zahrnující načasování deinfibulace. Porodní asistentky a lékaři by měli absolvovat školení na téma bezpečné techniky včasné deinfibulace, její ošetření a rozpoznání komplikací v průběhu porodu [19].

V období *šestinedělí* je za účelem včasného odhalení poporodních komplikací vhodné zvýšit počet kontrol. K dalším doporučením lze zahrnout zavedení standardů ošetření lacerací, perineálních poranění, deinfibulace, péče o infekce a rány perinea a transportu komplikovaných případů do příslušných zdravotnických zařízení [19].

Výzkumné šetření o specifické péči u žen s genitální mutilací

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit z pohledu porodní asistentky specifika péče u žen s genitální mutilací v souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím. Dílčími cíli bylo zjistit: Jakými komplikacemi jsou ženy s genitální mutilací ohroženy v průběhu těhotenství, porodu a šesti-

nedělí? Co je z pohledu porodní asistentky nejčastější překážkou v oblasti péče o ženy s mutilací pohlavních orgánů v období těhotenství, porodu a šestinedělí? Jakou roli hraje genitální mutilace v rozhodnutí ženy, zda rodit ve zdravotnickém, anebo v domácím prostředí?

Metodika a charakteristika souboru

Pro výzkumné šetření byla použita kvalitativní metoda získávání dat formou nestandardizovaných (hloubkových) rozhovorů [20]. Rozhovory probíhaly v březnu 2016 přes internetové komunikační služby, konkrétně Skype. V úvodu byly řazeny identifikační otázky, které se týkaly věku porodních asistentek, národnosti, délky praxe a ukončeného vzdělání v oboru. Otázky v druhé části rozhovoru byly připraveny pouze rámcově, kdy se dále rozvíjely podle respondentek. Skype rozhovory byly nahrány do audio souborů MP3 a později doslovně přepsány.

Každý rozhovor probíhal v anglickém jazyce a trval přibližně 30–60 minut. Délka a četnost rozhovorů se u jednotlivých respondentek lišila v závislosti na rozsahu získaných zkušeností a také na kvalitě internetového připojení. Písemné záznamy byly prostudovány a analyzovány pomocí metody otevřeného kódování. Data získaná prostřednictvím rozhovorů byla následně kategorizována. Pro přehlednost jsou přímé citace respondentek uvedeny v textu kurzivou. Na základě rozhovorů s porodními asistentkami a informací z nich získaných byly pro výzkumné šetření stanoveny tři kategorie: Komplikace genitální mutilace; Specifika v péči porodních asistentek o ženy s genitální mutilací; Překážky v poskytování péče ženám s genitální mutilací. Dále následuje devět podkategorií: Komplikace genitální mutilace v průběhu těhotenství; Komplikace genitální mutilace během porodu; Komplikace genitální mutilace v šestinedělí; Specifika v péči porodních asistentek o ženy s genitální mutilací v průběhu těhotenství; Specifika v péči porodních asistentek o ženy s genitální mutilací během porodu; Specifika v péči porodních asistentek o ženy s genitální mutilací v šestinedělí; Vliv kulturních tradic; Jazyková bariéra; Informovanost porodních asistentek, žen a komunit.

Zkoumaný soubor tvořilo celkem sedm respondentek z řad porodních asistentek. Základními kritérii výběru byly: vykonávání profese porodní asistentky, osobní zkušenost v oblasti péče o ženy s genitální mutilací v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí, internetová komunikační služba, souhlas ke spolupráci na výzkumném šetření. Respondentky byly vybrány na základě zvolených kritérií. Do výzkumného souboru byly zařazeny respondentky ze sedmi různých zemí, které měly odlišný rozsah zkušeností v oblasti péče o ženy s genitální mutilací. Věk respondentek se pohyboval od 25 do 45 let. Délka praxe v oboru porodní asistence u dotazovaných porodních asistentek byla v rozmezí od 3 do 20 let. Rozhovory s porodními asistentkami byly prováděny individuálně v předem domluveném čase. Účast na tomto výzkumném šetření byla dobrovolná. Z důvodu zachování anonymity byly porodní asistentky označeny PA1–PA7.

PA1 pocházela z Belgie, bylo jí 27 let. Obor porodní asistentka studovala na vysoké škole, 4 roky pracovala na stanici gynekologie, šestinedělí a na porodním sále. S problematikou genitální mutilace u žen se setkala při výkonu povolání v Belgii a v Jižním Súdánu. V rámci své profese ošetřovala přibližně 20 žen s genitální mutilací I.–III. typu.

PA2 byla z Německa ve věku 28 let. Obor porodní asistentka studovala na vysoké škole. Délku praxe měla 5 let, pracovala na porodním sále, gynekologické stanici a oddělení neonatologie – stanici intermediární péče. S problematikou genitální mutilace u žen se setkala v Tanzanii a v Německu. V rámci své profese ošetřovala přibližně 15 žen s genitální mutilací II. a III. typu.

PA3 pocházela z Nizozemska, bylo jí 26 let. Obor porodní asistentka studovala na vysoké škole. Délku praxe měla 3 roky, pracovala na porodním sále a jako komunitní porodní asistentka. S problematikou genitální mutilace se setkala u somálských žen ve Finsku. V rámci své profese ošetřovala přibližně tři ženy s genitální mutilací III. typu.

PA4 pocházela z Keni, bylo jí 35 let. Studovala střední zdravotnickou školu, obor zdravotní sestra, dále jednoleté nástavbové studium v oboru porodní asistentka. V oboru pracovala 14 let – na porodním sále, stanici šestinedělí, gynekologické ambulanci, dětském oddělení, infekčním oddělení a na operačním sále. S problematikou genitální mutilace u žen se setkala při výkonu povolání v Keni. Ošetřovala přibližně 100 žen s genitální mutilací I.–IV. typu.

PA5 bylo 45 let a pocházela z Malajsie. Vystudovala střední zdravotnickou školu, obor zdravotní sestra a následně dvouleté nástavbové studium v oboru porodní asistentka. Profesi porodní asistentky vykonávala 20 let, pracovala na porodním sále, stanici gynekologie a šestinedělí, novorozeneckém oddělení, v prenatální ambulanci a na jednotce intenzivní péče. S problematikou genitální mutilace u žen se setkala při výkonu povolání v Saúdské Arábii. Ošetřovala přibližně 30 žen s genitální mutilací I. a II. typu.

PA6 pocházela z Itálie, byla ve věku 25 let. Obor porodní asistentka studovala na vysoké škole. Délku praxe měla 3 roky, pracovala na porodním sále a stanici šestinedělí. S problematikou genitální mutilace se setkala ve Středoafrické republice. Ošetřovala přibližně 10 žen s genitální mutilací I., II. a III. typu.

PA7 pocházela z Rakouska, bylo jí 32 let. Obor porodní asistentka studovala na vysoké škole. Délku praxe měla 8 let a pracovala na porodním sále, stanici gynekologie, onkologie, rizikového těhotenství, šestinedělí a v prenatální ambulanci. S problematikou genitální mutilace u žen se setkala v Ghaně, Velké Británii a Jižním Súdánu. Ošetřovala přibližně 40 žen s genitální mutilací I., II. a III. typu.

Výsledky

Data získaná z rozhovorů s porodními asistentkami byla analyzována a následně kategorizována. Byly vytvořeny základní významové kategorie a jejich podkategorie, které seznamují s názory a postoji porodních asistentek k problematice genitální mutilace u žen.

Kategorie 1 – Komplikace genitální mutilace

Tato kategorie je věnována 3 podkategoriím, ve kterých jsme se zajímaly o druhy komplikací, se kterými se porodní asistentky setkaly u žen s genitální mutilací v průběhu těhotenství, porodu a v období šestinedělí.

Komplikace genitální mutilace v průběhu těhotenství
V této podkategorii nás zajímalo, s jakými komplikacemi genitální mutilace se setkaly porodní asistentky u žen v těhotenství.

Žádná porodní asistentka u žen s genitální mutilací I. a II. typu v průběhu těhotenství nepopisovala komplikace. V souvislosti s genitální mutilací III. typu uvedly porodní asistentky (PA1, PA3, PA5, PA7) jako časté komplikace infekce močového traktu. PA2 a PA6 zmiňovaly jako komplikaci zvýšený výskyt vaginálních infekcí, v jejichž důsledku dochází během porodu k rozsáhlým poraněním v oblasti perinea.

Z důvodu nedostatečných zkušeností s komplikacemi v průběhu těhotenství u žen s genitální mutilací IV. typu se porodní asistentky (PA1, PA2, PA3, PA5, PA6, PA7) nevyjádřily. PA4, která má s FGM IV. typu zkušenosti, odpověděla, že se u žen s tímto typem mutilačního zákroku v těhotenství s žádnými komplikacemi nesetkala.

Komplikace genitální mutilace během porodu
Z rozhovorů vyplynulo, s jakými komplikacemi se dotazované porodní asistentky setkaly u žen v průběhu porodu. V rámci mutilačního zákroku I. a II. typu se porodní asistentky PA1, PA2, PA3, PA4, PA6, PA7 shodly v odpovědích, že žádné komplikace u žen během porodu nezaznamenaly. Pouze PA5 se vyjádřila ke genitální mutilaci II. typu: *„Často jsem se po porodu u těchto žen setkávala s trhlinami v oblasti uretry a klitorisu.“* V souvislosti s genitální mutilací III. typu uvedly porodní asistentky (PA1, PA2, PA3, PA4, PA6, PA7) jako nejčastější komplikace nepostupující porod, zvýšené krvácení a rozsáhlá porodní poranění. Další komplikací, kterou porodní asistentky (PA4, PA3, PA7) zmiňovaly, byla ruptura dělohy. PA7 uvedla: *„Ruptura dělohy vzniká v důsledku nepostupujícího a protrahovaného porodu, kdy není provedena deinfibulace. Je nejčastějším důvodem perinatální mortality u žen s infibulací, a to především v oblastech, kde ženy nemají přístup k odborné zdravotní péči.“*

Komplikace genitální mutilace v šestinedělí
Z odpovědí respondentek bylo zřejmé, s jakými komplikacemi se porodní asistentky setkaly u žen s genitální mutilací v období šestinedělí. Všechny z uvedených komplikací se vztahují k mutilačnímu zákroku III. typu – infibulaci. V případech genitální mutilace I. a II. typu se dotazované porodní asistentky k žádným komplikacím nevyjádřily. Porodní asistentky (PA1, PA6) uváděly jako nejčastější komplikace u genitální mutilace III. typu v šestinedělí opakující se infekce močového traktu, tvorbu keloidních jizev a abscesů. PA2 se u žen nejčastěji setkala s anémií. PA3 a PA7 uvedly infekci rány v místě provedení deinfibulace, popřípadě následně v místě reinfibulace. PA4, která byla z dotazovaných porodních asistentek nejvíce zkušená v oblasti péče o ženy s genitální mutilací, sdělila: *„Nejzávažnější komplikací, která se u žen s infibulací objevuje bezprostředně po porodu a v období šestinedělí, je porodnická píštěl. Můžeme se s ní setkat zejména u žen, které rodily v domácím prostředí, a u kterých nebyla v průběhu porodu provedena deinfibulace.“*

Kategorie 2 – Specifika v péči porodních asistentek o ženy s genitální mutilací

Specifika v péči porodních asistentek o ženy s genitální mutilací v průběhu těhotenství
V této podkategorii jsme zjišťovali, jaká jsou z pohledu porodních asistentek specifika v oblasti poskytování péče ženám s genitální mutilací v průběhu těhotenství. Porodní asistentky (PA5, PA6) uvedly, že žádná specifika neznají a péče o ženy s genitální mutilací v rámci prenatální poradny probíhá standardně jako u žen, které mutilační zákrok neprodělaly. Porodní asistentky (PA1, PA2, PA3, PA4, PA7) se shodly v názoru, že důležitou intervencí v péči o ženy s genitální mutilací v průběhu prenatálních kontrol je edukace zejména o průběhu porodu a možných komplikacích. PA1: *„V rámci těhotenských kontrol jsem ženy edukovala o rizicích a komplikacích porodu, které se mohou objevit v souvislosti s genitální mutilací. Ženám s infibulací jsem pak zvlášť zdůrazňovala nutnost rodit ve zdravotnickém zařízení.“* PA2 uvedla: *„Myslím si, že edukace je v období těhotenství klíčová, a to zejména v rámci vytvoření porodního plánu. Edukaci o rizicích a komplikacích porodu však nestačí směřovat pouze k ženám, do edukačního procesu, musí být zahrnut také manžel, příbuzní, komunitní a tradiční porodní asistentky.“* Porodní asistentky (PA4, PA7) dodaly, že dalšími specifiky v péči o tyto ženy je provedení deinfibulace, která může být provedena již v závěru těhotenství. Podle obou respondentek musí tomuto zákroku předcházet důkladná edukace ženy, popřípadě manžela a informovaný souhlas s tímto zákrokem.

Specifika v péči porodních asistentek o ženy s genitální mutilací během porodu
V této podkategorii nás zajímala specifika v péči porodní asistentky o ženy s genitální mutilací během porodu, se kterými mají respondentky vlastní zkušenosti. Dotazované porodní asistentky (PA1, PA2, PA3, P4, P6, P7) se v případě této otázky vyjadřovaly pouze k intervencím, které jsou nutné během porodu u ženy s genitální mutilací III. typu. PA5 neměla s vedením porodu u ženy s infibulací zkušenosti z praxe, nicméně uvedla, že u žen s mutilací I. a II. typu je během porodu nutná psychologická podpora ze strany porodní asistentky, popřípadě osoby, která je u porodu jako doprovod. PA3 sdělila: *„Zkušenosti s porodem u ženy s infibulací mám jen tři a ve všech případech bylo nutné ukončit porod císařským řezem. Důvodem nebyla primárně infibulace, ale protrahovaný porod v důsledku infibulace. Dvě ze tří žen přišly do našeho zdravotnického zařízení pozdě, po několika hodinách nepostupujícího porodu v domácím zařízení vzhledem k hrozící ruptuře děložní lékař indikoval akutní císařský řez. U třetí ženy byl císařský řez indikován z důvodu protrahovaného porodu a hypoxie plodu.“* Porodní asistentky (PA1, PA2, PA4, PA7) sdílely stejný názor týkající se provedení deinfibulace ve druhé době porodní. PA6 uvedla: *„U některých žen, zejména prvorodiček a velmi mladých dívek, je během porodu nezbytné provést přední epiziotomii (deinfibulaci) v kombinaci s epiziotomií zadní.“*

Specifika v péči porodních asistentek o ženy s genitální mutilací v šestinedělí

V této podkategorii jsme zjišťovali specifika v péči porodních asistentek o ženy s genitální mutilací v období šestinedělí. Všechny dotazované porodní asistentky uvedly k této problematice edukaci ženy, a to především v péči o porodní poranění. PA4 k tématu edukace dodala: *„U žen s infibulací a následnou deinfibulací je v rámci edukace nezbytné zdůraznit zvýšenou hygienu v oblasti porodního poranění a také sexuální abstinenci po dobu celého šestinedělí. Tuto informaci je nutné předat také manželovi."* PA7: *„Ve zdravotnickém zařízení v Jižním Súdánu jsem se často setkávala se ženami, které se k nám vracely se závažnými infekcemi v oblasti zevního genitálu. Po návratu domů z nemocnice si potíraly jizvy různými přírodně vyrobenými mastmi a oleji. Ojedinělé nebyly ani případy, kdy se k nám vracely s infekcí, kterou způsobila reinfibulace provedená v domácím prostředí."* Porodní asistentky (PA1, PA3, PA4) k tématu edukace žen ještě doplnily vhodnost častých kontrol v šestinedělí zejména u žen s infibulací, u kterých nebyla v průběhu porodu provedena deinfibulace. PA4 k tomuto sdělila: *„Kontroly by měly být častější z důvodu vyloučení vzniku porodnické píštěle."* PA2 kromě edukace v péči o poranění zdůraznila: *„Pokud se ženě, která má genitální mutilaci, narodí děvče, je podle mého názoru vhodné navázat spolupráci a informovat instituce zabývající se sociálními službami a ochranou práv dětí. V tomto případě je totiž vysoká pravděpodobnost, že děvče bude dříve či později také obřezané."*

Kategorie 3 – Překážky v poskytování péče ženám s genitální mutilací

Vliv kulturních tradic

V této podkategorii jsme zjišťovaly překážky, se kterými se dotazované porodní asistentky na základě vlastních zkušeností setkaly v rámci poskytování péče ženám s genitální mutilací. Na úvod byla porodním asistentkám položena otázka na osobní názor týkající se praktik genitální mutilace. Všechny porodní asistentky vyjádřily na tuto problematiku negativní názor. Všechny respondentky odmítaly jakýkoliv typ genitální mutilace. Na otázku překážek v poskytování péče ženám s genitální mutilací se všechny respondentky shodly, že největším problémem v poskytování péče je v tomto případě vliv kultury a s ní spojených tradic, které jsou specifické pro danou geografickou oblast. PA6 k této problematice uvedla: *„Kulturní tradice mají vliv také na výběr místa porodu. Infibulovaná žena často volí porod v domácím prostředí s tradiční porodní asistentkou, která je často tou samou osobou, která ji obřezala. Důvodem bývá strach ze zdravotnických zařízení a reakce zdravotníků. V zemích, kde je obřízka postavena mimo zákon, mají ženy strach, že budou za zákrok genitální mutilace potrestány. V mnoha případech se můžeme setkat také se studem, který ženám brání rodit v porodnici."* Stejný názor, že zákrok genitální mutilace je častým důvodem vyhýbání se návštěv zdravotnických zařízení, zastávala také PA7, která konstatovala. *„Genitální mutilace je opravdu silně zakořeněna v kulturních tradicích. Ženy jsou velmi často srozuměny s komplikacemi, které se v důsledku tohoto zákroku mohou objevit v průběhu porodu. Tyto informace však v zájmu kulturních tradic přehlíží a záměrně jim nevěnují pozornost. V Jižním Súdánu je mnoho infibulovaných žen. V oblasti, kde jsem pracovala, jsme organizovali mnoho osvětových aktivit na toto téma. Účelem osvěty nebylo kritizovat mutilační zákroky, ale informovat ženy o důležitosti porodu ve zdravotnickém zařízení. Naše nemocnice byla kousek od vesnice, dostupnost pro ženy byla tedy velmi dobrá. Nicméně i přesto naprostá většina žen volila porod doma a k nám do zařízení se dostávaly jen ženy, u nichž se během porodu objevily závažné komplikace, se kterými si tradiční porodní báby neuměly poradit. Dalším z důvodů vyhýbání se odborné zdravotní péče je reinfibulace, která je z pohledu zdravotnické etiky nepřípustná a neměla by být za žádných okolností ve zdravotnickém zařízení provedena. Kulturní tradice ji však v mnoha společenstvích vyžaduje. Odmítnutí provedení zákroku reinfibulace ze strany zdravotníků je častým důvodem, proč ženy za účelem porodu nenavštěvují zdravotnická zařízení."*

Jazyková bariéra

Další překážkou v poskytování péče ženám s genitální mutilací byla podle porodních asistentek (PA1, PA2, PA3, PA5, PA6, PA7) jazyková bariéra. Porodní asistentka PA4 se s genitální mutilací setkala u žen v Keni, odkud také sama pochází. I když se v Keni mluví několika nářečími, s překážkou v podobě jazykové bariéry se při poskytování péče ženám s mutilací nesetkala. Pro ostatní dotazované (PA1, PA2, PA3, PA5, PA6, PA7) znamená jazyková bariéra významný faktor, který ztěžuje jejich práci. Např. PA2 uvedla: *„Jazyková bariéra pro mě byla překážkou nejen při výkonu profese v Tanzanii, ale také v Německu, kde jsem ošetřovala ženy s genitální mutilací. Tyto ženy byly přistěhovalkyně, nemluvily ani slovo německy. K ošetření byla přizvaná tlumočnice, i přesto však bylo zřejmé, že jazyková bariéra a přítomnost tlumočníka vše komplikuje. Ženy se často stydí o svém mutilačním zákroku mluvit před více lidmi."*

Informovanost porodních asistentek, žen a komunit

Jako překážku v poskytování péče ženám s genitální mutilací uvedly všechny porodní asistentky nejen kulturní vliv, ale také informovanost. Porodní asistentky (PA2, PA3, PA4, PA5, PA7) viděly bariéry v nedostatečných znalostech žen, mužů a komunit o genitální mutilaci v souvislosti s těhotenstvím a porodem. Porodní asistentky (PA1, PA6) se přikláněly k názoru, že nedostatečná informovanost je problém ze strany porodních asistentek. Porodní asistentky (PA2, PA3, PA4, PA5, PA7) jsou názoru, že se osvětové aktivity soustředí na podávání pouze obecných informací o škodlivosti zákroku genitální mutilace. Oblast těhotenství a porodu žen s genitální mutilací je v rámci osvětových aktivit opomíjena. Důvodem nedostatečné informovanosti je také výběr cílové skupiny posluchačů, kterou v mnoha případech tvoří pouze ženy. PA2 se k tomuto tématu vyjádřila: *„Genitální mutilace provádí matky svým dcerám, nicméně je důležité si uvědomit, že hlavními iniciátory v provádění tohoto zákroku jsou právě muži. Osvětové aktivity by se proto měly podle mého názoru zaměřit více na mužskou populaci."* K oblasti nedostatečné informovanosti porodních asistentek PA1 uvedla: *„Porodní asistentky ze západních zemí nemají o problematice genitálních mutilací mnoho informací, a to především v oblasti konkrétních dopadů na zdraví žen. Když se řekne genitální mutilace, většina porodních asistentek má představu, o jaký zákrok se jedná, nicméně už si nejsem jistá, kolik porodních asistentek má informace o rozdělení a komplikacích, které k jednotlivým typům patří. Praktiky genitálních*

mutilací se v posledních letech vlivem migrační krize dostávají i do oblastí vzdálených svému původu. A proto si myslím, že je pro porodní asistentky důležité doplnit si o této problematice informace.“

Diskuse

Genitální mutilace je zákrok, při kterém dochází k odstranění všech nebo jen některých částí pohlavních orgánů ženy [21]. Tyto zákroky mají vliv na fyzické i psychické zdraví žen. Vzhledem ke skutečnosti, že se FGM provádí často již už u malých děvčátek a mladých žen, je zřejmé, že lze jejich důsledky nalézt také v období těhotenství, porodu a šestinedělí. V těchto obdobích se objevují komplikace, které jsou specifické především v závislosti na rozsahu mutilačního zákroku. Kritériem výzkumného šetření bylo vybrat porodní asistentky, které v oblasti péče o ženy s FGM během těhotenství, porodu a šestinedělí mají vlastní zkušenost. Porodní asistentky (PA1, PA2, PA5, PA6, PA7) se s praktikami genitálních mutilací setkaly především při vykonávání profese porodní asistentky během jejich účasti v dlouhodobých projektech poskytujících pomoc a péči ženám v zahraničí, zejména ve státech, kde mají mutilační zákroky dlouhou tradici. PA4 poskytovala péči ženám s genitální mutilací v zemi, odkud pocházela (tzn. v Keni). Je však nutné dodat, že dotazované porodní asistentky (PA1, PA2, PA3, PA6, PA7) mají také zkušenosti s ošetřováním žen s FGM v Evropě, a to zejména u žen-imigrantek. Získání těchto informací potvrzuje skutečnost, že vlivem rostoucí migrace se problematika genitální mutilace stává aktuálním problémem i v zemích, kde tyto praktiky nemají původně svou tradici.

Z informací získaných během rozhovorů s porodními asistentkami vyplývá, že rozsah komplikací a důsledky genitálních mutilací závisejí na typu mutilačního zákroku. Všechny porodní asistentky se v této problematice shodly, že v průběhu těhotenství, porodu i šestinedělí vznikají komplikace především v souvislosti s mutilačním zákrokem III. typu – infibulací. Jako nejčastější komplikaci v průběhu těhotenství u ženy s infibulací uváděly porodní asistentky (PA1, PA3, PA5, PA7) infekci močového traktu. Podle porodních asistentek PA2 a PA6 mohou být častými komplikacemi vaginální infekce, které ovlivňují v průběhu porodu vznik rozsáhlých poranění v oblasti perinea. Je nutné zdůraznit i psychickou stránku žen s FGM. Narušená psychika v důsledku předchozích traumatizujících zážitků s mutilačním zákrokem může u ženy vyvolat strach, který bývá častým důvodem, proč se ženy kontrolám v těhotenství vyhýbají.

FGM negativně ovlivňuje délku trvání porodního děje, čímž je ohrožen i plod – hypoxií až úmrtím [20]. Prospektivní studie WHO uskutečňované v šesti afrických zemích prokázaly výrazně vyšší komplikace u žen se III. typem FGM – u 30 % žen bylo vyšší riziko císařských řezů, u 70 % žen bylo prokázáno intenzivnější krvácení a perinatální úmrtnost byla vyšší o 55 % [22]. Z důvodu vzniku pravděpodobných komplikací u žen s genitální mutilací během porodu by tyto ženy měly rodit v nemocničním zařízení [23], neboť byl v dalších studiích popsán vyšší výskyt komplikací u žen s FGM rodících mimo zdravotnické zařízení [22, 24, 25]. V problematice komplikací genitální mutilace v průběhu porodu se všechny porodní asistentky shodly, že v souvislosti s genitální mutilací I. a II. typu se s žádnými komplikacemi nesetkaly. PA5 má u žen s FGM II. typu zkušenosti s četnými trhlinami v oblasti klitorisu a uretry. U žen s infibulací porodní asistentky (PA1, PA2, PA3, PA4, PA6, PA7) zaznamenaly převážně nepostupující porod se zvýšeným krvácením a následnými rozsáhlými porodními poraněními. Tři porodní asistentky (PA4, PA3, PA7) se v souvislosti s komplikacemi během porodu zmiňují také o ruptuře dělohy. Dle názoru PA7 vzniká tato závažná komplikace zejména u žen, které nemají přístup k odborné zdravotní péči. Argument vzniku ruptury v důsledku absence zdravotnických zařízení a lékařské péče je opodstatněný zejména v rozvojových zemích. Zde se můžeme setkat nejen s nedostatkem zdravotnických zařízení, ale také s nedostatkem kvalifikovaného zdravotnického personálu. Velmi často se tak stává, že ženy rodí v domácím prostředí po boku osoby, která nemá odborné znalosti v oblasti porodnictví. Roztočil [5] uvádí, že každý rok přibližně 35 milionů těhotných žen v rozvojových zemích nemá až do období porodu žádný kontakt se zdravotníkem a cca 70 % žen v subsaharské Africe nemá přístup ke zdravotní péči nebo se péče ženám poskytuje ve velmi omezené míře. V období šestinedělí se všechny porodní asistentky vyjadřovaly ke komplikacím u žen s genitální mutilací III. typu. S komplikacemi v důsledku mutilačního zákroku I. a II. typu během šestinedělí se nesetkalo šest porodních asistentek (PA1, PA2, PA3, PA4, PA6, PA7). Komplikace, které porodní asistentky (PA1, PA6) uváděly v souvislosti s infibulací v období šestinedělí, jsou tvorba keloidních jizev, abscesů a opakující se infekce močového traktu. Dle zkušeností PA3 a PA7 jsou u žen s infibulací časté infekce rány v místě deinfibulace, popřípadě v místě následně provedené reinfibulace. PA2 se setkala u žen v šestinedělí nejčastěji s anémií v důsledku krvácení z neošetřené deinfibulace anebo v souvislosti s krvácením z infikované rány. Pouze jedna z dotazovaných porodních asistentek (PA4) se v rámci své praxe setkala s komplikací v podobě porodnické píštěle. Jak sama uvádí, porodnická píštěl se nejčastěji objevuje u žen, které rodily v domácím prostředí a u kterých nebyla provedena deinfibulace. Z této informace lze usuzovat, že porod v domácím prostředí za asistence osoby, která nemá dostatečné odborné znalosti, je pro ženu s infibulací velmi rizikový.

Další otázkou výzkumného šetření byla specifika v péči porodních asistentek o ženy s genitální mutilací v období těhotenství, porodu a šestinedělí. V období těhotenství žen se porodní asistentky (PA1, PA2, PA3, PA4, PA7) shodly na významu edukace žen o průběhu porodu a možných komplikacích a o včasné deinfibulaci. WHO [1] doporučuje do procesu edukace zahrnout také manžela, popřípadě celou komunitu. Stejného názoru je i PA2 zmiňující důležitost edukace manžela a celé komunity v průběhu těhotenství a šestinedělí. V oblasti specifik péče porodních asistentek během porodu se dotazované porodní asistentky (PA1, PA2, PA3, PA4, PA6, PA7) vyjadřovaly pouze k intervencím, které jsou nutné u žen s infibulací. Čtyři porodní asistentky v tomto případě uvedly, že je během porodu nezbytné provést deinfibulaci. Tuto intervenci doporučuje více autorů [5, 6, 21, 11]. PA3 uvedla jako intervenci v průběhu porodu

ženy s infibulací akutní císařský řez. PA6 k tématu specifika v péči porodních asistentek uvedla deinfibulaci v kombinaci s epiziotomií. Dle Roztočila [5] je ve druhé době porodní většinou nutná deinfibulace, nikoliv epiziotomie nebo primární císařský řez z indikace infibulace.

V poslední části výzkumného šetření byly porodní asistentky dotazovány na vlastní názor na provádění zákroků genitální mutilace a také na překážky, se kterými se v rámci své profese setkaly v péči o ženy s FGM během těhotenství, porodu a šestinedělí. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že všechny porodní asistentky nesouhlasí s žádným typem mutilačních zákroků. Zajímavé bylo zjištění, že se všechny porodní asistentky shodují v názoru, že překážkou v poskytování péče ženám s genitální mutilací v průběhu těhotenství porodu a šestinedělí je vliv kultury a s ní spojených rituálů. Prostřednictvím této otázky jsme získaly také odpověď na otázku: „Jakou roli hraje genitální mutilace v rozhodnutí ženy, zda rodit ve zdravotnickém, nebo domácím prostředí?“ Z výpovědí a zkušeností porodních asistentek (PA6 a PA7) je patrné, že ženu s genitální mutilací ovlivňuje při výběru místa porodu nejen kultura a tradice s ní spojené, ale také strach ze zdravotníků, zdravotnických zařízení a v neposlední řadě také ze zákonů. Ženy vnímají porod s tradiční porodní asistentkou v domácím prostředí jako bezpečný a z hlediska kulturní tradice naprosto přirozený. Jako další důvod, proč se ženy vyhýbají porodu ve zdravotnických zařízeních, dotazované porodní asistentky uváděly odmítání provádění reinfibulace ze strany zdravotníků. Kulturní tradice některých komunit tento zákrok striktně vyžaduje, z hlediska lékařské etiky je reinfibulace významným tématem pro diskusi. To potvrzuje výsledek vyplývající ze studie prováděné ve Švýcarsku [25], kde se autoři vyjadřují pozitivně pro provádění reinfibulace z důvodů možného sociálního vyloučení žen nebo jejich odmítnutí manželem (v případě neprovedení reinfibulace). Rozhovorem s porodními asistentkami bylo dále zjištěno, že další překážkou v oblasti péče o ženu s genitální mutilací je jazyková bariéra, a to i v případě využití služeb tlumočníka. Problematiku jazykové bariéry v komunikaci se ženami s genitální mutilací uvádí také WHO [3]. K vyřešení jazykové bariéry a zajištění adekvátní péče s ohledem na citlivost tématu je dle doporučení WHO [3] vhodné zajistit tlumočníka – ženu, která disponuje nejen jazykovou vybaveností, ale také je vybavena znalostmi týkajícími se problematiky mutilačních zákroků.

Všechny porodní asistentky se vyjádřily také k tématu nedostatečné informovanosti, kterou vnímají jako překážku v poskytování péče ženám s genitální mutilací. Nicméně v názoru, kdo je nedostatečně informován, se dotazované porodní asistentky dělí do dvou skupin. Porodní asistentky (PA2, PA3, PA4, PA5, PA7) jsou názoru, že nedostatečně informované jsou o problematice genitální mutilace ženy a jejich komunity, ve kterých žijí. Dvě porodní asistentky (PA1, PA6) zastávají názor, že nedostatečná informovat je ze strany porodních asistentek. Dle WHO [3] úroveň informovanosti poskytovatelů zdravotní péče hraje velmi významnou roli v edukaci komunit a v boji proti mutilačním zákrokům. Nedostatečná informovanost zdravotníků snižuje jejich účast v oblasti edukace a spolupráce s komunitou. Z toho vyplývá, že edukace a informovanost žen a komunit v oblasti problematiky FGM souvisí se vzdělaností a erudicí porodních asistentek.

Problematika genitální mutilace u žen se vlivem rychlé globalizace a s ní spojené migrace obyvatel stává velmi aktuálním tématem [26]. FGM je jedním z důležitých aspektů reprodukčního zdraví. Ekonomické, sociální a zdravotní důsledky mrzačení ženských pohlavních orgánů jsou obrovské [27]. Genitální mutilace ovlivňuje kvalitu života dívek a žen, neboť tyto ženy mohou trpět vážnými, ireverzibilními fyzickými, psychickými a psychosexuálními problémy [26]. Z toho vyplývá, že s následky těchto zákroků se můžeme setkat při poskytování péče ženám zejména během těhotenství a porodu (odhaduje se, že každý rok jsou mrzačením ženských pohlavních orgánů ohroženy 3 miliony dívek) [28]. Jak zmiňuje Škodová [29], s poskytováním kvalitní péče úzce souvisí i efektivní využívání vzdělávacích programů na zvyšování komunikačních dovedností a znalostí v porodní asistenci.

Závěr

Z výsledků výzkumu vyplývá, že dotazované porodní asistentky s praktikami genitální mutilace nesouhlasí. Rozsah komplikací, které se v důsledku tohoto zákroku objevují u žen v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí, je závislý na rozsahu mutilačního zákroku a také na jednotlivých obdobích. Těhotenství, porod a šestinedělí u žen s genitální mutilací I. a II. typu probíhá zpravidla bez komplikací. Komplikace se objevují zejména u žen s genitální mutilací III. typu, a to ve všech obdobích (těhotenství, porod, šestinedělí). V otázce specifik v péči porodních asistentek o ženy s FGM se porodní asistentky vyjadřují k intervencím s ohledem na typ mutilačního zákroku v daném období. Výsledky ukázaly, že v rámci své profese se porodní asistentky setkávají s překážkami v poskytování péče ženám s FGM.

Závěrem je důležité zdůraznit nutnost poskytování speciální péče ženám migrujícím do států s jinými kulturními tradicemi ze zemí, pro něž je výkon genitální mutilace obvyklý. Péče by měla být zaměřena na omezení komplikací a snižování dalšího utrpení žen.

Významné je také další sebevzdělávání porodních asistentek a ostatních zdravotnických pracovníků v této problematice s cílem dosáhnout jejich vyšší a kvalitní erudovanosti v dané oblasti, neboť na základě současných zkušeností s migrací lze předpokládat rostoucí počet žen s mutilačním zákrokem, kterým budou porodní asistentky poskytovat péči v těhotenství, během porodu i v období šestinedělí.

Konflikt zájmů

Autorky prohlašují, že si nejsou vědomy žádného konfliktu zájmů týkajícího se uvedeného příspěvku.

LITERATURA

[1] Female genital mutilation. WHO; 2014. [online] [cit. 2014-02-12]. Dostupné z: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/

[2] Radková L, Boča R, Šoltés L. Etické a zdravotné aspekty ženskej obriezky. Kontakt 2005;7(1–2):161.

[3] Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation, p. 1. Ženeva: WHO Press; 2010.

[4] Abusharaf R. Female circumcision: multicultural perspectives. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2006.

[5] Roztočil A. Moderní gynekologie. Praha: Grada; 2011.

[6] Hrdličková L. Sexualita a náboženství: provokující spojení. Psychologie dnes 2010;1(5):24–5.

[7] Vachala B. Obřízka ve starém Egyptě. Vesmír 2007;86(10):660–4.

[8] Weiss P. Sexuologie. Praha: Grada; 2010.

[9] Abdulcadir J, Margairaz C, Boulvain M, Irion O. Care of women with female genital mutilation/cutting. Swiss Med Wkly 2011;140:w13137. Doi: 10.4414/smw.2010.13137.

[10] Vloeberghs E, van der Kwaak A, Knipscheer J, van der Muijsenbergh M. Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in The Netherlands. Ethn Health 2012;17(6):677–95. Doi: 10.1080/13557858.2013.771148.

[11] Female genital mutilation frequently asked questions. UNFPA; 2015. [online] [cit. 2015-12-16]. Dostupné z: http://www.unfpa.org/resources/female-genital-mutilation-fgm-frequently-asked-questions#banned_by_law

[12] Nour NM. Female genital cutting: impact on women's health. Semin Reprod Med 2015;33(1):41–6. Doi: 10.1055/s-0034-1395278.

[13] Albert J, Bailey E, Duaso M. Does the timing of deinfibulation for women with type 3 female genital mutilation affect labour outcomes? British Journal of Midwifery 2015;23(6):430–7.

[14] Kontoyannis M, Katsetos Ch. Female genital mutilation. Health Science Journal 2010;4(1):34.

[15] An update on WHO's work on female genital mutilatin (FGM). WHO; 2011. [online] [cit. 2011-12-05]. Dostupné z http://www.who.int/reproductivehealth/publiactions/fhm//rhr_11_18/en/

[16] Rushwan H. Female genital mutilation (FGM) management during pregnancy, childbirth and the postpartum period. Int J Gynaecol Obstet 2000;70(1):99–104.

[17] Vachková E. Specifika multikulturní péče na porodním sále. Ošetřovatelství 2008;10(1–2):33–7.

[18] Ivanová K, Špirudová L, Kutnohorská J. Multikulturní ošetřovatelství 1. Praha: Grada; 2005.

[19] Management of pregnancy, childbirth and the pospartum period in the presence of female gental mutilation. WHO; 2001. [online] [cit. 2001-12-03]. Dostupné z: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66805/1/WHO_FCH_GWH_01.2.pdf

[20] Bártlová S, Sadílek P, Tóthová V. Výzkum a ošetřovatelství. Brno: NCO NZO; 2008.

[21] Banks E. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. Lancet 2006;367:1835–41.

[22] De Silva S. Obstetric sequelae of female circumcision. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1989;32(3):233–40.

[23] Andro A, Cambois E, Lesclingand M. Long-term consequences of female genital mutilation in a European context: Self perceived health of FGM women compared to non-FGM women. Social Science and Medicine 2014;106:177–84.

[24] Elnashar A, Abdelhady R. The impact of female genital cutting on health of newly married women. Int J Gynaecol Obstet 2007;97(3):238–44.

[25] Thierfelder C, Tanner M, Kessler Bodiang CM. Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. Eur J Public Health 2005;15(1):86–90. Doi: 10.1093/eurpub/cki120.

[26] Varol N, Dawson A, Turkmani S, Hall JJ, Nanayakkara S, Jenkins G et al. Obstetric outcomes for women with female genital mutilation at an Australia hospital, 2006–2012: a descriptive study. BMC Pregnancy and Childbirth 2016;16(1):328. Doi:10.1186/s12884-016-1123-5.

[27] Refaei M, Aghababaei S, Pourreza A, Masoumi SZ. Socioeconomic and reproductive health outcomes of female genital mutilation. Arch Iran Med 2016;19(11):805–11.

[28] Rodriguez MI, Seuc A, Say L, Hindin MJ. Episiotomy and obstetric outcomes among women living with type 3 female genital mutilation: a secondary analysis. Reproductive Health 2016;13:131.

[29] Škodová Z. Communication and interpersonal skills enhancement in midwifery: Review. Cent Eur J Nurs Midw 2016;7(3):504–10. Doi:10.15452/CEJNM.2016.07.0021.