ŽENY MATKY TELÁ II

SYSTÉMOVÉ ASPEKTY PORUŠOVANIA ĽUDSKÝCH PRÁV ŽIEN PRI PÔRODNEJ STAROSTLIVOSTI V ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENIACH NA SLOVENSKU

Editorka: Janka Debrecéniová
Autorky: Janka Debrecéniová – Miroslava Hlinčíková – Ema Hrešanová – Zuzana Krišková – Zuzana Lafférsová – Martina Sekulová

© Občan, demokracia a zodpovednosť – Ženské kruhy 2016

Publikácia vydaná združením Občan, demokracia a zodpovednosť v spolupráci so združením Ženské kruhy,
s finančnou podporou Open Society Foundations
a Fondu pre mimovládne organizácie Finančného mechanizmu EHP 2009 – 2014 spravovaného NOS – OSF.

Projekt ***Advokačné aktivity zamerané na zlepšenie inštitucionálnej ochrany a podpory ľudských práv v SR s dôrazom na ľudské práva žien a na presadzovanie princípu rodovej rovnosti vo verejných politikách*** bol podporený sumou **46 424,90 eur** z Fondu pre mimovládne organizácie, ktorý je financovaný z Finančného mechanizmu EHP 2009 – 2014.

Správcom fondu je Nadácia otvorenej spoločnosti – Open Society Foundation. Cieľom projektu ***Advokačné aktivity zamerané na zlepšenie inštitucionálnej ochrany a podpory ľudských práv v SR s dôrazom na ľudské práva žien a na presadzovanie princípu rodovej rovnosti vo verejných politikách*** je podpora demokratických hodnôt vrátane ľudských práv.

Ženy – Matky – Telá II

Systémové aspekty porušovania ľudských práv žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku

Editorka: Janka Debrecéniová

Autorky: Janka Debrecéniová – Miroslava Hlinčíková – Ema Hrešanová – Zuzana Krišková – Zuzana Lafférsová – Martina Sekulová

Občan, demokracia a zodpovednosť, Ženské kruhy

2016

Ženy – Matky – Telá II

Systémové aspekty porušovania ľudských práv žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku

© Autorky, Občan, demokracia a zodpovednosť, Ženské kruhy, 2016

Editorka:	Mgr. Janka Debrecéniová, MJur., PhD.
Autorky:	Mgr. Janka Debrecéniová, MJur., PhD.
	Mgr. Miroslava Hlinčíková, PhD.
	Mgr. Ema Hrešanová, Ph.D.
	Mgr. Zuzana Laffársová
	Ing. Zuzana Krišková, PhD.
	Mgr. Martina Sekulová, PhD.
Koordinátorka:	PhDr. Šarlota Pufflerová, PhD.
Jazyková úprava:	PaedDr. Zuzana Bariaková, PhD., Mgr. Martina Kubealaková, PhD., Gregory Soulliere, MA, Ľubica Trgiňová, MS
Preklad:	Mgr. Tomáš Donoval (Summary), PhDr. Jana Juráňová (1. kapitola)
Grafický dizajn:	Bc. Miroslav Kuka
Fotografia:	Ľubica Trgiňová, MS
Tlač:	SINEAL
Počet výtlačkov:	300; dotlač 300 výtlačkov v roku 2018
Rozsah:	284 strán
Miesto vydania:	Bratislava
Rok vydania:	2016
Vydali:	Občan, demokracia a zodpovednosť Záhradnícka 52, 821 08 Bratislava
	Ženské kruhy Na hlinách 17, 917 01 Trnava

Ako citovať túto publikáciu: DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – HREŠANOVÁ, E. – LAFFÉRSOVÁ, Z. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M.: *Ženy – Matky – Telá II: Systémové aspekty porušovania ľudských práv žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, Ženské kruhy, 2016.

ISBN	978-80-89140-27-5
EAN	9788089140275

Venujeme Jane Cvikovej

Ženy – Matky – Telá II

Systémové aspekty porušovania ľudských práv žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku

Poďakovanie 15

Úvod 17

Ženy – Matky – Telá I: Zhrnutie hlavných zistení a zmapovanie domácich a medzinárodných ohlasov na publikáciu 21

Zoznam používaných skratiek 25

1. Pôrod z pohľadu kultúrnej antropológie 27

Ema Hrešanová

1.1. Úvod 27

1.2. Pôrod ako kultúrny a sociálny fenomén 28

1.2.1. Metafory pôrodu 29

1.2.2. Mocenské vzťahy v pôrodníctve 30

1.2.3. Autoritatívne poznanie 31

1.2.4. Babičstvo, pôrodníctvo a pôrodná asistencia 32

1.3. Medikalizácia 37

1.4. Inštitucionálny kontext poskytovania pôrodnej starostlivosti 41

1.4.1. Organizačná kultúra 43

1.4.1.1. Výskumy kultúr dvoch českých pôrodníc 43

2. Ľudské práva ako normatívne východisko, želaný stav a interpretačný rámec pre poskytovanie pôrodnej starostlivosti 47

Janka Debrecéniová

2.1. Úvod 47

2.2. Ľudské práva žien pri pôrode 48

2.2.1. Právo na ľudskú dôstojnosť 50

2.2.2. Právo na ochranu zdravia, na sexuálne a reprodukčné zdravie a na zdravotnú starostlivosť 52

2.2.3. Právo na informácie a informovaný súhlas 60

2.2.4. Právo na ochranu súkromného a rodinného života 69

2.2.5. Právo na rovnosť a nediskrimináciu 73

2.2.6. Právo nebyť podrobená násiliu, mučeniu a inému krutému, neľudskému a ponižujúcemu zaobchádzaniu 79

2.2.7. Právo užívať plody vedeckého pokroku a jeho využitia 88

2.3. Kto všetko má zodpovednosť za napĺňanie ľudských práv žien pri pôrodoch a kto je za čo zodpovedný 92

2.4. ... a čo s ľudskými právami zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok 95

3. Prejavy, príčiny, sprievodné znaky a ďalšie systémové aspekty porušovania ľudských práv žien pri pôrodoch v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku – zistenia z hĺbkových rozhovorov so zdravotníckym personálom a so ženami 97

Martina Sekulová – Miroslava Hlinčíková – Janka Debrecéniová – Zuzana Krišková

3.1. Východiská, perspektívy, ciele a metodológia výskumu 97

3.1.1. Pár poznámok k perspektíve, východiskám a cieľom výskumu 97

3.1.2. Metodológia zberu, spracovávania a analýzy výskumných dát 99

3.1.3. Etické aspekty výskumu 102

3.2. Ľudské práva žien pri pôrodoch a ich odraz v uplatňovaní informovaného súhlasu, v komunikácii s rodiacimi ženami a v rešpektovaní ich rozhodnutí 103

3.2.1. Úvod 10

3.2.2. Vnímanie ľudských práv žien pri pôrodoch zdravotníckym personálom 103

3.2.3. Potreba centralizácie pôrodu na potreby rodiacich žien a nie na inštitúciu a jej personál 104

3.2.4. Nerovnováha moci medzi personálom a rodiacimi ženami, informačná prevaha personálu a informovanie ako nevyhnutný predpoklad na rozhodovanie sa žien 105

3.2.5. Informovanie a informovaný súhlas 106

3.2.5.1. Informovanosť a informovaný súhlas v pôrodniciach očami žien 108

3.2.5.2. Koncept informovaného súhlasu reflektovaný v rozhovoroch so zdravotníckym personálom 109

3.2.5.2.1. „Informovaný súhlas" ako formalita zhmotnená v podpise nemocničného formulára 109

3.2.5.2.2. „Informovanie" ako oznamovanie rozhodnutí prijatých zdravotníckym personálom 112

3.2.5.2.3. Úplná absencia informovania a rutinné vykonávanie úkonov 113

3.2.5.2.4. Akútne situácie, riziko a ohrozenie ako ospravedlnenia pre zlyhania v informovaní žien 114

3.2.5.2.5. Aktívne zisťovanie prianí rodiacich žien zo strany zdravotníckeho personálu ako okrajová záležitosť 116

3.2.6. Komunikácia ako neopomenuteľná súčasť informovania, získavania informovaného súhlasu a poskytovania pôrodnej starostlivosti 117

3.2.6.1. Komunikácia ako nástroj odovzdávania informácií a vytvárania predpokladov na efektívne napĺňanie ďalších práv žien pri pôrode 117

3.2.6.2. Dobrá komunikácia je pre ženy dôležitá 119

3.2.6.3. Komunikácia zo strany zdravotníckeho personálu a jej vnímanie personálom 120

3.2.6.4. Na otázky žien je potrebné vytvoriť priestor 121

3.2.6.5. Systémové nastavenia a iné bariéry pre adekvátnu komunikáciu a informovanie 122

3.2.7. Prístup k aktívne vysloveným prianiam a predstavám žien o pôrode 124

3.2.7.1. Stratégie žien na zabezpečovanie rešpektovania ich vôle pri pôrode 124

3.2.7.2. Pôrodné plány/pôrodné priania a ich právna povaha 126

3.2.7.3. Pôrodný plán/pôrodné priania nie sú pre zdravotníkov a zdravotníčky neznáme pojmy 127

3.2.7.4. Napĺňanie pôrodných plánov a prianí žien vôbec nie je samozrejmosťou 128

3.2.8. Koncept „spolupráce" 132

3.2.8.1. Spolupráca medzi zdravotníckym personálom a rodiacimi ženami v reflexiách žien 132

3.2.8.2. Vnímanie „spolupráce" zdravotníkmi a zdravotníčkami 133

3.2.8.3. „Nespolupracujúca rodička" 133

3.2.9. Ďalšie prejavy, mechanizmy a systémové aspekty porušovania práv žien pri pôrodoch súvisiace s informovaním, právom na informované rozhodovanie sa a komunikáciou 134

3.2.9.1. Anonymita zdravotníckeho personálu 135

3.2.9.2. Jazyk ako nástroj realizácie a upevňovania disciplinačnej moci nad ženami 135

3.2.9.3. Nepatričné ovplyvňovanie rozhodovania sa žien 138

3.2.9.4. Rodové stereotypy o rodiacich ženách: ženy ako matky, ženy ako objekty a ženy ako osoby nespôsobilé rozhodovať sa 140

3.2.9.5. Nerešpektovanie a nereflektovanie autentickej emocionality žien počas pôrodu 145

3.2.9.6. Prejavy násilia ako neakceptovateľná alternatíva k spolupráci 145

3.2.9.7. Centralizácia pôrodu na personál aj v kontexte uplatňovaných postupov a intervencií 146

3.2.10. Zhrnutie 147

3.3. Zdravotnícke postupy a štandardy v jednotlivých pôrodniciach: Evidence-based medicine v. eminence-based medicine 148

3.3.1. Medicína založená na dôkazoch ako jedno z východísk pre poskytovanie pôrodnej starostlivosti 149

3.3.2. Získavanie odborných vedomostí a praktických skúseností 151

3.3.2.1. Perspektíva pôrodníkov a pôrodníčok 151

3.3.2.2. Perspektíva pôrodných asistentiek 153

3.3.3. Rozdiely v prístupe k pôrodu: generačné strety? 154

3.3.4. Hierarchia a zvyk ako faktory ovplyvňujúce postupy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v jednotlivých pôrodniciach 156

3.3.5. Absentujúce zdravotnícke štandardy asistovania pri pôrodoch v slovenskom pôrodníctve 158

3.3.6. Rutinné praktiky a intervencie v slovenských pôrodniciach v kontraste s medicínou založenou na dôkazoch 160

3.3.6.1. Intervencie a zaužívané praktiky v opisoch členov a členiek zdravotníckeho tímu 162

3.3.6.1.1. Normálne trvanie pôrodu podľa medzinárodne uznávaných zdravotníckych štandardov 162

3.3.6.1.2. Snahy o urýchľovanie pôrodov 164

3.3.6.1.3. Pôrodná poloha 166

3.3.6.1.4. Tlačenie na fundus (Kristellerova expresia) 169

3.3.6.1.5. Epiziotómia (nástrih hrádze) 174

3.3.6.1.6. Rutinné zavádzanie kanyly 180

3.3.6.1.7. Používanie syntetického oxytocínu 181

3.3.6.1.8. Holenie pubického ochlpenia, klystír 184

3.3.7. Zhrnutie 187

3.4. Organizácia práce v pôrodnici a postavenie pôrodných asistentiek 188

3.4.1. Zdravotnícky personál a jeho úlohy 189

3.4.1.1. Pôrodné asistentky ako kľúčové poskytovateľky pôrodnej starostlivosti 189

3.4.1.2. Hierarchie v slovenských pôrodniciach: primár/primárka, lekári/lekárky a pôrodné asistentky 191

3.4.1.3. Činnosti patriace do pôsobnosti pôrodných asistentiek 192

3.4.1.4. Preťaženosť pôrodných asistentiek 197

3.4.1.5. Potreba posilniť pozíciu pôrodných asistentiek? 200

3.4.1.6. Reflexia vzťahu pôrodníkov/pôrodníčok a pôrodných asistentiek 202

3.4.2. Pracovný čas ako podstatný aspekt organizácie práce v pôrodnici 204

3.4.3. Zhrnutie 206

3.5. Reflexie zdravotníckeho personálu o poskytovanej pôrodnej starostlivosti: potrebné zmeny, silné stránky a nositeľky a nositelia budúcej zmeny 207

3.5.1. Potrebné zmeny v pôrodnej starostlivosti z pohľadu zdravotníckeho personálu 207

3.5.1.1. Zmeny v početnosti zdravotníckeho personálu, vo vybavení a v priestorovom usporiadaní pôrodníc 207

3.5.1.2. Zmeny týkajúce sa slobodnej voľby pôrodnej polohy a prítomnosti partnera počas celého pôrodu 208

3.5.1.3. Zmeny v prístupe k rodiacim ženám 209

3.5.2. Silné stránky poskytovanej pôrodnej starostlivosti vo vnímaní pôrodníkov, pôrodníčok a pôrodných asistentiek 210

3.5.3. Kto má byť podľa zdravotníckeho personálu nositeľom zmeny 212

3.5.4. Zhrnutie 213

3.6. Ako sa chopiť výzvy alebo Kľúčové princípy v procese zmeny 214

Príloha 217

Výskumný scenár expertného rozhovoru s lekármi, lekárkami a pôrodnými asistentkami o pôrodoch v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku 217

Záverečné zhrnutie 221

Ciele publikácie a jej základné črty 221

Prehľad a zhrnutie jednotlivých kapitol 222

1. Pôrod z pohľadu kultúrnej antropológie 222

2. Ľudské práva ako normatívne východisko, želaný stav a interpretačný rámec pre poskytovanie pôrodnej starostlivosti 223

3. Prejavy, príčiny, sprievodné znaky a ďalšie systémové aspekty porušovania ľudských práv žien pri pôrodoch v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku – zistenia z hĺbkových rozhovorov so zdravotníckym personálom a so ženami 226

Východiská, perspektívy, ciele a metodológia výskumu 226

Ľudské práva žien pri pôrodoch a ich odraz v uplatňovaní informovaného súhlasu, v komunikácii s rodiacimi ženami a v rešpektovaní ich rozhodnutí 227

Zdravotnícke postupy a štandardy v jednotlivých pôrodniciach: Evidence-based medicine v. eminence-based medicine 231

Organizácia práce v pôrodnici a postavenie pôrodných asistentiek 236

Reflexie zdravotníckeho personálu o poskytovanej pôrodnej starostlivosti: potrebné zmeny, silné stránky a nositeľky a nositelia budúcej zmeny 237

Ako sa chopiť výzvy alebo Kľúčové princípy v procese zmeny 238

Summary 241

Objectives and Key Features of the Publication 241

Chapters' Overview and Summary 242

1. Birth from the Perspective of Cultural Anthropology 242
2. Human Rights as the Normative Basis, Desired State, and Interpretation Framework for the Provision of Birth Care 244
3. Manifestations, Causes, Accompanying Characteristics and Other Systemic Aspects of Women's Human Rights Violations during Births in Healthcare Facilities in Slovakia – Findings from In-Depth Interviews with Healthcare Personnel and Women 246

Background, Perspectives, Objectives and Methodology of Research 246

Women's Human Rights in Childbirth and How They Are Reflected in the Exercise of Informed Consent, Communication with Women and Respect for Their Decisions 247

Medical Practices and Standards in Individual Birthing Facilities: Evidence-Based Medicine v. Eminence-Based Medicine 251

Organisation of Work in Birthing Facilities and Status of Midwives 256

Healthcare Personnel's Reflection on the Provision of Birth Care: Changes Needed, Strengths, and Agents of Future Change 257

How to Grasp the Challenge, or Key Principles in the Change Process 258

Prehľad použitej literatúry 261

Prehľad použitých právnych predpisov 271

Medzinárodné dohovory 271

Právne predpisy SR 272

Iné dokumenty právneho charakteru 272

Prehľad použitých súdnych a iných rozhodnutí 275

Európsky súd pre ľudské práva 275

Výbor pre odstránenie diskriminácie žien 276

Prehľad použitých webových stránok 277

O členkách autorského tímu 279

Poďakovanie

Ďakujeme všetkým ženám, ktoré nám v roku 2014 poskytli výskumné rozhovory o svojej pôrodnej skúsenosti v niektorej z nemocníc bratislavských okresov alebo v trnavskom okrese. Ďalej ďakujeme všetkým pôrodníčkam, pôrodníkom a pôrodným asistentkám, ktoré nám na prelome rokov 2014 a 2015 poskytli výskumné rozhovory o svojej práci v niektorej z pôrodníc na Slovensku. Bez ochoty a otvorenosti uvedených respondentiek a respondentov by táto publikácia nebola mohla vzniknúť.

Ďakujeme tiež Šarlote Pufflerovej, koordinátorke celého výskumného a publikačného projektu, ktorého výsledkom je táto publikácia. Šarlota Pufflerová projektu poskytovala nielen technické a logistické zázemie, ale aj cennú metodologickú a inú expertnú podporu.

Naša vďaka ďalej patrí Zuzane Lafférsovej, ktorá vykonala množstvo pomocných editorských prác najmä v podobe čítania a pripomienkovania textu v jeho rôznych štádiách. Podieľala sa tiež na tvorbe textu záverečného zhrnutia. Za pomocné editorské práce a pomoc pri zbere niektorých dát a iných podkladov ďakujeme Michaele Dénešovej. Za pomoc pri záverečných čítaniach publikácie ďakujeme Ľubici Trubíniovej.

Ivete Jančigovej, Vasilovi Hricákovi, Veronike Pizano a Mários Santosovi ďakujeme za pomoc pri získavaní literatúry a odborných zdrojov. Za konzultácie či vysvetlenia niektorých odborných postupov a termínov ďakujeme Ivete Lazorovej, Zore Moncoľovej, Martine Perháčovej a Andrei Polokovej. Markéte Pavlíkovej ďakujeme za láskavý súhlas s prekladom a použitím jej autorského textu o aplikácii klystíru.

Jane Juráňovej ďakujeme za preklad 1. kapitoly z českého do slovenského jazyka a Tomášovi Donovalovi za preklad záverečného zhrnutia zo slovenského do anglického jazyka. Za jazykové korektúry celej publikácie vďačíme Zuzane Bariakovej a Martine Kubealakovej. Podotýkame, že spôsob, akým sme sa vyrovnali s ich návrhmi a pripomienkami – najmä vo vzťahu k niektorým subštandardným výrazom –, zostáva výlučne našou zodpovednosťou. Gregovi Soullierovi a Ľubici Trgiňovej ďakujeme za korektúry anglického prekladu záverečného zhrnutia.

Za grafickú úpravu publikácie ďakujeme Miroslavovi Kukovi. Za fotografiu na obálke a možnosť bezodplatne ju použiť ďakujeme Ľubici Trgiňovej.

Za finančnú podporu vydania publikácie a výskumu, ktorý jej predchádzal, ďakujeme organizácii Open Society Foundations, ako aj Fondu pre mimovládne organizácie Finančného mechanizmu EHP 2009 – 2014 spravovaného NOS – OSF. Vydanie publikácie finančne podporilo aj Center for Reproductive Rights. Tlačená podoba publikácie mohla vzniknúť aj vďaka podporovateľkám a podporovateľom, ktorí venovali podiel 2 % zo svojich daní z príjmov občianskemu združeniu

Ženské kruhy. Práca na 1. kapitole bola podporená z programu Univerzity Karlovej *Progres Q22: Antropologická bádání v rámci přírodních, humanitních a historických věd*.

Napokon ďakujeme našim blízkym za ich podporu, trpezlivosť a pochopenie.

Janka Debrecéniová
Miroslava Hlinčíková
Ema Hrešanová
Zuzana Krišková
Martina Sekulová

Úvod

Na Slovensku sa ročne narodí asi 55-tisíc detí. Zhruba toľko isto žien teda ročne porodí, v drvivej väčšine prípadov v niektorej zo slovenských pôrodníc. Pre každú z nich je pôrod kľúčovou životnou udalosťou, ktorú si spravidla dobre pamätá do konca života.

To, ako jednotlivé ženy prežijú svoj pôrod, má dopad nielen na ne samotné a na ich novorodené deti, na ich fyzické aj duševné zdravie, ale aj na ich užšie a širšie rodiny a vzťahy, v ktorých sa pohybujú. Spôsoby, akými je poskytovaná štátom zabezpečovaná pôrodná starostlivosť, sa tak neustále dotýkajú veľmi veľkej časti populácie, pričom najbytostnejšie a najintímnejšie sa dotýkajú samotných žien. Ide preto o dôležitú politickú a celospoločenskú otázku.

Štát pôrodnú starostlivosť stále zabezpečuje výlučne v nemocniciach a pod dohľadom lekárov a lekárok bez existencie alternatív napríklad v podobe pôrodných domov vedených pôrodnými asistentkami či oficiálnej a štátom zabezpečovanej pôrodnej starostlivosti v domácom prostredí žien. Keďže nemocnice sú do veľkej miery uzavretými inštitúciami, ktoré majú na poskytovanie pôrodnej starostlivosti monopol, je nevyhnutné pýtať sa, čo sa v týchto nemocniciach deje, akými spôsobmi sa to deje, kto všetko na tomto dianí participuje a kto má zaň priamu a nepriamu zodpovednosť. Tiež je potrebné sa pýtať, ako je poskytovanie pôrodnej starostlivosti východiskovo nastavené a prečo. Pri kladení si týchto otázok je potrebné vychádzať z medzinárodných ľudskoprávnych a zdravotníckych štandardov poskytovania pôrodnej starostlivosti, ktoré predstavujú záväzné rámce na posudzovanie toho, čo je na súčasnom systéme poskytovania pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach v neporiadku a do akej podoby a akým spôsobom to treba zmeniť.

Vo verejnom diskurze na Slovensku sa otázky týkajúce sa poskytovania pôrodnej starostlivosti až donedávna nerámcovali ako ľudskoprávne. Oficiálny priestor pre diskurz v oblasti pôrodníctva bol vyhradený takmer výlučne mužským lekárom-pôrodníkom. Tí pôrody a pôrodníctvo opisovali primárne cez prizmu medicíny a svojej každodennej lekárskej praxe. Tento mužský medicínsky prúd mal – aj vzhľadom na odbornosť, ktorá mu je oficiálne pripisovaná – v diskurze vysoký status a v zásade nebol nikým spochybňovaný. Pôrodná starostlivosť nebola explicitne kritizovaná v kontexte nedostatkov a zlyhaní z pohľadu ľudských práv, hoci sa objavovali aj hlasy volajúce po zlepšovaní podmienok v pôrodniciach a „humanizácii pôrodníctva", resp. celkovo zdravotníctva. V prostredí neformálnych diskusných fór a neformálnych, ale neskôr aj formálne inštitucionalizovaných zoskupení sa síce legitímne ozývali aj veľmi kritické hlasy, avšak ani tie problémy nedostatkov v poskytovaní pôrodnej starostlivosti nepomenúvali explicitným ľudskoprávnym jazykom. Prvý viditeľnejší posun nastal v roku 2015, keď združenie Občan, demokracia a zodpovednosť v spolupráci so združením Ženské kruhy vydalo publikáciu *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych*

zariadeniach na Slovensku[1] (ďalej aj ako „*Ženy – Matky – Telá I*"), ktorá na základe výskumných rozhovorov s rodiacimi ženami a ľudskoprávneho monitoringu pilotne zmapovala porušovanie ľudských práv žien v pôrodniciach na Slovensku (hlavné zistenia tejto publikácie a ohlasy na ňu opisujeme v nasledujúcej časti). Publikácia naznačila, že porušovanie ľudských práv žien v pôrodniciach na Slovensku je rozsiahle, mnohorozmerné a má systémovú povahu. Aj v duchu týchto zistení sme preto považovali za potrebné tento problém ďalej skúmať.

Publikácia, ktorú držíte v rukách, je jedným z výsledkov tohto skúmania. Zásadným spôsobom rozširuje a prehlbuje naše predchádzajúce zistenia o porušovaní ľudských práv žien pri pôrodnej starostlivosti na Slovensku, ako aj o porušovaní medzinárodne uznávaných zdravotníckych štandardov vzťahujúcich sa na pôrodnú starostlivosť. Prináša výsledky nového kvalitatívneho výskumu, ktorý je postavený na rozhovoroch so zdravotníckym personálom – pôrodníkmi, pôrodníčkami a pôrodnými asistentkami –, pričom využíva aj predchádzajúce zistenia z rozhovorov s rodiacimi ženami zdokumentované v publikácii *Ženy – Matky – Telá I* a nadväzuje na ne. V novom výskume a analýze už pohľady rodiacich žien a zdravotníckeho personálu vzájomne porovnávame, poukazujeme na to, v čom sa líšia, ale aj kde sa stretávajú. Publikácia sa zároveň snaží o hlbšie analytické uchopenie celého problému a o opísanie jeho príčin, súvislostí a mnohých ďalších systémových aspektov.

Sme si plne vedomé rozsahu a citlivosti diskusie o stave súčasného pôrodníctva na Slovensku a taktiež diverzity aktérok a aktérov, ktorí do tejto diskusie vstupujú, ako aj rôznorodosti ich motivácií, potrieb a záujmov. Publikácia a prístupy k jej tvorbe vychádzajú primárne z toho, že poskytovanie pôrodnej starostlivosti sa nedeje vo vzduchoprázdne, ale že je zasadené do širšieho spoločenského a kultúrneho kontextu, v ktorom jednotlivé osoby majú svoje postavenie, úlohy, často predpísané (rodové) roly a existujú medzi nimi mnohé hierarchie (rodové aj iné) a v ktorom jednotlivé veci a javy majú často aj symbolické (rodové či iné) významy. Publikácia sa preto snaží odhaľovať a opisovať aj mechanizmy (neraz vo svojej podstate mocenské), ktoré slúžia na udržiavanie týchto vzťahov, rol a hierarchií. Zároveň sa však snaží ponúknuť funkčné prístupy či príklady dobrej praxe, ktoré môžu napomôcť uplatňovaniu medzinárodne uznávaných ľudskoprávnych a zdravotníckych štandardov.

Publikácia je rozdelená do troch hlavných kapitol. Prvá kapitola poskytuje náhľad na oblasť pôrodov, pôrodníctva a poskytovania pôrodnej starostlivosti z perspektívy kultúrnej antropológie, t. j. z pohľadu toho, ako sú tieto fenomény širšie kultúrne a sociálne ukotvené. Čitateľom a čitateľkám tak ponúka širší kontext, nadhľad a snáď aj odstup od toho, ako doposiaľ vnímali pôrody a poskytovanie pôrodnej starostlivosti a čo vnímali ako dané a normálne, a teda nemenné. Druhá kapitola predstavuje základné ľudskoprávne štandardy, ktoré musia byť napĺňané pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti. Tieto štandardy sú opísané z pohľadu vnútroštátneho, ale aj medzinárodného práva (pričom štandardy medzinárodného práva majú v zásade prednosť pred zákonmi SR). Prepájajúc ľudskoprávne štandardy, ktoré musia byť dodržiavané pri pôrodoch, so zisteniami vyplývajúcimi z publikácie *Ženy – Matky – Telá I*, druhá kapitola zároveň stručne opisuje aj konkrétne porušenia ľudských práv žien pri pôrodoch, ktoré sa dejú v pôrodniciach na Slovensku. Pomerne detailný opis vnútroštátnych aj medzinárodných ľudskoprávnych štandardov vzťahujúcich sa na poskytovanie pôrodnej starostlivosti a zároveň ich aplikácia na konkrétne zistenia z predchádzajúceho výskumu už sama osebe predstavuje pomerne komplexný zdrojový materiál pre viaceré profesie, ktoré sa

[1] DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015. Dostupné aj na: http://odz.sk/wp-content/uploads/Z-M-T_publ_el1_pod_sebou.pdf (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016).

zaoberajú pôrodnou starostlivosťou a ľudskými právami žien, resp. ľudskými právami všeobecne, ale aj zdravotníckym právom a zdravotnou starostlivosťou vo všeobecnejšom meradle. Tretia, najrozsiahlejšia kapitola opisuje samotné výskumné zistenia z hĺbkových rozhovorov so zdravotníckym personálom a rodiacimi ženami. Analyzuje prejavy, príčiny, sprievodné znaky a ďalšie systémové aspekty porušovania ľudských práv žien pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku. Skúma napríklad správanie sa a komunikáciu zdravotníckeho personálu vrátane spôsobov, akými (ne)zabezpečuje právo žien na rozhodovanie sa o vlastných pôrodoch a akými si vo všeobecnosti udržiava nad ženami mocenskú prevahu. Opisuje jednotlivé postupy a intervencie vykonávané pri pôrodoch, ktoré porušujú jednotlivé ľudskoprávne a často aj medzinárodne uznávané zdravotnícke štandardy. Zaoberá sa aj organizáciou práce, hierarchiami a vzťahmi na jednotlivých pôrodníckych pracoviskách, ktoré do veľkej miery zapríčiňujú porušovanie práv a udržiavanie *statusu quo* v slovenskom pôrodníctve, ale aj reflexiami zdravotníckeho personálu o súčasnom stave poskytovania pôrodnej starostlivosti a potrebných zmenách.

Na predkladanej publikácii opäť spolupracoval interdisciplinárny tím výskumníčok a autoriek, najmä z oblasti práva, etnológie a antropológie, sociológie a psychológie, ktoré sa podieľali na výskume aj na samotnom písaní tejto publikácie. Členkami najužšieho projektového tímu boli Janka Debrecéniová, Šarlota Pufflerová, Zuzana Krišková, Martina Sekulová a Miroslava Hlinčíková. Tento tím spoločne tvoril koncepciu celého výskumu a následnej publikácie, pričom technickú koordináciu týchto prác zabezpečovala Šarlota Pufflerová. Autorkami, resp. spoluautorkami jednotlivých kapitol sú (v poradí podľa kapitol) Ema Hrešanová (1. kapitola), Janka Debrecéniová (2. a 3. kapitola), Martina Sekulová (3. kapitola), Miroslava Hlinčíková (3. kapitola) a Zuzana Krišková (3. kapitola). Hlavnou editorkou celej publikácie bola Janka Debrecéniová, pričom množstvo editorských prác vykonala aj Zuzana Krišková. Autorkou prekladu 1. kapitoly z českého do slovenského jazyka je Jana Juráňová a autorom prekladu záverečného zhrnutia zo slovenského do anglického jazyka je Tomáš Donoval. Na tvorbe publikácie sa pomocnými editorskými prácami podieľali aj Zuzana Lafférsová a Michaela Dénešová.

Veríme, že predkladaná publikácia bude pozitívne a konštruktívne vnímaným príspevkom do diskusií o podobe a problémoch pôrodníctva na Slovensku a prispeje k pozitívnym zmenám v poskytovaní pôrodnej starostlivosti v súlade s medzinárodnými ľudskoprávnymi a zdravotníckymi štandardmi. Tiež veríme, že procesy, ktoré musia tieto zmeny naštartovať a sprevádzať, sa budú diať na všetkých úrovniach a u všetkých aktérov a aktérok poskytovania pôrodnej starostlivosti (t. j. tak na úrovni jednotlivých zdravotníckych zariadení, ako aj na celoštátnej úrovni, Ministerstvo zdravotníctva SR, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a relevantné vzdelávacie inštitúcie nevynímajúc). Zároveň veríme, že sa budú diať participatívne a demokraticky – t. j. že z nich nevypadnú ženy ako osoby, ktorým má poskytovanie pôrodnej starostlivosti slúžiť a o ktoré pri poskytovaní tejto starostlivosti primárne ide.

Janka Debrecéniová
november 2016

Ženy – Matky – Telá I: Zhrnutie hlavných zistení a zmapovanie domácich a medzinárodných ohlasov na publikáciu

Publikácia *Ženy – Matky – Telá II* integrálne nadväzuje na zistenia zdokumentované v prvej publikácii *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*[2] („*Ženy – Matky – Telá I*") a dopĺňa ich. Na pochopenie kontextu publikácie *Ženy – Matky – Telá II* preto v tejto časti stručne sumarizujeme zistenia z predchádzajúceho výskumu prezentované v prvej publikácii. Keďže publikácia *Ženy – Matky – Telá I* vyvolala živú diskusiu tak u odbornej, ako aj laickej verejnosti a taktiež vyvolala pozornosť a bola citovaná v medzinárodnoprávnom priestore, mapujeme aj tieto ohlasy a reakcie na ňu.

Publikácia *Ženy – Matky – Telá I* bola vydaná v roku 2015 združením Občan, demokracia a zodpovednosť v spolupráci so združením Ženské kruhy. Bola výsledkom viac ako dvojročného spoločného úsilia oboch organizácií, ktoré pilotne zmapovali porušovanie ľudských práv žien v slovenských pôrodniciach. Jej závery sú založené na výskumnej sonde pozostávajúcej z 15 hĺbkových semištruktúrovaných rozhovorov s rodiacimi ženami o ich pôrodnej skúsenosti a na ľudskoprávnom monitoringu, ktorým sme sa snažili zistiť, aké reálne možnosti majú ženy, ktoré sa chystajú rodiť, získavať informácie od jednotlivých pôrodníc. Monitoring pozostával z preskúmania webových stránok všetkých pôrodníc na Slovensku a zo zasielania listov napísaných ženami, ktoré sa v blízkej budúcnosti chystali rodiť, a neskôr aj oficiálnych žiadostí/prosieb o informácie združením Občan, demokracia a zodpovednosť do všetkých pôrodníc na Slovensku.

Publikácia priniesla viacero závažných zistení o porušovaní ľudských práv, ktoré sú dotknuté pri pôrodoch, ako aj o porušovaní medzinárodne uznávaných zdravotníckych štandardov vzťahujúcich sa na pôrodnú starostlivosť. Zároveň naznačila, že mnohé z týchto porušení majú systémovú povahu a sú odrazom inštitucionálnej kultúry jednotlivých pôrodníc, ale aj celkovej kultúry spoločnosti, ktorú zároveň spoluvytvárajú.

---

[2] DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015. Dostupné aj na: http://odz.sk/wp-content/uploads/Z-M-T_publ_el1_pod_sebou.pdf (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016).

Podľa zistení z výskumu a monitoringu medzi najčastejšie a najmarkantnejšie porušenia ľudských práv žien v slovenských pôrodniciach patrí napríklad to, že pôrodnice a zdravotnícky personál rodiace ženy dostatočne neinformujú a ich právo na prístup k informáciám nezabezpečujú proaktívne. Nezohľadňujú vôľu a priania žien a rozhodnutia prijímajú namiesto nich alebo ich rozhodovanie nepatrične ovplyvňujú. Koncept informovaného súhlasu, ktorý má byť nástrojom na zabezpečenie informovaného rozhodovania sa žien pred pôrodom a počas celého pôrodu, sa redukuje len na rutinné podpisovanie predpísaného formulára po príchode do pôrodnice. Ženám je upieraná možnosť rozhodovať sa o základných okolnostiach pôrodu – napríklad o polohe, v ktorej porodia svoje dieťa. Bezprostredne po pôrode je im niekde dokonca upieraná možnosť byť so svojím dieťaťom v blízkom kontakte. Pôrodnice nevytvárajú ani primeraný prístup k súkromiu, nechránia intimitu rodiacich žien a nerešpektujú ich dôstojnosť. Zistenia z výskumu i monitoringu poukazujú aj na ďalšie závažné porušenia, ako napríklad na vykonávanie rutinných a často bolesť prinášajúcich intervencií, ktoré sú v rozpore s medzinárodne uznávanými zdravotníckymi štandardmi a nezriedka sú vykonávané bez súhlasu alebo dokonca vedomia dotknutých žien. Publikácia poukázala aj na to, že konanie zdravotníckeho personálu so sebou v niektorých prípadoch nesie aj prvky násilia.

Domáce a medzinárodné ohlasy na publikáciu Ženy – Matky – Telá I

Na domácej scéne priniesla publikácia celkom nebývalú pozornosť a rozprúdila verejnú diskusiu. Reagovali na ňu takmer všetky segmenty, ktoré ňou mali byť oslovené – a to priamo i nepriamo a oficiálnymi i neoficiálnymi cestami. Prejavili o ňu záujem aj médiá. Viaceré prezentovali jej kľúčové zistenia, čo bolo katalyzátorom celého procesu. Len v prvom mesiaci od jej publikovania zaznamenala jej elektronická verzia viac ako 700 stiahnutí. Najmä vo virtuálnych ženských sieťach a u členiek, sympatizantiek (ale aj sympatizantov) a podporovateliek (ale aj podporovateľov) združenia Ženské kruhy bola publikácia pomerne bohato šírená a komentovaná cez sociálne siete. Mnohí pôrodníci a pôrodníčky, ktoré publikáciu čítali a s ktorými sme o nej hovorili, súhlasili so závermi, ku ktorým sme v nej dospeli – a to i napriek tomu, že viacerí a viaceré z nich ju považovali za príliš kritickú. Aj viaceré pôrodné asistentky sa stotožňovali s mnohými zisteniami, ktoré sme v publikácii prezentovali. Niektorí zdravotnícki pracovníci a pracovníčky sa cítili publikáciou dotknutí a dotknuté. Boli to najmä osoby, ktoré svoje povolanie vykonávajú s tými najlepšími úmyslami a úprimnou vierou a snahou vydať zo seba maximum. Práve ony však upozorňovali na mnohé aspekty systémového nastavenia poskytovania pôrodnej starostlivosti, ktoré im znemožňujú vykonávať svoju prácu tak, aby jej výsledky mohli napĺňať všetky ľudskoprávne a zdravotnícke štandardy. Spoločným menovateľom väčšiny reakcií, ktoré sa k nám dostali, bolo presvedčenie, že súčasný systém poskytovania pôrodnej starostlivosti potrebuje akútne a zásadné zmeny.

Porušovanie ľudských práv žien pri pôrodoch zďaleka nie je iba špecifikom Slovenskej republiky (čo však v žiadnom prípade nemôže aktérom a aktérkam na Slovensku zodpovedným za tento stav slúžiť ako ospravedlnenie). Množiace sa dôkazy a výskumy o rôznych formách porušovania ľudských práv žien, nerešpekte a násilí voči nim mali za následok, že viaceré medzinárodné alebo svetovo uznávané odborné organizácie vydali stanoviská k odstráneniu všetkých foriem násilia a nerešpektu voči ženám počas pôrodu. Organizácie hovoria o šokujúcich zisteniach a vyzývajú k akcii, ako aj k uskutočneniu ďalších výskumov. Mnohé z doteraz publikovaných správ a výskumov poukazujú na prítomnosť násilia a nerešpektu nie ako na dôsledok individuálnych zlyhaní jednotlivcov a jednotlivkýň, ale ako na výsledok systémových a inštitucionálnych nastavení poskytovania pôrodnej starostlivosti.[3]

[3] Pre viac informácií pozri napríklad FIGO, WHO, WRA, ICM, IPA: Mother-baby friendly birthing facilities. In: *International*

Aj preto publikácia *Ženy – Matky – Telá I* vyvolala pozornosť aj v medzinárodnoprávnom priestore. Už v novembri 2015, teda krátko po jej zverejnení, z nej vychádzal Výbor OSN pre odstránenie diskriminácie žien (ďalej aj ako „CEDAW výbor"). Výbor na svojom zasadnutí posudzoval mieru napĺňania záväzkov vyplývajúcich z Dohovoru o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien Slovenskou republikou. Vo svojich záverečných zisteniach adresovaných Slovensku výbor konštatoval znepokojenie nad tým, že neexistujú kontrolné postupy a mechanizmy na zabezpečenie primeraných štandardov starostlivosti a rešpektovania práv žien, ich dôstojnosti a autonómie počas pôrodu, a tiež nad tým, že možnosti pôrodu mimo nemocnice sú obmedzené.[4] Výbor Slovenskej republike odporučil, aby zaviedla primerané záruky na zabezpečenie toho, aby mali ženy prístup k vhodným a bezpečným pôrodným postupom, ktoré budú v súlade s príslušnými štandardmi starostlivosti, budú rešpektovať autonómiu žien a požiadavku slobodného, vopred poskytnutého a informovaného súhlasu.[5] Výbor zároveň Slovensku odporučil, aby monitorovalo a postihovalo segregáciu rómskych žien v nemocniciach a na klinikách vrátane pôrodníc.[6]

Publikácia *Ženy – Matky – Telá I* si vyslúžila pozornosť aj na pôde Rady Európy. V januári 2016 sa na ňu odvolal komisár Rady Európy pre ľudské práva ako na zdroj ilustrujúci násilie na ženách páchané v pôrodniciach.[7] Komisár v tejto súvislosti tiež skonštatoval, že násilie na ženách páchané v zdravotníckych zariadeniach, a osobitne pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti, stále nie je v dostatočnej miere zdokumentované. V júli 2016 komisár na publikáciu odkázal znovu vo svojom osobitnom komentári venovanom sexuálnemu a reprodukčnému zdraviu v kontexte „znepokojujúcich správ", ktoré sa k nemu dostávajú o porušovaní ľudských práv pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v súvislosti s pôrodmi.[8] Odvolal sa pri tom na skôr spomenuté zistenia CEDAW výboru. Podobne ako CEDAW výbor aj komisár vyzval zodpovedné subjekty (v tomto prípade členské štáty Rady Európy, Slovensko nevynímajúc), aby zaviedli primerané záruky vrátane mechanizmov dozoru na zabezpečenie prístupu žien k vhodným a bezpečným pôrodným postupom, ktoré budú v súlade s príslušnými štandardmi starostlivosti, budú rešpektovať autonómiu žien a požiadavku slobodného, vopred poskytnutého a informovaného súhlasu.[9]

Journal of Gynecology and Obstetrics, roč. 128, 2015, s. 95 – 99. Dostupné na: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013 (posledná návšteva dňa 28. 10. 2016). Pozri aj WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Stanovisko Svetovej zdravotníckej organizácie: Prevencia a odstránenie nerešpektujúceho a hrubého zaobchádzania pri pôrodoch v zdravotníckych zariadeniach*. Geneva, 2014. Dostupné na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/23/WHO_RHR_14.23_slo.pdf?ua=1 (posledná návšteva dňa 28. 10. 2016).

[4] Committee on the Elimination of Discrimination against Women: Concluding observations on the combined fifth and sixth periodic reports of Slovakia, 20 November 2015, CEDAW/C/SVK/CO/5-6, bod 30 e). Dostupné na: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2fSVK%2fCO%2f5-6 (posledná návšteva dňa 11. 10. 2016). Slovenská (vládou SR preložená) verzia je dostupná na: http://www.gender.gov.sk/?page_id=4065 (posledná návšteva dňa 11. 10. 2016). Výbor tu na základe zistení z iných zdrojov vo vzťahu k SR tiež konštatoval, že je znepokojený segregáciou rómskych žien v pôrodniciach (pozri bod 30 f) záverečných zistení).

[5] Tamtiež, bod 31 g).

[6] Tamtiež, bod 31 h).

[7] Commissioner for Human Rights: Women's Rights and Gender Equality in Europe : Round-Table with human rights defenders organised by the Office of the Council of Europe Commissioner for Human Rights, Vilnius, 6 and 7 July 2015. Report. CommDH(2016)15. Strasbourg, 19. januára 2016, bod 27. Dostupné na: https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?coeReference=CommDH(2016)15 (posledná návšteva dňa 11. 10. 2016).

[8] Commissioner for Human Rights: Protect women's sexual and reproductive health and rights. Human rights comment. Strasbourg, 21. júla 2016. Dostupné na: http://www.coe.int/en/web/commissioner/-/protect-women-s-sexual-and-reproductive-health-and-rights (posledná návšteva dňa 11. 10. 2016).

[9] Tamtiež.

Jediným subjektom, ktorý paradoxne na publikáciu nijako verejne nereagoval, bola samotná Slovenská republika, reprezentovaná Ministerstvom zdravotníctva SR. Napriek tomu, že publikácia bola doručená najvyšším predstaviteľom tohto ministerstva a že zástupkyne tohto ministerstva sa zúčastnili podujatia, na ktorom bola publikácia predstavená odbornej verejnosti, ministerstvo dodnes nerealizovalo nijaké kroky, ktorými by situáciu, ktorú sme v publikácii opísali, začalo riešiť. Ministerstvo rovnako nereagovalo ani na opísané odporúčania a výzvy CEDAW výboru a komisára Rady Európy pre ľudské práva.

Zoznam používaných skratiek

ACOG	Americké kolégium pre gynekológiu a pôrodníctvo (*American College of Obstetricians and Gynecologists*)
CEDAW dohovor	Dohovor o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien (*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*)
CEDAW výbor	Výbor OSN pre odstránenie diskriminácie žien (*Committee on the Elimination of Discrimination against Women*)
ČLS JEP	Česká lekárska spoločnosť Jana Evangelistu Purkyně (*Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně*)
EBM	medicína založená na dôkazoch (*evidence-based medicine*)
ESĽP	Európsky súd pre ľudské práva (*European Court of Human Rights*)
FIGO	Medzinárodná federácia pre gynekológiu a pôrodníctvo (*International Federation of Gynecology and Obstetrics*)
NICE	Národný inštitút pre zdravie a excelentnosť v starostlivosti (*The National Institute for Health and Care Excellence*)
OSN	Organizácia spojených národov (*United Nations*)
SGPS	Slovenská gynekologicko-pôrodnícka spoločnosť
SR	Slovenská republika
ÚZIS	Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky Českej republiky (*Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky*)
WHO	Svetová zdravotnícka organizácia (*World Health Organization*)

1. Pôrod z pohľadu kultúrnej antropológie

Ema Hrešanová

1.1. Úvod

Bez pôrodu by sme neboli na svete. Nikto z nás. Pôrod nevyhnutne patrí do ľudskej reprodukcie v zmysle biologickej schopnosti vytvoriť ďalší život. Práve táto biologická nevyhnutnosť vzbudzuje dojem, že univerzálna fyziológia tento jav určuje do takej miery, že sa všade na svete, vo všetkých ľudských spoločenstvách, odohráva rovnakým spôsobom.[10] To sa však vôbec nezhoduje s realitou.

Ľudia si často myslia, že spôsob, akým niečo prebieha v ich prípade, je univerzálne platný pre všetkých. Kultúrna antropológia, vedný odbor, ktorý sa zaoberá životom ľudí z medzikultúrnej perspektívy, však tieto predsudky spochybňuje. Súčasťou kultúrnej antropológie je aj antropológia pôrodu, ktorá skúma kultúrne aspekty tejto kľúčovej udalosti v rôznych kultúrnych a v rôznych spoločenských i historických kontextoch. Výskumy v tejto oblasti presvedčivo dokazujú, že priebeh a okolnosti pôrodu sa v rôznych spoločnostiach výrazne líšia, napríklad aj podľa toho, kto pri pôrode má alebo nesmie byť, kto ako vhodná osoba môže pomáhať rodiacej žene, aké výkony sú pri pôrode žiaduce alebo nežiaduce, akú pozíciu má žena pri pôrode zaujať, čo má pri pôrode jesť a vôbec robiť alebo čo má, naopak, zakázané, ako treba ošetriť novorodené dieťa a pod. Jednotlivé aspekty pôrodu sú teda kultúrne podmienené a rôzne spoločnosti prisudzujú procesu pôrodu ako celku, ako aj jeho samotnému priebehu odlišné významy.

Táto kapitola sa zaoberá oblasťou antropológie pôrodu. Načrtáva základné východiská a kľúčové koncepty, s ktorými disciplína pracuje. Cieľom je poukázať na to, že pôrod nikdy nie je výlučne biologická záležitosť, ale vždy je ukotvený v špecifickom sociálnom, kultúrnom a historickom kontexte. Je previazaný so sociálnymi a kultúrnymi významami, ktoré zásadným spôsobom vstupujú do jeho priebehu, a preto by si mali všetky profesie i osoby, ktoré sa pôrodom akýmkoľvek spôsobom zaoberajú, tieto procesy všímať a zaoberať sa nimi.

V prvej časti kapitoly predstavíme pôrod ako kultúrny a sociálny fenomén a načrtneme, akými kľúčovými otázkami sa v tejto súvislosti zaoberajú antropologičky a antropológovia pôrodu. V druhej časti sa sústredíme na základný koncept medikalizácie, ktorý dominuje vo výskumoch západného pôrodníctva. V tretej časti sa budeme zaoberať inštitucionálnym kontextom poskytovania pôrodnej

[10] DUNDES, L.: Introduction. In: DUNDES, L. (ed.): *The Manner Born. Birth Rites in Cross-Cultural Perspective*. Walnuk Creek : Altamira Press, 2003, s. 1 – 5.

starostlivosti, pričom sa budeme venovať najmä problematike kultúry organizácií. Jej využitie v empirickom antropologickom výskume budeme ilustrovať na príklade štúdie z prostredí dvoch českých pôrodníc.

1.2. Pôrod ako kultúrny a sociálny fenomén

Podľa americkej antropologičky Brigitte Jordan je pôrod síce univerzálnou súčasťou ženskej fyziológie, je však vždy ukotvený v širšom sociálnom a kultúrnom kontexte, ktorý ho zároveň ovplyvňuje.[11] Jordan prišla k tomuto záveru na základe rozsiahleho výskumu pôrodných praktík v štyroch kultúrach – v USA, Mexiku, Holandsku a Švédsku. Zistila, že pôrodnícke praktiky a intervencie nie sú záležitosťou jednotlivých osôb, nie sú to izolované úkony, ale sú „vnútorne prepojené, navzájom súvisia a v rámci systému dávajú zmysel".[12] Vytvárajú tzv. pôrodný systém. Najdôležitejším faktorom, ktorý určuje podobu pôrodného systému, je konkrétna konceptualizácia pôrodu, ktorá je pre danú spoločnosť charakteristická. V Mexiku sa napríklad pôrod chápe ako stresujúca, ale napriek tomu normálna súčasť rodinného života, kým v USA sa pôrod vymedzuje ako lekárska procedúra. Vo Švédsku je pôrod chápaný ako osobný výkon, ktorý ženu napĺňa, a v Holandsku ako prirodzený proces.[13] Z pohľadu osôb žijúcich v danej kultúre sú konkrétne úkony pred pôrodom, počas neho a po ňom úplne logické a samozrejmé a akékoľvek iné praktiky, ktoré môžu byť celkom bežné v iných kultúrach, sa považujú za nebezpečné. Výklady, ktoré vysvetľujú nevyvrátiteľnú správnosť daných pôrodných praktík, stoja na kultúrnych presvedčeniach, ktoré legitimizujú dané praktiky i celý systém. Pritom určujú, ktoré praktiky a úkony sú správne a ktoré nesprávne. Majú morálnu dimenziu a tvoria istý druh „ideológie", ktorá vysvetľuje, prečo sa dané pôrodné praktiky majú uchovávať. V Mexiku napríklad nikdy nerobia dirupciu, čiže pretrhnutie vaku blán, pretože tento úkon považujú za nebezpečný.[14] V Holandsku sa pôrod chápe predovšetkým ako prirodzená súčasť života a ženy tu v priebehu pôrodu od zdravotníčok a zdravotníkov nedostávajú utišujúce lieky ani za okolností, v ktorých by ich americkí kolegovia trvali na ich podaní.[15] Miera podávania liekov závisí v každom pôrodnom systéme od toho, ako je pôrod definovaný.[16] Holandské pôrodné asistentky i celý pôrodnícky personál, aspoň v čase, keď tu Jordan robila svoj výskum, vo všeobecnosti dávali prednosť – na rozdiel od amerických pôrodníkov a pôrodníčok – mechanickým metódam indukcie (vyvolania pôrodu) pred farmakologickými a chirurgickými metódami. Naopak v Mexiku v prípade potreby vyvolať pôrod podala pôrodná asistentka rodiacej žene surové vajce, ktoré mala chvíľu prevaľovať v ústach a prežúvať, čo vyvolalo dávenie a s tým i silné pôrodné kontrakcie.[17]

Robbie Davis-Floyd, študentka Brigitte Jordan, v súčasnosti celosvetovo uznávaná vedkyňa v odbore medicínskej antropológie, podrobnejšie skúmala kultúrne aspekty západného pôrodníctva. V mnohých

---

[11] JORDAN, B.: *Birth in Four Cultures. A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Illinois : Waveland Press, 1993 [1978].

[12] Tamtiež, s. xvii.

[13] Tamtiež, s. 48.

[14] Tamtiež, s. 35, 45.

[15] Tamtiež, s. 49.

[16] Tamtiež, s. 78.

[17] Tamtiež, s. 76.

štúdiách uviedla viaceré dôkazy o tom, ako sa v pôrodníctve odrážajú dominantné kultúrne hodnoty. Z výsledkov jej dlhodobého etnografického výskumu v USA, ktorý pozostával zo stovky rozhovorov so ženami o pôrode i z rozhovorov s poskytovateľmi a poskytovateľkami pôrodnej starostlivosti, vyplýva, že technokratický charakter amerického pôrodníctva je odrazom vysokého spoločenského uznania všetkého, čo súvisí s technológiami. Fascinácia sofistikovanými technológiami odhaľuje vysokú hodnotu a prestíž, ktoré im ľudia prisudzujú, kým tomu, čo má blízko k prírode a nesúvisí s technológiami, sa podsúva nižšia hodnota. A keďže žena každý mesiac krváca, a tiež rodí a dojčí, z hľadiska tejto kultúry má bližšie k prírode. Naopak tí, ktorí technológie ovládajú, sú v takomto spoločenskom kontexte mimoriadne cenení, a to aj v medicíne a pôrodníctve. Pôrodníci a pôrodníčky ako osoby, ktoré disponujú najnovšími diagnostickými prístrojmi a dokážu robiť cisársky rez, sa teda cenia viac ako pôrodné asistentky, ktoré pracujú s technologicky jednoduchými pomôckami. Kardiotokograf sa oceňuje väčšmi ako Pinardov stetoskop. Robbie Davis-Floyd v tejto súvislosti hovorí o tzv. technokratickom imperatíve. Technokracia sa opiera o ideológiu technologického pokroku, ktorý sa stáva kľúčovým zdrojom politickej moci.[18]

1.2.1. Metafory pôrodu

Technológie a stroje však fungujú aj ako základná kultúrna metafora. V kontexte západného sveta ju ľudia používajú na lepšie pochopenie fungovania ľudského tela. V ich uvažovaní je telo čosi ako sofistikovaný stroj, ktorý je predvídateľný, a keď sa pokazí, dá sa opraviť. Tieto predstavy vychádzajú z karteziánskeho modelu tela, ktoré je možné konceptuálne celkom oddeliť od mysle. Kým v mysli spočíva kultúrna podstata človeka, telo patrí do sféry mechanickej prírody, je podriadené prírodným zákonom a je možné ho podobne pozorovať, študovať a „opravovať". Karteziánsky model tela je stavebným materiálom dominantnej paradigmy západnej medicíny – tzv. biomedicíny. Zužuje možné vysvetlenia choroby výlučne na biologické zmeny, a to na úkor sociálnych a psychologických vplyvov. Podľa Sarah Nettleton sa táto tendencia v priebehu dejín medicíny ešte viac posilnila vďaka bakteriálnej teórii z konca 19. storočia, pretože táto teória pracuje s predstavou jasne identifikovateľnej príčiny chorôb, ktorou môžu byť napríklad baktérie, vírusy, parazity a pod.[19]

Ďalším zásadným aspektom karteziánskeho modelu ľudského tela je fakt, že sa opiera výlučne o mladé mužské telo, pretože toto telo lepšie zodpovedá metafore stroja. Je predvídateľné a má jasné priame línie bez zbytočných kriviek.[20] Ženské telo so svojimi krivkami a komplikovaným premenlivým a nie vždy pravidelným menštruačným cyklom takúto predvídateľnosť narúša, a tak je klasifikované ako „inherentne defektné".[21] Nielen menštruácia, ale aj menopauza sa vo svetle tejto metafory javia ako „zlyhanie hlavnej produkcie".[22] Podobná logická dedukcia však veľmi zásadne ovplyvňuje

---

[18] DAVIS-FLOYD, R.: *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley : University of California Press, 1992, s. 47.

[19] NETTLETON, S.: *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge : Polity Press, 2006, s. 2 – 3.

[20] DAVIS-FLOYD, R.: *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley : University of California Press, 1992, s. 52.

[21] Napokon takéto hodnotenie možno pozorovať aj v spôsoboch, akými sa v lekárskych učebniciach popisujú vajíčka a spermie. Menštruácia sa vykresľuje ako „zlyhanie" ženského tela, ktoré nebolo schopné otehotnieť, a ako plytvanie vajíčkami. Učebnice naopak vyzdvihujú produktivitu mužského tela, ktoré je schopné vyprodukovať milióny spermií, z ktorých však len jedna môže oplodniť vajíčko. Ako Martin ďalej uvádza, tento fakt sa však neoznačuje ako plytvanie. MARTIN, E.: *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston, U. S. : Beacon Press, 2001, s. 48.

[22] MARTIN, E.: *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston, U. S. : Beacon Press, 2001, s. 54 – 64.

spôsob, ako k pôrodu pristupujú lekári. Karteziánske chápanie ľudského tela sa nevyhnutne spája s intervencionalistickým postojom (čiže s tendenciou aktívne zasahovať) a s potrebou dozerať na proces pôrodu a korigovať ho.[23]

Metafory teda nie sú len jazykovou zaujímavosťou alebo akousi „pikantnosťou". Nielenže umožňujú lepšie pochopiť konkrétne javy, ale priamo ovplyvňujú aj naše konanie. V tejto súvislosti stojí za zmienku štúdia Emily Martin, ktorá uskutočnila detailnú analýzu medicínskych učebníc a sústredila sa pri tom na metafory, ktoré sa používajú pri opise ženských tiel.[24] Zistila, že ženské telá sa často opisujú ako mechanické továrne a hlavný problém, ktorý v súvislosti s nimi pôrodnícky jazyk rieši, je ich efektivita a produktivita. Medicínske učebnice otvorene používajú frázu „zvýšenie produktivity" maternice prostredníctvom pôrodníckych intervencií. Maternica sa doslovne opisuje ako „stroj", ktorý má podať štandardný výkon, v opačnom prípade musí zakročiť pôrodník, ktorý vystupuje v pozícii akéhosi „inžiniera" vykonávajúceho dozor nad „výkonom maternice".[25] Žene sa teda prenecháva úloha robotníčky, jej funkciou je vyrobiť požadovaný produkt – dieťa.[26] Lenže množstvo výskumov dokazuje nielen u ľudí, ale aj u zvierat, že dĺžku pôrodu ovplyvňujú aj podnety z vonkajšieho okolia, napríklad svetlo či hluk, alebo presun z jedného prostredia do iného. Podobným spôsobom môže dôjsť k zastaveniu pôrodu v situáciách, keď rodiaca žena pociťuje úzkosť alebo strach. Jednako však podľa zistení Emily Martin väčšina medicínskych textov, ktoré analyzovala, vysvetľuje zastavenie pôrodu a slabnúce kontrakcie výlučne fyziologicky, napríklad nesprávnou polohou plodu, alebo poukazuje na to, že žena má malú panvu.[27]

1.2.2. Mocenské vzťahy v pôrodníctve

Detailný rozbor symboliky medicínskeho jazyka, ktorý urobila Emily Martin, pritom zároveň odhaľuje dôležité mocenské nerovnosti medzi lekárskym personálom a rodiacimi ženami i ďalšími prípadnými účastníkmi a účastníčkami pôrodu. V sociálnych vedách existuje pomerne veľké množstvo štúdií analyzujúcich dynamiku moci a mocenské vzťahy, ktoré obklopujú používanie technológií v pôrodníctve. Dôležitú úlohu tu hrá rod v zmysle socio-kultúrnych rozdielov medzi mužmi a ženami.[28] Sargent a Bascope napríklad vychádzajú z porovnávania znalostí o pôrode („*knowing about birth*") v troch rôznych kultúrach, na základe čoho tvrdia, že v mimoriadne technologizovaných pôrodných systémoch sa objavuje jasná tendencia prehliadať skutočnosť, že aj samotná rodiaca žena disponuje istými znalosťami o pôrodnej problematike.[29] Jej vnemy a prežívanie vlastného tela a pôrodu sa berú ako vedecky nespoľahlivé, podradné a zároveň podriadené expertným vedomostiam pôrodníkov a pôrodníčok disponujúcich vedomosťami o tom, ako ovládať sofistikované pôrodnícke technológie.

---

[23] Tamtiež, s. 53.

[24] Tamtiež.

[25] Tamtiež, s. 60.

[26] Ako príklad môžeme uviesť aj citát zo slovenskej vysokoškolskej učebnice medicíny: „Pôrod je súbor mechanických a fyziologických pochodov, ktorých výsledkom je vypudenie plodu a jeho príveskov (placenta a plodové obaly) z maternice." HOLOMÁŇ, K. a kol.: *Vybrané kapitoly z pôrodníctva*. Bratislava : Univerzita Komenského Bratislava, 2014, s. 243.

[27] Tamtiež, s. 62 – 63.

[28] Pojem "rod" sa vzťahuje o. i. na rozdiely medzi ženami a mužmi, ktoré sú však kultúrneho a sociálneho charakteru, hoci často bývajú prezentované ako „dané" či „prirodzené". Pojem "rod" sa dáva do kontrastu s pojmom "pohlavie", ktoré sa, naopak, vzťahuje na biologické rozdiely, najmä z oblasti reprodukcie. Bližšie k pojmu "rod" pozri kapitolu 2.2.5.

[29] SARGENT, C. – BASCOPE, G.: Ways of Knowing about Birth in Three Cultures. In: *Medical Anthropology Quarterly*, roč. 10, 1996, č. 2, s. 213 – 236.

Znalostiam rodiacich žien o priebehu pôrodu sa teda v rámci medicínskeho prostredia legitimita nepriznáva. To napokon ukazuje aj historická analýza medicínskych výskumov, ktoré mali dokázať účinnosť tzv. psychoprofylaktickej metódy bezbolestného pôrodu.[30] Hoci lekári a lekárky robili so ženami, účastníčkami výskumu, rozhovory o ich subjektívnom prežívaní bolesti, pri určovaní efektivity danej metódy s nimi nepracovali ako s hodnoverným a relevantným zdrojom dát. Výpovede žien o tom, či pre ne pôrod bol bolestivý alebo nie, do svojej analýzy nezahrnuli. Namiesto toho sa usilovali nájsť „spoľahlivé" objektívne metódy merania bolestivosti pôrodu, napríklad prostredníctvom prístrojov ako pletyzmograf, elektroencefalograf alebo pomocou elektromyografických a psychogalvanických metód.[31]

1.2.3. Autoritatívne poznanie

Poznanie pôrodníkov a pôrodníčok sa v našom spoločenskom a kultúrnom kontexte definuje ako tzv. autoritatívne poznanie (*authoritative knowledge*). Znamená to, že tieto znalosti a skúsenosti sa považujú za jediné správne a možné a ostatné systémy poznania, ktorými disponujú samotné ženy alebo iné profesie, napríklad pôrodné asistentky či duly, sa automaticky znehodnocujú ako nevierohodné a nesprávne. Zástancovia a zástankyne alternatívneho vedomostného systému sa potom označujú za zaostalé, spiatočnícke, nevzdelané, neinformované alebo naivné či dokonca ako osoby, ktoré len spôsobujú problémy.[32] Podľa Jordan je „autoritatívne poznanie presvedčivé práve preto, že sa zdá byť celkom prirodzené, rozumné a konsenzuálne skonštruované".[33] Pritom nejde o faktickú správnosť daných znalostí, ale oveľa viac záleží na statuse dôveryhodnosti, ktorý sa pripisuje danému poznaniu v rámci komunity alebo sociálnej skupiny. Sila autoritatívneho poznania nevyplýva z jeho správnosti, ale z toho, že komunita ho berie vážne a že sa oň opiera.[34]

Brigitte Jordan a mnoho ďalších v tejto súvislosti upozorňuje, že autoritatívne poznanie má dôležitú tendenciu zastierať fakt, že existuje a vždy existovalo viacero znalostných systémov, ktoré sa zaoberajú danou problematikou aj z iného uhla pohľadu.[35] Ukážkou je práve moderné pôrodníctvo, ako uvidíme neskôr. Autorita akéhokoľvek znalostného systému je však výsledkom neustáleho sociálneho procesu, ktorý buduje a zároveň reflektuje mocenské vzťahy vnútri tzv. komunít praxe (*communities of practice*). V rámci tohto procesu sa určitý súbor znalostí, ale aj mocenské vzťahy, ktoré ho podporujú, chápu ako čosi, čo nie je sociálne konštruované, podmienené či relatívne, ale, naopak, je celkom samozrejmé, legitímne a prirodzené. Je to proces, ktorý sa v súčasnom poriadku sveta prezentuje ako prirodzený stav vecí, ako niečo dané prírodou alebo ľudskou prirodzenosťou. Mocenské usporiadanie a dominantná pozícia sa v takomto systéme potom tiež vydávajú za čosi prirodzené, nemenné, niečo, čo ani nemožno zmeniť.[36]

---

[30] HREŠANOVÁ, E. – MICHAELS, P.: Socialist Science across Borders: Investigating Pain in Soviet and Czechoslovakian Maternity Care. In: *Revue d'études comparatives Est-Ouest*. V procese publikovania.

[31] Tamtiež.

[32] JORDAN, B.: Authoritative knowledge in childbirth. In: DAVIS-FLOYD, R. – SARGENT, C. (eds.): *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives*. Berkeley, Los Angeles : University of California Press, 1997, s. 55 – 79.

[33] JORDAN, B.: *Birth in Four Cultures. A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Illinois : Waveland Press, 1993 [1978], s. 153.

[34] Tamtiež, s. 154.

[35] Tamtiež, s. 149 – 153.

[36] Tamtiež, s. 153.

Podľa Brigitte Jordan a ďalších autoriek a autorov sa autoritatívne poznanie v oblasti západného pôrodníctva udržuje prostredníctvom niekoľkých faktorov. Jednak sú to silné sankcie, ktoré logicky nasledujú po prípadnom narušení autoritatívneho systému, ktorý sa chápe ako čosi samozrejmé a prirodzené. Môže k nim patriť napríklad vylúčenie z príslušnej sociálnej skupiny alebo psychický či dokonca fyzický nátlak, napríklad cisárske rezy nariadené súdom.[37] Ďalším faktorom je, že ľudia málokedy spochybňujú autoritatívne poznanie a väčšinou sa podieľajú na jeho každodennej reprodukcii.[38] Podľa Jordan je však pri udržiavaní autoritatívneho statusu medicínskeho poznania v oblasti pôrodu v západných spoločnostiach najdôležitejšie to, kto vlastní a ovláda technicky sofistikované prístroje, pôrodnícke technológie a kto pozná technologicky komplikované procedúry. Tejto osobe sa potom prisudzuje autoritatívne poznanie, a teda aj legitímna moc robiť zásadné rozhodnutia. Autoritatívne poznanie sa potom vždy distribuuje hierarchicky smerom od lekára či lekárky k zdravotnej sestre či k pôrodnej asistentke a až v poslednom kroku k rodiacej žene.[39] Jordan to ilustruje na situácii z americkej pôrodnej sály, kde rodiaca žena môže začať tlačiť až vo chvíli, keď jej to dovolí lekár. Ten takýto pokyn vydá, ale len na základe vyšetrení a údajov z príslušných prístrojov, ako napríklad z kardiotokografu, hoci v danej chvíli môže byť rodiacej žene i pôrodnej asistentke, ktorá je prítomná, už dávno jasné, že žena je pripravená na vypudzovaciu fázu pôrodu.[40]

V ďalšej časti uvidíme, že autoritatívne poznanie úzko súvisí so sociálnym statusom tých, ktorí si naň robia nárok.[41]

1.2.4. Babičstvo, pôrodníctvo a pôrodná asistencia

V európskom kontexte sa všetko, čo súvisí s pôrodmi, tisíce rokov chápalo ako výlučne ženská záležitosť.[42] Jordan s odkazom na Margaret Myles dokonca uvádza príklad nemeckého lekára, ktorý sa prezliekol za ženu, aby mohol pôrod pozorovať.[43] Pri tomto čine ho však prichytili a v roku 1522 ho v Hamburgu upálili na hranici. Samotná predstava, že by pri pôrode mohol byť prítomný muž, sa teda dlho považovala za nemorálnu a nechutnú.[44]

Pri mnohých vidieckych pôrodoch pomáhali pôrodné asistentky. Často sa tešili úcte ľudí zo susedstva, menej už úcte vrchnosti. Tinková vo svojej historickej štúdii upozorňuje, že mestské pôrodné asistentky tvorili celkom inú kategóriu.[45] Na rozdiel od vidieckych pôrodných asistentiek mali väčšiu prestíž

---

37 JORDAN, B.: Authoritative knowledge in childbirth. In: DAVIS-FLOYD, R. – SARGENT, C. (eds.): *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives.* Berkeley, Los Angeles : University of California Press, 1997, s. 61.

38 Tamtiež.

39 Tamtiež, s. 61 – 69.

40 Tamtiež, s. 66.

41 SARGENT, C. – BASCOPE, G.: Ways of Knowing about Birth in Three Cultures. In: *Medical Anthropology Quarterly*, roč. 10, 1996, č. 2, s. 213 – 236.

42 DOLEŽAL, A.: *Od babictví k porodnictví.* Praha : Nakladatelství Karolinum, 2001, s. 33. TINKOVÁ, D.: *Tělo, věda, stát. Zrození porodnice v osvícenské Evropě.* Praha : Argo, 2010, s. 102.

43 MYLES, M.: *A Textbook for Midwives.* Baltimore, MD : Williams & Wilkins, 1971, s. 698, cit. podľa JORDAN, B.: *Birth in Four Cultures. A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States.* Illinois : Waveland Press, 1993 [1978], s. 50.

44 JORDAN, B.: *Birth in Four Cultures. A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States.* Illinois : Waveland Press, 1993 [1978], s. 50.

45 TINKOVÁ, D.: *Tělo, věda, stát. Zrození porodnice v osvícenské Evropě.* Praha : Argo, 2010, s. 105.

a v niektorých mestách dokonca dostávali plat. Podľa všetkého disponovali väčším teoretickým vzdelaním ako pôrodné asistentky na vidieku. Podliehali určitej kontrole, ale v oblasti pôrodníctva mali monopolné postavenie. Chirurga mohli povolať, až keď vznikla potreba mimoriadneho zákroku, bol však len asistentom.[46]

Pri pôrode a najmä po ňom pomáhali aj susedy a ženy z príbuzenstva, ktoré už mali deti. Rovnako tomu bolo aj v ranom koloniálnom období v Novom svete.[47] „Sociálny pôrod", ako toto usporiadanie označujú Richard a Dorothy Wertz, umožňoval, aby si žena po pôrode odpočinula, sústredila sa len na svoje dieťa a nabrala sily a ostatné ženy z komunity sa medzitým starali o chod domácnosti i o jej ďalšie deti.[48]

Po období renesancie sa spoločenské postoje k pôrodu začínajú meniť. Silnie urbanizácia a objavujú sa prvé nemocnice, v ktorých muži-lekári môžu naraz sledovať viacero pôrodov.[49] Súčasne sa vyvíjajú štandardizované techniky a nástroje. Medzi prvé významné pomôcky patrili kliešte – forcepsy, ktoré vyvinula francúzsko-anglická rodina lekárov Chamberlensovcov. Vyše sto rokov ich udržiavala v tajnosti ako rodinné tajomstvo, až do obdobia, keď ich jeden z potomkov predal lekársko-farmaceutickej univerzite v Amsterdame a tá nimi vzápätí vybavila všetkých svojich licencovaných lekárov.[50] Forcepsy umožňovali dokončiť aj také komplikované pôrody, ktoré pôrodné asistentky nedokázali zvládnuť. Používanie tohto nástroja sa stalo kompetitívnou výhodou „pôrodných babičov"[51], ako sa im vtedy hovorilo, ktorú najvyššie spoločenské vrstvy čoraz viac oceňovali. Približne od 17. storočia si ich preto šľachta začala pozývať k pôrodu čoraz častejšie.[52] Títo chirurgovia-babiči zároveň začali postupne presadzovať, aby sa pôrod odohrával v posteli poležiačky, najprv údajne preto, že je to pre rodiacu ženu pohodlnejšie a pôrod to uľahčuje. Podstatnejším dôvodom bol ale zjavne fakt, že pri komplikovaných pôrodoch sa im v tejto polohe najlepšie vykonávali chirurgické úkony. Postupne v priebehu 17. storočia sa začala vo Francúzsku poloha poležiačky využívať nielen pri ťažkých, ale aj pri normálnych pôrodoch. Zaujímavé však je, že spôsob pôrodu na posteli sa medzi rôznymi krajinami líšil. Napríklad v Anglicku, na rozdiel od žien vo Francúzsku, ženy pri pôrode ležali na boku.[53]

Povolaniu mužov, ktorí boli prítomní pri pôrodoch ako odborná pomoc, však chýbal vhodný názov. České slovo „babič" bolo odvodené od názvu pôvodného ženského remesla „pôrodnej babice", podobne ako anglický termín „*male-midwife*", ktorý odkazoval v prvom rade na konkurenčné remeslo

---

46 Tamtiež.

47 WERTZ, D. – WERTZ, R.: *Lying-in. A History of Childbirth in America*. New Haven : Yale University Press, 1989, s. 3.

48 Tamtiež.

49 JORDAN, B.: *Birth in Four Cultures. A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Illinois : Waveland Press, 1993 [1978], s. 50; pozri tiež TINKOVÁ, D.: *Tělo, věda, stát. Zrození porodnice v osvícenské Evropě*. Praha : Argo, 2010, s. 96.

50 JORDAN, B.: *Birth in Four Cultures. A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Illinois : Waveland Press, 1993 [1978], s. 50.

51 Slovník slovenského jazyka výraz babič nepozná, uvádza však slovo babičstvo, ktoré odkazuje na prácu pôrodných asistentiek – pozn. prekl.

52 JORDAN, B.: *Birth in Four Cultures. A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Illinois : Waveland Press, 1993 [1978], s. 50. Pozri aj: WERTZ, D. – WERTZ, R.: *Lying-in. A History of Childbirth in America*. New Haven : Yale University Press, 1989. TINKOVÁ, D.: *Tělo, věda, stát. Zrození porodnice v osvícenské Evropě*. Praha : Argo, 2010, s. 109.

53 DUNDES, L.: The Evolution of maternal birthing position. In: DUNDES, L. (ed.): *The Manner Born. Birth Rites in Cross-Cultural Perspective*. Walnuk Creek : Altamira Press, 2003, s. 55 – 63.

pôrodných babíc. To sa však stalo podnetom na množstvo vtipov.[54] Až v roku 1828 prišiel anglický lekár s návrhom nazvať túto novú profesiu „*obstetrician*", čo je termín odvodený z latinského výrazu *obstare*, doslova „stáť oproti, pred" (rodiacou ženou). Tento výraz mal navyše výhodu v tom, že vyznieval podobne ako *geometrician* alebo *electrician*, teda ďalšie počestné a, samozrejme, výlučne mužské profesie.[55]

Jordan tvrdí, že moderné pôrodníctvo získalo prevahu nad „babičstvom" aj pre ďalšiu zásadnú udalosť – pandémiu horúčky šestonedieľok, ktorú, ako neskôr zistil Ignác Semmelweiss, spôsobovala sepsa. V histórii sa stala masovým zabijakom žien až v 18. storočí – hoci v histórii medicíny je často uvádzaná ako príklad choroby, ktorá masovo „po stáročia" ohrozovala ženy. Vďaka Ignácovi Semmelweissovi sa ju v polovici 19. storočia podarilo účinne zastaviť. Aj keď sa neskôr dokázalo, že horúčku šestonedieľok *de facto* zapríčiňovali lekári, ktorí k rodiacim ženám prichádzali priamo od pitiev, pozíciu pôrodníctva ako súboru poznatkov o pôrode, ktoré sa tešia veľkej vážnosti, to v spoločnosti nenarušilo. Práve naopak. Skutočnosť, že sa pôrodníctvo s touto hrozbou účinne vyrovnalo, posilnila jeho postavenie, a keď sa do nemocníc v masovom meradle zaviedli aseptické a antiseptické opatrenia, osud nevzdelaných laických pôrodných babíc bol spečatený. Ich status upadol a ich pozície sa rapídne zhoršili, až napokon v prvej polovici 20. storočia ich činnosť zakázali vo väčšine európskych štátov i v USA.[56] Určite to má širšie súvislosti, medzi nimi aj spoločenský charakter modernej doby, ktorá kladie veľký dôraz na expertné vedomosti a univerzitné vzdelávanie. Poznanie, ktoré nestojí na vedeckom základe a nemôže sa honosiť univerzitnými titulmi, stráca v takomto kontexte legitimitu.

Od polovice 20. storočia asi do sedemdesiatych rokov dochádza postupne vo väčšine západných krajín k hromadnému presunu pôrodov do nemocníc a k čoraz väčšej regulácii pôrodnej asistencie, ktorá mimo nemocničného prostredia musí zápasiť o svoju nezávislú existenciu. V Československu dochádza k úplnej hospitalizácii pôrodov v druhej polovici päťdesiatych rokov, a to v rámci širších socialistických reforiem zdravotníctva, ktorých cieľom bolo zaviesť v celom štáte centralizovaný a integrovaný systém zdravotnej starostlivosti plne hradený a kontrolovaný štátom.[57] Súčasne s tým, ako rástol význam pôrodníkov a pôrodníčok podporovaných štátnou socialistickou politikou,[58] sa menilo aj zameranie pôrodnej asistencie. Pôrodné asistentky sa stali „ženskými sestrami" a v nemocničnej hierarchii lekárskej profesie sa dostali do postavenia podriadeného lekárom.[59]

---

[54] DOLEŽAL, A.: *Od babictví k porodnictví*. Praha : Nakladatelství Karolinum, 2001, s. 49 – 50. WERTZ, D. – WERTZ, R.: *Lying-in. A History of Childbirth in America*. New Haven : Yale University Press, 1989, s. 40.

[55] WERTZ, D. – WERTZ, R.: *Lying-in. A History of Childbirth in America*. New Haven : Yale University Press, 1989, s. 66.

[56] JORDAN, B.: *Birth in Four Cultures. A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Illinois : Waveland Press, 1993 [1978], s. 50 – 51.

[57] ŠTEMBERA, Z.: *Historie české perinatologie*. Praha : Jessenius Maxdorf, 2004, s. 67. HEITLINGER, A.: *Reproduction, Medicine and the State*. New York : St Martin's Press, 1987, s. 75. HREŠANOVÁ, E.: Psychoprophylactic Method of Painless Childbirth: From State Propaganda to Activism of Enthusiasts. In: *Medical History*, roč. 60, 2016, č. 4, s. 534 – 556. DOI: 10.1017/mdh.2016.59.

[58] HREŠANOVÁ, E.: 'Nobody in a Maternity Hospital Really Talks to You': Socialist Legacies and Consumerism in Czech Women's Childbirth Narratives. In: *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, roč. 50, 2014, č. 6, s. 963. DOI: http://dx.doi.org/10.13060/00380288.2014.50.6.150. HREŠANOVÁ, E.: Psychoprophylactic Method of Painless Childbirth: From State Propaganda to Activism of Enthusiasts. In: *Medical History*, roč. 60, 2016, č. 4, s. 534 – 556. DOI: 10.1017/mdh.2016.59.

[59] HREŠANOVÁ, E.: *Kultury dvou porodnic*. Plzeň : Západočeská univerzita, 2008, s. 130. HREŠANOVÁ, E.: 'Nobody in a Maternity Hospital Really Talks to You': Socialist Legacies and Consumerism in Czech Women's Childbirth Narratives. In: *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, roč. 50, 2014, č. 6, s. 964. DOI: http://dx.doi.org/10.13060/00380288.2014.50.6.150.

Autoritu, ktorú má v západnom svete pôrodníctvo ako odbor a najmä súbor vedomostí, ktorými osoby reprezentujúce tento odbor disponujú, podporuje práve technologický imperatív a patriarchálne mocenské vzťahy, ktoré prestupujú najrôznejšie sféry spoločnosti. V patriarchálnych mocenských vzťahoch sa silnejšie postavenie automaticky prisudzuje mužom a všetkému „mužskému". Rastie odlišnosť medzi poznaním pôrodníkov, ktoré plynie z expertného špecializovaného poznania lekárskej vedy, a poznaním rodiacich žien, prípadne matiek, ktoré vyplýva zo skúsenostného poznania a zo znalosti vlastného tela, pričom vo väčšine sú to práve muži, ktorým spoločnosť priznáva pravdu.[60] Súvisí to s tým, že muži ako pôrodníci historicky prevažovali a dodnes v mnohých krajinách prevažujú. Rovnako je to aj v českom pôrodníctve, v ktorom je dodnes percentuálne o niečo viac mužov. Podľa Ústavu zdravotníckych informácií a štatistiky ČR (ÚZIS) je ich v odbore gynekológie a pôrodníctva 54 %.[61] V blízkej budúcnosti sa to môže zmeniť, pretože vzhľadom na to, že do gynekológie a pôrodníctva vstupuje čím ďalej tým viac žien, možno očakávať pokles prestíže tejto medicínskej špecializácie.[62] V iných krajinách bývalého východného bloku, napríklad v Rusku či Poľsku, prevažovali v medicíne a v pôrodníctve ženy.[63] Ako však presvedčivo dokazuje Šmídová, počty nemusia mať na rodovú rovnosť v tejto profesii až taký veľký vplyv. Mnohé lekárky v gynekológii a pôrodníctve dnes narážajú na silné rodové predsudky a bariéry, ktoré sú dôsledkom patriarchálnej inštitucionálnej štruktúry nemocníc.[64] Napríklad na Slovensku bolo v júli 2016 na čele gynekologicko-pôrodníckych oddelení len päť žien primárok v porovnaní so štyridsiatimi ôsmimi mužmi primármi a prednostami gynekologicko-pôrodníckych kliník boli výlučne muži (spolu štrnásť).[65] Muži navyše určujú podobu pôrodnej starostlivosti v SR aj ako vedúce osobnosti vzdelávacieho a vedeckého života v tejto oblasti.

V posledných dvadsiatich rokoch zaznamenávame v mnohých západných štátoch renesanciu pôrodnej asistencie.[66] Je to reakcia na množstvo faktorov. Jedným z nich je aj fakt, že lekársky model pôrodu vo svojej extrémnej podobe viedol k pretechnizovanej pôrodnej starostlivosti, z ktorej vypadáva rodiaca žena ako živá bytosť a v ktorej nie je miesto pre emócie a intuíciu. Okrem kritiky, že lekársky model starostlivosti je priveľmi nákladný najmä v porovnaní s modelom pôrodnej asistencie, ktorý pozostáva

---

60 HELMAN, C.: *Culture, Health and Illness*. London : Arnold, 2001, s. 119.

61 ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR: *Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti 2013*. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2014, s. 15.

62 HREŠANOVÁ, E.: *Kultury dvou porodnic*. Plzeň : Západočeská univerzita, 2008, s. 152.

63 HREŠANOVÁ, E.: 'Nobody in a Maternity Hospital Really Talks to You': Socialist Legacies and Consumerism in Czech Women's Childbirth Narratives. In: *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, roč. 50, 2014, č. 6, s. 964. DOI: http://dx.doi.org/10.13060/00380288.2014.50.6.150. RIVKIN-FISH, M.: *Women's Health in Post-Soviet Russia. The Politics of Intervention*. Bloomington a Indianapolis : Indiana University Press, 2005, s. 26.

64 ŠMÍDOVÁ, I.: No Room for Balancing: Mothers and Professors in Czech Maternity Hospitals. In: *Intersections: East European Journal for Society and Politics*. Budapest : Hungarian Academy of Sciences, roč. 2, 2016, č. 3, s. 42 – 60.

65 Tieto dáta zozbieralo združenie Občan, demokracia a zodpovednosť v júli 2016 a ich zdrojom boli webové stránky jednotlivých pôrodníc v SR. Informácie o počtoch žien-pôrodníčok a mužov-pôrodníkov na gynekologicko-pôrodníckych oddeleniach nie sú dostupné za celú SR. Národné centrum zdravotníckych informácií by túto informáciu mohlo podľa vlastných tvrdení spracovať ako „neštandardnú informáciu" za poplatok 265,50 €. Zdroj: Národné centrum zdravotníckych informácií, odpoveď zo dňa 29. 07. 2016 na infožiadosť združenia Občan, demokracia a zodpovednosť zo dňa 25. 07. 2016.

66 Napr. CRAVEN, C.: *Pushing for Midwives. Homebirth Mothers and the Reproductive Rights Movement*. Philadephia : Temple University Press, 2010. DAVIS-FLOYD, R. – DAVIS, E.: Intuition as Authoritative Knowledge in Midwifery and Homebirth. In: *Medical Anthropology Quarterly*, roč. 10, 1996, č. 2, s. 237 – 269. BOURGEAULT, I. L.: *Push! The Struggle for Midwifery in Ontario*. Montreal : McGill-Queen's University Press, 2006. DEVRIES, R. – BARROSSO, R.: Midwives among the Machines: Re-Creating Midwifery in the late Twentieth Century. In: MARLAND, H. – RAFFERTY, A. M. (eds.): *Midwives, Society and Childbirth. Debates and Controversies in Modern Period*. London : Routledge, 1997, s. 248 – 272. MACDONALD, M.: *At Work in the Field of Birth: Midwifery Narratives of Nature, Tradition, and Home*. Vanderbilt University Press, 2008.

z oveľa menej intervencií do pôrodu,[67] sa množia aj dôkazy o škodlivosti prílišného zasahovania do pôrodu, pretože komplikuje zdravie rodiacej ženy aj novorodeného dieťaťa. Eskalujúca miera cisárskych rezov sa spája s horším zdravím detí a osôb dokonca aj v neskoršom veku, pričom množstvo štúdií potvrdzuje príčinnú súvislosť medzi týmto spôsobom pôrodu a výskytom ekzému, astmy, alergií, cukrovky prvého typu či obezity.[68]

Kritika pretechnizovaného pôrodníctva vedie k jeho zmene. Pôrodný kontext sa na začiatku 21. storočia mení. Na scéne sa objavuje čím ďalej tým viac nových aktérok a aktérov. K tým najvýznamnejším patria duly. Sú to profesionálne pomocníčky, ktoré sprevádzajú rodiacu ženu pri pôrode a po ňom. Termín pochádza z gréčtiny (*doulē*) a označuje služobníčku, slúžku, pomocníčku. Je to pomerne nové povolanie, napriek tomu, že, ako sme už uviedli skôr, ženy si pri pôrode vždy navzájom pomáhali.[69] Prvá organizácia dúl v Severnej Amerike, ktorá školila prvé z nich a udeľovala im certifikáty, vznikla až v roku 1992.[70] V západnom kontexte sa tento termín v uvedenom význame vyskytol už koncom sedemdesiatych rokov, použila ho medicínska antropologička Dana Raphael.[71] Práca dúl dopĺňa odbornú starostlivosť, ktorú rodiacim ženám poskytujú lekári a lekárky i pôrodné asistentky. Duly nemajú odborné zdravotnícke vzdelanie. Pomáhajú však ženám po psychickej a fyzickej stránke. Vedecké štúdie ukazujú, že u žien, ktoré rodia v pôrodniciach v prítomnosti dúl, sa v priemere v menšej miere vyskytujú intervencie, majú kratší pôrod, v menšej miere užívajú epidurálnu anestéziu a pod.[72] Štúdie poukazujú aj na dobrú pozíciu dúl vo vyjednávaní a v sprostredkúvaní interakcií s rodiacou ženou v nemocničnom prostredí, čo má pozitívny vplyv na jej psychiku.[73] Pozitívne sa vníma aj potenciál dúl pomáhať ženám, ktoré zažili traumu, alebo možnosť sprostredkovať kontakt medzi pôrodnými asistentkami a cudzinkami, ktoré neovládajú jazyk daného štátu.[74]

Monica Reese Basile vo svojej dizertačnej práci uvádza, že duly prinášajú do pôrodníctva nové

---

[67] BERNITZ, S. – AAS, E. – ØIAN, P.: Economic evaluation of birth care in low-risk women. A comparison between a midwife-led birth unit and a standard obstetric unit within the same hospital in Norway. A randomised controlled trial. In: *Midwifery*, roč. 28, 2012, č. 5, s. 591 – 599. DOI: 10.1016/j.midw.2012.06.001. KENNY, C. – DEVANE, D. – NORMAND, C. – CLARKE, M. – HOWARD, A. – BEGLEY, C.: A Cost-comparison of midwife-led compared with consultant-led maternity care in Ireland (the MidU study). In: *Midwifery*, roč. 31, 2015, č. 11, s. 1032 – 1038.

[68] ODENT, M.: *Childbirth and the Future of Homo sapiens*. London : Pinter a Martin, 2013, s. 10 – 11. HRUBY, R. a kol.: Early brain development toward shaping of human mind: an integrative psychoneurodevelopmental model in prenatal and perinatal medicine. In: *Neuro Endocrinology Letters*, roč. 34, 2013, č. 6, s. 447 – 463. RUTAYISIRE, E. – WU, X. – HUANG, K. – TAO, S. – CHEN, Y. – TAO, F.: Cesarean Section May Increase the Risk of Both Overweight and Obesity in Preschool Children. In: *BMC Pregnancy and Childbirth*, roč. 16, 2016, č. 1, s. 338 – 346. BLUSTEIN, J. – JIANMENG, L.: Time to consider the risks of caesarean delivery for long term child health. In: *The BMJ*, 2015; 350:h2410, DOI:10.1136/bmj.h2410, s. 1 – 3.

[69] GABRIEL, C.: *Natural Hospital Childbirth. The Best of Both Worlds*. Boston : The Harvard Common Press, 2011, s. 69.

[70] Tamtiež.

[71] BARTÁKOVÁ, P.: *Role a percepce žen dul*. Nepublikovaná diplomová práca, Filozofická fakulta, Západočeská univerzita v Plzni, 2014, s. 23. Dostupné na: https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/13441/1/DP_Bartakova_Petra.pdf (posledná návšteva dňa 10. 10. 2016).

[72] GABRIEL, C.: *Natural Hospital Childbirth. The Best of Both Worlds*. Boston : The Harvard Common Press, 2011, s. 70. ZANDT, S. – EDWARDS, L. – JORDAN, E.: Lower epidural anesthesia use associated with labor support by student nurse doulas: implications for intrapartal nursing practice. In: *Complementary Therapies in Clinical Practice*, roč. 11, 2005, č. 3, s. 153 – 160.

[73] BARTÁKOVÁ, P.: *Role a percepce žen dul*. Nepublikovaná diplomová práca, Filozofická fakulta, Západočeská univerzita v Plzni, 2014, s. 29 – 30. Dostupné na: https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/13441/1/DP_Bartakova_Petra.pdf (posledná návšteva dňa 10. 10. 2016). BARTÁKOVÁ, P.: Proměna intimity: příklad doprovázejících osob. In: *Lidé města*. Praha : Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, roč. 18, 2016, č. 1, s. 29 – 45.

[74] Napríklad MAHER, S. – CRAWFORD-CARR, A. – NEIDIGH, K.: The Role of the Interpreter/Doula in the Maternity Setting. In: *Nursing for Women's Health*, roč. 16, 2012, č. 6, s. 472 – 481.

politické vedomie, pretože v snahe nastoliť sociálnu spravodlivosť pomáhajú ženám prekonávať mnohé prekážky súvisiace so sexualitou, etnicitou, sociálnou triedou a podobne, ktorým sú ženy vystavené. Duly podľa nej formujú v oblasti pôrodného aktivizmu novú paradigmu, ktorá zdôrazňuje agendu sociálnej spravodlivosti bez ohľadu na sociálne nerovnosti medzi tehotnými a rodiacimi ženami. Kým pôrodný aktivizmus sa tradične sústreďoval predovšetkým na kritiku medikalizácie pôrodu, ktorú sa usiloval prekonať a presadiť nemedikalizované pôrodné alternatívy, nové hnutie dúl, ako sa mu budeme podrobne venovať v ďalšej časti, buduje väzby medzi tými, čo poskytujú pôrodnú starostlivosť, a medzi aktivistkami a aktivistami. Zasadzuje sa za to, aby sa zdravotná starostlivosť poskytovala spravodlivo a adekvátne všetkým ženám bez ohľadu na ich etnicitu, sexuálnu orientáciu, sociálne postavenie, vek a pod.[75]

1.3. Medikalizácia

Hoci víťazstvo medicíny sa v oblasti pôrodov javí ako samozrejmosť, stojí za ním komplikovaný a nie vždy samozrejmý proces, v ktorom sa vytvorila mocenská nadvláda medicínskeho typu poznania. Otázku, ako sa vôbec presadila medicínska definícia pôrodu v západných spoločnostiach, skúma viacero historických štúdií z rôznych krajín. Vedci a vedkyne v tejto súvislosti používajú osožný koncept medikalizácie (v češtine tiež *medicinalizace*[76] alebo aj *medicinace*[77]). Označuje proces, v rámci ktorého sa sociálny problém nanovo definuje na problém medicínsky[78], ktorý sa následne uchopuje medicínskymi termínmi a rieši sa v oblasti medicíny ako medicínska záležitosť. Medikalizácii v tomto zmysle podlieha mnoho bežných oblastí a problémov ľudského života, ako napr. sociálna izolácia, osamelosť, ale aj pocit nešťastia a staroba.[79]

Medikalizácii však podliehajú aj normálne fyziologické procesy, ktoré sa pod jej vplyvom menia na medicínsku záležitosť. Práve pôrody sú veľmi dobrým príkladom. Pôrod ako prirodzená súčasť ľudskej reprodukcie sa v rámci medikalizácie redefinuje na medicínsky problém, takže nad jeho správnym priebehom logicky dohliadajú lekári a lekárky. Pôrody sa presúvajú do nemocničného prostredia, kde môžu lekári a lekárky vykonávať svoju prácu v prostredí s dobrým technologickým vybavením. Môžu študovať pôrody a ich priebeh a porovnávať ich. Na základe získaného poznania prispôsobujú lekárske intervencie, ktorými korigujú priebeh pôrodu. Mnohé z nich však majú zároveň vedľajšie účinky a na to, aby sa odstránili, sa vyvíjajú ďalšie intervencie. Napríklad pri podávaní oxytocínu na urýchlenie pôrodu sa často vyskytuje silná až neznesiteľná bolestivosť kontrakcií, ktorá sa zasa niekedy rieši epidurálom, ten však môže pôrod, naopak, spomaliť alebo zastaviť. Zastavenie pôrodu

---

[75] REESE BASILE, M.: *Reproductive Justice and Childbirth Reform: Doulas as Agents of Social Change*. [Dizertačná práca]. Iowa : University of Iowa, 2012. Dostupné na: http://ir.uiowa.edu/etd/2819 (posledná návšteva dňa 10. 10. 2016).

[76] KŘÍŽOVÁ, E.: *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha : Sociologické nakladatelství, 2006.

[77] SLEPIČKOVÁ, L. – ŠLESINGEROVÁ, E. – ŠMÍDOVÁ, I.: Biomoc a reprodukční biomedicína: konceptuální inspirace pro český kontext. In: *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, roč. 48, 2012, č. 1, s. 85 – 106.

[78] Pozri napríklad CONRAD, P.: *The Medicalization of Society*. Baltimore : The John Hopkins University Press, 2007, s. 4. Pozri tiež DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 111.

[79] HELMAN, C.: *Culture, Health and Illness*. London : Arnold, 2001, s. 114.

môže vyústiť do potreby vykonať cisársky rez. Výsledkom je pôrod ako mimoriadne medikalizovaný proces.

Menopauza ako prirodzený fyziologický jav patrí k procesom, ktoré sa medikalizovali len celkom nedávno. Čiastočne to súvisí aj s výrazným predlžovaním ľudského života vo vyspelých západných štátoch. Z normálnej fázy ženského reprodukčného cyklu sa tak stáva porucha, ktorá spočíva v nedostatočnej produkcii estrogénu. Viaceré porovnávacie štúdie zaujímavým spôsobom vysvetľujú odlišné chápanie tohto procesu. Zo štúdií vyplýva, že v krajinách, kde sa menopauza neberie ako „nedostatočnosť", sa u žien v súvislosti s ňou vyskytuje len málo nežiaducich symptómov. Napríklad Margaret Lock v priebehu svojho etnografického výskumu v Japonsku zistila, že menopauze sa v japonskej spoločnosti venuje len malá pozornosť, berie sa jednoducho ako prirodzená súčasť starnutia, nie ako chorobný stav, ktorý sa vyznačuje emocionálnou nestabilitou a úpadkom telesného zdravia.[80] To je, naopak, názor, ktorý sa často vyskytuje v americkej spoločnosti, odkiaľ táto antropologička pochádza. Podľa Lock ženy v Japonsku len výnimočne zaznamenávali prejavy menopauzy, ktoré lekári na Západe považovali za univerzálne, ako napr. návaly horúčavy alebo depresie.

Na druhej strane problémy, ktoré sa neraz pripisujú výlučne fyziologickým procesom alebo hormonálnej nerovnováhe, majú často pôvod v sociálnom kontexte, v akom žena žije. Agnes Miles v tejto súvislosti upozorňuje, že pocity frustrácie a nešťastia, ktoré niektoré ženy v západných spoločnostiach zažívajú v období šestonedelia a ktoré sa prisudzujú hormonálnym zmenám po pôrode, často súvisia so zmenami vzťahu s partnerom. V mnohých západných štátoch, ukážkovo napríklad v Spojených štátoch amerických, dnešné nukleárne rodiny často žijú vo veľkých vzdialenostiach od svojho širšieho príbuzenstva, ktoré kedysi matku v jej novej role podporovalo. Z kultúrneho a spoločenského hľadiska je tak partner hlavným a často jediným zdrojom sociálnej podpory ženy. V dnešnom ekonomickom systéme však manželia a otcovia dieťaťa trávia väčšinu času mimo domácnosti, vo svojom zamestnaní, takže žena, ktorá sa len nedávno stala matkou, je často výrazne ochudobnená aj o tento zdroj sociálnej podpory. Sociálna izolácia môže u ženy vzbudzovať pocity nešťastia, tie sú však v rozpore s kultúrnym diktátom, podľa ktorého má byť žena, ktorá sa stala matkou, šťastná. Mnohé ženy následne trpia pocitmi viny z toho, že sú nešťastné, keď majú byť vlastne šťastné.[81]

K medikalizácii akéhokoľvek javu dochádza celkovo na viacerých úrovniach. Podľa Conrada a Schneidera ide minimálne o tri roviny.[82] Najprv dochádza k medikalizácii v konceptuálnej rovine, a to tak, že na opis a definíciu problému sa využíva medicínsky slovník. Na inštitucionálnej rovine potom dochádza k tomu, že na takto definovaný problém sa aplikuje špecifický medicínsky prístup, problém sa inštitucionálne zaradí do nejakej oblasti medicíny a rieši sa v kontexte konkrétneho odvetvia a v rámci organizácie, ktorá sa naň špecializuje. Poslednú rovinu predstavuje konkrétna interakcia medzi lekárom alebo lekárkou a „pacientom" alebo „pacientkou", v ktorej sa jej alebo jemu prisúdi už existujúca diagnóza a aplikuje sa vopred otestovaná liečba.

Medikalizácia odráža rozširovanie jurisdikcie medicíny aj do ďalších oblastí života v modernej spoločnosti a poukazuje na to, že medicína sa v súčasnej spoločnosti stala dôležitou sociálnou inštitúciou s vysokou prestížou. Ako všetko má však aj medikalizácia dve stránky. Prináša nesporné

---

[80] LOCK, M.: *Encounters with Ageing. Mythologies of Menopause in Japan and North America.* University of California Press, 1995.

[81] MILES, A.: *Women, health and medicine.* Milton Keynes [England], Philadelphia : Open University Press, 1991, s. 193 – 196.

[82] CONRAD, P. – SCHNEIDER, J.: *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness.* St Louis, Mo. : C. V. Mosby, 1980.

výhody, pretože upozorňuje na možnosť patológií, ktoré zásadne komplikujú a dokonca znemožňujú normálny vaginálny pôrod. Môžu to byť problémy na strane plodu, ale aj anatomické patológie u žien, napríklad deformácia panvy. V súvislosti s reprodukciou sú navyše ženy vo všeobecnosti vystavené pravidelným lekárskym prehliadkam a takýto drobnohľad naozaj vedie k častejšiemu podchyteniu symptómov možných závažných ochorení v ranej fáze, čo má pozitívny vplyv na dĺžku a kvalitu života žien. Západná medicína je vo svojej novodobej histórii v oblasti liečenia často naozaj pomerne efektívna, predovšetkým v diagnostike chorôb. Zároveň je však spoločenskou inštitúciou, ktorá v spoločnosti vykonáva sociálnu kontrolu, predovšetkým nad tým, čo sa javí ako patologické a potenciálne nebezpečné, a to potom spája s nežiaducim alebo nemorálnym. Medikalizácia podľa niektorých názorov taktiež zvyšuje konzumnú závislosť od medicíny, ktorá je v poslednej dobe čím ďalej tým viac ovládaná veľkými farmaceutickými firmami. V niektorých prípadoch zbavuje medikalizácia ľudí zdravej schopnosti starať sa samostatne o svoje telo a mať nad ním kontrolu.

Proti tomuto trendu sa v šesťdesiatych a sedemdesiatych rokoch 20. storočia najmä v Spojených štátoch amerických sformovalo občianske hnutie za ženské zdravie, ktoré presadzovalo jednoduché zdravé recepty na riešenie bežných ťažkostí. Ženy sa stretávali a vytvárali viac alebo menej formálne spolky, v ktorých si vymieňali rôzne informácie o tom, ako si udržiavať zdravie a ako sa starať o svoje telo či o svoje deti a pod. Akousi „výkladnou skriňou" tohto hnutia sa stal viackrát vydaný zborník *Our Bodies, Ourselves* (1971), ktorý zostavilo združenie *Boston Women's Health Book Collective*. Zbieralo rôzne recepty na bežné zdravotné problémy, ktoré ženy trápia, a potom ich na základe údajov z rôznych zdrojov overovalo. Ukázalo sa napríklad, že proti bežnej kvasinkovej infekcii často zaberie vaginálna aplikácia obyčajného bieleho jogurtu. Lenže polícia a štátne orgány chápali takúto výmenu informácií a podobné postupy pri jednoduchých riešeniach zdravotných problémov celkom inak. Na jedno podobné stretnutie vtrhla polícia, zabavila všetky jogurty, ktoré boli v miestnosti k dispozícii na obed, a obvinila Carol Downer, vedúcu členku spolku, zo zločinu proti štátu a jeho zdravotníckemu systému. Podľa obvinenia údajne praktizovala medicínu bez patričnej licencie. Downer zatkli a stala sa hrdinkou a symbolom odporu proti patriarchálnemu útlaku.[83]

Ženské zdravotné hnutie bolo do veľkej miery kritické voči vplyvu medicíny na ženské telá, prekážalo mu, že chápe ženy ako neschopné starať sa o vlastné telo a berie im právo na slobodné rozhodovanie sa. Hnutie žiadalo, aby sa gynekológia vrátila späť ženám.[84] Členky tohto občianskeho hnutia pritom pracovali s výsledkami feministických výskumov reprodukčnej medicíny, ktoré upozorňovali na to, že západné pôrodníctvo má patriarchálny charakter a že v ňom vládnu mocenské vzťahy podriadenosti žien voči mužom, ktorí stoja na čele tejto spoločenskej inštitúcie.

Ženy však nie sú len pasívne objekty, na ktorých sa vykonáva moc. Niektoré ženy si medikalizáciu aktívne vyžadujú. Napokon, historické výskumy dokazujú, že práve stredostavovské ženy sa v histórii stali hybnou silou medikalizačného procesu. V štyridsiatych rokoch 19. storočia im lekári pomocou chloroformu mohli uľaviť od ťažkých pôrodných bolestí znásobených celoživotným nosením korzetu.[85] Približne až do osemdesiatych rokov 19. storočia boli ústavné pôrody určené len pre chudobné, nemajetné ženy alebo pre ženy, ktoré chceli potajomky porodiť nemanželské dieťa.[86] Pôrod v nemocnici za asistencie lekára, ktorý mohol žene poskytnúť „narkotický spánok" (*twilight sleep*)

---

[83] MORGEN, S.: *Into Our Own Hands. The Women's Health Movement in the United States, 1969-1990*. New Brunswick, New Jersey, London : Rutgers University Press, 2002, s. 23.

[84] Tamtiež.

[85] WERTZ, D. – WERTZ, R.: *Lying-in. A History of Childbirth in America*. New Haven : Yale University Press, 1989, s. 109 – 112.

[86] Tamtiež, s. 132 – 137.

a tým jej uľaviť od pôrodných bolestí, sa stal záležitosťou spoločenského postavenia až v polovici 20. storočia.[87]

V tomto ohľade však treba zdôrazniť, že vo vzťahu k inštitúciám poskytujúcim zdravotnú starostlivosť ženy netvoria homogénnu skupinu. Ich predstavy a požiadavky sa líšia podľa ich príslušnosti k sociálnej triede, podľa vzdelania, etnicity, náboženstva a pod. Maria Zadoroznyj vo svojom výskume ukázala, že kým austrálske stredostavovské ženy požadovali čo najmenší počet lekárskych intervencií do pôrodu a čo najväčšiu kontrolu nad procesom pôrodu, ženy robotníckeho pôvodu s nižším socioekonomickým postavením vnímali používanie technológií ako dôkaz kvalitnej pôrodnej starostlivosti a aktívne ho vyžadovali.[88]

Medikalizácia s dôrazom na potenciál lekárskych technológií má nesporný vplyv nielen na to, ako zdravotníctvo pristupuje k pôrodnému procesu a k rodiacim ženám, ale najmä na to, ako ženy v modernej spoločnosti vnímajú svoje telá. V tomto ohľade dochádza k akejsi objektivizácii tela, ktoré rodí. Karin Martin vo svojej štúdii napríklad zachytila poznámky žien po pôrode, ktoré ľutovali, že im pôrod „ušiel", pretože svoje dieťa pri rodení nemohli „vidieť".[89] Aj v súčasnom dominantnom diskurze sa objektívnemu pozorovaniu pôrodu pripisuje väčšia dôležitosť než subjektívnemu osobnému zážitku pôrodu, ako sme už naznačili skôr. Objektívne pozorovanie pôrodu i pôrodného procesu je dnes mysliteľné a uskutočniteľné vďaka novým diagnostickým metódam a tie sa v súčasnom spoločenskom i medicínskom kontexte chápu ako hodnotnejšie a „spoľahlivejšie" než subjektívne prežívanie rodiacich žien. Ženy sú súčasťou spoločenského prostredia, a preto takéto dominantné predstavy preberajú. Negatívnym výsledkom môže byť vnímanie telesného prežívania a pôrodnej skúsenosti ako niečoho cudzieho.

Nové diagnostické metódy majú ešte ďalší významný účinok na premýšľanie o pôrode, plode a o role ženy ako matky. Umožňujú totiž plod „vyviazať" z materského lona a chápať ho samostatne, akoby išlo o „nenarodeného občana". Medicínske technológie, ktoré umožňujú predčasne narodeným deťom prežiť v čím ďalej ranejších fázach tehotenstva, takéto chápanie ešte posilňujú. Podobné uvažovanie o plode však odsúva do úzadia dôležitú skutočnosť, že za normálnych okolností výrazne nedonosený ľudský plod nie je schopný prežiť mimo matkinho lona bez zložitých lekárskych technológií.[90] Z hľadiska feministických autoriek a autorov je potom problematická predovšetkým umelo vystavaná dichotómia záujmov plodu proti záujmom ženy. Podľa Barbary Duden k tomu došlo preto, že medicína si privlastnila tehotenstvo ako „svoj" fenomén a objekt záujmu. V dôsledku toho sa epistemická autorita presunula od žien k lekárom a lekárkam. Potreby ženy a plodu sa začali „vedecky" definovať a množstvo zdravotníckych profesionálov a profesionálok ich následne začalo uspokojovať.[91] Vnemy a pocity ženy sa stali menej dôležitými než to, čo hovoria profesionáli na základe vedeckých testov a technologických prístrojov. U tehotných žien sa následne neraz objavujú

---

[87] Napríklad WOLF, J.: *Deliver Me from Pain. Anesthesia and Birth in America*. Baltimore : The John Hopkins University Press, 2009.

[88] ZADOROZNYJ, M.: Social Class, Social Selves and Social Control in Childbirth. In: *Sociology of Health and Illness*, roč. 21, 1999, č. 3, s. 267 – 289.

[89] MARTIN, K.: Giving Birth Like a Girl. In: *Gender and Society*, roč. 17, 2003, č. 1, s. 54 – 72.

[90] Pozri napríklad MORGAN, L. – MICHAELS, M. (eds.): *Fetal Subjects, Feminist Positions*. Philadephia : University of Pennsylvania Press, 1999, s. 8.

[91] DUDEN, B.: *Disembodying Women. Perspectives on Pregnancy and the Unborn*. London : Harvard University Press, 1993, s. 4.

pocity odcudzenia sa od svojho tela.[92] Takéto uvažovanie má však zároveň za následok zvýšenie ontologického statusu plodu. To často vedie k absurdným situáciám, keď štát nariadi vyňať dieťa z tela ženy v záujme plodu, ako napríklad pri cisárskych rezoch nariadených súdom v Spojených štátoch amerických.[93] Hlavná pozornosť sa sústredí na plod a žena z obrazu vypadáva alebo je prinajmenšom redukovaná výlučne na materské „prostredie", ktoré je (zatiaľ) nevyhnutné pre donosenie plodu.[94] Aj v tomto smere však medicína postupuje rýchlo dopredu a smeruje k tomu, aby vyvinula umelú maternicu.[95]

1.4. Inštitucionálny kontext poskytovania pôrodnej starostlivosti

Skôr uvedené procesy tvoria kontext, v ktorom sa poskytuje pôrodná starostlivosť v súčasných západných spoločnostiach. Baštou medikalizovaného pôrodníctva v západných spoločnostiach sú pôrodnice a najmä pôrodnícke kliniky. Michel Foucault vo svojom *Zrodení kliniky* (v češtine pod názvom *Zrození kliniky*) poukázal na kľúčovú úlohu kliník v rozvoji lekárskeho vedeckého poznania a bádania.[96] Kumulácia rôznych prípadov umožnila porovnávanie a podrobné štúdium tejto problematiky. Umožňuje tiež vytvárať a testovať nové metódy a prípravky a najmä pozorovať priebeh ochorenia. Kliniky však majú mnoho spoločného s ďalšími modernými inštitúciami, napríklad s väznicami, kde sa postupne rozvíja nový typ neosobnej moci. Tzv. disciplinačná moc vyhráva nad zvrchovanou mocou, ktorú v stredoveku zosobňoval panovník, a nahrádza ju. Disciplinačná moc sa prelína s modernými inštitúciami, nie je však centralizovaná a nie je ani zosobnená. Spôsobuje, že ľudia, ktorí sa nachádzajú v pozícii objektov tejto moci, sa pod ťarchou vedomia, že môžu byť videní a trestaní, sami strážia. Úspech disciplinačnej moci sa zabezpečuje kombináciou jednoduchých vedeckých techník ako hierarchické pozorovanie a normalizujúci súd, ktoré sa najsilnejšie uplatňujú pri lekárskom vyšetrení.[97] Vďaka novým technológiám je tiež možné pozorovať bez toho, aby pozorovaní a pozorované videli človeka, ktorý ich pozoruje. Príkladom môže byť jednoduchá šošovka, ktorá zväčšuje zorné pole, alebo tzv. *panopticon*, čiže modelová architektúra, ktorá je špeciálne navrhnutá tak, aby umožňovala pomerne malej skupine dozorcov, resp. dozorkýň pozorovať vonkajší priestor a zároveň v skrytosti detailne kontrolovať veľký počet väznených.[98] Ilustračným príkladom je budova

---

92 Tamtiež.

93 Napríklad JORDAN, B. – IRWIN, S.: A Close Encounter with a Court-Ordered Cesarean Section: A Case of Differing Realities. In: HANS, B. (ed.): *Case Studies in Medical Anthropology: A Teaching and Reference Source*. New York : Gordon and Breach, Science Publishers, 1987, s. 185 – 199. JORDAN, B. – IRWIN, S.: The Ultimate Failure: Court-Ordered Cesarean Section. In: WHITEFORD, L. – POLAND, M. (eds.): *New Approaches to Human Reproduction*. Boulder, CO : Westview Press, 1989, s. 13 – 24.

94 MORGAN, L. – MICHAELS, M. (eds.): *Fetal Subjects, Feminist Positions*. Philadephia : University of Pennsylvania Press, 1999.

95 Napríklad LI, W. X. a kol.: Artificial Uterus on a Microfluidic Chip. In: *Chinese Journal of Analytical Chemistry*, roč. 41, 2013, č. 4, s. 467 – 472. BULLETTI, C. a kol.: The Artificial womb. In: *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2011, č. 1221, s. 124 – 128.

96 FOUCAULT, M.: *Zrození kliniky*. Červený Kostelec : Nakladatelství Pavel Mervart, 2010 [1963].

97 FOUCAULT, M.: *Dohlížet a trestat. Kniha o zrodu vězení*. Praha : Dauphin, 2000, v slovenskom preklade *Dozerať a trestať. Zrod väzenia*. Bratislava : Kalligram, 2004.

98 Tamtiež.

väznice v hviezdicovitom tvare, uprostred ktorej stojí strážna veža a z nej sa dá vidieť do cely aj cez ňu, pretože cely majú okná z vnútornej i vonkajšej strany.

Prvky panopticizmu vykazujú aj pôrodnice, ktoré v druhej polovici 18. storočia vznikajú nielen preto, že štát sa začal zaujímať o zdravie obyvateľstva vrátane chudobných vrstiev, ale aj preto, že vytvárali možnosť efektívnejšej sociálnej kontroly populácie.[99] V tejto súvislosti sa verejným záujmom stala najmä prevencia infanticídy (úmyselného zabitia novorodenca) a samovrážd nevydatých tehotných žien.[100] Nové budovy pôrodníc vykazujú črty panoptikonu, aj keď v trochu decentnejšom prevedení. Zdravotnícky personál môže kontrolovať množstvo „pacientok" z hlavnej chodby, z ktorej vidí do veľkých nemocničných izieb. V mnohých pôrodniciach boli (a niekde stále sú) postele s rodiacimi ženami umiestnené v radoch po oboch stranách tak, aby sa dali z uličky v centrálnej časti ľahko sledovať a kontrolovať. V Anglicku boli v tradičných nemocničných izbách okolo každej postele aj závesy, ktoré sa dali v prípade potreby kedykoľvek zatiahnuť alebo odtiahnuť.[101] Podobné usporiadanie poznáme aj zo súčasných pôrodných sál, v ktorých boli (a niekde naďalej sú) od seba ženy oddelené len jednoduchými zástenami tak, aby na seba navzájom nevideli, ale aby ich zdravotnícky personál mohol dobre pozorovať a kontrolovať.[102] Niektoré české pôrodnice v súčasnosti nahrádzajú takéto špecifické usporiadanie izieb práve novými technológiami, napríklad videokamerami umiestnenými v pôrodných sálach. Zdravotnícky personál potom môže z monitorovacej miestnosti nerušene pozorovať priebeh pôrodu vo viacerých miestnostiach naraz bez toho, aby si to rodiaca žena, resp. osoba, ktorá ju sprevádza, uvedomovala.

Zdravotnícky personál sa v prostredí nemocníc a kliník aktívne podieľa na uplatňovaní disciplinačnej moci. Predmetom tejto aktivity sú ženské telá, či už tehotné, rodiace, alebo tie, ktoré sa z pôrodu zotavujú. Zdravotnícky personál ich v záujme vedeckého poznania a zdravia ľudí i celých populácií podrobuje kontrole, monitoruje a hodnotí z hľadiska lekárskych kategórií a patričným spôsobom ich koriguje a usmerňuje. Avšak aj samotné ženy, ktoré sú v prostredí kliniky tými telami podrobovanými disciplinačnej moci, na túto moc do istej miery pristupujú, prijímajú ju za svoju a internalizujú ju. Doslova ju „vteľujú". Trénujú svoje telá a tvarujú ich v súlade s praktikami disciplinačnej moci. Obmedzujú napríklad hlasovú spontaneitu svojho prejavu v priebehu pôrodu, prípadne ešte pred príchodom do pôrodnice upravujú svoje telá tak, aby vyhovovali normám klinického prostredia (napríklad si oholia pubické ochlpenie). Foucault hovorí o tzv. „technológiách Ja", prostredníctvom ktorých ženy vykonávajú aj vlastný „vnútorný" dozor svojich tiel.[103]

Chod samotných pôrodníc sa menil v priebehu histórie podľa toho, ako sa menili zdravotnícke systémy a spoločenský prístup k tehotenstvu a pôrodu i stavu poznania v danej oblasti. Významnú úlohu pri poskytovaní starostlivosti však hrajú aj kultúrne faktory, ktoré dianie v pôrodniciach ovplyvňujú. Každé zariadenie si pritom buduje vlastnú kultúrnu špecifickosť, ktorú premieta do organizačnej kultúry.

---

[99] TINKOVÁ, D.: *Tělo, věda, stát. Zrození porodnice v osvícenské Evropě*. Praha : Argo, 2010, s. 329.

[100] Tamtiež, s. 522.

[101] DYKES, F.: Resisting the gaze: the subversive nature of breastfeeding. In: KIRKHAM, M. (ed.): *Exploring the Dirty Sides of Women's Health*. London : Routledge, 2007, s. 78 – 89.

[102] Čiže podriaďovať ich tomu, čo Foucault nazýva „lekárskym drobnohľadom" (*medical gaze*), ktorý uplatňuje nad skúmaným telom dozor (*surveillance*).

[103] FOUCAULT, M.: *Zrození kliniky*. Červený Kostelec : Nakladatelství Pavel Mervart, 2010 [1963], s. 35, 121 – 128, 133 – 147. NETTLETON, S.: *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge : Polity Press, 2006, s. 117 – 120.

1.4.1. Organizačná kultúra

V odbornej literatúre venovanej výskumom a sociológii organizácií existuje veľa prístupov, ktoré rôznymi spôsobmi vymedzujú koncept organizačnej kultúry. Dnes už klasická štúdia Lindy Smircich podáva o nich prehľad, pričom poukazuje na dve základné perspektívy.[104] Prvá chápe organizačnú kultúru ako akúsi nezávislú premennú alebo externú silu, ktorá ovplyvňuje dianie v pôrodnici. Mnohí manažéri, ktorí zastávajú tento prístup, chápu organizačnú kultúru ako čosi, čím možno ľahko manipulovať, čo možno aktívne meniť tak, aby organizácia fungovala čo najefektívnejšie. Manažéri môžu presadzovať istý súbor hodnôt a kódex správania, napríklad solidaritu a integráciu pracovného tímu, a posilňovať ich každodennými organizovanými rituálmi.

Lenže s kultúrnymi aspektmi organizačného života to nie je také jednoduché. Kultúra organizácie sa rozvíja a vytvára aj mimochodom, pomimo sféry, ktorú kontroluje vedenie. Na tento aspekt reaguje druhý z teoretických smerov, ktorý chápe organizačnú kultúru skôr ako niečo, čo sa v prostredí pôrodnice vyskytuje ako prirodzená súčasť sociálnej reality. Z tohto teoretického hľadiska je kultúra organizácie skôr kontextom, v ktorom ľudia konajú.[105] Výskumníci a výskumníčky sa teda snažia zistiť, ako jednotlivci chápu fungovanie organizácie a to, čo sa v nej deje. Pýtajú sa tiež, ako ľudia na seba navzájom pôsobia a ako konajú vo vzťahu ku klientele, kolegom a kolegyniam, vo vzťahu k zdravotníckemu systému, ale aj zoči-voči riziku, ktoré sa objavilo a pod. Štúdie, ktoré pracujú s touto definíciou organizačnej kultúry, si všímajú skôr vzorce, čiže akési naučené osvedčené a zabehnuté spôsoby „robenia vecí", ktoré si medzi sebou členky a členovia organizácie ďalej odovzdávajú. Vzorce správania sú vlastne základom organizačnej kultúry a zároveň ich sprevádzajú aj isté predstavy o tom, ako má starostlivosť vyzerať. Členovia a členky organizácie majú zvyčajne spoločné hodnoty a normy, ktoré určujú, akú podobu má mať starostlivosť a ako má organizácia fungovať. Je však samozrejmé, že aj medzi nimi dochádza v tomto ohľade k rozporom a konfliktom.

1.4.1.1. Výskumy kultúr dvoch českých pôrodníc

Na organizačnú kultúru pôrodnice pôsobí množstvo faktorov, ktoré tvoria súčasný pôrodnícky systém. Venovať sa im môžeme minimálne na troch úrovniach: na mikro-, mezo- a makroúrovni. Výhodou takéhoto analytického rozlišovania je, že umožňuje podchytiť množstvo javov a faktorov významných nielen z hľadiska rôznych skupín, ktoré sa pohybujú v prostredí pôrodníc, ale aj z hľadiska zásadných spoločenských zmien.[106]

Na mikroúrovni dochádza k interakciám medzi konkrétnymi členmi a členkami danej organizácie, či už sú to zamestnanci, zamestnankyne a ich rôzne zoskupenia (napríklad pôrodné asistentky a lekári či lekárky), alebo môže ísť o kontakty medzi zdravotníckym personálom a klientelou. Organizačná kultúra sa na tejto rovine môže zrkadliť už v spôsobe, akým zdravotnícky personál zaobchádza s rodiacimi ženami a podľa akých charakteristík ich rozlišuje a kategorizuje. Ako autorka tejto kapitoly upozorňuje v inom texte, „kategorizácia je základnou súčasťou každej kultúry, lebo do

---

[104] SMIRCICH, L.: Concepts of culture and organizational analysis. In: *Administrative Science Qarterly*, roč. 28, 1983, s. 339 – 358.

[105] HREŠANOVÁ, E.: *Kultury dvou porodnic*. Plzeň : Západočeská univerzita, 2008, s. 35.

[106] Tamtiež.

chaosu vnáša poriadok a poskytuje tiež návody, ako sa správať a ako konať".[107] Zdravotníci a zdravotníčky teda rozlišujú rôzne typy klientely a všímajú si napríklad to, ako sú ženy oblečené, keď prichádzajú do pôrodnice, alebo čo uvádzajú ako svoje zamestnanie. Podľa toho sa potom snažia predvídať, ako sa budú správať pri pôrode, aké budú ich predstavy a ako by sa k nim personál mal správať.[108] Vo výskume, ktorý sa v rokoch 2004 až 2007 zaoberal dvoma českými pôrodnicami, si pôrodné asistentky i lekári a lekárky všímali najmä to, ako sa ženy stavajú k lekárskym intervenciám a koľko toho o pôrode vôbec vedia. Na základe týchto kritérií zdravotníci a zdravotníčky rozlišovali niekoľko kategórií rodiacich žien. Na jednej strane hovorili o ženách, ktoré toho o pôrode nevedeli príliš veľa a bolo im vcelku jedno, ako to bude prebiehať. Dôverovali lekárom a spoliehali sa na to, že všetko v pôrodnici zariadi zdravotnícky personál. Popri nich zdravotníci a zdravotníčky rozlišovali inú skupinu žien, ktorá sa pôrodu veľmi obávala a bola pomerne dobre oboznámená s priebehom pôrodu, pričom dúfala, že pôrod sa ideálne uskutoční cisárskym rezom v anestézii s využitím všetkých najmodernejších dostupných technológií. Skupinu žien, ktoré zvyčajne rodili bez problémov, tvorili podľa zdravotníkov a zdravotníčok tzv. „poplety", ženy z etnických minorít s nízkym socioekonomickým statusom, ktoré často nedostali nijakú prenatálnu starostlivosť a nenavštevovali ani predpôrodné kurzy. Ich pravým opakom boli podľa uvažovania pôrodných asistentiek a pôrodníkov i pôrodníčok z mnohých hľadísk tzv. „přírodňačky", ženy, ktoré mali o pôrode a pôrodnej starostlivosti veľmi dobré znalosti a väčšinou zodpovedne navštevovali predpôrodné kurzy (často v pôrodniciach aj u súkromných pôrodných asistentiek). Boli erudované v otázkach pôrodu, preto sa kriticky stavali voči lekárskym argumentom v prospech medicínskych intervencií do pôrodného procesu. Tieto ženy vyžadovali čo najprirodzenejší pôrod bez možných zásahov a medikácie. Boli zvyčajne vzdelanejšie a staršie než ženy z ostatných skupín a často prichádzali z veľkomiest.[109]

Mikrosociologická analýza organizačných kultúr pôrodníc však tiež ukázala, aký vzťah si pôrodné asistentky vytvorili k rôznym skupinám žien a tiež akým spôsobom vstupovali do interakcií medzi personálom a rodiacimi ženami rôzni „oteckovia". Umožňovala tiež detailne skúmať priebeh predpôrodných kurzov ako dôležitého nástroja, pomocou ktorého sa budúce klientky zoznamujú so základnými hodnotami, ktoré presadzuje daná pôrodnica.

Na ďalšej analytickej úrovni – mezoúrovni – organizačnú kultúru pôrodníc ovplyvňujú procesy, ktoré súvisia s tým, ako jednotlivé zdravotnícke profesie pôsobia v oblasti pôrodu. V posledných dvadsiatich rokoch sme napríklad v Českej republike svedkami zásadných zmien v odbore pôrodnej asistencie, ktoré vedú k predefinovaniu kompetencií pôrodných asistentiek a k zvýšeniu ich profesijnej autonómie a tým aj nárokov na ich vzdelanie. Pôrodná asistencia sa etablovala ako nový vedecký odbor a profesionalizácia tohto zamestnania pochopiteľne viedla k novým zmenám v profesijnej identite pôrodných asistentiek. Tento proces zahŕňa nové požiadavky na vzdelanie pôrodných asistentiek, ale vzhľadom na klesajúce finančné toky plynúce do nemocníc a s tým súvisiaci znižujúci sa stav personálu sa od pôrodných asistentiek vyžaduje, aby vykonávali aj práce sanitárok, ktorých je najmä v malých pôrodniciach permanentný nedostatok.

Proces profesionalizácie pôrodnej asistencie však neovplyvňuje len členky tohto odboru, ale pôsobí aj na súvisiace profesie ako ošetrovateľstvo a pôrodníctvo. Otvára napríklad otázky súvisiace s vymedzením profesijných kompetencií a s deľbou práce medzi profesijnými skupinami v oblasti

---

[107] Tamtiež, s. 187.

[108] Tamtiež. Pozri najmä časť I.

[109] Tamtiež. Porovnaj s kapitolou „Kategorizace klientely ze strany personálu: Jak personál porodnic nahlíží na rodičky a další aktéry", s. 47 – 68.

pôrodnej a zdravotnej starostlivosti. Do tejto sféry vstupujú aj nové hráčky, napríklad duly a laktačné poradkyne, ktoré sa tiež usilujú o istú profesionalizáciu v tejto oblasti. Vzťahy a súperenie medzi profesijnými skupinami teda nezostávajú za bránou pôrodnice, ale aktívne ovplyvňujú kultúru a organizačné dianie v konkrétnych zariadeniach.

Na makroúrovni zasahujú do prostredia pôrodníc širšie spoločenské procesy, ako napríklad konzumerizmus či zväčšujúce sa sociálne a ekonomické nerovnosti a ekonomické a politické vplyvy, ktoré zdravotnícky systém transformujú. Preto sa môže v spoločnosti, a to aj prostredníctvom masmédií, šíriť napríklad myšlienka, že zdravie a zdravotná starostlivosť je vlastne tovar a ľudia by mali mať právo kúpiť si ho ako čokoľvek iné, pričom tí, čo na to majú, by mali mať možnosť priplatiť si za nadštandardnú starostlivosť, ak chcú. Na túto myšlienku následne reagujú konkrétne zdravotnícke zariadenia, ktoré ponúkajú takéto služby. Dochádza u nich ku komercionalizácii služieb. Ich snahy môže podporovať vláda alebo iné štátne inštitúcie, napríklad zmenou princípov financovania alebo celkovou reformou zdravotníctva, v rámci ktorej sa do systému zavádzajú trhové princípy. Rovnako ju môžu podporovať aj kolektívne aktivity občianok a občanov, ktorí chcú dosiahnuť zmenu v spravovaní zdravotníckych zariadení či dokonca celého systému zdravotnej starostlivosti.

Tieto procesy nemožno v českom a slovenskom kontexte oddeliť od širšieho celospoločenského vývoja v postsocialistickom období, ktorý viedol k stratifikácii spoločností a k rozširovaniu sociálnych nerovností medzi ľuďmi. Rovnako ich nemožno oddeliť od úrovne vnímania a miery dodržiavania a vynucovania ľudských práv v celospoločenskom meradle, ale aj v špecifických oblastiach, ako napríklad v zdravotníctve či v rámci neho v pôrodníctve. Práve pôrodníctvo je z pohľadu ľudských práv charakterizované veľmi vysokými nárokmi, avšak úroveň ich napĺňania v praxi výrazne zaostáva, pričom závisí od množstva faktorov. Niektorých z nich sa podrobnejšie dotkneme v ďalších kapitolách tejto publikácie.

2. Ľudské práva ako normatívne východisko, želaný stav a interpretačný rámec pre poskytovanie pôrodnej starostlivosti[110]

Janka Debrecéniová

2.1. Úvod

Naše každodenné interakcie sa väčšinou dejú na základe zabehnutých zvyklostí, teda na základe toho, čo sa v kultúre, ktorá nás obklopuje, považuje za „normálne". Inými slovami, ak sa naše interakcie nedejú v oblastiach, ktoré znalosť právnych predpisov priamo vyžadujú (napríklad komunikácia so súdmi alebo úradmi), väčšinou sa neriadime právnymi, ale spoločenskými a kultúrnymi normami. Tie nám, napokon, umožňujú lepšie predvídať reakcie okolia a často nám priamo napovedajú, ako máme reagovať, ak chceme v komunikácii so svojím okolím fungovať efektívne.

Spoliehať sa na kultúru ako „zabehnutý systém vecí" môže byť veľmi pohodlný a bezpečný spôsob každodenného fungovania. Obzvlášť to platí vtedy, keď sa právne, kultúrne a spoločenské normy prekrývajú. Ak práve nepociťujeme nespravodlivosť, krivdu alebo inú ujmu, nemáme tendenciu bežné situácie nášho života opisovať (ľudsko)právnym jazykom. Tiež vtedy nepotrebujeme hľadať nástroje na vynucovanie si svojich predstáv alebo nastoľovanie spravodlivosti. Ak sa nám však deje niečo, čo pociťujeme ako nespravodlivé, absurdné, zlé alebo nenormálne, ohliadame sa po záchytných bodoch, ktoré by nám pomohli problém pomenovať a uviesť veci na pravú mieru. Chceme sa uistiť, že sme „v práve" a že naše videnie sveta je v poriadku.

V mnohých oblastiach života plnia funkciu takýchto záchytných bodov ľudské práva. Sú to oprávnenia, ktoré majú jednotlivci a jednotlivkyne primárne voči štátu a jeho orgánom, ale v mnohých prípadoch aj voči inštitúciám, právnickým osobám a jednotlivcom a jednotlivkyniam. Ľudské práva sa týkajú takmer všetkých aspektov nášho každodenného života a rôznych aspektov našich osobností. Sú garantované medzinárodným právom, najmä dohovormi OSN a dohovormi Rady

[110] Táto kapitola vychádza z 1. kapitoly publikácie *Ženy – Matky – Telá I*, pričom niektoré jej časti reprodukuje.

Európy.[111] Tie sú súčasťou nášho právneho poriadku a v zásade majú prednosť pred zákonmi.[112] Rovnako sú garantované aj vnútroštátnymi predpismi, najmä ústavou a zákonmi. Ľudské práva sú nárokovateľné a právne vynútiteľné. Prvým krokom k tomu, aby sa stali súčasťou života spoločnosti a jej kultúry, je ich pomenovať, zviditeľniť a aplikovať na jednotlivé prostredia, procesy a javy.

2.2. Ľudské práva žien pri pôrode

V nasledujúcej časti zhrnieme kľúčové ľudské práva žien, ktoré sú dotknuté pri pôrode a poskytovaní pôrodnej starostlivosti a ktoré sme už stručne opísali v publikácii *Ženy – Matky – Telá I*[113]. Zároveň, vychádzajúc z uvedenej publikácie, zhrnieme spôsoby, ktorými sú tieto práva v slovenských pôrodniciach porušované.

Tehotenstvo, pôrody a pôrodná starostlivosť sa primárne a bezprostredne dotýkajú žien. Zároveň sa dotýkajú ich sexuality a reprodukcie. **O právach, ktoré sú spojené s tehotenstvom, pôrodmi a pôrodnou starostlivosťou**, teda **hovoríme ako o sexuálnych a reprodukčných právach žien**.

> „Sexuálne zdravie a reprodukčné zdravie sú navzájom jasne odlíšené, avšak zároveň úzko prepojené. Sexuálne zdravie, ako ho definuje Svetová zdravotnícka organizácia (WHO), je ‚stav fyzickej, emocionálnej, duševnej a sociálnej pohody vo vzťahu k sexualite'. Reprodukčné zdravie […] sa týka schopnosti reprodukcie a slobody uskutočňovať informované, slobodné a zodpovedné rozhodnutia. Taktiež zahŕňa prístup k celej škále informácií, tovarov, zariadení a služieb v oblasti reprodukčného zdravia, ktoré umožňujú jednotlivcom a jednotlivkyniam robiť informované, slobodné a zodpovedné rozhodnutia o ich reprodukčnom správaní."
>
> **Výbor pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva, 2016**[114]

---

[111] Medzi tieto dohovory patria v kontexte pôrodnej starostlivosti najmä: Dohovor o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien (uverejnený v Zbierke zákonov pod č. 62/1987 Zb.), Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach, Medzinárodný pakt o občianskych a politických právach (uverejnené v Zbierke zákonov pod č. 120/1976 Zb.), Dohovor proti mučeniu a inému krutému, neľudskému alebo ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestaniu (uverejnený v Zbierke zákonov pod č. 143/1988 Zb.), Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím (uverejnený v Zbierke zákonov pod č. 317/2010 Z. z.), Dohovor o odstránení všetkých foriem rasovej diskriminácie (uverejnený v Zbierke zákonov pod č. 95/1974 Zb.), Dohovor o právach dieťaťa (uverejnený v Zbierke zákonov pod č. 104/1991 Zb.) (všetky skôr uvedené dohovory boli prijaté na pôde OSN), Dohovor o ochrane ľudských práv a základných slobôd (uverejnený v Zbierke zákonov pod č. 209/1992 Zb.), Dohovor o ľudských právach a biomedicíne (Dohovor o ochrane ľudských práv a dôstojnosti človeka v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny – Dohovor o ľudských právach a biomedicíne, uverejnený v Zbierke zákonov pod č. 40/2000 Z. z.) a Európska sociálna charta (revidovaná; uverejnená v Zbierke zákonov pod č. 273/2009 Z. z.) (posledné vymenované dohovory boli prijaté na pôde Rady Európy).

[112] V zmysle čl. 7 ods. 5 ústavy majú medzinárodné zmluvy o ľudských právach a základných slobodách, ktoré boli ratifikované a vyhlásené spôsobom ustanoveným zákonom, prednosť pred zákonmi. Medzinárodné zmluvy o ľudských právach a základných slobodách, ktoré SR ratifikovala a boli vyhlásené spôsobom ustanoveným zákonom pred nadobudnutím účinnosti ústavného zákona č. 90/2001 Z. z. (t. j. pred 1. júlom 2001), sú v zmysle čl. 154c ods. 1 ústavy súčasťou jej právneho poriadku a majú prednosť pred zákonom, ak zabezpečujú väčší rozsah ústavných práv a slobôd.

[113] DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015.

[114] Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International

Tehotenstvo a pôrod sú pre ženy kľúčovými životnými udalosťami. Počas nich v ich telách prebiehajú fyziologické procesy, ktoré sú nezadržateľné a neoddialiteľné. V súvislosti s týmito procesmi sú ženy často závislé od asistencie iných osôb, pričom sa fakticky, obzvlášť pri pôrode, často ocitajú v ich moci. Pôrod samotný je navyše život meniacou udalosťou, a to nielen z pohľadu životných a sociálnych zmien, ktoré nastávajú po narodení dieťaťa, z pohľadu dopadov na oblasť fyzického zdravia, ale aj z pohľadu prežívania, emocionálnych a duševných dopadov. To, či budú tieto dopady pozitívne alebo negatívne, do veľkej miery závisí od toho, ako so ženami zaobchádzajú osoby poskytujúce pôrodnú starostlivosť a či rešpektujú, chránia a napĺňajú ich potreby a práva.

Vzhľadom na špecifickosť situácie žien počas tehotenstva a pôrodu a na ich osobitnú zraniteľnosť v tomto období môžeme v súvislosti s pôrodmi hovoriť o **osobitnom katalógu ľudských práv žien**, ktoré so sebou nesú špecifické nároky na strane žien a špecifické povinnosti na strane štátu, zdravotníckych zariadení a zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok. Sú vzájomne prepojené a nedajú sa od seba oddeliť, obsahovo aj významovo sa prelínajú a musia byť napĺňané súbežne.

Konkrétnymi dotknutými právami v súvislosti s pôrodmi sú najmä:

- právo na ľudskú dôstojnosť, právo na ochranu zdravia, na sexuálne a reprodukčné zdravie a na zdravotnú starostlivosť,
- právo na informácie a informovaný súhlas,
- právo na ochranu súkromného a rodinného života,
- právo na rovnosť a nediskrimináciu,
- právo nebyť podrobená násiliu, mučeniu a inému krutému, neľudskému a ponižujúcemu zaobchádzaniu,
- právo užívať plody vedeckého pokroku a jeho využitia.

V kontexte pôrodov do popredia výraznejšie vystupujú niektoré zložky uvedených práv, napríklad právo na ohľaduplné, rešpektujúce a dôstojné zaobchádzanie bez nátlaku, manipulácie, zastrašovania a celkovo fyzického a psychického násilia, právo slobodne si zvoliť okolnosti pôrodu, právo na rešpektovanie osobnej voľby a na odmietnutie navrhovaného postupu alebo odvolanie predtým udeleného súhlasu, právo na ochranu súkromia a zachovanie intimity, dôvernosť a ochranu osobných údajov, právo byť sprevádzaná osobou podľa vlastného výberu, právo na podporu vytvárania vzťahovej väzby medzi matkou a dieťaťom a právo na zaobchádzanie, ktoré je v súlade s najnovšími vedeckými poznatkami a požiadavkami na zdravotnú starostlivosť založenú na dôkazoch (*evidence-based medicine*)[115].

Inými právami dotknutými pri pôrode sú napríklad právo na život, právo na osobnú slobodu a bezpečnosť, právo na nedotknuteľnosť osoby, sloboda náboženského vyznania a viery či sloboda prejavu.

Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/22, bod 6.

[115] Ku konceptu medicíny založenej na dôkazoch podrobnejšie pozri kapitoly 2.2.7. a 3.3.1.

Zodpovednosť za napĺňanie všetkých týchto práv má štát, ale aj všetky subjekty, ktoré sa priamo podieľajú na poskytovaní predpôrodnej, pôrodnej a popôrodnej starostlivosti – zdravotnícke zariadenia, lekári a lekárky, pôrodné asistentky, zdravotné sestry a iný zdravotnícky alebo nezdravotnícky personál. K zodpovednostiam jednotlivých aktérov a aktérok poskytovania pôrodnej starostlivosti podrobnejšie pozri kapitolu 2.3.

2.2.1. Právo na ľudskú dôstojnosť

Koncept ľudskej dôstojnosti **implikuje povinnosť rešpektovať každú osobu ako jedinečnú a autonómnu ľudskú bytosť**. V najširšom a najvšeobecnejšom zmysle slova je v kontexte pôrodnej starostlivosti porušením práva na ľudskú dôstojnosť akékoľvek nerešpektujúce zaobchádzanie bez ohľadu na jeho podobu a intenzitu.

Právo na ľudskú dôstojnosť **je východiskom a jadrom ľudských práv pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti**, pričom v mnohých z týchto práv je priamo obsiahnuté a/alebo pre ne tvorí významné interpretačné rámce (pozri aj ďalší text). Napríklad upretie práva na informácie a informovaný súhlas, resp. informované rozhodovanie sa o svojom pôrode rodiacej žene je zároveň aj porušením jej práva na ľudskú dôstojnosť, pretože ju redukuje na neautonómnu bytosť a objekt zdravotnej starostlivosti, ktorý nemá nárok, ale ani spôsobilosť rozhodovať o sebe. Podobne mnohé porušenia práva na súkromie sú počas pôrodu aj porušením práva na ľudskú dôstojnosť, keďže hlboko zasahujú do osobnej integrity, navyše vo veľmi intímnych, emocionálne a fyzicky náročných momentoch. Aj násilie a kruté, neľudské a ponižujúce zaobchádzanie, a rovnako aj mučenie, možno vždy zároveň považovať aj za zásah do ľudskej dôstojnosti.

Čl. 1 Dohovoru o ľudských právach a biomedicíne ukladá štátom **povinnosť „chrániť dôstojnosť a identitu všetkých ľudských bytostí a zaruči[ť] každému/každej bez diskriminácie rešpektovanie jeho/jej integrity a iných práv a základných slobôd v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny**". Podobne Európsky súd pre ľudské práva (ďalej aj „ESĽP") pripomína, že rešpektovanie ľudskej dôstojnosti a ľudskej slobody je „úplnou esenciou [D]ohovoru [o ochrane ľudských práv a základných slobôd]"[116]. Ústava SR ustanovuje, že „[ľ]udia sú slobodní a rovní v dôstojnosti i v právach"[117]. Tiež ustanovuje, že „[k]aždý má právo na zachovanie ľudskej dôstojnosti, osobnej cti, dobrej povesti a na ochranu mena"[118].

Podľa zákona o zdravotnej starostlivosti má **pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti** za podmienok ustanovených týmto zákonom „**každý právo na ochranu dôstojnosti, rešpektovanie svojej telesnej integrity a psychickej integrity, [...] humánny, etický a dôstojný prístup zdravotníckych pracovníkov, [a na] zmiernenie utrpenia**"[119]. Výkon práv a povinností vyplývajúcich zo zákona o zdravotnej starostlivosti tiež musí byť v súlade s dobrými mravmi.[120]

---

[116] Pozri prípad *V. C. v. Slovakia*, sťažnosť č. 18968/07, bod 105 rozsudku. V ďalšom texte rozsudku (bod 115) sa ESĽP explicitne dovoláva potreby rešpektovania dôstojnosti a integrity osoby zakotvenej v čl. 1 Dohovoru o ľudských právach a biomedicíne.

[117] Zákon č. 460/1992 Zb. Ústava Slovenskej republiky v znení neskorších predpisov, čl. 12 ods. 1.

[118] Tamtiež, čl. 19 ods. 1.

[119] Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, § 11 ods. 9 písm. a), j) a h).

[120] Pozri tamtiež, § 11 ods. 3.

Publikácia *Ženy – Matky – Telá I*[121] ilustruje mnohé príklady porušovania práva rodiacich žien na ľudskú dôstojnosť. Toto porušovanie sa prejavovalo napríklad porušovaním práva na informácie a na informovaný súhlas, s ktorým sa stretla každá rodiaca žena, ktorá poskytla výskumný rozhovor. Obzvlášť vypuklo sa porušovanie práva na ľudskú dôstojnosť prejavovalo v prípade, keď rodiace ženy o jednotlivých zákrokoch vykonávaných počas pôrodu neboli informované vôbec alebo keď boli tieto zákroky vykonávané dokonca proti ich vôli a nesúhlasu.[122] Porušovaním práva na ľudskú dôstojnosť boli aj mnohé prejavy porušovania práva na súkromie a intimitu, napr. vstupovaním personálu bez zaklopania (a následným nepredstavovaním sa tohto personálu), usporiadaním priestoru spôsobom, ktorý neumožňoval ani najbazálnejšiu ochranu súkromia a intimity (napr. vyšetrovacie alebo pôrodné kreslá otočené k dverám, otvorené „boxy", v ktorých prebiehala druhá doba pôrodná a ktoré niekedy neboli oddelené ani závesom), či umiestnením ženy tesne po pôrode a prikrytej iba županom na chodbu, na ktorej sa voľne pohybovala verejnosť, pričom respondentka bola zároveň personálom vyzvaná vymočiť sa do misy.[123] Porušovaním práva na ľudskú dôstojnosť boli aj mnohé prejavy nerešpektujúceho a mocenského (a nezriedka zároveň aj násilného) zaobchádzania, napríklad spochybňovanie vnímania, pocitov a dojmov žien, prehováranie, manipulácia a nátlak, zosmiešňovanie a posmech pri vyjadrení prianí žien, donucovanie k niektorým intervenciám direktívnymi príkazmi či vyvolávanie pocitov zlyhania a viny.[124] Porušovaním práva na ľudskú dôstojnosť boli bezpochyby aj ďalšie prejavy násilia a krutého, neľudského a ponižujúceho zaobchádzania, ktoré sa v skúsenostiach rodiacich žien, ktoré nám poskytli výskumné rozhovory, vyskytovali pomerne hojne – napríklad neumožnenie voľby pôrodnej polohy a nútenie žien, aby rodili v polohe v ľahu alebo pololľahu, Kristellerova expresia/tlak na fundus[125] či šitie pôrodných poranení bez použitia adekvátneho tíšenia bolesti (podrobnejšie pozri kapitolu 2.2.6.).

---

[121] Podrobnejšie k metodológii zberu dát pre publikáciu *Ženy – Matky – Telá I* pozri kapitolu 3.1.2., ako aj s. *57 – 59*, 129, 134 – 135 a 140 – 141 publikácie *Ženy – Matky – Telá I* (DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015.).

[122] Pozri DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 163, 69 – 70, 74 – 75 a 85 – 94.

[123] Pozri tamtiež, s. 163 a 95 – 106.

[124] Pozri tamtiež, s. 164 a 113 – 120.

[125] Kristellerova expresia/tlak na fundus predstavuje praktiku, keď jedna alebo viaceré osoby vytvoria cielený tlak na brucho rodiacej ženy. Táto praktika sa vykonáva počas druhej doby pôrodnej. Podrobnejšie sa tejto praktike venujeme v kapitole 3.3.6.1.4.

2.2.2. Právo na ochranu zdravia, na sexuálne a reprodukčné zdravie a na zdravotnú starostlivosť

Právo na zdravie neznamená právo byť zdravá alebo zdravý.[126] Rovnako nie je obmedzené iba na právo na zdravotnú starostlivosť.[127] **Každá ľudská bytosť má právo na najvyššie dosiahnuteľnú úroveň zdravia, ktorá jej umožní život v dôstojnosti**.[128]

Zdravie je základné ľudské právo nevyhnutné na to, aby bolo možné uplatňovať si iné ľudské práva.[129] Svetovou zdravotníckou organizáciou, ale aj medzinárodnými orgánmi na ochranu ľudských práv je **zdravie definované ako stav úplnej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody**.[130]

Čl. 40 Ústavy SR zakotvuje každej osobe **právo na ochranu zdravia**. Na základe zdravotného poistenia zaručuje všetkým občanom a občiankam, za podmienok, ktoré ustanoví zákon, **právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť**. Čl. 12 ods. 1 Dohovoru o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien (ďalej aj „CEDAW dohovor") hovorí o **povinnosti štátov prijať všetky príslušné opatrenia na odstránenie diskriminácie žien v oblasti starostlivosti o zdravie**, s cieľom zabezpečiť, na základe rovnoprávnosti mužov a žien, prístup k zdravotníckym službám vrátane tých, ktoré sa vzťahujú na plánovanie rodiny. Čl. 12 ods. 2 CEDAW dohovoru ďalej explicitne hovorí o **povinnosti štátov zabezpečiť ženám primerané služby spojené s tehotenstvom, pôrodom a popôrodným obdobím**. Čl. 12 ods. 1 Medzinárodného paktu o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach zakotvuje každej osobe **právo na najvyššie dosiahnuteľnú úroveň fyzického a duševného zdravia**.

Právo na sexuálne a reprodukčné zdravie je integrálnou súčasťou práva na zdravie.[131] Právo na sexuálne a reprodukčné zdravie v sebe zahŕňa slobody aj nároky. Medzi slobody patrí **právo každej osoby robiť slobodné a zodpovedné rozhodnutia a realizovať slobodnú voľbu v otázkach týkajúcich sa jej tela a sexuálneho a reprodukčného zdravia**, pričom vykonávanie tohto práva nesmie sprevádzať násilie, donucovanie ani diskriminácia. Nároky zasa zahŕňajú **ničím nesťažovaný prístup k celej škále zdravotníckych zariadení, tovarov, služieb a informácií**, ktoré každej osobe zabezpečia plné užívanie si práva na sexuálne a reprodukčné zdravie.[132]

Výbor OSN pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva tiež pripomína **právo každej osoby kontrolovať svoje zdravie a telo** vrátane sexuálnej a reprodukčnej slobody a právo nebyť podrobená zásahom ako napríklad mučenie, liečba bez predchádzajúceho súhlasu či experimentovanie.[133]

---

[126] Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 14 (2000) – The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/2000/4, bod 8.

[127] Tamtiež, bod 4.

[128] Tamtiež, bod 1. Pozri aj čl. 12 ods. 1 Medzinárodného paktu o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach.

[129] Tamtiež, bod 1.

[130] Tamtiež, bod 4.

[131] Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/22, bod 1.

[132] Tamtiež, bod 5.

[133] Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 14 (2000) – The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/2000/4, bod 8.

Výbor pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva ďalej zdôrazňuje, že **komplexná zdravotná starostlivosť v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia obsahuje štyri základné a vzájomne prepojené prvky** (tieto prvky spolu predstavujú **tzv. AAAQ test**, podľa začiatočných písmen anglických názvov jednotlivých prvkov):

a) **dostupnosť (*availability*),**
b) **prístupnosť (*accessibility*),**
c) **akceptovateľnosť (*acceptability*),**
d) **kvalita (*quality*)**.[134]

a) Dostupnosť

Dostupnosť okrem iného znamená, že **fungujúce zdravotnícke zariadenia, služby, tovary a programy musia byť dostupné v dostatočnej kvantite**. Kľúčovým komponentom dostupnosti je tiež **dostupnosť dostatočne vzdelaného lekárskeho a iného odborného personálu** a celkovo poskytovateľov a poskytovateliek zdravotnej starostlivosti, ktoré sú školené na vykonávanie celej škály služieb sexuálneho a reprodukčného zdravia.[134] Lekársky a iný odborný personál by mal zároveň dostávať vnútroštátne kompetitívne mzdy.[135]

Z monitoringu, ktorého výstupy boli zverejnené v publikácii *Ženy – Matky – Telá I*, vyplynulo, že viaceré pôrodnice nie sú schopné alebo ochotné napĺňať práva a legitímne potreby žien v súvislosti s ich vlastnými pôrodmi. Viaceré nemocnice v odpovediach na listy žien, ktorými ženy zisťovali možnosti napĺňania ich predstáv o vlastnom pôrode, ale aj na žiadosti a prosby o informácie združenia Občan, demokracia a zodpovednosť napríklad uviedli, že nevedia ženám pri pôrodoch zabezpečiť slobodnú voľbu pôrodnej polohy (ktorá patrí medzi základné a nespochybniteľné medzinárodné zdravotnícke štandardy pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti[136]). Nemocnice tiež uvádzali, že počas

[134] Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/22, body 12 a 13.

[135] Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 14 (2000) – The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/2000/4, bod 12 (a).

[136] Napríklad Svetová zdravotnícka organizácia už od roku 1996 zdôrazňuje, že ženy nemajú byť pripútavané na lôžko a nútené do polohy v ľahu, ale majú byť povzbudzované k tomu, aby zaujali polohu, ktorá je pre ne najpohodlnejšia. FIGO, teda Medzinárodná federácia pre gynekológiu a pôrodníctvo, zasa upozorňuje, že nevhodné vyučovanie medicíny a zvyk zapríčinili, že ženy sú nútené rodiť poležiačky s nohami v strmeňoch a že táto poloha znižuje prívod krvi do placenty a môže viesť k fetálnemu distresu. FIGO zdravotníckemu personálu odporúča, aby odrádzal ženy od polohy v ľahu alebo poloľahu a aby ich povzbudzoval k zaujatiu pozície, ktorá im je najviac príjemná. Pozri WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : World Health Organization, Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 14. Dostupné na: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1 (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016). Pozri tiež FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee: Management of the second stage of labor. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*,

pôrodu nedokážu ženám garantovať súkromie. V niekoľkých odpovediach nemocnice dokonca ženám odporučili hľadať si iné zariadenie.[137]

Ak sú v mieste bydliska rodiacich žien alebo v jeho blízkosti fakticky nedostupné zdravotnícke zariadenia, ktoré by boli spôsobilé a ochotné napĺňať práva a potreby žien a poskytovať zdravotnú starostlivosť v súlade s medzinárodnými zdravotníckymi štandardmi a najnovšími poznatkami vedy, možno hovoriť o porušovaní komponentu dostupnosti obsiahnutom v práve na zdravie, resp. na sexuálne a reprodukčné zdravie. O porušení komponentu dostupnosti rovnako hovoríme aj vtedy, ak v jednotlivých zdravotníckych zariadeniach nie je dostatok zdravotníckeho personálu, ktorý by asistoval rodiacim ženám pri pôrodoch (napríklad ak má jedna pôrodná asistentka naraz na starosti viacero rodiacich žien, ktoré rodia súčasne), alebo ak zdravotnícke zariadenie nemá dostatok zdravotníckeho personálu, ktorý by dostatočne ovládal a dôsledne aplikoval najnovšie medzinárodne uznávané zdravotnícke štandardy v oblasti pôrodníctva, pôrodnej asistencie a neonatológie.

b) Prístupnosť

Prístupnosť znamená, že **zdravotnícke zariadenia, tovary, informácie a služby týkajúce sa sexuálneho a reprodukčného zdravia majú byť prístupné každej osobe a skupine bez diskriminácie a iných bariér**.[138] Prístupnosť má štyri prelínajúce sa roviny:

(i) Nediskriminácia (non-discrimination):

Zariadenia, tovary a služby týkajúce sa zdravia musia byť **formálne aj reálne prístupné všetkým osobám bez diskriminácie** na základe akéhokoľvek zakázaného dôvodu diskriminácie, osobitne pre najzraniteľnejšie alebo najviac marginalizované skupiny spoločnosti.[139]

(ii) Fyzická prístupnosť (physical accessibility):

Zariadenia, tovary, informácie a služby týkajúce sa sexuálneho a reprodukčného zdravia musia byť **v bezpečnom fyzickom a geografickom dosahu** pre všetky osoby tak, aby tieto osoby

---

roč. 119, 2012, s. 111 – 116. Dostupné na: http://www.w3dezine.in/clients/fogsi/wp-content/uploads/2015/05/pdf/figo_guideline_management_of_the_ssl.pdf (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016). Pozri aj kapitolu 3.3.6.1.3.

[137] Pozri DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 140 – 154.

[138] Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/22, bod 15.

[139] Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 14 (2000) – The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/2000/4, bod 12 (b) (i).

mohli včas dostať potrebné informácie a služby. Fyzická prístupnosť musí byť zabezpečená pre všetky osoby, obzvlášť pre osoby patriace k zraniteľným alebo marginalizovaným skupinám, ako napríklad osoby žijúce vo vidieckych alebo vzdialených oblastiach, osoby so zdravotným postihnutím, utečenci a utečenky, osoby patriace k etnickým menšinám či osoby, ktorých osobná sloboda je obmedzená.[140]

(iii) Ekonomická (finančná) prístupnosť (economic accesibility (affordability)):

Služby sexuálneho a reprodukčného zdravia poskytované verejnými alebo súkromnými poskytovateľmi musia byť **finančne prístupné všetkým osobám**. Základné tovary a služby musia byť poskytované bezplatne alebo na základe princípu rovnosti tak, aby žiadna osoba alebo rodina nebola neprimerane zaťažovaná výdavkami na zdravie. Ľuďom, ktorí nemajú dostatok zdrojov, by mala byť poskytnutá podpora nevyhnutná na pokrytie výdavkov na zdravotné poistenie a prístup do zdravotníckych zariadení poskytujúcich informácie, tovary a služby v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia.[141]

Z odpovedí 25 nemocníc, ktoré zareagovali na žiadosti alebo prosby o informácie združenia Občan, demokracia a zodpovednosť (v rámci monitoringu, ktorého výstupy sme zverejnili v publikácii *Ženy – Matky – Telá I*), vyplynulo, že vo všetkých z nich sa platil poplatok za sprevádzajúcu osobu. V 10 zariadeniach bola jeho výška 20 eur, v 5 nemocniciach 30 eur a 3 nemocnice si účtovali 15 eur. V ďalších nemocniciach sa výška poplatku pohybovala v rozmedzí od 16,74 eur po 33 eur.[142] Z monitoringu a hĺbkových rozhovorov so ženami tiež vyplynulo, že nemocnice si účtovali poplatky aj za aplikovanie epidurálnej analgézie.[143] Hoci vyberanie týchto poplatkov je v princípe diskriminačné voči všetkým ženám (pretože podmieňuje uplatňovanie si ich práv spojených s pôrodom, konkrétne práva na súkromie a rodinný život a práva na tíšenie bolesti, peňažným plnením), u žien s nízkymi alebo žiadnymi príjmami predstavuje ešte výraznejšiu bariéru pre uplatňovanie si ich práva na sexuálne a reprodukčné zdravie. Týmito poplatkami teda môžu byť vo vyššej miere znevýhodnené napríklad veľmi mladé ženy (ktoré často nemajú vlastný príjem), ženy zažívajúce sociálne a ekonomické násilie

[140] Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/22, bod 16. Pozri aj Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 14 (2000) – The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/2000/4, bod 12 (b) (ii).

[141] Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/22, bod 17. Pozri aj Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 14 (2000) – The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/2000/4, bod 12 (b) (iii).

[142] Pozri DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 150.

[143] Pozri tamtiež, s. 138 a 100.

v intímnom vzťahu, ženy z marginalizovaných rómskych komunít, ženy so zdravotným postihnutím (často odkázané napríklad na príjem z invalidného dôchodku alebo na nízky príjem z práce), ženy s nízkym vzdelaním či ženy-utečenky. Pre mnohé z týchto žien môže byť navyše prostredie nemocnice kultúrne cudzím prostredím a prítomnosť sprevádzajúcej osoby by mohla prispieť k ich lepšej pohode (avšak nezbavovala by personál povinnosti hľadať spôsoby, ako poskytovať čo najkvalitnejšiu zdravotnú starostlivosť, ktorá by rešpektovala kultúrnu rôznorodosť jednotlivých žien, bola by poskytovaná v jazyku, ktorému dotknutá žena rozumie, a ktorá by bola citlivá k všetkým ďalším charakteristikám konkrétnych prijímateliek zdravotnej starostlivosti – pozri aj text ďalej). Uvedené skupiny žien sú paradoxne aj skupinami, voči ktorým dochádza k diskriminácii v mnohých oblastiach života (vrátane oblasti poskytovania starostlivosti v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia), a preto podmieňovanie prítomnosti sprevádzajúcej osoby peňažným plnením zároveň predstavuje závažnú bariéru pre vykonávanie verejnej kontroly týkajúcej sa poskytovania pôrodnej starostlivosti vo vzťahu k osobitne zraniteľným skupinám žien. Podrobnejšie pozri aj kapitolu 2.2.5.

(iv) Informačná prístupnosť (information accessibility):

Informačná prístupnosť zahŕňa právo vyhľadávať, prijímať a rozširovať informácie a myšlienky týkajúce sa otázok sexuálneho a reprodukčného zdravia, a to jednak vo všeobecnej rovine, ale aj vo vzťahu k právu jednotlivkýň a jednotlivcov získavať špecifické informácie týkajúce sa ich konkrétneho zdravotného stavu. **Všetky osoby a skupiny** vrátane mladých dospelých a mládeže **majú právo na informácie založené na dôkazoch (*evidence-based information*) o všetkých aspektoch sexuálneho a reprodukčného zdravia, konkrétne napríklad o tehotenstve a pôrodoch** či antikoncepcii a plánovaní rodiny.

Tieto informácie **musia byť poskytnuté spôsobmi, ktoré sú v súlade s potrebami dotknutej osoby a jej komunity, berúc do úvahy napríklad jej vek, rod**[144]**, jazykové schopnosti, úroveň vzdelania, zdravotné postihnutie, sexuálnu orientáciu, rodovú identitu alebo jej status intersex osoby**. Samozrejme, informačná prístupnosť nesmie porušovať právo na dôverné zaobchádzanie s osobnými údajmi týkajúcimi sa zdravia.[145]

Požiadavky informačnej prístupnosti (a zároveň práva na informácie a fakticky aj práva na informované rozhodovanie sa – pozri kapitolu 2.2.3.) sú v slovenských pôrodniciach porušované vo všetkých jej aspektoch. Monitoring, ktorého výsledky sú zverejnené v publikácii *Ženy – Matky – Telá I*, napríklad ukázal, že pre mnohé ženy je v čase pred pôrodom nesmierne ťažké, ak nie nemožné, získať informácie o konkrétnej pôrodnici, jej možnostiach a postupoch v nej uplatňovaných, a to aj vtedy, ak sa žena o získanie

[144] K definícii rodu pozri kapitolu 2.2.5.

[145] Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/22, body 18 a 19.

takýchto informácií aktívne snaží (a na tento účel okrem prehliadnutia si webovej stránky pôrodnice túto pôrodnicu aj aktívne osloví).[146] Hĺbkové rozhovory so ženami, z ktorých zistenia sú takisto prezentované v publikácii *Ženy – Matky – Telá I*, zas odkryli, že ženy pociťovali akútny nedostatok informácií počas celého trvania pôrodu, ale aj pred ním (príjem do pôrodnice) a po ňom, čo v nich nielenže vyvolávalo pocity stresu a strachu, ale čo im zároveň bránilo aj v informovanom rozhodovaní sa o sebe, svojom pôrode a neskôr svojom dieťati.[147]

V prípade, že informácie boli poskytované len prostredníctvom formulárov tzv. informovaného súhlasu, nemožno v žiadnom prípade hovoriť o naplnení požiadavky poskytovania informácií v súlade s individuálnymi potrebami dotknutej osoby (formulár je štandardizovaný a neumožňuje podávané informácie „ušiť na mieru" rodiacej ženy tak, aby vždy zohľadňoval jej individuálne potreby a možnosti).[148] Z rozhovorov so ženami rovnako vyplýva, že lekári, lekárky a pôrodné asistentky v mnohých prípadoch, najmä vo vzťahu k zaužívaným postupom a intervenciám, neponúkali alternatívy, ktoré by boli založené na dôkazoch, resp. na najnovších vedeckých poznatkoch (napr. vo vzťahu k pôrodnej polohe, klystíru a holeniu pubického ochlpenia, pitiu a jedeniu počas pôrodu či vo vzťahu k rutinnej aplikácii kanyly a oxytocínu). Naopak, v prípadoch, že sa ženy vo vzťahu k uvedeným aspektom pôrodu dožadovali postupov, ktoré sú v súlade s medzinárodne uznávanými zdravotníckymi štandardmi, boli zo strany personálu často vystavené výsmechu, boli ním manipulované a zastrašované a nezriedka im tieto praktiky, resp. intervencie boli vnútené aj proti ich vôli a nesúhlasu.[149]

c) Akceptovateľnosť

Komponent akceptovateľnosti si vyžaduje, aby zariadenia, tovary, informácie a služby vzťahujúce sa na sexuálne a reprodukčné zdravie **rešpektovali kultúru jednotlivcov a jednotlivkýň, menšín, obyvateľstva a komunít, boli citlivé k rodu, veku, zdravotnému postihnutiu, sexuálnej diverzite a k požiadavkám životného cyklu**.[150]

Podľa CEDAW výboru sú akceptovateľnými „**také [služby], ktoré sú poskytnuté spôsobom zabezpečujúcim, že žena dáva plne informovaný súhlas, rešpektujúcim jej dôstojnosť, garantujúcim jej dôvernosť a citlivým k jej potrebám a perspektívam**".[151]

---

[146] Pozri DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 165 – 169, podrobnejšie pozri s. 134 – 158.

[147] Tamtiež, s. 163, podrobnejšie pozri s. 88 – 90.

[148] Tamtiež, s. 85 – 87.

[149] Tamtiež, s. 61 – 64, 66 – 75, 80 – 82, 90 – 93.

[150] Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/22, bod 20.

[151] Committee on the Elimination of Discrimination against Women: General Recommendation No. 24 – Women and Health (Article 12), 1999, bod 22.

d) Kvalita

Právo na sexuálne a reprodukčné zdravie si vyžaduje, aby zdravotnícke zariadenia, tovary, informácie a služby v tejto oblasti boli dobrej kvality, teda aby boli **založené na dôkazoch**, aby boli **vedecky a medicínsky vhodné** a aby **odrážali súčasné poznatky**. To si vyžaduje vzdelaný a odborne vyškolený personál a vedecky schválené a neexspirované lieky a pomôcky.[152]

Dostupné dáta, ktoré sú prezentované v publikácii *Ženy – Matky – Telá I*, odzrkadľujú, že v slovenských pôrodniciach dochádza k porušovaniu požiadavky na akceptovateľnosť a kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Skutočnosť, že ženy na mnohé vykonané intervencie nedali svoj informovaný súhlas a nezriedka neboli o nich ani dopredu informované alebo boli tieto intervencie dokonca vykonané proti ich vyslovenému nesúhlasu[153], odráža, že mnohé aspekty poskytovanej pôrodnej starostlivosti boli pre rodiace ženy neakceptovateľné. Táto neakceptovateľnosť sa však prejavovala aj v hodnotení mnohých iných aspektov pôrodnej starostlivosti samotnými ženami – napr. vo vzťahu k vypĺňaniu dotazníkov po príchode do pôrodnice počas bolestivých kontrakcií[154], k nemožnosti slobodne si zvoliť polohu v prvej a druhej dobe pôrodnej[155], k rutinnému oddeľovaniu žien a detí, k absentujúcemu súkromiu, intimite a dôvernosti poskytovanej starostlivosti[156] či k nedostatku adekvátnej komunikácie a ponižujúcemu, mocenskému a objektifikujúcemu zaobchádzaniu[157].

Rutinné intervencie počas pôrodov, ale aj rutinné a neempatické zaobchádzanie so ženami tiež naznačovali, že zdravotnícky personál nebol dostatočne citlivý k pôrodu ako fyziologickému a pre ženy výnimočnému procesu a k rodiacim ženám ako osobám, ktoré tento proces prežívali. Viaceré rutinne vykonávané praktiky a intervencie, ako napríklad neumožnenie slobodnej voľby pôrodnej polohy, rutinné napichovanie kanyly, rutinná aplikácia oxytocínu počas prvej aj druhej doby pôrodnej, neumožnenie prijímania tekutín, vyvíjanie cieleného tlaku na brucho, rutinné vykonávanie epiziotómií, bolestivé šite pôrodných poranení a rutinné oddeľovanie žien a detí sú zároveň porušením požiadavky na kvalitu, pretože neodrážajú súčasné poznatky lekárskej vedy. Zvlášť znepokojujúci je fakt, že mnohé z týchto rutinných postupov preukázateľne poškodzujú zdravie žien a ich detí.[158, 159]

---

[152] Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/22, bod 21.

[153] Pozri DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 90 – 93, ale aj s. 66 – 76.

[154] Pozri tamtiež, s. 64.

[155] Pozri tamtiež, s. 61 – 64 a 66 – 68.

[156] Pozri tamtiež, s. 94 – 110.

[157] Pozri tamtiež, s. 110 – 121, ale napr. aj s. 61.

[158] Pozri tamtiež, s. 61 – 82 a 45 – 55.

[159] Podrobnejšie k uvedeným praktikám a k medzinárodne uznávaným zdravotníckym štandardom pre ich (ne)vykonávanie pozri kapitoly 2.2.6., 3.3.6.1.1., 3.3.6.1.3., 3.3.6.1.4., 3.3.6.1.5., 3.3.6.1.6. a 3.3.6.1.7.

Podľa Výboru pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva dochádza k porušeniu povinností štátu chrániť a napĺňať právo žien na sexuálne a reprodukčné zdravie vtedy, ak v tejto oblasti neuzákoní alebo neimplementuje **predpisy a politiky, ktoré zakazujú tretím stranám** (teda napr. pôrodniciam, pôrodníkom a pôrodníčkam a pôrodným asistentkám) **také správanie, ktoré poškodzuje fyzickú a duševnú integritu žien**. To si vyžaduje prijatie a vynucovanie takých zákonov, ktoré zakážu škodlivé praktiky a rodovo podmienené násilie a ktoré zároveň zabezpečia súkromie, dôvernosť a informované a zodpovedné rozhodovanie sa bez donucovania, diskriminácie alebo strachu z násilia. Zároveň si to vyžaduje **odstránenie praktických bariér**, ktoré bránia plnej realizácii práva na sexuálne a reprodukčné zdravie – ako **napríklad neprimerane vysokých poplatkov**. V tejto súvislosti štáty tiež musia zabezpečiť, že **poskytovatelia a poskytovateľky zdravotnej starostlivosti budú adekvátne vyškolené** na poskytovanie kvalitných a rešpektujúcich služieb sexuálneho a reprodukčného zdravia **a že takto vyškolených zdravotníkov a zdravotníčok bude dostatočný počet**. Výbor tiež zdôrazňuje, že štáty musia prijať a vynucovať **na dôkazoch založené štandardy a smernice** pre poskytovanie služieb sexuálneho a reprodukčného zdravia, pričom tieto smernice musia byť **pravidelne revidované a aktualizované** tak, aby odrážali najnovšie lekárske poznatky. **Pri zabezpečovaní práva na sexuálne a reprodukčné zdravie sa musia štáty riadiť súčasnými dohovormi v oblasti ľudských práv, ako aj najnovšími medzinárodnými smernicami a protokolmi prijatými na pôde agentúr OSN**, ako napríklad WHO.[160]

Výbor tiež pripomína **dôležitosť preventívnych, osvetových a nápravných krokov, ktoré ochránia ženy pred dôsledkami škodlivých tradičných kultúrnych praktík a noriem**, ktoré im upierajú plné užívanie ich reprodukčných práv.[161]

> „Štáty musia tiež prijať pozitívne opatrenia s cieľom **odstrániť spoločenské bariéry týkajúce sa noriem a presvedčení**, ktoré bránia jednotlivcom a jednotlivkyniam rôzneho veku a rodu, ženám, dievčatám a dospievajúcim v autonómnom uplatňovaní si svojho práva na sexuálne a reprodukčné zdravie. **Mylné predstavy spoločnosti, predsudky a spoločenské tabu týkajúce sa [...] tehotenstva, pôrodu a [...] plodnosti by mali byť modifikované** tak, aby nebránili jednotlivcom a jednotlivkyniam v realizácii ich práva na sexuálne a reprodukčné zdravie."
>
> **Výbor pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva, 2016**[162]

---

[160] Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/22, bod 42, 43, 46, 47 a 49.

[161] Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 14 (2000) – The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/2000/4, bod 21.

[162] Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/22, bod 6.

Aj CEDAW výbor od štátov požaduje, **aby všetky služby týkajúce sa zdravia boli v súlade s ľudskými právami žien vrátane práva na autonómiu, súkromie, dôvernosť, informovaný súhlas a slobodnú voľbu**.[163] Tento výbor zároveň štáty upozorňuje, aby v súvislosti so službami zdravotnej starostlivosti **nedovolili žiadne formy donucovania, ktoré porušujú práva žien na informovaný súhlas a dôstojnosť**.[164] Štátom tiež pripomína potrebu „dať rodovú perspektívu do centra všetkých svojich politík a programov, ktoré sa týkajú zdravia žien, a zapojiť ženy do plánovania, implementácie a monitoringu takýchto politík a programov, ako aj do poskytovania zdravotníckych služieb ženám"[165].

Ako vyplýva aj z uvedeného prehľadu, právo na ochranu zdravia, resp. na sexuálne a reprodukčné zdravie je koncipované veľmi široko a sú v ňom obsiahnuté všetky ostatné práva, ktoré sú dotknuté pri pôrode. Ich porušenie je teda veľmi často aj porušením práva na zdravie.

2.2.3. Právo na informácie a informovaný súhlas

Informácie sú nevyhnutným prostriedkom na vykonávanie kontroly nad vecami, ktoré sa nás týkajú. Platí to o veciach, ktoré sa týkajú našej osoby a nášho života, ale aj vo vzťahu k vykonávaniu verejnej kontroly – napríklad v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Právo vykonávať kontrolu nad svojím telom je jedno z najzákladnejších a najintímnejších ľudských práv. Predstavuje kľúčový aspekt a jeden zo základných atribútov sexuálneho a reprodukčného zdravia a práv v tejto oblasti. **Kvalitné, dostatočné a zrozumiteľné informácie sú nevyhnutným predpokladom na autonómne, slobodné a zodpovedné rozhodovanie sa o svojom tele a zdraví vrátane sexuálneho a reprodukčného zdravia**.

Právo na informácie a informované rozhodovanie sa je integrálnou súčasťou práv v oblasti zdravotnej starostlivosti. Právo na informácie však nie je len súčasťou práva na zdravie, ale **aj samostatným politickým právom**.[166]

Ako vyplýva už z predchádzajúceho textu, povinnosť štátu rešpektovať, chrániť a napĺňať ľudské práva žien na zdravotnú starostlivosť spočíva okrem povinnosti zabezpečiť im rovný prístup k službám zdravotnej starostlivosti aj v povinnosti zabezpečiť im **rovný prístup k informáciám a vzdelávaniu** v tejto oblasti.[167] Medzi kľúčové povinnosti štátu v oblasti práva na sexuálne a reprodukčné zdravie patrí povinnosť zabezpečiť všetkým osobám a skupinám **prístup ku komplexnému vzdelávaniu a informáciám z oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia**, ktoré sú **nediskriminačné, nezaujaté a založené na dôkazoch** (*evidence-based*).[168] Štát sa dopustí porušenia svojej povinnosti napĺňať

---

[163] Committee on the Elimination of Discrimination against Women: General Recommendation No. 24 – Women and Health (Article 12), 1999, bod 31 (e).

[164] Tamtiež, bod 22.

[165] Tamtiež, bod 31 (a).

[166] Pozri čl. 19 Medzinárodného paktu o občianskych a politických právach, čl. 10 Dohovoru o ochrane ľudských práv a základných slobôd a čl. 26 Ústavy SR.

[167] Committee on the Elimination of Discrimination against Women: General Recommendation No. 24 – Women and Health (Article 12), 1999, bod 13. Pozri aj Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/22, bod 34.

[168] Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and

právo na sexuálne a reprodukčné zdravie aj vtedy, ak nezabezpečí **verejnú dostupnosť najnovších a presných informácií o sexuálnom a reprodukčnom zdraví**, ktoré budú dostupné **všetkým jednotlivcom a jednotlivkyniam**, a to **v potrebných jazykoch a vo vhodných formátoch**.[169] Výbor pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva zdôrazňuje, že **prístup k vzdelávaniu a informáciám** týkajúcim sa zdravia vrátane tých, ktoré sa týkajú sexuálneho a reprodukčného zdravia, je **tiež jedným z na prvý pohľad skrytých determinantov zdravia** (*underlying determinants of health*).[170]

Ako sme už uviedli v kapitole 2.2.2., jedným z komponentov práva na sexuálne a reprodukčné zdravie je aj tzv. **informačná prístupnosť**, ktorá zahŕňa právo vyhľadávať, prijímať a rozširovať informácie a myšlienky týkajúce sa otázok sexuálneho a reprodukčného zdravia, a to jednak **vo všeobecnej rovine**, ale aj **vo vzťahu k právu jednotlivkýň a jednotlivcov získavať špecifické informácie týkajúce sa ich konkrétneho zdravotného stavu**.[171]

Realizácia práva žien na zdravie si vyžaduje **odstránenie všetkých bariér, ktoré predstavujú prekážku pri prístupe k službám zdravotnej starostlivosti i k vzdelávaniu a informáciám** v oblasti zdravia vrátane oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia.[172] Štáty majú o. i. **povinnosť uistiť sa, že tretie strany, teda napríklad zdravotnícke zariadenia, ale aj zdravotnícki pracovníci a pracovníčky, nebudú obmedzovať právo ľudí na prístup k informáciám a službám týkajúcich sa zdravia**.[173] Medzi povinnosti štátov patrí aj šírenie potrebných informácií týkajúcich sa dostupnosti služieb v oblasti zdravia a tiež **podporovanie ľudí v tom, aby mohli robiť informované rozhodnutia o svojom zdraví**.[174]

---

reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/22, bod 49 (f).

[169] Tamtiež, bod 63.

[170] Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 14 (2000) – The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/2000/4, bod 11. Medzi ďalšie takéto determinanty patrí napríklad prístup k pitnej vode a adekvátnej hygiene, adekvátny prístup k bezpečnej strave a výžive a prístup k bývaniu či zdravé pracovné a environmentálne podmienky (pozri tamtiež). Výbor pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva navyše v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia osobitne zdôrazňuje tzv. **sociálne determinanty zdravia**, ktoré do veľkej miery ovplyvňujú nielen sexuálne a reprodukčné zdravie, ale aj celú škálu ďalších práv. Medzi tieto sociálne determinanty zdravia patria napríklad sociálne nerovnosti v spoločnosti a nerovnosti v distribúcii moci, chudoba, príjmové nerovnosti, systémová diskriminácia či marginalizácia, ktoré sú založené na pohlaví, etnicite, veku, zdravotnom postihnutí alebo iných faktoroch. Tieto sociálne determinanty zdravia, ktoré sú navyše často vyjadrené aj v zákonoch a politikách, potom obmedzujú slobodu voľby u jednotlivcov a jednotlivkýň vo vzťahu k ich sexuálnemu a reprodukčnému zdraviu. Pozri Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/22, bod 8.

[171] Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/22, bod 18.

[172] Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 14 (2000) – The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/2000/4, bod 21.

[173] Tamtiež, bod 35.

[174] Tamtiež, bod 37.

Ako sme už uviedli v kapitole 2.2.2., monitoring, ktorého výsledky sme opísali v publikácii *Ženy – Matky – Telá I*, ukázal, že v prípade väčšiny pôrodníc na Slovensku je veľmi ťažké, resp. v mnohých prípadoch až nemožné získať komplexné a dostačujúce informácie o týchto zariadeniach, o postupoch, ktoré sa v nich uplatňujú, a o možnostiach, ktoré poskytujú. Nedostačujúci alebo absentujúci prístup k týmto informáciám sa prejavoval pri všetkých použitých metódach monitoringu – návšteve webových stránok pôrodníc, individuálnych listoch žien, ktorými oslovili všetky pôrodnice v SR, ale aj oficiálnych infožiadostiach, resp. infoprosbách združenia Občan, demokracia a zodpovednosť zaslaných týmto pôrodniciam. Ak sa na zdravotnícke zariadenie s neformálnym listom obracala žena ako individuálna osoba (a potenciálna klientka tohto zariadenia), mala na získanie informácií od tohto zariadenia nižšie šance než mimovládna organizácia angažujúca sa v oblasti ľudských práv, ktorá zdravotnícke zariadenie oslovila oficiálnou cestou.[175] Uvedené zistenia odrážajú závažné nedostatky v dodržiavaní práva žien na informácie o sexuálnom a reprodukčnom zdraví zo strany zdravotníckych zariadení, ktoré sú toto právo povinné dodržiavať jednak ako súčasť širšie koncipovaného práva na zdravie a v mnohých prípadoch (ako povinné osoby podľa zákona o slobodnom prístupe k informáciám[176]) aj ako nezávislé politické právo. Nedostatky v prístupe žien k informáciám o pôrodnej starostlivosti im komplikujú alebo znemožňujú realizáciu ich práva na informovaný súhlas, resp. informované rozhodovanie sa týkajúce sa prijímania tejto starostlivosti, ktorého súčasťou je aj rozhodovanie sa o samotnom poskytovateľovi.

Publikácia *Ženy – Matky – Telá I* však dokumentuje, že právo žien na informácie bolo porušované aj počas poskytovania samotnej pôrodnej starostlivosti, a to vo všetkých pôrodných fázach a rovnako aj po pôrode. Výpovede 15 rodiacich žien o ich skúsenostiach s pôrodmi v nemocniciach poukazujú o. i. na to, že ženy vo všetkých pôrodných fázach, ale aj po pôrode pociťovali nedostatok informácií o postupoch, ktoré zdravotnícky personál vykonával, o celom procese pôrodu a zdravotnom stave seba i dieťaťa. Tento nedostatok informácií v ženách vyvolával diskomfort a strach. Komunikáciu zdravotníckeho personálu ženy označovali za nedostatočnú. Reflektovali, že v tomto ohľade sa k nim zdravotnícky personál správal ako k objektom bez schopnosti samostatne konať a rozhodovať o sebe, svojom tele a postupoch, ktoré boli navrhnuté. Napríklad v súvislosti s podpisom formulára „informovaného súhlasu" po príchode do pôrodnice sa všetky respondentky vyjadrili, že si neboli vedomé, na čo dávajú svojím podpisom súhlas a čo presne podpisujú – čo tiež odzrkadľuje nedostatok aktívneho informovania zo strany zdravotníckeho personálu. O viacerých úkonoch, ktoré zdravotnícky personál vykonal počas pôrodu, sa rodiace ženy dozvedeli až spätne po ich vykonaní (tieto úkony boli teda uskutočnené nielen bez vedomia dotknutých žien, ale aj bez ich súhlasu). Na základe uskutočneného výskumu teda možno povedať, že pri poskytovaní pôrodnej

[175] Bližšie pozri DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 165 – 169, podrobnejšie pozri s. 134 – 158.

[176] Zákon č. 211/2000 Z. z. o slobodnom prístupe k informáciám a o zmene a doplnení niektorých zákonov (zákon o slobode informácií) v znení neskorších predpisov.

> starostlivosti je v značnej miere porušované právo žien na informácie a na poskytovanie zdravotnej starostlivosti striktne na báze informovaného súhlasu.[177]

Vykonanie každého, aj toho najminiatúrnejšieho zásahu v oblasti zdravia je podmienené informovaným súhlasom, resp. informovaným rozhodnutím osoby, ktorá ho má podstúpiť. Koncept informovaného súhlasu, resp. informovaného rozhodovania sa vyjadruje, že **o tom, či, resp. aké zákroky v oblasti zdravia budú alebo nebudú určitej osobe vykonávané, rozhoduje v konečnom dôsledku vždy výlučne osoba, ktorej sa tieto zákroky týkajú** (s určitými výnimkami – napríklad u detí, ktoré nemajú plnú spôsobilosť na právne úkony[178]). Žiadny zákrok teda nemožno vykonať bez informovaného súhlasu.

Etické a normatívne odôvodnenia pre informovaný súhlas pramenia z jeho potenciálu presadzovať pacientovu alebo pacientkinu autonómiu, sebaurčenie, telesnú integritu a duševnú pohodu.[179] Európsky súd pre ľudské práva zdôrazňuje, že poskytovanie zdravotnej starostlivosti v rozpore so želaniami pacienta alebo pacientky je zásahom do jeho alebo jej práva na rešpektovanie súkromného života.[180] ESĽP v súvislosti s právom na informovaný súhlas tiež uviedol, že „v oblasti lekárskej asistencie – dokonca aj takej, kde by odmietnutie pristúpiť k určitej liečbe mohlo mať fatálne následky – by nanútenie lekárskej starostlivosti bez súhlasu mentálne spôsobilého dospelého pacienta alebo pacientky zasahovalo do jeho alebo jej práva na fyzickú integritu".[181] Zdravotnícky zásah bez informovaného súhlasu môže predstavovať aj neľudské a ponižujúce zaobchádzanie.[182]

---

[177] Pozri DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 163 a 85 – 94.

[178] V zmysle zákona sa však osoby, ktoré sú nespôsobilé dať informovaný súhlas, podieľajú na rozhodovaní v najväčšej miere, ktorú dovoľujú ich schopnosti. Pozri zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, § 6 ods. 6 písm. b). Ďalšou výnimkou z pravidla, že o poskytovanej zdravotnej starostlivosti rozhoduje osoba, ktorej sa zdravotná starostlivosť poskytuje, sú v zmysle zákona o zdravotnej starostlivosti **osoby pozbavené spôsobilosti na právne úkony alebo osoby s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony**, v mene ktorých dáva informovaný súhlas **súdom ustanovený opatrovník** (pozri § 6 ods. 1 písm. b) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti). V tejto súvislosti je však potrebné podotknúť, že už samotná existencia zákonných ustanovení, ktoré umožňujú obmedziť spôsobilosť na právne úkony alebo túto spôsobilosť určitej osobe úplne odňať (tak pre oblasť zdravia, ako aj pre iné oblasti), je v prípade osôb so zdravotným postihnutím **v rozpore s medzinárodnými záväzkami SR**. Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím, ktorý má prednosť pred zákonmi SR, totiž ustanovuje, že zmluvné štáty tohto dohovoru „uznávajú, že **osoby so zdravotným postihnutím majú spôsobilosť na právne úkony vo všetkých oblastiach života na rovnakom základe s ostatnými**" (čl. 12 ods. 2 tohto dohovoru), a ukladá štátom povinnosť „**[prijať] príslušné opatrenia, ktoré majú umožniť osobám so zdravotným postihnutím prístup k pomoci, ktorú môžu potrebovať pri uplatňovaní svojej spôsobilosti na právne úkony**" (čl. 12 ods. 3 dohovoru). Dohovorom o právach osôb so zdravotným postihnutím sa štáty (teda aj SR) navyše zaviazali, že v oblasti zdravotnej starostlivosti budú od zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok **vyžadovať, aby táto starostlivosť bola poskytovaná na báze slobodného a informovaného súhlasu** (čl. 25 písm. d) dohovoru). Kým teda Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím uplatňuje koncept tzv. **podporovaného rozhodovania sa** samotnými osobami so zdravotným postihnutím, legislatíva SR v rozpore s týmto dohovorom uplatňuje koncept **substitučného rozhodovania** (t. j. rozhodovania inou osobou namiesto dotknutej osoby).

[179] Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. United Nations General Assembly, 2009, A/64/272, bod 9.

[180] Prípad *G. B. and R. B. v. Moldova*, sťažnosť č. 16761/09, ods. 29, s odkazom na rozsudok v prípade *Glass v. the United Kingdom*, sťažnosť č. 61827/00, ods. 70 rozsudku.

[181] Prípad *V. C. v. Slovakia*, sťažnosť č. 18968/07, ods. 105 rozsudku, s odkazom na ďalšie rozsudky.

[182] Pozri prípad *V. C. v. Slovakia*, sťažnosť č. 18968/07, ods. 120 rozsudku, prípad *I. G. and others v. Slovakia*, sťažnosť č. 15966/04, ods. 123 a 124 rozsudku (v tomto prípade súd explicitne hovorí o ponižujúcom zaobchádzaní), a prípad *N. B. v. Slovakia*, sťažnosť č. 29518/10, ods. 80 a 81 rozsudku.

Právo na informovaný súhlas upravuje aj Dohovor o ľudských právach a biomedicíne:

> **„Zásah v oblasti zdravia sa môže vykonať iba vtedy, ak osoba, ktorej sa týka, bola informovaná a so zásahom vyslovila súhlas. Pred zákrokom musí byť osoba primerane informovaná o jeho účele a povahe, ako aj o následkoch a rizikách zákroku. Príslušná osoba môže svoj súhlas kedykoľvek slobodne zrušiť."**[183]

Niet teda žiadnych pochýb o tom, že aj poskytovanie pôrodnej starostlivosti je možné výlučne na báze informovaného súhlasu. Slovenskej republike to v roku 2015 pripomenul aj CEDAW výbor, keď posudzoval mieru napĺňania CEDAW dohovoru Slovenskou republikou:

> „Výbor je znepokojený tým, že […] neexistujú kontrolné postupy a mechanizmy na zabezpečenie primeraných štandardov starostlivosti a rešpektovania práv žien, ich dôstojnosti a autonómie počas pôrodu. […] **Výbor odporúča [Slovenskej republike], aby […] zaviedla primerané záruky na zabezpečenie toho, aby mali ženy prístup k vhodným a bezpečným pôrodníckym postupom, ktoré budú v súlade s príslušnými štandardmi starostlivosti, budú rešpektovať autonómiu žien a požiadavku slobodného, vopred poskytnutého a informovaného súhlasu[.]** […]"
>
> **Výbor pre odstránenie diskriminácie žien, 2015**[183]

Informovaný súhlas však **nie je len akceptovaním navrhovaného medicínskeho zásahu, ale je dobrovoľným a dostatočne informovaným rozhodnutím**, ktoré chráni právo prijímateľky alebo prijímateľa zdravotnej starostlivosti byť súčasťou rozhodovania o medicínskych postupoch a ktoré ukladá s tým súvisiace povinnosti a záväzky poskytovateľom a poskytovateľkám zdravotnej starostlivosti.[184] Aj ESĽP v kontexte práva na informovaný súhlas prízvukuje, že na posúdenie toho, či poskytovanie zdravotnej starostlivosti spĺňa požiadavky Dohovoru o ochrane ľudských práv a základných slobôd, treba skúmať, „či, vzhľadom na osobitné okolnosti prípadu a najmä povahu rozhodnutia, ktoré sa má prijať, dotknutý jednotlivec alebo jednotlivkyňa **boli zapojení do rozhodovacieho procesu ako celku, v miere dostatočnej na zabezpečenie nevyhnutnej ochrany ich záujmov**".[185] Vidíme teda, že poskytovanie zdravotnej starostlivosti je postavené na **rovnocennej participácii jednotlivcov a jednotlivkýň na rozhodovacom procese ako celku** – a nezotrváva iba pri, do určitej miery pasívnom, pristupovaní na návrhy zdravotníckeho personálu (vo forme súhlasu s navrhovanými postupmi).

---

[183] Committee on the Elimination of Discrimination against Women: Concluding observations on the combined fifth and sixth periodic reports of Slovakia, 20 November 2015, CEDAW/C/SVK/CO/5-6, body 30 e) a 31 g). Dostupné na: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2fSVK%2fCO%2f5-6 (posledná návšteva dňa 11. 10. 2016). Slovenská (vládou SR preložená) verzia je dostupná na: http://www.gender.gov.sk/?page_id=4065 (posledná návšteva dňa 11. 10. 2016).

[184] Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. United Nations General Assembly, 2009, A/64/272, bod 9.

[185] Prípad *V. C. v. Slovakia*, sťažnosť č. 18968/07, ods. 141 rozsudku, s odkazom na ďalšie rozsudky.

Podrobnosti o rozhodovaní sa o poskytovanej zdravotnej, a teda aj pôrodnej starostlivosti upravuje aj zákon o zdravotnej starostlivosti. Podľa tohto zákona má každá osoba, za podmienok ustanovených týmto zákonom, **právo na informácie týkajúce sa jej zdravotného stavu**[186] a **na „informácie o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti**…".[187] Rovnako má každá osoba právo **na „odmietnutie poskytnutia zdravotnej starostlivosti okrem prípadov, v ktorých podľa tohto zákona možno poskytnúť zdravotnú starostlivosť bez informovaného súhlasu**…"[188].

V zmysle § 4 ods. 4 zákona o zdravotnej starostlivosti sa na poskytovanie zdravotnej starostlivosti vyžaduje informovaný súhlas, ak v tomto zákone nie je uvedené inak. Podrobnejšie je právo na informovaný súhlas upravené v § 6 zákona o zdravotnej starostlivosti:

„1) Ošetrujúci zdravotnícky pracovník je povinný informovať o **účele, povahe, následkoch a rizikách** poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o **možnostiach voľby navrhovaných postupov** a **rizikách odmietnutia** poskytnutia zdravotnej starostlivosti (ďalej len ‚**poskytnúť poučenie**'). […]

2) Ošetrujúci zdravotnícky pracovník je povinný poskytnúť poučenie **zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť** pre informovaný súhlas a **primerane rozumovej a vôľovej vyspelosti a zdravotnému stavu** osoby, ktorú má poučiť.

3) Každý, kto má právo na poučenie podľa odseku 1, má aj **právo poučenie odmietnuť**. […]

4) **Informovaný súhlas je preukázateľný súhlas** s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, **ktorému predchádzalo poučenie** podľa tohto zákona. Informovaný súhlas je aj taký preukázateľný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, ktorému predchádzalo odmietnutie poučenia. […]

5) **Písomná forma** informovaného súhlasu sa vyžaduje

[…]

b) **pred vykonaním invazívnych zákrokov v celkovej anestéz[ii] alebo lokálnej anestéz[ii]**,

c) pri zmene diagnostického postupu alebo liečebného postupu, ktorý nebol obsahom predošlého informovaného súhlasu.

[…]

186 Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, § 11 ods. 9 písm. b).

187 Tamtiež, § 11 ods. 9 písm. c).

188 Tamtiež, § 11 ods. 9 písm. d).

8) Každý, kto má právo dať informovaný súhlas, má aj **právo** informovaný súhlas **kedykoľvek slobodne odvolať**.

9) Informovaný súhlas sa nevyžaduje v prípade

a) **neodkladnej starostlivosti, ak nemožno včas získať informovaný súhlas, ale ho možno predpokladať**,[189]

[…]

d) ambulantnej starostlivosti alebo ústavnej starostlivosti, ak ide o osobu, ktorá v dôsledku duševnej choroby alebo s príznakmi duševnej poruchy ohrozuje seba alebo svoje okolie, alebo ak hrozí vážne zhoršenie jej zdravotného stavu.[190]

10) Spôsob poučenia, obsah poučenia, odmietnutie poučenia, informovaný súhlas, odmietnutie informovaného súhlasu a odvolanie informovaného súhlasu sú **súčasťou zápisu do zdravotnej dokumentácie** […]."

Aj z citovaných ustanovení slovenskej legislatívy týkajúcej sa práva na informovaný súhlas s poskytovaním zdravotnej starostlivosti je zjavné, že právne predpisy kladú **na poskytovateľov a poskytovateľky zdravotnej starostlivosti v oblasti informovania svojich klientok a klientov a komunikácie s nimi veľmi vysoké nároky**. Aj osobitný spravodajca OSN pre právo každej osoby na najvyššie dosiahnuteľnú úroveň fyzického a duševného zdravia v súvislosti s poskytovateľmi a poskytovateľkami zdravotnej starostlivosti prízvukuje nevyhnutnosť, vzhľadom na ich povinnosť konať v najlepšom záujme pacienta alebo pacientky, **byť si vedomí/vedomé, že sú kľúčovými aktérmi pri ochrane informovaného súhlasu**.[191] Osobitný spravodajca tiež upozorňuje na **mocenskú nerovnováhu** vo vzťahoch poskytovateľov/poskytovateliek zdravotnej starostlivosti a pacientov/pacientok, ktorá je spôsobená dôverou, ktorú pacientky a pacienti k zdravotníckym pracovníkom a pracovníčkam prechovávajú, ale aj nerovnakou mierou vedomostí a skúseností, ktoré sprevádzajú lekársko-pacientsky vzťah.[192] Ako zdôrazňuje osobitný spravodajca, tieto skutočnosti robia efektívnu komunikáciu mimoriadne náročnou.[193] Situácia sa podľa neho **ešte zhoršuje, ak sú mocenské nerovnosti výsledkom triednych, rodových, etnických alebo iných socioekonomických faktorov**.[194]

---

[189] K potrebe reštriktívneho výkladu možnosti vykonať zdravotnícky zákrok bez informovaného súhlasu v prípade neodkladnej starostlivosti podrobnejšie pozri kapitolu 3.2.5.2.4.

[190] V tejto súvislosti je však potrebné podotknúť, že toto ustanovenie je do určitej miery v rozpore s Dohovorom o právach osôb so zdravotným postihnutím, ktorý má v zmysle Ústavy SR prednosť pred zákonmi (duševné choroby, resp. duševné poruchy možno v mnohých prípadoch považovať za zdravotné postihnutie). Ako už bolo uvedené v poznámke pod čiarou č. 178, poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobám so zdravotným postihnutím je možné iba na báze slobodného a informovaného súhlasu (pozri čl. 25 písm. d) Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím).

[191] Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. United Nations General Assembly, 2009, A/64/272, bod 7.

[192] Pozri tamtiež, bod 17, 6 a 26.

[193] Tamtiež, bod 17.

[194] Tamtiež, bod 17.

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti výlučne na báze informovaného súhlasu je však povinnosťou, ktorá zdravotníckemu personálu nevyplýva iba z právnych štandardov, ale je aj neoddeliteľnou súčasťou lekárskej etiky. Výbor pre etické aspekty ľudskej reprodukcie a zdravia žien pri Medzinárodnej federácii gynekológov a pôrodníkov (FIGO) vydal nasledujúci odporúčaný postup týkajúci sa informovaného súhlasu:

„1) **Povinnosť získať informovaný súhlas ženy pred vykonaním akéhokoľvek lekárskeho zákroku vyplýva z povinnosti dodržiavať jej základné ľudské práva**. Tieto práva sú všeobecne akceptované a sú zakotvené v dokumentoch, akými sú Všeobecná deklarácia ľudských práv (1948), Medzinárodný pakt o občianskych a politických právach a Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach (1975), Medzinárodný dohovor o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien (1979) a Medzinárodný dohovor o právach dieťaťa (1989). Sexuálne a reprodukčné ľudské práva boli uznané aj na Medzinárodnej konferencii o populácii a rozvoji v Káhire (1994) a opätovne potvrdené Štvrtou svetovou konferenciou o ženách v Pekingu (1995) a Deklaráciou UNESCO o bioetike a ľudských právach (2005, článok 6).

2) Nasledujúca definícia […] informovaného súhlasu vyplýva z týchto ľudských práv a je podporovaná Výborom FIGO pre štúdium etických aspektov ľudskej reprodukcie:

Informovaný súhlas je súhlas získaný slobodne, bez zastrašovania alebo neprimeraného ovplyvňovania, po riadnom poskytnutí dostatočných a zrozumiteľných informácií pacientke vo forme a jazyku, ktorým rozumie, a to o:

a) diagnostickom posúdení,

b) účele, spôsobe, predpokladanom trvaní a očakávaných prínosoch navrhovanej liečby,

c) alternatívnych spôsoboch liečby vrátane tých, ktoré sú menej invazívne a

d) možnej bolesti alebo ťažkostiach, rizikách a vedľajších účinkoch navrhovanej liečby.

3) Hoci sú tieto kritériá jasné, ich implementácia môže byť ťažká a časovo náročná napríklad tam, kde majú ženy nízke vzdelanie alebo kde príliš nerovné mocenské vzťahy v spoločnosti bránia snahám žien o sebaurčenie. No ani tieto ťažkosti nemôžu byť dôvodom, aby lekár alebo lekárka pri starostlivosti o ženu upustili od snahy o naplnenie týchto kritérií na informovaný súhlas. **Jedine žena môže rozhodnúť, či prínosy daného lekárskeho postupu pre ňu stoja za riziko a ťažkosti, ktoré bude musieť podstúpiť**. Dokonca aj v prípade, keď sa ostatní členovia a členky jej rodiny domnievajú, že by rozhodnutie mali urobiť oni, je etickou povinnosťou lekára či lekárky zabezpečiť dodržanie ľudského práva ženy na sebaurčenie v procese komunikácie, ktorá predchádza každému informovanému súhlasu.

4. **Súhlas je možné kedykoľvek odvolať**.

5. Je dôležité mať na pamäti, že **informovaný súhlas nie je podpis, ale proces komunikácie a interakcie**.

6. **Názor detí a dospievajúcich** na lekársky zákrok **by mal byť braný do úvahy**, zohľadňujúc obmedzenia spôsobené úrovňou ich vývoja a rozumových schopností.

[…]"[195]

Ako už vyplýva aj z predchádzajúcich častí tejto kapitoly, výskumné rozhovory s rodiacimi ženami, ktorých analýza je obsiahnutá v publikácii *Ženy – Matky – Telá I*, odzrkadľujú porušovanie práva žien na poskytovanie zdravotnej starostlivosti výlučne na báze informovaného súhlasu počas celého pôrodného procesu. Už po príchode do pôrodnice bol každej respondentke daný na podpis formulár informovaného súhlasu, pričom každá z respondentiek sa vyjadrila, že si nebola vedomá, na čo dáva svojím podpisom súhlas a čo presne podpisuje. Podpisovanie tohto formulára navyše ženy podstupovali v čase, keď sa sústredili na prežívanú bolesť spôsobovanú kontrakciami. Podpisovanie formulára informovaného súhlasu bolo ženami vnímané ako formalizovaný úkon, ktorý zdravotnícky personál realizoval rutinne bez sprievodného poskytnutia dostatočných a zrozumiteľných informácií. Takto získavaný „súhlas" teda v žiadnom prípade nemožno považovať za informovaný súhlas v zmysle vnútroštátneho a medzinárodného práva a za úkon, ktorý by spĺňal všetky náležitosti pre platnosť právnych úkonov (medzi ktoré patria napríklad sloboda a vážnosť vôle u osoby, ktorá súhlas dáva, neexistencia omylu na jej strane, určitosť a zrozumiteľnosť tohto súhlasu).[196]

Ako už bolo uvedené skôr, k porušovaniu práva žien na informovaný súhlas, resp. informované rozhodovanie sa dochádzalo aj v súvislosti s vykonávanými intervenciami (napr. aplikácia kanyly, aplikácia rôznych medikamentov, napr. oxytocínu, prepichnutie vaku blán, nástrih hrádze, Kristellerova expresia/tlak na fundus). Tieto intervencie boli podľa vyjadrení rodiacich žien často vykonávané bez ich súhlasu a dokonca nezriedka aj bez ich vedomia alebo proti ich nesúhlasu. O niektorých uskutočnených intervenciách boli ženy informované až dodatočne alebo vôbec.[197]

[195] FIGO: *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology*. London : FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, 2012, s. 13 – 14. Dostupné na: http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/ethics/English%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%20and%20Gynecology.pdf (posledná návšteva dňa 30. 10. 2016). Zvýraznenia doplnili autorky.

[196] Pozri DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 163 a 85 – 87.

[197] Pozri tamtiež, s. 163 a 88 – 94.

2.2.4. Právo na ochranu súkromného a rodinného života

Súkromný život je veľmi široký pojem, ktorému nie je možné priradiť vyčerpávajúcu definíciu.[198] Zahŕňa fyzickú aj morálnu integritu osoby vrátane jej sexuálneho života.[199] Európsky súd pre ľudské práva zdôrazňuje, že **ľudské telo predstavuje najintímnejší aspekt súkromného života**[200] a každý zdravotnícky zásah, aj keď je nepatrnej dôležitosti, predstavuje zásah do tohto práva[201]. **Súčasťou práva na súkromie** je teda **aj koncept informovaného súhlasu**, tak ako sme ho opísali skôr. Súkromný život podľa ESĽP ďalej zahŕňa **aspekty fyzickej a sociálnej identity** jednotlivca alebo jednotlivkyne **vrátane práva na osobnú autonómiu**. Práve osobná autonómia je podľa ESĽP základným princípom, na ktorom je postavená interpretácia záruk obsiahnutých v čl. 8 Dohovoru o ochrane ľudských práv a základných slobôd (tento článok upravuje právo na rešpektovanie súkromného a rodinného života).[202]

Právo na ochranu súkromného života v sebe podľa ESĽP zahŕňa aj **právo týkajúce sa rozhodnutia stať sa rodičom, v ktorom je obsiahnuté právo zvoliť si okolnosti pôrodu**.[203] Súčasťou práva na súkromie je aj **právo na vytváranie a rozvíjanie vzťahov s inými ľudskými bytosťami a s okolitým svetom**.[204] Do ochrany v rámci práva na rešpektovanie súkromného života ďalej podľa ESĽP patrí aj **ochrana osobných údajov vrátane informácií o zdravotnom stave**. Rešpektovanie dôvernosti informácií o zdravotnom stave je pritom zásadné nielen pre rešpektovanie pocitu súkromia pacienta či pacientky, ale aj pre zachovanie dôvery v zdravotnícku profesiu a v zdravotnícke služby vo všeobecnosti.[205] V kontexte práva na rešpektovanie súkromného života ESĽP tiež uviedol, že prítomnosť študentov pri pôrode, ktorí majú prístup k citlivým údajom pacientky o jej zdravotnom stave, možno považovať za zásah do pacientkinho práva na súkromie.[206]

Niektoré aspekty práva na ochranu súkromného a rodinného života sú v kontexte práva na zdravie, resp. na zdravotnú starostlivosť, upravené aj v Dohovore o ľudských právach a biomedicíne.[207] Ako sme uviedli v kapitole 2.2.1. k právu na ľudskú dôstojnosť, v zmysle čl. 1 Dohovoru o ľudských právach a biomedicíne majú štáty **povinnosť „chrániť dôstojnosť a identitu** všetkých ľudských

---

198 Pozri napríklad prípad *G. B. and R. B. v. Moldova*, sťažnosť č. 16761/09, ods. 29 rozsudku.

199 Prípad *X and Y v. the Netherlands*, sťažnosť č. 8978/80, ods. 22 rozsudku.

200 Prípad *Y. F. v. Turkey*, sťažnosť č. 24209/94, ods. 33 rozsudku (s odkazom na ďalšiu rozhodovaciu činnosť).

201 Pozri napríklad prípad *Konovalova v. Russia*, sťažnosť č. 37873/04, ods. 40 rozsudku (s odkazom na ďalšiu rozhodovaciu činnosť).

202 Prípad *Ternovszky v. Hungary*, sťažnosť č. 67545/09, ods. 22 rozsudku, s odkazom na prípad *Pretty v. the United Kingdom*, sťažnosť č. 2346/02, ods. 62 rozsudku.

203 Prípad *Ternovszky v. Hungary*, sťažnosť č. 67545/09, ods. 22 rozsudku.

204 Prípad *Pretty v. the United Kingdom*, sťažnosť č. 2346/02, ods. 62 rozsudku.

205 Prípad *L. H. v. Latvia*, sťažnosť č. 52019/07, ods. 56 rozsudku, s odkazom na ďalšie rozsudky.

206 Prípad *Konovalova v. Russia*, sťažnosť č. 37873/04, ods. 41 rozsudku.

207 Právo na ochranu súkromného a rodinného života je vo všeobecnosti tiež upravené v čl. 17 Medzinárodného paktu o občianskych a politických právach. V kontexte práva na ochranu súkromného a rodinného života je relevantné aj ustanovenie čl. 16 ods. 1 písm. e) CEDAW dohovoru. V zmysle tohto ustanovenia majú ženy **právo**, na rovnocennej báze s mužmi, „**rozhodovať sa slobodne a zodpovedne o počte a čase narodenia ich detí** a mať prístup k informáciám, vzdelaniu a prostriedkom, ktoré im umožnia tieto práva uplatňovať". Na toto ustanovenie môžeme v zásade analogicky aplikovať skôr opísanú rozhodovaciu činnosť ESĽP, ktorá do konceptu práva na rozhodovanie sa, či sa človek stane rodičom, zahrnula aj právo rozhodovať sa o okolnostiach pôrodu. Zároveň je treba mať na zreteli, že ak má zdravotná starostlivosť poskytovaná pri pôrode parametre, ktoré odrádzajú ženy od toho, aby mali deti či ďalšie deti, môže ísť o porušovanie práva žien na rozhodovanie sa o počte ich detí.

bytostí **a zaruči[ť]** každému/každej bez diskriminácie **rešpektovanie jeho/jej integrity** a iných práv a základných slobôd v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny". Princíp ochrany niektorých zložiek práva na súkromný a rodinný život je implicitne vyjadrený aj v čl. 2 tohto dohovoru, podľa ktorého „**[z]áujmy a blaho človeka majú prednosť pred výhradným záujmom vedy a spoločnosti**". V zmysle čl. 10 ods. 1 tohto dohovoru má ďalej „**[k]aždý [...] právo, aby sa rešpektoval jeho súkromný život v súvislosti s informáciami o jeho alebo jej zdraví**". Dohovor o ľudských právach a biomedicíne ďalej uvádza, že „**[k]aždý má právo na všetky informácie týkajúce sa jeho alebo jej zdravia**" (pričom prianie jednotlivca nebyť takto informovaný sa musí rešpektovať)[208].

Na vnútroštátnej úrovni je všeobecná úprava práva na ochranu súkromného a rodinného života východiskovo obsiahnutá v Ústave SR, v zmysle ktorej „**[k]aždý má právo na ochranu pred neoprávneným zasahovaním do súkromného a rodinného života**"[209]. V zmysle ústavy má tiež **každá osoba** „**právo na zachovanie ľudskej dôstojnosti, osobnej cti**, dobrej povesti a na ochranu mena"[210] a tiež „**právo na ochranu pred neoprávneným zhromažďovaním, zverejňovaním alebo iným zneužívaním údajov o svojej osobe**"[211]. Všeobecná úprava niektorých komponentov práva na ochranu súkromného života je obsiahnutá v tzv. ustanoveniach na ochranu osobnosti, ktoré sú súčasťou Občianskeho zákonníka.[212] V zmysle § 11 tohto zákonníka má „**[f]yzická osoba [...] právo na ochranu svojej osobnosti, najmä života a zdravia, občianskej cti a ľudskej dôstojnosti, ako aj súkromia, svojho mena a prejavov osobnej povahy**". Rôzne zložky práva na ochranu súkromného a rodinného života chránia aj iné zákony vrátane Trestného zákona.

Zákon o zdravotnej starostlivosti tiež upravuje niektoré aspekty práva na súkromný život (vrátane konceptu informovaného súhlasu, ktorému sme sa podrobnejšie venovali skôr). Konkrétne má pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, za podmienok ustanovených týmto zákonom, **každá osoba právo na**:

a) **ochranu dôstojnosti, rešpektovanie jej telesnej a psychickej integrity**[213],

b) **informácie týkajúce sa jej zdravotného stavu**[214],

c) **rozhodnutie o svojej účasti na výučbe** alebo na biomedicínskom výskume[215],

d) **právo na zachovanie mlčanlivosti o všetkých údajoch týkajúcich sa jej zdravotného stavu**, o skutočnostiach súvisiacich s jej zdravotným stavom (okrem prípadov pozbavenia mlčanlivosti ustanovených osobitným predpisom)[216],

e) **humánny, etický a dôstojný prístup zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok**[217].

---

208 Čl. 10 ods. 2 Dohovoru o ľudských právach a biomedicíne.

209 Ústava SR, čl. 19 ods. 2.

210 Tamtiež, čl. 19 ods. 1.

211 Tamtiež, čl. 19 ods. 3.

212 Zákon č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov, §§ 11 – 16.

213 Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, § 11 ods. 9 písm. a).

214 Tamtiež, § 11 ods. 9 písm. b).

215 Tamtiež, § 11 ods. 9 písm. e).

216 Tamtiež, § 11 ods. 9 písm. g).

217 Tamtiež, § 11 ods. 9 písm. h).

Už z uvedeného stručného výpočtu komponentov práva na súkromie je zrejmé, že právo na ochranu súkromného a rodinného života je jedným z kľúčových práv žien (a v niektorých prípadoch aj novorodených detí), ktoré sú pri pôrode dotknuté. Toto právo je relevantné vo vzťahu k všetkým aspektom a vo všetkých fázach poskytovania pôrodnej starostlivosti a jeho napĺňanie, resp. porušovanie môže mať veľmi rôzne podoby. Jedným z faktorov spoludeterminujúcich mieru dodržiavania tohto práva je napríklad dostupnosť, vybavenie a usporiadanie priestorov, v ktorých je poskytovaná pôrodná starostlivosť (napríklad z pohľadu, či je miestnosť, v ktorej žena rodí, spoločná pre viaceré rodiace ženy, či je v nej zachovaná jej intimita, napríklad vo vzťahu k usporiadaniu samotnej miestnosti či nábytku v nej). Ďalším z ukazovateľov miery dodržiavania práva rodiacich žien na súkromie je spôsob, akým zdravotnícky personál pristupuje k rodiacej žene, ako s ňou komunikuje a ako rešpektuje a podporuje charakter pôrodu ako výnimočnej a rodovo špecifickej intímnej udalosti. Relevantné je napríklad to, či zdravotnícky personál rešpektuje výnimočnosť a intimitu pôrodu a narodenia dieťaťa a osobitnú zraniteľnosť a celkovo potreby a pocity žien počas neho (napr. či pri vstupe do miestnosti, v ktorej sa nachádza rodiaca žena, zaklope a predstaví sa, či v miestnosti, v ktorej sa nachádza rodiaca žena alebo žena po pôrode, dôsledne zatvára dvere, či sa snaží redukovať počet zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov prítomných pri pôrode na minimum, či vo všetkých fázach pôrodu rešpektuje výber sprevádzajúcej osoby alebo osôb uskutočnený rodiacou ženou, či bezprostredne po narodení dieťaťa rešpektuje unikátny vzťah medzi matkou a jej novorodeným dieťaťom, ako aj potrebu novej rodiny si tieto okamihy nerušene vychutnať a pod.). V kontexte práva na súkromie ako konceptu, ktorý chráni dôstojnosť, autonómiu a integritu každej osoby, je zas relevantné napríklad to, či zdravotnícky personál rešpektuje rozhodnutia žien o okolnostiach pôrodu (napr. vo vzťahu k pôrodnej polohe či intervenciám počas pôrodu), či má dostatočne zvnútornený koncept informovaného rozhodovania sa samotnými rodiacimi ženami a či sa k nim správa s rešpektom, dôstojne, so zachovaním potrebnej dôvernosti (napríklad vo vzťahu k osobným údajom, ktoré na účely poskytovania pôrodnej starostlivosti od rodiacej ženy získava) a celkovo ako k autonómnym, rovnocenným a svojprávnym ľudským bytostiam.

Zabezpečenie súkromia rodiacim ženám s dôrazom na ich dôstojnosť a intimitu, ale aj dôvernosť a ochranu ich osobných údajov počas pôrodnej starostlivosti v nemocničnom zariadení **patrí k základným komponentom poskytovania pôrodnej starostlivosti aj z pohľadu medzinárodne uznávaných zdravotníckych štandardov**. Napríklad podľa WHO rešpektovanie práva ženy na súkromie v mieste pôrodu patrí k praktikám, ktoré sú jednoznačne prospešné a ktoré by mali byť ako štandard podporované aj zo systémového hľadiska.[218] Podľa odporúčaní WHO je zabezpečenie súkromia rodiacej žene **jedným z kľúčových postupov**, a to pred pôrodom aj v jeho priebehu. **Patrí sem aj rešpektovanie jej výberu osôb**, ktoré majú byť pri pôrode prítomné, **ako aj zamedzenie vstupu nepotrebných osôb** do miestnosti, v ktorej pôrod prebieha.[219] Rovnako sem patrí **zabezpečenie súkromia a dôstojného zaobchádzania v období bezprostredne po pôrode**. WHO považuje rešpektovanie práva na súkromie v mieste pôrodu a poskytovanie starostlivosti na najperiférnejšej možnej úrovni, na ktorej je pôrod uskutočniteľný a bezpečný a kde sa žena cíti isto a bezpečne, za **praktiky kategórie A, teda praktiky, ktoré sú jednoznačne prospešné a ktoré by mali byť podporované**.[220]

---

218 WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : World Health Organization, Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 32. Dostupné na: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1 (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016).

219 Tamtiež, s. 10.

220 Tamtiež, s. 34.

Výpovede žien, ktoré boli zozbierané aj na účely vydania publikácie *Ženy – Matky – Telá I*, opisujú porušovanie práva na súkromný a rodinný život vo všetkých fázach pôrodu. Navyše, neuspokojivé podmienky sa vyskytli v niektorej z fáz pôrodu pri každom opisovanom pôrode. V prvej dobe pôrodnej sa v opisoch žien objavovali obmedzenia v prístupe k súkromiu počas času stráveného na tzv. „čakačke" (rušivá prítomnosť iných žien, ktoré prežívali kontrakcie, spôsob organizácie miestností a absencia dostatočného fyzického priestoru, ale aj vybavenia, absencia vybavenia na odloženie si osobných vecí napríklad počas vyšetrovania, ale aj priestoru na prípravu na samotné vyšetrenie, nemožnosť prítomnosti sprevádzajúcich osôb, stresujúci prístup zdravotníckeho personálu, nemožnosť slobodne si zvoliť pôrodnú polohu, absencia primeraných informácií). V druhej dobe pôrodnej identifikoval výskum limity v prístupe k právu na súkromie v organizácii pôrodných sál, v nemožnosti využiť právo na výber pôrodnej polohy, v otočení pôrodných kresiel smerom k dverám alebo do uličky, v prístupe zdravotníckeho personálu, ktorý obmedzoval súkromie a intimitu žien, a v podobe vstupovania neželaných osôb (z hľadiska typu a celkového počtu) do priestoru, kde sa pôrod odohrával. V období bezprostredne po pôrode sa porušovanie práva na súkromný a rodinný život intenzívne prejavovalo v podobe absentujúcej podpory nerušeného a nepretržitého kontaktu koža na kožu medzi matkou a dieťaťom a celkovo v podobe bránenia ženám v budovaní si vzťahovej väzby so svojím novorodeným dieťaťom, ale aj v podobe umiestnenia ženy krátko po pôrode na chodbu, kde sa voľne pohybovala verejnosť, a to prikrytú iba županom a vybavenú misou na močenie, do ktorej sa mala vymočiť. Aj v období po pôrode, keď je žena ešte hospitalizovaná v pôrodníckom zariadení, kvalitatívny výskum identifikoval porušovanie práva na ochranu súkromia a rodinného života, zachovanie intimity a na dôvernosť a ochranu osobných údajov. Zdravotnícky personál napríklad vstupoval do izieb neohlásene, rušiac súkromie a intimitu žien; ženy boli vyšetrované počas hromadných vizít nielen za účasti viacerých lekárov a lekárok, ale aj v prítomnosti iných žien v danej miestnosti; dôvernosť a ochrana osobných údajov boli porušované počas vizít na izbách a informovania o zdravotnom stave pred inými hospitalizovanými ženami či ďalšími osobami. V niektorých prípadoch otcovia novorodených detí nemali prístup k týmto deťom počas celého obdobia hospitalizácie žien a detí v nemocnici.[221]

Počas všetkých pôrodných fáz sa na strane zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok objavovali prejavy porušovania práva rodiacich žien na dôstojný a rešpektujúci prístup bez nátlaku, manipulácie a zastrašovania, prejavy zaobchádzania s rodiacimi ženami ako s neautonómnymi objektmi, na ktorých je vykonávaná zdravotná starostlivosť na báze rozhodnutí zdravotníckeho personálu, a porušovanie práva žien na informácie a na informované rozhodovanie sa, po ktorých nasledovali nedovolené zásahy do fyzickej a duševnej integrity rodiacich žien (napr. v podobe vykonávaných intervencií).[222]

---

[221] Pozri DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 163, 60 – 64, 94 – 110, 66 – 68 a 76 – 79.

[222] Pozri tamtiež, s. 164, 113 – 121, 66 – 76 a 85 – 94.

2.2.5. Právo na rovnosť a nediskrimináciu

Právo na rovnosť a nediskrimináciu je **východiskovým a prierezovým princípom ochrany ľudských práv** v medzinárodnom aj vnútroštátnom meradle. Toto právo sa väčšinou uplatňuje v spojení s ďalšími právami ako napríklad – v prípade pôrodov – právom na ochranu zdravia/na zdravotnú starostlivosť, právom na informácie a na informovaný súhlas, právom užívať plody vedeckého pokroku či právom na ochranu súkromného a rodinného života.

Zjednodušene možno povedať, že **diskriminácia žien je znevýhodňovanie žien v rôznych oblastiach života** (vrátane oblasti poskytovania zdravotnej a v rámci nej pôrodnej starostlivosti) **vo vzťahu k ich možnostiam uplatňovať si svoje práva, ktoré sa im deje preto, že sú ženami**. CEDAW dohovor definuje diskrimináciu žien ako „**akékoľvek robenie rozdielu, vylúčenie alebo obmedzenie vykonané na základe pohlavia, ktorého dôsledkom alebo cieľom je narušiť alebo zrušiť uznanie, požívanie alebo uplatnenie zo strany žien**, bez ohľadu na ich rodinný stav, na základe rovnoprávnosti mužov a žien, **ľudských práv a základných slobôd v politickej, hospodárskej, sociálnej, kultúrnej, občianskej alebo inej oblasti**".[223]

Vo vzťahu k právu na najvyššie dosiahnuteľnú úroveň zdravia sa CEDAW výbor jednoznačne vyjadril, že „**odopretie alebo zanedbanie intervencií v oblasti zdravotnej starostlivosti, ktoré potrebujú iba ženy, je formou diskriminácie žien**"[224]. Podľa nášho názoru je tento záver možné aplikovať nielen na odopretie alebo zanedbanie potrebných intervencií v oblasti zdravotnej starostlivosti, ale na zdravotnú starostlivosť celkovo – t. j. na odopieranie alebo zanedbávanie zdravotnej starostlivosti v takej podobe, v akej je potrebná, v akej zohľadňuje súčasné poznatky lekárskej vedy a v akej je pre konkrétnu ženu akceptovateľná.

CEDAW dohovor a všeobecne aj iné medzinárodné ľudskoprávne dohovory a vnútroštátna legislatíva konštatovanie diskriminácie žien v princípe podmieňujú existenciou znevýhodnenia v porovnaní s mužmi. Nie je tomu tak však v prípadoch, kde k situácii žien neexistuje porovnateľná situácia. Príkladom je tehotenstvo a pôrod. Výbor pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva v jednom zo svojich stanovísk explicitne uviedol, že „**priama diskriminácia tiež zahŕňa poškodzujúce konania alebo opomenutia** na základe zakázaných dôvodov [diskriminácie – ako napríklad pohlavie, rasa, etnicita, náboženstvo alebo iný dôvod], **kde neexistuje porovnateľná podobná situácia (napr. prípad ženy, ktorá je tehotná)**".[225] Aj antidiskriminačný zákon[226] – ktorý zakotvuje zákaz diskriminácie o. i. pre oblasť poskytovania zdravotnej starostlivosti – hovorí, že **za diskrimináciu z dôvodu pohlavia sa považuje aj diskriminácia z dôvodu tehotenstva alebo materstva**.[227] Na konštatovanie diskriminácie v súvislosti s tehotenstvom a pôrodom teda postačuje nepriaznivé

---

[223] Dohovor o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien, čl. 1.

[224] Pozri stanovisko Výboru pre odstránenie diskriminácie žien z 10. augusta 2011 vo veci *Alyne da Silva Pimentel Teixeira (zosnulá) v. Brazil*, sťažnosť č. CEDAW/C/49/D/17/2008, bod 5.9.

[225] Committee on Economic, Social and Cultural Rights: General comment No. 20 – Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), 2009, E/C.12/GC/20, bod 10 (a).

[226] Zákon č. 365/2004 Z. z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (antidiskriminačný zákon).

[227] Pozri § 2a ods. 11 písm. a) antidiskriminačného zákona. Rovnakým spôsobom definuje diskrimináciu z dôvodu pohlavia aj legislatíva a Súdny dvor EÚ (v spojení s právom na rovné zaobchádzanie v oblasti zamestnania a povolania).

zaobchádzanie so ženami, resp. ich znevýhodňovanie v kontexte tehotenstva alebo pôrodu a nie je potrebné porovnávanie ich situácie s mužmi. Nepriaznivé zaobchádzanie so ženami, resp. ich znevýhodňovanie v spojení s ich tehotenstvom alebo pôrodom, sa teda za diskrimináciu považuje automaticky.

Publikácia *Ženy – Matky – Telá I* dokumentuje mnoho príkladov znevýhodňovania, nepriaznivého a neadekvátneho zaobchádzania so ženami, ktoré sa im deje v pôrodniciach na Slovensku v rámci poskytovania pôrodnej starostlivosti. Mnohé z týchto príkladov neadekvátneho zaobchádzania, ktoré sú podrobnejšie opísané aj v jednotlivých častiach tejto kapitoly, predstavujú porušenia ľudských práv žien (napríklad práva na ochranu zdravia a zdravotnú starostlivosť, práva na informácie a informovaný súhlas, práva na ochranu súkromného a rodinného života, práva nebyť podrobená násiliu, mučeniu a inému krutému, neľudskému a ponižujúcemu zaobchádzaniu a práva užívať plody vedeckého pokroku). Keďže tieto porušenia sa dejú v súvislosti s tehotenstvom a pôrodom a v tomto kontexte sa dejú iba ženám, predstavujú zároveň aj porušenia práva žien na rovnosť a nediskrimináciu. Sú teda diskrimináciou žien z dôvodu ich pohlavia a rodu.

V kontexte diskriminácie sa „pohlavím" nerozumie iba „biologické" pohlavie, teda fakt, že žena je ženou z biologického hľadiska. CEDAW výbor zdôrazňuje, že CEDAW dohovor sa týka aj **rodovo podmienenej (*gender-based*)** diskriminácie žien. Aj slovenský antidiskriminačný zákon zakazuje diskrimináciu, resp. iné formy porušovania zásady rovnakého zaobchádzania, nielen z dôvodu pohlavia, ale aj z dôvodu rodu. Rod je súbor vlastností a rolí, ktoré sú od žien (ale aj od mužov) očakávané, resp. sú im pripisované, a ktoré nie sú podmienené biologicky, ale kultúrne a spoločensky.

> Pojem „**rod**" (***gender***) **označuje** „**sociálne konštruované identity, vlastnosti a roly žien a mužov a sociálne a kultúrne vnímanie [...] biologických rozdielov [medzi ženami a mužmi] spoločnosťou**, ktoré vedie k hierarchizácii postavenia žien a mužov a rozdeleniu moci a práv v prospech mužov na úkor žien. Takéto spoločenské postavenie žien a mužov je ovplyvnené politickými, hospodárskymi, kultúrnymi, náboženskými a ideologickými faktormi a ďalšími vonkajšími okolnosťami a rovnako ho možno prostredníctvom kultúry, spoločnosti a komunity zmeniť".
>
> **Výbor pre odstránenie diskriminácie žien**[228]

Výbor pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva pripomína, že „**rodovo podmienené predpoklady a očakávania vo všeobecnosti znevýhodňujú ženy** vo vzťahu k skutočnému uplatňovaniu práv

[228] Pozri Committee on the Elimination of Discrimination against Women: General recommendation No. 28 on the core obligations of States parties under article 2 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, 2010, CEDAW/C/GC/28, bod 5.

z ich strany, **konkrétne napríklad vo vzťahu k slobode konať a byť vnímané ako autonómne, plne spôsobilé dospelé osoby**, […] **vo vzťahu k ich možnosti robiť rozhodnutia týkajúce sa ich [vlastných] okolností a podmienok**".[229] Ak teda personál v zdravotníckych zariadeniach predpokladá, že tehotná alebo rodiaca žena potrebuje, aby niekto za ňu rozhodoval, pretože toho sama nie je schopná, alebo ak tento personál po príchode ženy do pôrodnice zužuje jej identitu len na identitu matky, ide o diskriminačné zaobchádzanie aj na základe rodu.

Publikácia *Ženy – Matky – Telá I* poukazuje na viacero momentov, v ktorých ženy neboli pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti vnímané a rešpektované ako plne autonómne bytosti, ale ktorých identita a autonómia boli často redukované v nadväznosti na spoločenské a kultúrne predstavy o rolách a vlastnostiach žien. Až symptomatickým bolo oslovenie „mamička", ktoré zdravotnícky personál používal v komunikácii s rodiacimi ženami a ženami po pôrode. Takéto oslovovanie bolo nielen prejavom ignorovania subjektivity konkrétnej ženy, ale aj demonštráciou nerovného a hierarchického postavenia medzi zdravotníckym personálom a rodiacimi ženami v neprospech žien – keďže rodiace ženy oslovovali lekársky personál výlučne s používaním akademických titulov. V rozhovoroch so ženami sa objavilo aj ich oslovovanie (zdrobnenými) krstnými menami zo strany zdravotníckeho personálu, avšak bez toho, aby takáto možnosť oslovovania bola ženám rovnocenne ponúknutá aj zo strany tohto personálu.[230] Autonómia a subjektivita žien boli však spochybňované a negované aj viacerými inými spôsobmi – napríklad objektifikáciou žien (napríklad komunikácia personálu o rodiacej žene v jej prítomnosti v tretej osobe – tak, ako keby tam ani nebola)[231], spochybňovaním prežívania žien a nimi pociťovanej bolesti či priamo ich zosmiešňovaním[232]. Stereotyp ženy ako osoby nespôsobilej samostatne sa rozhodovať bol veľmi silne prítomný aj v kontexte porušovania práva žien na informovaný súhlas s uskutočňovanými postupmi a intervenciami. Jednotlivé úkony zdravotnej starostlivosti boli ženám nielenže často robené bez ich informovaného súhlasu, ale niekedy dokonca aj proti ich vyslovenému nesúhlasu (podrobnejšie pozri podkapitolu 2.2.3. tejto publikácie). Stereotyp ženy ako matky bol posilňovaný aj priestorovými obmedzeniami a usporiadaním nemocníc a ich inštitucionálnymi politikami, ktoré neumožňovali stálu prítomnosť otcov v nemocnici po narodení dieťaťa a nepretržitú starostlivosť oň z ich strany, ale ktoré otcov redukovali v lepšom prípade na návštevníkov (ani možnosť osobných návštev s bezprostredným kontaktom otcov s ich novorodenými deťmi totiž nebola pravidlom).[233]

---

229 Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General comment No. 16 (2005) – The equal right of men and women to the enjoyment of all economic, social and cultural rights (art. 3 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/2005/4, bod 14.

230 Pozri DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 115 – 116 a 109.

231 Pozri tamtiež, s. 115 – 116.

232 Pozri tamtiež, s. 113 – 114 a 116 – 118.

233 Pozri tamtiež, s. 107 – 109.

Diskriminácia pri pôrodoch, ale aj v ďalších okamihoch a oblastiach života, sa však ženám nedeje iba v spojení s ich pohlavím a rodom, ale aj z ďalších dôvodov – ako napríklad z dôvodu etnicity, majetku, veku, zdravotného postihnutia či sexuálnej orientácie. Je preto potrebné posudzovať ju vždy v kontexte súbežnej existencie týchto dôvodov. CEDAW výbor zdôrazňuje, že **prekrývanie sa zakázaných dôvodov diskriminácie a prieniky medzi nimi (*intersectionalities*) sú základným konceptom pri výklade** rozsahu všeobecných povinností zmluvných štátov vo vzťahu k zákazu diskriminácie. Podľa výboru „[z]mluvné štáty musia legislatívne uznať a zakázať takéto prekrývajúce sa formy diskriminácie a ich znásobený negatívny dosah na dotknuté ženy".[234] V rovnakom duchu je potrebné vykladať aj slovenský antidiskriminačný zákon, ktorý v otvorenom výpočte upravuje popri pohlaví a rode celý rad ďalších zakázaných dôvodov diskriminácie.[235]

> **Diskriminácia žien na základe pohlavia a rodu je „neoddeliteľne previazaná s ďalšími faktormi, ktoré majú na ženy dopad, ako rasa, etnicita, náboženstvo alebo vierovyznanie, zdravie, postavenie, vek, spoločenská trieda či kasta, sexuálna orientácia a rodová identita**. Diskriminácia na základe pohlavia a rodu môže mať vplyv na ženy patriace do uvedených skupín vo väčšej miere alebo inými spôsobmi ako na mužov".
>
> **Výbor pre odstránenie diskriminácie žien**[236]

Z výskumu a monitoringu, ktorých výstupy boli predstavené v publikácii *Ženy – Matky – Telá I*, vyplynulo, že častým dôvodom diskriminácie pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti je popri pohlaví a rode aj ekonomický, resp. sociálny status tehotnej, resp. rodiacej ženy. Za diskriminačné voči všetkým ženám, ale osobitne ženám s nízkymi alebo žiadnymi príjmami, možno považovať podmieňovanie napĺňania niektorých potrieb a práv (napríklad na súkromie a rešpektovanie intimity a osobnej integrity, na tíšenie bolesti, na prítomnosť sprevádzajúcej osoby) osobitnými platbami (za tzv. „nadštandard" pri ubytovaní či pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti v osobitnej miestnosti bez prítomnosti ďalších rodiacich žien a ich sprevádzajúcich osôb,[237] za použitie epidurálnej analgézie[238] či za prítomnosť sprevádzajúcej osoby[239]). Tieto elementárne potreby a práva sú teda napĺňané len u žien, ktoré si ich môžu dovoliť zaplatiť (za predpokladu,

---

234 Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General comment No. 16 (2005) – The equal right of men and women to the enjoyment of all economic, social and cultural rights (art. 3 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/2005/4, bod 14.

235 Podľa § 2 ods. 1 antidiskriminačného zákona „[d]održiavanie zásady rovnakého zaobchádzania spočíva v zákaze diskriminácie z dôvodu pohlavia, náboženského vyznania alebo viery, rasy, príslušnosti k národnosti alebo etnickej skupine, zdravotného postihnutia, veku, sexuálnej orientácie, manželského stavu a rodinného stavu, farby pleti, jazyka, politického alebo iného zmýšľania, národného alebo sociálneho pôvodu, majetku, rodu alebo iného postavenia […]".

236 Committee on the Elimination of Discrimination against Women: General recommendation No. 28 on the core obligations of States parties under article 2 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, 2010, CEDAW/C/GC/28, bod 18.

237 Pozri DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 106 – 109.

238 Pozri tamtiež, s. 100 a 138.

239 Pozri tamtiež, s. 137 a 150.

že sú u poskytovateľov pôrodnej starostlivosti vôbec dostupné, resp. že sú dostupné v dostatočnej miere), a sú fakticky nedosiahnuteľné pre ženy, ktoré nedisponujú dostatkom finančných zdrojov. Keďže nedostatok finančných prostriedkov môže byť u dotknutých žien prejavom, dôsledkom alebo sprievodným znakom ďalších znevýhodnení (napr. nízky vek, rómska etnicita, imigrantský status, skutočnosť, že dotknutá žena zažíva násilie zo strany svojho intímneho partnera, status samoživiteľky, zdravotné postihnutie a pod.), diskriminácia môže u týchto žien okrem ich pohlavia a sociálneho, resp. ekonomického statusu pramenit' aj z dôvodov ako vek, etnicita, rodinný stav, zdravotné postihnutie atď.

Hĺbkové rozhovory, ktoré sme uskutočnili na účely publikácie *Ženy – Matky – Telá I*, sme realizovali so ženami od 26 do 39 rokov – vo výskumnej vzorke teda neboli veľmi mladé ženy, resp. dievčatá. Rovnako väčšina respondentiek mala relatívne vysoký vzdelanostný a sociálny kapitál (stredoškolské alebo vysokoškolské vzdelanie, príslušnosť k strednej vrstve; iba jedna z respondentiek bola matka-samoživiteľka). Ani jedna z respondentiek nepatrila k etnickej minorite a žiadna z respondentiek nemala zdravotné postihnutie.[240] Tieto výskumné rozhovory nám teda neumožnili odhaliť špecifiká zaobchádzania so ženami s osobitnými znevýhodňujúcimi charakteristikami a prípadné osobitné znevýhodnenia, ktorým tieto ženy čelia pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti. Predpokladáme však – vychádzajúc zo všeobecne dostupných informácií o diskriminácii žien s ďalšími znevýhodňujúcimi charakteristikami v mnohých oblastiach života, ale aj z čiastkových alebo anekdotických dát o zaobchádzaní s týmito ženami pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti[241] –, že diskriminácia a celkovo porušovanie práv, ktoré sa týmto ženám pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti dejú, môžu mať popri už vyskúmaných podobách porušovania práv ešte ďalšie závažné podoby, resp. vyššiu intenzitu.

Ako sme už uviedli, povinnosť dodržiavať zákaz diskriminácie, resp. zásadu rovnakého zaobchádzania v zmysle antidiskriminačného zákona (ku konceptu zásady rovnakého zaobchádzania pozri aj ďalej v texte) sa vzťahuje aj na oblasť zdravotnej starostlivosti[242] (a povinnosť dodržiavania tejto zásady explicitne zakotvuje aj zákon o zdravotnej starostlivosti[243]). Táto povinnosť okrem iného znamená **zákaz priamej diskriminácie, t. j.**, v prípade tehotenstva a pôrodov (kde nie je potrebný mužský komparátor), **zákaz zaobchádzať s niektorou ženou nepriaznivo v súvislosti s jej tehotenstvom a pôrodom**.[244]

---

240 Pozri tamtiež, s. 58.

241 Pozri napríklad Committee on the Elimination of Discrimination against Women: Concluding observations on the combined fifth and sixth periodic reports of Slovakia, 20 November 2015, CEDAW/C/SVK/CO/5-6, body 30 f) a 31 h). Dostupné na: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2fSVK%2fCO%2f5-6 (posledná návšteva dňa 11. 10. 2016). Slovenská (vládou SR preložená) verzia je dostupná na: http://www.gender.gov.sk/?page_id=4065 (posledná návšteva dňa 11. 10. 2016).

242 Pozri zákon č. 365/2004 Z. z. antidiskriminačný zákon, § 5 ods. 1 a § 5 ods. 2 písm. c).

243 Pozri zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, § 11 ods. 2.

244 Pozri § 2a ods. 2 antidiskriminačného zákona, ktorý definuje priamu diskrimináciu. V zmysle tohto ustanovenia „[p]riama diskriminácia je konanie alebo opomenutie, pri ktorom sa s osobou zaobchádza menej priaznivo, ako sa zaobchádza, zaobchádzalo alebo by sa mohlo zaobchádzať s inou osobou v porovnateľnej situácii".

Antidiskriminačný zákon zároveň za osobitnú formu diskriminácie považuje aj **obťažovanie** (opäť v spojení so všetkými zakázanými dôvodmi diskriminácie). Definuje ho ako „**také správanie, v dôsledku ktorého dochádza alebo môže dôjsť k vytváraniu zastrašujúceho, nepriateľského, zahanbujúceho, ponižujúceho, potupujúceho, zneucťujúceho alebo urážajúceho prostredia a ktorého úmyslom alebo následkom je alebo môže byť zásah do slobody alebo ľudskej dôstojnosti**".[245] Ak má teda zaobchádzanie so ženami pri pôrode parametre správania narúšajúceho ich integritu a/alebo dôstojnosť, ide zároveň o diskrimináciu vo forme obťažovania. Ak má takéto obťažovanie aj sexualizovanú povahu (napríklad v podobe sexualizovaných narážok na niektoré časti tela, na sexuálny život klientky), môže ísť zároveň aj o **sexuálne obťažovanie**.[246]

V niektorých prípadoch môže mať obťažujúce zaobchádzanie takú intenzitu, že môže zároveň predstavovať násilie, resp. kruté, neľudské alebo ponižujúce zaobchádzanie, a za určitých okolností môže napĺňať aj skutkovú podstatu niektorého z trestných činov (podrobnejšie pozri kapitolu 2.2.6.).

Výskumné rozhovory s rodiacimi ženami, ktorých analýza je prezentovaná v publikácii *Ženy – Matky – Telá I*, potvrdili, že rodiace ženy sú v slovenských pôrodniciach v spojení so svojím tehotenstvom a pôrodom, a teda pohlavím a rodom, podrobované aj diskriminácii vo forme obťažovania. Rozhovory odhalili viaceré podoby obťažujúceho zaobchádzania zo strany zdravotníckeho personálu a zdravotníckych zariadení, ktoré sa prejavovali mocenským a nerešpektujúcim správaním sa zdravotníckeho personálu, ale aj nevhodným usporiadaním priestoru či inými formami zaobchádzania narúšajúcimi súkromie a integritu žien. Ženy boli napríklad zdravotníckym personálom zosmiešňované, personál spochybňoval ich prežívanie a pocity vrátane prežívanej bolesti a v niektorých prípadoch sa ženám pri vyjadrení ich prianí posmieval. Ženy boli tiež zdravotníckym personálom manipulované a zastrašované (s cieľom, aby sa podrobili zdravotníckym personálom požadovaným intervenciám), prípadne ich tento personál k niektorým intervenciám donucoval direktívnymi príkazmi.[247] Ponižujúce, zahanbujúce, zneucťujúce a celkovo nedôstojné, a teda obťažujúce prostredie vytváral personál, resp. samotné zdravotnícke zariadenia aj tým, že nerešpektoval súkromie, intimitu a integritu rodiacich žien. To sa prejavovalo napríklad usporiadaním priestorov, v ktorých ženy rodili (prítomnosť viacerých žien naraz na tzv. „čakačkách", ale aj nedostatok súkromia v tzv. pôrodných „boxoch", otočenie pôrodných kresiel smerom k dverám, voľná priechodnosť, resp. otvorenosť miestností, v ktorých prebiehal pôrod a pod.), ale aj samotným konaním nemocničného personálu (nezatváranie dverí na miestnostiach, kde sa nachádzali rodiace ženy, vstupovanie do týchto miestností bez klopania, prítomnosť neprimeraného počtu osôb, resp. irelevantných osôb v miestnosti, kde prebiehal pôrod, a pod.).[248]

---

245 Zákon č. 365/2004 Z. z. antidiskriminačný zákon, § 2a ods. 4.

246 V zmysle § 2a ods. 5 antidiskriminačného zákona „[s]exuálne obťažovanie je verbálne, neverbálne alebo fyzické správanie sexuálnej povahy, ktorého úmyslom alebo následkom je alebo môže byť narušenie dôstojnosti osoby a ktoré vytvára zastrašujúce, ponižujúce, zneucťujúce, nepriateľské alebo urážlivé prostredie".

247 Pozri DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 113 – 121.

248 Pozri tamtiež, s. 94 – 107.

Vo všeobecnosti teda môžeme zhrnúť, že ak sa ženám v súvislosti s pôrodmi nedostáva potrebnej zdravotnej starostlivosti, resp. táto sa im poskytuje spôsobom, ktorý je neadekvátny a/alebo neakceptovateľný, dochádza k diskriminácii žien. Zároveň je potrebné poznamenať, že v zmysle antidiskriminačného zákona **porušením zásady rovnakého zaobchádzania nie je len diskriminácia v niektorej z jej foriem** (v prípade pôrodov najčastejšie priama diskriminácia, obťažovanie, prípadne sexuálne obťažovanie[249]), **ale aj opomenutia vo vzťahu k zákonnej povinnosti prijímať opatrenia na ochranu pred diskrimináciou**[250] – teda systémové a preventívne kroky na to, aby k diskriminácii v niektorej z jej foriem nedochádzalo.

2.2.6. Právo nebyť podrobená násiliu, mučeniu a inému krutému, neľudskému a ponižujúcemu zaobchádzaniu

Definícia diskriminácie žien zahŕňa aj rodovo podmienené násilie, t. j. „**násilné činy, ktoré sú namierené proti žene, lebo je žena, resp. ktoré majú na ženy neprimeraný dopad**. Patrí sem každý prejav rodovo podmieneného násilia, ktorý má alebo by mohol mať za následok **telesnú, sexuálnu alebo duševnú ujmu alebo utrpenie žien, hrozba takýmito činmi, zastrašovanie a iné formy obmedzovania slobody**".[251]

> „Tradičné názory, podľa ktorých sú ženy považované za podriadené mužom alebo ktoré im pripisujú stereotypné roly, prispievajú k pretrvávaniu zvykov, ktorých súčasťou je násilie alebo nátlak [...]. Takéto **predsudky alebo zvyklosti môžu ospravedlňovať rodovo podmienené násilie ako určitú formu ochrany alebo kontroly žien**. Zámerom takéhoto násilia namiereného proti telesnej a duševnej integrite žien je zbaviť ich možnosti rovnoprávneho užívania a uplatňovania ľudských práv a základných slobôd a povedomia o nich."
>
> **Výbor pre odstránenie diskriminácie žien**[252]

Okrem práva na rovnosť a nediskrimináciu je **násilie páchané na ženách a dievčatách aj porušením ich ďalších ľudských práv**. Takýmito porušovanými právami sú napríklad právo **na život**, právo **nebyť podrobená mučeniu a inému krutému, neľudskému a ponižujúcemu zaobchádzaniu**, právo **na**

---

249 Okrem priamej diskriminácie, obťažovania a sexuálneho obťažovania môže zároveň v niektorých prípadoch dochádzať aj k diskriminácii v iných formách, konkrétne vo forme nabádania a pokynu na diskrimináciu a neoprávneného postihu. K definíciám nabádania a pokynu na diskrimináciu a neoprávneného postihu pozri § 2a ods. 7, 6 a 8 antidiskriminačného zákona.

250 Pozri zákon č. 365/2004 Z. z. antidiskriminačný zákon, § 2 ods. 3.

251 Committee on the Elimination of Discrimination against Women: General Recommendation No. 19 – Violence against women, 1992, bod 1. Rodovo podmienené násilie môže byť v rozpore s konkrétnymi ustanoveniami CEDAW dohovoru bez ohľadu na to, či sa násilie v týchto ustanoveniach výslovne uvádza (pozri tamtiež).

252 Tamtiež, bod 11.

najvyššie dosiahnuteľnú úroveň fyzického a duševného zdravia a na zdravotnú starostlivosť, právo **na osobnú autonómiu a bezpečnosť** a právo **na ľudskú dôstojnosť**.[253]

Viaceré z týchto práv, aj v kontexte ich možnej interpretácie v súvislosti s právom nebyť podrobená násiliu pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti, sú **obsiahnuté aj v legislatíve SR**. Ako sme už uviedli v predchádzajúcej podkapitole, niektoré prejavy obťažovania alebo sexuálneho obťažovania ako zakázaných foriem diskriminácie, ktoré sú definované v antidiskriminačnom zákone, môžu zároveň napĺňať atribúty fyzického či psychického násilia (napríklad vytváranie zastrašujúceho, nepriateľského alebo ponižujúceho prostredia, ktorého úmyslom alebo následkom je zásah do slobody alebo ľudskej dôstojnosti – pričom takéto správanie môže mať aj sexualizovanú povahu).[254] Zákon o zdravotnej starostlivosti taktiež obsahuje celý katalóg práv, ktoré chránia prijímateľov a prijímateľky zdravotnej starostlivosti pred takými zásahmi do ich fyzickej a psychickej integrity, ktoré môžu predstavovať násilie. Zákon o zdravotnej starostlivosti konkrétne upravuje napríklad právo na ochranu dôstojnosti, rešpektovanie telesnej a psychickej integrity,[255] právo na zdravotnú starostlivosť poskytovanú na báze informovaného súhlasu,[256] právo rozhodovať sa o svojej účasti na výučbe alebo biomedicínskom výskume,[257] právo na zmiernenie utrpenia[258] či právo na humánny, etický a dôstojný prístup zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok[259]. Rovnako Trestný zákon, ale aj viaceré ďalšie predpisy právneho poriadku SR obsahujú ustanovenia, ktoré explicitne alebo fakticky zakazujú viaceré formy násilia. Patrí medzi ne napríklad ustanovenie definujúce trestný čin týrania zverenej osoby,[260] ustanovenia definujúce trestný čin ublíženia na zdraví[261] či ustanovenie definujúce trestný čin mučenia a iného neľudského alebo krutého zaobchádzania[262].

Zákaz mučenia a iného krutého, neľudského alebo ponižujúceho zaobchádzania je obsiahnutý **vo viacerých dohovoroch medzinárodného práva**. Na pôde OSN je zákazu mučenia a iného

---

253 Pozri aj tamtiež, bod 7.

254 Pozri § 2a ods. 4 a 5 antidiskriminačného zákona, v spojení s § 3 ods. 1 a 2 a § 5 ods. 2 písm. b) tohto zákona, a § 11 ods. 2 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.

255 Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, § 11 ods. 9 písm. a).

256 Tamtiež, § 4 ods. 4, § 6 a § 11 ods. 9 písm. c).

257 Tamtiež, § 11 ods. 9 písm. e).

258 Tamtiež, § 11 ods. 9 písm. h).

259 Tamtiež, § 11 ods. 9 písm. i).

260 Pozri § 208 zákona č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon. V zmysle tohto ustanovenia sa trestného činu týrania blízkej osoby a zverenej osoby dopustí ten, kto „blízkej osobe alebo **osobe, ktorá je v jeho starostlivosti** alebo výchove, **spôsobí fyzické utrpenie alebo psychické utrpenie**
a) **bitím**, kopaním, **údermi, spôsobením rán** a popálením **rôzneho druhu, ponižovaním, pohŕdavým zaobchádzaním**, neustálym sledovaním, **vyhrážaním, vyvolávaním strachu alebo stresu**, násilnou izoláciou, **citovým vydieraním alebo iným správaním, ktoré ohrozuje jej fyzické alebo psychické zdravie alebo obmedzuje jej bezpečnosť**,
b) **bezdôvodným odopieraním stravy, oddychu alebo spánku alebo odopieraním nevyhnutnej osobnej starostlivosti, ošatenia, hygieny, zdravotnej starostlivosti**, […],
c) nútením k žobrote alebo k opakovanému vykonávaniu činnosti vyžadujúcej jej neúmernú fyzickú záťaž alebo psychickú záťaž vzhľadom na jej vek alebo zdravotný stav alebo spôsobilej poškodiť jej zdravie,
d) vystavovaním vplyvu látok spôsobilých poškodiť jej zdravie, […]".

261 Tamtiež, §§ 155 – 158.

262 Tamtiež, § 300. V zmysle tohto ustanovenia sa uvedeného trestného činu dopustí ten, kto „v súvislosti s výkonom právomoci orgánu verejnej moci, z jeho podnetu **alebo s jeho výslovným alebo tichým súhlasom inému týraním, mučením alebo iným neľudským alebo krutým zaobchádzaním spôsobí telesné alebo duševné utrpenie**…". Toto ustanovenie môže byť relevantné najmä v kontexte skutočnosti, že Slovenská republika a jej orgány týranie, mučenie alebo iné neľudské alebo kruté zaobchádzanie pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti nijako nemonitorujú. Ak sa informácie o takýchto formách zaobchádzania objavujú z iných zdrojov, orgány SR takisto nepodnikajú žiadne kroky, ktorými by takéto zaobchádzanie, mieru a podoby jeho výskytu a takisto jeho prípadný systémový charakter dôsledne monitorovali a eliminovali. Takéto zaobchádzanie teda môže byť realizované s tichým súhlasom orgánov verejnej moci.

krutého, neľudského alebo ponižujúceho zaobchádzania venovaný osobitný dohovor s rovnomenným názvom (Dohovor proti mučeniu a inému krutému, neľudskému alebo ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestu, ďalej len „Dohovor proti mučeniu"). Ustanovenie o zákaze tohto typu zaobchádzania je obsiahnuté aj v Medzinárodnom pakte o občianskych a politických právach, v zmysle ktorého „[n]ikto nesmie byť mučený alebo podrobovaný krutému, neľudskému alebo ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestu"[263]. Čl. 3 Dohovoru o ochrane ľudských práv a základných slobôd podobne ustanovuje, že „[n]ikoho nemožno mučiť alebo podrobovať neľudskému alebo ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestu". Ustanovenie rovnakého znenia je obsiahnuté aj v čl. 16 ods. 2 Ústavy SR.

Dohovor proti mučeniu definuje **mučenie** ako „**akékoľvek konanie, ktorým je osobe úmyselne spôsobovaná silná bolesť alebo telesné alebo duševné utrpenie** najmä s cieľom získať od nej alebo od tretej osoby informácie alebo priznanie, potrestať ju za konanie, ktorého sa dopustila ona alebo tretia osoba alebo z ktorého sú podozrivé, **alebo s cieľom zastrašiť alebo prinútiť** (*intimidating or coercing*) ju alebo tretiu osobu, **alebo z akéhokoľvek iného dôvodu založeného na diskriminácii akéhokoľvek druhu, keď takú bolesť alebo utrpenie pôsobí verejný činiteľ alebo iná osoba konajúca z úradného poverenia alebo z ich podnetu alebo s ich výslovným alebo tichým súhlasom** […]".[264]

Dohovor proti mučeniu „**iné kruté, neľudské alebo ponižujúce zaobchádzanie alebo trest**" osobitne nedefinuje, avšak z jeho textu vyplýva, že takéto zaobchádzanie **nemusí byť úmyselné**.[265] Vo vzťahu k zabráneniu, eliminácii a náprave v prípadoch tohto **hrubého zaobchádzania (*ill-treatment*)** (ako Výbor OSN proti mučeniu iné kruté, neľudské alebo ponižujúce zaobchádzanie alebo trest súhrnne nazýva[266]) však **v zásade pre štáty platia tie isté povinnosti ako pri zákaze mučenia**.

Výbor proti mučeniu podotýka, že definičná hranica medzi hrubým zaobchádzaním a mučením často nie je jasná[267] (aj keď výbor sa zmieňuje, že hrubé zaobchádzanie sa v porovnaní s mučením môže líšiť v miere bolesti[268]). Podotýka však, že povinnosť predchádzať mučeniu sa v praxi prekrýva a do veľkej miery zhoduje s povinnosťou predchádzať hrubému zaobchádzaniu. V tejto súvislosti zdôrazňuje, že skúsenosti ukazujú, že **podmienky, ktoré umožňujú hrubé zaobchádzanie, často vytvárajú pôdu pre mučenie**, a preto opatrenia na predchádzanie mučeniu musia byť aplikované aj na predchádzanie hrubému zaobchádzaniu.[269]

---

263 Pozri čl. 7 tohto paktu.

264 Dohovor proti mučeniu a inému krutému, neľudskému alebo ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestu, čl. 1.

265 Tamtiež, čl. 16. Pozri aj Committee against Torture: Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment – General Comment No. 2 – Implementation of article 2 by States parties, 2008, CAT/C/GC/2, bod 10.

266 Pozri Committee against Torture: Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment – General Comment No. 2 – Implementation of article 2 by States parties, 2008, CAT/C/GC/2, bod 3.

267 Tamtiež, bod 3.

268 Tamtiež, bod 10.

269 Tamtiež, bod 3.

> „Rodovo citlivá optika bráni tendenciám považovať násilie namierené proti ženám, dievčatám, lesbám, gejom, bisexuálnym a transrodovým osobám za hrubé zaobchádzanie aj tam, kde by mohli byť výstižnejšie označené ako mučenie."
>
> **Juan E. Méndez, osobitný spravodajca OSN pre násilie a iné kruté, neľudské a ponižujúce zaobchádzanie alebo trest, 2013**[270]

Výbor proti mučeniu zdôrazňuje, že **zákaz mučenia a hrubého zaobchádzania je absolútny a štáty nesmú tieto akty ničím ospravedlňovať**. Výbor osobitne podčiarkuje, že na účely ospravedlňovania mučenia a hrubého zaobchádzania odmieta aj akékoľvek náboženské či tradicionalistické odôvodnenia.[271]

Výbor proti mučeniu venuje osobitnú pozornosť **povinnosti štátov zabezpečiť, aby k mučeniu alebo hrubému zaobchádzaniu nedochádzalo zo strany nijakého subjektu** – teda ani zo strany štátnych orgánov či iných štátnych/verejných subjektov, ale ani zo strany iných vrátane súkromných subjektov, ktoré sú pod kontrolou alebo reguláciou práva[272] (kam bezpochyby patria aj zdravotnícke zariadenia). V tomto kontexte výbor osobitne zdôrazňuje, že štáty musia **zakázať a predchádzať mučeniu a hrubému zaobchádzaniu a vykonávať nápravu** v prípadoch mučenia a hrubého zaobchádzania „**vo všetkých kontextoch ústavnej starostlivosti alebo ústavnej kontroly** (*custody or control*), napríklad vo väzniciach, **nemocniciach**, školách, inštitúciách angažujúcich sa v starostlivosti o deti, starších ľudí, osôb so zdravotným alebo duševným postihnutím, v armáde a v iných inštitúciách, **ako aj v kontextoch, kde zlyhanie štátu v povinnosti zasiahnuť povzbudzuje a posilňuje nebezpečenstvo súkromne páchaného ubližovania**".[273]

V tejto súvislosti výbor ešte spresňuje, že **kde sú zariadenia ústavnej starostlivosti v súkromných rukách** (z hľadiska vlastníckych štruktúr alebo prevádzkovania), **výbor považuje personál týchto zariadení za konajúci z úradnej moci** (v kontexte ich zodpovednosti za vykonávanie funkcií štátu) – čo štát, samozrejme, nezbavuje povinnosti monitorovať a vytvárať efektívne opatrenia na predchádzanie mučeniu a hrubému zaobchádzaniu.[274] Štát to zároveň nezbavuje ani zodpovednosti za zlyhania v plnení si povinností v zmysle Dohovoru proti mučeniu.[275]

Výbor proti mučeniu vo svojom všeobecnom komentári k mučeniu a hrubému zaobchádzaniu osobitne zdôrazňuje rodový kontext. Pripomína, že jedným z definičných znakov mučenia je práve diskriminačné použitie psychického alebo fyzického násilia či iné zlé zaobchádzanie a že **práve existencia diskriminačných prvkov je rozhodujúcim faktorom na určenie, či dochádza**

---

[270] Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. United Nations General Assembly, 2013, A/HRC/22/53, bod 8.

[271] Committee against Torture: Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment – General Comment No. 2 – Implementation of article 2 by States parties, 2008, CAT/C/GC/2, bod 5.

[272] Tamtiež, bod 15.

[273] Tamtiež, bod 15.

[274] Tamtiež, bod 17.

[275] Výbor osobitne zdôraznil, že tento koncept aplikoval na prípady, keď štáty zlyhali pri predchádzaní a ochrane obetí rodovo podmieneného násilia ako napríklad znásilnenia, domáceho násilia, mrzačenia ženských pohlavných orgánov a obchodovania so ženami. Pozri tamtiež, bod 18.

k mučeniu.[276] Prízvukuje, že v kontexte implementácie Dohovoru proti mučeniu je „**rod [...] kľúčový faktor**".[277] Výbor objasňuje, že „**[b]yť ženou** sa prelína s inými identifikačnými charakteristikami alebo statusmi ako napríklad rasa, národnosť, náboženstvo, sexuálna orientácia, vek, status imigrantky atď., [pričom táto skutočnosť] **predurčuje spôsoby, akými sú ženy a dievčatá vystavované násiliu alebo hrubému zaobchádzaniu alebo ich riziku a ich následkom**. Kontexty, v ktorých sú ženy vystavené riziku, zahŕňajú pozbavenie osobnej slobody, **lekársku starostlivosť, osobitne ak zahŕňa rozhodovanie v oblasti reprodukcie**, a násilie páchané súkromnými aktérmi v komunitách a domácnostiach".[278] Výbor túto časť svojho všeobecného komentára uzatvára konštatovaním, že „**muži a ženy a tiež chlapci a dievčatá môžu byť vystavení a vystavené porušeniam [...] Dohovoru [proti mučeniu] na základe ich skutočnej alebo vnímanej nekonformnosti so spoločensky predpísanými rolami**".[279]

> „Medzinárodné právo v oblasti ľudských práv čoraz viac uznáva, že týranie a kruté zaobchádzanie so ženami vyhľadávajúcimi služby reprodukčného zdravia zapríčiňuje obrovské a dlhotrvajúce fyzické a emocionálne utrpenie, spôsobené na základe rodu. Poskytovatelia a poskytovateľky zdravotnej starostlivosti majú tendenciu podrobovať svoje klientky značnej autorite, čím ich stavajú do pozície bezmocnosti, zatiaľ čo nedostatok právnych rámcov a politík, ktoré by efektívne umožňovali ženám uplatňovať si svoje právo na prístup k službám reprodukčného zdravia, posilňuje ich zraniteľnosť smerom k mučeniu a hrubému zaobchádzaniu."
>
> „Diskriminácia hrá kľúčovú úlohu v analýze porušení reprodukčných práv ako formy mučenia alebo hrubého zaobchádzania, pretože predsudky týkajúce sa pohlavia a rodu obyčajne predstavujú základ pre takéto porušenia. […] **Existencia prvku úmyslu** [v kontexte pojmových znakov mučenia] je **vždy splnená v prípade rodovo špecifického násilia na ženách, v zmysle, že takéto násilie je už vo svojej podstate diskriminačné** […]."
>
> **Juan E. Méndez, osobitný spravodajca OSN pre násilie a iné kruté, neľudské a ponižujúce zaobchádzanie alebo trest, 2013**[280]

Ako sme uviedli skôr, čl. 3 Dohovoru o ochrane ľudských práv a základných slobôd ustanovuje, že „[n]ikoho nemožno mučiť alebo podrobovať neľudskému alebo ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestu". **Európsky súd pre ľudské práva** pri definovaní mučenia podľa citovaného čl. 3 Dohovoru o ochrane ľudských práv a základných slobôd **vychádza z definície mučenia obsiahnutej v Dohovore OSN proti mučeniu**.[281] Od neľudského a ponižujúceho zaobchádzania ho odlišuje najmä skutočnosť, že **mučenie je páchané úmyselne**, a tiež skutočnosť, že **spôsobuje „veľmi závažné**

---

276 Tamtiež, bod 20.

277 Tamtiež, bod 22.

278 Tamtiež, bod 22.

279 Tamtiež, bod 22.

280 Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. United Nations General Assembly, 2016, A/HRC/31/57, body 42 a 37.

281 Prípad *Selmouni v. France*, sťažnosť č. 25803/94, ods. 96 – 98 rozsudku.

a kruté utrpenie".[282] ESĽP však upozornil, že Dohovor o ochrane ľudských práv a základných slobôd je „živý nástroj, ktorý musí byť vykladaný vo svetle dnešných podmienok"[283] a že „určité činy, ktoré neboli v minulosti klasifikované ako mučenie, ale ako neľudské a ponižujúce zaobchádzanie, by mohli byť v budúcnosti klasifikované už inak. Súd je toho názoru, že narastajúco vysoký štandard, ktorý sa vyžaduje v oblasti ochrany ľudských práv a základných slobôd, si adekvátne tomu nevyhnutne vyžaduje väčšiu prísnosť pri hodnotení porušení základných hodnôt demokratických spoločností".[284]

Aj podľa ESĽP sú mučenie, neľudské a ponižujúce zaobchádzanie **zakázané** „**absolútne,** […] **bez ohľadu na okolnosti a správanie sa obete**".[285] Podobne ako Výbor OSN proti mučeniu aj ESĽP pripomína „**pozitívne záväzky štátov zabezpečiť ochranu jednotlivcov a jednotlivkýň** v ich jurisdikcii **pred všetkými formami hrubého zaobchádzania zakázanými čl. 3 [dohovoru] vrátane tých, ktoré sú vykonávané súkromnými osobami**".[286]

ESĽP uvádza, že **ak má hrubé zaobchádzanie spadať pod čl. 3 dohovoru,** „**musí dosahovať minimálnu mieru závažnosti. Posúdenie takejto minimálnej miery [závažnosti] je relatívne: závisí od všetkých okolností prípadu, ako napríklad od povahy a kontextu [hrubého] zaobchádzania, jeho trvania, jeho fyzických a duševných dôsledkov a, v niektorých prípadoch, od pohlavia, veku a zdravotného stavu obete**".[287] Hrubé zaobchádzanie v zmysle čl. 3 dohovoru pritom podľa ESĽP **nemusí byť iba fyzické, ale môže mať aj podobu psychického násilia**.[288]

Vo svojej skoršej rozhodovacej činnosti ESĽP viac rozlišoval medzi neľudským a ponižujúcim zaobchádzaním. Jeho novšia rozhodovacia činnosť už z tohto hľadiska nie je tak výrazne vyhranená. ESĽP často hovorí iba o **„hrubom zaobchádzaní", tzv. *ill-treatment*** (pričom tento termín niekedy vo všeobecnosti vzťahuje na všetky druhy konania zakázaného čl. 3 dohovoru, teda aj na mučenie – ako vidno aj z odsekov skôr uvedených), resp. jednoducho skonštatuje porušenie čl. 3 dohovoru (bez bližšej špecifikácie)[289] alebo určité zaobchádzanie súčasne označí za neľudské aj ponižujúce[290].

ESĽP definoval neľudské zaobchádzanie ako zaobchádzanie, ktoré osobe, ktorá mu je podrobená, spôsobuje buď „priame ublíženie na zdraví", alebo „intenzívne fyzické alebo duševné utrpenie".[291] Za ponižujúce zaobchádzanie označil také zaobchádzanie, ktoré v jeho obetiach vyvoláva „**pocity strachu, úzkosti a podradenosti, ktoré sú spôsobilé ich ponížiť a pokoriť a prípadne zlomiť ich fyzický alebo duševný odpor**"[292], a tiež také zaobchádzanie, ktoré „**ponižuje alebo**

---

282 Tamtiež, ods. 96 rozsudku, s odkazom na prípad *Ireland v. the United Kingdom*, sťažnosť č. 5310/71, ods. 167 rozsudku.

283 Prípad *Selmouni v. France*, sťažnosť č. 25803/94, ods. 101 rozsudku.

284 Tamtiež, ods. 101 rozsudku.

285 Prípad *Labita v. Italy*, sťažnosť č. 26772/95, ods. 119 rozsudku.

286 Pozri prípad *Eremia v. the Republic of Moldova*, sťažnosť č. 3564/11, ods. 49 rozsudku, s odkazom na ďalšie rozsudky.

287 Pozri napríklad tamtiež, ods. 48 rozsudku, s odkazom na ďalšie rozsudky.

288 Pozri napríklad prípad *Gäfgen v. Germany*, sťažnosť č. 22978/05, ods. 93 rozsudku, prípad *Ireland v. the United Kingdom*, sťažnosť č. 5310/71, ods. 167 rozsudku, alebo prípad *V. v. the United Kingdom*, sťažnosť č. 24888/94, ods. 71 rozsudku.

289 Pozri napríklad prípad *Ivan Vasilev v. Bulgaria*, sťažnosť č. 48130/99, ods. 65 rozsudku.

290 Pozri napríklad prípad *Ribitsch v. Austria*, sťažnosť č. 18896/91, ods. 39 rozsudku.

291 Pozri prípad *Ireland v. the United Kingdom*, sťažnosť č. 5310/71, ods. 167 rozsudku.

292 Tamtiež, ods. 167 rozsudku.

degraduje jednotlivca alebo jednotlivkyňu, preukazujúc jej nedostatok rešpektu, alebo také, ktoré **znižuje** jeho alebo jej **ľudskú dôstojnosť**"[293]. Ponižujúcim zaobchádzaním bolo podľa súdu aj „také [zaobchádzanie], **ktoré viedlo osobu ku konaniu, ktoré bolo v rozpore s jej vôľou** alebo svedomím".[294] Pri ponižujúcom zaobchádzaní podľa súdu **postačuje, aby osoba** dotknutá takýmto zaobchádzaním **bola ponížená vo svojich očiach, aj keď to tak iné osoby nevnímajú**.[295] Tiež **nie je nevyhnutné, aby k poníženiu došlo na verejnosti** – pričom však práve verejnosť zaobchádzania je faktorom, ktorý zvyšuje jeho závažnosť.[296]

Publikácia *Ženy – Matky – Telá I* poukázala na viaceré podoby porušovania práva nebyť podrobená násiliu a hrubému zaobchádzaniu v pôrodniciach na Slovensku. Jednou z foriem násilného a hrubého zaobchádzania bolo neumožnenie ženám slobodne si zvoliť polohu (počas prvej aj druhej doby pôrodnej), ktorá by im vyhovovala a ktorá by im priniesla úľavu od pociťovanej bolesti. Ženy tak boli nútené počas prvej aj druhej pôrodnej doby zotrvávať v pre ne nepohodlnej, nepríjemnej a bolestivej polohe v ľahu (pričom vo výskumných rozhovoroch sme zaznamenali aj vyväzovanie nôh do strmeňov počas druhej doby pôrodnej).[297] Ďalšou z foriem porušovania práva na poskytovanie pôrodnej starostlivosti bez násilia bolo vykonávanie tzv. Kristellerovej expresie/tlaku na fundus. Táto praktika bola pre ženy mimoriadne bolestivá, podľa opisov žien sa vykonávala rutinne a bez predchádzajúcej komunikácie s nimi a často aj bez ich súhlasu.[298] Za formu násilia a krutého a neľudského zaobchádzania možno považovať aj rutinné vykonávanie epiziotómií (nástrihov hrádze), existenciu ktorého naznačujú aj zistenia z dát zozbieraných v rámci monitoringu na účely publikácie *Ženy – Matky – Telá I*. Výstupy z tejto publikácie tiež odzrkadľujú, že v niektorých prípadoch bola epiziotómia vykonaná bez súhlasu, resp. vedomia rodiacej ženy, čo v každom prípade možno považovať za násilné konanie.[299] Rovnako sme zaznamenali bolestivé šitie pôrodných poranení, čo je takisto porušením práva na pôrodnú starostlivosť bez násilia, mučenia a krutého, neľudského a ponižujúceho zaobchádzania.[300]

---

[293] Pozri prípad *Pretty v. the United Kingdom*, sťažnosť č. 2346/02, ods. 52 rozsudku, s odkazom na ďalšie rozsudky.

[294] Pozri prípad *Keenan v. the United Kingdom*, sťažnosť č. 27229/95, ods. 110 rozsudku.

[295] Pozri prípad *Riad and Idiab v. Belgium*, sťažnosť č. 29787/03 a 29810/03, ods. 96 rozsudku. Pozri aj prípad *Tyrer v. the United Kingdom*, sťažnosť č. 5856/72, ods. 32 rozsudku.

[296] Pozri prípad *Tyrer v. the United Kingdom*, sťažnosť č. 5856/72, ods. 32 rozsudku.

[297] Pozri DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku.* Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 61 – 64, 66 – 68 a 152. Možnosť voľného pohybu a možnosť ženy slobodne si zvoliť polohu počas prvej aj druhej doby pôrodnej je jedným z medzinárodne uznávaných zdravotníckych štandardov pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti, pričom sloboda pohybu a voľby polohy sa o. i. považuje za účinný nástroj úľavy od pôrodných bolestí. Podrobnejšie pozri kapitoly 2.2.2. a 3.3.6.1.3. a zdroje v nich citované.

[298] Pozri tamtiež, s. 69 – 70 a 153 (pričom niektoré zdravotnícke zariadenia sa od uvedenej praktiky dištancovali – pozri s. 153 cit. zdroja). K zdravotníckym štandardom týkajúcim sa Kristellerovej expresie/tlaku na fundus a ich škodlivosti pozri kapitolu 3.3.6.1.4.

[299] Pozri tamtiež, s. 73 – 75 a 152 – 153. Podrobnejšie k medzinárodným zdravotníckym štandardom týkajúcim sa epiziotómií pozri kapitolu 3.3.6.1.5.

[300] Pozri tamtiež, s. 75 – 76. Nemocnice sa od šitia pôrodných poranení bez použitia anestézie dištancovali (pozri tamtiež, s. 154). Šitie pôrodných poranení s použitím adekvátneho tíšenia bolesti je jedným z medzinárodne uznávaných zdravotníckych štandardov pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti. Pozri napríklad FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee: Management of the second stage of labor. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, roč. 119, 2012, s. 111 – 116. Dostupné na: http://www.w3dezine.in/clients/fogsi/wp-content/

Pri zbere a spracovaní dát na účely publikácie *Ženy – Matky – Telá I* sme zaznamenali aj situácie, keď bola ženám rutinne odopieraná možnosť prijímať tekutiny a stravu. Tekutiny a strava boli ženám dokonca odopierané aj v čase po pôrode.[301] Takéto zaobchádzanie bezpochyby predstavuje násilie a kruté a neľudské zaobchádzanie.

Za špecifickú formu násilia a krutého a neľudského zaobchádzania – a to nielen voči ženám po pôrode, ale aj voči novorodeným deťom – možno považovať aj rutinnú separáciu žien od ich detí, ktorá často začína bezprostredne po pôrode a trvá aj niekoľko hodín. Vyskytli sa aj situácie, keď ženy nevedeli, kde dieťa je a či je v poriadku. V takýchto prípadoch pociťovali strach.[302]

Ženy v rozhovoroch spracovaných v publikácii *Ženy – Matky – Telá I* taktiež uvádzali, že počas prvej doby pôrodnej, ale aj bezprostredne po pôrode, boli ponechávané osamote, bez informácií a podpory.[303] Aj takéto zaobchádzanie možno označiť za kruté a neľudské.

Ako sme už uviedli v predchádzajúcich častiach (pozri napríklad kapitolu 2.2.5.), ženy zažívali aj rôzne iné formy nepríjemného, znevažujúceho, zastrašujúceho, neempatického, bolesť a prežívanie spochybňujúceho, donucujúceho, zneucťujúceho a celkovo nerešpektujúceho a nedôstojného zaobchádzania. Viaceré z týchto prejavov v sebe niesli prvky násilia a krutého, neľudského a ponižujúceho zaobchádzania (ale zároveň predstavovali aj porušenie ďalších práv – pozri predchádzajúci text). Aj keď takéto prejavy sú primárne prejavmi psychického násilia, často sa diali práve v súvislosti s intervenciami, resp. škodlivými praktikami, ktoré sú opísané v predchádzajúcich častiach a ktoré ženám spôsobovali aj, resp. v niektorých prípadoch primárne fyzickú bolesť. Išlo napríklad o spochybňovanie bolesti rodiacej ženy počas vykonávania

---

uploads/2015/05/pdf/figo_guideline_management_of_the_ssl.pdf (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016). Pozri tiež *Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190: Methods, evidence and recommendations*. London : National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2014, s. 765. Dostupné na: https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-appendices-ae-g-h-jr-pdf-248734766 (posledná návšteva dňa 11. 10. 2016).

[301] Pozri tamtiež, s. 80 – 82. Prax vo vzťahu k možnosti prijímať tekutiny a jedlo sa v jednotlivých monitorovaných nemocniciach líšila (pozri aj s. 151 cit. zdroja). Podľa WHO obmedzovanie príjmu potravy a tekutín v priebehu pôrodu patrí do kategórie praktík, ktoré sa často používajú nevhodne. Orálne poskytovanie tekutín v priebehu pôrodu sa zároveň považuje za praktiku, ktorá je jednoznačne prospešná a ktorá by mala byť podporovaná. Podľa FIGO nemocnice priateľské k matkám a deťom ponúkajú počas pôrodu všetkým ženám možnosť jest a piť, pokiaľ to nie je medicínsky kontraindikované. Pozri WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : World Health Organization, Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 54, dostupné na: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1 (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016); FIGO, WHO, WRA, ICM, IPA: Mother-baby friendly birthing facilities. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, roč. 128, 2015, s. 95 – 99, dostupné na: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013 (posledná návšteva dňa 21. 10. 2016).

[302] Pozri tamtiež, s. 76 – 79. Skorý telesný kontakt medzi matkou a dieťaťom je podľa odporúčaní WHO dôležitý z viacerých hľadísk. Je kľúčový napríklad pre úspešné začatie dojčenia, nadviazanie vzťahu a prenos baktérií z kože matky a nie poskytovateľov starostlivosti. Tiež stabilizuje viaceré životné funkcie novorodenca, ako sú napríklad teplota, saturácia kyslíkom a akcia srdca. Súčasne by malo byť podporované skoré dojčenie/satie v prvej hodine po pôrode. Pozri WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : World Health Organization, Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 33. Dostupné na: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1 (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016).

[303] Pozri tamtiež, s. 61 a 79.

Kristellerovej expresie,[304] strašenie rodiacej ženy, že ak nebude súhlasiť s nástrihom hrádze, dieťa bude mať šišatú hlavu a že pôrodníčka bude musieť dieťa vybrať kliešťami alebo vákuumextraktorom,[305] znevažovanie, zosmiešňovanie a absenciu podpory žien počas tlačenia v polohe na chrbte[306] či o ignorovanie bolesti žien pri šití pôrodných poranení[307].

> „[Podľa dostupných správ] poskytovatelia a poskytovateľky zdravotnej starostlivosti odopierajú poskytovanie starostlivosti alebo ju poskytujú spôsobom, ktorý úmyselne alebo z nedbanlivosti spôsobuje silné bolesti alebo utrpenie, a to bez existencie medicínsky odôvodneného cieľa. **Zdravotnú starostlivosť, ktorá bez obhájiteľného dôvodu spôsobuje vážne utrpenie, možno považovať za kruté, neľudské alebo ponižujúce zaobchádzanie alebo trest**. Ak je na nej zúčastnený štát a deje sa so špecifickým úmyslom, predstavuje mučenie."
>
> **Juan E. Méndez, osobitný spravodajca OSN pre násilie a iné kruté, neľudské a ponižujúce zaobchádzanie alebo trest, 2013**[308]

Medzinárodné orgány ochrany ľudských práv čoraz dôraznejšie upozorňujú na násilie a hrubé zaobchádzanie v kontexte poskytovania služieb reprodukčného zdravia ženám a dievčatám a čoraz častejšie sa špecificky zaoberajú násilím a hrubým zaobchádzaním pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach. Osobitný spravodajca OSN pre násilie a iné kruté, neľudské a ponižujúce zaobchádzanie alebo trest napríklad konštatuje, že „[ž]eny a dievčatá vyhľadávajúce zdravotnú starostlivosť v oblasti reprodukcie v odborných ustanovizniach sú často vystavované **silným bolestiam a utrpeniu a donucované k nechceným, ponižujúcim a znevažujúcim postupom a vyšetreniam alebo sú takýmto postupom a vyšetreniam podrobované**".[309] Osobitný spravodajca spresňuje, že **ženy vyhľadávajúce zdravotnú starostlivosť v súvislosti s pôrodmi**, obzvlášť bezprostredne pred nimi a po nich, **čelia osobitnému riziku hrubého zaobchádzania**. **Príkladmi** takéhoto hrubého zaobchádzania **sú** podľa spravodajcu **šitie pôrodných poranení bez použitia anestézie** či **separácia matiek od ich novorodených detí**, čo ich vystavuje výrazným zdravotným rizikám.[310] Vo vzťahu k tíšeniu bolesti osobitný spravodajca uvádza, že **zlyhania**

---

304 Pozri tamtiež, s. 70.

305 Pozri tamtiež, s. 75.

306 Pozri tamtiež, s. 68.

307 Pozri tamtiež, s. 75 – 76.

308 Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. United Nations General Assembly, 2013, A/HRC/22/53, bod 39.

309 Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. United Nations General Assembly, 2016, A/HRC/31/57, bod 46.

310 Pozri tamtiež, bod 47.

pri zabezpečení prístupu ku kontrolovaným medikamentom na úľavu od bolesti a utrpenia ohrozujú základné právo na zdravie a na ochranu pred krutým, neľudským a ponižujúcim zaobchádzaním.[311]

Osobitný spravodajca dáva do kontextu hrubého zaobchádzania a mučenia počas pôrodu a bezprostredne po ňom aj **priväzovanie a spútavanie žien**, ktoré sú vo výkone trestu odňatia slobody, resp. vo väzbe.[312] Niet pochýb o tom, že ak priväzovanie alebo iné fyzické obmedzovanie osobnej slobody počas pôrodu predstavuje násilie v prípade žien, ktorých osobná sloboda bola ženám odňatá súdom, takéto fyzické obmedzovanie (napríklad v prípade vyväzovania nôh do strmeňov) predstavuje osobitne hrubé a násilné zaobchádzanie v prípade žien, ktorých osobná sloboda štátom obmedzená nebola a ktoré prišli do zdravotníckeho zariadenia vyhľadať službu zdravotnej starostlivosti, ktorá má byť poskytnutá v súlade s najnovšími poznatkami lekárskej vedy.

Aj na pôde Rady Európy sa jej orgány vyjadrili k porušovaniu ľudských práv žien pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti v kontexte násilia, resp. hrubého zaobchádzania. Za neľudské a ponižujúce zaobchádzanie označil ESĽP **vykonanie sterilizácie bez informovaného súhlasu**.[313] V jednej zo svojich správ označil komisár Rady Európy pre ľudské práva **násilie na ženách páchané v zdravotníckych zariadeniach pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti za špecifickú formu násilia páchaného na ženách**. Odvolal sa pri tom na publikáciu *Ženy – Matky – Telá I* ako na zdroj ilustrujúci tento fenomén. Komisár v tejto súvislosti tiež skonštatoval, že násilie na ženách páchané v zdravotníckych zariadeniach, a osobitne pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti, stále nie je v dostatočnej miere zdokumentované.[314]

2.2.7. Právo užívať plody vedeckého pokroku a jeho využitia

Podľa Medzinárodného paktu o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach uznávajú štáty právo každej osoby „**užívať plody vedeckého pokroku a jeho využitia**".[315] Podľa Dohovoru o ľudských právach a biomedicíne musí byť každý zásah v oblasti zdravia vykonaný „**v súlade s relevantnými odbornými povinnosťami a štandardmi**".[316] V zmysle zákona o zdravotnej starostlivosti je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti „povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť **správne**. Zdravotná starostlivosť je poskytnutá správne, ak sa vykonajú všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby **pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy**".[317]

---

311 Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. United Nations General Assembly, 2013, A/HRC/22/53, bod 56.

312 Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. United Nations General Assembly, 2016, A/HRC/31/57, bod 21.

313 Pozri prípad *V. C. v. Slovakia*, sťažnosť č. 18968/07, ods. 120 rozsudku, prípad *I. G. and others v. Slovakia*, sťažnosť č. 15966/04, ods. 123 a 124 rozsudku (v tomto prípade súd explicitne hovorí o ponižujúcom zaobchádzaní), a prípad *N. B. v. Slovakia*, sťažnosť č. 29518/10, ods. 80 a 81 rozsudku.

314 Commissioner for Human Rights: Women's Rights and Gender Equality in Europe : Round-Table with human rights defenders organised by the Office of the Council of Europe Commissioner for Human Rights, Vilnius, 6 and 7 July 2015. Report. CommDH(2016)15. Strasbourg, 19. januára 2016, bod 27. Dostupné na: https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?coeReference=CommDH(2016)15 (posledná návšteva dňa 11. 10. 2016).

315 Čl. 15 ods. 1 písm. b) Medzinárodného paktu o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach.

316 Čl. 4 Dohovoru o ľudských právach a biomedicíne.

317 Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, § 4 ods. 3.

Vedecký pokrok a najnovšie poznatky lekárskej vedy sú premietnuté v koncepte tzv. **medicíny založenej na dôkazoch** (*evidence-based medicine*). Koncept medicíny založenej na dôkazoch spočíva v „**integrácii najlepších vedeckých dôkazov s klinickou expertízou a hodnotami pacienta alebo pacientky**"[318] (bližšie ku konceptu medicíny založenej na dôkazoch pozri kapitolu 3.3.1.). Ako vyplýva aj z predchádzajúcich častí (pozri najmä kapitolu 2.2.2.), **poskytovanie zdravotnej starostlivosti v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia musí byť založené na dôkazoch, musí byť vedecky a medicínsky vhodné a musí odrážať súčasné poznatky**. Tieto parametre zdravotnej starostlivosti sú **zároveň požiadavkami na** jej **kvalitu**, ktorá tvorí jeden z komponentov práva na sexuálne a reprodukčné zdravie[319] (podrobnejšie pozri kapitolu 2.2.2.).

Keďže súčasťou zdravotnej starostlivosti v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia je aj poskytovanie informácií v tejto oblasti – všeobecne v rámci vzdelávania, osvety, celkovo vo vzťahu k verejnosti alebo vo vzťahu ku konkrétnym prijímateľkám a prijímateľom pri poskytovaní konkrétnej starostlivosti –, aj tieto informácie musia mať základ v medicíne založenej na dôkazoch. **Poskytovanie informácií, ktoré má oporu v medicíne založenej na dôkazoch, je jednou z nevyhnutných požiadaviek na prístupnosť zdravotnej starostlivosti**, ktorá predstavuje ďalší z komponentov práva na sexuálne a reprodukčné zdravie[320] (podrobnejšie pozri kapitolu 2.2.2. a pozri aj kapitolu 2.2.3.).

Aj pri poskytovaní informácií na účely získavania informovaného súhlasu je teda zo strany zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov potrebné poskytovať tieto informácie o. i. tak, aby mali oporu v medicíne založenej na dôkazoch. Samotný koncept informovaného súhlasu a jeho základ v práve na ochranu súkromného života a autonómii jednotlivkýň a jednotlivcov zas znamená, že informovaný súhlas, odmietnutie jeho poskytnutia alebo jeho odvolanie je nevyhnutné rešpektovať za každých okolností – a to aj v prípade, že by takto vyjadrené priania prijímateľky alebo prijímateľa zdravotnej starostlivosti odporovali aktuálnym poznatkom medicíny založenej na dôkazoch.

V súvislosti s právom užívať plody vedeckého pokroku je potrebné podotknúť, že vedecký pokrok a jeho využitie a poznatky lekárskej vedy celkovo nie sú a nemôžu byť obmedzené hranicami štátu. Znamená to, že aj pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti na Slovensku majú ženy **právo profitovať aj z vedeckých poznatkov týkajúcich sa pôrodnej starostlivosti, ktoré boli vygenerované subjektmi zahraničnej alebo medzinárodnej proveniencie** (tieto poznatky sú vo vzťahu k poskytovaniu pôrodnej starostlivosti veľmi často publikované medzinárodnými alebo vnútroštátnymi organizáciami ako WHO, FIGO a NICE a fakticky predstavujú medzinárodne uznávané zdravotnícke štandardy; na viaceré z nich sa odvolávame aj v tejto publikácii). Právo osôb profitovať z plodov vedeckého pokroku a jeho využitia aj v špecifickom kontexte reprodukčného zdravia a pôrodnej starostlivosti zároveň logicky kladie na štáty požiadavky, aby v oblasti zdravia a zdravotnej starostlivosti realizovali **adekvátny výskum** a vyčlenili naň **adekvátne zdroje**.[321] Podobne kladie na štáty požiadavky, aby

---

318 SACKETT, D. L. – STRAUS, S. E. — RICHARDSON, W. S.: *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*, 2nd ed. Edinburgh : Churchill Livingstone, 2000. Citované v: HAYNES, R. B. – DEVERAUX, P. J. – GUYATT, H. G.: *Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice*. Ontario : 2002. Dostupné na: http://ebm.bmj.com/content/7/2/36.full.pdf+html (posledná návšteva dňa 30. 10. 2016).

319 Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/22, bod 21.

320 Pozri tamtiež, bod 18.

321 V tejto súvislosti pozri napríklad aj COOK, R. J. – DICKENS, B. M. – FATHALLA, M. F.: *Reproductive Health and Human Rights*. New York : Oxford University Press Inc., 2003, s. 194. Pozri aj Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and

vytvorili a vynucovali štandardy a smernice pre poskytovanie služieb sexuálneho a reprodukčného zdravia **a tieto štandardy a smernice pravidelne aktualizovali** tak, aby odrážali najnovší pokrok. S tým súvisí aj požiadavka, aby štáty zabezpečili, aby všetci poskytovatelia a poskytovateľky služieb sexuálneho a reprodukčného zdravia dostali **adekvátne vzdelávanie** a mohli tieto služby poskytovať **kvalitne a rešpektujúcim spôsobom**.[322]

Mnohé z medzinárodne uznávaných zdravotníckych štandardov v oblasti pôrodnej starostlivosti, ktoré vychádzajú z medicíny založenej na dôkazoch, **sa do veľkej miery prelínajú aj s ľudskoprávnymi štandardmi** v tejto oblasti. V niektorých prípadoch zdravotnícke štandardy na jednotlivé ľudské práva odkazujú explicitne (napríklad na povinnosť zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok poskytovať pôrodnú starostlivosť výlučne na báze informovaného súhlasu,[323] na potrebu empatického, podporujúceho a rešpektujúceho prístupu zdravotníckeho personálu k rodiacim ženám a efektívnej komunikácie s nimi, na potrebu rešpektovať súkromie a intimitu rodiacich žien[324] a pod.). V iných prípadoch sú ľudskoprávne aspekty jednotlivých zdravotníckych štandardov v týchto štandardoch obsiahnuté implicitne (napríklad právo nebyť podrobená násiliu a neľudskému, krutému a ponižujúcemu zaobchádzaniu je obsiahnuté v požiadavke na šitie pôrodných poranení výlučne s použitím efektívnych prostriedkov tíšenia bolesti;[325] právo na slobodu pohybu, súkromie a na slobodnú voľbu okolností pôrodu, ako aj právo nebyť podrobená násiliu a krutému, neľudskému a ponižujúcemu zaobchádzaniu sú zas obsiahnuté v požiadavke na možnosť ženy slobodne sa počas pôrodu pohybovať a zvoliť si polohu podľa vlastného výberu[326] a pod.). Rešpektovanie a napĺňanie medzinárodne uznávaných zdravotníckych štandardov pre poskytovanie pôrodnej starostlivosti je zároveň fakticky aj napĺňaním práva na zdravie a na zdravotnú starostlivosť.

Cultural Rights – General comment No. 16 (2005) – The equal right of men and women to the enjoyment of all economic, social and cultural rights (art. 3 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/2005/4, bod 31.

322 Pozri Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/22, body 46 a 47.

323 Pozri napríklad *Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190: Methods, evidence and recommendations*. London : National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2014, s. 46. Dostupné na: https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-appendices-ae-g-h-jr-pdf-248734766 (posledná návšteva dňa 11. 10. 2016). Pozri aj FIGO: *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology*. London : FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, 2012, s. 13 – 14. Dostupné na: http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/ethics/English%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%20and%20Gynecology.pdf (posledná návšteva dňa 30. 10. 2016). Pozri aj kapitoly 2.2.3., 3.2.5. a 3.2.6.1.

324 Pozri aj kapitoly 2.2.4. a 3.2.6.1. a zdroje, na ktoré odkazujú.

325 Pozri napríklad FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee: Management of the second stage of labor. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, roč. 119, 2012, s. 111 – 116. Dostupné na: http://www.w3dezine.in/clients/fogsi/wp-content/uploads/2015/05/pdf/figo_guideline_management_of_the_ssl.pdf (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016). Pozri tiež *Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190: Methods, evidence and recommendations*. London : National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2014, s. 765. Dostupné na: https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-appendices-ae-g-h-jr-pdf-248734766 (posledná návšteva dňa 11. 10. 2016).

326 Podrobnejšie pozri kapitolu 3.3.6.1.3. a zdroje v nej citované.

Ako vyplýva aj z predchádzajúcich častí tejto kapitoly, právo žien na užívanie plodov vedeckého pokroku, resp. na správne poskytovanie zdravotnej starostlivosti v súlade so súčasnými poznatkami lekárskej vedy, je v slovenských pôrodniciach porušované pomerne masívne. Publikácia *Ženy – Matky – Telá I* poukazuje napríklad na nenapĺňanie medzinárodne uznávaných zdravotníckych štandardov v súvislosti s rutinným napichovaním kanyly,[327] s nemožnosťou žien prijímať počas pôrodu tekutiny a jedlo, s požiadavkou na možnosť žien slobodne sa pohybovať a slobodne si zvoliť polohu počas prvej aj druhej doby pôrodnej, s požiadavkou na reštriktívne (a nie preventívne) vykonávanie epiziotómií, s poznatkami o diskomforte Kristellerovej expresie pre ženy a s podozreniami o škodlivosti tejto praktiky, ako aj s požiadavkami na šitie pôrodných poranení s použitím adekvátneho tíšenia bolesti. Medzinárodne uznávané zdravotnícke štandardy boli porušované aj rutinnou separáciou žien a novorodených detí.[328]

V roku 2015 vo svojich záverečných zisteniach adresovaných Slovensku CEDAW výbor konštatoval znepokojenie nad tým, že neexistujú kontrolné postupy a mechanizmy na zabezpečenie primeraných štandardov starostlivosti a rešpektovania práv žien, ich dôstojnosti a autonómie počas pôrodu.[329] Výbor Slovenskej republike odporučil, aby zaviedla primerané záruky na zabezpečenie toho, aby mali ženy prístup k vhodným a bezpečným pôrodným postupom, ktoré budú o. i. v súlade s príslušnými štandardmi starostlivosti.[330]

---

[327] Pozri DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 64 – 65. Podľa odporúčaní WHO je rutinné napichovanie kanyly považované za praktiku kategórie B, teda praktiku, ktorá je jednoznačne škodlivá alebo neefektívna a ktorá by mala byť eliminovaná. Pozri WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : World Health Organization, Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 35. Dostupné na: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1 (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016).

[328] K odkazom na konkrétne strany publikácie *Ženy – Matky – Telá I*, na ktorých uplatňovanie týchto praktík opisujeme, ako aj k odkazom na ďalšie kapitoly tejto publikácie, v ktorých sa zmieňujeme aj o zdravotníckych štandardoch týkajúcich sa uvedených postupov a intervencií, pozri opis porušení práva nebyť podrobená násiliu, mučeniu a krutému, neľudskému a ponižujúcemu zaobchádzaniu v pôrodniciach na Slovensku, ktorý je súčasťou kapitoly 2.2.6. tejto publikácie.

[329] Committee on the Elimination of Discrimination against Women: Concluding observations on the combined fifth and sixth periodic reports of Slovakia, 20 November 2015, CEDAW/C/SVK/CO/5-6, bod 30 e). Dostupné na: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2fSVK%2fCO%2f5-6 (posledná návšteva dňa 11. 10. 2016). Slovenská (vládou SR preložená) verzia je dostupná na http://www.gender.gov.sk/?page_id=4065 (posledná návšteva dňa 11. 10. 2016).

[330] Tamtiež, bod 31 g).

2.3. Kto všetko má zodpovednosť za napĺňanie ľudských práv žien pri pôrodoch a kto je za čo zodpovedný

Ako sme už uviedli na viacerých miestach, popri zodpovednosti jednotlivých zdravotníckych zariadení a zdravotníckych, ale aj nezdravotníckych pracovníkov a pracovníčok má za dodržiavanie ľudských práv žien pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti **hlavnú zodpovednosť štát**. Vo všeobecnosti má štát povinnosť tieto práva **rešpektovať** (*respect*), **chrániť** (*protect*) a **napĺňať** (*fulfil*).[331]

Povinnosť práva **rešpektovať** znamená pre štát povinnosť zdržať sa vytvárania zákonov, politík, nariadení, programov, administratívnych postupov a inštitucionálnych štruktúr, ktoré priamo alebo nepriamo upierajú ženám užívanie ich práv. Vo vzťahu k právu na sexuálne a reprodukčné zdravie uvedená povinnosť znamená, že štáty nesmú nijakej osobe toto právo uprieť alebo ju v tomto práve obmedzovať. Povinnosť práva **chrániť** znamená povinnosť zabezpečiť, aby práva žien neboli porušované zo strany tretích osôb (napríklad súkromných subjektov), a povinnosť prijať opatrenia priamo zamerané na odstránenie vžitých a všetkých ďalších praktík, ktoré vedú k predsudkom a k zachovávaniu myšlienky podradenosti alebo nadradenosti niektorého z pohlaví a k stereotypnému vnímaniu rolí mužov a žien. Povinnosť práva **napĺňať** vyžaduje od štátu prijatie množstva rozmanitých legislatívnych, administratívnych, rozpočtových a iných opatrení s cieľom zabezpečiť rovné uplatňovanie práv ženami aj mužmi – *de iure* aj *de facto*. Táto povinnosť zahŕňa prijímanie špecifických politík, programov a nastavovanie inštitucionálnych rámcov, ktorých cieľom je napĺňať špecifické potreby žien. Táto povinnosť zahŕňa aj odstraňovanie praktických bariér pre plnú realizáciu práva na sexuálne a reprodukčné zdravie vrátane neprimeraných výdavkov na starostlivosť v tejto oblasti.[332] Podobne aj Európsky súd pre ľudské práva ustanovuje štátom **pozitívnu povinnosť** zabezpečiť osobám v ich jurisdikcii **efektívnu ochranu** ich práv vrátane situácií, keď by tieto práva mohli byť porušované inými jednotlivcami/neverejnými subjektmi.[333]

---

[331] Pozri Committee on the Elimination of Discrimination against Women: General recommendation No. 28 on the core obligations of States parties under article 2 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, 2010, CEDAW/C/GC/28, bod 9, a Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/22, body 39 – 49 a 54 – 64. Triáda povinností štátov rešpektovať, chrániť a napĺňať práva vrátane práva na najvyššie dosiahnuteľnú úroveň zdravia je tiež obsiahnutá v ďalších všeobecných komentároch/odporúčaniach Výboru pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva a CEDAW výboru. Konkrétne pozri Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 14 (2000) – The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/2000/4, body 33 – 37, a pozri aj Committee on the Elimination of Discrimination against Women: General Recommendation No. 24 – Women and Health (Article 12), 1999, body 13 – 17.

[332] Pozri Committee on the Elimination of Discrimination against Women: General recommendation No. 28 on the core obligations of States parties under article 2 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, 2010, CEDAW/C/GC/28, bod 9, a Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/22, body 40 – 48.

[333] Pozri napríklad prípad ESĽP *V. C. v. Slovakia*, sťažnosť č. 18968/07, ods. 140 rozsudku, alebo prípad *Eremia v. The Republic of Moldova*, sťažnosť č. 3564/11, ods. 49 rozsudku.

Zodpovednosti štátu vo vzťahu k napĺňaniu ľudských práv žien v oblasti pôrodnej starostlivosti a v iných oblastiach sexuálneho a reprodukčného zdravia (ale analogicky aj v ďalších oblastiach týkajúcich sa ľudských práv žien) teda spočívajú o. i. v povinnosti systémovo nastavovať poskytovanie zdravotnej starostlivosti súvisiacej s pôrodmi; zabezpečovať adekvátne vzdelávanie všetkých zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok a iných zainteresovaných subjektov, ako aj informovanie a vzdelávanie verejnosti; kontrolovať a vynucovať dodržiavanie ľudskoprávnych štandardov (vrátane zabezpečovania efektívnych prostriedkov nápravy v prípadoch porušení týchto štandardov); prijať a vynucovať dodržiavanie štandardov majúcich základ v medicíne založenej na dôkazoch a tieto štandardy v súvislosti s vedeckým pokrokom neustále aktualizovať; a v povinnosti zabezpečiť vytvorenie a efektívne fungovanie inštitúcií na ochranu ľudských práv. V týchto súvislostiach je štát povinný fungovanie systému neustále monitorovať (vrátane zberu a zverejňovania potrebných dát) a prehodnocovať.[334]

Štát sa zodpovednosti za vykonávanie týchto povinností nemôže zbaviť, a to ani vtedy, ak niektoré čiastkové úlohy presunie na iné subjekty (napríklad nemocnice zriadené súkromnými spoločnosťami).[335] **Ak štát zabezpečuje vykonávanie zdravotníckych služieb súkromnými inštitúciami, je priamo zodpovedný za ich konanie**.[336] **Štát sa** zároveň **nemôže dovolávať ustanovení svojho vnútroštátneho práva ako dôvodu neplnenia medzinárodných ľudskoprávnych** (alebo iných) **zmlúv**.[337]

Vo všetkých konkrétnych prípadoch poskytovanej (alebo odmietnutej) zdravotnej starostlivosti v súvislosti s pôrodmi (ale aj v iných prípadoch) **nesú zodpovednosť za dodržiavanie ľudských práv žien konkrétne zdravotnícke zariadenia a konkrétni zdravotnícki pracovníci alebo pracovníčky** (resp. v niektorých prípadoch aj nezdravotnícki pracovníci a pracovníčky), ktoré starostlivosť poskytujú (alebo odmietnu poskytnúť). Táto zodpovednosť vyplýva jednak zo slovenskej legislatívy, do ktorej sú premietnuté všetky ľudské práva žien dotknuté pri pôrodoch a z nich (explicitne alebo implicitne) vyplývajúce povinnosti zdravotníckeho personálu a zdravotníckych zariadení. Táto zodpovednosť ďalej vyplýva aj z medzinárodnoprávnych štandardov zosumarizovaných skôr, keďže medzinárodné dohovory v oblasti ľudských práv majú v zásade prednosť pred zákonmi (a keďže vnútroštátne predpisy

---

[334] Pozri Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/22, body 45 – 49 a 60 – 64. Pozri tiež Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 14 (2000) – The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/2000/4, body 35 – 37, 43 (f) a 44 – 62. Všeobecnejšie pozri aj Committee on the Elimination of Discrimination against Women: General recommendation No. 28 on the core obligations of States parties under article 2 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, 2010, CEDAW/C/GC/28.

[335] Pozri Committee on the Elimination of Discrimination against Women: General Recommendation No. 24 – Women and Health (Article 12), 1999, bod 17; Committee on the Elimination of Discrimination against Women: General Recommendation No. 19 – Violence against women, 1992, bod 4; Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/22, bod 59; a Committee on the Elimination of Discrimination against Women: General recommendation No. 28 on the core obligations of States parties under article 2 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, 2010, CEDAW/C/GC/28, bod 13.

[336] Stanovisko Výboru pre odstránenie diskriminácie žien z 10. augusta 2011 vo veci *Alyne da Silva Pimentel Teixeira (zosnulá) v. Brazil*, sťažnosť č. CEDAW/C/49/D/17/2008, bod 7.5. V uvedenom stanovisku CEDAW výbor tiež uviedol, že štát je vždy povinný „regulovať a monitorovať súkromné zariadenia zdravotnej starostlivosti" (pozri bod 7.5 stanoviska).

[337] Pozri čl. 27 Viedenského dohovoru o zmluvnom práve, uverejneného v Zbierke zákonov pod č. 15/1988 Zb.

je zároveň potrebné interpretovať v súlade s týmito dohovormi). Zodpovednosť zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok ďalej vyplýva aj z medzinárodnoprávnej zásady (ktorú sme už predstavili v kapitole 2.2.6.), že **kde sú zariadenia ústavnej starostlivosti (teda aj nemocnice) v súkromných rukách** (z hľadiska vlastníckych štruktúr alebo prevádzkovania), **personál týchto zariadení** sa považuje za **konajúci z úradnej moci**.[338] Samotné zdravotnícke zariadenia sú navyše veľmi často zriadené alebo založené orgánom štátu, obcami alebo vyššími územnými celkami, čo z hľadiska medzinárodného práva spadá pod definíciu štátu (a v každom prípade ich v duchu tejto argumentácie možno bez ohľadu na ich právnu formu považovať za verejné zdravotnícke zariadenia). Jednotlivé typy právnej zodpovednosti (napr. občianskoprávna, pracovnoprávna, trestná a pod.) a jej miera sa budú u jednotlivých subjektov poskytujúcich zdravotnú starostlivosť líšiť podľa okolností konkrétnych prípadov, avšak východiskovo spočíva právna zodpovednosť za napĺňanie ľudských práv žien pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti na každej osobe – fyzickej alebo právnickej –, ktorá takúto starostlivosť alebo jej časť poskytuje.

„**Zdravotnícky pracovník a pacient**

(1) Zdravotnícky pracovník si vo vzťahu k pacientovi plní svoje profesionálne povinnosti.

(2) Zdravotnícky pracovník sa k pacientovi správa korektne, s pochopením, s rešpektovaním intimity a trpezlivosťou a nezníži sa k hrubému alebo nemravnému konaniu. Zdravotnícky pracovník rešpektuje pacienta ako rovnocenného partnera so všetkými občianskymi právami i povinnosťami vrátane zodpovednosti za svoje zdravie.

(3) Zdravotnícky pracovník nesmie pomáhať porušovaniu cti a dôstojnosti človeka alebo sa na ňom zúčastňovať. Každý zdravotnícky pracovník je povinný oznámiť príslušným orgánom podozrenie z hrubého alebo krutého zaobchádzania a týrania pacienta, a to najmä maloletej osoby a osoby zbavenej spôsobilosti na právne úkony.

(4) Zdravotnícky pracovník je povinný v rozsahu svojich kompetencií zrozumiteľným spôsobom poučiť pacienta alebo jeho zákonného zástupcu o charaktere ochorenia, zamýšľaných diagnostických a liečebných postupoch vrátane rizík[,] o uvažovanej prognóze a o ďalších dôležitých okolnostiach, ktoré môžu nastať v priebehu diagnostiky a liečby.

(5) Zdravotnícky pracovník je povinný získať informovaný súhlas pacienta, jeho zákonného zástupcu alebo splnomocneného zástupcu pred poskytnutím nezvratného zdravotníckeho výkonu.

[338] Pozri Committee against Torture: Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment – General Comment No. 2 – Implementation of article 2 by States parties, 2008, CAT/C/GC/2, bod 17.

(6) Zdravotnícky pracovník nijakým spôsobom nesmie zneužiť dôveru a závislosť pacienta. Všetky informácie získané pri výkone povolania sú dôverné počas života pacienta, ako aj po jeho smrti."

(výňatok z Etického kódexu zdravotníckeho pracovníka[339])

Zodpovednosť zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok a zdravotníckych zariadení voči rodiacim ženám v žiadnom prípade nemožno vnímať ako možnosť zdravotníckeho personálu realizovať akékoľvek úkony, ktoré sú podľa tohto personálu v záujme rodiacich žien a pre ich „dobro" (v zmysle, že kto nesie zodpovednosť, robí rozhodnutia, ktoré sú podľa neho alebo nej v najlepšom záujme osoby, ktorej je poskytovaná služba zdravotnej starostlivosti). Keďže zdravotnícky personál nie je oprávnený prijímať rozhodnutia za rodiacu ženu (takéto rozhodnutia je oprávnená prijímať len ona sama, v kontexte podmienenosti poskytovania zdravotnej starostlivosti jej informovaným súhlasom – podrobnejšie pozri kapitolu 2.2.3.), logicky za ne nemôže niesť ani zodpovednosť – a to ani vtedy, ak by mali byť podľa názoru konkrétneho zdravotníckeho pracovníka či pracovníčky v jej neprospech. Zdravotnícki pracovníci a pracovníčky sa však musia zakaždým uistiť – práve z dôvodov, aby rodiace ženy nerobili rozhodnutia, ktoré by boli v rozpore s ich skutočnou vôľou a ktoré by ich mohli rôznymi inými spôsobmi poškodzovať –, že informácie, ktoré sú rodiacej žene s cieľom získať informovaný súhlas (alebo informované odmietnutie) s určitým zásahom alebo postupom poskytnuté, spĺňajú všetky zákonné a medzinárodnoprávne nároky na ich obsah a spôsob poskytnutia. Ak by to tak nebolo a rodiaca žena by prijala rozhodnutie, ktoré by za okolností, ktoré by spĺňali všetky náležitosti pre informovanie pred získaním súhlasu, neurobila, zdravotnícky personál, resp. zdravotnícke zariadenia by niesli zodpovednosť za ujmu, ktorú by tým utrpela.

2.4. ... a čo s ľudskými právami zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok

V prostredí slovenských pôrodníc nie sú rodiace ženy a ich novorodené deti jedinými osobami, ktoré majú ľudské práva. Medzi ďalšie osoby, ktorým v nemocničnom prostredí prináležia ľudské práva, patria lekári a lekárky, pôrodné asistentky, zdravotné sestry, ale aj ďalší personál. Týmito právami sú najmä práva spojené s výkonom ich zamestnania, konkrétne najmä právo na prácu a právo na uspokojujúce pracovné podmienky, do ktorého spadá napríklad právo na odmenu za vykonanú prácu, dostatočnú na to, aby im umožnila dôstojnú životnú úroveň, ochranu proti svojvoľnému prepúšťaniu zo zamestnania a diskriminácii v zamestnaní, ochranu bezpečnosti a zdravia pri práci, najvyššiu prípustnú dĺžku pracovného času či právo na primeraný odpočinok po práci.[340] Hoci tieto práva

[339] Etický kódex zdravotníckeho pracovníka predstavuje prílohu č. 4 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov. V zmysle tohto zákona (§ 80 ods. 1 písm. e)) sú zdravotnícki pracovníci a pracovníčky povinné „vykonávať svoje zdravotnícke povolanie odborne, v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi a s etickým kódexom [zdravotníckeho pracovníka]".

[340] Pozri napríklad čl. 35 ods. 3 a čl. 36 písm. a) – e) Ústavy SR.

zdravotníckeho personálu nemožno nijakým spôsobom spochybňovať, je potrebné uviesť, že kým ženy sú voči zdravotníckemu personálu nositeľkami všetkých práv, o ktorých píšeme v predchádzajúcich častiach, a zdravotnícky personál (a zdravotnícke zariadenia) sú povinné im ich zabezpečiť, táto logika nefunguje recipročne, resp. „opačným smerom". Inými slovami, **rodiace ženy nie sú pri prijímaní zdravotnej starostlivosti nijako povinné prispôsobovať svoje potreby a požiadavky „právam" zdravotníckeho personálu v duchu predstavy, že keď prichádzajú do zdravotníckeho zariadenia, musia sa mu a jeho personálu plne prispôsobiť a napĺňať jeho očakávania, potreby či „práva"**. Zdravotnícky personál má práva vyplývajúce zo svojho zamestnania výlučne voči zdravotníckym zariadeniam (prípadne iným subjektom) ako svojim zamestnávateľom a zároveň aj voči štátu, najmä ak práva nie sú napĺňané na úrovni zamestnávateľských inštitúcií a toto porušovanie má závažnú a systémovú podobu. Ak má zdravotnícky personál „práva" voči rodiacim ženám, potom sa tieto práva nijako nevymykajú vzájomným oprávneniam a povinnostiam vyplývajúcim z právneho poriadku medzi akýmikoľvek jednotlivcami všeobecne. Skutočnosť, že žena prichádza porodiť do zdravotníckeho zariadenia, teda nevytvára na strane zdravotníckeho personálu tohto zariadenia nijaký osobitný katalóg „ľudských práv" voči nej a z toho vyplývajúcich povinností na jej strane.

Na druhej strane však podmienky, za ktorých vykonávajú prácu zdravotnícki pracovníci a pracovníčky, výrazným spôsobom ovplyvňujú podobu a kvalitu zdravotnej starostlivosti, ktorú dokážu poskytnúť, a to v najširšom zmysle vrátane spôsobov komunikácie a interakcie s rodiacimi ženami, uplatňovaných zdravotníckych postupov či rešpektovania dôstojnosti a súkromia žien. Bez snahy o ospravedlňovanie porušení ľudských práv žien, ktoré sme opísali v publikácii *Ženy – Matky – Telá I* a ktoré opisujeme v tejto publikácii, chceme zdôrazniť, že osoby, ktorých potreby nie sú napĺňané, často nie sú a nemôžu byť spôsobilé napĺňať potreby iných osôb.[341] Aj preto bude pri ďalších diskusiách o napĺňaní ľudských práv žien pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti potrebné hovoriť aj o právach jednotlivcov a jednotlivkýň poskytujúcich túto starostlivosť ako o faktore, ktorý má zásadný vplyv na jej kvalitu. Lepšie zviditeľnenie prepojenia medzi porušovaním ľudských práv žien v pôrodniciach a porušovaním práv osôb, ktoré v týchto pôrodniciach pracujú, môže zároveň napomôcť zlepšeniu dodržiavania práv oboch týchto skupín a ich spoločnému úsiliu a rovnocennej spolupráci pri presadzovaní dodržiavania ľudských práv žien v pôrodnej starostlivosti.

[341] Za tento postreh autorka tejto kapitoly vďačí Zuzane Kriškovej z občianskeho združenia Ženské kruhy.

3. Prejavy, príčiny, sprievodné znaky a ďalšie systémové aspekty porušovania ľudských práv žien pri pôrodoch v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku – zistenia z hĺbkových rozhovorov so zdravotníckym personálom a so ženami

Martina Sekulová – Miroslava Hlinčíková – Janka Debrecéniová – Zuzana Krišková

3.1. Východiská, perspektívy, ciele a metodológia výskumu

3.1.1. Pár poznámok k perspektíve, východiskám a cieľom výskumu

Ako sme už uviedli v zhrnutí publikácie *Ženy – Matky – Telá I* v úvode tejto publikácie a zároveň aj v 2. kapitole, z predchádzajúceho kvalitatívneho výskumu postaveného na rozhovoroch so ženami s pôrodnou skúsenosťou v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku a na aktivitách ľudskoprávneho monitoringu vyplynulo, že ľudské práva žien sú v slovenských pôrodniciach vážne porušované.[342] Tieto porušenia sú pomerne masívne a majú systémovú povahu. Dejú sa aj napriek tomu, že štát, pôrodnice a zdravotnícky personál majú povinnosť ľudské práva žien pri pôrodoch rešpektovať, chrániť a napĺňať. Príznačným prvkom tohto porušovania je, že pôrodnice sú jedinými miestami, v ktorých môžu ženy na Slovensku dostať štátom garantovanú pôrodnú starostlivosť. Pôrodnice však predstavujú pomerne uzatvorené inštitúcie so slabými mechanizmami verejnej a štátnej kontroly a so slabou mierou vnútornej reflexie, v ktorých rozhodnutia prijímajú a pravidlá určujú ich vedenia a zdravotnícky personál. Aj preto bolo cieľom výskumu, ktorého výsledky a analýzu prináša text tejto kapitoly, nastaviť zrkadlo inštitucionálnej stránke pôrodnej starostlivosti na Slovensku poskytovanej v nemocniciach. **Nosným zdrojom dát boli rozhovory so zdravotníckym personálom – pôrodníkmi, pôrodníčkami a pôrodnými asistentkami**, pričom sme nadväzovali na zistenia z predchádzajúcej výskumnej

[342] Pozri DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 57 – 158.

sondy, t. j. na zistenia z rozhovorov s rodiacimi ženami.[343] Súčasne sme čiastočne nadväzovali na zistenia z ďalších aktivít ľudskoprávneho monitoringu, ktorými sme mapovali vybrané aspekty súvisiace s poskytovaním pôrodnej starostlivosti[344] (podrobnejšie k metodológii zberu týchto dát pozri ďalej v tejto kapitole).

V kvalitatívnom výskume sme svoju pozornosť koncentrovali na systémové a štrukturálne podmienky, faktory a okolnosti, ktoré ovplyvňujú poskytovanie pôrodnej starostlivosti v slovenských nemocniciach. Sústredili sme sa na to, ako systém a zdravotnícky personál v ňom pristupujú k rodiacim ženám a k pôrodom. Zároveň nás zaujímalo, ako sa následne tieto systémové prístupy a pravidlá pretavujú do podoby poskytovanej starostlivosti, do postupov a úkonov počas pôrodu, do správania sa jednotlivých subjektov a ich interakcií.

V analýze sa snažíme o kombináciu pohľadov: načúvali sme názorom rodiacich žien, ako aj názorom pôrodníkov, pôrodníčok a pôrodných asistentiek. V texte konfrontujeme rozličné pohľady, hľadáme styčné body a upozorňujeme na najväčšie rozdiely medzi nimi. V analýze následne využívame – pokiaľ si to vyžaduje skúmaná téma – čo najviac perspektív, aby sme opísali a poukázali na to, ako je systém poskytovania pôrodnej starostlivosti inštitucionálne ovplyvňovaný a v akých rámcoch vznikajú, realizujú sa a potvrdzujú sa mnohé (najmä nepísané) pravidlá vrátane samotnej organizácie poskytovania tejto starostlivosti.

Pri analýze a interpretácii zozbieraných dát sme museli byť obzvlášť pozorné a obozretné vzhľadom na silnú normalizáciu porušovania ľudských práv pri pôrodoch a tiež vzhľadom na moc a autoritu, ktoré v našej spoločnosti (ale aj v iných spoločnostiach) medicína a lekársky stav všeobecne požívajú. Našimi hlavnými teoretickými východiskami preto pri príprave výskumu, analýze aj interpretácii boli predovšetkým sociálne vedy, a to sociálna antropológia (hlavne antropológia pôrodu) a právo. V ich rámci sme využívali aj feministickú kritiku. Vzhľadom na povahu javov, ktoré chceme opísať, používame perspektívu sociálnych vied a feministickej kritiky aj preto, že ponúkajú najvhodnejšie analytické rámce a metodologické i komunikačné nástroje, ktoré dokážu poukázať na spoločenské ukotvenia a spoločenské vplyvy už i tak zložitého systému, akým je zdravotníctvo a v rámci neho špecificky pôrodníctvo.

Skúmané systémové aspekty poskytovania pôrodnej starostlivosti zasadzujeme do kontextu štandardov v oblasti ľudských práv žien, s osobitným zameraním na ľudské práva žien pri pôrodoch, a tiež do kontextu odborných zdravotníckych štandardov pre poskytovanie pôrodnej starostlivosti. Zároveň sme sa snažili pochopiť širšie sociálne korene porušovania ľudských práv žien pri pôrodoch, teda okolnosti a procesy, ktoré k porušovaniu týchto práv vedú v širšom inštitucionálnom, spoločenskom a kultúrnom kontexte.

Súčasne sa v analýze snažíme prezentovať príklady dobrých praktík a medzinárodne uznávaných zdravotníckych štandardov pri pôrodoch, ktorých uplatňovanie v praxi by prispievalo k systémovému napĺňaniu ľudských práv žien zdravotníckym personálom a zdravotníckymi zariadeniami.

Tiež však chceme poukázať na to, že popri fenoménoch, ktoré sme skúmali, s veľkou pravdepodobnosťou existujú aj ďalšie dôležité faktory prispievajúce k porušovaniu ľudských práv žien pri pôrodoch, resp. s týmto porušovaním súvisiace, ktoré neboli predmetom nášho výskumu. Patria medzi ne napríklad rodové aspekty vzťahov a interakcií medzi zdravotníckym personálom na pôrodníckych pracoviskách – napríklad rodová skladba zdravotníckeho personálu, rodové hierarchie medzi týmto personálom

343 Tamtiež, s. 57 – 126.

344 Tamtiež, s. 127 – 158.

a rodová deľba práce medzi jeho členmi a členkami, ako aj rodové rozmery interakcií medzi nimi vrátane diskriminácie, obťažovania a sexuálneho obťažovania. Neskúmali sme ani neformálne platby a korupciu či ekonomické aspekty poskytovanej pôrodnej starostlivosti, napríklad z pohľadu nastavenia systému úhrad zdravotných poisťovní poskytovateľom či z pohľadu priamych platieb prijímateliek pôrodnej starostlivosti, väčšinou za služby, ktoré sú zdravotníckymi zariadeniami prezentované ako „nadštandard"[345]. Tiež sme neskúmali vzájomné vzťahy (napr. z pohľadu autonómie, resp. právnej subjektivity, financovania a pod.) medzi nemocnicami a ich pôrodníckymi oddeleniami/pôrodníckymi klinikami. Rovnako sme sa nezaoberali vzájomnými vzťahmi medzi pôrodníckymi oddeleniami, oddeleniami šestonedelia a novorodeneckými oddeleniami a ich vplyvom na mieru (ne)dodržiavania práv žien a detí v súvislosti s poskytovanou pôrodnou starostlivosťou, hoci predpokladáme, že vzťahy a interakcie medzi týmito entitami majú veľmi zásadný vplyv na kvalitu poskytovanej pôrodnej a popôrodnej starostlivosti z pohľadu ľudských práv a medzinárodných zdravotníckych štandardov. Rovnako sme neskúmali vplyvy porušovania ľudských práv žien na perinatálne výsledky – mortalitu a morbiditu žien a novorodencov – a dlhodobé následky tohto porušovania na zdravie žien a detí vrátane dopadov na ich psychické zdravie (napríklad posttraumatická stresová porucha z pôrodu). Náš výskum sa nezameriaval ani na ženy žijúce v nepriaznivých socioekonomických pomeroch, ženy, ktoré môžu mať zdravotné postihnutie, ženy, pre ktoré sú kultúra, hodnoty a zvyklosti väčšinovej spoločnosti cudzie či nepochopiteľné, či ženy s menšinovou sexuálnou orientáciou a pod. Domnievame sa však, že všetky uvedené, ale aj mnohé ďalšie fenomény si zasluhujú osobitnú pozornosť a je nevyhnutné ich hĺbkovo skúmať, ideálne tiež zo strany štátu alebo s jeho podporou.

3.1.2. Metodológia zberu, spracovávania a analýzy výskumných dát

Zber údajov sa uskutočnil v dvoch fázach. Prvou bola výskumná sonda pozostávajúca z hĺbkových semištruktúrovaných rozhovorov s rodiacimi ženami a ľudskoprávny monitoring. Ten spočíval v monitoringu webových stránok všetkých pôrodníc na Slovensku a v zasielaní listov ženami a oficiálnych žiadostí/prosieb o informácie do všetkých pôrodníc na Slovensku. Zistenia z rozhovorov so ženami a z monitoringu už boli čiastočne spracované a publikované v publikácii *Ženy – Matky – Telá I.*[346] Druhú fázu zberu dát predstavovali hĺbkové semištruktúrované rozhovory so zdravotníckym personálom pôrodníc – s pôrodníkmi, pôrodníčkami a pôrodnými asistentkami.

V kvalitatívnom výskume s rodiacimi ženami v prvej fáze zberu dát, realizovanom metódou hĺbkových semištruktúrovaných rozhovorov, výskumná vzorka pozostávala z 15 žien. Tvorilo ju 11 prvorodičiek a 4 ženy, ktoré rodili opakovane. Veková škála respondentiek bola od 26 do 39 rokov a dĺžka trvania rozhovoru bola 70 až 120 minút. Terénny zber údajov prebiehal od 15. júla 2014 do 15. augusta 2014. Do výskumnej vzorky sme zaradili ženy, ktoré rodili vaginálne v období júna 2011 až júna 2014 a ktorých pôrod sa konal v niektorej z nemocníc v bratislavských okresoch

[345] Tieto služby však vo väčšine prípadov napĺňajú len elementárne ľudskoprávne alebo zdravotnícke štandardy poskytovanej starostlivosti – napríklad z pohľadu práva na súkromný a rodinný život či práva na tíšenie bolesti. Platbám za uvedené služby sme sa venovali len okrajovo pri tvorbe publikácie *Ženy – Matky – Telá I.* Podrobnejšie pozri aj kapitolu 2.2.5.

[346] DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 57 – 158.

alebo v trnavskom okrese. Respondentkami boli ženy s vyšším vzdelaním (prevažne vysokoškolským) a neboli medzi nimi ženy s nižším ako stredoškolským vzdelaním a nižším sociálnym statusom alebo inými znevýhodňujúcimi charakteristikami, ako napríklad rómska etnicita či zdravotné postihnutie.[347]

Monitoring, ktorý prebiehal taktiež v rámci prvej fázy zberu dát, sa uskutočnil v mesiacoch júl až október 2014. Snažili sme sa ním zistiť, aké reálne možnosti majú ženy, ktoré sa chystajú rodiť, ale aj verejnosť všeobecne získavať informácie od jednotlivých pôrodníc o tom, ako je v nich zabezpečovaná pôrodná starostlivosť a ako sú v nich napĺňané ľudské práva žien. Identifikovali sme oblasti a otázky, ktoré sú pre ženy v súvislosti s pôrodmi dôležité a ktoré boli predmetom monitoringu. Odpovede na tieto otázky sme potom zisťovali viacerými metódami. Konkrétne sme preskúmavali webové stránky všetkých pôrodníc na Slovensku, zasielali sme im listy napísané ženami, ktoré sa v blízkej budúcnosti chystali rodiť, a v neskoršej fáze sme im zasielali oficiálne žiadosti/prosby o informácie, ktorých odosielateľom bolo združenie Občan, demokracia a zodpovednosť. Súčasne sme so žiadosťou o informácie oslovili Ministerstvo zdravotníctva SR.

V druhej fáze zberu dát prebehol kvalitatívny výskum, ktorý sme realizovali metódou hĺbkových semištruktúrovaných rozhovorov s troma pôrodníkmi a troma pôrodníčkami a štyrmi pôrodnými asistentkami (spolu 10 rozhovorov). Rozhovory prebiehali od decembra 2014 do februára 2015, teda v čase, keď ešte neboli publikované výskumné zistenia z predchádzajúceho výskumu so ženami a z monitoringu pôrodníc, a teda respondenti a respondentky koncept prvého výskumu a jeho výstupy nepoznali. Pri výbere respondentov a respondentiek sme postupovali tak, aby výskumná sonda zohľadňovala hierarchicky rôznorodé pracovné zaradenia. Predpokladali sme, že pracovná pozícia v systéme môže poukázať na niektoré špecifické systémové súvislosti. Výsledná výskumná vzorka obsahovala tieto pracovné zaradenia: primár/primárka, atestovaný lekár/atestovaná lekárka, sekundárny lekár/sekundárna lekárka a pôrodná asistentka[348]. Pri špecifikovaní výskumnej vzorky sme si uvedomovali, že aj keď nebude vyčerpávajúca, bude dostatočne široká na to, aby odrážala diverzitu názorov a kontextov rozličných skúseností. Podobne sme zohľadňovali aj dĺžku praxe respondentov a respondentiek. Vo výskumnej vzorke boli zastúpené rozličné dĺžky praxe: do 5 rokov (štyria respondenti/respondentky), do 10 rokov (jeden respondent/respondentka) a nad 15 rokov (piati respondenti/respondentky).

Predpokladali sme, že budú existovať aj rozdiely medzi nemocnicami v rámci Slovenska, a preto sme do výskumnej vzorky zahrnuli respondentov a respondentky pracujúce v niektorej z nemocníc východného Slovenska, stredného Slovenska i západného Slovenska. Z dôvodu ochrany identity respondentov a respondentiek tieto informácie v texte neuvádzame, avšak v analýze sme ich zohľadňovali. Podobne sa líšila aj veľkosť pôrodnice, kde pracovali – typologicky sme ich podľa počtu pôrodov uskutočnených v jednotlivých pôrodniciach za jeden rok rozčlenili na „malú pôrodnicu", „stredne veľkú pôrodnicu" a „veľkú pôrodnicu". Z dôvodu ochrany anonymity respondentiek a respondentov

---

[347] Kontakty na potenciálne respondentky sme získali z výskumného súboru osôb, ktoré sa zapojili do internetového prieskumu *Šitie pôrodných poranení hrádze* vyplnením online dotazníka (tento internetový prieskum realizovalo vo februári 2014 občianske združenie Ženské kruhy). Časť respondentiek v dotazníku vyjadrila ochotu poskytnúť pri ďalších zisťovaniach aj hĺbkový rozhovor. Na základe ich odpovedí a našich výskumných kritérií sme vytvorili databázu vhodných respondentiek a následne sme tieto osoby oslovovali. Do tejto databázy sme vyberali ženy na základe hlavných kritérií ako vek, rok posledného pôrodu, lokalita, kde sa pôrod uskutočnil, a počet pôrodov. Zároveň sme pri výbere postupovali aj podľa hodnotiaceho sýtenia ich odpovedí na otvorené otázky v časti venovanej hodnoteniu prístupu zdravotníckeho personálu a pôrodnej skúsenosti. S cieľom získať rôznorodú vzorku respondentiek, bez extrémnych príkladov, sme do výskumnej vzorky zahrnuli ženy odpovedajúce neutrálne, prípadne mierne negatívne.

[348] Na Slovensku v súčasnosti neexistuje systém, ktorý by v organizačnej štruktúre nemocníc rozlišoval pôrodné asistentky podľa dosiahnutého vzdelania či dĺžky praxe. Systém pozná iba hlavnú pôrodnú asistentku a manažérku dennej zmeny, ale tieto pozície sú relevantné iba z hľadiska riadenia oddelenia.

však presné počty pôrodov v publikácii neuvádzame. Jeden rozhovor trval od 90 do 150 minút.

Tematicky sme rozhovory s pôrodníkmi, pôrodníčkami i pôrodnými asistentkami viedli podľa rovnakého scenára (rámcový výskumný scenár rozhovorov zverejňujeme v prílohe tejto publikácie). Ústrednou témou rozhovorov bola reflexia systémového nastavenia a inštitucionálneho pozadia poskytovania pôrodnej starostlivosti, ale i opis priebehu pôrodu a úkonov, ktoré sa počas neho vykonávajú. Zaujímala nás aj otázka motivácie zdravotníckeho personálu profesionálne sa venovať poskytovaniu pôrodnej starostlivosti, ako aj otázka vzdelávania budúcich aj súčasných pôrodníkov a pôrodníčok a pôrodných asistentiek, keďže práve systém vzdelávania úzko súvisí s uplatňovanými postupmi. Samostatnú pozornosť sme venovali názorom a postojom zdravotníckeho personálu vo vzťahu k rodiacim ženám, ako aj ku konkurenčným systémom poznania, teda predstavám iných skupín než zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok o tom, ako by mal pôrod prebiehať. Napokon sme priamo zisťovali i to, či a do akej miery si zdravotnícky personál uvedomuje kontext ľudských práv žien v oblasti pôrodnej starostlivosti a povinnosť tieto práva pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti rešpektovať, chrániť a napĺňať.

Pri analýze výskumných dát, rozhovorov a odpovedí respondentov a respondentiek na jednotlivé otázky položené výskumníčkami postupoval výskumný tím štandardnými sociálnovednými analytickými postupmi. Výskumné rozhovory sme zároveň analyzovali pomocou softvéru na kvalitatívny výskum NVivo 10. Najskôr boli rozhovory tematicky kódované, následne organizované do menších i väčších významových celkov, porovnávané a prepájané medzi jednotlivými výskumnými fázami do podoby textu sumarizujúceho a analyzujúceho výskumné výsledky. Text následne prechádzal množstvom obsahových editácií a ďalších úprav medzi jednotlivými členkami výskumného tímu, ktoré smerovali najmä k presnejšiemu tematickému vymedzeniu a precíznejšiemu štruktúrovaniu. Pri písaní publikácie sa obsah rozdelil podľa jednotlivých tém, ktoré výskumný tím zaujímali, pričom prierezovo sa sústreďoval najmä na otázky dodržiavania ľudských práv žien pri pôrodoch vo všetkých relevantných kontextoch. Hoci publikácia svojou štruktúrou v mnohom kopíruje scenár výskumných rozhovorov, nie všetky zistenia boli v texte použité. Text totiž nie je výskumnou správou sumarizujúcou všetky zistenia, ale publikáciou, ktorá sa dôsledne zameriava na rôznorodé aspekty porušovania a dodržiavania ľudských práv žien pri pôrodoch.

Keďže cieľom výskumu bolo, okrem iného, nastaviť zrkadlo inštitucionálnemu usporiadaniu, ktoré mocensky upevňuje nerešpektujúce nastavenia, praktiky a postupy a ktoré je zároveň jednotlivými aktérmi a aktérkami v tomto systéme (zdravotníckym personálom a sčasti aj samotnými rodiacimi ženami) normalizované (považované za primerané a správne, resp. ospravedlňované), interpretácia týchto zistení vyžadovala opakované viacstupňové spracovávanie dát. Aj výsledný text preto dáva viac priestoru kontextom a interpretácii mocenského a normalizujúceho pozadia mnohých výpovedí (naratívov) respondentov a respondentiek. Viaceré naratívy teda nie sú využívané len ako ilustrácia opisovanej skutočnosti, ale sú zároveň aj samostatným predmetom analýzy.

V texte pracujeme aj s dostupnými vedeckými dátami o jednotlivých aspektoch pôrodnej starostlivosti, pričom vo väčšine prípadov vychádzame z odborných štandardov, interpretácií a odporúčaní medzinárodne uznávaných odborných organizácií. Vychádzajúc z princípov medicíny založenej na dôkazoch, informácie, o ktoré sa v texte publikácie tiež opierame, sme čerpali aj z článkov, štúdií a metaanalýz publikovaných v relevantných odborných časopisoch a publikáciách, ktoré boli dostupné v slovenskom, českom a anglickom jazyku.

Zistenia z výskumu a ich analýzu sme rozdelili do viacerých obsahových celkov, ktoré sme významovo a interpretačne usporiadali do jednotlivých podkapitol tak, aby sme čitateľov a čitateľky previedli

výskumnými zisteniami spôsobom, ktorý im umožní rozpoznať normalizáciu škodlivých postupov, praktík a porušení práv žien aj tam, kde na to explicitne nepoukazujeme. Aj preto odporúčame čítať jednotlivé podkapitoly v poradí, v akom sú v nasledujúcom texte uvedené.

3.1.3. Etické aspekty výskumu

Výskumný tím rešpektoval etické princípy a štandardy pri realizovaní empirického výskumu v oblasti sociálnych vied. Jednotlivé etické princípy a štandardy vedeckej integrity, definované napríklad v *The European Code of Conduct for Research Integrity*[349] alebo v európskom projekte *Respect*[350] – ako napríklad korektnosť pri písaní a v komunikácii, spoľahlivosť a vysoký etický štandard pri realizácii výskumu, princípy dôvernosti, nezaujatosti a nezávislosti, rešpektujúce zaobchádzanie s respondentmi a respondentkami a korektné narábanie s výskumnými dátami či korektné citovanie[351] –, boli zohľadňované a rešpektované vo všetkých fázach výskumu. Boli rešpektované pri príprave výskumného dizajnu, realizácii výskumu a tiež pri koncipovaní a písaní záverečnej publikácie a rovnako budú rešpektované aj pri jej následnej prezentácii. Počas celého výskumu sme čelili viacerým etickým výzvam, predovšetkým však pri výbere respondentov a respondentiek, práci s výskumnými dátami a pri písaní publikácie.

V procese výberu respondentiek a respondentov postupovali výskumníčky podľa vopred definovaných kritérií, na základe ktorých v rámci Slovenska identifikovali potenciálne respondentky a respondentov. Vybrané respondentky a respondentov oslovili, pričom im prostredníctvom sprievodného listu poskytli základné informácie o výskume, o jeho účele, o inštitúciách realizujúcich výskum a tiež o tom, akým spôsobom budú výskumné zistenia použité. Účasť na výskume bola dobrovoľná, na základe informovaného súhlasu, ktorý respondentky a respondenti poskytli ústne alebo písomne (v emailovej komunikácii). Účasť na výskume bola bezodplatná. Hoci niektoré respondentky a respondenti prejavili ochotu figurovať vo výskume s uvedením ich plnej identity, z etických dôvodov sme identitu všetkých dôsledne anonymizovali aj v rámci analýzy. Predpokladali sme totiž, že by v analytickej fáze mohla znalosť identity ovplyvniť interpretáciu zistení a jej publikovanie by mohlo mať potenciálne vplyv na profesijný alebo súkromný život respondentiek a respondentov. Všetky špecifické identifikačné charakteristiky (meno a priezvisko, miesto, kde daný respondent či respondentka pracovali, presná veľkosť pôrodnice a počet pôrodov ročne, mesto/obec a pod.), či už v prípade rozhovorov s rodiacimi ženami, alebo v prípade členov a členiek zdravotníckeho tímu, poznali iba výskumníčky a tieto informácie nemal k dispozícii ani širší výskumný tím. Ten disponoval iba anonymizovanými prepismi rozhovorov.

---

349 EUROPEAN SCIENCE FOUNDATION: *The European Code of Conduct for Research Integrity*. Strasbourg : European Science Foundation, 2011.

350 Projekt RESPECT sa venoval vypracovaniu medzinárodných etických profesionálnych štandardov v oblasti sociálneho a ekonomického výskumu (HUVS, U.: *Socio-Economic Research in the Information Society: A User's Guide from the RESPECT Project*. Brighton : The Institute for Employment Studies, 2014. Dostupné na: http://www.respectproject.org/guide/416guide.pdf (posledná návšteva dňa 31. 10. 2016).

351 EUROPEAN SCIENCE FOUNDATION: *The European Code of Conduct for Research Integrity*. Strasbourg : European Science Foundation, 2011.

3.2. Ľudské práva žien pri pôrodoch a ich odraz v uplatňovaní informovaného súhlasu, v komunikácii s rodiacimi ženami a v rešpektovaní ich rozhodnutí

3.2.1. Úvod

Táto kapitola sa zameriava na rôzne aspekty správania sa zdravotníckeho personálu a jeho komunikácie, spolupráce a ďalších interakcií s rodiacimi ženami tak z pohľadu žien, ako aj z pohľadu zdravotníckeho personálu. V kontexte dodržiavania všetkých ľudských práv pri pôrode je kľúčovým spôsob, akým zdravotnícky personál informuje rodiace ženy o všetkých aspektoch pôrodu a akým od nich získava informovaný súhlas s jednotlivými úkonmi, resp. akým im vytvára autonómny a dostatočný priestor na ich slobodné a informované rozhodovanie sa. Je preto dôležité vedieť, ako (často rozdielne) vníma komunikáciu, spoluprácu a informovanie zdravotnícky personál a ako rodiaca žena.

Kapitola sa hĺbkovo venuje konceptu informovania a informovaného súhlasu, podobám jeho (ne)napĺňania v kontexte poskytovania zdravotnej starostlivosti v pôrodniciach na Slovensku, mechanizmom, akými zdravotnícky personál obmedzuje až odopiera ženám ich právo na informácie a informované rozhodovanie sa, ako aj mechanizmom a stratégiám, akými sa ženy (často neúspešne) snažia svojpomocne dosiahnuť rešpektovanie a napĺňanie svojich práv a prianí. Venuje sa tiež ostatným kľúčovým okolnostiam a podmienkam, ktoré efektívnu komunikáciu a spoluprácu sťažujú alebo jej dokonca bránia. Tieto majú zásadný vplyv aj na celkovú atmosféru pri pôrode a na pocit bezpečia, rešpektu a dôstojnosti na strane rodiacich žien a celkovo na ich psychické a fyzické prežívanie samotného pôrodu a často až doživotné spomienky naň.

3.2.2. Vnímanie ľudských práv žien pri pôrodoch zdravotníckym personálom

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti by malo byť systémovo prispôsobené potrebám prijímateľov a prijímateliek zdravotnej starostlivosti a nositeliek práv. Ako sme už bližšie opísali v 2. kapitole a v publikácii *Ženy – Matky – Telá I*, predchádzajúci výskum so ženami ukázal, že ľudské práva žien pri pôrodoch nie sú dodržiavané a mnohé z identifikovaných porušení majú systémový základ. Keďže dodržiavanie ľudských práv žien v praxi leží na pleciach zdravotníckeho personálu, zaujímalo nás, aké informácie má personál o ľudských právach žien a ako a či vôbec koncept ľudských práv pri svojej práci reflektuje.

V naratívoch zdravotníckeho personálu **sa kontext ľudských práv objavoval len veľmi zriedka a nikdy nie ako ústredný pilier**. Lekári, lekárky i pôrodné asistentky participujúce na výskume sa k dodržiavaniu ľudských práv žien pri pôrodoch vedeli vyjadriť iba okrajovo. **Zdravotnícky personál celkovo nebol zorientovaný v tom, čo ľudské práva žien pri pôrodoch sú a čo zahŕňajú, a nevedel ich uchopiť**. Zároveň nikto z respondentov a respondentiek nespomenul ľudské práva žien iniciatívne.

Nie je, myslím, na to ani žiadny nejaký predpis alebo možno je, ale my o tom nevieme. Že o tom nie sme vzdelaní. Alebo my sa o to nejako nezaujímame ako zdravotníci. Že ako by to… na čo skutočne majú právo, na čo nemajú. Sú tam také medzery, je to také nedotiahnuté. Pracuje sa v nejakom zaužívanom systéme a sú nejakí ľudia a vďaka týmto ľuďom nejaké pracoviská, kde na to sa prihliada. Alebo snaží prihliadať. (Lekárka po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Na otázku, či sú ľudské práva žien dodržiavané, odpovedali takmer všetci respondenti a respondentky výskumu veľmi stroho a vágne. Podľa niektorých nie sú ľudské práva žien pri pôrodoch dodržiavané – … *nie, nie sú* [ľudské práva žien pri pôrodoch dodržiavané] (Lekár pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica), podľa iných k ich porušovaniu nedochádza: *Nemyslím si, že by sa dialo niečo nekalé. Takže, myslím si, že nič, čo by sa priečilo základným ľudským právam, sa v pôrodnici nedeje.* (Lekár po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Zdravotnícky personál zároveň **nepovažuje napĺňanie ľudských práv žien pri pôrodoch za integrálnu súčasť svojej práce a za niečo, čo má východiskovo rámcovať jeho prístupy a konanie, ale skôr za akúsi „nadstavbu“**.

[My] *zostávame pri medicíne. Evidence based medicine… Tuto nám zrejme veríte, tu nám asi dôverujete, že to pôrodníctvo robíme naozaj podľa nejakých doporučených overených medicínskych postupov. Vy máte skôr na mysli tú nadstavbu.* (Lekár po atestácii, vedúci pracovník, viac ako 15 rokov praxe, veľká pôrodnica)

Ľudské práva žien pri pôrodoch ako východiskový koncept a rámec sú teda v slovenskom inštitucionálnom kontexte poskytovateľov a poskytovateliek pôrodnej starostlivosti vo všeobecnosti nepochopené a neviditeľné. Ak však ľudské práva nie sú uznávané a rozpoznávané, nemôžu byť ani rešpektované a systémovo uplatňované a ich porušenia nemôžu byť zdravotníckym personálom napokon ani reflektované. Ako podrobnejšie ukážu aj nasledujúce kapitoly, ilustratívnymi sú napríklad neporozumenie konceptu informovaného súhlasu a prax pôrodnej starostlivosti, v ktorej rozhoduje pôrodnícky personál a nie rodiaca žena, porušovanie práva na súkromie a intimitu, porušovanie práva na zdravie a voľbu okolností pôrodu rutinnými a škodlivými praktikami a celkovo centralizácia pôrodu na nemocnicu/zdravotnícky personál namiesto sústredenia sa na individuálnu ženu a jej potreby a práva vrátane spôsobu komunikácie s ňou.

3.2.3. Potreba centralizácie pôrodu na potreby rodiacich žien a nie na inštitúciu a jej personál

Pôrod predstavuje pre ženy jednu z ústredných životných udalostí, ktorá má výrazný vplyv na ich ďalší život a ktorej priebeh si tiež do konca svojho života často detailne pamätajú. Pôrod sa dotýka tých najintímnejších aspektov ich tiel, integrity, prežívania a vzťahov a celkovo ich bytia. Niet preto divu, že s pôrodom a časom bezprostredne po pôrode sa u žien spája množstvo špecifických a legitímnych potrieb. Naplnenie alebo nenaplnenie týchto potrieb môže do veľkej miery ovplyvňovať nielen ďalšiu kvalitu ich života, ale aj kvalitu života ich detí a nezriedka aj celých rodín.

Pri napĺňaní potrieb a zároveň práv žien pritom netreba zabúdať, že každá žena je jedinečná bytosť a okrem potrieb, ktoré sú počas pôrodu rovnaké pre všetky ženy – napríklad potreba rešpektu, dôstojného a empatického zaobchádzania, potreba zachovania intimity a súkromia –, **majú mnohé**

ženy aj špecifické potreby, ktoré môžu pramenit' z rôznych životných okolností, ktorým musia čelit' a ktoré musí zdravotnícky personál pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti brat' do úvahy.

Je preto dobré mat' na pamäti, že k pôrodu prichádzajú ženy z rôznych socioekonomických pomerov, ženy, ktoré boli sexuálne alebo fyzicky zneužívané, ženy, ktoré otehotneli nechcene (napríklad v dôsledku sexuálneho násilia) a ktorých tehotenstvo a materstvo môže byt' takisto nechcené (napríklad si nemohli dovolit' antikoncepciu a/alebo interrupciu alebo im v podstúpení interrupcie bolo bránené zo strany ich intímneho partnera alebo sociálneho okolia), ženy, ktoré žijú s násilníckym partnerom, ženy, ktoré sú alebo budú samoživiteľkami, ženy, ktoré nemusia dobre (alebo vôbec) rozumiet' jazyku, ktorým hovorí personál pôrodnice (resp. oficiálnemu štátnemu jazyku), ženy, ktoré môžu mat' zdravotné postihnutie, ženy, ktoré môžu mat' traumu z predchádzajúceho pôrodu alebo traumatizujúce spomienky naň, ženy, pre ktoré sú kultúra, hodnoty a zvyklosti väčšinovej spoločnosti cudzie či nepochopiteľné, veľmi mladé ženy či ženy s menšinovou sexuálnou orientáciou a pod.

Hoci mnohé z týchto okolností nemusia byt' zdravotníckemu personálu na prvý pohľad zrejmé, je dôležité, aby bol vnímavý k signálom, ktoré môžu o týchto okolnostiach veľmi jasne napovedat', a aby mal celkovo neustále na pamäti, že jeho perspektíva „normálnosti" a vnímanie toho, čo je „bežné", nemusí byt' pre mnohé ženy vôbec akceptovateľná.

Aj preto je dôležité, aby zdravotnícky personál pristupoval k všetkým ženám citlivo, empaticky a s otvorenou mysľou, aby aktívne zisťoval ich potreby a preferencie, aby sa nepokúšal ich požiadavky a preferencie vždy „racionálne" vysvetľovat' (samozrejme, z pohľadu svojej „racionality" ovplyvnenej svojím poznaním a svojimi životnými skúsenosťami), aby jednotlivé ženy neposudzoval, nehodnotil a neodsudzoval a aby ich požiadavky, priania, obavy alebo pochybnosti nebral osobne. **Všetky rodiace ženy majú právo na rešpektujúcu a ich potreby napĺňajúcu starostlivosť, založenú na proaktívnom prístupe zo strany personálu**. Takáto forma starostlivosti môže byt' tiež dobrou prevenciou situácií, v ktorých by ženy mohli zažívat' neodôvodnené pocity ohrozenia alebo stratu kontroly a sebaúcty a ktoré by v konečnom dôsledku mohli ohroziť celý pôrodný proces – čo určite nie je ani v záujme nemocničného personálu.

Pre pôrod je teda dôležitá taká spolupráca medzi zdravotníckym personálom a rodiacimi ženami, ktorá bude okrem dodržiavania medzinárodne uznávaných zdravotníckych štandardov rešpektovat' prežívanie a práva žien, bude ich vnímat' ako autonómne a rovnocenné bytosti a bude vychádzat' z ich individuálnych potrieb a prianí a prispôsobovat' sa im – a to vo všetkých aspektoch poskytovanej zdravotnej starostlivosti vrátane stanovovania si jej cieľov, uplatňovania jednotlivých postupov, spôsobu výmeny informácií a celkovej komunikácie.

3.2.4. Nerovnováha moci medzi personálom a rodiacimi ženami, informačná prevaha personálu a informovanie ako nevyhnutný predpoklad na rozhodovanie sa žien

Z výskumných rozhovorov so ženami a so zdravotníckym personálom vyplynulo, že prístup a **chápanie toho, ako by mala vyzerat' pôrodná (a popôrodná) starostlivosť, sa u žien a zdravotníckeho personálu v mnohom líšili**. Aj z týchto rozhovorov vyplynulo, že pôrod v nemocničnom zariadení akoby implicitne predpokladal prispôsobenie sa pravidlám inštitúcie zo strany rodiacich žien.

Pôrodnícke zariadenia a ich reprezentanti a reprezentantky však nezohľadňujú nerovné postavenie jednotlivých aktérov a aktérok, ktoré sú súčasťou pôrodnej skúsenosti. Obrovská moc

zdravotníckeho personálu je ešte posilňovaná tým, že lekári, lekárky a pôrodné asistentky disponujú odbornými vedomosťami a skúsenosťami a že nemocnica je prostredím, ktoré dôverne poznajú, ktorého pravidlá a chod sami určujú alebo ovplyvňujú a v ktorom sa cítia jednoducho „doma" (pre viac informácií o mocenskej nerovnováhe a autoritatívnom poznaní personálu pozri napr. kapitoly 1.2.2. a 1.2.3.).

Kým teda pôrod je pre zdravotnícky personál rutinnou záležitosťou, ktorá sa nijako nedotýka ich osobného fyzického a často ani duševného prežívania, **pre ženy je kľúčovou životnou a intímnou udalosťou prebiehajúcou v cudzom, sterilnom a často aj nekomfortnom prostredí a za účasti cudzích a väčšinou aj neznámych ľudí**, od ktorých sú rodiace ženy závislé. Ich súkromie a najbazálnejšia intimita sú často veľmi obmedzené. Na rozdiel od zdravotníckeho personálu si pôrod často nevedia prakticky predstaviť a nevedia, čo sa s nimi a s ich telami bude diať. Všetky tieto, ale aj mnohé ďalšie okolnosti prispievajú k tomu, že **medzi ženami a zdravotníckym personálom existuje obrovská nerovnováha moci v neprospech žien**. Mnohé ženy navyše vkladajú zdravotníckemu personálu do rúk svoju plnú dôveru.

Biomoc[352] a odborná a informačná prevaha v rukách zdravotníckeho personálu majú značný vplyv na prežívanie žien a aj ich rozhodovanie sa. Aj preto je na strane zdravotníckeho personálu dôležité si uvedomovať, že komunikácia so ženami a ich informovanie nie sú len neutrálnymi a rutinnými úkonmi, ale zásadnými prostriedkami ovplyvňujúcimi prežívanie žien a ich rozhodovanie sa (a niekedy, žiaľ, prostriedkami, ktorými personál rozhodovanie žien nahrádza – pozri neskôr v tejto publikácii). Spôsob, akým sa ženám informácie podávajú alebo nepodávajú a akým sa komunikujú alebo nekomunikujú postupy vrátane výberu informácií, ktoré budú sprostredkované a ktoré budú zamlčané (napríklad o rizikách intervencie, ktorú preferuje zdravotnícky pracovník alebo pracovníčka), tón hlasu, ktorý personál používa, prostredie, okolnosti a atmosféra, za ktorých sa informácie podávajú, neverbálna komunikácia počas samotného informovania – to všetko sú faktory, ktoré spoludeterminujú prežívanie pôrodu a spokojnosť s pôrodom, kvalitu samotného informovania a priestor na autonómne rozhodovanie sa žien. Miera a spôsob informovania žien pred pôrodom a počas pôrodu v konečnom dôsledku odrážajú, či sa východiskovo nerovnovážny a fakticky aj mocenský vzťah medzi zdravotníckym personálom a rodiacou ženou po príchode do pôrodnice a počas pôrodu ešte prehlbuje alebo či sa vyrovnáva smerom k rovnocennej a partnerskej komunikácii a spolupráci a ku kontrole žien nad svojimi vlastnými telami a pôrodmi.

3.2.5. Informovanie a informovaný súhlas

Prístup k informáciám patrí ku kľúčovým aspektom pôrodnej starostlivosti a právo žien na informácie, informovaný súhlas, odmietnutie navrhovaného postupu a rešpektovanie osobnej voľby patrí k ľudským právam žien pri pôrodoch (podrobnejšie pozri kapitolu 2.2.3.).

[352] V sociálnovednom diskurze tento pojem označuje moc biomedicíny, pričom predpona "bio" zdôrazňuje, že ide o medicínu, ktorá je založená na poznatkoch exaktných vedeckých odborov, ako je biológia. Bližšie pozri SLEPIČKOVÁ, L. – ŠLESINGEROVÁ, E. – ŠMÍDOVÁ, I.: Biomoc a reprodukční biomedicína: konceptuální inspirace pro český kontext. In: *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, roč. 48, 2012, č. 1, s. 86.

> „Informovaný súhlas sa opiera o viaceré ľudskoprávne prvky, ktoré sú neoddeliteľné, vzájomne podmienené a vzájomne prepojené. Okrem práva na zdravie zahŕňajú právo na sebaurčenie, právo na nediskrimináciu, právo nebyť podrobená experimentovaniu bez súhlasu, právo na osobnú bezpečnosť a ľudskú dôstojnosť, právo na uznanie pred zákonom, slobodu myslenia a prejavu a právo na sebaurčenie v oblasti reprodukcie."
>
> **Anand Grover, osobitný spravodajca OSN pre právo každej osoby na najvyššie dosiahnuteľnú úroveň fyzického a duševného zdravia, 2009**[353]

Informovaný súhlas je proces komunikácie – akcie a interakcie medzi zdravotníckym personálom a rodiacou ženou, **ktorý smeruje k autonómnemu rozhodovaniu sa ženy** o podobe poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Ženy by mali od zdravotníckeho personálu dostať všetky relevantné informácie podané spôsobom, ktorý je pre ne zrozumiteľný, ohľaduplný a celkovo „šitý na mieru", ktorý nevyužíva nátlak a dáva im dostatočný čas slobodne sa rozhodnúť. **Takýto postup je základným predpokladom poskytovania zdravotnej starostlivosti v súlade so zákonom a medzinárodnými právnymi aj odbornými zdravotníckymi štandardmi**. Úlohou inštitútu informovaného súhlasu je teda zabezpečiť, aby rodiace ženy – ale aj akékoľvek iné klientky či klienti prijímajúci zdravotnú starostlivosť – mohli slobodne prijímať autonómne a informované rozhodnutia po zvážení všetkých postupov, alternatív a rizík alebo prípadne aby navrhované postupy informovane odmietli (podrobnejšie pozri kapitolu 2.2.3.). **Povinnosť poskytovať pôrodnú starostlivosť výlučne na báze informovaného súhlasu sa viaže na celú dobu poskytovania tejto starostlivosti**. Keďže každá prijímateľka pôrodnej starostlivosti (ale celkovo aj prijímateľky a prijímatelia akejkoľvek inej zdravotnej starostlivosti) má právo už poskytnutý informovaný súhlas kedykoľvek odvolať (a toto odvolanie možno uskutočniť aj ústne), **zdravotnícky personál sa musí počas poskytovania pôrodnej starostlivosti neustále uisťovať, že koná so súhlasom prijímateľky zdravotnej starostlivosti**.

> „Ženy by mali byť plne zapojené tak, aby starostlivosť mohla byť flexibilná a ušitá na mieru a na naplnenie individuálnych potrieb každej ženy a jej dieťaťa. Ženy by mali mať možnosť robiť informované rozhodnutia o každom aspekte ich pôrodu. Ženy niekedy odmietnu ponúkané intervencie, a to z početných dôvodov vrátane predchádzajúcej nepríjemnej skúsenosti. Individualizovaná starostlivosť by mala podporovať poskytovanie dôkazmi podložených informácií a aktívny informovaný súhlas by mal byť od žien získavaný pred všetkými monitorovacími procedúrami, vyšetreniami a ošetrovaním."
>
> **NICE, 2014**[354]

---

[353] Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. United Nations General Assembly, 2009, A/64/272, bod 19.

[354] *Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190: Methods, evidence and recommendations*. London : National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2014, s. 255. Dostupné na: https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-appendices-ae-g-h-jr-pdf-248734766 (posledná návšteva dňa 11. 10. 2016).

3.2.5.1. Informovanosť a informovaný súhlas v pôrodniciach očami žien

Ako potvrdila predchádzajúca výskumná sonda, ktorá je stručne opísaná aj v kapitole 2.2.3., **ženy pociťovali nedostatok informácií počas všetkých fáz pôrodu i po ňom**, a to už od príchodu do pôrodnice. Úspešné neboli ani ich aktívne snahy získavať informácie ešte pred príchodom do pôrodníckeho zariadenia.[355] Predchádzajúca výskumná sonda zároveň ukázala, že ženy pociťovali nedostatok informácií o postupoch, ktoré zdravotnícky personál vykonával, o celom procese pôrodu a zdravotnom stave seba i dieťaťa. **Rodiace ženy vnímali komunikáciu so zdravotníckym personálom ako nedostatočnú, čo im následne neumožňovalo konať a autonómne sa rozhodovať o svojom tele**, resp. vykonávaných postupoch.

(V: Ešte keď sa pozrieme na tú komunikáciu [so zdravotníckym personálom]. Mali ste dosť informácií, ktoré ste potrebovali vedieť počas pôrodu?) R: *Nie. Hlavne teda už potom, keď sa teda ten pôrod rozbehol naplno, tak vtedy už, ja neviem, či už vplyvom toho oxytocínu alebo mi pichli ešte niečo, ja neviem, ale proste ja už som to mala celé také zamlžené. Už sa so mnou v podstate skoro nikto nerozprával o ničom. Len sestrička mi povedala tlačte, netlačte, nerobíte to dobre, musíte mať zatvorené ústa a tak ďalej, to bolo všetko.* (Martina, 32 rokov, 1 dieťa)

Viaceré ženy opisovali, že niektoré úkony pri pôrode boli vykonané bez ich súhlasu. Išlo napríklad o intervencie ako napichovanie kanyly a aplikácia oxytocínu a iných medikamentov, napichnutie vaku blán, nástrih hrádze či vykonávanie Kristellerovej expresie/tlaku na fundus. O mnohých úkonoch, ktoré boli zdravotníckym personálom vykonané počas pôrodu, **sa rodiace ženy dozvedeli až spätne po ich vykonaní** (tieto úkony teda boli vykonané nielen bez ich súhlasu, ale aj bez ich vedomia). V niektorých prípadoch boli intervencie do pôrodu vykonané zdravotníckym personálom **aj proti vyslovenému nesúhlasu žien**.

Napríklad mala som tam [v pôrodnom pláne]…, *že si neželám, aby mi praskli tie plodové obaly. A to v podstate* [lekárka] *spravila – a to akože bez môjho vedomia – a ešte ma aj oklamala, že to neurobila. Vyslovene, že klamala do očí, že nie, ale však som to cítila*… (Andrea, 36 rokov, 1 dieťa)

A potom nepríjemné bolo ešte, že počas toho pôrodu mi sestrička, že sestrička bola donútená doktorkou, aby mi nachystala tú, tú kanylu na infúziu. … Aj napriek tomu, že som vravela, že ja žiadnu infúziu nechcem a nebudem ju potrebovať, že nerobte to, sestrička to bola ochotná akceptovať, fakt tak to bolo vidno, že to robí proti svojej vôli a tá doktorka ju k tomu dotlačila, a skutočne tá kanyla tam bola nanič, pretože mi do žily nič netieklo, len tam proste bola nachystaná, no. Takže to bolo, to bol taký nepríjemný zážitok, lebo to bolo fakt počas toho pôrodu, keď som už ja bola na tej posteli a už som mala pocit, že konečne ideme a musela som riešiť niečo, čo bolo proti mojej vôli. (Eva, 27 rokov, 1 dieťa)

Neinformovanosť bola zároveň jednou z najvážnejších výhrad rodiacich žien, respondentiek v našom výskume, k pôrodom v nemocniciach. Nedostatok informovania a pozornosti zo strany zdravotníckeho personálu mal na rodiace ženy počas pôrodu priamy vplyv. **Viaceré respondentky opisovali, že sa následkom toho zvyšovali ich obavy a stres pred pôrodom, počas neho i po**

---

[355] Bližšie pozri DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 57 – 126.

pôrode z dôvodu obáv o svoj zdravotný stav, strachu o svoje dieťa, z pocitu neznámeho. Zároveň to vplývalo aj na ich psychický stav či reflexiu pôrodnej skúsenosti.

(V: Predtým, než sa vás dotkli alebo previedli nejaký úkon, pýtali sa Vás na súhlas?) R: *Nie. Len mi bolo pri tom napichnutí kanyly povedané, že teraz mi napichnú kanylu, a púšťali mi infúziu. Potom prišli, že, preboha, pustili sme to moc rýchlo. Tak to stiahli trošku. Neskôr som sa dozvedela, že príliš rýchlo to bol pustený oxytocín. Ale nehovorili, že nejaký akt, že presne čo sa bude diať a ako sa bude diať alebo že čo idú robiť.* (Jana, 32 rokov, 2 deti)

Pretože on [pôrodník] *nepovedal, čo sa bude diať, nepovedal, aké má rozhodnutie, nepovedal žiadne dôvody… Napriek tomu, že je veľký odborník a veľmi oceňujem to, aký je vo svojej praxi dobrý, tak tá ľudská stránka a komunikatívnosť tam veľmi chýbala. Veľmi. A to proste, to som úplne až prekvapená z toho, že on* [mi] *nič nepovedal. Takže toto bolo blbé.* (Mária, 30 rokov, 1 dieťa)

… [N]*o každopádne dala informácie, že teda niečo povedala z toho, že buď sme za lemom, alebo bránka zájdená, takže ideme na pôrodnú sálu. Ale ja keďže neviem, kedy sa chodí na pôrodnú sálu, tak som vedela, že rodíme, ale nevedela som, že čo to znamená. Tak sa jej pýtam, že no a teda? Lebo zjavne mi nedala informáciu, ktorú by som pochopila. No a hovorím, že, teda, že čo ste zistili? Že sme za lemom a ja že mhm, dobre, a to znamená? No, že bránka je zájdená. Oukej, a teda? V centimetroch to znamená koľko? Ja neviem – 8, 9, a ona, že 9 – 10, že viac sa už ani nedá. A hovorím, že, aha, a teda? No, rodíte a ahá, no tak ďakujem za informáciu…* (Kristína, 30 rokov, 2 deti)

Analýza naratívov žien tiež ukázala, že pri ich pôrodoch bolo **informované rozhodovanie sa, resp. „informovaný súhlas", redukované iba na získanie podpisu formulára „informovaného súhlasu"**. Išlo o rutinný a formálny úkon, ktorý má nízku efektivitu (a ktorý v mnohých prípadoch nemá nijakú právnu relevanciu – pozri ďalej kapitolu 3.2.5.2.1.) okrem iného preto, že obsah podpisovaného formulára nebol rodiacim ženám bližšie vysvetľovaný.[356]

Počas kontrakcie, jak som tam ležala na posteli, tak mi sestrička dala podpísať asi tri papiere, že tu to podpíšte, že súhlasíte s pôrodom. (Júlia, 32 rokov, 2 deti)

Niečo som podpisovala, ale ani som nevedela, čo to je. (Andrea, 36 rokov, 1 dieťa)

Ale to počas tých kontrakcií, keď som vyplnila dotazník, tam ten súhlas som podpisovala… ešte niečo, že súhlas s… dve veci nejaké som podpisovala, nepamätám si už ani čo. (Miroslava, 32 rokov, 1 dieťa)

3.2.5.2. Koncept informovaného súhlasu reflektovaný v rozhovoroch so zdravotníckym personálom

3.2.5.2.1. „Informovaný súhlas" ako formalita zhmotnená v podpise nemocničného formulára

V predchádzajúcej časti opísané zistenia z rozhovorov s rodiacimi ženami potvrdzujú aj výskumné rozhovory uskutočnené s pôrodníkmi, pôrodníčkami a pôrodnými asistentkami.

[356] Pozri tamtiež, s. 85 – 87.

Všetky pôrodné asistentky vo výskume opisovali, že informovaný súhlas je v pôrodniciach, kde pracujú, len formálnou procedúrou, keď tehotné (rodiace) ženy podpisujú vopred vytlačený štandardizovaný formulár.

Je to automaticky. Automaticky sa podpisuje hneď pri príjme súhlas s hospitalizáciou. (V: Je to na nejakom tlačive predtlačenom?) *Áno.* (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Aj v reflexii pôrodníkov a pôrodníčok bol informovaný súhlas vnímaný len ako formálne vyjadrenie súhlasu s navrhovanými postupmi. Tieto rozhovory zároveň ukazujú, že v úvodných fázach pôrodu, resp. vo fáze po príchode do pôrodnice, priestor na podrobné informovanie o postupoch a zákrokoch zdravotníckym personálom vytváraný nie je. Podpis rodiacich žien je formálnym súhlasom s vopred vymedzeným postupom – napriek tomu, že je zodpovednosťou ošetrujúceho zdravotníckeho pracovníka alebo pracovníčky informovať ženy o navrhovaných postupoch, úkonoch a alternatívach a žiadať o ich skutočný a informovaný súhlas, v rámci čoho je potrebné aktívne zisťovať aj preferencie, požiadavky a priania žien (a k tomu pozri aj neskôr v texte).

Žena podpisuje už pri prijatí do zdravotnej starostlivosti taký dokument, v ktorom je napísané, že ak by prišlo k nejakej komplikácii, kde by bol potrebný rýchly zákrok, že s tým dáva súhlas. Ona to podpíše… Všeobecne štandardne dostávame súhlas na tú operáciu, lebo ona vie, do čoho ide. (Lekárka po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Lekári a lekárky vo všeobecnosti nevnímali formuláre informovaného súhlasu ako relevantný podklad pre informovanie žien, ale skôr ako byrokratický nástroj, ktorý navyše nie je efektívny. Jedným z dôvodov, pre ktorý absentuje ich efektívnosť, môže byť aj skutočnosť, že formuláre neobsahujú informácie, ktoré sú pre ženy dôležité.

Štandardne bežné informované súhlasy, ja to považujem za hodne prebyrokratizované, lebo pomaly aj na to, či sa vyzuje alebo ide na záchod, tak zakaždým príde anestéziológ a aspoň tri informované súhlasy musí tá rodička podpísať. Ani to nestihne čítať, čo podpisuje. To je podľa mňa úplne na nič. To je len taký právny alibizmus. Ale tam je dôležitá tá informácia o tom, čo sa bude robiť. A tá nie je v tých informovaných súhlasoch. (Lekár po atestácii, vedúci pracovník, viac ako 15 rokov praxe, veľká pôrodnica)

Pôrodné asistentky v rozhovoroch uvádzali, že **ženám obsah štandardizovaného formulára „informovaného súhlasu" v krátkosti opisujú** (hoci vzhľadom k pomerne malej výskumnej vzorke je možné, že v praxi niektoré pôrodné asistentky neposkytujú pri podpise žiadne vysvetlenie či komentár). Niektoré pôrodné asistentky opisovali, že **obsah formulára s názvom informovaný súhlas vysvetľujú v hrubých črtách**, pričom podpis žien znamená, že súhlasia s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou.

Ako kedy, ja aj v skratke poviem: toto, toto, toto, podpíšte mi to, ona mi to podpíše – prečítajte si. Ale to má jednu stranu, druhú, tretiu, štvrtú, ja jej v skratke poviem. (Pôrodná asistentka, nad 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Podľa respondentiek z radov pôrodných asistentiek **v situácii pri príjme nie je priestor, ale ani hlbší záujem zdravotníckeho personálu rodiacim ženám poskytovať podrobné informácie o pôrode**. Niektoré pôrodné asistentky tiež reflektovali, že ich zdržiava, ak chcú rodiace ženy poznať detaily alebo si formulár informovaného súhlasu chcú prečítať a informovane ho podpísať až potom, keď sa uzrozumejú s jeho obsahom.

Ale niektoré si to chcú prečítať, ja im nemôžem povedať nie. Ale mňa to čítanie v podstate zdržuje. Keď potrebuje, čo sa ma opýta, ja jej poviem. (Pôrodná asistentka, nad 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

V jednom prípade pôrodná asistentka opisovala, že **vníma svoju zodpovednosť za vysvetlenie obsahu formulára informovaného súhlasu ako preberanie kompetencie od lekárov**, ktorí sú v ich nemocničnom zariadení za informovanie zodpovední.

No, u nás informovaný súhlas má dať podpísať lekár. Má informovať všetko lekár. U nás sa to málokedy stane. U nás je to, samozrejme, automaticky, že podpíšte… Málokedy vlastne… Všetko nechajú na tú pôrodnú asistentku. Však vám to povie ona, však prečo nie. (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Poskytovanie relevantných informácií rodiacim ženám je však zodpovednosťou všetkých relevantných členiek a členov zdravotníckeho personálu, ktorí ženám poskytujú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s pôrodom – nielen lekárov a lekárok. Okrem toho, že takýto prístup umožňuje lepší manažment informovania počas trvania pôrodu a bezprostredne pred ním a po ňom, je aj logickým odzrkadlením toho, na čo má informovanie rodiacich žien počas ich pôrodu primárne slúžiť. Ak je právne uznaným cieľom informovania umožniť žene, aby mala kontrolu nad svojím pôrodom v tom najširšom zmysle slova (t. j. aby priebežne vedela, čo sa počas pôrodu deje a mohla sa o celom priebehu rozhodovať), potom je logicky nevyhnutné, aby informovanie prebiehalo kontinuálne v nepretržitej interakcii zdravotníckeho pracovníka alebo pracovníčky, ktorá rodiacej žene aktuálne poskytuje svoju asistenciu, s rodiacou ženou. Aj zákon o zdravotnej starostlivosti napokon hovorí o tom, že informácie v súvislosti so získavaním informovaného súhlasu poskytuje „ošetrujúci zdravotnícky pracovník"[357] (a podrobnejšie k tomu pozri aj kapitolu 3.4.1.6.).

Podpísanie formulára rodiacou ženou sa v podstate automaticky očakáva. Ani v jednej z výskumných sond sme nezaregistrovali situáciu, že by rodiaca žena formulár informovaného súhlasu nepodpísala alebo že by zdravotnícky personál žene naznačil alebo priamo povedal, že má právo sa slobodne rozhodnúť, či formulár ako celok podpíše alebo nie.

Podľa niektorých opisov pôrodníkov a pôrodníčok sa stáva, že rodiace ženy určité postupy odmietnu. V takomto prípade sa toto odmietnutie väčšinou zaznamenáva do formulára informovaného súhlasu, resp. rodiace ženy podpisujú formuláre o odmietnutí istého typu starostlivosti samostatne.

Ale áno, už vlastne pri príjme podpisuje rodička, že je teda informovaná o postupe, čo s ňou plánujeme robiť. Ak vyslovene niečo odmieta, napríklad odmieta aplikáciu antibiotík a je tam skutočne indikácia na tú aplikáciu, tak to už je na nás. Mali by sme jej dať podpísať papier, že je poučená o možných komplikáciách a aj napriek poučeniu odmieta takú a takú liečbu. Niekto si to nechá na ústnej dohode, ale to už potom je riziko toho lekára. Keď už je niečo také aspoň či už nie vyslovene do predtlačeného formuláru, ale aspoň niekam to zaznačiť, aby to tá rodička podpísala. To by malo byť. V [nemocnici v zahraničí] *boli vypracované na isté situácie špeciálne informované súhlasy, predtlačené tlačivá. Tuto nie. Tu je len to všeobecné a my potom, povedzme, dopíšeme, že to a to odmieta, že o tom a o tom bola poučená.* (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Z konceptu formulára informovaného súhlasu a jeho uplatňovania v slovenských pôrodniciach je teda zrejmé, že je **primárne koncipovaný ako „súhlas" rodiacich žien so zaužívanými postupmi uplatňovanými v pôrodniciach** („*pri príjme podpisuje rodička, že je teda informovaná o postupe, čo s ňou plánujeme robiť*"). Takto koncipovaný „informovaný súhlas" svojou pozitívnou formuláciou a podpisom rodiacej ženy **vyvoláva dojem vlastného a slobodného rozhodnutia rodiacej**

[357] Pozri zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, § 6 ods. 1 a 2.

ženy o priebehu pôrodu. **V skutočnosti však nejde o individualizovaný koncept orientovaný na individuálnu ženu**, ktorý by vychádzal z jej prianí, potrieb a požiadaviek a odrážal jej vlastné preferencie, ale o štandardizovaný koncept, ktorý je východiskovo nastavený a orientovaný na predstavy a potreby zdravotníckeho personálu, pre ktorý navyše predstavuje (zdanlivú) ochranu v oblasti právnej zodpovednosti. **Ak totiž podpisu „informovaného súhlasu" nepredchádzalo napr. adekvátne a zrozumiteľné informovanie, žena nemala dostatok času si svoj súhlas, resp. podpis premyslieť (a niekedy ani prečítať samotný formulár) a bola pod časovým alebo iným tlakom, prípadne s niektorými alebo všetkými bodmi nesúhlasila, ale prakticky nemala priestor svoj nesúhlas vyjadriť, ide aj z právneho hľadiska o protiprávne získaný, a teda o neplatný „informovaný súhlas"**. Odmietnutie niektorého z navrhovaných postupov je síce možné, ale vždy predstavuje odchýlku od štandardizovanej normy stanovovanej zdravotníckym zariadením a/alebo zdravotníckym personálom. Súčasne na strane žien, ktoré sú v čase pôrodu v obzvlášť zraniteľnej a mocensky nevyváženej pozícii, vyžaduje nemalé osobné investície (napr. v podobe potreby „vyčnievať z davu", postaviť sa mocenskej a odbornej autorite a konfrontovať sa s ňou v situácii, keď žena často nemá prakticky k dispozícii žiadnu alternatívu a musí sa sústrediť na svoj prebiehajúci pôrod a pod.). Za okolností, v ktorých proces informovania rodiacich žien patrí tiež k vážnym deficitom slovenského pôrodníctva, nepredstavuje takéto formalizované získavanie „informovaného súhlasu" ani funkčný postup. **Získavanie informovaného súhlasu je totiž deformované systémovo už vo svojom východiskovom nastavení** – v obmedzení sa na byrokratické štandardizované formuláre a v jasnom očakávaní, že rodiace ženy ich budú podpisovať. Tento prístup však popiera zmysel informovaného súhlasu ako individualizovaného konceptu a ako nástroja zabezpečovania slobodného a informovaného rozhodovania sa samotnými ženami.

3.2.5.2.2. „Informovanie" ako oznamovanie rozhodnutí prijatých zdravotníckym personálom

Ako dokumentuje predchádzajúci text, ženy sú po príchode do pôrodnice vystavené nutnosti podpisovať formuláre tzv. informovaného súhlasu, ktoré však nenapĺňajú právne, ale ani medzinárodne uznávané zdravotnícke štandardy pre poskytovanie pôrodnej (ale ani inej zdravotnej) starostlivosti. Zaujímalo nás preto, či zdravotnícky personál poskytuje rodiacim ženám potrebné informácie počas samotného pôrodu a akými spôsobmi, s akou motiváciou a celkovo v akých komunikačných rámcoch sa toto poskytovanie informácií (ne)deje.

Analýza rozhovorov so zdravotníckym personálom, teda s lekármi, lekárkami a pôrodnými asistentkami, poukazuje aj na to, že **spôsob, akým sú informácie poskytované rodiacim ženám, má najčastejšie podobu podávania strohej informácie, resp. oznamovania**. Informovanie bolo v rozhovoroch opisované ako **proces oznamovania jednotlivých krokov zdravotníckym personálom, kde personál opisuje, čo ide (u)robiť, avšak bez zohľadnenia perspektívy žien** a bez predpokladu, že na základe ním poskytovaných informácií sa následne rodiaca žena bude sama rozhodovať.

Ja si myslím, že teraz nebudem preháňať alebo maľovať nejaké tieto chiméry, ale ja, aspoň čo sledujem náš personál, tak my naozaj hovoríme, čo ideme robiť. Vždy im hovoríme. Teraz ideme… nebojte sa, nebude to bolieť. Proste sa im to snažíme nejako popísať, čo ideme robiť a prečo to ideme robiť. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Ak teda zdravotnícky personál vôbec poskytoval informácie, toto informovanie bolo v jeho opisoch väčšinou **fakticky informovaním o rozhodnutiach tohto personálu a nie aktívnym vytváraním predpokladov a podmienok na to, aby sa žena mohla na základe kvalifikovaných a aktuálnych**

informácií rozhodovať sama – hoci výnimočne, v dvoch prípadoch, sa vyskytli aj iné perspektívy. Formalistické poskytovanie informácií, oznamovanie bez zrozumiteľnosti týchto informácií pre rodiace ženy a vysielanie jasných, aj keď implicitných signálov o tom, že rozhodnutia sú už urobené a priebeh pôrodu vopred daný, neumožňujú slobodné a informované rozhodovanie sa na strane žien. Z tohto hľadiska sa naratívy lekárov, lekárok a pôrodných asistentiek nelíšili. Na skutočnosť, že **proces informovania je skôr formalizovaný a nie je sprevádzaný snahami umožniť rodiacim ženám na základe informácií slobodné a informované rozhodovanie sa**, poukazujú tak rozhovory s lekármi a lekárkami, ako aj naratívy pôrodných asistentiek. Takéto poňatie a chápanie informovania bolo v opisovaných rozhovoroch lekármi, lekárkami a pôrodnými asistentkami považované za primerané a v zásade nebolo nimi spochybňované.

Tak určite by sa malo [komunikovať a zisťovať vôľu žien]. *Že teraz vás vyšetrujem a robím to a to. Určite by to malo byť vysvetlené, čo sa s ňou vlastne robí. No ale ťažko povedať ako to… Tak stručne a jasne musí mať podanú informáciu.* (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Napríklad príde prvorodička, ktorá nevie, tak jej vysvetlíme: máte taký a taký nález a toto všetko vám budeme robiť. V prípade, že niečo, tak sa pýtajte, ja vám vysvetlím. Čiže väčšinou je to tak v priebehu toho všetkého. Neupozorňujeme ju dopredu, že budeme robiť toto a toto, lebo tie mamičky sa stresujú zbytočne. (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

3.2.5.2.3. Úplná absencia informovania a rutinné vykonávanie úkonov

Už naratívy žien ukazovali, **že ani opísaný minimalistický prístup k poskytovaniu informácií nemusí byť štandardom** a niektorí lekári a lekárky neposkytujú ani tieto základné informácie. Takéto situácie opisovali aj členovia a členky zdravotníckeho personálu.

Je snaha u nás všetko hovoriť – áno, že ideme napichnúť plodovú vodu, pretože je to výhodné, je tam takýto nález a sa otvárate… Je snaha im povedať, ale nedá sa to 100-percentne zaručiť, my sme tiež ľudia a tiež máme toho niekedy veľa v tej práci. (Lekár po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Aj pôrodné asistentky v rozhovoroch upozorňovali, že **niektorí lekári a lekárky ženy primerane neinformujú a postupujú rutinne bez slova**.

Čo sa týka mladých doktorov, tak to nie. Máme mladé doktorky, ktoré krásne vysvetlia mamičke, čo ju čaká… Ale máme aj pána doktora, ktorý na to kašle. Čiže je mu to jedno. (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Pri opisoch niektorých intervencií počas pôrodu túto skutočnosť – **neinformovanie** ani len o tom, čo sa práve deje a čo zdravotnícky personál vykonáva – samotní **lekári a lekárky priamo alebo nepriamo potvrdzovali**.

(V: A Hammiltonov hmat[358] sa používa?) R: *To si niektoré mamičky tak dosť* [neželajú], *niektoré keď nám to rozprávajú, tak nevedia, o čo ide… Ony ani nevedia, že my to robíme. Ja si myslím, že ony vôbec nevedia, o čo ide.* (Lekárka po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

[358] Hammiltonov hmat/manéver patrí medzi chirurgické metódy vyvolania pôrodu. Robí sa počas vaginálneho vyšetrenia, jedným alebo dvoma prstami, ktoré sú vsunuté do krčka maternice a krúživým pohybom je porušené spojenie dolného segmentu maternice s plodovými obalmi. Predpokladá sa, že kontrakcie (vzápätí alebo do niekoľkých hodín) vyvolá vylúčenie hormónov – endogénnych prostaglandínov. Viac informácií o Hammiltonovom hmate je možné nájsť napríklad v HOLOMÁŇ, K. a kol.: *Vybrané kapitoly z pôrodníctva*. Bratislava : Univerzita Komenského Bratislava, 2014, s. 270 – 271.

(V: Ešte sa vás chceme opýtať aj konkrétne na takzvaný Hammiltonov hmat. Za akých okolností je indikovaný a stretávate sa s ním?) R: *U tých maminiek, ktoré nejakým spôsobom nechcú vyvolať ten pôrod, ale už by aj bolo dobré nejaký taký mini zásah urobiť. Len to je ťažké povedať, či pri tom vyšetrení ten pôrodník* [zásah urobí] *či len vyšetrí. Zistí, či je, povedzme, na tie tri centimetre otvorená alebo či vlastne trošku tam aj prstom prejde a oddelí vak blán od steny maternice a tým pádom sa tam už popisuje vylúčenie hormónov. A môže to byť urýchlenie pôrodu. To je ťažko povedať. Aj keď sa pozerám na to vyšetrenie, tak neviem, či ho ten kolega urobil alebo neurobil. To v podstate vie len on*. (V: To sa teda ani nekomunikuje s rodiacou ženou? Teda, nemusí sa to komunikovať s rodiacou ženou?) R: *No, nemusí sa… Tak určite by sa malo. Že teraz vás vyšetrujem a robím to a to. Určite by to malo byť vysvetlené, čo sa s ňou vlastne robí. No ale ťažko povedať, ako to* [prebieha]. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

3.2.5.2.4. Akútne situácie, riziko a ohrozenie ako ospravedlnenia pre zlyhania v informovaní žien

Informovanie žien a rovnocenná a partnerská komunikácia s nimi sa v niektorých naratívoch objavovala ako niečo, čo predstavuje akýsi „nadštandard" či možnú pridanú hodnotu pre pôrody prebiehajúce bez komplikácií. **Podľa lekárov a lekárok v prípadoch, ktoré sú podľa nich život ohrozujúce, nielenže nie je priestor na rozhodovanie sa žien, ale často ani na informovanie a komunikáciu**.

Je to pomerne adrenalínový šport, ktorý nesie so sebou obrovské množstvo zodpovednosti, komplikácií, ide o život doslovne mnohokrát… No a toto si vyžaduje určité striktné postupy, myslím tie odborné. Nemôžete sa usmievať na pacientku a komunikovať s ňou, keď krváca. No a toto je pomerne ťažko odlíšiť. Keď môžeme srandovať, tak môžeme srandovať a urobiť príjemnú atmosféru aj na pôrodnej sále. Ale keď ide o život, nie je čas. A musíme povedať … krvácate, odlučuje sa vám placenta a ide vám o život a aj vášmu dieťaťu. Takže vám navrhujeme urobiť okamžite cisársky rez. A či budete súhlasiť alebo nie, teraz to preháňam, ak chcete prežiť, tak musíte s týmto súhlasiť. Lebo omdliete a za pol hodinu vykrvácate. To sú hraničné situácie a my sa do nich dostávame dennodenne. (Lekár po atestácii, vedúci pracovník, viac ako 15 rokov praxe, veľká pôrodnica)

Nedostatok času vyplývajúci z akútnej situácie a nepredvídané situácie sa tak stávajú argumentmi a ospravedlneniami zdravotníckeho personálu pre neinformovanie alebo neadekvátne informovanie žien.

Častokrát, keď je akútna situácia, ten problém, tak lekár zistí ten problém, otočí sa k telefónu, vybaví, čo je potrebné, ide za rodičkou a povie, no musíme robiť toto a toto, lebo. Zase je to také individuálne, či človek povie jednou vetou alebo teda lekár povie len jednou vetou ‚musíme urobiť cisársky rez, lebo dieťa sa dusí'. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Koncept rizika a ohrozenia ako faktora používaného na ospravedlňovanie nedodržiavania ľudskoprávnych štandardov týkajúcich sa informovania a rozhodovania sa žien, ale celkovo nerešpektujúceho správania sa voči nim, **sa pritom v rozhovoroch objavoval pomerne často**.[359] Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti by však mal vytvárať podmienky na informovanie rodiacich žien v dostatočnom predstihu a s dostatočným množstvom personálu tak, aby v prípadoch, že

[359] Ku konceptu hrozby ako ospravedlnenia pre porušovanie práv vo všeobecnosti pozri aj kapitolu 3.2.9.4.

nastanú nepredvídané komplikácie, rodiace ženy na situáciu nedoplácali nedostatkom informácií o tom, čo sa deje a/alebo ide diať. **Ani akútne situácie nie sú samy osebe ospravedlnením pre neinformovanie**.

Zákon o zdravotnej starostlivosti ustanovuje len niekoľko prísne vymedzených výnimiek, keď sa na poskytovanie zdravotnej starostlivosti nevyžaduje informovaný súhlas.[360] Jednou z týchto výnimiek sú prípady „neodkladnej starostlivosti, ak nemožno včas získať informovaný súhlas, ale ho možno predpokladať"[361]. Medzi parametre „neodkladnosti" patria v zmysle zákona napríklad bezprostredné ohrozenie života alebo niektorej zo základných životných funkcií dotknutej osoby.[362] V podobnom duchu je formulovaný aj Dohovor o ľudských právach a biomedicíne, ktorý umožňuje vykonať **nevyhnutný medicínsky zákrok** bez súhlasu dotknutej osoby a v prospech jej zdravia **len v núdzových situáciách**.[363] Podľa vysvetľujúcej správy k tomuto dohovoru sa za takúto núdzovú situáciu (*emergency situation*) považuje, ak je dotknutá osoba napríklad v kóme.[364] Aj pri splnení podmienky nevyhnutnosti medicínskeho zákroku a jeho prospešnosti pre dotknutú osobu však musia byť splnené ďalšie právne už spomínané požiadavky – t. j. že informovaný súhlas **nemožno získať včas**, no zároveň ho **možno predpokladať**. **Nemožnosť včasného získania súhlasu pritom musí byť vždy interpretovaná prísne a obmedzujúco a nezahŕňa napríklad situácie, keď by sa zdravotnícke zariadenia vyhýbali povinnosti poučiť pacienta alebo pacientku z dôvodu pohodlia alebo nedostatku personálu**.[365] Možnosť predpokladať súhlas – ktorá však prichádza do úvahy len pod podmienkou, že je už naplnená požiadavka núdzovej situácie a nemožnosti včasného získania tohto súhlasu – sa vždy musí posudzovať vzhľadom na všetky okolnosti konkrétneho prípadu. V zásade však v každom prípade platí, že ak rodiaca žena vyjadrila vo svojom pôrodnom pláne alebo v inak písomne alebo ústne formulovaných prianiach, že si určitý úkon neželá, potom jej súhlas nemožno predpokladať. Naopak, ak predtým, než nastala situácia opodstatňujúca potrebu vykonania zákroku bez informovaného súhlasu, rodiaca žena vyjadrila výslovný súhlas s určitým zákrokom pre prípad, že nastane jeho potreba, a medzičasom ho neodvolala ani nespochybnila, potom informovaný súhlas predpokladať možno.

V tejto súvislosti ešte dodávame, že je síce pravdou, že za neodkladnú zdravotnú starostlivosť sa v zmysle zákona považuje aj zdravotná starostlivosť poskytovaná pri pôrode[366], avšak toto zákonné vymedzenie v žiadnom prípade nemožno vnímať tak, že by zdravotnícky personál oslobodzovalo od povinnosti vykonávať úkony zdravotnej starostlivosti výlučne na báze informovaného súhlasu (okrem výnimiek opísaných

---

360 Pozri zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, § 4 ods. 4 druhá časť vety, v spojení s § 6 ods. 9.

361 Pozri tamtiež, § 6 ods. 9 písm. a).

362 Pozri tamtiež, § 2 ods. 3 prvá veta.

363 Pozri čl. 8 tohto dohovoru.

364 Pozri *Explanatory Report on the Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine*, bod 57. Dostupné na: http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Reports/Html/164.htm (posledná návšteva dňa 20. 10. 2016).

365 Pozri ŠUSTEK, P. – HOLPAČEK, T.: *Informovaný súhlas*. Praha : ASPI, 2007, s. 88.

366 Pozri zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, § 2 ods. 3 druhá veta.

v predchádzajúcom odseku). Definícia pôrodu ako úkonu neodkladnej zdravotnej starostlivosti totiž slúži iba ako poistka pred tým, aby ženám, ktoré sa nachádzajú v situácii, že rodia alebo potrebujú akútne porodiť, nemohlo byť odmietnuté poskytnutie zdravotnej starostlivosti.[367]

„Každá žena má právo na pozitívnu pôrodnú skúsenosť a dôstojnú empatickú starostlivosť počas pôrodu, a to aj v prípade, ak nastanú komplikácie."

FIGO, 2014[368]

Počas pôrodu môže dôjsť k situáciám, ktoré si vyžadujú neodkladnú a urgentnú starostlivosť. Takéto situácie môžu byť pre ženu veľkým zdrojom strachu a obáv a zároveň si vyžadujú okamžité intervencie zo strany zdravotníckeho personálu. V prípade urgentných situácií je nevyhnutné, aby zdravotnícky tím pracoval koordinovane a efektívne. Vzhľadom na vážnosť kritických situácií je častým javom, že personál komunikuje v prvom rade medzi sebou a na komunikáciu so ženou nezostáva priestor. Štandardy NICE odporúčajú, aby v prípade urgentnej a kritickej situácie, akou je napríklad resuscitácia novorodenca alebo popôrodné krvácanie u ženy, bol niekto z personálu poverený zostať so ženou a jej sprevádzajúcou osobou a poskytovať im nepretržitú podporu. To zahŕňa aj prevzatie zodpovednosti za komunikáciu – t. j. vysvetľovanie, čo sa deje, a odpovedanie na všetky otázky. Pridelenie jednej osoby zo zdravotníckeho tímu na komunikáciu so ženou a jej sprevádzajúcou osobou počas urgentných/kritických situácií je považované za spôsob zaistenia toho, aby nebolo zanedbávané informovanie ako dôležitá súčasť poskytovania starostlivosti rodiacej žene.[369]

3.2.5.2.5. Aktívne zisťovanie prianí rodiacich žien zo strany zdravotníckeho personálu ako okrajová záležitosť

V rozhovoroch **zaznievalo iba okrajovo, že by pôrodník alebo pôrodníčka u rodiacich žien aktívne zisťovali súhlas s realizovanými úkonmi alebo sa inak snažili iniciatívne sa informovať o vôli žien**. V dvoch rozhovoroch s pôrodníkmi a pôrodníčkami a jednom s pôrodnou asistentkou

[367] Pozri tamtiež, § 12 ods. 6.

[368] FIGO, WHO, WRA, ICM, IPA: Mother-baby friendly birthing facilities. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, roč. 128, 2015, s. 95 – 99. Dostupné na: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013 (posledná návšteva dňa 28. 10. 2016).

[369] *Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190: Methods, evidence and recommendations*. London : National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2014, s. 272, 292. Dostupné na: https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-appendices-ae-g-h-jr-pdf-248734766 (posledná návšteva dňa 11. 10. 2016).

v kontexte komunikácie želaní žien ohľadom priebehu pôrodov naratívy ukazujú, že zdravotnícky personál zisťoval a snažil sa zohľadňovať priania žien. **Zároveň však samotné zisťovanie prianí žien nie je vždy garanciou, že tieto budú naplnené** – a to z dôvodu hierarchického charakteru inštitúcie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.[370]

Ak ja mám osobne k tomu pristúpiť, že by sa nikto iný k tomu nevyjadroval a len ja som na pôrodnej sále a mám službu, som službukonajúci lekár a nie je tam nikto iný okrem mňa, tak u mňa nepotrebuje žiadna žena žiaden predpôrodný alebo pôrodný plán. Proste príde a povie, čo si želá, a ja jej, ak môžem, tak vyhoviem. (Lekár pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Ja trebárs, keď som na tom príjme, tak ich rovno poprosím, aby mi to [pôrodný plán] *dali. Ja si to aj vždycky prečítam. Aj keď síce nie som na pôrodnici, ale vždycky si to prečítam. Vždycky lekára upozorním hneď, má pôrodný plán, nech sa páči. Lekár si to rovno prečíta. A keď je tam niečo, tak sa s ňou o tom baví…* (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

3.2.6. Komunikácia ako neopomenuteľná súčasť informovania, získavania informovaného súhlasu a poskytovania pôrodnej starostlivosti

3.2.6.1. Komunikácia ako nástroj odovzdávania informácií a vytvárania predpokladov na efektívne naplňanie ďalších práv žien pri pôrode

Komunikácia je prostriedkom, ktorým si obe strany odovzdávajú alebo neodovzdávajú potrebné informácie a ktorým sa zdravotnícky personál uisťuje, resp. má uisťovať, či s úkonmi, ktoré navrhuje alebo plánuje vykonať, rodiaca žena súhlasí. Zároveň je prostriedkom, ktorým rodiaca žena tento súhlas alebo nesúhlas, ak má k tomu príležitosť a priestor, aj vyjadruje.

Komunikácia – ktorá má okrem verbálnej aj neverbálnu podobu – je však zároveň nástroj, ktorý zásadným spôsobom formuje atmosféru pri pôrode a ktorý ovplyvňuje celkové prežívanie pôrodu rodiacimi ženami. Zdravotnícky personál štýlom komunikácie do veľkej miery ovplyvňuje, ako a či budú pri pôrode rešpektované, chránené a naplňané ľudské práva žien na informácie a informovaný súhlas, ale aj ďalšie práva spojené s pôrodom – napríklad právo na rešpektovanie ľudskej dôstojnosti, osobnej autonómie a integrity, na súkromie a dôvernosť osobných údajov, ale aj právo nebyť podrobená násiliu a neľudskému a ponižujúcemu zaobchádzaniu. **Komunikácia je preto kľúčový a prierezový aspekt celého poskytovania pôrodnej starostlivosti**. V rozhovoroch nás preto okrem komunikácie, ktorá sa bezprostredne dotýkala informovania a získavania informovaného súhlasu, zaujímali aj širšie rámce, v ktorých v zdravotníckych zariadeniach prebieha komunikácia medzi zdravotníckym personálom a rodiacimi ženami.

[370] K hierarchickým aspektom pôrodnice ako inštitúcie pozri kapitolu 3.4.1.2.

Pôrodnú skúsenosť zásadne formuje vzťah medzi osobami poskytujúcimi zdravotnú starostlivosť na jednej strane a medzi prijímateľkami tejto starostlivosti na strane druhej – v tomto prípade teda najmä vzťah medzi zdravotníckym personálom a rodiacimi ženami. WHO uvádza, že osoby, ktoré poskytujú zdravotnú starostlivosť pri pôrode, musia byť oboznámené s podpornými aj medicínskymi úlohami a musia vykonávať oba druhy týchto úloh kompetentne a citlivo. Jednou z podporujúcich úloh profesionála či profesionálky je poskytovať žene také množstvo informácií a vysvetlení, aké ona vyžaduje a potrebuje.[371] FIGO odporúča, aby mali nemocnice vypracované písomné postupy a princípy, ktoré zabezpečia, aby bola ženám poskytovaná dôstojná a rešpektujúca starostlivosť bez fyzicky či emocionálne hrubého zaobchádzania alebo finančného zneužívania.[372] Ako príklad písomne upravených princípov uvádzame pravidlá na vytvorenie komunikácie so ženou zo štandardov NICE:

„Pozdravte ženu s úsmevom a osobným privítaním, zaistite, aby mala naplnené potreby zrozumiteľnosti jazyka, predstavte sa a vysvetlite jej svoju úlohu v starostlivosti o ňu. Udržujte pokojný a sebaistý prístup tak, aby Vaše vystupovanie uisťovalo ženu, že všetko je v poriadku. Zaklopte a čakajte predtým, než vojdete do izby, v ktorej je žena, rešpektujte jej osobný priestor a požiadajte ostatných, aby to robili tiež. Spýtajte sa ženy, ako sa cíti, a zistite, či nie je niečo konkrétne, z čoho by mohla mať obavy. Ak má žena spísaný pôrodný plán, prečítajte si ho a prediskutujte ho s ňou. Zistite, aké má žena vedomosti o stratégiách zvládania bolesti a poskytnite vyvážené informácie na zistenie, ktorý z možných spôsobov je pre ňu akceptovateľný. Povzbudzujte ženu, aby si upravila prostredie tak, aby vyhovovalo jej individuálnym potrebám. Získajte jej dovolenie pred všetkými procedúrami a pozorovaniami, pričom sa primárne sústreďte na ženu a nie na technológie alebo dokumentáciu. Ukážte žene a jej sprevádzajúcej osobe/osobám, ako privolať pomoc, a uistite ju, že tak môže urobiť kedykoľvek a tak často, ako bude potrebovať. Pri odchádzaní z miestnosti dajte žene vedieť, že sa vrátite. Zapojte ženu do akéhokoľvek preberania starostlivosti inou profesionálnou osobou, či je to v prípade potreby zapojenia ďalšej expertízy, alebo na konci zmeny."[373]

Štandardy NICE zdôrazňujú, že na dosiahnutie rešpektujúcej starostlivosti je nevyhnutné, aby personál zabezpečil, že žena kontroluje a je zapojená do toho, čo sa počas pôrodu deje, a že je dôležité, aby si personál pripomínal, že práve spôsob, akým poskytuje starostlivosť, je z tohto pohľadu kľúčový. Na dosiahnutie toho, aby žena mala kontrolu nad tým, čo sa počas pôrodu deje, je potrebné, aby si personál vytvoril so ženou dobrý vzťah, pýtal sa jej na jej želania a očakávania v súvislosti s pôrodom a uvedomoval

---

371 WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : World Health Organization, Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 13. Dostupné na: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/ (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016).

372 FIGO, WHO, WRA, ICM, IPA: Mother-baby friendly birthing facilities. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, roč. 128, 2015, s. 95 – 99. Dostupné na: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013 (posledná návšteva dňa 28. 10. 2016).

373 *Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190: Methods, evidence and recommendations*. London : National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2014, s. 46. Dostupné na: https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-appendices-ae-g-h-jr-pdf-248734766 (posledná návšteva dňa 11. 10. 2016).

si dôležitosť tónu, vystupovania a konkrétnych slov, ktoré sú použité.[374] Nedostatočná komunikácia a spolupráca zároveň predstavujú bariéru pre dodržiavanie ľudských práv žien, pretože zahŕňajú napríklad nedostatočné informovanie či nerešpektovanie prianí žien a môžu celkovo negatívne ovplyvňovať priebeh pôrodu.

Pre procesy komunikácie a informovania je teda nesmierne dôležité vytvárať také podmienky, aby mohli byť základom pre interakcie, v ktorých sa ženy budú cítiť bezpečne a rovnocenne. Okrem zrozumiteľného a ohľaduplného poskytovania základných a vyvážených východiskových informácií a povzbudzovania žien ku kladeniu otázok je potrebné mať na zreteli aj ďalšie okolnosti, ktoré majú vplyv na komunikáciu, informovanie a rozhodovanie sa žien. Týmito okolnosťami sú napríklad potreba poskytovať zásadné, resp. komplikované informácie alebo zisťovať zásadné rozhodnutia ženy v primeranej chvíli (napríklad nie počas kontrakcie, počas vaginálneho vyšetrovania) a nevytvárať na ňu pri informovaní alebo rozhodovaní sa nijaký typ nátlaku – a to ani nepriameho alebo neúmyselného (napríklad z dôvodu, že zdravotnícky pracovník alebo pracovníčka má naponáhlo, je na odchode, v miestnosti je veľký počet zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok a pod.). Okolnosti poskytovania informácií totiž obzvlášť v priebehu pôrodu zohrávajú veľmi dôležitú úlohu.

3.2.6.2. Dobrá komunikácia je pre ženy dôležitá

Ženy participujúce na výskume vnímali štýl komunikácie zo strany zdravotníckeho personálu skôr negatívne, jeho celkové správanie voči nim ako mocenské, nerovnocenné, direktívne, nedostatočne zohľadňujúce špecifickosť situácie, vôľu a priania žien.[375]

Oni sa ma pýtali, ale hovorím, bolo to všetko na základe takého presviedčania… (Lívia, 28 rokov, 1 dieťa)

V podstate som mala taký pocit ako vždy, teda skoro vždy u doktorov, že tak trošku zvrchu na mňa pozerali. (Martina, 32 rokov, 1 dieťa)

Aj keď miera takéhoto hodnotenia sa u jednotlivých pôrodov líšila, v zásade platilo, že **ak rodiace ženy hodnotili pôrodnú skúsenosť ako dobrú, jej súčasťou bola vždy funkčná a rovnocenná komunikácia**, v ktorej zdravotnícky personál rodiacu ženu rešpektoval, informoval ju o priebehu pôrodu a partnersky komunikoval svoje odporúčania.

Hej, teraz už áno [komunikácia bola partnerská v porovnaní s predchádzajúcim pôrodom]. *Nemala som žiadny taký problém, ktorý by mi dokázal opak. Pri tom prvom pôrode bolo veľmi veľa tých bodov, kde som si to mohla overiť, že tá komunikácia nebola partnerská… Je pravda, že všetky pani doktorky a personál, ktorý tam bol, keď som sa na niečo pýtala alebo niečo som chcela, tak sa ku mne správali slušne, s rešpektom a bez akejkoľvek arogancie alebo ignorácie. Bolo to veľmi príjemné a ústretové v rámci toho, čo je na Slovensku štandardom…* [Kamarátke by som poradila] *… vyber*

---

[374] Tamtiež.

[375] Bližšie pozri DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 57 – 126.

si nemocnicu, buď kde si rodila a bola si spokojná, alebo teda ja viem dobré referencie, z môjho zážitku, je toto skvelá nemocnica. Skvelý personál tam bol minulý rok na novorodeneckom aj na tom detskom oddelení. (Lucia, 39 rokov, 2 deti)

3.2.6.3. Komunikácia zo strany zdravotníckeho personálu a jej vnímanie personálom

Partnerská atmosféra, v ktorej zdravotnícky personál pristupuje k ženám pozitívne, podporujúco a celkovo rešpektujúco a tým o. i. predchádza pocitom strachu a obavám z kladenia otázok na ich strane, **by mala byť štandardnou súčasťou pôrodného prostredia a prístupov zdravotníckeho personálu**. Pôrodníci, pôrodníčky a pôrodné asistentky majú možnosti a zároveň aj povinnosti takéto prístupy uplatňovať. **V niektorých rozhovoroch pôrodníci, pôrodníčky a pôrodné asistentky reflektovali, uvedomovali si dôležitosť osobného prístupu a dobrej a podporujúcej komunikácie ako nevyhnutných predpokladov** na pocit bezpečia a pohody na strane rodiacich žien.

A potom podľa mňa vždy je to o tom personálnom prístupe, to je vždy také najzložitejšie. Lebo také tie veci ako sú, že aká je posteľ a toto, toto všetko tá žena oželie, len keď tam má ten prístup. Lebo toto je prostriedok, ktorý vplýva na to [pôrod] *najviac. Keď je ten prístup dobrý, že keď sa tam dokáže vytvoriť také to dobré prostredie, v ktorom ona nemá strach. Nemá strach sa nič opýtať a cíti sa v pohode.* (Lekárka po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Ako sme už naznačili v predchádzajúcej časti, z rozhovorov s pôrodníkmi a pôrodníčkami je zároveň zrejmé i to, že **v prípade akútnych situácií nie je komunikácia primeraná a dostatočná**, hoci by zdravotnícky personál mal byť na takéto situácie systémovo a inštitucionálne pripravený.

Stručne a jasne musí mať podanú informáciu… Častokrát, keď je akútna situácia, ten problém, tak lekár zistí ten problém, otočí sa k telefónu, vybaví, čo je potrebné, ide za rodičkou a povie, no musíme robiť toto a toto, lebo. Zase je to také individuálne, či človek povie jednou vetou alebo teda lekár povie len jednou vetou ‚musíme urobiť cisársky rez, lebo dieťa sa dusí'. Matka je v strese hneď, nevie, „čo som spravila zle", a už je horšie aj tomu dieťaťu. Alebo či povie a dá tých sekúnd na to viac, že dieťatku prestáva byť dobre a v tejto situácii by bolo vhodnejšie urobiť cisársky rez, lebo keď ho neurobíme, hrozí to a to. A my teraz potrebujeme váš súhlas. Strašne záleží, ako sa to povie a aký má žena z toho pocit. Lebo vážna situácia dá sa aj chaosom aj veľmi pekne vyriešiť. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Rozhovory s niektorými respondentmi a respondentkami z radov lekárskeho personálu však poukazujú aj na skutočnosť, že **aj pokiaľ nejde o urgentnú starostlivosť, je komunikácia problematickým aspektom poskytovania pôrodnej starostlivosti** a že kvalitná a dostačujúca komunikácia zo strany zdravotníckeho personálu nie je pri pôrode vždy štandardom.

Ale zasa môže na to byť aj neviem aký priestor, keď zase ten prístup personálu je nanič a nekomunikuje s rodičkou. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Podobné skúsenosti mali aj pôrodné asistentky, podľa ktorých **niektorí členovia a členky lekárskeho personálu nevenujú komunikácii priestor a ani rodiace ženy neinformujú**, ale úkony vykonávajú rutinne.

Čo sa týka mladých doktorov, tak to nie. Máme mladé doktorky, ktoré krásne vysvetlia mamičke, čo ju čaká… Ale máme aj pána doktora, ktorý na to kašle. Čiže je mu to jedno. (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Pre rodiace ženy je v rámci komunikácie veľmi podstatným aj aspekt zrozumiteľného informovania, teda podávanie informácií takým spôsobom, aby im konkrétna rodiaca žena porozumela a mohla sa na ich základe reálne rozhodovať (a takýto prístup zároveň vyžadujú aj právne štandardy týkajúce sa informovania a získavania informovaného súhlasu). Zdravotnícky personál si však tento rozmer uvedomoval iba marginálne a respondenti a respondentky potrebu podávať informácie rodiacim ženám tak, aby im porozumeli, opisovali iba zriedkavo.

Lebo pre našich [zdravotníckych pracovníkov a pracovníčky], *hlavne tých, ktorí sú tam dlho, je to niečo, čo robia dookola a to isté. Veľakrát už ani nevysvetľujú. Dokonca ja som si sama na sebe všimla, že keď vysvetľujem, tak používam latinské slová, ktoré sú už pre mňa prirodzené. A zabúdam, že pre ňu nie. Niekedy sa zaseknem, že prepáčte. Ale neopýta sa, nechápem, vysvetlite mi to, čo to znamená. Ak sa ma nejaká spýta, že nechápe, tak ‚ospravedlňujem sa, ja som si to neuvedomila'. A vysvetlím jej to. Verím tomu, že asi aj pre mňa po desiatich rokoch, to isté oddelenie, tá istá práca by už bola o tom, že meliem do kolečka to isté…* (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Ja sa snažím vysvetľovať v zrozumiteľnom jazyku. Lebo čo sa stáva mojim kolegom, keď idú niečo vysvetľovať, že používajú odborné výrazy. Tie ženy prikyvujú väčšinou a nerozumejú. Žena prikyvuje a potom sa spätne dozvie, čo ani nevedela. Ale to je zase to individuálne. Niektoré ženy sú rozrušené, je to komplikované. (Lekárka po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

V naratívoch pôrodníci a pôrodníčky opisovali ženy aj podľa ich iniciatívy komunikovať a pýtať sa, pričom niektorí zdôrazňovali, že **je dôležité podávať zrozumiteľne informácie všetkým – tým, ktoré sa iniciatívne pýtajú, ako aj tým, ktoré, naopak, iniciatívne nie sú**.

Je to individuálne. Sú ženy, ktoré sú ticho a ktoré sa opýtajú a im vysvetlím, čo chcem robiť, aby sa necítili nejako odstrčené. Práve tie, čo sa neopýtajú, sú také, možno nie menej sebavedomé, ale aby sa necítili zle, odstrčené, tak sa im to povie. Ktoré sa pýtajú, tak tým sa, samozrejme, povie, čo treba, vysvetlí sa im to. (Lekárka po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Z naratívov, ktoré komunikáciu a jej priebeh iba opisujú a nezachytávajú ju v jej reálnej podobe, je možné len s ťažkosťami zistiť, nakoľko sú informácie komunikované šetrne, citlivo a zrozumiteľne. Naratívy poukazujú skôr na formalizmus v podávaní informácií, ktorý sa vinie celou oblasťou informovania, komunikácie a interakcií medzi zdravotníckym personálom a rodiacimi ženami.

3.2.6.4. Na otázky žien je potrebné vytvoriť priestor

Niektorí pôrodníci a pôrodníčky opisovali skúsenosť, **keď ženy údajne nechcú byť informované**. Pri výzvach, aby sa pýtali na všetko, čo ich zaujíma, sa na detaily nepýtajú a nezaujímajú sa o ne, hoci by bol na to priestor.

Tak viac-menej v tých hrubých rysoch poviem, čo ich čaká, ako to bude prebiehať, ako ja odhadujem, samozrejme, tiež veľmi orientačne, v akých časových intervaloch by sa mal ten pôrod uberať. No a do nejakých detailov nejdem, lebo to je zbytočné. Každý pôrod je iný a nemá zmysel sa nejako detailmi zaoberať. Ale skôr moja štandardná otázka je: Máte nejaké otázky alebo požiadavky? 90 % povie nie. Čiže poviem, v poriadku, môžete si ísť ľažkať alebo hopsať na loptu, alebo do sprchy, alebo čokoľvek. Ale teda 90 % na moju otázku, či majú nejaké otázky alebo požiadavky, povie, že nemajú žiadne. Neviem, asi je to špecifikum východu. Verím tomu, že keby som dal takú otázku v Bratislave, tak by ma zmasakrovali. Ale fakt u nás je to tak, že väčšina žien povie, že nemá žiadne. (Lekár pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Naratívy však vôbec nereflektovali, že **rodiace ženy sa niekedy neinformujú a nepýtajú možno aj preto, lebo majú taký nedostatok informácií, resp. informácie podávané lekárom alebo lekárkou sú pre ne také nezrozumiteľné**, že ani nevedia, na čo by sa mali opýtať.

I z tohto pohľadu je teda dôležité brať do úvahy kontext, v ktorom sa pôrod deje, a špecifickosť situácie, ktorá je pre ženy fyzicky aj emocionálne náročná. **Rodiace ženy môžu byť napríklad príliš ochromené intenzitou pôrodnej skúsenosti znásobenej vplyvom inštitucionálneho prostredia nemocnice a mnohých znevýhodnení, ktoré tam zažívajú** (napr. „uniformované" a celkovo mocensky nastavené prostredie, obnaženie a pod.). Môžu sa teda cítiť veľmi neisto a nepýtať sa aj z týchto dôvodov – ale napríklad aj z dôvodu nedostatku aktívneho posmeľovania žien, aby sa pýtali, ako je naznačené v nasledujúcom výroku.

Ja som raz hovorila, každej pacientke hovorím, prosím vás, pýtajte sa. Ja si to sama neuvedomím, lebo pre mňa to je prirodzené a pre vás nie. Ale pýtajte sa. Ak vám to vysvetlím zle, tak sa spýtajte zase, ja vám to vysvetlím ináč. (V: A pýtajú sa?) R: *Áno. Ale ak im to nepoviem, tak sa neopýtajú.* (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

3.2.6.5. Systémové nastavenia a iné bariéry pre adekvátnu komunikáciu a informovanie

V rozhovoroch so zdravotníckym personálom, ktorý komunikáciu s rodiacimi ženami sám opisoval ako deficitnú, sa vyskytovalo aj **ospravedlňovanie zlyhaní v oblasti komunikácie a v oblasti povinnosti ženy informovať**. Zdravotnícky personál svoje zlyhania ospravedlňoval rôzne. V každom rozhovore sa opakoval **až chronický nedostatok personálnych kapacít a vyťaženosť zdravotníckeho personálu**[376], ale ako ospravedlnenie sa objavoval napríklad aj **tlak vyplývajúci zo zodpovednosti a z náročnosti a problémovosti situácií pri pôrodoch**. Nedostatky v oblasti komunikácie a informovania zdravotnícky personál ospravedlňoval aj **situačnými vplyvmi, ktoré vyplývajú z jeho indispozície v danej chvíli** (únava z pracovného vyťaženia či personálnej poddimenzovanosti, náročná služba, osobné problémy a pod.). **Situačné vplyvy sú však aj odrazom neadekvátneho systémového nastavenia, ktoré ich umožňuje, resp. priamo vytvára** (napr. čas, ktorý zdravotnícky personál trávi v práci, kombinácia služieb a štandardného pracovného času a pod.; k organizácii pracovného času pozri kapitolu 3.4.2.).

Aj lekári sú ľudia a môže sa stať, že sú situácie…, je to fyzicky a psychicky ťažká robota. Máme veľa tej práce, aj čo sa týka tej gynekologickej časti… Môže to vyplývať aj z danej situácie. (Lekár po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Starostlivosť tam [v nemocnici, kde som predtým pracovala] *bola dobrá, na toto tam nemôžem povedať ani slovo. Druhá vec je, že miestami tam nebolo ľudskosti. V prvom rade bolo toho zdravotníckeho personálu málo na to, aby bol ľudský. Lebo ja napríklad, ja som tie pôrody mala veľmi rada, ale keď už som pol roka bola na pôrodnej sále deň čo deň a počúvala tam to, ako sa tam zvíja v bolestiach a kričí, tak predsa len sa to odrazí na psychike človeka. Že už* [som] *to pomaly prestávala mať rada. Môže potom nejaký človek slúžiť každú tretiu, každú štvrtú noc, tak tam potom nejakú extra empatiu ťažko očakávať, keď má dosť čo robiť, aby to robil, a potom má prísť za niekým, s kým,*

[376] Detailnejšiu analýzu reflexií personálnych a kapacitných deficitov zdravotníckym personálom pozri bližšie v kapitole 3.4.

v dobrom povedané, plieskajú hormóny a je citlivý na každú maličkosť, čo človek povie. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Podľa respondentov a respondentiek rozdielne podmienky a kontexty v rozličných fázach pôrodu vytvárali rôzny priestor na komunikáciu – **iný priestor na komunikáciu bol vytvorený pri príjme do pôrodnice a iný v prvej alebo v druhej dobe pôrodnej**. **Priestor na komunikáciu tiež závisel od aktuálnej situácie v pôrodnici a od toho, či pôrodná asistentka mala alebo nemala čas s rodiacou ženou komunikovať**. Bol teda závislý od ťažko predvídateľnej a ovplyvniteľnej premennej – či pôrodná asistentka mala, alebo nemala na komunikáciu v danej chvíli čas.

Na sále som sa s nimi bavila normálne. Ale na tom príjme, tam je na to oveľa väčší priestor. Tým, že mne tam chodia rodičky normálne na kontrolu. No a oni sa natáčajú štandardne tých 20 minút na CTG záznam a tam máme čas. Ak aj ja mám čas, že nemusím [robiť] *niečo iné, behať-lietať…* (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Argumentáciu v podobe nedostatku času používali na vysvetľovanie nezohľadňovania preferencií a pôrodných želaní rodiacich žien a celkovo na ospravedlňovanie nedostatku komunikácie s nimi v rozhovoroch i lekári a lekárky.

A napríklad aj tie pôrodné plány, lebo naozaj nie je ten čas rozprávať sa s každou tou pacientkou o tom, čo chce a ako by si to predstavovala a aké má obavy. Bohužiaľ nie. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Samostatný **dôraz venovali pôrodníci a pôrodníčky aj kritickej reflexii starostlivosti o tehotné ženy**, ktoré sú až do času pred pôrodom (zvyčajne do 36. týždňa tehotenstva) v úzkom kontakte so svojimi gynekológmi a gynekologičkami. Podľa viacerých respondentov a respondentiek **by bolo žiaduce, aby sa skvalitnila starostlivosť a informovanie žien už počas obdobia tehotenstva – keďže počas pôrodu môže byť priestor obmedzený**.

Málo sa tam vedú takéto rozhovory… Ja si myslím, že toto by malo sa reálne diať počas tehotenstva, keď proste chodí na tie prehliadky. Reálne, skôr ideálne, lebo reálne na to čas nie je. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Pôrodné asistentky opisovali aj mnoho situácií, predovšetkým v druhej dobe pôrodnej, keď je komunikácia a spolupráca ovplyvňovaná aj prebiehajúcim pôrodom a komunikácia je sťažená.

Rodiace ženy ako prijímateľky zdravotnej starostlivosti **by však na tieto systémové faktory v žiadnom prípade nemali doplácať**. Pôrod je v zásade predvídateľná udalosť a zdravotnícke zariadenia a pôrodnícky personál by mali byť na takéto situácie (ktoré sú bežnou súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti pri pôrode) pripravení. **Zároveň by mali mať na riešenie takýchto situácií vytvorené nástroje a mechanizmy** – napríklad vyššie kapacity zdravotníckeho personálu, viac vyškolených pôrodných asistentiek, zmenu organizácie práce a zabezpečenie potrieb žien vrátane dostatočného a adekvátneho poskytovania informácií za každých okolností – napríklad starostlivosťou jedna na jednu (bližšie pozri kapitolu 3.4.1.1.). Dobrou praxou je tiež pridelenie jednej osoby zo zdravotníckeho tímu na komunikáciu so ženou a jej sprievodom počas kritických a urgentných situácií v prípade, ak sa vyskytli komplikácie. Jedným z opatrení je aj aktívne podporovanie žien zdravotníckymi zariadeniami, napríklad prostredníctvom svojich webových stránok, k tomu, aby zdravotnícke zariadenie vopred informovali o svojich pôrodných prianiach a pod. Jedným zo systémových riešení by mohlo byť **aj zavedenie modelu kontinuálnej starostlivosti pôrodnou asistentkou o ženu** počas tehotenstva, pôrodu a šestonedelia. Tento typ starostlivosti je efektívnym modelom zabezpečenia zdravotnej starostlivosti nielen z pohľadu komunikácie medzi pôrodnou

asistentkou a ženou, ale aj z pohľadu potreby dosahovania čo najlepších perinatologických výsledkov (viac o modeli kontinuálnej starostlivosti pozri v kapitole 3.4.1.1.). V celom nastavovaní systému, ktorý by dostatočne napĺňal informačné, komunikačné a všetky iné potreby žien, netreba zabúdať ani na potrebu kvalitnej supervízie a psychologickej a inej podpory zdravotníckeho personálu.

3.2.7. Prístup k aktívne vysloveným prianiam a predstavám žien o pôrode

Ako vyplýva aj z predchádzajúcich kapitol, priestor, ktorý pôrodnice na Slovensku poskytujú rodiacim ženám na rozhodovanie sa o vlastných pôrodoch, je veľmi obmedzený. Toto „rozhodovanie sa" je nezriedka redukované iba na podpis formulára „informovaného súhlasu" a v lepších prípadoch je ešte doplnené o informovanie zdravotníckeho personálu smerom k ženám o jeho rozhodnutiach o ďalších krokoch. Len v minimálnom množstve prípadov sa zdravotnícky personál aktívne zaujíma o priania a preferencie žien a snaží sa ich naplniť.

V tomto kontexte nás teda zaujímalo, aké stratégie používajú ženy na presadzovanie svojich predstáv a prianí o okolnostiach a podobe svojich pôrodov, ako k týmto stratégiám pristupuje zdravotnícky personál a zdravotnícke zariadenia a do akej miery predstavujú tieto stratégie pre ženy garancie, že ich predstavy a práva vrátane práva rozhodovať sa o vlastných pôrodoch budú napĺňané.

3.2.7.1. Stratégie žien na zabezpečovanie rešpektovania ich vôle pri pôrode

Rodiace ženy participujúce na našom výskume volili **rôzne stratégie na aktívne vyslovovanie a presadzovanie svojich prianí a predstáv o pôrode**.

Každá z respondentiek mala očakávania a aspoň približnú predstavu o tom, čo všetko sa počas pôrodu deje. Nie každá žena však mala jasno v tom, ako by si želala, aby jej pôrod prebiehal, a aké sú jej priania. **Niektoré ženy sa** preto **plne spoliehali na zdravotnícky personál**, od ktorého očakávali poskytnutie informácií a usmernení.

Ja som nemala nejakú predstavu o tom pôrode…, nemala som presnú, pretože som to nikdy predtým nezažila. Ale teraz už by som mala oveľa presnejšiu predstavu a aj iné kritériá by som si brala do úvahy, ale vtedy som to mala tak. (Kristína, 30 rokov, 2 deti)

Tendencia spísať si pôrodný plán alebo inak explicitne formulovať svoje pôrodné priania bola výraznejšia u druho- a viacrodičiek, ktoré po (často negatívnej) pôrodnej skúsenosti a s odstupom času už k plánovaniu svojho ďalšieho pôrodu pristupovali aktívne, vediac, že ak nechcú mať opätovnú negatívnu pôrodnú skúsenosť, musia si to „vybojovať". Naratívy žien zároveň odrážajú **ich predpoklad, že im počas pôrodu nebude aktívne vytváraný priestor na autonómne rozhodovanie sa či zohľadňovanie ich prianí**.

Tie ženy, ktoré mali predstavu o želanom priebehu ich pôrodu, o preferovaných či, naopak, odmietaných postupoch a okolnostiach, k ich formulovaniu pristupovali rôzne. Niektoré sa rozhodli pre **spísanie, resp. formulovanie želaných postupov do podoby pôrodného plánu/pôrodných prianí**, hoci vedeli, že ani formulovanie ich požiadaviek v písomnej forme a v predstihu im napĺňanie ich prianí negarantuje a že o nich bude pravdepodobne potrebná minimálne osobná komunikácia, ak

nie vyjednávanie (čo je opäť v rozpore s konceptom informovaného rozhodovania sa/informovaného súhlasu, s právom žien rozhodovať sa o okolnostiach pôrodu a celkovo so štandardmi v oblasti ľudských práv žien, ale zároveň aj medzinárodne uznávanými zdravotníckymi štandardmi).

To bola moja iniciatíva, pretože som vedela, že pokiaľ si to človek nenapíše, keď má nejaké predstavy iné, ako sú štandard, tak je treba si napísať, aby vedeli, že čo ten človek chce. Jednak ja som si to potrebovala nejako ujasniť a dať to na papier. A prediskutovať to jednak s primárkou, jednak lekárkou… Keď už sa striedajú sestrička za sestričkou, nie je možné sa nejako o tom porozprávať. (Andrea, 36 rokov, 1 dieťa)

Ústne formulovanie pôrodného priania pôrodníkovi/pôrodníčke bolo ďalšou z alternatív, ako priania artikulovať. Rozhovory so ženami naznačujú, že **ústny dohovor ponúka „výhodu" v podobe menšieho rizika stigmatizácie ženy** zo strany zdravotníckeho personálu či konfliktného nastavenia na jeho strane, ktoré by mohlo spôsobiť spísanie prianí do písomnej podoby.

Pri tom druhom pôrode, tam som si už na to dala pozor. Tam som sa už priamo na poradni bavila o tom, ako si to predstavujem ja, teda [písomný] *pôrodný plán som nemala ani pri jednom. Pri tom druhom mi to prišlo už také, že aj tak bohvie, akým spôsobom sa ten lekár k tomu postaví. A skôr som sa snažila na neho apelovať osobne, moje predstavy, a zdalo sa, že bol k nim otvorený a nepovažoval to za nejaké, že som úplne mimo, takže tam som sa s ním snažila skôr takto dohodnúť cez tie poradne.* (Jana, 32 rokov, 2 deti)

Tento prístup bol alternatívou k spísaniu pôrodného plánu/pôrodných prianí, pričom od vopred urobenej osobnej ústnej dohody ženy očakávali, že bude dodržaná s vyššou pravdepodobnosťou. **Ženy v rozhovoroch opakovane uvádzali, že k spísaniu pôrodných prianí nepristúpili pre obavy, že tieto priania zdravotníckym personálom rešpektované nebudú**, prípadne že rodiacu ženu negatívne stigmatizujú a zdravotnícky personál sa k nej bude následne počas pôrodu správať horšie.[377]

Nie [nespísala som si pôrodné priania]. *Ja viem, že je to absolútne nereálne. Ja som zas veľký realista. Mám rada ideu, ako by to malo vyzerať. Ale nakoľko nemám tú silu si niečo presadzovať, tak radšej zvolím strednú zlatú cestu. Urobím si po svojom a im pritakám. Budem vyžadovať iba slušnosť, profesionalitu a vysvetlenia. Ale nebudem ich tam rozčuľovať s nejakými pre nich utopickými vecami.* (Lucia, 39 rokov, 2 deti)

Spisovanie pôrodných plánov/prianí, resp. ich priama osobná komunikácia pôrodníckemu personálu na báze iniciatívy rodiacej ženy, **sa pre ženy stáva** – v inštitucionálnom prostredí, ktoré má ženy fakticky vo svojej moci, ktoré ich priania a predstavy nezisťuje a ktoré pri pôrodoch nerešpektuje ich ľudské práva – **nástrojom a stratégiou, ako si ženy môžu tieto práva aspoň čiastočne zabezpečiť**. **Pre rodiace ženy predstavujú v súčasnosti pôrodné plány/priania mechanizmus vyjednávania niečoho, na čo by mali mať nárok automaticky a z iniciatívy zdravotníckych zariadení a zdravotníckeho personálu**. Posmeľovanie žien, aby spisovali alebo inak komunikovali takéto plány, resp. predstavy by malo byť integrálnou a systémovou súčasťou mechanizmov, ktorými zdravotnícke zariadenia a zdravotnícki pracovníci a pracovníčky zisťujú priania tehotných a rodiacich žien s cieľom dôsledne napĺňať ich právo na informované rozhodovanie sa a ostatné práva pri pôrode.

---

[377] Rozhovory s niektorými pôrodnými asistentkami, lekármi a lekárkami negatívnu stigmatizáciu žien s pôrodnými plánmi/prianiami či s jasne definovanými predstavami a želaniami počas pôrodu skutočne ukazujú – bližšie pozri kapitoly 3.2.8.3. a 3.2.9.4.

3.2.7.2. Pôrodné plány/pôrodné priania a ich právna povaha

Pôrodné plány/pôrodné priania sú jednou z foriem vyjadrenia rozhodnutí, resp. preferencií ženy počas pôrodu, resp. pred pôrodom. Ich **právny základ spočíva v práve každej ženy rozhodovať sa o okolnostiach svojho pôrodu a v práve každej ženy, aby jej zdravotná starostlivosť bola poskytovaná výlučne na báze jej informovaného súhlasu**, resp. informovaného rozhodovania sa. Ako sme už uviedli, iba formálne získaný „súhlas" bez dostatočného a zrozumiteľného informovania, bez dostatočného času slobodne sa rozhodnúť, prípadne „súhlas" získaný pod nátlakom alebo za inej absencie slobodnej vôle nepredstavuje platne získaný súhlas. Práve za okolností, keď zdravotnícky personál často považuje informovaný súhlas/informované rozhodnutie sa iba za formalitu a k jeho získavaniu aj takto pristupuje, resp. keď rozhodnutia rodiacich žien nahrádza svojimi vlastnými rozhodnutiami, sú spísané, ale aj ústne prednesené priania žien **jasné indikátory toho, v čom spočívala skutočná vôľa žien** v súvislosti s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou a s čím vyjadrovali svoj súhlas alebo nesúhlas. **Pôrodné plány, resp. pôrodné priania** (vyjadrené písomne, ale aj ústne) **teda majú právnu relevanciu a ich akceptovanie nie je iba vyjadrením „dobrej vôle"** zdravotníckeho personálu, ale najmä odrazom jeho povinnosti poskytovať pôrodnú starostlivosť v súlade s informovanými rozhodnutiami žien o tejto starostlivosti, ich právom rozhodovať sa o okolnostiach pôrodu a ďalšími právami.

> Svoje priania môže rodiaca žena predniesť písomne alebo ústne kedykoľvek pred pôrodom alebo počas pôrodu a počas prebiehajúceho pôrodu ich môže zmeniť alebo odvolať.[378] Na odvolanie alebo zmenu počas pôrodu, samozrejme, nie je potrebná písomná forma. Písomná forma nie je potrebná ani pred pôrodom – slúži len väčšej právnej istote, najmä ak je dokument obsahujúci pôrodný plán/pôrodné priania zdravotníckemu zariadeniu adresovaný doporučenou poštou alebo ak je jeho doručenie inak vydokladované alebo preukázateľné (napríklad v podobe potvrdenia o prevzatí pôrodného plánu vyžiadaného od zdravotníckeho personálu, v podobe potvrdenia z podateľne nemocnice, prisvedčením svedkov alebo svedkýň, ktoré boli pri odovzdávaní pôrodného plánu prítomné, záznamom v zdravotnej dokumentácii rodiacej ženy o tom, že odovzdala písomný pôrodný plán/pôrodné priania, alebo v podobe poznámky ženy pri podpisovaní formulára „informovaného súhlasu", že zároveň predkladá svoje pôrodné priania, ktoré majú v prípade kolízie s ustanoveniami formulára prednosť a pod.).

Pôrodnými plánmi a pôrodnými prianiami teda ženy dávajú pôrodníckemu zariadeniu a zdravotníckemu personálu najavo svoje (legitímne) priania a požiadavky. **Účelom pôrodného plánu/pôrodných prianí je explicitne vyjadriť, aké postupy a zaobchádzanie si žena počas pôrodu praje, resp. ktoré úkony si neželá**.

Konkrétny obsah pôrodných plánov/pôrodných prianí bol v naratívoch žien **taktiež individuálny, zvyčajne však obsahoval štandardné oblasti, v ktorých chcú mať rodiace ženy naplňané svoje práva (súkromie, intimita, prítomnosť sprevádzajúcej osoby, slobodná voľba pôrodnej polohy**

[378] Pozri aj zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, § 4 ods. 4 v spojení s § 6 ods. 4 a 8.

vo všetkých fázach pôrodu, prirodzené formy úľavy od bolesti a pod.). Medzi priania, ktoré ženy participujúce na výskume uvádzali ako svoje priority, patrilo napríklad **odmietanie používania medikamentov alebo iných prostriedkov na vyvolávanie pôrodnej činnosti a celkovo zásahov do fyziologicky prebiehajúceho pôrodu, odmietanie liekov proti bolesti či urýchľovania pôrodu, ako aj žiadosti o nepretržitú prítomnosť sprevádzajúcej osoby, o nevykonanie rutinného nástrihu hrádze či o zabezpečenie nepretržitého kontaktu koža na kožu s dieťaťom po pôrode**. Vymenované príklady zároveň patria medzi odporúčania vyplývajúce z medzinárodne uznávaných zdravotníckych štandardov pôrodnej starostlivosti.

Mne záležalo, ja som chcela, aby čo najviac to prebiehalo prirodzene… Aby mi nevyvolávali umelo pôrod, aby mi nepraskali tú vodu, aby ma nechali počas tých kontrakcií sa pohybovať voľne a dovolili manželovi byť so mnou. Čo ešte som tam chcela… Že ak nebude nutné, aby ma nenastrihávali, aby ma, aby mi nedávali žiadne medikamenty počas pôrodu, pokiaľ to nebude nevyhnutné pre mňa alebo život dieťaťa, ani proti bolesti, že v podstate nič nechcem. A potom, aby bolo dieťa stále so mnou, aby hneď mi ho dali, aby sme vlastne mali bonding[379] *po pôrode. Hneď mi ho dali mne na brucho a nechali ho so mnou a potom, aby ho neodlúčili a bolo stále so mnou*. (Miroslava, 32 rokov, 1 dieťa)

3.2.7.3. Pôrodný plán/pôrodné priania nie sú pre zdravotníkov a zdravotníčky neznáme pojmy

Existencia jasných a artikulovaných prianí alebo spísaných požiadaviek rodiacich žien o pôrode a jeho priebehu, v ktorých ženy formulujú svoje autonómne predstavy, je aj súčasťou praxe personálu asistujúceho pri pôrodoch. Lekári a lekárky sa s pôrodnými plánmi a prianiami stretávajú.

Stretávam sa s tým z času na čas. Sú tam nejaké [štandardné] *body…, sú tam veci, ktoré sa týkajú nás… Alebo sú tam* [požiadavky] *toho typu, že nenastrihnúť.* (Lekár po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

S formulovaním pôrodných plánov/pôrodných prianí ženami sa stretli všetci lekári a lekárky. V niektorých regiónoch ich však opisovali ako pomerne zriedkavú aktivitu.[380] **Lekári a lekárky v zásade uznávali legitimitu týchto prianí a pokiaľ ich žena mala spísané, venovali im pozornosť**, hoci niektoré z prianí často považovali za nerealistické či nesplniteľné. Podobne opisovali svoj postoj k pôrodnému plánu/prianiam aj pôrodné asistentky. **To, že by priania a predstavy žien o priebehu pôrodu mali byť zisťované aktívne, však v rozhovoroch zaznievalo iba okrajovo**.

Obsah prianí a požiadaviek žien opisovali lekári a lekárky v rozhovoroch ako bežný a štandardný –

---

[379] Anglické slovo *bonding* (v preklade „priľnutie" alebo „lepenie sa") prvýkrát použili pediatri John H. Kennell a Marshall H. Klaus, ktorí vyslovili hypotézu, že prvé hodiny po pôrode strávené v nerušenom kontakte „koža na kožu" sú rozhodujúce pre vytvorenie väzby medzi matkou a dieťaťom. K vytváraniu vzťahovej väzby medzi matkou a dieťaťom dochádza už počas tehotenstva a ďalej sa rozvíja bez ohľadu na to, či bolo dieťa po pôrode od matky oddelené alebo boli nerušene spolu. Kvalita tohto vzťahu a jeho intenzita je určovaná mnohými faktormi a kontakt koža na kožu bezprostredne po pôrode je len jedným z nich. Popôrodný bonding sa chápe ako intenzívny zážitok z bezprostredného a ničím nerušeného spojenia medzi matkou a dieťaťom v minútach a hodinách po pôrode. Nahé dieťa je hneď po pôrode v neprerušovanom kontakte s pokožkou svojej matky a všetky nevyhnutné vyšetrenia sú vykonané na jej tele. Dieťa sa váži, odmeria a oblečie až po samoprisatí. Ide o silný fyzický a emocionálny zážitok, hormonálne umocnený, pri ktorom žena prežíva hlboké spojenie so svojím práve narodeným dieťaťom. Vyvrcholením tohto procesu je prvé nadojčenie dieťaťa. Pozri RAŠMANOVÁ, M. – JANOVIČOVÁ, G.: *Bonding – matkina náruč po pôrode*. Bratislava : Ženské kruhy, 2015.

[380] Keďže výskumná vzorka nebola reprezentatívna, nie je možné vyvodiť zásadnejšie závery. Skutočnosťou však ostáva, že v prípade pôrodníkov a pôrodníčok, ako aj pôrodných asistentiek na východe Slovenska respondenti a respondentky deklarovali, že sa s pôrodnými plánmi/prianiami nestretávajú často.

vedeli, aké majú tehotné ženy vo vzťahu k pôrodu priania a očakávania, **vedeli, ktoré sú z pohľadu žien „dobré štandardy“**.

S ničím neštandardným [som sa nestretol], *s ničím, čo by ma šokovalo alebo prekvapilo. To sú stále dookola tie isté veci. Nemedikalizovať pôrod, aby vyšetroval stále buď lekár, len jeden lekár, alebo len pôrodná asistentka, aby sa tí lekári alebo pôrodný personál nemenili, aby bola zachovaná čo najviac intimita, aby nebola vyrušovaná, tlmené svetlo samozrejme, rodiť, ak je to možné, bez epiziotómie. Ja neviem, čo ešte – priložiť bábätko hneď po pôrode, nechať dotepať pupočník a neprestrihovať ho hneď po pôrode. No, tie klasické veci, ktoré ja si myslím, že sú úplne prirodzené. A v ideálnom prípade by po nich asi túžil každý. A aj ja, čo som mohol, to som doprial svojej žene.* (Lekár pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

3.2.7.4. Napĺňanie pôrodných plánov a prianí žien vôbec nie je samozrejmosťou

Hoci zdravotnícky personál v rozhovoroch opisoval, že pôrodné plány/priania sa v zásade snaží akceptovať (aj keď ani to nebolo bezvýhradným pravidlom), **rozhovory s rodiacimi ženami naznačujú, že v praxi tieto priania nie vždy bývajú napĺňané**. Nenapĺňanie prianí/predstáv žien alebo ich napĺňanie len v obmedzenej miere máva rôzne dôvody a deje sa rôznymi mechanizmami.

Niektorí pôrodníci a pôrodníčky opisovali snahu diskutovať so ženami o rôznych aspektoch ich prianí – najmä z toho pohľadu, ktoré z týchto prianí sú podľa pôrodníkov a pôrodníčok realizovateľné a ktoré nie.

Tu v [mesto] *je situácia taká, že pokiaľ má* [tehotná žena] *záujem, tak príde do poradne k pánovi primárovi, ktorý s ňou pôrodný plán prediskutuje. Ktorý vyslovene, že červeným podčiarkne vetu, ktorá sa nedá splniť, a dopíše, ako sa to robí u nás. A rodička sa môže rozhodnúť, pokiaľ jej to nevyhovuje. Môže ísť niekde inde, kde by jej to možno splnili. Ale väčšinou sa ako dohodnú, že si to prediskutujú. No a každý ten pôrodný plán by mal byť oficiálne ním podpísaný, razítko a pečiatka. A keď už príde* [rodiaca žena] *k tomu pôrodu a my lekári vidíme, že aha, to jej povolil, tak áno. Vyjdeme v ústrety.* (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Naratívy lekárov a lekárok tu teda poukazujú na mechanizmy, ktorými **inštitucionálny systém aj prostredníctvom diskusie o pôrodných prianiach mocensky udržiava existujúce nevyhovujúce podmienky** a často nevytvára rešpektujúce podmienky proaktívne ani reaktívne, a to ani tam, kde by bolo možné ich vytvoriť a kde samotné prijímateľky zdravotnej starostlivosti vyjadrujú po nich dopyt. Ako ilustruje predchádzajúci citát (podčiarkovanie červeným perom, osobný „pohovor“, podpisovanie, pečiatka), moc zdravotníckeho personálu nad ženami sa realizuje až rituálne a je zároveň jedným z príkladov uplatňovania disciplinačnej moci nad tehotnými a rodiacimi ženami (k disciplinačnej moci pozri podrobnejšie kapitolu 1.4.). Symbolicky, ale aj reálne je táto moc najintenzívnejšie reprezentovaná vedúcimi predstaviteľmi pôrodníckych oddelení/kliník, pričom sa nerealizuje len priamo týmito vedúcimi predstaviteľmi, ale aj nepriamo prostredníctvom ich podriadených (k hierarchiám na jednotlivých pôrodníckych pracoviskách podrobnejšie pozri kapitolu 3.4.1.2.).

Mocensky nerovnovážne nastavenie navyše posilňuje aj koncept „vychádzania v ústrety“. Hoci na prvý pohľad sa môže javiť ako niečo, čo je pre ženy pozitívne a prospešné, v skutočnosti opäť odráža, že o okolnostiach svojich pôrodov nerozhodujú samotné ženy, ale zdravotnícky personál, ktorý si túto rozhodovaciu právomoc autoritatívne ponecháva u seba a v prípade, že sa tak sám

rozhodne, prejaví svoju dobrú vôľu a „vyjde v ústrety", navyše v miere, v akej sám uzná za vhodné. **Ľudské práva žien pri pôrodoch však na strane subjektov poskytujúcich pôrodnú starostlivosť nevytvárajú nezáväzný slobodný priestor na uplatňovanie ich „dobrej vôle", ale predstavujú pre nich právne záväzné povinnosti rešpektovať, chrániť a napĺňať ľudské práva žien a zároveň dodržiavať medzinárodne uznávané zdravotnícke štandardy**.

Ako tiež vyplýva z uvedeného citátu, **moc zdravotníckych zariadení a ich predstaviteľov a predstaviteliek sa realizuje aj „odporúčaniami", aby si tehotná žena našla iné zariadenie**. **Tieto „odporúčania" však nie sú ničím iným než hrozbami o odmietnutí poskytnutia zdravotnej starostlivosti alebo priamo odmietnutím** takúto starostlivosť poskytnúť (čo je pre ženy obzvlášť bezvýchodiskové v situácii, keď sa jednotlivé zariadenia medzi sebou príliš nelíšia v miere dodržiavania, resp. porušovania ľudských práv pri pôrodoch a zdravotníckych štandardov v tejto oblasti, alebo keď žena nemá prostriedky, zdroje alebo reálne možnosti na to, aby išla do iného zariadenia). Na odmietnutie poskytnutia zdravotnej starostlivosti však musia byť splnené pomerne prísne zákonné podmienky (a v prípade pôrodov, ktoré predstavujú neodkladnú zdravotnú starostlivosť, poskytnutie takejto starostlivosti v zásade ani nemožno odmietnuť) a skutočnosť, že si prijímateľka alebo potenciálna prijímateľka tejto starostlivosti uplatňuje svoje práva, nepatrí medzi zákonné dôvody, na základe ktorých by bolo možné poskytovanie zdravotnej starostlivosti odmietnuť.[381] **Inými slovami, ak si žena v súvislosti so svojím pôrodom uplatňuje svoje legitímne priania a práva, zdravotnícke zariadenie by malo hľadať všetky možnosti, ako ich naplniť**, a nie na ženu vyvíjať nátlak v podobe hrozieb o odmietnutí poskytnutia zdravotnej starostlivosti alebo takúto starostlivosť rovno odmietnuť.

Alternatívou k zabezpečovaniu práv a prianí žien pomocou písomne formulovaných pôrodných prianí/plánov je osobné vyjednávanie so zdravotníckym personálom, predovšetkým s pôrodníkom/pôrodníčkou, resp. primárom oddelenia. Vyplýva to ako z rozhovorov so ženami, tak aj z rozhovorov so zdravotníckym personálom. Táto ústna negociácia nie vždy vychádza z iniciatívy tehotných žien, ale často nasleduje po výzvach zdravotníckych zariadení/zdravotníckeho personálu, aby si ženy svoje priania prišli osobne „prekonzultovať" potom, čo ich v písomnej forme doručili zdravotníckemu zariadeniu. Aj zistenia z monitoringu poskytovania informácií pôrodníckymi zariadeniami, ktoré sú bližšie opísané v publikácii *Ženy – Matky – Telá I*, odrážajú, že pokiaľ si informácie o tom, ktoré z ich prianí by pôrodnica vedela zabezpečiť, žiadali tehotné ženy zaslaním listu (išlo teda v podstate o akúsi formu pôrodných plánov), nemocničné zariadenia mali tendenciu odporúčať ich na konkrétnych pôrodníkov/pôrodníčky (a na ústnu komunikáciu s nimi).[382] Pre ženy však ani táto osobná negociácia (bez ohľadu na to, kým je iniciovaná) neprináša vždy uspokojivé výsledky. Okrem rozhovorov s rodiacimi ženami to odrážajú aj naratívy lekárov a lekárok.

Teraz troška ustalo množstvo tých plánov, lebo si to komunikujú s lekárom. Ale ako hovorím, u niektorých je to len dôvod na frustráciu. Lebo potom hovorili, že to nebolo tak, ako som si to predstavovala, ako som chcela. (Lekárka po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Prístup zdravotníckych zariadení, resp. vedení pôrodníckych oddelení, ktoré vyzývajú ženy na ústnu komunikáciu o ich pôrodných plánoch/prianiach, naznačuje, že **môže dochádzať k odsúvaniu**

---

381 Pozri zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, § 12 ods. 2 a § 12 ods. 6, v spojení s § 2 ods. 3 druhá veta.

382 Bližšie pozri DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 127 – 155.

systémového riešenia garancie práv žien do neformálnej ústnej roviny – a takto k nepriamemu udržiavaniu existujúcich bariér pre rešpektovanie pôrodných prianí žien. Tento postup **napomáha udržiavaniu súčasného stavu nerešpektovania žien a ich prianí a celkovo nedodržiavania ich práv**, a to tým, že **vytvára priestor na manipuláciu a zastrašovanie, podmieňuje naplňanie práv žien ich negociačnou mocou a sťažuje preukazovanie toho, v čom spočívali ich priania**. Nie je teda systémovým riešením, ktoré by garantovalo rešpektovanie prianí žien v súlade s ich právami, ale naopak.

V rozhovoroch sa vyskytli i opisy situácií, keď **zdravotnícky personál vnímal spisovanie pôrodných plánov/prianí ako ohrozovanie vlastnej odbornosti**.

Dokonca sa mi už stalo aj také, že prišla pacientka a mala plán. A bola to pacientka, ktorá už bola otvorená, takže sa rodilo, že hneď. Naozaj sme porodili pomaly na chodbe. Takže bolo to veľmi rýchle. A ja som si ten jej plán prečítala až spätne, nedodržalo sa skoro nič z toho, čo tam mala. Tak som potom za ňou došla, že sa vám za to veľmi ospravedlňujem. Nebol priestor na to, aby sme si ten plán vôbec prečítali. A až teraz pozerám, že ste ho tam mala a že mi je to teda ľúto, že sa to nedodržalo. Ale, žiaľ, nemali sme čas vôbec o tom diskutovať. Lebo to išlo strašne rýchlo. Ona sa mi veľmi poďakovala, že to bolo veľmi milé. A zhodou okolností tam stála akurát staršia sestra a tá mi za to strašne vynadala. Ale strašne a rovno pred pacientkou na mňa hučala. Že načo to proste robím, načo to bolo dobré, že ona je skúsená a vie, čo má robiť. Čiže to bolo jedno, čo sme sa dostali do konfliktu. A to je presne to. Mladá, ktorá eventuálne chce, a stará, ktorá si myslí, že to vie najlepšie. (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Ruka v ruke so strachom z „ohrozovania" odbornosti zdravotníckeho personálu sa však objavovali aj argumenty o tom, že **keď žena niečo „chce" od zdravotníckeho zariadenia, musí sa mu „prispôsobiť"**. Tieto argumenty jasne odrážajú koncept autoritatívneho poznania zdravotníckeho personálu, na ktoré sa tento personál intuitívne odvoláva a nechce pripustiť oslabovanie jeho monopolného postavenia, resp. nechce pripustiť relevantnosť iných typov poznania (podrobnejšie k autoritatívnemu poznaniu pozri kapitolu 1.2.3.). Tieto naratívy zároveň odrážajú mocenské, na zdravotnícke zariadenie a personál a nie na ženu orientované poskytovanie pôrodnej starostlivosti, o podobe a obsahu ktorej rozhoduje výlučne zdravotnícky personál (žena môže dostať pôrodnú starostlivosť len vtedy, keď sa plne podriadi pravidlám a zaužívaným praktikám inštitúcie).

No, my sa z toho moc netešíme, keď už to vidíme, keď už príde s tým plánom, že čo by chcela – ako keby ona nám hovorila, čo máme a čo nemáme robiť. Tak ona, keď niečo chce, tak musí aj nás rešpektovať v podstate. Prišla do zdravotníckeho zariadenia, kde si nemôže hovoriť, čo chce a čo nechce. (Pôrodná asistentka, nad 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Analýza naratívov niektorých pôrodných asistentiek tiež ukazuje, že **formulovanie pôrodných plánov/prianí ženami je dokonca odmietané, považované za „vymýšľanie", býva aj ironizované a zosmiešňované**. Predstavy žien o pôrode boli v niektorých rozhovoroch považované za naivné, neinformované, nepochádzajúce z ich „vlastnej hlavy". Tieto postoje výrazne prispievajú k upieraniu práv, na ktoré majú rodiace ženy nárok.

Nie, u nás to [spisovanie pôrodných plánov] *nie je až také bežné, chvalabohu. V niektorých prípadoch, ale nie je to bežné. Ja som sa počas svojej praxe stretla možno s piatimi mamičkami, čo vážne takto prišli. Čiže je to úplne minimálne u nás. Ale mala som takú mamičku, čo vymýšľala, ale potom sme sa dohodli úplne na všetkom.* (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Koncepty „rozumnosti" pôrodného plánu a „zdravej miery" prianí žien, prípadne „rozumnosti" samotnej rodiacej ženy (v zmysle, že si „dá povedať", že „pripustí aj inú možnosť", že nebude

trvať na všetkých svojich pôvodných prianiach a pod.) tiež napovedá, že **zdravotnícky personál v neformálnej komunikácii s tehotnými alebo rodiacimi ženami koriguje alebo modifikuje ich pôrodné priania a rozhodnutia žien tak prispôsobuje svojim predstavám o poskytovanej pôrodnej starostlivosti**.

Je to dobré v takej tej zdravej miere. Čiže ja osobne som rada, že keď príde nejaká žena, ktorá má istú predstavu. Ale zároveň taká, s ktorou sa dá, povedzme, prediskutovať ten pôrodný plán. A ktorá si dá vysvetliť alebo pripustí aj inú možnosť. Alebo má ho jednoducho tak rozumne napísaný. Lebo nie je pôrodný plán ako pôrodný plán. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Do súhlasu či nesúhlasu zdravotníckeho personálu s pôrodnými prianiami žien, či už formulovanými písomne, alebo ústne, sa pretavovali i **predsudky a stereotypy o rodiacich ženách** (a k stereotypom pozri bližšie kapitolu 3.2.9.4.), ktoré nezriedka hraničili až s ich zosmiešňovaním a stigmatizáciou. Aj toto vnímanie zdravotníckeho personálu môže ovplyvňovať podobu a mieru, v akej zdravotnícky personál nakoniec vyhovie formulovaným požiadavkám žien, a, samozrejme, aj komunikáciu o týchto požiadavkách.

A ďalšia vec je, že takéto [iniciatívne a komunikujúce ženy] *bývali väčšinou personálom zaškatuľkované ako ak nie rovno alternatívne, tak nejaké nervózne. Boli to, nechcem povedať, že hanlivé prívlastky, ale bolo na to nazerané tak, že prečo sa nám pletiete do remesla… Keď sa snažili diskutovať.* (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

No zase sú rôzne kategórie [rodiacich žien]. *To už som povedal, záleží to od vzdelania, intelektu, od sociálneho postavenia, od čohokoľvek. Teraz máme kategóriu, teraz trošku nadsadím, máme kategóriu takzvaných prírodných rodičiek. Ja ich tak volám, prírodná pani… Prírodné pani voláme, to sú tie s pôrodnými plánmi, kedy treba sviečku a tlmenú ázijskú hudbu.* (Lekár po atestácii, vedúci pracovník, viac ako 15 rokov praxe, veľká pôrodnica)

V rozhovoroch sa vyskytli aj situácie, ktoré explicitne odrážali, že **existujú aj zariadenia, resp. zdravotníci a zdravotníčky, ktoré pôrodné plány, resp. priania žien jednoducho neberú do úvahy**.

Viem, že v niektorých zariadeniach vôbec pôrodné plány neakceptujú. Má či nemá, nikto sa na to ani nepozerá. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Miera nástrihov je, neviem presne, ale je viac ako 50 %. A u prvorodičiek je to viac, takmer 100 %. Ale je to postoj primára. Dostali sme nariadenie všetci lekári od primára, že epiziotómie sa u prvorodičiek proste musia robiť. Nemusia sa robiť v prípade, že to prvorodička vyslovene žiada, že nechce epiziotómiu, a musí dať proste svoj podpis. A vtedy, no, vtedy sa to rešpektuje… Ja to napríklad rešpektujem. Ale som si istý, že zase starší kolegovia by sa na to úplne vykašľali a zasa by si to zdôvodnili, že je to nutné. Lebo už som to zažil, že žena odmietla epiziotómiu, žiadala rodiť bez epiziotómie, a mala takú krásnu epiziotómiu, že až. A bol pri pôrode primár. A zase mladší lekári sa to snažia rešpektovať. (Lekár pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti však neexistuje „primeraná miera práv", ktorá by sa mala odvíjať od aktuálnych okolností a možností. Naopak, tieto okolnosti a možnosti sa musia prispôsobovať povinnosti zabezpečiť všetky práva v praxi. Tento rozmer si však ani pôrodné asistentky a ani lekári a lekárky neuvedomovali. Nedostatok právneho vedomia a poznatkov o ľudských právach u zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok, ale aj manažmentov zdravotníckych zariadení, ako aj normalizácia postupov, ktoré tieto práva porušujú, takto spôsobujú, že zdravotnícky personál – hoci s mnohými inštitucionálnymi aspektmi tohto systému nesúhlasí a hoci napĺňanie niektorých práv

môže byť preň pre rôzne systémové nedokonalosti prakticky ťažké – sa stáva aktérom upevňovania existujúceho nastavenia.

3.2.8. Koncept „spolupráce"

Skutočnosť, že poskytovanie pôrodnej starostlivosti je pri súčasnom inštitucionálnom nastavení orientované skôr na nemocnicu/zdravotnícky personál a nie na individuálnu ženu, je veľmi výrazne viditeľná aj v oblasti, ktorú súhrnne nazývame „spolupráca". Konceptualizácia spolupráce, teda to, ako je spolupráca opisovaná, vnímaná a aké práva či povinnosti pripisuje jednotlivým subjektom v tejto štruktúre, odráža symbolické vnímanie rodiacich žien ako subjektov (či objektov) zdravotnej starostlivosti a tiež mocenský charakter inštitúcie, ktorou je nemocničné zariadenie, a mocenské nastavenie mnohých osôb, ktoré ju reprezentujú.

3.2.8.1. Spolupráca medzi zdravotníckym personálom a rodiacimi ženami v reflexiách žien

Z opisov rodiacich žien je zrejmé, odhliadnuc od ich subjektívnych hodnotení (či túto interakciu vnímali ako dobrú, neutrálnu alebo negatívnu), že **spolupráca medzi nimi a zdravotníckym personálom bola často opisovaná ako proces jednosmerný, ktorý je centralizovaný na zdravotnícky personál** (t. j. spolupracujú rodiace ženy so zdravotníckym personálom a nie zdravotnícky personál s rodiacimi ženami). **„Spolupráca" v takomto ponímaní znamená nasledovanie pokynov zdravotníckeho personálu**, najčastejšie v podobe nasledovania výziev na tlačenie či plnenie jeho príkazov v priebehu pôrodu.

Lebo mne vždycky pôrodná asistentka, už ako mi išla tá kontrakcia, tak vtedy mi povedala, že tlačte. Takže ona mi vždycky hovorila, že čo mám [robiť]. *Či prestať dýchať alebo zatlačiť a tak. Vždycky ma tak povzbudzovala tlačte, tlačte, a keď som už nevládala, rýchlo tlačte, nebojte sa.* (Anna, 27 rokov, 1 dieťa)

Niektoré naratívy ukazujú aj zmätenie rodiacich žien vyplývajúce zo skutočnosti, že pokyny, ktoré im dávalo počas pôrodu vlastné rodiace telo, boli v kontraste s pokynmi zdravotníckeho personálu (napríklad rozdielne načasovanie tlačenia a odpočinku medzi tlačeniami, pôrodná poloha, v ktorej prebiehala druhá doba pôrodná a pod.). **Mnohé ženy svoje prežívanie pôrodu, pocity a potreby neartikulovali a podriaďovali sa pokynom, ktoré prežívanie prehliadali**.

Nebola to spolupráca. Skôr to bolo také, že oni ma dirigovali… Oni nespolupracovali s mojím telom. Ja som sa musela prispôsobovať im. Možno to bolo spôsobené tým, že ja som necítila kontrakciu kvôli epidurálu. Ale oni vedeli, kedy tá kontrakcia je. Ja som ale vedela, že aj keby tam lekár neprišiel, tak tá malá sa narodí. Lebo ja som cítila, že malá sa hýbe. To som cítila… Čiže ja som vedela, že to [moje] *telo to dokáže. Ale oni boli… ‚bum ruky, bum nohy a nádych, zatvoríte oči a ideme raz, dva, tri a budete tlačiť'. Čiže oni ma fakt nadirigovali, že takto to má byť.* (Mária, 30 rokov, 1 dieťa)

3.2.8.2. Vnímanie „spolupráce" zdravotníkmi a zdravotníčkami

Niektoré naratívy poukazujú na **implicitný predpoklad, že dobrá „spolupráca" spočíva v akceptovaní a nasledovaní postupov navrhovaných zdravotníckym personálom rodiacimi ženami**. Naratívy niektorých pôrodníkov, pôrodníčok a pôrodných asistentiek opisujú spoluprácu ako prijímanie ich usmernení bez výhrad, otázok a „zbytočného rečnenia". Poznanie rodiacich žien o ich aktuálnej situácii a telesnom prežívaní nevnímajú ako relevantné a celkovo ho nevnímajú rešpektujúco. Naopak, v zmysle autoritatívneho poznania, ktoré je v nemocničnom prostredí v prevahe, ho delegitimizujú. Takéto poňatie spolupráce tiež odráža mocenské aspekty poskytovania pôrodnej starostlivosti.

Je to aj o spolupráci a aj o prístupe ženy. Každá žena je úplne iná, inak reaguje na bolesť. Ale s niektorými je ťažké spolupracovať. Sú odmerané. A niektoré sú prístupné. Keď jej niečo navrhnete, má, samozrejme, názor, ale súhlasí. (Pôrodná asistentka, do 10 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Aby počúvala, pretože my sme tí, ktorí tomu rozumieme, profesionáli. Ja aj každej poviem, keď rodíte, počúvajte personál. Počúvajte personál, oni vám povedia, ako máte tlačiť, oni vidia, oni vedia ako. Lebo tie pacientky, a nemôžem tlačiť a mňa to bolí a ja už nevládzem. Ony rečnia, nesmie rečniť, zbytočne reční, ona musí porodiť. To je zbytočné, že ona tam reční. Tak ja jej poviem, počúvajte, nehovorte nič, počúvajte. Keď ich budete počúvať, najskôr porodíte. Ona to zbytočne predlžuje tým, že tam vykrikuje, že ona už nevládze. To nemá význam. (Pôrodná asistentka, nad 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

3.2.8.3. „Nespolupracujúca rodička"

Niektoré rodiace ženy v rozhovoroch opisovali, že aj **napriek tomu, že sa snažili nasledovať pokyny zdravotníckeho personálu, boli označené za „nespolupracujúce rodičky"**.[383] Toto označenie, ktoré sa dokonca premietlo i do zdravotnej dokumentácie, vnímali ako negatívnu stigmatizáciu, ktorá prispievala k ich negatívnej spätnej reflexii pôrodu.

[Spolupráca mala podobu], *že budem tlačiť, keď mi povedia. Ale nakoľko som bola označená nakoniec ako nespolupracujúca rodička, tak neviem, či som to robila zle… Ale v podstate mne povedali, aby som tlačila, možno dvakrát. Neviem, či potom usúdili, že teda už je to zaseknuté a treba to riešiť inak. No, ale keď som sa potom pýtala doktora aj na tom popôrodnom oddelení, že prečo som bola označená ako nespolupracujúca rodička, tak mi to vysvetlil, že teda ten pôrod prebiehal komplikovane. Tak zobrala som to tak, že som málo tlačila a pôrod prebiehal komplikovane a ja som bola nespolupracujúca rodička. To bolo v podstate jediné, čo mi k tomu povedal. Utešoval ma, aby som si to nebrala tak, že niečo som robila zle alebo nedostatočne, ale že proste oni majú nejak vo zvyku to takto označovať.* (Anna, 27 rokov, 1 dieťa)

V opisoch zdravotníckeho personálu (teda lekárov, lekárok aj pôrodných asistentiek) je **koncept „spolupráce" často východiskovo nastavený mocensky a nie partnersky**. „Spolupráca" v ich ponímaní je inherentne postavená na mocenskej dominancii zdravotníckeho personálu, ktorého

[383] Implicitný predpoklad, že spolupracuje žena s personálom a nie personál so ženou, sa však nevyskytoval iba v rozhovoroch s našimi respondentmi a respondentkami, ale je aj súčasťou výučby medicíny. Napríklad vo vysokoškolskej učebnici sa ako indikácia k použitiu vákuumextrakcie (metóda operačného vaginálneho pôrodu) uvádza aj „nedisciplinovaná a ťažko ovládateľná pacientka, odmietajúca spolupracovať v druhej dobe pôrodnej". HOLOMÁŇ, K. a kol.: *Vybrané kapitoly z pôrodníctva*. Bratislava : Univerzita Komenského Bratislava, 2014, s. 282.

zvyklostiam a požiadavkám sa má „spolupracujúca" (a niekedy fakticky až poslúchajúca) žena prispôsobiť (zdravotnícky personál na označenie takto prispôsobujúcej sa ženy v naratívoch používal termín „spolupracujúca rodička"). V rámci tohto modelu „spolupráce" **zdravotnícky personál používa nástroje vyplývajúce z jeho hierarchického postavenia, ktoré v konečnom dôsledku vedú k presadzovaniu jeho vôle na úkor vôle a práv rodiacich žien**.

Sú ženy, s ktorými sa spolupracuje úžasne. A sú ženy, s ktorými keď to skončí, tak mám pocit, že mi to zobralo kus zdravia a že lepšie by bolo, keby som tam nebol. Že si poviem, že škoda, že som nemal voľno. (Lekár pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

V situáciách, keď pravidlá a priania pôrodníckeho zariadenia a zdravotníckeho personálu nie sú rodiacimi ženami plne akceptované, resp. keď sú nimi problematizované a ženy s niektorými aspektmi nesúhlasia, bol tento názorový nesúlad niekedy zdravotníckym personálom vnímaný s nevôľou. **Požiadavky alebo dodatočné otázky neboli vždy vítané – môžu byť zľahčované a bagatelizované a informačné zdroje žien i samotné ženy delegitimizované**. Konanie zdravotníckeho personálu a presadzovanie jeho požiadaviek je zas legitimizované jeho vzdelaním a dobrými úmyslami.

A keď nesúhlasí, dobre. Ale keď je to také, že nesúhlasí, lebo nevie prečo, že to čítala niekde, že to nie je dobré. (Pôrodná asistentka, do 10 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

No, my sa z toho moc netešíme, keď už to vidíme, keď už príde s tým plánom, že čo by chcela – ako keby ona nám hovorila, čo máme a čo nemáme robiť. Tak ona, keď niečo chce, tak musí aj nás rešpektovať v podstate. Prišla do zdravotníckeho zariadenia, kde si nemôže hovoriť, čo chce a čo nechce. (Pôrodná asistentka, nad 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

„Pravidlá hry" a obsah a mieru práv, ktoré si ženy môžu pri pôrode prakticky uplatňovať, teda fakticky určuje zdravotnícke zariadenie a nie žena, ktorá do neho prišla – hoci je nositeľkou práv a zdravotnícke zariadenie a zdravotnícky personál je tam pre ňu ako nositeľ povinností, a nie naopak.

3.2.9. Ďalšie prejavy, mechanizmy a systémové aspekty porušovania práv žien pri pôrodoch súvisiace s informovaním, právom na informované rozhodovanie sa a komunikáciou

Už predchádzajúce podkapitoly jasne demonštrujú, že **v informovaní, komunikácii a spolupráci s rodiacimi ženami existujú vážne nedostatky, pričom mnohé majú systémovú povahu**. Rodiace ženy sú s napĺňaním svojich prianí, potrieb a práv pri prijímaní pôrodnej starostlivosti stále v defenzíve, hoci sa o napĺňanie svojich práv aj aktívne snažia (pričom túto povinnosť nemajú ony, ale poskytovatelia a poskytovateľky pôrodnej starostlivosti).

Nasledujúca časť poukáže na ďalšie výskumné zistenia, ktoré dopĺňajú mozaiku prejavov, mechanizmov a ďalších systémových aspektov a súvislostí porušovania práv žien pri pôrodoch v kontexte informovania a práva na informované rozhodovanie sa, komunikácie a spolupráce s rodiacimi ženami.

3.2.9.1. Anonymita zdravotníckeho personálu

S historickým dedičstvom predchádzajúcej generácie pôrodníctva a politického režimu, kde pozícia pôrodníkov a pôrodníčok (ale aj lekárov a lekárok celkovo) bola verejnosťou vnímaná ako vysoko statusová a nedotknuteľná, súvisel aj **úzus, že zdravotnícky personál, predovšetkým pôrodníci a pôrodníčky, sa rodiacim ženám pri pôrode nepredstavoval** – ani menom a ani funkciou.

Aj v naratívoch rodiacich žien sa ukázalo, že počas pôrodu boli niekedy obklopené anonymitou. **Nevedeli, kto pri pôrode je a dokonca ani to, akú majú dané osoby funkciu** – keďže zdravotnícky personál sa im nie vždy predstavoval. To umocňovalo ich negatívny zážitok a pocit bezmocnosti a absolútnej nedôležitosti pri pôrode.

No doteraz neviem, ako [sa zdravotnícky personál volal], *keby som to z toho ďalšieho pátrania nezistila. Doteraz by som vám nevedela povedať, kto to bol, pretože sa mi tam nikto v živote nepredstavil. Ani menom, ani funkciou. Dobrý deň, ja som sestra pôrodná, dobrý deň, ja som detská lekárka, detská sestra, dobrý deň, ja som pôrodník. Áno, nič. Prišla tam taká blondína mladšia, tak okolo 30, prišla aj nejaká sestra asi s ňou. To som až potom zistila, že blondína je lekárka.* (Kristína, 30 rokov, 2 deti)

To, že tento postup je bežný aj v súčasnosti, potvrdila nielen výskumná sonda s rodiacimi ženami, ale aj výskumná sonda so zdravotníckym personálom.

Mali by normálne, tak trebárs ako je tomu v [zahraničí], *kde si tá pôrodná asistentka vezme rodičku, predstaví sa – to som ich ja začal učiť, keď som tam* [na to zahraničné pracovisko] *prišiel v tom … roku. Vtedy to tiež tak nebolo, keď som trval na tom ako primár, že prídete aj doktor alebo aj pôrodná asistentka, že prídete, podáte ruku a predstavíte sa. To je prvé, čo človek zistí, že aha, veď to nie je žiadna anonymná osoba, ale je to doktor pán XY a ten alebo tá sa mi tuto bude venovať. Toto ešte sa ani mne nepodarilo tuto v* [mesto, kde pracuje] *tak doslovne presadiť.* (Lekár po atestácii, vedúci pracovník, viac ako 15 rokov praxe, veľká pôrodnica)

Je nepochybné, že anonymita poskytovateliek a poskytovateľov pôrodnej starostlivosti na Slovensku tiež úzko súvisí s mocenským charakterom tejto starostlivosti.

3.2.9.2. Jazyk ako nástroj realizácie a upevňovania disciplinačnej moci nad ženami

Jazyk je silný mocenský nástroj, ktorý do veľkej miery odráža a odkrýva, ale zároveň do určitej miery aj konštituuje hierarchické a nerovné nastavenie vzťahov. Tento vzťah jazyka a moci bol badateľný aj vo výpovediach respondentiek a respondentov – ako žien, tak i zdravotníckeho personálu, s ktorým sme uskutočnili rozhovory.

Analýza rozhovorov s rodiacimi ženami odhalila v naratívoch **viaceré mocenské aspekty pretavené do komunikácie a jazyka**. Patrila k nim symbolická **objektifikácia, znevažovanie a zneviditeľňovanie žien v diskurze** (jazyk, ktorý sa používa a ktorý označuje, pomenúva a kategorizuje prístup k ženám), spočívajúca napríklad v **zhováraní sa o rodiacej žene v jej prítomnosti v tretej osobe, akoby ani nebola osobne prítomná** pri pôrode; **spochybňovaní vnímania, pocitov a dojmov, prežívania pôrodu a bolesti žien**; **manipulácii a zastrašovaní**; **zosmiešňovaní a posmievaní sa** ako reakcii na vyjadrenie prianí ženami; **prehováraní: donucovaní a argumentácii proti legitímnym požiadavkám žien**; **vnucovaní vôle personálu** na úkor vôle žien **s úmyslom uľahčiť si asistenciu pri pôrode**

namiesto zohľadnenia prianí rodiacich žien; **donucovaní** k niektorým intervenciám **direktívnymi príkazmi**; **nepovzbudzovaní spojenom s vyvolávaním pocitov zlyhania a viny**.[384]

Cítila som sa ako malé dieťa, čo stále sekírujú za niečo, ‚akože nechcete zaviesť kanylu, ale to musíme, ako si to predstavujete'. A prišla doktorka, … a sa tam rozčuľovala, že ako to – že to musia a ‚nemôžete teraz rodiť, nemôžete v tejto polohe byť, lebo pani doktorka nič neuvidí, táto poloha nie je vhodná pre ňu, musíme nohy vyložiť, že ako by to išlo'. (Miroslava, 32 rokov, 1 dieťa)

Ona [hlavná sestra]… *mi hovorila menom a tie lekárky sa väčšinou medzi sebou rozprávali… Čiže počula som, že sa medzi sebou rozprávajú, oni nehovorili mne…* (Miroslava, 32 rokov, 1 dieťa)

Ženy sa v naratívoch zdravotníckeho personálu často stávali pasívnymi prijímateľkami jeho rozhodnutí a úkonov, pričom nebolo prihliadané na to, čo cítia a či súhlasia s uskutočňovanými postupmi. **Ženy** tak **neboli** pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti **osobami, ktoré sa na základe informácií od zdravotníckeho personálu samy autonómne rozhodujú, ale zdravotnícki pracovníci a pracovníčky boli tými, ktoré im „dovoľujú" odchýlky od rutinných (a často škodlivých) postupov**.

(V: Stretli ste sa s takouto požiadavkou [iná pôrodná poloha než „poležiačky"] zo strany rodiacich žien?) R: *Pýtali sa ma také, že či je nejaká iná poloha ako tá klasická. Iba som im povedala, že v nemocnici som sa ja s tým nestretla. Ale že môže vyskúšať, môže sa opýtať pôrodníka, ktorý tam teda bude, že či by mohla, či by to dovolil.* (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Z výskumných rozhovorov možno zároveň dedukovať, že **ani rodiace ženy nemali celkom zvnútornené, že o svojich pôrodoch a okolnostiach pôrodov rozhodujú ony samy**. Rozhodovanie opisovali ako spočívajúce v rukách zdravotníckeho personálu, pričom táto skutočnosť je opäť zrejmá aj z používaného jazyka, keď ženy na opisy pôrodu používali pojmy ako „dovolili mi", „nechali ma".

Sem-tam mi dovolili prejsť sa trochu po chodbe vlastne, aby sa mi uľavilo. (Júlia, 32 rokov, 2 deti)

Bez neho [partnera] *by to bolo asi o sto percent horšie, ako fakt som bola rada, že tam bol, aj vlastne to, že mu neštandardne dovolili byť so mnou už vlastne pri tej prvej pôrodnej dobe, lebo to nebýva.* (Martina, 32 rokov, 1 dieťa)

Ešte rozmýšľam, že piť mi dovolili a čokoládu som mohla jesť. (Andrea, 36 rokov, 1 dieťa)

Povedala som, že mne sa tu strašne zle leží, že trpím ako kôň… Hovorím, že ja mám slabé svalstvo a proste by som prijala trošku šikmejšiu polohu. A oni sa tak na mňa pozreli aj s tou pôrodnou asistentkou alebo sestričkou, alebo kto to tam bol… Nepredstavia sa, čiže som nevedela, či to je sestrička alebo doktorka, alebo kto to je. On hovorí, že to čo? To ako chcete rodiť? Hovorím, takto, no aspoň tak, že sa trochu stlačím. To čo chcete rodiť do pravého uhla? (Lucia, 39 rokov, 2 deti)

Aj z rozhovorov so zdravotníckym personálom vyplýva, že **pocity a prežívanie žien boli často spochybňované a zosmiešňované a ženy boli celkovo nerešpektované a podceňované**.

Lebo keď ona príde, tak ide na sál a vníma to prostredie, ale ona nevníma personál, aký je personál kvalifikáciou odborný. To je to, že tá pacientka vníma to inak, ako by to mala vnímať. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

---

[384] Bližšie pozri DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 113 – 120.

Preboha, pani, to nemôžete tak brať! Ja vám to vysvetlím inak. Tá bolesť nie je o nič horšia ako tá, čo vy máte, je len silnejšia, ale je kratšia… Lebo že kamoška povedala, že mala vyvolávaný pôrod a to strašne bolelo. (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Jedným z často sa opakujúcich vzorcov v jazyku, ktorý tiež odrážal mocenské aspekty poskytovanej pôrodnej starostlivosti a mocensky nerovnocenné vzťahy medzi zdravotníckym personálom a rodiacimi ženami, bolo i **verbálne prenášanie aktivity rodenia** (ktorej je schopná výlučne rodiaca žena) **z rodiacej ženy na pôrodníkov, pôrodníčky a pôrodné asistentky**. Dialo sa tak napríklad používaním formulácie „(od)rodiť ženu", ktorá sa v naratívoch zdravotníckeho personálu vyskytovala veľmi často. Takéto vyjadrovanie opäť poukazuje aj na vnímanie rodiacej ženy ako osoby, ktorá nie je autonómna a v centre pôrodu, ale, naopak, centralizuje pôrod do rúk zdravotníckeho personálu. Táto formulácia zároveň odráža, kto sa pri pôrode považuje za aktívneho činiteľa a kto, naopak, za subjekt pasívne prijímajúci rozhodnutia zdravotníckeho personálu, resp. objekt podrobujúci sa jeho konaniu.

To rodil pán primár. Ja si na to dobre pamätám. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Tu na Slovensku rodia všade lekári. Nemám takú vedomosť, že by pôrodné asistentky niekde rodili. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Tento spôsob vyjadrovania však často používali i samotné rodiace ženy. Okrem silnej normalizácie praktík a celkovo systému, ktorý porušuje práva žien, to môže odrážať aj skutočnosť, že jedným z pilierov mocenských systémov býva aj ich snaha o to, aby si hodnoty a nastavenia týchto systémov zvnútorňovali aj osoby, ktoré sú nimi znevýhodňované.[385]

Môj lekár nerodí, čiže s ním som nemohla, aj keď on je veľmi dobrý, nerobí pôrody. (Miroslava, 32 rokov, 1 dieťa)

Iným vzorcom bolo opakované **hovorenie o rodiacej žene ako o nástroji, resp. veci, s ktorou zdravotnícky personál manipuluje, resp. na ktorej vykonáva určité úkony** (tzv. objektifikácia). V niektorých prípadoch objektifikácia žien išla dokonca až tak ďaleko, že zdravotnícky personál si ženy, resp. ich telá v používanom jazyku privlastňoval (čo bolo zrejmé z používania zvratného zámena „si" pri opisovaní úkonov, ktoré vykonával zdravotnícky personál).

To lekár má urobiť a všetko, všetko chodia za nami a oni si nevedia ani poliať pacientku, keď ju idú vyšetriť. (Pôrodná asistentka, nad 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Že dať tej pôrodnej asistentke väčšie kompetencie, aby ona mohla s tou ženou v pohodičke narábať. (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Pri rozhovoroch s pôrodníkmi a pôrodníčkami **sa však objavovala aj reflexia a kritika spôsobu komunikácie a prístupu zdravotníckeho personálu k rodiacim ženám**. Viacerí respondenti a respondentky za problematické označovali najmä **nerovný spôsob komunikácie s rodiacimi ženami, nerovnocenné nastavenie vzťahov v zdravotníckom systéme a následne vytvorenú vzájomnú nedôveru**. Jeden z respondentov zdôraznil práve nerovný prístup v komunikácii zdravotníckeho personálu s rodiacimi ženami, ktorý je obsiahnutý jednak v používaní medicínskych výrazov, ktorým žena nerozumie, ale i v spôsobe reči a absencii partnerského informovania.

---

[385] Pozri napríklad HOAGLAND, S. L.: Morálna revolúcia: od antagonizmu k spolupráci. In: *Aspekt*, 1995, č. 1, s. 4 – 13. Citované v: BAČOVÁ, V.: Prečo ženy prijímajú svoje znevýhodnenia v spoločnosti? Rôzne podoby používania a vnímania moci. In: CVIKOVÁ, J. – JURÁŇOVÁ, J. (eds.): *Ružový a modrý svet : Rodové stereotypy a ich dôsledky*. Bratislava : Občan a demokracia a Aspekt, 2003, 2005, s. 60 – 61.

Ďalšia vec, kedy [lekár] *komunikuje s pacientkou – ako keby to bolo na nejaký povel. Čiže nie ako so seberovným človekom, akože je to človek, ale pacientka. Mne už to slovo pacientka nejde. Nie pacientka, to je proste môj partner na rozhovor a ona má nejaký problém, v tomto prípade pôrod, alebo niečo iné. A ja z nej musím dostať, keď mi verí, maximálne informácie. Lebo keď mi neverí, tak sa bojí a nepovie mi všetko… A toto sú také veci, ktoré sú tak zakonzervované tu na Slovensku…* (Lekár po atestácii, vedúci pracovník, viac ako 15 rokov praxe, veľká pôrodnica)

3.2.9.3. Nepatričné ovplyvňovanie rozhodovania sa žien

Zdravotnícky pracovník alebo pracovníčka môže spôsobom, akým poskytuje informácie a komunikuje, na rodiace ženy fakticky vyvíjať aj určitý nátlak – skrytý, ale aj úplne otvorený, uvedomovaný alebo neuvedomovaný –, **aby sa podvoľovali postupom a procedúram, ktoré navrhuje a s ktorými by rodiace ženy za iných okolností nesúhlasili**, napríklad ak by necítili potrebu naplniť očakávania mocenskej autority a celkovo by neboli v mocensky nerovnocennej pozícii, ak by mali dostatok doplňujúcich a vyvážených informácií alebo ak by necítili obavy o svoj zdravotný stav či zdravotný stav dieťaťa. Takéto situácie opisovali niektoré rodiace ženy v prvej fáze výskumu.

Už prišli za mnou, že či by mi mohli pichnúť ten vak. Že proste to možno bude rýchlejšie, že už sa asi aj bábätko trápi. Ona [pôrodníčka] *bola veľmi zlatá. Neviem, či jej samej išli tie myšlienky, aby to urýchlila, alebo to boli tlaky od iných lekárov nad ňou. Ja už som bola taká vysilená, vyčerpaná, už som chcela, aby sa malý narodil. Ja už som sa trápila, a ako mi prezentovali, aj on* [syn sa trápil]. *Ale viem teraz spätne, že on sa určite netrápil. Všetko bolo v poriadku. Ten pôrod zastal, lebo som mala stres… No a tak som im teda dovolila pichnúť plodovú vodu.* (Lívia, 28 rokov, 1 dieťa)

Analýza rozhovorov s pôrodnými asistentkami ukazuje, že ony samy **pri podávaní informácií niekedy postupujú manipulatívne a zastrašujúco a pokúšajú sa „presviedčať" rodiace ženy o inom rozhodnutí, než ktoré ženy prijali** (napríklad konkrétne v otázkach rutinného vykonávania praktík ako zavedenie kanyly, klystíru, oholenie pubického ochlpenia a pod.).[386] V rozhovoroch so zdravotníckym personálom vystúpila do popredia aj skutočnosť, že **v prípade postupov, ktoré považuje za prospešné zdravotnícky personál, sú vyzdvihované hlavne pozitíva a absentuje informácia o rizikách, kým, naopak, v prípade postupov, ktoré sú preferované rodiacimi ženami, avšak nie zdravotníckym personálom, sa zdôrazňujú informácie o rizikách a absentujú informácie o benefitoch**. **Nevyvážené a nezriedka aj na vedeckých dôkazoch nezaložené podávanie informácií má za cieľ nasmerovať rodiace ženy k súhlasu s takými postupmi, ktoré sú pre zdravotnícky personál vyhovujúce** (ako napríklad klystír[387]), a, naopak, „odhovoriť" ich od postupov, ktoré si síce prajú, ale zdravotnícky personál ich „neschvaľuje" (a k tomu pozri aj kapitolu 3.2.9.7.). Ide teda o príklad manipulácie a zastrašovania.[388]

Čo sa týka toho holenia, klystír, toto akože beriem. Ale im vysvetlím. Nechcete klystír, pre mňa to je okej…, mne to nevadí. Ale vy sa môžete cítiť trápne, vy si ovplyvníte pôrod. Je to pre vás lepšie

---

386 A k ovplyvňovaniu rozhodnutí žien vyjadrených v pôrodných plánoch pozri aj kapitolu 3.2.7.4.

387 Použitie klystíru síce o niečo znižuje výskyt úniku stolice, avšak úplne ho neeliminuje. Zároveň neznižuje výskyt infekcií a pocit bolesti, neskracuje dĺžku pôrodu a nezvyšuje ani spokojnosť žien s pôrodom. Preukázaný bol však vplyv na spokojnosť zdravotníkov, ktorá sa s použitím klystíru zvyšuje. Podrobnejšie pozri kapitolu 3.3.6.1.8.

388 Manipulácia je v psychológii najčastejšie definovaná ako konanie smerujúce k ovládnutiu či ovplyvneniu druhej osoby s cieľom vnútiť druhej osobe myšlienky, názory alebo konanie, ktoré jej nie sú vlastné a ktoré by za iných okolností dobrovoľne neprijala. K manipulácii pozri bližšie napríklad COONS, C. – WEBER, M.: *Manipulation : Theory and Practice*. New York : Oxford University Press, 2014.

v tom, v tom, v tom. Keď nechcete, ja to akceptujem. Keď mamička príde s pôrodným plánom, ja ho s ňou prekonzultujem. Ako je môj názor a potom sa vieme dohodnúť. Ako aj to holenie. Nemusí, keby nechcela. Ale keď sa tamtá časť strihne alebo praskne, je dobré mať to, lebo potom sa to ťažko šije a vás to bude bolieť, nie mňa. (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Citát ilustruje koncept prístupu k pôrodu, keď je starostlivosť centralizovaná na zdravotnícky personál (*„pre mňa je to okej…, mne to nevadí…"*; *„… potom sa to ťažko šije a vás to bude bolieť, nie mňa"*[389]) a keď zároveň **zdravotnícky personál uplatňuje mocenskú prevahu vyplývajúcu zo statusu v hierarchii nemocnice, z jeho autoritatívneho poznania a celkovo z presvedčenia, že vie, čo je pre ženy „lepšie"**. Zároveň je dôležité upozorniť aj na skutočnosť, že opisované odporúčania pôrodnej asistentky nemajú základ v aktuálnych vedeckých poznatkoch a v medicíne založenej na dôkazoch.[390]

Rozhovory s pôrodnými asistentkami tiež odrážajú, že **pôrodné asistentky považujú manipulatívne prístupy za legitímne** (aj keď z ich strany ako manipulatívne reflektované neboli) **a že takéto prístupy sú bežnou súčasťou poskytovania pôrodnej starostlivosti**. Aj nasledujúci citát ilustruje mocenskú prevahu zdravotníckeho personálu, odborné vzdelanie a odvolávanie sa na medicínu ako jediný legitímny zdroj poznania o pôrodoch v kombinácii s odhováraním, neakceptovaním prianí žien, delegitimizáciou ich požiadaviek, spochybňovaním až negáciou ich pocitov a prežívanej bolesti a vnucovaním svojej perspektívy vnímania bolesti (avšak pôrodnými asistentkami neprežívanej) a manipulatívnym až zastrašujúcim prehováraním.

No ako, to je super, že si napíše, že čo chce a čo nechce. Ale keď mi príde žena a povie, že nechce infúziu, lebo že s tou infúziou to bude bolieť horšie. Lebo jej to kamarátka povedala, tak to ma ide rozdrapiť. Preboha pani, to nemôžete tak brať! Ja vám to vysvetlím inak. Tá bolesť nie je o nič horšia ako tá, čo vy máte, je len silnejšia, ale je kratšia. To oni tak nemôžu. Lebo že kamoška povedala, že mala vyvolávaný pôrod a to strašne bolelo. A to nie je pravda. Lebo ak sa pôrod vyvoláva z určitých dôvodov, lebo mamička už chce rodiť a chce to mať za sebou, ten pôrod sa dá vyvolať len v tom prípade, ak je pripravené telo. Ak nie je pripravené, tak vy ho nevyvoláte, hej? To treba vedieť rozlíšiť. A to rozlíši len lekár, či je to hrdlo pripravené, či je zrelé a to všetko. A mamičky to nevedia pochopiť. Lebo to už je tá stránka medicínska… Takže toto nemám rada, keď mi mamička v tom pôrodnom pláne toto povie, že infúziu nie. … Lebo veľa žien to nevie, poviem pravdu, aj tie, čo už rodili. Si nevedia predstaviť, ako to funguje pri pôrode. Čiže asi tak tie pôrodné plány. Ale ja ich akceptujem. Nechcete, tak nechcete. Vysvetlím, svoj názor poviem, keď nie, tak nie. Nebudem nikoho nútiť, každý vie, čo má ako robiť. Každý je strojcom vlastného šťastia, čo chce, to má. (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

„Neinformovanosť" a „nepripravenosť", ktorú v diskurze zdravotnícky personál pripisuje rodiacim ženám, zároveň zdravotníckemu personálu slúži aj ako odrazový mostík

---

389 Šitie poranení má prebiehať s adekvátnym použitím prostriedkov na tíšenie bolesti. Skúsenostiam žien so šitím poranení po pôrode sa budeme venovať v samostatnej publikácii.

390 Neexistujú žiadne dôkazy, ktoré by potvrdzovali, že holenie pubického ochlpenia je prevenciou zvýšenia miery infekcií. Práve naopak, rutinné uplatňovanie tohto postupu môže zvýšiť riziko infekcie vírusom HIV a hepatitídy buď pre zdravotnícky personál, alebo pre rodiacu ženu. WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : World Health Organization, Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 9 – 10. Dostupné na: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/ (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016). K holeniu pubického ochlpenia a rutinnej aplikácii klystíru pozri aj kapitolu 3.3.6.1.8.

k spochybňovaniu a delegitimizovaniu autentických znalostí žien o ich aktuálnom prežívaní. To sa prejavuje napríklad v už spomínanom popieraní alebo bagatelizovaní bolesti žien zdravotníckym personálom. **Nedôvera zdravotníckeho personálu v pociťovanú bolesť a v prežívanie žien celkovo sa objavovala aj v naratívoch žien v skoršej výskumnej sonde**.[391]

Prídu bolesti. ‚Už mám silné bolesti.' Ale pritom tie bolesti ešte nie sú také, aké by mali byť na pôrod. Tak na mňa pozrie, ako keby som neviem čo povedala, že ja jej neverím, že ona má bolesti. Čiže sú veľmi málo pripravené. Česť výnimkám, ale to sa veľmi málo stáva. (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Vo viacerých rozhovoroch s pôrodnými asistentkami bola **otázka autonómneho rozhodovania sa rodiacich žien v zásade neprijateľná**. Aj preto **s rodiacimi ženami vyjednávali a presviedčali ich proti ich požiadavkám, odhovárali ich od ich predstáv alebo ich presviedčali, že dané prianie sa v konkrétnej pôrodnici splniť nedá**.

Keď dôjdu s tým pôrodným plánom, tak sú také… ale časom sa nechajú nahovoriť a dajú si povedať. (Pôrodná asistentka, do 10 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Ako vyplýva aj z predchádzajúcich kapitol, aj niektorí pôrodníci a pôrodníčky v rozhovoroch opisovali priebeh pôrodov takým spôsobom, ktorý, podobne ako v prípade pôrodných asistentiek, naznačuje, že **rodiacim ženám neumožňujú/neponúkajú alternatívu k navrhovaným postupom**. Namiesto toho využívajú mechanizmy a nástroje vyplývajúce z ich mocensky asymetrickej pozície. **Namiesto informovania o možných postupoch, benefitoch a rizikách pristupujú k úkonom bez zohľadňovania vôle a želaní žien, prípadne využívajú aj presviedčanie či iné nástroje k presadeniu si svojej vôle a názoru. Ženám tak nedávajú ani možnosť spolurozhodovať, o autonómnom rozhodovaní sa ani nehovoriac**. Aj v prípadoch, keď ženy svoje priania iniciatívne artikulujú a pôrodníci a pôrodníčky ich akceptujú (aj keď v niektorých prípadoch len zdanlivo), sú rozhodnutia v konečnom dôsledku prijímané zdravotníckym personálom a nie rodiacimi ženami.

3.2.9.4. Rodové stereotypy o rodiacich ženách: ženy ako matky, ženy ako objekty a ženy ako osoby nespôsobilé rozhodovať sa

Aj keď slobodná voľba a informované rozhodovanie sa patria pri pôrodnej starostlivosti k ústredným konceptom ľudských práv žien, v praxi slovenských pôrodníc často nie sú napĺňané. **Naratívy pôrodníkov a pôrodníčok odrážali skutočnosť a predstavu, podľa ktorej by slobodná voľba žien a ich informované rozhodovanie sa mali ustupovať záujmom plodu**. Pokiaľ to tak nie je, je to prezentované ako forma sebectva či rozmaznanosti.

[Dnešné rodiace ženy] *sú zhýčkané a rozmaznané.* (V: A to ako myslíte, ako sa to prejavuje? V zmysle toho, ako prežívajú bolesť?) R: *Preferujú svoje vlastné dobro na úkor dieťaťa. Hoci si to neuvedomujú a žiadna by to nepriznala.* (Lekár pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Niektoré naratívy pôrodníkov a pôrodníčok dokonca opisujú, že **formulovanie vlastných predstáv o priebehu pôrodu** a poskytovanej starostlivosti a prezentovanie vlastných potrieb (čo na strane

[391] Pozri DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: Ženy – Matky – Telá: *Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 116.

žien predstavuje legitímne nároky) **sú okrem sebectva spájané aj s panovačnosťou** a (podľa zdravotníckeho personálu nelegitímnou) snahou mať nad vlastným pôrodom kontrolu.

Záležalo od toho, čo tam [v pôrodných prianiach] *bolo zapísané. Na tom zozname bolo strašne vidieť, že či tej žene naozaj ide o seba alebo o kontakt s dieťaťom alebo je len panovačná a chce mať pod kontrolou niečo, čomu až tak nerozumie*. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Toto vnímanie zároveň silne odráža **stereotyp ženy-matky, ktorá už v kontexte ešte neexistujúceho materstva musí obetovať všetky svoje (legitímne) potreby a práva „záujmom" plodu**. Príznačné pritom je, že záujmy rodiacej ženy a záujmy plodu sú vnímané ako protichodné a žena je vo vzťahu k plodu vnímaná ako hrozba. Táto „hrozba" potom pod rúškom „ochrany" plodu legitimizuje – tak, ako v mnohých iných oblastiach porušovania ľudských práv – porušovanie práv žien (ktoré však nie je v naratívoch zdravotníkov a zdravotníčok konceptualizované ako porušovanie práv, ale ako nevyhnutnosť, resp. „zdravotná starostlivosť").

> „Najvhodnejším etickým rámcom na pristupovanie k odmietnutiu odporúčanej starostlivosti v prípade tehotnej ženy je ten, ktorý rozoznáva prepojenie medzi tehotnou ženou a jej plodom, ale udržiava rešpekt pre jej autonómne rozhodovanie sa ako centrálnu zložku. Tento prístup nebráni pôrodnícko-gynekologickému personálu v poskytovaní medicínskych odporúčaní, ktoré sú v prospech plodu, ale zachováva autonómiu a rozhodovaciu kapacitu ženy, ktorá sa týka jej tehotenstva. Tehotenstvo neznižuje ani neobmedzuje povinnosť získať informovaný súhlas alebo rešpektovať odmietnutie navrhovanej starostlivosti tehotnou ženou."
>
> **ACOG, 2016**[392]

Stereotyp ženy-matky sa však v naratívoch objavoval aj v iných podobách. Veľmi častým – a to tak v naratívoch žien, ako aj v naratívoch zdravotníckeho personálu – bolo napríklad **univerzálne označovanie rodiacich žien pomenovaním „mamička"** zo strany zdravotníckeho personálu.

Mne sa zdá, že mi hovorili mamička. A určite sestry mi hovorili mamička. A väčšina z nich mi hovorila mamička. (Dana, 32 rokov, 1 dieťa)

(V: Ako vás oslovovali?) R: *Mamička, myslím, mamička, myslím že. Myslím že áno*. (V: Ako to na vás pôsobilo?) R: *Viete čo, ani neviem, spätne som už tak nejako bola s tým spätá, že už som mama, ale aj tak som sa cítila, že proste nejaká žiačka v škole, že sa mi prihovárajú páni profesori hej, že nebol to taký rovnocenný vzťah, nebol*. (Lívia, 28 rokov, 1 dieťa)

Stane sa, že príde mamička a to bábätko rýchlo bez toho porodíme, ale to je individuálne. (Lekárka po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

---

[392] AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS: *Refusal of Medically Recommended Treatment During Pregnancy. Committee opinion No. 664*. Washington, DC, 2016, s. 7. Dostupné na: https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Ethics/co664.pdf?dmc=1&ts=20160716T1413260121 (posledná návšteva dňa 18. 10. 2016).

Takéto označenie nielenže naznačuje, na akú osobu a rolu je redukovaná rodiaca žena a jej subjektivita, ale naznačuje tiež – a to osobitne v naratívoch žien, ktoré opisovali svoju pôrodnú skúsenosť ako konkrétne a individualizované osoby –, že **žena často nie je zdravotníckym personálom vnímaná ako individuálny subjekt** (s vlastným menom, prípadne akademickým titulom – ktorým ženy pôrodníkov a pôrodníčky oslovovali bezvýhradne), **ale ako niekto, koho identita a subjektivita nemusí byť individualizovaná a viditeľná**, ale stačí ju zovšeobecniť a zneviditeľniť univerzálnym (a rodovo stereotypným) pomenovaním.

Absencia vnímania konkrétnej ženy ako autonómneho a individualizovaného subjektu potom môže byť jedným z vysvetlení vnímania rodiacej ženy ako niekoho, kto nemá práva (resp. nemá „nárok" na určité práva), resp. koho práva môžu byť legitímne porušované.

Absencia vnímania žien ako autonómnych subjektov, ktorých práva a prežívanie by mali byť v centre dôležitosti a v centre záujmu zdravotníckeho personálu, absencia vnímania pôrodu ako unikátneho psychosexuálneho a emocionálneho deja s masívnymi dopadmi na psychické zdravie žien a absencia prepojenosti faktorov súvisiacich s prostredím a intimitou na emocionalitu žien a ich psychosexuálne prežívanie pôrodu môžu byť **tiež vysvetlením, prečo niektorí členovia a členky zdravotníckeho personálu neberú vôľu a priania žien s plnou vážnosťou a s rešpektom**.

Analýza niektorých rozhovorov s pôrodníckym personálom napríklad poukazuje na to, že niektorí respondenti a respondentky nepovažovali snahu žien o zabezpečenie dôstojnosti a intimity za nevyhnutnú podmienku na zabezpečenie ich najzákladnejších práv a zároveň najbazálnejších psychologických a emocionálnych potrieb počas pôrodu, a teda pre pôrod samotný, ale považovali ju za **prílišné sústredenie sa na to, ako sa žena cíti, namiesto sústredenia sa na „pôrod samotný"**.

Ja viem, že tá miestnosť, kde sa rodí, je taká, aká je, ale má to trošku význam. Žena sa podľa mňa príliš sústredí na to, ako sa ona cíti a aké tam je prostredie. Akoby zabúdala na zmysel toho pôrodu [vo chvíľach], *keď ide o emócie a citové prežívanie ženy.* (Lekárka po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Pre zdravotnícky personál môže byť teda **implicitným „zmyslom" pôrodu vypudenie, resp. „odovzdanie" alebo „vyprodukovanie" zdravého dieťaťa a na tento výsledok je potrebné počas pôrodu sústrediť celú pozornosť všetkých zainteresovaných** (pričom do tohto konceptu sa zároveň silne premieta stereotyp ženy-matky, ktorá má tomuto výsledku všetko obetovať). **Telo rodiacej ženy prestáva byť v tomto kontexte jej vlastným telom, o ktorom má právo rozhodovať sa** (a k tomu pozri aj kapitoly 1.2.1. a 1.3.).

Tá doktorka mi hovorila, že… sa mám nadýchnuť a proste tlačiť, áno, takže som tlačila ako očakávali. Takže ony boli spokojné, ale ja som stále čakala nejakú motiváciu, ktorá nedošla. Ja som stále čakala, že mi povie tá doktorka, že už vidí hlavičku. Ja som v jednom momente rukou tú hlavičku hmatala. Ony boli úplne zhrozené. Pôrodná asistentka ma hneď začala oblievať dezinfekciou, že ako si [to] *môžem dovoliť, dotýkať sa ‚operačného poľa'. Taký nepríjemný pocit, že vlastne to moje telo mi nepatrilo, že som sa ho nemohla ani len dotknúť.* (Júlia, 32 rokov, 2 deti)

„Zmyslu" pôrodu sa má zároveň adekvátne prispôsobiť „výkon" ženy, na ktorý má byť adekvátne „pripravená" – a to v systéme orientovanom na výsledok a na potreby definované zdravotníckym personálom (ktoré sú často zároveň aj potrebami tohto personálu), ktoré sa má žena snažiť naplniť (a k tomu pozri aj kapitolu 1.2.1.).

A, bohužiaľ, u nás ženy prídu na pôrod absolútne nepripravené vo väčšine prípadov. Absolútne nevedia, čo ich čaká, nevedia, ako sa majú správať, [a už ani] *nehovorím, že nevedia, ako majú dýchať.* (Lekár pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Ak tá žena pozná to prostredie, do ktorého ide, že už predtým bola pozrieť tú pôrodnicu a chodila na nejakú psychofyzickú prípravu, kde jej niečo povedia o pôrode, tak je kľudnejšia a je to pre nás výhodnejšie. (Lekár po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Keď už je taký boom rozhovorov o epiziotómiách a každá baba chce rodiť bez toho..., tak ony reálne tiež môžu pre to niečo robiť. Masáže, ... olejíčky, ale v prvom rade napríklad epino. To je v podstate ako keby nejaká loptička, ktorá sa vloží a napumpuje sa do tej veľkosti tej hlavičky, cvičí tie tkanivá. A to je úplne super. A vidno, že tá baba sa na to pripravovala, že niečo pre to spravila. A vtedy sa jej lekár snaží vyhovieť. Ako keď len vojde hysterická a ona kričí, že nie, nie – nespolupracuje, potom ťažko. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Epi-No Birth Trainer je zariadenie, ktoré má trénovať vagínu tehotnej ženy na pôrod. Zariadenie sa vkladá do vagíny a nafukovaním balónika a jeho následným „pôrodom" dochádza k viacnásobnému opakovanému rozťahovaniu tkanív vagíny, čo má za cieľ priniesť zníženú mieru poranení hrádze pri skutočnom pôrode. Prvotné štúdie preukázali zníženie frekvencie epiziotómií v skupine žien, ktoré používali zariadenie Epi-No. V najnovšej randomizovanej kontrolovanej štúdii, realizovanej na viacerých klinikách, autorský kolektív dospel k záveru, že nie je možné potvrdiť ochranný účinok zariadenia. Súčasne identifikoval marginálny negatívny efekt používania zariadenia, a to zvýšenú mieru reziduálnych defektov vonkajšieho análneho zvierača.[393] Dlhodobý účinok zariadenia na panvové dno nebol doteraz skúmaný. Odporúčania používať tréningové zariadenia teda nie sú založené na kvalitných dôkazoch, ale vychádzajú z predstavy inherentne defektného ženského tela, respektíve jeho časti – vagíny, ktorú treba na výkon (pôrod dieťaťa) natrénovať. Až po preukázaní, že žena niečo pre schopnosť porodiť bez poranenia urobila – napríklad trénovala so zariadením alebo si masírovala hrádzu –, sa dostavuje dôvera zdravotníckeho personálu v jej schopnosť porodiť bez poranenia. Tomu zodpovedá aj znížený počet vykonávaných epiziotómií v niektorých štúdiách.[394]

To, že rodiace ženy nie sú samotným inštitucionálnym systémom a jeho predstaviteľmi a predstaviteľkami vnímané ako plné subjekty práv, ale skôr ako pasívne objekty, ktoré by sa mali podvoliť autorite medicínskeho poznania, naznačujú aj **negatívne hodnotenia iniciatívy žien a spochybňovanie ich predstáv zdravotníckym personálom**. V tejto súvislosti v naratívoch do popredia osobitne vystupoval **stereotyp rodiacej ženy ako osoby nespôsobilej na prijímanie rozhodnutí**. Tento stereotyp bol

[393] KAMISAN ATAN, I. – SHEK, K. L. – LANGER, S. – GUZMAN ROJAS, R. – CAUDWELL-HALL, J. – DIETZ, H. P.: Does the Epi-No® birth trainer prevent vaginal birth-related pelvic floor trauma? A multicentre prospective randomised controlled trial. In: *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, roč. 123, 2016, s. 995 – 1003. Dostupné na: http://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/hub/issue/10.1111/bjo.2016.123.issue-6/ (posledná návšteva dňa 20. 07. 2016).

[394] RUCKHÄBERLE, E. – JUNDT, K. – BÄUERLE, M. – BRISCH, K. H. – ULM, K. – DANNECKER, C. – SCHNEIDER, K. T. M.: Prospective randomised multicentre trial with the birth trainer EPI-NO for the prevention of perineal trauma. In: *ANZJOG Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, roč. 49, 2009, č. 5, s. 478 – 483. Dostupné na: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1479-828X.2009.01044.x/abstract (posledná návšteva dňa 25. 07. 2016). HILLEBRENNER, J. – WAGENPFEIL, S. – SCHUCHARDT R. – SCHELLING, M. – SCHNEIDER, K. T. M.: Erste klinische Erfahrungen bei Erstgebärenden mit einem neuartigen Geburtstrainer Epi-no®. In: *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, roč. 205, 2001, č. 1, s. 12 – 19. Dostupné na: https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2001-14552 (posledná návšteva dňa 25. 07. 2016).

však verbalizovaný rôznymi spôsobmi, pričom tieto spôsoby boli zároveň vzájomne protichodné. **Na jednej strane boli ženy vnímané ako nedostatočne „kompetentné", „vzdelané", „informované" alebo inak „spôsobilé" na toto rozhodovanie, no na druhej strane boli vnímané ako príliš „premúdrelé" alebo „panovačné"**. Toto odporujúce si – a zároveň prevažne negatívne – hodnotenie iniciatívy rodiacich žien však môže naznačovať aj to, že hneď ako rodiaca žena preukáže istú dávku autonómie a vôle o sebe rozhodovať, je pôrodným systémom a jeho predstaviteľmi a predstaviteľkami sankcionovaná – a to spôsobom, ktorý delegitimizuje, spochybňuje či zosmiešňuje jej osobu.

Ale viac-menej tieto plánové [t. j. také, ktoré majú pôrodný plán – pozn.] *sú také, že to skopírujú z internetu a nie je to z vlastnej hlavy, že viem, čo chcem. Si to prečítajú niekde a skopírujú. Veľakrát ani nevedia, že čo tam majú napísané.* (Pôrodná asistentka, do 10 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Niektoré sú fajn a dajú si aj vysvetliť. Dá sa vždycky dohodnúť na kompromise, keď teda niečo. A sú aj také, s ktorými sa ťažko komunikuje… Niekedy sa s nimi komunikuje ťažšie ako s kýmkoľvek iným. Si myslia teda, že sú múdrejšie ako ktokoľvek iný a je to proste ťažké. (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Väčšina [rodiacich žien je nepripravená na pôrod]… *Ak predpokladám, že máte odsledované tie články a rozhovory na Ženských kruhoch, tak by ste, samozrejme, čakali, že tie ženy budú mať väčšie povedomie o tých pôrodoch. O tom, aké zásahy sa robia a ako sa im dá vyhnúť. Ako ja to nechcem preháňať v číslach, ale možno dvadsať percent žien sa k tomu stavalo tak uvedomelo. Že sa zaujímali proste, či sa im bude robiť to a to a ako to pôjde. A ďalšia vec je, že takéto bývali väčšinou personálom zaškatuľkované ako ak nie rovno alternatívne, tak nejaké nervózne. Boli to, nechcem povedať, že hanlivé prívlastky, ale bolo na to nazerané tak, že prečo sa nám pletiete do remesla.* (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Inými slovami, bez ohľadu na obsah, množstvo a kvalitu informácií, ktorými ženy o pôrodoch disponujú (a ktoré v každom prípade priamo závisia aj od množstva a kvality informácií, ktoré sa individuálnym ženám (ne)dostanú pri poskytovaní štátom garantovanej predpôrodnej zdravotnej starostlivosti), a bez ohľadu na to, že mnohé ženy majú, na rozdiel od niektorých pôrodných asistentiek a niektorých pôrodníčok a na rozdiel od všetkých pôrodníkov, aj autentickú empirickú skúsenosť s predchádzajúcim pôrodom alebo pôrodmi, **sú ženy v zmysle niektorých naratívov v zásade vnímané ako nekompetentné posudzovať niektoré aspekty pôrodu, a teda nespôsobilé o nich rozhodovať**.

V naratívoch sa dokonca vyskytol **aj prípad oceňovania nižšieho vzdelania u žien**, ktoré slúži ako „prevencia" pred uplatňovaním si práv na ich strane. Niektoré pôrodné asistentky hodnotili pozitívne také interakcie so ženou, ktorá súhlasí s navrhovanými postupmi pôrodných asistentiek bez odporu či komentárov.

Podľa mňa aj veľmi záleží na vzdelaní. Menej vzdelané ženy, nechcem nikoho uraziť, sú koľkokrát lepšie, nerozprávajú do ničoho a dajú si povedať. (Pôrodná asistentka, do 10 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Ako sme už však uviedli aj skôr, v takomto prípade nejde o spoluprácu ani o partnerskú komunikáciu, ale o typ mocenskej interakcie. Negatívne nahliadanie na rodiace ženy, ktoré majú o svojom pôrode jasnú predstavu a chcú o nej komunikovať, je okrem iného sprievodným znakom a výsledkom už skoršie opísanej **centralizácie pôrodnej starostlivosti na inštitúciu a jej personál namiesto na rodiacu ženu a vnímania žien ako neautonómnych bytostí, ktoré nemajú o sebe rozhodovať, ale majú sa podriadiť** pôrodníckemu systému a osobám, ktoré ho ovládajú a reprezentujú.

Aby sme boli zajedno. Aby vlastne vnímala len mňa. Vtedy je to ideálne. Kedy vlastne ma nechá, počúva a podvolí sa tomu všetkému, tak je to super. Vtedy je to ideálna rodička. (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

3.2.9.5. Nerešpektovanie a nereflektovanie autentickej emocionality žien počas pôrodu

Závažnosť situácie, akou je pôrod a pôrodná skúsenosť, hlavne v kontexte emocionálneho charakteru tejto skúsenosti, si vyžaduje interakcie spôsobmi, ktoré budú zohľadňovať aj širší kontext pôrodu ako unikátneho emocionálneho, psychosexuálneho a psychosociálneho deja.

Autentická emocionalita rodiacich žien počas pôrodov bola v naratívoch členov a členiek zdravotníckeho personálu nielenže hodnotená a vnímaná negatívne, ale zároveň aj rodovo stereotypizovaná. Táto autentická emocionalita, ktorá je v rôznych podobách neoddeliteľnou súčasťou pôrodu, bola **opisovaná ako precitlivenosť či dokonca hysterickosť**.

V prvom rade, že sú hodne precitlivelé mnohé, až tak moc, by som povedala. (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Zdravotnícky personál teda autentické emocionálne prejavy odsudzuje namiesto toho, aby ich rešpektoval, akceptoval a vedel s nimi profesionálne pracovať.

A potom úplne ideálne by bolo, keby tá baba nehysterčila, hej? V podstate, keď tam nebolo toto, tak sa s nimi vždy pracovať dalo. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Zdravotnícky personál vo svojich naratívoch navyše **vôbec nereflektoval, že niektoré emocionálne prejavy rodiacich žien môžu byť reakciou na správanie sa personálu**, na pociťovanú bezmocnosť, strach a absenciu alebo stratu kontroly nad svojím pôrodom a telom, na násilie, ktoré môže byť na ženách páchané počas pôrodu (a ktoré môže byť zdravotníckym personálom aj neuvedomované, resp. sprevádzané „dobrými úmyslami"), **alebo príznakom znovuotvárania sa skorších tráum** spôsobených predchádzajúcimi pôrodmi alebo traumatizujúcimi skúsenosťami spôsobenými sexuálnym alebo iným rodovo podmieneným násilím.

3.2.9.6. Prejavy násilia ako neakceptovateľná alternatíva k spolupráci

Veľmi závažným porušením ľudských práv žien je aj **používanie prvkov násilia a násilníckych postupov zo strany zdravotníckeho personálu voči rodiacim ženám**, a to s cieľom presadzovania si svojej vôle. Rodovo podmienené násilie, teda násilné činy namierené proti ženám, lebo sú ženy, alebo také násilné činy, ktoré majú na ženy neprimeraný dopad, sú všetky prejavy, ktoré majú alebo by mohli mať za následok telesnú, sexuálnu alebo duševnú ujmu alebo utrpenie žien, hrozba takýmito činmi, zastrašovanie a iné formy obmedzovania slobody. Násilie teda nemusí mať iba fyzickú povahu a rovnako nemusí byť páchané iba úmyselne. Násilníci alebo násilníčky si jeho páchanie dokonca niekedy ani nemusia uvedomovať, resp. ho môžu v niektorých prípadoch páchať aj s „dobrými úmyslami" (podrobnejšie k násiliu a k mučeniu a inému krutému, neľudskému a ponižujúcemu zaobchádzaniu pozri kapitolu 2.2.6.).

V rozhovoroch pôrodníci, pôrodníčky aj pôrodné asistentky opisovali **používanie praktík ako zvyšovanie hlasu či kričanie na ženy, ale aj praktiky s prvkami fyzického násilia**, konkrétne priväzovanie žien, držanie žien proti ich vôli alebo dokonca udieranie rodiacich žien. Je paradoxné, že toto násilné vynucovanie si vôle zdravotníckeho personálu sa deje pod rúškom „spolupráce" (tieto praktiky boli totiž opisované práve v časti rozhovorov, v ktorých výskumníčky kládli zdravotníckemu personálu otázky týkajúce sa komunikácie a spolupráce s rodiacimi ženami):

Nám keď niekto nespolupracoval, tak sme sa jej to snažili vysvetliť, prečo je to dôležité pre ňu, prečo je to dôležité pre dieťa. Niektorí už aj skríkli na ne a šlo to potom. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Videla som ženy, ktoré nespolupracovali. Videla som, ako na nich kričali, aby konečne začali spolupracovať. A veľakrát, dokonca mi kolegynky hovorili, to ešte dávnejšie, bola pacientka, ktorá nespolupracovala. Ale vôbec, ozvy išli totálne dolu. Tam už bila hodina dvanásta. Tak jej kolegynka jednu normálne plesla, aby začala spolupracovať. (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Ale sú pacientky, ktoré, si pamätám, raz som mala takú pacientku, vtedy som ešte bola mladá, neviem, či to nebolo ešte na škole, ktorá sa takto [ukazuje intenzívne mykanie do všetkých strán] *prehadzovala. My sme ju len držali, aby nespadla. Ale to už vôbec že by dieťa chytať – chytať ju, aby vôbec nespadla z toho stola. To bolo strašné. Vtedy už všetci kričali na ňu, že nech sa proste upokojí, nech prestane, lebo to už je život ohrozujúce pre ňu, nie pre samotné dieťa už. No a tam nehrozilo nič. Tak sme ju potom originál priklincovali s rukami a s nohami, a proste len… ona potom už ani nepotlačila dieťa, to nejako samé.* (Pôrodná asistentka, nad 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Uvedené citáty zároveň opätovne poukazujú aj na vnímanie „spolupráce" zdravotníckym personálom, ktorá je v jeho ponímaní vo svojej podstate mocenským a neraz aj násilníckym konceptom a rodiacim ženám je pod jej rúškom aj násilím vnucovaná perspektíva inštitúcie a vôľa jej zástupcov a zástupkýň.

3.2.9.7. Centralizácia pôrodu na personál aj v kontexte uplatňovaných postupov a intervencií

Centralizáciu pôrodu na inštitúciu a jej personál, a teda symbolické a fyzické konceptualizovanie priebehu pôrodu tak, aby bol orientovaný skôr na komfort, potreby a preferencie zdravotníckeho personálu než na komfort, potreby a práva rodiacich žien, ukazujú naratívy nielen v kontexte „spolupráce" či takmer výlučného rozhodovania personálu o tom, čo sa počas jednotlivých pôrodov bude diať, ale v spojení s tým špecificky aj v kontexte niektorých uplatňovaných postupov a intervencií. Jeden pôrodník napríklad odôvodňoval indikáciu pre epiziotómie tým, že sa ošetruje lepšie a jednoduchšie než naturálne natrhnuté tkanivá. Takýto prístup je však v rozpore so súčasnými poznatkami vedy (k epiziotómii v kontexte medicíny založenej na dôkazoch pozri kapitolu 3.3.6.1.5.).

Boli už aj poranenia konečníka také vážnejšie. Alebo, keby aj sa neporanil konečník, tak sa roztrhne neforemne cik-cak. Pri tom nástrihu je to jedna línia, ktorá sa dá ďaleko lepšie ošetriť a podobne. (Lekár po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Centralizácia starostlivosti na personál je viditeľná aj v prípade hodnotenia vybavenia nemocnice. V niektorých nemocniciach opisovali pôrodné asistentky **snahu nepoužívať typy pôrodných lôžok, ktoré sú pre zdravotnícky personál menej pohodlné ako „klasické" pôrodné lôžko**, a to aj napriek tomu, že pre ženu by pôrod na takomto lôžku znamenal väčšie pohodlie.

On [pôrodný stôl] *je moderný, veľký, pre pacientky dobrý, ale pre vedenie pôrodu on je zlý, pretože on je takýto* [ukazuje šírku stola] *a ty, keď potrebuješ byť pri pôrode, tak nedočiahneš a nevidíš. Pre nás je to zle, ale pacientky si vychvaľujú, ale nechcú tam naši rodiť, lebo sa tam zle manipuluje. Ale to pacientky nevedia, oni chcú dobre ležať, dobre rodiť. Ale pre nás, takto si ďaleko od pacientky, nevidíš na to. Takto nakúkaš. Na tých starých vidíš všetko pekne, vieš, to máš takéto technické záležitosti. Tam nič iné.* (Pôrodná asistentka, nad 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Aj iné naratívy naznačujú, že aj v prípadoch, keď nemocnica disponuje viacerými alternatívami pôrodného lôžka, táto skutočnosť nemusí byť garanciou toho, že žena má vo vzťahu k pôrodnému lôžku, resp. pôrodnej polohe (vrátane polôh mimo lôžka) možnosť voľby (k podpore slobodnej voľby polohy žien pri pôrode ako súčasti medicíny založenej na dôkazoch pozri kapitolu 3.3.6.1.3.). **Pôrodné asistentky opisovali, že alternatívu, ktorá nie je vyhovujúca pre zdravotnícky personál, rodiacej žene ani neponúkajú – hoci jej by mohla vyhovovať**.

Jednu [pôrodnú posteľ] *máme takú novšiu, polohovateľnú, polohuje sa vážne, ako len chcete, že hore sa dá dať zadok pacientke, proste pacientka môže sedieť na nej, proste všetko možné. Ale využívame ju veľmi málo, lebo je veľmi nepraktická. Čo sa týka pacientky, tak je v pohode, ale pre nás ako pre personál je nepraktická.* (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

3.2.10. Zhrnutie

Rozhovory so ženami a zdravotníckym personálom o komunikácii, spolupráci a informovaní odrážajú, že **systémovo nie je vytváraný priestor na dodržiavanie ľudských práv žien pri pôrodoch**. **Hoci komunikácia, spolupráca a proces informovania sú pre funkčnosť poskytovania pôrodnej starostlivosti kľúčové, patria k problematickým oblastiam, zreteľne odrážajúc závažné systémové nedostatky**, ktoré sú hĺbkovo štruktúrne ukotvené a ktoré pravdepodobne prerastajú celým systémom poskytovania inštitucionálnej pôrodnej starostlivosti.

V kapitole sme ukázali, že **ľudské práva žien pri pôrodoch ako východiskový rámec zostávajú v slovenskom inštitucionálnom kontexte nepochopené a neviditeľné**. Zdravotnícky personál ich nevie uchopiť a následne ani zohľadňovať a dodržiavať. Zdravotnícky personál v naratívoch **nepovažoval napĺňanie ľudských práv žien pri pôrodoch za integrálnu súčasť svojej práce a za niečo, čo má východiskovo rámcovať jeho prístupy a konanie, ale skôr za akúsi „nadstavbu"**. Ak však ľudské práva nie sú uznávané a rozpoznávané, nemôžu byť ani rešpektované a systémovo uplatňované a ich porušenia nemôžu byť zdravotníckym personálom napokon ani reflektované.

Pokiaľ ide o proces informovania, je skôr formalizovaný a nie je sprevádzaný snahami umožniť rodiacim ženám na základe informácií slobodné a informované rozhodovanie sa. Informovanie bolo v rozhovoroch opisované ako **proces podávania strohej informácie, resp. oznamovania jednotlivých krokov zdravotníckym personálom**, kde personál opisuje, čo ide (u)robiť, avšak bez zohľadnenia perspektívy žien a bez predpokladu, že na základe ním poskytovaných informácií sa následne rodiaca žena bude sama rozhodovať. **Podpisovaniu formulára „informovaného súhlasu" zväčša nepredchádza adekvátne a zrozumiteľné informovanie**, ženy nemajú dostatok času si svoj súhlas, resp. podpis premyslieť (a niekedy ani prečítať samotný formulár), podpísanie tohto formulára je formálnym úkonom. **Celkovo je získavanie informovaného súhlasu deformované systémovo už vo svojom východiskovom nastavení – v obmedzení sa na byrokratické štandardizované formuláre** a v jasnom očakávaní, že rodiace ženy ich budú podpisovať.

Dôsledkom systémového nastavenia vo vzťahu k rodiacim ženám je i to, že **rodiace ženy sa v naratívoch zdravotníckeho personálu stávajú pasívnymi prijímateľkami jeho rozhodnutí a úkonov**, pričom nie je prihliadané na to, čo cítia a či súhlasia s uskutočňovanými postupmi. Ženy tak nie sú pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti osobami, ktoré sa na základe informácií od zdravotníckeho personálu samy autonómne rozhodujú, ale zdravotnícki pracovníci a pracovníčky sú tými, ktoré im „dovoľujú" odchýlky od rutinných (a často škodlivých) postupov. **Jazyk a spôsob, ktorými prebieha komunikácia, spolupráca a informovanie, odrážajú aj mocenskú nerovnováhu** medzi jednotlivými aktérmi a aktérkami procesu pôrodu. **Poskytovanie informácií býva nevyvážené, členovia a členky zdravotníckeho tímu sa pokúšajú rodiace ženy „presviedčať"** o inom rozhodnutí, než ktoré ženy prijali. V rozhovoroch so zdravotníckym personálom vystúpila do popredia aj skutočnosť, že **v prípade postupov, ktoré považuje za prospešné zdravotnícky personál, sú vyzdvihované hlavne pozitíva a absentuje informácia o rizikách**, kým, naopak, v prípade postupov, ktoré sú preferované rodiacimi ženami, avšak nie zdravotníckym personálom, sa zdôrazňujú informácie o rizikách a absentujú informácie o benefitoch.

Napokon, **i samotní členovia a členky zdravotníckeho personálu opisovali vzájomnú komunikáciu s rodiacimi ženami ako deficitnú**, vyskytovalo sa aj ospravedlňovanie zlyhaní v oblasti komunikácie a v oblasti povinnosti ženy informovať z dôvodu systémových a situačných príčin. Informovanie žien a rovnocenná a partnerská komunikácia s nimi sa v niektorých naratívoch objavovala ako niečo, čo predstavuje akýsi „nadštandard" či možnú pridanú hodnotu pre pôrody prebiehajúce bez komplikácií. Nedostatok času vyplývajúci z akútnej situácie a nepredvídané situácie sa tak stávajú argumentmi a ospravedlneniami zdravotníckeho personálu pre neinformovanie alebo neadekvátne informovanie žien.

Naratívy rozhovorov so zdravotníckymi pracovníkmi a pracovníčkami **neukazujú, že by v pôrodniciach dochádzalo k aktívnemu a systematickému vytváraniu podmienok na efektívnu komunikáciu a informovanie** vrátane podmienok na aktívne zisťovanie konkrétnych predstáv rodiacich žien, podmienok, ktoré by ženy ku komunikačným interakciám so zdravotníckym personálom aktívne povzbudzovali, a podmienok, ktoré by na tieto interakcie a rozhodovanie sa žien poskytovali dostatok času.

3.3. Zdravotnícke postupy a štandardy v jednotlivých pôrodniciach: Evidence-based medicine v. eminence-based medicine

Vo výskume sme sa snažili porozumieť i tomu, ako vznikajú zaužívané postupy asistovania pri pôrodoch (resp. fakticky skôr vedenia pôrodov) v jednotlivých nemocniciach a aké ďalšie faktory majú vplyv na vykonávané postupy a intervencie. Zisťovali sme aj to, aké sú v jednotlivých pôrodniciach všeobecne odporúčané a neodporúčané postupy, prípadne úplne zakázané intervencie, a ako na tieto postupy nahliadajú jednotliví zástupcovia a zástupkyne z radov zdravotníckeho personálu. Pri jednotlivých uplatňovaných intervenciách a postupoch a ich analýze tvoril podstatný interpretačný rámec aj ich súlad s medzinárodne uznávanými zdravotníckymi štandardmi, resp. skutočnosť, do akej miery majú základ v tzv. medicíne založenej na dôkazoch.

3.3.1. Medicína založená na dôkazoch ako jedno z východísk pre poskytovanie pôrodnej starostlivosti

Koncept medicíny založenej na dôkazoch (*evidence-based medicine*, EBM) bol prvýkrát definovaný v deväťdesiatych rokoch 20. storočia ako svedomité a uvážlivé používanie najlepších dôkazov pri manažovaní zdravotnej starostlivosti u jednotlivých pacientov a pacientok. Tento model bol postavený na prieniku klinickej expertízy, výskumných dôkazov a pacientskych preferencií.[395] Už v tomto období autori a autorky upozorňovali, že model medicíny založenej na dôkazoch sa neustále vyvíja a bude ho potrebné redefinovať.

Rozšírený model bol neskôr definovaný ako **integrácia najlepších vedeckých dôkazov**[396]**, klinickej praxe a hodnôt pacienta či pacientky**.[397] Tento model nebol nastavený ako schéma, ktorá by určovala, ako majú byť jednotlivé rozhodnutia prijímané, ale ako sprievodca, ktorý bude asistovať pri rozmýšľaní nad nimi. V praxi sa však ukázalo, že sú to práve individuálne preferencie klinického lekára či lekárky, ktoré často hrajú veľkú rolu pri manažovaní podobných prípadov. Podľa tohto modelu je preto dôležité si pripomenúť, že vždy, keď je to možné, je potrebné zvážiť ako prvé preferencie pacienta či pacientky a až potom preferencie klinického lekára či lekárky.[398]

Ďalší model medicíny založenej na dôkazoch sa rozširuje o **posudzovanie konkrétneho klinického stavu pacienta alebo pacientky a okolností poskytovania zdravotnej starostlivosti**. V praxi to znamená, že pri rozhodovaní na základe vedeckých dôkazov sa individuálne u každého pacienta či pacientky zohľadňuje pomer výhod a rizík a pri odporúčaniach sa berie do úvahy nielen konkrétny zdravotný stav a predpokladané riziko vzniku komplikácie, ale napríklad aj to, v akej oblasti je zdravotná starostlivosť poskytovaná, prípadne vzdialenosť bydliska pacienta či pacientky od najbližšieho poskytovateľa adekvátnej zdravotnej starostlivosti.[399] Ako možno vidieť z týchto príkladov, medicína založená na dôkazoch predstavuje konceptuálny a komplexný model, ktorý sa vyvíja v čase a predstavuje základné rámce, v ktorých by mal zdravotnícky personál pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti uvažovať.

Pod **medicínskymi, resp. zdravotníckymi štandardmi** máme na mysli **odporúčania a postupy, ktoré opisujú rôzne modely a spôsoby starostlivosti, intervencie, ich účinnosť aj riziká, vychádzajúc**

---

395 SACKETT, D. L. – ROSENBERG, W. M. – GRAY, J. A.: BMJ 1996;321:71-2. Citované v: HAYNES, R. B. – DEVERAUX, P. J. – GUYATT, H. G.: *Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice*. Ontario : 2002. Dostupné na: http://ebm.bmj.com/content/7/2/36.full.pdf+html (posledná návšteva dňa 30. 10. 2016).

396 Vedecké dôkazy je možné získavať rôznymi spôsobmi, a preto sa zaviedli rozličné úrovne dôkazov. Na najvyššom mieste sú randomizované (náhodne rozdelené) kontrolované (s vopred určeným priebehom) štúdie a na najnižšej priečke je expertný názor. Nie na všetky skúmané javy je možné a vhodné získavať dôkazy najvyššej úrovne. V prípade, ak sú v danom čase dostupné vedecké dôkazy viacerých úrovní, za najlepšie sa považujú tie, ktoré dosahujú v rebríčku vyššie miesta. Úrovne dôkazov sa mierne líšia podľa toho, či ide o liečbu, diagnostiku, odhad prognózy alebo ekonomické analýzy. Pozri napr. CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE: *Oxford Centre for Evidence-based Medicine – Levels of Evidence (March 2009)*. Oxford : Centre for Evidence-Based Medicine, 2009. Dostupné na: http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/ (posledná návšteva dňa 08. 10. 2016).

397 SACKETT, D. L. – STRAUS, S. E. — RICHARDSON, W. S.: *Evidence based medicine: how to practice and teach EBM*. 2nd ed. Edinburgh : Churchill Livingstone, 2000. Citované v: HAYNES, R. B. – DEVERAUX, P. J. – GUYATT, H. G.: *Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice*. Ontario : 2002. Dostupné na: http://ebm.bmj.com/content/7/2/36.full.pdf+html (posledná návšteva dňa 30. 10. 2016).

398 HAYNES, R. B. – DEVERAUX, P. J. – GUYATT, H. G.: *Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice*. Ontario : 2002. Dostupné na: http://ebm.bmj.com/content/7/2/36.full.pdf+html (posledná návšteva dňa 30. 10. 2016).

399 Tamtiež.

pritom z najlepších dostupných vedeckých dôkazov. Štandardy sú zväčša vytvárané pracovnými skupinami odborných organizácií, pričom na ich tvorbe sa môžu podieľať rôzne zainteresované skupiny. Ako príklad uvádzame štandardy Národného inštitútu pre zdravie a excelentnosť v starostlivosti (*The National Institute for Health and Care Excellence* – NICE).

NICE je nezávislý orgán zabezpečujúci špeciálny dozor v oblasti zdravotnej a sociálnej starostlivosti vo Veľkej Británii. Vznikol v roku 1999 s cieľom zabezpečiť vysokokvalitné odporúčané postupy v zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Hoci tieto postupy sú primárne určené pre Veľkú Britániu, ich vysoká kvalita a univerzálna aplikovateľnosť spôsobili, že ich prijali ďalšie tri vlády a u odbornej verejnosti získali vysokú reputáciu. Slúžia ako vzorový model poskytovania zdravotnej starostlivosti. Kľúčovými princípmi pri tvorbe postupov a odporúčaní NICE sú:

- postupy a odporúčania sú založené na najlepších dostupných vedeckých dôkazoch o tom, čo funguje pri zohľadňovaní nákladov;
- postupy a odporúčania vytvárajú komisie, ktorých členmi a členkami sú nezávislí a nepredpojatí experti a expertky;
- členkami a členmi všetkých komisií sú vždy aspoň dve laické osoby alebo osoby, ktoré majú osobnú skúsenosť s využívaním zdravotných alebo ošetrovateľských služieb alebo pochádzajú z komunity, ktorá bude ovplyvnená vznikajúcimi postupmi a odporúčaniami;
- pravidelné konzultácie umožňujú organizáciám a individuálnym osobám pripomienkovať vznikajúce postupy a odporúčania;
- pravidelná kontrola a aktualizovanie všetkých postupov a odporúčaní NICE;
- posilňovanie rovnosti príležitostí a dôraz na to, aby sociálna hodnota rozhodnutí odrážala hodnoty spoločnosti.[400]

[400] Viac informácií o NICE je dostupných na: https://www.nice.org.uk/about/who-we-are (posledná návšteva dňa 14. 10. 2016). Citované v: DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 48.

3.3.2. Získavanie odborných vedomostí a praktických skúseností

V kontexte zdravotníckych štandardov nás zaujímalo okrem iného to, ako pôrodníci, pôrodníčky a pôrodné asistentky nadobúdajú odborné vedomosti a praktické skúsenosti.

3.3.2.1. Perspektíva pôrodníkov a pôrodníčok

Ako sa ukázalo z rozhovorov, ktoré sme viedli s pôrodníkmi a pôrodníčkami, **ich praktické skúsenosti a počas pôrodu aplikované postupy vo veľkej miere formuje pracovný kolektív, do ktorého sa po vysokoškolskom štúdiu dostanú**. Respondenti a respondentky vo všeobecnosti hodnotili teoretické znalosti získané počas štúdia na vysokej škole pozitívne. Všetci a všetky sa však zhodli v tom, že **vysokoškolské vzdelanie ich z hľadiska praktických skúseností dostatočne nepripravilo na prácu v pôrodnici** a chýbala im prax.

Po teoretickej stránke určite áno, to [vysokoškolské vzdelanie] *bolo dobré. Pomerne prísne kritériá sme mali… Ale to, čo je stará choroba doteraz, a to je praktická výuka. To sú tie haldy medikov, ktoré sa tam motkajú po klinikách a nevedia, do čoho kopnúť. Je ich strašne veľa, nedá sa im venovať individuálne.* (Lekár po atestácii, vedúci pracovník, viac ako 15 rokov praxe, veľká pôrodnica)

Podľa výpovedí respondentov a respondentiek **väčšinu svojich praktických skúseností získali od svojich starších kolegov a kolegýň** – lekárov, lekárok a pôrodných asistentiek – počas prípravy na atestáciu v nemocnici.

Na tej škole je tej praxe málo, aj viem prečo, lebo jednoducho vás nepustí na nejakú operáciu bez praxe, môžete len pomáhať a tak, ale na tej škole naozaj tá teória – a tá prax… Ja som sa veľmi veľa naučila od pôrodných asistentiek a veľa som študovala. A tou praxou sa človek veľmi veľa naučí. Kto tie pôrody neodvádzal, nevie o tom veľa. Naozaj. Niekto ovláda iba tú teóriu, ale tá realita je iná. (Lekárka po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Vzdelávanie vo forme kurzov, stáží alebo profesionálnych výmen po atestácii je podľa našich respondentov a respondentiek rôznorodé. Aj keď je ďalšie vzdelávanie sprevádzané získavaním kreditov za účasť na konferenciách alebo za pobyty na školiacich miestach a iné aktivity, **vzdelávacie semináre sú zväčša zamerané všeobecne (medicínsky) a teoreticky a nie vždy je možné sa ich zúčastňovať počas pracovného času**. To, do akej miery a akým spôsobom sa lekári a lekárky vzdelávajú, je zväčša na každom z nich a na prístupe a postoji vedenia daného oddelenia, teda zväčša primára.

Sú konferencie, samozrejme, ale tam chodí človek mimo pracovného času, na to si musí vziať dovolenku alebo niečo podobné. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

A školenia – máme rôzne školenia, ale tých školení je podľa mňa málo. Ako po školeniach chodíme aj my, ale oni sú skôr teoreticky zamerané ako prakticky. Mali sme aj také prakticky zamerané, to bolo fajn, aj sme boli. (Lekárka po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Viacerí pôrodníci a pôrodníčky **ako zdroj nových informácií uvádzali internet a odborné časopisy a publikácie**.

Internet a hlavne zahraničná literatúra. Ja ešte stále, keďže som len pár mesiacov na Slovensku, vychádzam zo [zahraničných] *postupov, tie mám také zažité. Ono to je dobré, že oni tam* [v zahraničí] *majú aj vypracované a verejne aj zverejnené na internete doporučené postupy… Na*

Slovensku sa k takému niečomu ešte nedopracovali. Je to práve podľa toho doporučenia samotného primára. Alebo niekedy ide to aj podľa českých štandardov. No takže… Ten internet asi najviac, tie aktuálne veci. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Tých časopisov medicínskych českých alebo slovenských je pomerne veľa, ale ja nemám žiaden nejaký konkrétny, ktorý by som nejako pravidelne študovala. Ale z tej gynekológie to je Repetitorium gynekologie. Pravda, väčšinou je to z tých českých kníh. My sme väčšinou mali na gynekológii veľa českých kníh z gynekológie, pôrodníctva alebo aj vo všeobecnej medicíne celkovo. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Medzi pôrodníkmi a pôrodníčkami, s ktorými sme viedli rozhovory, bola jedna lekárka a jeden lekár, ktorí mali skúsenosť s prácou a postupmi v inej nemocnici a inej krajine. Pre oboch z nich **skúsenosť v zahraničí znamenala rozšírenie referenčného rámca a perspektívy vo vzťahu k zaužívaným postupom**, ktoré sú v slovenskom prostredí počas pôrodov uplatňované a normalizované. V ich naratívoch bolo zrejmé porovnávanie rozličných postupov najmä pri niektorých intervenciách počas pôrodu. Aj z hľadiska ostatných respondentov a respondentiek **je skúsenosť z iných nemocníc a pracovísk dôležitá**, i keď takáto prax je podľa ich slov na Slovensku minimálna.

Nie, ono sa hovorí, aj mi je ľúto, že až tak som to nejak nezažil, že pre lekára je vždy dobré, ak si vyskúša prácu na rôznych pracoviskách, lebo si môže vybrať niečo, čo je – alebo vypichnúť tie dobré veci a, naopak, naučiť sa, čoho by sa mal zbaviť, nejakých zlých návykov. (Lekár po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Skúsenosť z rôznych pracovísk viedla jednu z respondentiek k reflexii postupov napríklad pri využívaní rozličných pôrodných polôh, používaní medikamentov a vyvolávaní pôrodu.

Tam na tom predchádzajúcom pracovisku fungovalo len vyvolávanie pôrodu prostaglandínmi. Výnimočne sa používala, povedzme, infúzia s oxytocínom. Tu sa prostaglandíny nepoužívajú vôbec. Alebo také drobnosti, že napríklad ranu po cisárskom reze, tam na druhý deň hneď ako sa odlepila, primár, keď ju videl na vizite prelepenú ďalšie dni, tak bolo zle. Rana musí dýchať a musí byť odkrytá. Tu práveže celých päť dní, kedy je pacientka hospitalizovaná, ju vlastne každý deň dezinfikujeme a prelepíme. Tam odlepené – tu musí ostať prelepené. To sú také rozdiely. Ale zase nemyslím, že tam boli nejaké komplikácie, neboli nijaké zápaly v tej rane, nehnisali, a tu tiež nie. Čiže sa to asi dá aj tak, aj tak. Je to zaujímavé, že to môže byť v podstate opačne. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Aj na základe svojich predchádzajúcich skúseností sa respondentka snažila ku každej žene pristupovať individuálne a niektoré zmeny sa snažila komunikovať i so svojimi nadriadenými. Skúsenosti z viacerých pracovísk tak môžu priamo alebo nepriamo ovplyvňovať reflexiu zaužívaných postupov a napomáhať k pozitívnym zmenám. Aj v tomto prípade však závisí najmä od vedenia pôrodníckeho oddelenia, do akej miery je prístupné využiť rozličné a širšie skúsenosti lekárov a lekárok prichádzajúcich z iných nemocníc.

Tu je aj pán primár veľmi prístupný a koľko razy ako mladej lekárky sa ma opýtal, že a ako ste to tam robili? To sme tam robili tak a tak. A on že, uhm. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Zo skúseností respondentov a respondentiek vyplýva, že **to, aké postupy sú pri pôrodoch využívané, a to, do akej miery je ich možné meniť či prispôsobovať pri individuálnych pôrodoch, závisí od vedenia daného oddelenia**. Vo všeobecnosti však možno konštatovať skôr len minimálnu flexibilitu a docenenie nových znalostí pracovníkov a pracovníčok so skúsenosťou z iných pracovísk.

3.3.2.2. Perspektíva pôrodných asistentiek

Pôrodné asistentky mali v porovnaní s lekármi a lekárkami **štúdium** na strednej i vysokej škole **viac prepojené s praxou** v rozličných nemocniciach. Taktiež prechádzali viacerými oddeleniami v rámci nemocnice, ale i neskôr v rámci pôrodnice a v tomto kontexte reflektovali svoje štúdium pozitívne.

Súčasťou vysokej školy je prax, veľa praxe. Čiže to, že som sedela v lavici, tak to ani nie. Ale tým, že sme mali strašne veľa praxe v bratislavských nemocniciach a zároveň v mieste bydliska, čiže ja som ju mala tuná, tak to ma pripravilo. (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

No pripravovala som sa tak, že som musela mať odvedený určitý počet pôrodov – štyridsať. … ale prejsť aj ostatnými oddeleniami: gynekológia, pôrodnica a šestonedelie. Toto som musela absolvovať, aby som splnila všetky podmienky. (Pôrodná asistentka, nad 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Pri nadobúdaní praktických skúseností pôrodné asistentky, podobne ako pôrodníci a pôrodníčky, **vnímali ako dôležité učenie sa od svojich starších kolegýň a kolegov** – od ostatných pôrodných asistentiek, ale i lekárov a lekárok.

My sme robili väčšinou tri a tie kolegyne vás naučia väčšinou, aj keď je nás tam veľa skupín, tak každá robí trošku inak svoj systém práce, ale to sa naučí človek. (Pôrodná asistentka, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

A u nás na pracovisku niekto, od koho by som sa učila, tak to boli vždy len tie skúsené sestry, ktoré majú 20-30-ročnú prax. (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Aj keď pôrodné asistentky pozitívne hodnotili svoje štúdium ako dostatočnú prípravu na povolanie, značne kriticky vnímali vzdelávacie semináre, ktorých sa musia zúčastňovať, aby získali potrebné kredity počas práce v nemocnici. **Všetky respondentky systém seminárov a kurzov opisovali ako príliš všeobecný a teoretický**, zbytočný pre ich prácu na pôrodníckom oddelení. Všetky by ocenili vzdelávanie na prakticky orientovaných seminároch o najnovších poznatkoch v kontexte fyziologických pôrodov.

Sú aj rôzne tie semináre, konferencie a tak, ktoré organizuje nemocnica. Na tie chodím už menej, lebo je to všeobecné, je to zo všetkého, je to z celej medicíny… (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Aj v tomto ohľade veľa záviselo od osobného prístupu a toho, ako jednotlivé pôrodné asistentky pristupovali k pôrodu a ďalšiemu vzdelávaniu, prípadne do akej miery boli motivované svojimi nadriadenými a vedením nemocnice. **Ak sa aj pôrodné asistentky snažili použiť iné (k rodiacej žene rešpektujúcejšie) postupy, tieto postupy boli staršími kolegyňami často považované za vymykajúce sa zaužívanej praxi**.

Som vlastne najmladšia pôrodná asistentka v našej nemocnici, lebo všetko sú moje staršie kolegyne. Áno, snažím sa študovať alternatívy, či môže otecko k pôrodu, fit lopty, všetky možné dostupné veci, aké mám… Moje kolegyne sú jasne proti, že veľmi vymýšľame, a toto všetko, ale ja alternatívy sa snažím [skúšať]. *Či už tie mamičky, venovať sa jej, masírovať kríže, akonáhle mám aj otecka, tak ho zapájam do toho procesu pôrodu … a tak celkovo, snažím sa. Čítam si tie nové veci, z Anglicka niečo si čítam, tie časopisy, čo sú internetové…* (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Vo výpovediach pôrodných asistentiek boli obsiahnuté aj príklady dobrej praxe, keď bola napríklad jedna z respondentiek povzbudzovaná vedením oddelenia k ďalšiemu vzdelávaniu v nových metódach prístupu k ženám počas pôrodu.

Momentálne… [vedenie oddelenia] *chce, aby som si doplnila nejaké tie kurzy tých alternatívnych metód. Takže toto by som si veľmi rada dorobila, len momentálne čakám ešte na schválenie. Ja osobne by som si chcela spraviť špecializáciu v …* [názov mesta], *ale tiež musím počkať, kvázi kým mi to nemocnica schváli. Čiže uvidíme, to je momentálne v štádiu riešenia.* (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

3.3.3. Rozdiely v prístupe k pôrodu: generačné strety?

Najmä mladšie, resp. neatestované respondentky a respondenti z radov pôrodníčok a pôrodníkov **upozorňovali na niektoré rozdiely v prístupoch k rodiacim ženám a k pôrodom medzi staršími a mladšími pôrodníkmi a pôrodníčkami**. Respondenti a respondentky si tieto rozdiely **vysvetľovali stretom generácií a vnímali ich aj v kontexte mocenských hierarchií na pracoviskách**. Jednou z reflektovaných generačných odlišností bol napríklad aj záujem mladších pôrodníkov a pôrodníčok o štúdium väčšej šírky odborných zdrojov vrátane zahraničných, ktoré pristupujú k pôrodu ako k fyziologickému procesu. Niektorí **mladší lekári a lekárky** participujúci na výskume zároveň **pristupovali odlišne k požiadavkám a prianiam, ktoré rodiace ženy artikulujú pred pôrodom alebo počas pôrodu, a to tak z hľadiska rešpektu k rodiacim ženám, ako aj ochoty neriadiť sa zaužívanou rutinou**. Aj tieto odlišné prístupy pripisovali mocenským hierarchiám a generačným rozdielom.

Ak ja mám osobne k tomu pristúpiť, že by sa nikto iný k tomu nevyjadroval a len ja som na pôrodnej sále a mám službu, som službukonajúci lekár a nie je tam nikto iný okrem mňa, tak u mňa nepotrebuje žiadna žena pôrodný plán. Proste príde a povie, čo si želá, a ja jej, ak môžem, tak vyhoviem. Čiže pôrodný plán je pre mňa zbytočnosť. Ale zase narážam na starších lekárov, proste lekár, ktorý robí 20 alebo 25 rokov a má svoju zaužívanú rutinu, jeho je len veľmi ťažko presvedčiť o tom, že proste niečo môže byť aj inak. (Lekár pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Mladší pôrodníci a pôrodníčky vo všeobecnosti **považovali za nereálne presadzovať určité zmeny** v kolektíve a pod supervíziou profesijne starších pôrodníkov, ktorí by im presadenie niektorých zmien neumožnili – pričom **o týchto zmenách** vlastne **nie je možná ani diskusia**. To súviselo s hierarchicky nastavenými pravidlami v nemocnici a kultúrou inštitúcie nemocnice, ktorej vedenie nedokáže a nechce dostatočne flexibilne reagovať na nové vedecké poznatky a nepripúšťa inovácie.

A v podstate ja vnímam najlepšiu zmenu… nie zvnútra, čo sa týka lekárov, lebo to je strašne ťažké presadiť to v kolektíve starších atestovaných lekárov. Jednak na vás pozerajú zhora a jednak neatestovaný lekár by mal staršieho počúvať a nevstupovať do konfliktov. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Najmä mladší pôrodníci a pôrodníčky tak upozorňovali na **nedostatok priestoru na vlastný prínos, rozvoj alebo pohľad**. Ak chceli uplatniť nové znalosti či postupy (napríklad pri šití pôrodných poranení, využití iných pôrodných polôh než polohy v ľahu atď.), ich realizácia závisela od hierarchicky vyššie postavených.

Akurát čo sa týka toho prirodzeného vnímania a prirodzeného pohľadu na pôrod, tak v tomto smere je náš primár taký staromódny. A nenechá si do toho kafrať. A ja si to [pôrod] *môžem viesť podľa seba, len keď som tam sám. Ak je tam aj primár, tak mi do toho proste niekedy kafre a niekedy babre a musím ho poslúchnuť. A keď som tam sám, tak si robím podľa toho, ako uznám za vhodné.* (Lekár pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Niektorí mladší pôrodníci a pôrodníčky zároveň opisovali **potrebu diskutovať o rôznych postupoch a** taktiež aj **nových možnostiach**, ktoré by boli pre priebeh pôrodu prínosné a zároveň sa líšili od zvyklostí a zaužívaných postupov, ktoré sú na danom pracovisku uplatňované.

Viedli [sme rozhovory o rôznych pôrodných polohách], *ale nie so staršími lekármi, lebo oni nie sú otvorení týmto diskusiám. Ako my mladí sme sa o tom rozprávali, ja tu mám aj knihy rôzne, od Michela Odenta Znovuzrodený pôrod a ešte tam mám aj jednu inú knihu. Ja som jeho veľkým obdivovateľom, ale zo strany vedenia a zo strany manažmentu nemocníc to nie je žiaduce. Ale myslím si, že naša generácia to už zlepší. Ak sa generácie vymenia, tak si myslím, že to bude zase o niečo lepšie*. (Lekár pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Napriek uvedenému nemožno povedať, že generačné rozdiely sú faktorom, ktorý by mal sám osebe potenciál v blízkej alebo vzdialenejšej budúcnosti priniesť do oblasti pôrodníctva zásadnejšie zmeny. Výskumné zistenia skôr naznačujú, že **súčasný inštitucionálny systém prostredníctvom „socializácie" nových generácií lekárov a lekárok do existujúcich zaužívaných postupov, organizačnej kultúry a organizačných štruktúr vytvára určitý začarovaný kruh**. Nové generácie lekárov a lekárok totiž väčšinou získavajú vzdelanie a praktické skúsenosti predovšetkým v existujúcom systéme. Ak aj získajú vzdelanie či prax v krajine s progresívnejšími prístupmi k poskytovaniu pôrodnej starostlivosti z hľadiska uplatňovaných zdravotníckych a ľudskoprávnych štandardov, prípadne pôrodnícky systém kriticky reflektujú na základe iných podnetov (napríklad samoštúdia, na základe podnetov od rodiacich žien), dominujúce mocenské postavenie vedúcich či služobne starších pracovníkov a pracovníčok (pozri aj ďalej v texte), absencia štandardov poskytovania pôrodnej starostlivosti na úrovni štátu či jednotlivých nemocníc (pozri tiež ďalej v texte) a absencia priestoru na demokratickú diskusiu a kritickú reflexiu na úrovni jednotlivých pracovísk, ale aj na úrovni štátu a ďalších aktérov so zodpovednosťami pri poskytovaní pôrodnej a celkovo zdravotnej starostlivosti (napríklad zdravotné poisťovne) vytvárajú skôr priestor na obavy, že **bez efektívnych, dobre premyslených a komplexných intervencií do systému pôrodnej starostlivosti na úrovni štátu aj jednotlivých nemocníc budú existujúce postupy s najväčšou pravdepodobnosťou ďalej konzervované a reprodukované**, aj keď možno s nejakým priestorom na pozvoľné zmeny. Napriek tomu je z rozhovorov s lekármi a lekárkami, ako aj s pôrodnými asistentkami generačný rozdiel pomerne viditeľný.

Aj pôrodné asistentky participujúce na výskume opakovane opisovali rozdiely v prístupe k pôrodom aj cez strety v kontexte profesijných hierarchií v nemocnici. Podľa niektorých výpovedí **služobne a praxou staršie pôrodné asistentky nerešpektujú mladšie pôrodné asistentky s kratšou praxou**. Aj tieto hierarchie negatívne vplývajú na vzťahy, generujú napätie, prípadne konflikty na pracovisku a celkovo bránia vývoju smerom k uplatňovaniu najnovších poznatkov vedy a ľudskoprávnych štandardov.

(V: A aká je tá služobná hierarchia medzi sestrami? Je aj u Vás?) R: *To je asi všade. U nás určite áno. Veľmi ťažko. S týmto som mala vždy veľmi veľký problém, pretože v nemocnici som absolútne najmladšia. Máme tam ešte jednu kolegynku, čo je relatívne mladá, a tá robí vlastne len v ambulancii… Čiže tam to je veľmi ťažké, tam človek už potom nevládze veľakrát bojovať. Občas zabojuje, tak dobre, ešte ho to drží, ale potom to už veľakrát nejde. Nezasahujú do vzťahu s pacientmi, to akože nie, ale inak to nejde. Na pôrodnici to bolo v tomto ohľade veľmi ťažké*. (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Zaujímavým zistením v kontexte generačných rozdielov bol aj **postoj** lekárok a lekárov **k dulám** (k profesii dúl bližšie pozri kapitolu 1.2.4.). Kým **mladšie ročníky** našich respondentov a respondentiek boli voči profesii dúl a ich role, ktorú v súčasnosti v kontexte tehotenstva, pôrodu i šestonedelia majú, **pomerne otvorené, starší respondenti a respondentky ich skôr zaznávali**.

3.3.4. Hierarchia a zvyk ako faktory ovplyvňujúce postupy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v jednotlivých pôrodniciach

Ako naznačujú aj predchádzajúce podkapitoly, z rozhovorov vyplývalo, že **postupy asistovania pri pôrodoch** (resp. v praxi skôr vedenia pôrodov) **sa v jednotlivých nemocniciach líšia a určuje ich vedenie jednotlivých pôrodníckych oddelení**, teda najmä primár/primárka, prípadne prednostovia gynekologicko-pôrodníckych kliník.[401] **Stanovovanie postupov**, ktoré budú uplatňované, **sa teda odvíja od princípov formálnej a faktickej moci** na jednotlivých pracoviskách a zavádzanie nových postupov celkovo závisí od reflexie a prístupnosti vedenia.

Prísny hierarchický systém – a jeho následné vplyvy na mieru uplatňovania medzinárodne uznávaných zdravotníckych štandardov a na dodržiavanie ľudských práv žien – bol pomerne silne prítomný aj v perspektívach zdravotníckeho personálu. **Presvedčenia a názory osôb, ktoré sú na najvyšších priečkach vo vertikálnych mocenských štruktúrach pôrodníc, majú zásadný vplyv na mnohé z uplatňovaných postupov a prístupov**. V drvivej väčšine prípadov ide navyše o mužov (v pozícii primárov, resp. prednostov), u ktorých na rozdiel od žien absentuje empirická skúsenosť s pôrodom a ktorí z historického hľadiska z asistencie pri pôrodoch vytlačili ženy – pôrodné asistentky.[402] Táto mocenská hierarchia sa objavuje v mnohých výskumných rozhovoroch, hlavne pri reflexii vzájomných vzťahov na pracovisku. Lekár, ktorý pracoval na pozícii primára, nám v rozhovore opisoval úlohu hierarchie pri zabezpečovaní zdravotnej starostlivosti takto:

Keď nesiem za niečo zodpovednosť, tak aj rozkazujem. Ak sa mi zdá, že kolega môže sa mýliť, môže mať iný názor, tak už nemá šancu on, môže byť poradný hlas, ale zodpovedám už ja. A tá hierarchia je u nás veľmi prísne postavená. My sa bránime aj jeden pred druhým. Aby ma druhý lekár nevtiahol do nejakého prúseru. Nie že on tam bude rozkazovať a ja ponesiem zodpovednosť. Nie. Ja zodpovedám len sám za seba. (Lekár po atestácii, vedúci pracovník, viac ako 15 rokov praxe, veľká pôrodnica)

Ten primár je ten, kto to oddelenie vedie, je za to zodpovedný, čiže postupuje sa po jeho, že on uzná, že takto sa to má robiť. Takto. A potom je dôležité to, že na dobrom oddelení by mal byť primár, ktorý je ochotný počúvať tých ostatných, že príde niekto iný – lekár – a nemusí to byť nejaké funkčné miesto a povie, že toto sa mi zdá, že nerobíme dobre. Ja som počul na kongrese alebo som niekde čítal, že takto je to lepšie. A dobrý primár by mal povedať, áno, správne, tak budeme to robiť takto. Ale, bohužiaľ, na Slovensku je veľa takých, čo takto nepracujú a to je horšie. (Lekár po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Na zaužívané postupy vplýva aj zvyk. Niektoré postupy sa reprodukujú na základe skúsenosti s ich aplikáciou v minulosti a istej zotrvačnosti v zmysle „vždy sa to tak robilo“, resp. „robí sa to tak všade“ – hoci môžu už byť v súčasnosti zastarané a prekonané.

Štandardy stanovuje primár. A vlastne riadi sa to, myslím si, že takým širokým úzusom v celej Slovenskej republike alebo v Česku a Slovensku, keď to zoberiem tak globálne. To znamená, že tak,

---

401 V čase zberu dát pre túto publikáciu a v čase ich analýzy boli prednostami gynekologicko-pôrodníckych kliník výlučne muži. V júli 2016 bolo na čele gynekologicko-pôrodníckych oddelení len päť žien primárok v porovnaní so štyridsiatimi ôsmimi mužmi primármi. Pozri aj kapitolu 1.2.4.

402 Pozri kapitolu 1.2.4.

ako sa to robí vo väčšine, tak sa to robí aj u nás. Povedzme, že asi tak. (Lekár pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Zvyk ako dôvod, resp. návod na uplatňovanie určitých postupov sprevádza a posilňuje aj rutinizáciu niektorých praktík (napríklad nástrihy hrádze, pôrodná poloha v ľahu alebo poloľahu). Táto rutinizácia už sama osebe vyvoláva dôvodné pochybnosti o uplatňovaní niektorých postupov v súlade s konceptom medicíny založenej na dôkazoch tak, ako sme ho opísali skôr (odhliadnuc od nezriedkavého uplatňovania týchto postupov v rozpore s konceptom informovaného súhlasu; k rutinnému uplatňovaniu niektorých postupov podrobnejšie pozri kapitolu 3.3.6.).

Hoci sa prístup a názory jednotlivých respondentov a respondentiek na niektoré postupy pri asistovaní pri pôrodoch líšili, vo všeobecnosti sa zhodli v tom, že **ten, kto nesie zodpovednosť na oddelení, rozhoduje**. Zároveň však dodávali, že táto moc by nemala byť neobmedzená a že na pôrodníckych oddeleniach by mal existovať priestor na konštruktívny a demokratický odborný dialóg. Jedna z respondentiek považovala niektoré na pracovisku zaužívané postupy za konzervatívne, s malým priestorom na vlastný názor alebo zváženie iného prístupu.

Áno, pýtala som sa na to, musí byť oxytocín, musí byť to a to? A ono v podstate 90 % tých mladých lekárov povedalo: no áno, nemusí, ale je to tak lepšie. A jedna vec je, že sa môžete zamyslieť nad tým, či tomu naozaj verili alebo boli dotlačení len tým okolím k tomu, aby sa to tak robilo, že áno, je to tak dobre. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Možnosť pôrodníkov a pôrodníčok ovplyvňovať uplatňované postupy teda závisela od ich profesijného statusu, resp. postavenia v rámci pracovných hierarchií. **Aj keď u služobne mladších pôrodníkov a pôrodníčok existoval určitý obmedzený priestor postupovať podľa vlastného uváženia, prednosť mali vždy postupy zaužívané na pracovisku a najmä postupy preferované vedením pôrodníckeho oddelenia** – obzvlášť ak išlo o zásadné veci.

Ale zasa koľkokrát to viem porovnať, lebo na tom inom [pracovisku] *to šlo aj inak a dobre to tak bolo. A tu je to tak, viem, že sa dá aj inak, a tak, samozrejme, postupujem podľa tých postupov a nariadení, ktoré sú na tomto pracovisku. Samozrejme, dá sa to odtiaľ potiaľ, povedzme, dať tam svoju osobnosť a názor, postup, ale v takých tých zásadných veciach určite nie. Na primárovi to je.* (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Postavenie v rámci systému pôrodnice sa javilo ako ešte komplikovanejšie v prípade pôrodných asistentiek. Jedna z pôrodných asistentiek napríklad opisovala prípady, keď nesúhlasí s postupmi svojich kolegov a kolegýň počas pôrodu, ako aj svoje možnosti tento nesúhlas artikulovať, resp. uplatniť iný postup. Vo svojej reflexii pritom rozlišovala medzi nesúhlasom s ostatnými kolegyňami – pôrodnými asistentkami –, keď uplatnenie alternatívneho postupu vnímala ako prijateľné, a nesúhlasom s lekármi alebo lekárkami, keď sa vyjadrenia svojho nesúhlasu a navrhnutia alternatívnych postupov zväčša zdržala a prijala uplatňovaný postup.

Kolegyne majú svoj systém, staráme sa, oni majú svoj a ja mám úplne iný svoj. Čiže preto mám najradšej, keď mám nejakú známu, vravím: „Príď vtedy, keď slúžim, a uvidíme, čo sa bude dať." Takže najradšej si to sama spravím. Lebo kolegyne, že nie, to musí byť takto a takto! Nie, mám svoje alternatívy a viem, že keď spravím to a to, tak vlastne mi to pôjde rýchlejšie. Hej, takže snažím sa. Keď to povie lekár, tak si myslím svoje, ale musím to urobiť, lebo on to povedal. Hej, aj keď niekedy mu protirečím. Že prečo takto, zrobme to takto. No tak, niekedy sa to dá, niekedy nie. Vždycky hľadám zlatú strednú cestu. (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Prednosť postupov preferovaných primármi gynekologicko-pôrodníckych oddelení sa v rozhovoroch so zdravotníckym personálom objavovala opakovane. V rozhovoroch s pôrodníkmi a pôrodníčkami

zaznievalo, že **aj keď profesijne podriadený lekár alebo lekárka považuje určitý postup za nesprávny alebo dokonca škodlivý, musí ho v prípade, že ho preferuje primár, aplikovať**. **Faktickú prednosť** pred postupmi, ktoré by preferovali služobne mladší lekári a lekárky, **však majú aj zabehnuté postupy** ich **služobne starších kolegov a kolegýň**. Viacero výpovedí lekárov a lekárok, ale aj pôrodných asistentiek naznačovalo, že sa tak deje **i v závažných situáciách porušovania medzinárodných zdravotníckych či ľudskoprávnych štandardov**, napríklad v prípade rutinného vykonávania epiziotómií alebo pri nemožnosti rodiacich žien vybrať si slobodne polohu, v ktorej chcú rodiť.

Miera nástrihov je, neviem presne, ale je viac ako 50 %. A u prvorodičiek je to viac, takmer 100 %. Ale je to postoj primára. Dostali sme nariadenie všetci lekári od primára, že epiziotómie sa u prvorodičiek proste musia robiť. (Lekár pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Ako sa hovorí, že starého psa novým kúskom nenaučíš, tak to platí v tomto prípade na osemdesiat percent, by som povedala. A v podstate ako vravím, človek sa odpichuje od tých kníh, a potom sa učí od kolegov. A pokiaľ tí starší lekári vedú ten pôrod takým spôsobom, ktorý už podľa WHO alebo iných záležitostí by už nebol úplne kóšer, tak jednoducho… [si nepomôžeme]. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

3.3.5. Absentujúce zdravotnícke štandardy asistovania pri pôrodoch v slovenskom pôrodníctve

Podľa výpovedí respondentov a respondentiek **na Slovensku neexistujú všeobecne prijaté štandardy, ktoré by určovali základné zásady asistovania pri pôrodoch** – a to ani na úrovni jednotlivých nemocníc, ani na úrovni celej krajiny. Viaceré osoby v rozhovoroch potvrdili, že na Slovensku odporúčania a štandardy absentujú, resp. sa o nich iba začína uvažovať. Jedna pôrodníčka a jeden pôrodník vo svojej praxi vychádzajú najmä zo zahraničných odporúčaní:

Ono to je dobré, že oni tam [v zahraničí] *majú aj vypracované a verejne aj zverejnené na internete doporučené postupy pri takom, povedzme, ochorení alebo v takej situácii. Na Slovensku sa k takému niečomu ešte nedopracovali. Je to práve podľa toho doporučenia samotného primára. Alebo niekedy ide to aj podľa českých štandardov.* (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Ono je snaha na celom svete vytvárať nejaké štandardné postupy alebo guideliny, a na Slovensku neexistujú. Alebo už začínajú nejaké také prvé lastovičky vychádzať v nejakých tých odborných časopisoch, nejaké postupy. Nie sú nejako, že nevyšli v nejakých vestníkoch alebo… takže nejaké sú. Čiže nie sú presne stanovené. (Lekár po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Ako referenčný zdroj pravidiel asistovania pri pôrodoch uviedol jeden z respondentov Slovenskú gynekologicko-pôrodnícku spoločnosť a medzinárodné štandardy, napríklad od WHO.

Naša je SGPS, Slovenská gynekologicko-pôrodnícka spoločnosť, ktorá má svoj výbor. Ten výbor zohľadňuje rôzne subšpecializácie, čiže sú tam kolegovia v tom výbore, ktorí sa venujú každý skoro niečomu inému… No a táto spoločnosť má rôzne sekcie… Tak v [zahraničí], *ako na Slovensku sme na to pomerne striktní a dodržiavame to. Tieto štandardy, guideliny alebo doporučené postupy. Čiže jednoznačne vychádzame z medzinárodne doporučených postupov. Či už z WHO, alebo ešte z týchto bližších našich európskych štruktúr. Čiže toto je odpoveď na vašu otázku, či vychádzame aj zo zahraničných štandardov. Áno, jednoznačne a bez debaty. Dokonca tak, že naši ľudia sú členmi*

tých výborov, čiže sa aj podieľame na tvorbe týchto guidelinov. (Lekár po atestácii, vedúci pracovník, viac ako 15 rokov praxe, veľká pôrodnica)

Doporučené postupy v perinatologii, ktoré vydali Česká gynekologická a porodnická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP) a Neonatologická společnost ČLS JEP[403] a ktoré predstavujú jeden zo zdrojov, na ktoré sa ako na istý druh „štandardov" odvolávali niektoré respondentky a respondenti, však z metodologického hľadiska, resp. z hľadiska nárokov na vedeckú prácu, obsahujú viaceré zásadné nedostatky. Medzi odporúčanými postupmi prevládajú tvrdenia bez presného odkazu na pôvodný zdroj, len s uvedením zoznamu použitej literatúry v závere postupu.[404] Časť odporúčaných postupov dokonca nemá uvedenú ani žiadnu použitú literatúru[405], resp. niekedy je v nich uvedená iba poznámka, že použitá literatúra je k dispozícii u autora/autorky.[406] Hoci na niektorých miestach je uvedené, že odporúčané postupy boli spracované v súlade s poznatkami evidence-based medicine, čitateľom a čitateľkám neboli predložené žiadne konkrétne zdroje.[407] Toto predstavuje odraz autoritatívneho poznania a prístupu, kde oficiálne autority – lekári, lekárky alebo ich skupiny – zostavujú a vydávajú odborné postupy a odporúčania, pričom zvolenou formou prakticky znemožňujú alebo nesmierne sťažujú možnosť overiť si jednotlivé tvrdenia a postupy. Takto poňaté autoritatívne zostavovanie postupov podľa nášho názoru sťažuje nielen odbornú diskusiu, ale aj revíziu daných odporúčaní vzhľadom na neustále sa rozširujúce poznanie a dôkazy lekárskej vedy. Vzhľadom na tak závažné nedostatky v uvádzaní primárnych zdrojov a vedeckých dôkazov nemožno považovať tieto odporúčania za postupy, ktoré sú založené na najlepších dostupných dôkazoch a ktoré by spĺňali požiadavky medicíny založenej na dôkazoch. Tieto odporúčania môžeme skôr vnímať ako odborné názory a stanoviská regionálnych autorít v odbore gynekológie, pôrodníctva a neonatológie.

---

[403] Doporučené postupy v perinatologii. In: *Česká gynekologie*, 2013. Dostupné na: http://www.upmd.cz/wp-content/uploads/2014/01/doporucene-postupy.pdf (posledná návšteva dňa 30. 10. 2016).

[404] Pozri napríklad: MĚCHUROVÁ, A.: Současné názory na management odtoku plodové vody. Citované v: Doporučené postupy v perinatologii. In: *Česká gynekologie*, 2013, s. 15 – 16. Dostupné na: http://www.upmd.cz/wp-content/uploads/2014/01/doporucene-postupy.pdf (posledná návšteva dňa 30. 10. 2016). ROZTOČIL, A.: Preindukce a indukce porodu – doporučený postup. Citované v: Doporučené postupy v perinatologii. In: *Česká gynekologie*, 2013, s. 19 – 20. Dostupné na: http://www.upmd.cz/wp-content/uploads/2014/01/doporucene-postupy.pdf (posledná návšteva dňa 30. 10. 2016).

[405] Pozri napríklad: BINDER, T.: Těhotenská cholestatická hepatóza – doporučený postup. Citované v: Doporučené postupy v perinatologii. In: *Česká gynekologie*, 2013, s. 37 – 38. Dostupné na: http://www.upmd.cz/wp-content/uploads/2014/01/doporucene-postupy.pdf (posledná návšteva dňa 30. 10. 2016). HÁJEK, Z.: Extrakce plodu kleštěmi – doporučený postup. Citované v: Doporučené postupy v perinatologii. In: *Česká gynekologie*, 2013, s. 54 – 55. Dostupné na: http://www.upmd.cz/wp-content/uploads/2014/01/doporucene-postupy.pdf (posledná návšteva dňa 30. 10. 2016).

[406] Pozri napríklad: ZÁHUMENSKÝ, J. – KALIŠ, V.: Péče o ženy se závažným porodním poraněním hráze – doporučený postup. In: *Česká gynekologie,* 2013, s. 61. Dostupné na: http://www.upmd.cz/wp-content/uploads/2014/01/doporucene-postupy.pdf (posledná návšteva dňa 30. 10. 2016). BINDER, T.: Těhotenská cholestatická hepatóza – doporučený postup. Citované v: Doporučené postupy v perinatologii. In: *Česká gynekologie*, 2013, s. 37 – 38. Dostupné na: http://www.upmd.cz/wp-content/uploads/2014/01/doporucene-postupy.pdf (posledná návšteva dňa 30. 10. 2016). DROBNÁ, M. – ČIHAŘ, H.: Dieťa drogovo závislej matky – doporučený postup. Citované v: Doporučené postupy v perinatologii. In: *Česká gynekologie*, 2013, s. 76 – 79. Dostupné na: http://www.upmd.cz/wp-content/uploads/2014/01/doporucene-postupy.pdf (posledná návšteva dňa 30. 10. 2016).

[407] Pozri napríklad: BINDER, T. – UNZEITIG, V. – VELEBIL, P.: Vedení prenatální péče a porodu donošeného plodu v poloze koncem pánevním – doporučený postup. Citované v: Doporučené postupy v perinatologii. In: *Česká gynekologie*, 2013, s. 21 – 22. Dostupné na: http://www.upmd.cz/wp-content/uploads/2014/01/doporucene-postupy.pdf (posledná návšteva dňa 30. 10. 2016). HÁJEK, Z. – ROZTOČIL, A.: Prenatální péče o vícečetná těhotenství – doporučený postup. Citované v: Doporučené postupy v perinatologii. In: *Česká gynekologie*, 2013, s. 22 – 23. Dostupné na: http://www.upmd.cz/wp-content/uploads/2014/01/doporucene-postupy.pdf (posledná návšteva dňa 30. 10. 2016).

3.3.6. Rutinné praktiky a intervencie v slovenských pôrodniciach v kontraste s medicínou založenou na dôkazoch

Nastavenie pôrodnice ako inštitúcie s hierarchicky mocenskými pravidlami, neexistencia štandardov pôrodnej starostlivosti, ktoré by kopírovali poznatky medicíny založenej na dôkazoch a medzinárodne uznávané štandardy pôrodnej starostlivosti, v mnohom monokratický charakter rozhodovania o podobe poskytovanej pôrodnej starostlivosti, sprevádzaný nedostatkom porozumenia konceptu informovaného súhlasu zo strany zdravotníckeho personálu, a teda aj nedostatkom porozumenia skutočnosti, že o tom, či jednotlivé úkony zdravotnej starostlivosti budú napokon vykonané alebo nie, majú v zmysle právnych predpisov v konečnom dôsledku rozhodovať rodiace ženy a nie zdravotnícky personál – to všetko sú faktory, ktoré zároveň prispievajú aj k **rutinizácii niektorých praktík a postupov** a nezriedka k ich paušálnemu vykonávaniu.

Príkladom takto rutinne a nezriedka aj paušálne vykonávanej praktiky, ktorá v mnohých prípadoch nemá základ v medicíne založenej na dôkazoch, ale skôr v „právomociach" starších a skúsenejších pôrodníkov a pôrodníčok, resp. primárov a primárok, **je vykonávanie epiziotómií** (nástrihov hrádze). Ako ukazujú naratívy pôrodníkov a pôrodníčok a ako potvrdili aj rozhovory s rodiacimi ženami, epiziotómie **sa vykonávajú aj bez súhlasu, resp. dokonca proti nesúhlasu rodiacich žien**.

Miera nástrihov je, neviem presne, ale je viac ako 50 %. A u prvorodičiek je to viac, takmer 100 %. Ale je to postoj primára. Dostali sme nariadenie všetci lekári od primára, že epiziotómie sa u prvorodičiek proste musia robiť. Nemusia sa robiť v prípade, že to prvorodička vyslovene žiada, že nechce epiziotómiu a musí dať proste svoj podpis. A vtedy, no, vtedy sa to rešpektuje… Ja to napríklad rešpektujem. Ale som si istý, že zase starší kolegovia by sa na to úplne vykašľali a zasa by si to zdôvodnili, že je to nutné. Lebo už som to zažil, že žena odmietla epiziotómiu, žiadala rodiť bez epiziotómie a mala takú krásnu epiziotómiu, že až. A bol pri pôrode primár. A zase mladší lekári sa to snažia rešpektovať. (Lekár pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

> „Neexistujú žiadne spoľahlivé dôkazy o tom, že rutinne vykonávaná epiziotómia má priaznivé účinky, existujú však jasné dôkazy o tom, že môže ublížiť. Percento epiziotómií, ktoré bolo dosiahnuté v anglickej štúdii (10 %) bez ujmy na zdraví matky alebo dieťaťa[408], by malo byť cieľom."
>
> **WHO, 1996**[409]

Rôzni lekári a lekárky na základe svojich expertných poznatkov (ale aj osobných preferencií) vyhodnocovali pôrodnú situáciu odlišne. **Pri niektorých intervenciách alebo praktikách** (napríklad

[408] SLEEP, J. – GRANT, A. M. – GARCIA, J. – ELBOURNE, D. R. – SPENCER, J. A. D. – CHALMERS, I.: West Berkshire perineal management trial. *Br Med J* 1984; 289:587-590. Citované v: WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : World Health Organization, Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 29. Dostupné na: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/ (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016).

[409] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : World Health Organization, Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 29. Dostupné na: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/ (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016).

klystír, nemožnosť jedenia a pitia počas pôrodu, nemožnosť voľby pôrodnej polohy, epiziotómie, Kristellerova expresia/tlak na fundus[410] a iné) **naznačuje ich nadmerné, teda rutinné používanie aj fakt, že súčasný medicínsky výskum i odborné medicínske štandardy** (ktoré spochybňujú prospešnosť týchto praktík, prípadne upozorňujú na ich škodlivosť) **odporúčajú omnoho nižšiu percentuálnu mieru** týchto zásahov, **než** je tomu **na Slovensku** (napr. epiziotómie), **prípadne niektoré praktiky neodporúčajú vôbec** (napríklad nemožnosť pitia počas pôrodu, nútenie žien, aby rodili v polohe v ľahu). **V slovenskom prostredí sa však tieto praktiky stále hojne vyskytujú**. V našom výskume sa medicínsky názor na tieto postupy ukázal ako značne relatívny. Rozdiely v perspektívach boli nielen medzi jednotlivými osobami, ale variovali napríklad i podľa toho, či mal daný respondent alebo respondentka skúsenosť s prácou v zahraničnej pôrodnici.

V každom prípade bol však **veľmi častým dôvodom pre aplikáciu určitých úkonov** (nástrihy hrádze a spôsob týchto nástrihov, pôrodná poloha a iné) **zvyk**. Jedna z lekárok mala predchádzajúcu zahraničnú skúsenosť, kde sa riadila tam prijatými štandardmi, ktoré porovnávala s praxou v slovenskej nemocnici. Na konkrétnych príkladoch upozornila na to, že v každej z nemocníc sa k niektorým úkonom pristupovalo inak, pričom sa musela prispôsobiť vždy pravidlám pracoviska, kde aktuálne pracovala.

Alebo tiež s aplikáciou antibiotík. To bolo úplne inak tam v [zahraničí]. *Podávali sa antibiotiká po odtoku plodovej vody, pokiaľ teda ten pôrod nebežal. Po 12 až 18 hodinách. A vždy tam bola taká formulka, že vždy je to na zváženie indikujúceho lekára… A tu sa dávajú 6 hodín po odtoku plodovej vody. Čiže pokiaľ tam tá žena nedostala ešte ani raz, tak tu už trikrát. No zas keď som tak nad tým premýšľala, tak tam ani neboli nejaké infekcie, ani tam, ani tu. Tak teraz či je to opodstatnené, či nie.* (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Alebo proste tu sú vždy zvyknutí len do jednej strany strihať. A tam [na predchádzajúcom pracovisku v zahraničí], *povedzme, tie pôrodné asistentky, keď už boli nútené strihať, tak strihli aj do tej druhej* [strany], *nielen doľava, ale aj doprava. Tak to potom tiež boli niekedy moji kolegovia prekvapení. Že jáj, veď ona to má naopak. Ja vravím, že hej? Ja som bola zvyknutá tak. Čiže len z toho zvyku…* (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Iným príkladom nekonzistentnosti, resp. rôznorodosti uplatňovaných „štandardov" bol už skôr spomínaný príklad ošetrovania rany po cisárskom reze opísaný jednou z pôrodníčok.

Napríklad ranu po cisárskom reze, tam na druhý deň hneď … sa odlepila, primár, keď ju videl na vizite prelepenú ďalšie dni, tak bolo zle. Rana musí dýchať a musí byť odkrytá. Tu práveže celých päť dní, kedy je pacientka hospitalizovaná, ju vlastne každý deň dezinfikujeme a prelepíme. Tam odlepené, tu musí ostať prelepené. To sú také rozdiely… Ale zase nemyslím, že tam neboli nejaké komplikácie, neboli nijaké zápaly v tej rane, nehnisali, a tu tiež nie. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

[410] Podrobnejšie sa tejto praktike venujeme v kapitole 3.3.6.1.4.

3.3.6.1. Intervencie a zaužívané praktiky v opisoch členov a členiek zdravotníckeho tímu

V nasledujúcich odsekoch bližšie nasvietime niektoré rutinne vykonávané intervencie do pôrodu. Pod intervenciou zdravotníckeho personálu do pôrodu rozumieme akýkoľvek zásah do priebehu pôrodu (aj miniatúrny), najčastejšie aplikáciu syntetického oxytocínu, prepichnutie vaku blán a iné spôsoby urýchľovania alebo vyvolávania pôrodu, epiziotómiu a Kristellerovu expresiu/tlak na fundus, ale aj holenie pubického ochlpenia, aplikáciu klystíru či vynucovanie výlučne jednej pôrodnej polohy. Aj napriek tomu, že spätne je mimoriadne ťažké vyhodnotiť, či boli intervencie u konkrétnej ženy vykonané z klinických (indikovaných) dôvodov alebo či išlo o rutinný výkon, názory a skúsenosti zdravotníckeho personálu a aj niektoré štatistické údaje naznačujú, že k intervenciám dochádza rutinne. Náš skorší výskum s rodiacimi ženami, ktorého výstupy boli prezentované v publikácii *Ženy – Matky – Telá I*, tiež naznačil, že v nemocniciach možno pozorovať všeobecný sklon k intervenciám do priebehu pôrodu. Pri zohľadnení týchto perspektív je **trend zjavný – intervencie sú používané aj v takých situáciách, keď sa nejavia ako nevyhnutné**.

V nasledujúcom texte pri predstavovaní a analýze výstupov z nášho výskumu stručne predstavíme aj niektoré odborné postupy, odporúčania a štandardy medzinárodne uznávaných organizácií – WHO, FIGO (Medzinárodná federácia pre gynekológiu a pôrodníctvo – *International Federation of Gynecology and Obstetrics*), NICE a ACOG (Americké kolégium pre gynekológiu a pôrodníctvo – *American College of Obstetricians and Gynecologists*). Pripomíname, že vo všetkých prípadoch má personál pred začatím akejkoľvek intervencie alebo procedúry povinnosť získať od rodiacej ženy informovaný súhlas.

3.3.6.1.1. Normálne trvanie pôrodu podľa medzinárodne uznávaných zdravotníckych štandardov

Počas pôrodu dochádza k niekoľkým vzájomne prepojeným dejom. Krčok maternice sa postupne otvára a súčasne je dieťa posúvané do pôrodného kanála, pričom robí sériu pohybov a záklonov, ktorými napomáha pôrodnému procesu. Čas trvania pôrodného procesu, ako aj intenzita kontrakcií – sťahov maternice – variuje u každej ženy a pri každom pôrode. Existujú však snahy stanoviť, čo je možné považovať za „normálne" a čo za „abnormálne". Odchýlky od toho, čo považujeme za „normálne", si potom môžu vyžadovať intervencie.

Podľa WHO by počas prvej aj druhej doby pôrodnej mali mať ženy možnosť zaujať hociktorú pozíciu, ktorá im vyhovuje, pričom preferované je, aby sa vyhli dlhodobému ležaniu na chrbte. Mali by byť povzbudzované k tomu, aby experimentovali, kedy sa cítia najviac pohodlne, a mali by byť podporené vo svojej voľbe.[411] Pôrod sa najčastejšie člení na tri doby alebo fázy. Medzinárodne uznávané štandardy sa líšia v definovaní „normálnej" dĺžky trvania pôrodných fáz.[412] Prvá doba

---

[411] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : World Health Organization, Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 27. Dostupné na: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/ (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016).

[412] Napríklad odporúčania ACOG uvádzajú dlhšie limity pri druhej dobe pôrodnej ako štandardy NICE – za normálne považujú aj tlačenie, ktoré trvá viac ako 3 hodiny, ak je prítomný progres. Naopak, odporúčania FIGO považujú za normálne kratšie trvanie druhej doby pôrodnej – u prvorodičky je horná hranica dve hodiny, u druhorodičky jedna hodina. Pre viac informácií o manažmente druhej doby pôrodnej pozri: FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee: Management of the second stage of labor. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, roč. 119, 2012, s. 111 – 116. Dostupné na: http://www.w3dezine.in/clients/fogsi/wp-content/uploads/2015/05/

pôrodná sa rozdeľuje na latentnú a aktívnu. Podľa odborných postupov NICE aktívna prvá doba pôrodná začína, keď je krčok maternice otvorený na viac ako 4 centimetre a sú prítomné bolestivé kontrakcie.[413] V prípade, ak sú prítomné bolestivé kontrakcie, ale krčok maternice nie je otvorený na viac ako 4 centimetre, ide o latentnú prvú dobu pôrodnú. Počas druhej doby pôrodnej dochádza k samotnému pôrodu dieťaťa. Táto časť pôrodu sa často označuje ako vypudzovacia fáza alebo tlačiaca fáza. Štandardy NICE rozdeľujú túto časť na pasívnu – keď je krčok maternice plne otvorený, ale žena ešte nemá nutkanie na tlačenie – a aktívnu.[414] Podľa týchto štandardov (ale aj podľa iných medzinárodne uznávaných štandardov) by žena mala začať aktívne tlačiť vtedy, keď pocíti nutkanie na tlačenie. V nasledujúcej tabuľke uvádzame „normálne" časy trvania prvej a druhej doby pôrodnej podľa štandardov NICE a podľa slovenských autorov tak, ako ich uviedli vo vysokoškolskej učebnici určenej pre štúdium medicíny.

Tabuľka 1: Normálne trvanie prvej a druhej doby pôrodnej

	NICE[415]	**Vysokoškolská učebnica používaná v SR**[416]
Prvorodičky		
Prvá doba pôrodná	8 – 18 hod.[417]	6 – 12 hod.[418]
Druhá doba pôrodná	0,5 – 2,5 hod.[419]	30 – 50 min.[420]
Viacrodičky		
Prvá doba pôrodná	5 – 12 hod.[421]	4 – 6 hod.
Druhá doba pôrodná	do 2 hodín	20 – 30 min.

pdf/figo_guideline_management_of_the_ssl.pdf (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016). AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS: *Safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstetric Care Consensus No. 1.* Washington, DC : 2014, s. 4 – 10. Dostupné na: https://www.acog.org/-/media/Obstetric-Care-Consensus-Series/oc001.pdf?dmc=1&ts=20170106T1149072620 (posledná návšteva dňa 18. 10. 2016).

413 Podľa štandardov ACOG sa začiatok aktívnej prvej doby pôrodnej stanovuje až od momentu, keď je krčok maternice otvorený na šesť centimetrov. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS: *Safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstetric Care Consensus No. 1.* Washington, DC : 2014, s. 4 – 10. Dostupné na: https://www.acog.org/-/media/Obstetric-Care-Consensus-Series/oc001.pdf?dmc=1&ts=20170106T1149072620 (posledná návšteva dňa 18. 10. 2016).

414 Aktívna fáza sa začína v prípade, ak je viditeľný plod alebo ak je krčok maternice plne otvorený a sú prítomné vypudzovacie kontrakcie alebo kontrakcie síce nie sú prítomné, ale žena vyvíja aktívnu snahu porodiť dieťa. *Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190: Methods, evidence and recommendations.* London : National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2014, s. 641. Dostupné na: https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-appendices-ae-g-h-jr-pdf-248734766 (posledná návšteva dňa 11. 10. 2016).

415 *Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190: Methods, evidence and recommendations.* London : National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2014, s. 580 – 594. Dostupné na: https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-appendices-ae-g-h-jr-pdf-248734766 (posledná návšteva dňa 11. 10. 2016).

416 HOLOMÁŇ, K. a kol.: *Vybrané kapitoly z pôrodníctva.* Bratislava : Univerzita Komenského Bratislava, 2014, s. 250.

417 Hovoríme o aktívnej fáze prvej doby pôrodnej. Podľa dostupných štúdií sa u prvorodičiek dĺžka latentnej prvej doby pôrodnej môže pohybovať od 1,7 hod. do 19,4 hod.

418 Autorský kolektív učebnice nerozdeľuje prvú dobu pôrodnú na latentnú a aktívnu. Za začiatok pôrodu sa považuje pravidelná kontrakčná činnosť s frekvenciou jedna kontrakcia za 10 min., ktorá má otvárací efekt na krčok maternice.

419 Hovoríme o aktívnej fáze druhej doby pôrodnej. V prípade, ak žena rodí s epidurálnou analgéziou, sa horná hranica u prvorodičiek posúva na tri hodiny a u druhorodičiek na dve hodiny.

Trvanie jednotlivých pôrodných fáz však nemožno považovať za jediný ukazovateľ pri posudzovaní normálneho priebehu pôrodu a použitie alebo nepoužitie jednotlivých intervencií musí byť posudzované so zreteľom na zdravotný stav ženy a plodu a podmienené informovaným súhlasom rodiacej ženy.

NICE neodporúča ponúkať ženám tzv. aktívy manažment pôrodu. Aktívny manažment pôrodu zahŕňa: striktné definovanie rozbehnutia pôrodu (začiatok aktívnej prvej doby pôrodnej), skorú rutinnú amniotómiu (prepichnutie plodových obalov), rutinné vaginálne vyšetrenia každé dve hodiny a podanie oxytocínu v prípade spomalenia pôrodu.[422]

3.3.6.1.2. Snahy o urýchľovanie pôrodov

S rutinizáciou používania intervencií veľmi úzko súvisí snaha o urýchľovanie pôrodov. Urýchľovanie pôrodov sa vo výskume opakovane ukazovalo v rôznych kontextoch, aj keď otvorene o urýchľovaní pôrodov (motivovanom urýchlením samotným) hovorili len dve osoby. K faktorom, ktoré rutinné používanie intervencií a urýchľovanie pôrodov na Slovensku sprevádzajú, resp. zapríčiňujú, patria podľa výpovedí **hlavne systémové príčiny ako nedostatok času počas pôrodu, nedostatok priestorových možností, nedostatok zdravotníckeho personálu a celková snaha o urýchľovanie pôrodu, prípadne kombinácia spomínaných faktorov**, ktoré sa vzájomne ovplyvňujú.

Je, povedzme, taká tendencia, že… Keď my lekári vedieme pôrod, tak tam [je] *vždy* [prítomná] *akási snaha o urýchlenie toho pôrodu. Aj keď nie priama. Lebo je tam ešte taká povinnosť, onaká povinnosť. Mať to tak a tak a hotovo. A častokrát je to škoda, lebo by to vôbec nemuselo byť. Je to z takých personálnych dôvodov, aby to neostávalo až do služby, lebo tam už bude sám lekár. No je to tak prakticky, bohužiaľ. Čo veľakrát to aj rodičky hodnotia tak, že ja by som veľakrát radšej rodila v noci, lebo je tu kľud. A mám čas. Že ju nikto nebude naháňať, že všetci budú radi. Povedzme, v noci si pospia. Zatiaľ čo, povedzme, tie pôrodné asistentky sa striedajú, robia len tie dvanásťhodinovky a potom prichádza druhá, ten lekár je tu koľkorazy aj 24 hodín. A potom chce mať niektoré veci, povedzme, z krku. Možno ak je nejaký iný systém s tými službami, že, povedzme, po službe sa chodí domov, tak aj by ten prístup bol iný. Ale zase záleží to aj od ľudí, veľmi.* (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

V opisoch pôrodníckeho personálu bolo **zároveň urýchľovanie pôrodov legitimizované**, teda ospravedlňované, **okrem dôvodov medicínskeho charakteru** (pozri ďalej v texte) **aj dôvodmi ako „dobro mamičky"**. Urýchlenie pôrodu a použitie niektorého z rutinných zásahov sa teda udialo preto, aby mala rodiaca žena pôrod „skôr za sebou". Nasledujúca výpoveď ukazuje, že intervencie sú používané i v takých situáciách, keď pôrod prebieha bez zásadnejších komplikácií, ale existuje možnosť urýchliť ho prostredníctvom intervencie, aby trval kratšie.

Je tam priestor na spontánny fyziologický proces. Ale niekedy vlastne, keď mamička zbytočne trpí tak dlho, lebo napríklad keď mamička krásne má kontrakcie a všetko ide, ale nález sa nemení. Že

---

420 Autorský kolektív učebnice nerozdeľuje druhú dobu pôrodnú na latentnú a aktívnu fázu a neuvádza ani odlišné časové limity pre ženy rodiace s epidurálnou analgéziou.

421 Hovoríme o aktívnej prvej dobe pôrodnej. Nie sú dostupné štúdie, ktoré by skúmali dĺžku latentnej doby pôrodnej u druho- a viacrodičiek.

422 *Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190: Methods, evidence and recommendations*. London : National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2014, s. 580 – 594. Dostupné na: https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-appendices-ae-g-h-jr-pdf-248734766 (posledná návšteva dňa 11. 10. 2016).

vlastne kontrakcie sú, ale nie sú efektívne. Potom je lepšie mamičke pomôcť medikamentózne, ako ju nechať sa trápiť ďalších 12 hodín a je vyčerpaná a trápi sa ďalšie tri hodiny. Je to lepšie. Čiže to je môj osobný názor toto. Že radšej im trošička pomôcť, keď to spontánne nejde. A zase je to blbé ukončiť sekciou. Čiže je treba tam využiť tú medikamentóznu liečbu. (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

V naratívoch zdravotníckeho personálu sa zároveň veľmi neukazuje, či zdravotnícky personál ponúkal možnosť priebehu pôrodu bez intervencií ako alternatívu a či v rámci tejto možnosti ponúkal iné ako medikamentózne formy úľavy od bolesti, kontinuálnu podporu a pod. Naopak, **naratívy opisujú, že pokiaľ si pôrod bez urýchľovania rodiace ženy nežiadajú samy, respektíve keď proti urýchľovaniu nebojujú, existuje skôr príklon k použitiu intervencií a k urýchleniu priebehu pôrodu**.

Pokiaľ tá rodička nemá niečo proti, vyslovene keď rodička nebojuje proti tomu, že na to nie je dôvod, tak väčšinou sa jej to tak nejak povie, že bolo by dobré, veď nech už máte po tom. Urýchli sa. A častokrát prídu s tým rodičky, že neželajú si žiadne lieky proti bolesti, neželajú si urýchlenie pôrodu. Teraz majú, povedzme, dva dni také tie bolesti, ktoré im nedovolia spať, ale ešte nerodia. Aj sa trošku otvárajú, aj neotvárajú k tomu pôrodu. Nakoniec aj samé prídu s tým, že ony by boli rady, kebyže už niečo spravíme, pomôžeme im a urýchlime to. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Niekedy prídu baby, ktoré sú na dva centimetre otvorené, a rodí sa na desať. To je ten horší prípad. Úplne najlepší prípad je, keď tam príde baba tesne pred zájdením, tá to má najlepšie. Lebo do tých druhých budeme dávať, ja neviem, čípky, aby sa rýchlejšie otvárala, oxytocín, ak nemá poriadnu činnosť. Alebo aby sme podporili činnosť, aby sme urýchlili pôrod. To sú bolesti navyše. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Niektorí respondenti a respondentky sa odvolávali aj na odporúčania spojené najmä s časovými limitmi trvania pôrodu, resp. jeho jednotlivých fáz. Tieto odporúčania však nie sú všeobecne dostupnými a prijatými štandardmi a často súčasne odporujú medzinárodne uznávaným štandardom (pozri predchádzajúcu podkapitolu). **Výrazný rozdiel oproti medzinárodne uznávaným štandardom bol najmä vo vnímaní normálnej dĺžky vypudzovacej fázy**. Kým podľa medzinárodných štandardov sa za normálnu dĺžku tejto fázy považuje niekoľko desiatok minút (a v niektorých prípadoch až tri hodiny), v naratívoch respondentov a respondentiek sa za normálne považuje výrazne kratšie časové trvanie.

Sú tie časové limity, ktoré by mali byť splnené. Povedzme, u tej prvorodičky, tá otváracia doba, odkedy sa vlastne začne krčok maternice otvárať, 8 až 12 hodín je stále norma a tak to môže byť. A potom, pokiaľ to trvá, povedzme, nejak dlhšie a nejde to, tak by sa mali podať lieky. Udáva sa v literatúre, pokiaľ je pravidelná kontrakčná činnosť, pokiaľ sú skutočné také silné pravidelné kontrakcie, mala by sa žena otvárať každú hodinku ten jeden centimeter. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Dvadsať minút [pre druhú dobu pôrodnú] *je veľa, to už väčšinou boli pôrody, ktoré končili vákuum extrakciou alebo kliešťami. Čiže tam sa väčšinou porodilo do desiatich minút maximálne, aj to bolo vlastne pomaly, lebo to bola otázka pár zatlačení.* (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

3.3.6.1.3. Pôrodná poloha

Počas prvej aj druhej doby pôrodnej je možnosť slobodne sa hýbať a meniť polohy pre ženy kľúčová. Ženy by sa mali vyhýbať dlhému ležaniu na chrbte a niektoré medzinárodne uznávané štandardy odporúčajú, aby personál od polohy v ľahu ženy odrádzal a odporúčal im vertikálne polohy, napríklad kľak. Poloha v ľahu prináša riziká v podobe fetálneho distresu, nutnosti inštrumentálneho vaginálneho pôrodu a zvýšenú bolestivosť. Zároveň táto poloha neprináša žiadne mechanické výhody pre zostúpenie. Keďže samotné tlačenie dieťaťa trvá pri niektorých pôrodoch aj desiatky minút, je dôležité, aby ženy počas pôrodu experimentovali a hľadali takú polohu, ktorá im prinesie úľavu. Zmena polohy je nielen účinným spôsobom úľavy od bolesti, ale je zároveň aj odporúčanou intervenciou v prípade, ak pôrod nepostupuje.[423] Medzinárodné odborné organizácie zároveň stanovili slobodný výber polohy ako jeden z ukazovateľov kvality pôrodnej starostlivosti.[424]

V kontraste s tým sa v slovenskej vysokoškolskej učebnici z oblasti pôrodníctva z roku 2014 uvádza, že „[v] podmienkach väčšiny našich nemocníc je rodička umiestnená na pôrodnom stole, v polohe na chrbte a s nohami uloženými a fixovanými v Schautových držadlách, ktorých sa zároveň pri tlačení pridŕža rukami".[425]

> „Nanešťastie, nevhodné vyučovanie medicíny a pôrodnej asistencie i zvyk zapríčinili, že mnohé ženy sú nútené rodiť poležiačky s nohami v strmeňoch. Táto poloha znižuje prívod krvi do placenty, môže viesť k fetálnemu distresu a neprináša žiadne mechanické výhody, ktoré by zlepšili zostúpenie."
>
> **FIGO, 2012**[426]

Ako uvádzame v kapitole 2.2., nemožnosť voľby pôrodnej polohy je aj porušením ľudských práv žien pri pôrode. Predstavuje porušenie práva na súkromie a v rámci neho práva na slobodné rozhodovanie sa o okolnostiach pôrodu, v mnohých prípadoch práva na poskytovanie zdravotnej starostlivosti na

---

423 Pre viac informácií k odporúčaným postupom k slobodnému pohybu a k výberu pôrodnej polohy pozri napríklad: FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee: Management of the second stage of labor. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, roč. 119, 2012, s. 111 – 116. Dostupné na: http://www.w3dezine.in/clients/fogsi/wp-content/uploads/2015/05/pdf/figo_guideline_management_of_the_ssl.pdf (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016). *Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190: Methods, evidence and recommendations*. London : National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2014. Dostupné na: https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-appendices-ae-g-h-jr-pdf-248734766 (posledná návšteva dňa 11. 10. 2016). WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : World Health Organization, Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 27. Dostupné na: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/ (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016).

424 FIGO, WHO, WRA, ICM, IPA: Mother-baby friendly birthing facilities. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, roč. 128, 2015, s. 95 – 99. Dostupné na: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013 (posledná návšteva dňa 28. 10. 2016).

425 HOLOMÁŇ, K. a kol.: *Vybrané kapitoly z pôrodníctva*. Bratislava : Univerzita Komenského Bratislava, 2014, s. 252.

426 FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee: Management of the second stage of labor. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, roč. 119, 2012, s. 111 – 116. Dostupné na: http://www.w3dezine.in/clients/fogsi/wp-content/uploads/2015/05/pdf/figo_guideline_management_of_the_ssl.pdf (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016).

báze informovaného súhlasu, práva na správne poskytovanie zdravotnej starostlivosti, resp. práva na užívanie plodov vedeckého pokroku, a nezriedka tiež práva nebyť podrobená násiliu a krutému, neľudskému a ponižujúcemu zaobchádzaniu.

Slobodná voľba pôrodnej polohy (zahŕňajúca aj polohy mimo pôrodného kresla) nie je v inštitucionálnej pôrodnej starostlivosti na Slovensku podporovaná. V odpovediach niektorých nemocničných zariadení, ktoré boli súčasťou monitoringu predchádzajúcej časti výskumu, bolo uvádzané, že iná poloha ako v ľahu (prípadne pololahu) na pôrodnom kresle nie je umožňovaná.[427]

Aj z naratívov žien, ktoré poskytli výskumné rozhovory v skoršom výskume, vyplýva, že **takmer všetky respondentky tohto výskumu rodili v polohe poležiačky a iná pôrodná poloha bola umožnená iba jednej rodiacej žene**. Slobodná voľba polohy im nebola umožnená napriek tomu, že k ich predstavám o želanej podobe pôrodu patril aj slobodný výber polohy.[428]

Aj keď deklarujú, že ich [polôh] *umožňujú viac, v skutočnosti ich neumožňujú.* (Mária, 30 rokov, 1 dieťa)

Odkedy mi pichli plodovú vodu, odvtedy som tam ležala na pôrodnom kresle alebo, ako by som to nazvala, skôr na pôrodnom stole, lebo tam sa nedali meniť polohy, musela som ležať s nohami hore a vyviazanými… (Jana, 32 rokov, 2 deti)

Na možnosť slobodného výberu pôrodnej polohy mal zdravotnícky personál rozdielne názory. **Časť zdravotníckeho personálu si slobodnú voľbu pôrodnej polohy** (v prvej aj druhej dobe pôrodnej) **ani nevedela predstaviť a odmietala ju**, argumentujúc aj systémovými príčinami. Slobodná voľba polohy tak z pohľadu zdravotníckeho personálu nie je možná **napríklad z dôvodu „absentujúceho technického vybavenia pôrodnice"** – aj keď nikto z respondentov a respondentiek nešpecifikoval, aké technické vybavenie chýba na to, aby boli ženám umožňované aj iné polohy ako v ľahu alebo pololahu.

[Rodiť je možné] *jedine na pôrodnom boxe. Ani si to neviem predstaviť, že nejako inak* [by žena rodila]. *Jednak my musíme monitorovať dieťa a neviem si to ani predstaviť inak. A nie sú na to ani podmienky – ani prístrojové, ani nijaké.* (Pôrodná asistentka, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

V prvej dobe pôrodnej však **niektoré pôrodnice nejakú podobu voľby polohy umožňovali a obmedzenia sa týkali predovšetkým druhej doby pôrodnej**, pričom pre niektorých členov a členky zdravotníckeho personálu voľba polohy znamená možnosť úpravy polohy v polohovateľnom kresle – čo však v žiadnom prípade za slobodnú voľbu pôrodnej polohy považovať nemožno.

Ďalšie odmietavé názory boli postavené na presvedčení, že pôrodná poloha v ľahu na chrbte je najprospešnejšia, pretože podľa zdravotníckeho personálu najlepšie umožňuje fyzický prístup zdravotníckeho personálu k rodiacej žene. **Argument o „prístupe k žene"** teda **išiel ruka v ruke s argumentom o prospešnosti, resp. pohodlnosti/výhodnosti** tejto polohy **pre zdravotnícky personál** a nie pre rodiacu ženu.

Štandard je poloha na chrbte, pre nás je to vždy najlepšie, z hľadiska prístupu k dieťaťu a k tej hrádzi, dajme tomu, nejakej akcie. Ale to sa týka toho tlačenia, aktívnej druhej doby pôrodnej, keď

---

427 DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 141 – 142 a 152.

428 Tamtiež, s. 66.

už sa prerezáva hlavička. V tej prvej dobe pôrodnej si môže robiť, čo chce – na fit lopte, môže ísť do vane. Ale v tej druhej dobe pôrodnej my preferujeme tú polohu na chrbte… A nikdy som ani nerodil [neasistoval pri pôrode] *ináč ako v polohe na chrbte. A je to, akože, pre nás je to asi najlepšia poloha z hľadiska toho prístupu k žene, aby sme videli, čo sa deje s dieťaťom, aby sa dala spraviť nejaká akcia, keď sa niečo deje.* (Lekár po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Väčšina z našich respondentov a respondentiek nemala s inou pôrodnou polohou žiadnu skúsenosť. Jedna lekárka a jeden lekár, ktorí v minulosti pracovali v zahraničí, takúto skúsenosť mali a možnosť voľby polohy považovali za prospešnú.

(V: Čo si myslíte, aké to je, keď majú rodiace ženy viac možností pri voľbe pôrodnej polohy?) R: *Určite je to lepšie. Z mojich* [zahraničných] *skúseností je to len určitá časť rodičiek, ktoré tak chcú rodiť. Nie je to tak, že všetky rodičky chcú rodiť inak, ako naboku alebo posediačky, do vody alebo neviem ako. Chce to len časť… Každý je iný a každý to má aj v hlave inak poskladané. Tak skúsime tak a keď to nepôjde, tak sa inak preložíme, na inú polohu… Proti gustu žiaden dišputát… Tá* [zahraničná nemocnica], *tam sme to, ja som sa koľkokrát smial tak v dobrom, že my sme tam mali také všelijaké pôrodné stoličky a balóny, tam sme s tým začínali. A teraz nielen balóny, ale aj taký vak naplnený polystyrénom, ktorý sa dal rôzne tvarovať. Tak na tom trebárs mohla rodička sedieť.* (Lekár po atestácii, vedúci pracovník, viac ako 15 rokov praxe, veľká pôrodnica)

Niektorí z respondentov a respondentiek, u ktorých absentovala praktická skúsenosť s pôrodom v inej polohe ako v ľahu, **nemožnosť voľby pôrodnej polohy považovali za deficit, ktorý ženy poškodzuje**. **Možnosť slobodne si voliť polohu vnímali pre ženy ako jednoznačne prospešnú**.

(V: A čo si vy myslíte o možnosti rôznych pôrodných polôh?) R: *Tak to je jasné. To je dokázané, na to sú výskumy. To nie je o tom, čo si myslím. O tom sú rôzne dôkazy, že táto poloha* [v ľahu na pôrodnom kresle] *je najneprirodzenejšia a najnebezpečnejšia pre pôrod. To je fakt a kto to popiera, tak je hlupák.* (Lekár pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Za zavedenie možnosti slobodnej voľby pôrodnej polohy sa však prihovárali aj ďalšie respondentky nášho výskumu.

Ja sa skutočne teším, kedy to [možnosť voľby pôrodnej polohy] *dôjde k nám. Ja by som bola hrozne rada, kebyže to aspoň majú. Či už len lekári, sestry, keby si povedali, vyskúšajme aspoň. Vyskúšajme na jednej a uvidíme. To je na tom najhoršie, že desať je fajn a jedenásty sa nepodarí. Ale to je asi všade. Mne sa to páči. Ja by som už len tú obyčajnú stoličku, už len to by mohli skúsiť. Aj to by bol pokrok hodne dopredu. Ja som za, ja osobne som strašne za. Všetky takéto veci skúšajme. Keď to v zahraničí funguje, prečo u nás vôbec nie.* (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

S nedostatkom skúseností s asistovaním pri pôrodoch v inej polohe ako v ľahu alebo poloľahu ide ako bariéra pre štandardné zavedenie možnosti slobodnej voľby pôrodnej polohy ruka v ruke aj celková **organizačná kultúra, ktorá nepodporuje, ale odrádza iniciatívny pôrodnícky personál od uplatňovania postupov, ktoré si ženy želajú a ktoré sú pre ne prospešné**.

Ja som nikdy nerodila [neasistovala pri pôrode] *inak ako takto* [žene rodiacej v polohe v ľahu alebo poloľahu]. *Určite by som to chcela, ale určite je to tiež niečo, čo si človek musí pozrieť niekde a tam* [kde som na Slovensku pracovala] *to nebolo. Viem, že raz jeden kolega mladý, nazvime ho alternatívec, tak jednu pani porodil* [asistoval jej pri pôrode] *tak, že ona na tej pôrodnej posteli čupela a on kľačal pod ňou. A ona ako čupela, tak rukami sa zapierala do tých strmeňov. Tak o tom sa tam rozprávalo ešte pár pekných týždňov, čo to ten doktor vymyslel. Akože nie že pochválime ho, že nejaké novinky tu zavádza.* (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Aj napriek tomu, že niektorí zástupcovia a zástupkyne zdravotníckeho personálu považujú slobodnú voľbu pôrodnej polohy **za celkovo prospešnú a pozitívne ovplyvňujúcu pôrod**, vo svojej praxi **sami zároveň uprednostňujú polohu „poležiačky"**, a to najmä kvôli vlastnému pohodliu.

[Pôrodnú polohu] *by mala mať žena na výber v situácii, keď je všetko v poriadku. A že teda môže mať na výber. Si myslím. Je pravda, že pre nás, aj pre tých teda, čo rodíme* [asistujeme pri pôrodoch]*, lekára či pôrodnú asistentku, je najpohodlnejšia tá poloha, keď je žena na pôrodnom kresle v polosede alebo teda na chrbte, keď leží. Je, lebo máme to proste najpohodlnejšie. Aj tá hráz sa dá relatívne najlepšie chrániť. Ale zas je to… No neznamená to, že by tých poranení bolo menej. Lebo zase tlačí proti tomu tlaku. To je také plus aj mínus.* (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Výpovede zdravotníckeho personálu ukazujú, že v hierarchickom prostredí pôrodníc je okrem centralizovania pôrodu na inštitúciu pre slobodnú voľbu polohy prekážkou aj hierarchický charakter pôrodníckeho systému a následne organizačná kultúra danej pôrodnice. **Systémové nastavenie centralizujúce starostlivosť na inštitúciu, jej zástupcov a zástupkyne tak môže posilňovať nerešpektujúce praktiky aj tam, kde by na ich odstraňovanie existovala aspoň parciálna vôľa a presvedčenie**. **Výraznou bariérou** pre zavedenie slobodnej voľby pôrodnej polohy ako bežného štandardu sú **aj absentujúce skúsenosti zdravotníckeho personálu** s inou polohou ako polohou v ľahu či poloľahu na kresle. V niektorých prípadoch sú údajnou bariérou aj priestorové obmedzenia.

3.3.6.1.4. Tlačenie na fundus (Kristellerova expresia)

Tlak na fundus, tzv. Kristellerova expresia, je tlačenie na brucho niektorým z členov alebo členiek zdravotníckeho personálu s cieľom urýchliť pôrod. WHO uvádza, že okrem toho, že tlak na fundus zvyšuje diskomfort rodiacich žien, existuje podozrenie, že táto praktika môže byť poškodzujúca pre maternicu, hrádzu a pre plod. Táto metóda je podľa WHO používaná prinajmenšom pričasto, bez dôkazov o jej prospešnosti.[429] Medzi odporúčanými postupmi NICE a FIGO sa žiadna z foriem cieleného tlaku na brucho nenachádza.[430] Aj v slovenskej vysokoškolskej učebnici určenej pre štúdium medicíny sa použitie Kristellerovej expresie, t. j. „externého tlaku na fundus maternice", označuje ako „postup *non-lege artis*" (t. j. nesprávny postup), pri ktorom sa „zvyšuje […] riziko ruptúry maternice".[431]

V retrospektívnej štúdii vydanej v roku 2016 (9 743 vaginálnych pôrodov záhlavím) autori a autorky prišli k záveru, že tlak na fundus bol spojený s častejším výskytom dystokie ramienok[432], fetálnej

---

429 WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : World Health Organization, Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 25 – 26. Dostupné na: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/ (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016).

430 K odporúčaným postupom počas druhej doby pôrodnej pozri napríklad: *Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190: Methods, evidence and recommendations*. London : National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2014, s. 594. Dostupné na: https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-appendices-ae-g-h-jr-pdf-248734766 (posledná návšteva dňa 11. 10. 2016). FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee: Management of the second stage of labor. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, roč. 119, 2012, s. 111 – 116. Dostupné na: http://www.w3dezine.in/clients/fogsi/wp-content/uploads/2015/05/pdf/figo_guideline_management_of_the_ssl.pdf (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016).

431 HOLOMÁŇ, K. a kol.: *Vybrané kapitoly z pôrodníctva*. Bratislava : Univerzita Komenského Bratislava, 2014, s. 252.

432 Dystokia ramienok je závažnou komplikáciou počas pôrodu, ktorá predstavuje uviaznutie ramienok plodu. Pre viac informácií k dystokii ramienok pozri napríklad: ZWINGER, A. a kol.: *Porodnictví*. Praha : Galén a Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2004, s. 316 a 297 – 298.

acidózy a zníženého Apgarovej skóre. U žien, ktorým bol vykonaný tlak na fundus, taktiež pozorovali až 46-násobne vyšší výskyt závažných poranení análneho zvierača.[433]

Spôsobovanie fyzickej bolesti sprevádzajúce Kristellerovu expresiu, resp. tlak na fundus môže predstavovať aj porušenie ústavného a medzinárodnými dohovormi garantovaného práva nebyť podrobená násiliu, mučeniu a inému krutému, neľudskému či ponižujúcemu zaobchádzaniu, obzvlášť v kontexte zdravotnej starostlivosti poskytovanej bez súhlasu, resp. proti nesúhlasu. Okrem toho porušuje právo na poskytovanie zdravotnej starostlivosti výlučne na báze informovaného súhlasu, právo na poskytovanie zdravotnej starostlivosti na báze súčasných poznatkov lekárskej vedy (t. j. na správne poskytovanie zdravotnej starostlivosti), právo na rešpektovanie osobnej autonómie, integrity a na ochranu osobnosti a súkromného života. V niektorých prípadoch môže v princípe napĺňať aj skutkovú podstatu trestného činu týrania zverenej osoby[434]. Podrobnejšie pozri aj kapitolu 2.2.

Tlak na fundus bol v naratívoch rodiacich žien opisovaný veľmi často. **Nejakú podobu tlačenia na brucho zažila počas pôrodu prevažná väčšina žien**, pričom toto **tlačenie sa dialo aj bez ich súhlasu**. Táto intervencia bola vykonávaná rutinne, bez predchádzajúcej komunikácie s rodiacimi ženami a vysvetlenia opodstatnenosti jej vykonania. Ženy túto intervenciu zároveň opisovali ako veľmi bolestivú.[435]

Čo som tam [v pôrodnom pláne] *nemala a čo sa teda udialo, tak to bolo tlačenie na brucho. To ma ani nenapadlo, že toto by som tam mala dať. Prišlo mi to absurdné a snažili sa o to… Keď teda, podľa nich, pôrod trval už dlho, že dieťa bolo v pôrodných cestách už dvadsať minút a ono malo byť len dvadsať minút, tak oni už pri dvadsiatej prvej minúte… začala mi* [pôrodná asistentka] *tlačiť na brucho…* (Andrea, 36 rokov, 1 dieťa)

… [P]*otom niekde v procese toho tlačenia, keď mi to teda nešlo, tak tá veľká pani sestrička povedala, že tak ja vám zatlačím na to brucho. Samozrejme, čoho som sa výslovne bála.* [Hovorím], *že to teda nie, že preboha nie, nie, nerobte to, to nie. Tak nato tá sestrička na mňa nahučala a sa urazila, že ako si to* [predstavujem], *že ona to nerobí len tak sama zo svojvôle. Že ona proste to tiež už dneska robila trikrát… A potom ma teda nejakým spôsobom ukecali, že dobre, nech mi začnú tlačiť na brucho. No a to bola asi tá najhoršia časť z celého pôrodu, lebo to strašne bolelo. Strašne. A ono to nešlo napriek tomu, že ona mi na to brucho tlačila. Lebo už si takto ľahla, úplne ma prechádzala celou tou jej, celou tou rukou a všetko. A keď to nešlo, ona si ešte doniesla taký stolček, na ten sa postavila a ľahla si mi do toho brucha z toho stolčeka, a takto dala* [ukazuje pohyb lakťom, pozn. aut.], *a ja som už nevedela, že čo mám robiť. Už naozaj, že to bolo, no to bolo hrozné.* (Dana, 32 rokov, 1 dieťa)

Z 25 nemocníc, z ktorých v rámci monitoringu uskutočneného v roku 2014 prišli odpovede na žiadosti alebo prosby o informácie, sa 5 nemocníc jednoznačne dištancovalo od praktiky, keď sa počas druhej doby pôrodnej na brucho rodiacej ženy vyvinie cielený tlak. V 11 nemocniciach bola

---

433 FURRER, R. – SCHÄFFER, L. – KIMMICH, N. – ZIMMERMANN, R. – HASLINGER, C.: *Maternal and fetal outcomes after uterine fundal pressure in spontaneous and assisted vaginal deliveries*, 2016. Dostupné na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26352067 (posledná návšteva dňa 30. 10. 2016). O zvýšenom riziku poranení konečníka pri použití tlaku na fundus sa stručne zmieňuje aj kolektív autorov v článku venovanom manažmentu poranení konečníka pri vaginálnom pôrode. Pozri ZÁHUMENSKÝ, J. – KORBEĽ, M. – KAŠČÁK, P.: Ruptúry hrádze 3. a 4. stupňa (odporúčané postupy). In: *Gynekológia pre prax*, 2015, s. 197.

434 Pozri zákon č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon, § 208 ods. 1 písm. a).

435 DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 69 – 70.

však táto praktika (výnimočne) aplikovaná na základe rozhodnutia lekára – pôrodníka[436], resp. „po zvážení rizík súvisiacich s nepostupovaním pôrodu". V 7 nemocniciach bola technika cieleného tlaku na brucho rodiacej ženy použitá, „ak rodička nespolupracuje" (napr. „netlačí a je ohrozený život dieťaťa").[437]

Kristellerova expresia/tlak na fundus patrila medzi lekármi a lekárkami, ktoré poskytli výskumné rozhovory, **k diskutabilnej praktike**. **Vedeli o jej škodlivosti a mali o nej informácie, a napriek tomu ju používali**. Niektorí členovia a členky zdravotníckeho personálu opisovali rozdiely v podobách tlačenia na fundus, pričom Kristellerovu expresiu opisovali ako praktiku nevhodnú a nebezpečnú pre rodiacu ženu. Naopak, podľa nich iné podoby tlačenia na fundus v podľa nich indikovaných prípadoch obhajovali. Z opisov lekárov a lekárok však **nebola jasná a explicitná hranica medzi „Kristellerovou expresiou" a „tlakom na fundus"**. Je možné, že oba spomínané pojmy boli vo viacerých prípadoch používané synonymne.

Rozhovory s lekármi a lekárkami každopádne ukazujú, že **nejaká z podôb tlaku na fundus sa v pôrodniciach**, kde respondenti a respondentky výskumu pracovali, **používa bežne a je veľmi bežnou súčasťou pôrodníckej praxe**.

Používa sa to, keď mamina buď nespolupracuje absolútne, nevládze tlačiť, alebo keď už je zle. Ale v podstate expresia ako taká, také to z pohľadu laika brutálne, že sa celou váhou tela tlačí na to brucho, tak to väčšinou už ten záznam bábätka nie je dobrý, keď potrebuje ísť von. Tak napríklad také jemné fixovanie maternice len proste, že sa pridrží, to nie je ani hmat, to jej pomáha. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

To je proste hmat, ktorý, samozrejme, v istej fáze toho pôrodu, nehovorím, že váľať sa žene pol hodiny po bruchu a polámať jej rebrá, to je o niečom inom. Ale naozaj trošku potlačiť na ten fundus a pomôcť tej rodičke… Čiže toto tiež zase nie je čiernobiele, že či Kristeller alebo nekristeller. Také niečo medzi tým. Taký Kristeller, že by sme polámali rebrá tej rodičke, váľali sa a vytiahli modré decko, tak to nie. Tam potom je forceps namieste, štandardná pôrodnícka operácia. Ale zase také hraničné situácie, kedy naozaj treba takzvane, ja to volám tak, že podržte fundus. Kedy je naozaj treba podržať fundus, kedy ona už naozaj nevládze, je už zmyslami niekde inde, to sa vždycky robilo… To patrí k pôrodníctvu. Akurát tie učebnice to tak tradujú. A niekedy sa to zneužíva tak, že sa to nerobí v pravý čas a v pravej chvíli. Toto je môj názor jednoznačný. (Lekár po atestácii, vedúci pracovník, viac ako 15 rokov praxe, veľká pôrodnica)

Tak toto je taká zaujímavá téma. Kristellerova expresia. No, samozrejme, nie samotná Kristellerova expresia, ale také to tlačenie na fundus, na to brucho, áno, robí sa. Ale vždy je to pre prospech veci. Aby sa nemusel použiť ten vákuumextraktor, čo je také to násilné vyňatie dieťatka prostredníctvom toho vákua. Tak dá sa tomu predísť práve pritlačením na brucho. Čiže v tom vidím pozitívum, že je tu tá možnosť. No lebo je to určite lepšie pre tú maminku, keď sa pritlačí párkrát na to brucho, ako ťahať to tým vákuumextraktorom. Je tam väčšie pôrodné poranenie, musí byť žena viac nastrihnutá, väčšinou sa to ešte aj viac roztrhne potom… Oficiálne je dovolené. Taká formulka existuje, že pridržanie fundu maternice. No, dôležité je, že keď sa ten tlak vyvíja, tak aby sa vyvíjal plocho, predlaktím alebo dlaňou, aby sa netlačilo lakťom. To by bola tá Kristellerova expresia v pravom

---

436 Pripomíname, že nemocnice vo svojich odpovediach používali na označovanie lekárov a lekárok výlučne mužský rod.

437 DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 153.

slova zmysle… Ono to je strašne ťažko zhodnotiť, čo ešte áno a čo nie. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Kým niektorí lekári a lekárky považovali tlak na fundus/Kristellerovu expresiu za skôr výnimočnú praktiku pre špecifické indikované situácie, **iní ju** vo svojich opisoch **považovali za veľmi bežnú a dokonca ju spájali s prevenciou a s „pomáhaním"** rodiacim ženám a rodiacim sa deťom.

Používa sa pri matke, ktorá nevie dobre tlačiť, to je napomáhanie tomu bábätku a robí sa to takto na začiatok toho brucha. Tak je to bežné v podstate. Keď sa tomu pôrodu môže takto napomôcť, tak sa to urobí. To je vlastne preventívna vec a je to vec, ktorú vidíme, že funguje. (Lekárka po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Niektoré výpovede naznačujú, že **táto intervencia je v niektorých slovenských pôrodniciach bežnou, čo môže byť odrazom jej rutinného používania s cieľom urýchlenia pôrodu**. Jeden respondent opisoval, že Kristellerova expresia/tlak na fundus sa v pôrodnici, kde pracuje, indikuje „dosť často".

(V: Indikuje sa tu za nejakých okolností tá Kristellerova expresia, to tlačenie na brucho?) R: *Dosť často, dosť často.* (V: Aký je váš odborný názor na to?) R: *Môj odborný názor na to je, že pre tú ženu je to často vyslobodenie. Aj moja žena mala Kristellerovu expresiu a tiež som nechcel, aby ju mala, tiež som dúfal, že to vytlačí sama. Ale bola to proste taká situácia, že tá Kristellerova expresia bola nutná, lebo boli také okolnosti, aké boli… Bábätko sa dostávalo do hypoxie, potrebovali sme, aby už išlo vonku, nedarilo sa to, aby už išlo vonku. Mali sme ešte jednu možnosť, a to vákuum extrakciu, ale to sme nechceli. Tá Kristellerova expresia bola v tomto prípade lepšia. Ale často sa robí nie indikovane Kristellerova expresia, a to hlavne, keď je personál nedočkavý. Ale to je už, to už závisí od pôrodnej asistentky, od lekára, ktorí sa venujú tej žene. Ale musím povedať, že tá Kristellerova expresia, tak ako všetko v pôrodníctve, nič v pôrodníctve nie je zbytočné a nie je zastaralé. Všetko vo svojich indikovaných prípadoch má svoj význam a je to fakt vec, ktorá je, či už život, alebo čo, zachraňujúca. Ale fakt sú to vybrané indikované situácie.* (Lekár pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Všeobecne sa hovorí, že by sa to v podstate nemalo používať, lebo hrozí poranenie orgánov matky. Ja som tam nebol, ale hovorili kolegovia, že bola jedna konferencia pôrodníkov v Českej republike, kde sa bavili o tej Kristellerovej expresii. Že by sa to nemalo používať. A v tej sále potom padol taký dotaz, že prihláste sa tí, ktorí to tlačenie na tú maternicu nepoužívate – a neprihlásil sa nikto. Takže. Ono, proste, keď pôrod v druhej dobe pôrodnej viazne, nehovorím, že bránka zájdená a ona to do piatich minút porodí, určite nie. Má to svoj čas. Ale keď to už trvá dlho, hlavne keď sa niečo deje a ten pôrodník začína mať pocit, že to dieťa je ohrozené podľa oziev, dajme tomu. A to samotné tlačenie tej ženy nestačí, že to dieťa nedokáže vytlačiť. A my máme pocit, že tie pôrodné cesty sú dostatočné, že je tam dostatok priestoru, aby porodila. Čiže v tom prípade sa to použije. Je to možno náhrada toho, že keby sme nepoužili tlak na tú maternicu, tak by sme museli použiť pôrodnícke kliešte. Čiže zospodu, alebo ten vákuum extraktor. Väčšinou, teda moja skúsenosť je, že nie je to nič hrozné, trošku na tú maternicu zhora zatlačiť. A väčšinou naozaj stačí trošku a ide to rýchlo. Takže myslím si, že sa to dosť zoširoka používa, aj keď sa tvária všetci, že by sa to nemalo. U nás sa to používa a za dvanásť rokov som nezažil, že by s týmto, že by bol problém. (Lekár po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Z rozhovorov s lekármi a lekárkami nie je možné zistiť ani to, či o použití Kristellerovej expresie/tlaku na fundus s rodiacimi ženami diskutujú, či zisťujú ich preferencie a priania (či chcú podstúpiť túto intervenciu, resp. či neuprednostnia inú), do akej miery rodiace ženy o použití tejto intervencie vôbec informujú alebo či len postupujú „bez slova".

Podobne ako lekári a lekárky opisovali Kristellerovu expresiu/tlak na fundus aj pôrodné asistentky. Podľa nich **sa táto intervencia používa pomerne bežne**, pričom **tlačenie býva častejšie v kompetencii pôrodných asistentiek než v kompetencii lekárov**.

(V: A ako to je vlastne s tým tlačením na brucho, tou Kristellerovou expresiou? To sa u vás používa?) R: *Využíva sa to. Nie štandardne. Využíva sa to, buď keď dieťa nejde, alebo keď žena tlačí zle a trvá to dlho. Ak začnú klesať ozvy, skutočne vtedy áno, vtedy je to… Ale ináč, že by sa to nejako štandardne používalo, to nie… Pôrodná asistentka* [tlačí na fundus]. *Lekár nikdy nie.* (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

V diskurze pôrodných asistentiek sa takisto objavovalo, že existuje viacero typov tlačenia na fundus, pričom jedna z asistentiek opisovala, že u nich – hoci sa rutinne tlačenie na fundus využíva – je to ten typ tlačenia, ktorý je „vhodný" a nemá negatívne dôsledky. Zároveň však bolo z detailného opisu podoby tlaku na fundus (tlačenie predlaktím, „niekedy musím na tú pacientku vyliezť") zjavné, že išlo o jednu z najškodlivejších a najbolestivejších foriem tejto praktiky. Podobne ako v prípade lekárov a lekárok i pôrodné asistentky používali synonymicky rôzne označenia opisujúce Kristellerovu expresiu. Tú však niektoré explicitne popierali, aj keď je z opisu zrejmé, že ju používajú.

Každá jedna [rodiaca žena] *netlačí. Málokedy sa stane to, aby vlastne sa nepotlačilo* [na fundus]. *Áno, žiaľbohu, my tlačíme. Ale netlačíme už takto, ako je tá Kristellerova metóda, že vlastne, to moje staré kolegyne tak, že lakťom do brucha, to určite nie. Ja snažím sa jemne dlaňami. Úplne jemne, keď treba potlačiť. Či keď je veľké bábätko, mamička nevládze potlačiť a treba jej pomôcť troška. Takže úplne šetrne, nie tým starým spôsobom, že… nie, tá Kristellerova metóda určite nie, ja ju osobne ani neviem. A keď som ho videla, že mi hovorila kolegyňa, jak to spravila, tak mi zle bolo momentálne, brucho mňa bolelo, nie tú ženu. Čiže nie. V prípade, že musím, nikdy netlačím lakťom. Vždycky sa snažím buď predlaktím, alebo dlaňami. Ale lakeť nikdy nie do brucha. Že snažím sa tou šetrnejšou metódou. Ale u nás sa, žiaľbohu, tlačí. Niekedy sa tak tlačí, takým spôsobom, že niekedy musím celá na tú pacientku vyliezť, lebo vážne že netlačí a dieťa sa vám dusí. Inú možnosť nemáte. Lekár môže dať vex alebo kliešte, ako zvon alebo kliešte, ale väčšinou u nás sa vex používa, keď ide do tuhého. Ale hlavne u tých rómskych mladých pacientiek musíme tlačiť.*[438] *Takže, žiaľbohu, toto u nás áno. Aj keď mi povedali, že toto nikde sa už nerobí, ale u nás áno. A keď mamička, hlavne keď sa bojí, že „bože, ja ho nevytlačím", „nebojte sa, my vám pomôžeme". Tak potom sa mamičky na nás spoliehajú. Ale my im pomáhame.* (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

I v tomto kontexte je v jazyku, ktorý používa pôrodná asistentka, symbolicky v popredí, že **na legitimizáciu rutinného používania nevhodných intervencií** (a na porušovanie ľudských práv žien pri pôrodoch) **býva používaný koncept rizika a koncept „dobra" pre rodiacu ženu, koncept „pomoci" a pomáhania**. Ide jednoznačne o mocenské aspekty – pretože zdravotnícky personál (v tomto prípade pôrodná asistentka) sa štylizuje do pozície, z ktorej posudzuje, čo je pre rodiacu ženu dobré (bez zohľadnenia jej vôle a takisto bez zohľadnenia najnovších poznatkov lekárskej vedy), a z tejto pozície na nej dokonca, často bez jej súhlasu a násilím, vykonáva poškodzujúce praktiky.

[438] Tento výrok má navyše výrazné rasistické podfarbenie a odráža silné predsudky o neschopnosti rómskych žien, resp. mladých rómskych žien rodiť. Dôsledkom takéhoto prístupu je osobitné poškodzovanie rómskych žien a dievčat. Bližšie pozri aj kapitolu 2.2.5. k prekrývajúcim sa zakázaným dôvodom diskriminácie a k znásobeným nepriaznivým dopadom pri diskriminačnom zaobchádzaní so ženami s viacerými znevýhodňujúcimi charakteristikami.

3.3.6.1.5. Epiziotómia (nástrih hrádze)

Hrádzu tvorí koža, svaly, nervy a cievy a je to tá časť tela, ktorá sa nachádza medzi vaginálnym a análnym otvorom. Epiziotómia (nástrih hrádze) je chirurgický zákrok, ktorý robí lekár/lekárka alebo pôrodná asistentka počas druhej doby pôrodnej, teda v čase, keď hlavička dieťaťa nalieha na vaginálny otvor. V minulosti sa predpokladalo, že nástrih hrádze chráni hrádzu pred ťažkými poraneniami hrádze a konečníka. Na Slovensku sa vo vysokoškolskej učebnici medicíny z roku 2014 nástrih hrádze ešte stále uvádza ako forma ochrany hrádze pred ruptúrou (natrhnutím).[439] Rozsiahlymi štúdiami však boli tieto teórie vyvrátené a dokonca sa dokázalo, že obmedzené vykonávanie nástrihov vedie k nižšiemu riziku vážnych poranení hrádze a konečníka oproti ich rutinnému vykonávaniu.[440] Odborné štandardy uvádzajú, že nástrih sa má robiť len z klinických dôvodov, akými sú napríklad inštrumentálny pôrod alebo ak sa dieťa nachádza v ohrození života.[441] WHO uvádza, že vhodné by bolo dosiahnuť mieru epiziotómií vo výške 10 %. Vychádza pritom z anglickej štúdie, kde táto miera bola dosiahnutá bez ujmy na zdraví matky alebo dieťaťa.[442] Podľa Peristatu viaceré krajiny dosiahli mieru epiziotómií pod túto hranicu. Napríklad Dánsko malo v roku 2010 mieru epiziotómií pod 5 %.[443]

> Jednou z intervencií slúžiacich na ochranu hrádze je aj prikladanie teplých obkladov na hrádzu počas pôrodu. Dôkazy vysokej úrovne hovoria o tom, že prikladanie teplých obkladov znižuje mieru poranení hrádze a podľa niektorých štúdií znižuje aj mieru bolestí u žien. Táto intervencia bola ženami aj personálom v štúdiách hodnotená ako akceptovateľná, a preto by mala byť ženám počas pôrodu ponúkaná.[444]

Viaceré rodiace ženy – respondentky nášho výskumu z roku 2014 – vyjadrili v pôrodnom pláne alebo pri konzultácii s pôrodníkom/pôrodníčkou, že nechcú byť nastrihnuté. Napriek tomu **väčšina žien počas pôrodu nastrihnutá bola**, pričom podľa výpovedí respondentiek nástrih hrádze

---

439 HOLOMÁŇ, K. a kol.: *Vybrané kapitoly z pôrodníctva*. Bratislava : Univerzita Komenského Bratislava, 2014, s. 252.

440 Pozri napríklad metaanalýzu databázy CARROLI, G. – MIGNINI, L.: Episiotomy for vaginal birth (Review). In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, č. 1. Dostupné na: http://summaries.cochrane.org/CD000081/episiotomy-for-vaginal-birth (posledná návšteva dňa 10. 10. 2016).

441 Pre viac informácií o odborných postupoch pri nástrihu hrádze pozri napríklad: FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee: Management of the second stage of labor. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, roč. 119, 2012, s. 111 – 116. Dostupné na: http://www.w3dezine.in/clients/fogsi/wp-content/uploads/2015/05/pdf/figo_guideline_management_of_the_ssl.pdf (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016). *Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190: Methods, evidence and recommendations*. London : National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2014. Dostupné na: https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-appendices-ae-g-h-jr-pdf-248734766 (posledná návšteva dňa 11. 10. 2016).

442 WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : World Health Organization, Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 29. Dostupné na: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/ (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016).

443 EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. *European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*, 2013. Dostupné na: https://www.tno.nl/media/1975/european_perinatal_health_report_2010.pdf (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016).

444 AASHEIM, V. – NILSE, A. B. V. – LUKASSE, M. – REINAR, L. M.: Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma (Review). In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011. Dostupné na: http://www.cochrane.org/CD006672/PREG_perineal-techniques-during-the-second-stage-of-labour-for-reducing-perineal-trauma (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016).

komunikoval zdravotnícky personál rozlične. V niektorých prípadoch bol **nástrih u žien urobený bez predchádzajúceho súhlasu ženy**, resp. položenia otázky, či s nástrihom súhlasí alebo nesúhlasí, v iných mu táto otázka predchádzala alebo mu predchádzalo upozornenie, že je potrebný. V niektorých prípadoch bol nástrih vykonaný **aj bez vedomia rodiacej ženy**.[445]

[K]*eď ma šli nastrihnúť, tak sa ma sestrička len opýtala, či cítim kontrakciu. A nastrihli ma. Neviem, či* [informácia o nástrihu] *odznela, kým ma nastrihli, ale ja som ten nástrih cítila. A v podstate ja som bola v tom, že teda nástrih sa robí počas kontrakcie a nie je ho cítiť. Ja som ho cítila.* (Martina, 32 rokov, 1 dieťa)

[R]*obili mi nástrih. To sa* [ma pôrodník] *tiež nepýtal veľmi, či s tým súhlasím alebo nie.* (Mária, 30 rokov, 1 dieťa)

Z 25 nemocníc, z ktorých prišli odpovede na žiadosti alebo prosby o informácie v rámci monitoringu uskutočneného v roku 2014, sa polovica – 13 nemocníc – jednoznačne dištancovala od nástrihu hrádze ako štandardného postupu uplatňovaného pri pôrode. V 7 nemocniciach vykonanie nástrihu záviselo od rozhodnutia lekára – pôrodníka[446] – a v 10 nemocniciach sa k nemu pristupovalo podľa aktuálneho priebehu pôrodu (stavu dieťaťa, rodiacej ženy, možného ohrozenia atď.). Nástrih hrádze sa však v odpovediach niektorých nemocníc – spolu 5 – objavoval aj ako „štandardný postup" (odpovede ako *„nástrih hrádze patrí k bežným pôrodníckym operáciám"*, *„áno, nástrihy hrádze sú štandardným postupom pri vedení pôrodu, hlavne u prvorodičiek…"*).[447]

Podobne ako Kristellerova expresia/tlak na fundus aj nástrih hrádze je zásahom do autonómie a integrity žien, a teda ich práva na ochranu osobnosti a súkromného života. Ak sú nástrihy hrádze vykonávané za okolností, ktoré nemajú oporu v medzinárodne uznávaných zdravotníckych štandardoch, môžu súčasne naznačovať aj porušenie práva na ochranu zdravia a práva na správne poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ktoré spočíva o. i. v zohľadňovaní súčasných poznatkov lekárskej vedy. O protiprávnosti tejto intervencie zároveň hovoríme vždy, ak je vykonaná bez informovaného súhlasu. Podobne ako pri Kristellerovej expresii aj tento zásah do integrity žien môže zároveň predstavovať násilie a kruté, neľudské a ponižujúce zaobchádzanie. Súčasne môže predstavovať trestný čin týrania zverenej osoby – obzvlášť, ak je vykonaný iba ako rutinný až rituálny úkon a ak po ňom nasleduje šitie pôrodných poranení bez použitia, resp. adekvátneho použitia prostriedkov na tíšenie bolesti. Podrobnejšie pozri aj komentáre k jednotlivým porušeniam práv v kapitole 2.2.

Epiziotómie patrili v rozhovoroch so zdravotníckym personálom **k najdiskutovanejším intervenciám, na ktoré mali respondenti a respondentky odlišné názory**. V prvom rade **väčšina** respondentov a respondentiek z radov pôrodníkov a pôrodníčok **obhajovala podľa nich indikované používanie epiziotómií**. Všetci a všetky reflektovali svoju prácu tak, že sami vo svojej praxi epiziotómie rutinne nerobia. Pri hlbšej diskusii však lekári a lekárky opisovali, že miera epiziotómií je naozaj vysoká a sami vyslovili domnienku, že takáto miera nástrihov už veľmi pravdepodobne zahŕňa i také situácie, keď táto intervencia nebola nevyhnutná.

---

445 DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 74.

446 Opäť pripomíname, že nemocnice vo svojich odpovediach používali na označovanie lekárov a lekárok výlučne mužský rod.

447 DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 152 – 153.

Ten nástrih sa používa ako prevencia vážnejšieho poranenia konečníka. V prípade, že tá hlavička sa prerezáva – samozrejme, každá žena je iná, má iné tkanivá. Sú ženy, ktoré majú zďaleka elastickejšie tkanivá a tie pôrodné cesty sa pekne roztiahnu, a sú ženy, ktoré majú tkanivá ako papier, že sa trhajú len pri dotyku. A aj každé dieťa je, záleží aj od veľkosti a rôznych okolností a pokiaľ to ide dobre a vidím, že tie pôrodné cesty to vydržia, tak ten nástrih paušálne neurobím. (Lekár po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Epiziotómia ako chirurgický rez vykonaný personálom **bola vnímaná pozitívne ako spôsob ochrany hrádze, na rozdiel od prirodzeného natrhnutia, ktoré je vnímané negatívne**. Diskurz „pomoci" a „prevencie" bol prítomný v naratívoch prierezovo u všetkých členov a členiek zdravotníckeho personálu. **Aj podľa niektorých pôrodných asistentiek sú epiziotómie používané rutinne ako preventívna praktika**. Respondenti a respondentky používanie teplých obkladov ako prevenciu pred poraneniami neuvádzali. Taktiež žiaden respondent ani respondentka s epiziotómiou nespájali zvýšené riziko poranení konečníka, a to ani pri súčasnom vykonaní tlaku na fundus, resp. Kristellerovej expresii.

A preventívne, lebo, samozrejme, bojíme sa, aby sa tá žena neroztrhla viac v tom zmysle, že by sa to ťažšie šilo. Viac to krvácalo a nebodaj, že by boli nejaké komplikácie z toho. Ja myslím, že každý to robí v dobrom úmysle, že preventívne. Len zas ťažko určiť, kedy tá nadmerná prevencia, či nie je na škodu. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

V monografii Gisèle Steffen s názvom *Je rutinný, profylaktický nástrih hrádze oprávnený?*, ktorú v slovenskom jazyku vydala aj Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, je spracovaný prehľad viac ako 35 vedeckých prác a výskumných štúdií z rôznych krajín, ktoré sa venovali oprávnenosti rutinného, profylaktického nástrihu hrádze. Pri porovnávaní spontánnych natrhnutí druhého stupňa (poranení, ktoré zasahujú svaly, ale nie konečník) a nástrihu hrádze monografia uvádza: „Spontánne natrhnutia sú menej bolestivé, menej krvácajú, lepšie sa hoja, zriedkavejšie vedú ku komplikáciám (infekcie, hematómy, abscesy), majú menej dlhodobých následkov a zriedkavejšie spôsobujú dyspareuniu ako nástrihy hrádze (Kitzinger 1981[448]; Röckner 1989[449]). V niekoľkých štúdiách a dotazníkoch sa však zistili porovnateľné ťažkosti bezprostredne po pôrode a v časovom úseku do troch mesiacov post partum (Sleep 1984[450]; Harrison 1984[451]). V žiadnej štúdii sa neuvádzajú prípady, v ktorých by mali natrhnutia viac negatívnych následkov ako nástrih hrádze."[452]

---

448 KITZINGER, S. – WALTERS, R.: *Some women's experiences of episiotomy*. London : National Trust, 1981. Citované v: STEFFEN, G.: *Je rutinný, profylaktický nástrih hrádze oprávnený?* Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2009, s. 56.

449 RÖCKNER, G. – WAHLBERG, V. – OLUND, A.: Episiotomy and perineal trauma during childbirth. *J Asdv Nurs* 14 (4): 264-8, 1989. Citované v: STEFFEN, G.: *Je rutinný, profylaktický nástrih hrádze oprávnený?* Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2009, s. 56.

450 SLEEP, J. – GRANT, A. – GARCIA, J. – ELBOURNE, D.: West Berkshire perineal management trial. *Br Med J* 298: 587 – 590, 1984. Citované v: STEFFEN, G.: *Je rutinný, profylaktický nástrih hrádze oprávnený?* Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2009, s. 56.

451 HARRISON, R. F. – BRENNAN, M. – NORTH, P. H. – REED, J.: Is routine episiotomy necessary? *British Medical Journal* 288: 1971 – 1974, 1984. Citované v: STEFFEN, G.: *Je rutinný, profylaktický nástrih hrádze oprávnený?* Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2009, s. 56.

452 STEFFEN, G.: *Je rutinný, profylaktický nástrih hrádze oprávnený?* Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2009, s. 56.

[Epiziotómie sa vykonávajú] *častejšie, ako by som chcela. U nás sa to, pokiaľ teda…, no ja by som to nazvala prevencia roztrhnutia. Nikde sa tomu tak oficiálne nepovie, ale keď vravíte, že je to anonymné, tak asi tak. Či je to treba. Čo ja viem? Ja by som už niekedy povedala, že je to o tom, že…, ja keď som robila niekedy epiziotómiu, nemala som ten odhad, že už tam hrozí to roztrhnutie, že ok, tak sa spraví. A mladí doktori to tiež nemajú a nemá ich to kto naučiť. Čož je veľká škoda. Lebo to je o skúsenosti. Lebo je to o tom vedieť, že áno, v pohode ešte, že dá sa alebo sa nedá. A je vidieť, ktorý lekár je pri pôrode. Lebo ten mladý, ktorý je tam len chvíľu, tak ten to spraví. Nemá odhad vôbec žiadny. A je vidieť, keď je tam ten starší lekár*. (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Keď si [to rodiaca žena] *neželá, tak sa snažia nerobiť epiziotómiu. Ale ja si myslím, že pokiaľ ona nevie a to bábätko je väčšie, že tá hlavička možno neprejde, tak pre neho je lepšie, pre lekára, ale, samozrejme, aj pre pacientku, že on jej spraví epi*[ziotómiu] *a nedosiahne ruptúru konečníka. Pretože, aj keď ten pôrod ide rýchlo, tak tam nastane ruptúra trojka a to je vlastne až po konečník a to sa lieči dlho. Čiže on preventívne, keď sa mu zdá, že tá hlavička – a to krásne prejde, keď tú epiziotómiu sme* [urobili]. *Ale to netreba niekedy, to vidí, že to ide, že to je poddajné. On tomu pomáha*. (Pôrodná asistentka, nad 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Rozhovory s pôrodníkmi, pôrodníčkami, ako aj s pôrodnými asistentkami poukazujú i na skutočnosť, že **rutinným vykonávaním epiziotómií sú ohrozené hlavne ženy rodiace po prvýkrát**.[453] Zdravotnícky personál u nich plošne predpokladá väčšiu tendenciu k ruptúram než pri ženách rodiacich opakovane. Jeden respondent dokonca opisoval nariadenie primára, v ktorom stanovil 100 % mieru nástrihov pre ženy, ktoré rodia prvýkrát.

Tie prvorodičky väčšinou majú nástrih, ale keď je viacrodička, tak sa snažíme chrániť hrádzu, nech to prejde samo. Chráni sa hrádza takou rúškou, aby sa to neroztrhalo. (Pôrodná asistentka, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Málokedy sa to stane, že [bude bez nástrihu], *keď je prvé bábätko. Ak máte takú mladistvú…, tak tam ešte nie je tá pošva taká priestranná. Tam vždycky treba to trochu nastrihnúť*. (Pôrodná asistentka, nad 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Miera nástrihov je, neviem presne, ale je viac ako 50 %. A u prvorodičiek je to viac, takmer 100 %. Ale je to postoj primára. Dostali sme nariadenie všetci lekári od primára, že epiziotómie sa u prvorodičiek proste musia robiť. (Lekár pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Vlastnú prax a perspektívu, z akej na epiziotómiu nahliadali pôrodníci a pôrodníčky, **ovplyvnila aj skúsenosť s prácou v zahraničí, resp. skúsenosť s pracoviskom, kde uvažovali o epiziotómiách v paradigme úplne iných súvislostí**.

No ja som bola napríklad veľmi prekvapená, keď som prišla, že ako je to s epiziotómiami, s nástrihmi, ako je to tu a ako to bolo tam [v inej, zahraničnej pôrodnici, v ktorej predtým pracovala]. *Tak tam bol ten veľký rozdiel, že rodili pôrodné asistentky drvivú väčšinu pôrodov* [asistovali pôrodné asistentky pri drvivej väčšine pôrodov]. *Samozrejme, my ako mladí lekári, keď sme začínali, chceli sme ísť k pôrodom. A v podstate na pôrodnej sále samotné to vedenie toho pôrodu* [asistovanie pri pôrode] *sme sa učili od pôrodných asistentiek. No a tam, na tom predchádzajúcom pracovisku, bolo 30 % epiziotómií za posledné tri roky. No a prišla som sem, pozrela som sa do tej pôrodnej knihy a tu je 90 % akože bežne*. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

---

[453] V jednom opisovanom prípade boli spomínané hlavne po prvýkrát rodiace rómske ženy, u ktorých – podľa danej respondentky – existuje takmer 100 % miera nástrihov. V tomto prípade je rutinná intervencia zároveň aj diskrimináciou z dôvodu rasy a etnicity.

Táto lekárka súčasne opisovala, že v zahraničnej pôrodnici, v ktorej predtým pracovala, neboli nástrihy hrádze vykonávané rutinne, ale iba pri hrozbe natrhnutia. V nemocnici na Slovensku sa však stretla s inými postupmi.

A prvýkrát som bola šokovaná, bola to druhorodička a nebol tam nijaký vyslovene, že dôvod, všetko išlo tak, ako malo, áno, je možné, že by sa troška natrhla, ale lekár proste strihol. A tam [v zahraničí, kde som predtým pracovala] *viem, že v takejto situácii by sme nestrihali. Aspoň podľa toho, čo bolo. Lebo všetko bolo v poriadku, išlo, ako malo, a aj tak sa proste strihlo. To ma tak nejak, ako to bol taký nápad potom, pozrieť sa do pôrodnej knihy, kde sa takéto poranenia zaznamenávajú, a skutočne tam bola epiziotómia, epiziotómia, epiziotómia. Ale čo sa tohto týka, keď mám možnosť byť pri tom pôrode a nie je potrebné, samozrejme, je to na takom tom odhade, človek častokrát zvažuje, aby spravil lepšie. Tak ako, nestrihnem, keď to tak necítim. To už je ako na mne. V tomto sa môžem sama rozhodnúť.* (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Kým teda niektorí z radov pôrodníkov a pôrodníčok **epiziotómie** (ale napríklad aj tlačenie na fundus) ***de facto* obhajovali a považovali ich za „dobrú" a skutočne „dobre etablovanú" prax v slovenskom pôrodníctve, iné a iní boli** nielen pri zhodnocovaní užitočnosti tejto intervencie (obzvlášť, ak je vykonávaná rutinne), ale aj pri opisovaní okolností, za akých ju vykonávajú, **o dosť opatrnejší**. Skúsenosť s inou paradigmou uvažovania bola v tomto, podľa nášho názoru, kľúčová. Príkladom rozdielnych paradigiem je aj nasledujúca respondentská dvojica. Kým jedna respondentka, ktorá mala skúsenosť s prácou v zahraničí (1), opisovala uprednostňovanie prirodzeného natrhnutia pred nástrihom, iný respondent bez takejto skúsenosti i bez skúsenosti z inej slovenskej nemocnice (2) uprednostňoval epiziotómiu pred akýmkoľvek roztrhnutím z dôvodu možnosti „lepšieho ošetrenia nástrihu".

(1) *Aj tie pôrodné asistentky na tom* [zahraničnom] *pracovisku v tom duchu boli vychovávané, že radšej nech sa žena, povedzme, trochu roztrhne, než strihať cez tie všetky svalové vrstvy, pokiaľ to ide.* (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

(2) *Boli už aj poranenia konečníka také vážnejšie. Alebo, keby aj sa neporanil konečník, tak sa roztrhne neforemne cik-cak. Pri tom nástrihu je to jedna línia, ktorá sa dá ďaleko lepšie ošetriť a podobne.* (Lekár po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

> Metaanalýza Cochrane uvádza, že politika reštriktívnej epiziotómie je spojená s menšou potrebou šitia poranení hrádze a s menším výskytom komplikácií.[454] Taktiež FIGO uvádza, že politika reštriktívnej epiziotómie je menej nákladná. Šitie epiziotómie alebo natrhnutia hrádze sa má vykonať za použitia adekvátnej anestézie.[455]

Možnosť rozdielneho prístupu k epiziotómiám je **zrejmá i z pohľadu spôsobu vykonania** tejto intervencie. V zariadení na Slovensku, v ktorom respondentka pracovala, sa spôsob vykonávania epiziotómií líšil od spôsobu, akým sa vykonávali na pracovisku v zahraničí.

---

454 CARROLI, G. – MIGNINI, L.: Episiotomy for vaginal birth (Review). In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, č. 1. Dostupné na: http://summaries.cochrane.org/CD000081/episiotomy-for-vaginal-birth (posledná návšteva dňa 10. 10. 2016).

455 FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee: Management of the second stage of labor. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, roč. 119, 2012, s. 111 – 116. Dostupné na: http://www.w3dezine.in/clients/fogsi/wp-content/uploads/2015/05/pdf/figo_guideline_management_of_the_ssl.pdf (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016).

Tu sú vždy zvyknutí len do jednej strany strihať. A tam [v zahraničí], *povedzme, tie pôrodné asistentky, keď už boli nútené strihať, tak strihli aj do tej druhej* [strany], *nielen doľava, ale aj doprava. Tak to potom tiež boli niekedy moji kolegovia prekvapení. Že veď ona to má naopak. Ja vravím, že hej? Ja som bola zvyknutá tak*. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Epiziotómia ako spôsob urýchlenia pôrodu

Pri detailnejšom pohľade na to, ako lekári a lekárky vnímajú, opisujú a *de facto* pravdepodobne aj vykonávajú nástrihy hrádze, vystupujú popri argumente o ochrane hrádze do popredia ešte ďalšie faktory. **Epiziotómia sa** – v opisoch lekárov a lekárok – **stáva okrem nimi indikovanej ochrany pred ruptúrami tretieho stupňa aj nástrojom na urýchlenie pôrodu**. V takomto prípade argumentáciou na jej použitie bola v naratívoch predovšetkým mocensky definovaná predstava „dobra pre rodiacu ženu", „uľahčenia" a „uľavenia" od pôrodných bolestí a podobne.

Akože ten nástrih sa strašne zaznáva ako zásah do ženinho tela, psychiky a tak. Ako áno, dobre, je, ale ono tam treba povedať prečo. Lebo naozaj ak tam príde psychicky nepripravená tá pacientka, že ten pôrod bolí, a on bolí sakramentsky, tak ja si myslím, že je pre ňu lepšie, keď to ten lekár spraví. Lebo keď sa to nastrihne, tak to je väčšinou pár kontrakcií a to dieťatko je na svete. Hej? Čiže po nástrihu niekedy zatlačí dvakrát a bábätko má. Keď sa to nenastrihne, tak tie tkanivá sa musia tej hlavičke jednoducho prispôsobiť. To trvá, samozrejme, dlhšie, lebo pokiaľ by to chcela mať, tak tá baba sa potrhá. A to niekedy veľmi nepekne. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Epiziotómia v kontexte informovaného súhlasu žien

Odmietanie epiziotómie, resp. snaha o zachovanie intaktnej hrádze, patrila u žien, ktoré si svoje priania a predstavy formulovali do podoby pôrodného plánu/prianí, k ich štandardnej súčasti (a vyplývalo to tak z rozhovorov s rodiacimi ženami, ako aj z rozhovorov so zdravotníckym personálom). Pre mnohé zo žien pritom odmietanie epiziotómie patrilo k popredným želaniam.[456]

[*A*]*j som mala v pôrodnom pláne, aby mi, že pokiaľ sa to bude dať, aby mi nenastrihávali hrádzu… Čo všetci tvrdili, že je samozrejmé. Ale nebolo to až také samozrejmé v tej pôrodnici*. (Eva, 27 rokov, 1 dieťa)

To som teda chcela, aby som nebola nastrihnutá, čiže bez nástrihu. Ale teda to sa nepodarilo. (Andrea, 36 rokov, 1 dieťa)

Niektoré z naratívov zdravotníckeho personálu ukazujú, že pokiaľ žena odmietnutie epiziotómie artikuluje, členovia a členky zdravotníckeho personálu ho akceptujú. Vôbec to však neplatí bezvýhradne.

Nemusia sa [epiziotómie] *robiť v prípade, že to prvorodička vyslovene žiada, že nechce epiziotómiu a musí dať proste svoj podpis. A vtedy, no, vtedy sa to rešpektuje, tak ako sa rešpektuje. Ja to napríklad rešpektujem. Ale som si istý, že zase starší kolegovia by sa na to úplne vykašľali a zasa by si to zdôvodnili, že je to nutné. Lebo už som to zažil, že žena odmietla epiziotómiu, žiadala rodiť bez epiziotómie a mala takú krásnu epiziotómiu, že až. A bol pri pôrode primár. A zase mladší lekári sa to snažia rešpektovať. Môžem povedať, že muži sú, aspoň u nás je to tak, že muži sú, viac to rešpektujú. Ženy naše pôrodníčky ako keby sa báli rodiť* [asistovať pri pôrodoch], *no proste ísť*

[456] Bližšie pozri kapitolu 3.2.7. analyzujúcu rôzne aspekty presadzovania si práv zo strany žien prostredníctvom pôrodných plánov/prianí a prístupy zdravotníckeho personálu k nim.

bez epiziotómie, a moje kolegyne sa tiež držia toho, že radšej malá epiziotómia ako veľká ruptúra. (Lekár pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Jedna pôrodná asistentka opisovala, že v pôrodnici, kde pracuje, sú epiziotómie bežne vykonávané bez informovania rodiacich žien či pýtania si súhlasu od nich.

(V: A nástrih? [pýtanie si súhlasu s ním]) R: *To sa nepýtajú. Ako občas niektorí, ako kto, informujú* [oznamujú]*, že nastrihnem vás. On to už vidí predtým, či prejde alebo neprejde. Ale väčšinou je to vtedy tej žene jedno, ona povie, že dobre. Už sú vtedy rady, že bude po bolestiach. Už im je to jedno*. (Pôrodná asistentka, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

3.3.6.1.6. Rutinné zavádzanie kanyly

Preventívne zavedenie vnútrožilovej kanyly môže byť v niektorých situáciách pri pôrode vhodné. Štandardy NICE odporúčajú preventívne zabezpečenie žily pre prípad nutnosti podať lieky intravenózne iba v prípadoch, ak je žene podávaná regionálna anestézia[457], alebo v prípade, ak po pôrode došlo k zadržaniu placenty[458]. Sú to teda prípady, keď je predpoklad, že budú potrebné intervencie. Štandardné zavádzanie kanyly všetkým ženám však nie je odporúčané ako vhodná praktika, a to z dôvodu, že narúša prirodzený proces pôrodu a obmedzuje slobodu pohybu. WHO upozorňuje, že profylaktické (preventívne) používanie rutinného zavedenia kanyly môže byť pozvánkou pre zbytočné intervencie.[459]

Takmer všetky rodiace ženy v našom skoršom výskume opisovali, že im bola do žily na ruke v rámci úvodných vyšetrení **po príjme do nemocnice zavedená kanyla**. Vnímali to zväčša ako isté narušenie a zásah do priebehu pôrodu.[460]

Cítila som silu, že idem rodiť, tlačiť a hovorím, teraz je to dobré, že chcem tlačiť. A oni ma, samozrejme, zastavili, že nemôžem, že musia ešte napichnúť kanylu. … Boli dosť nepríjemní ku mne, a že to musia… Tak potom sme sa aj hodinu trápili, že nešlo to vytlačiť, a zistili, že mal zlé ozvy, že pupočníková šnúra je omotaná a museli ho rýchlo… Možno by to tak isto dopadlo, ja to neviem posúdiť, ale beriem to tak, že mi to znepríjemňoval proste lekársky personál. Tam do kanyly mi zaviedli ihlu a potom ani neviem, či mi do toho niečo dávali alebo nie. Oni rutinne zavedú ihlu do žily a keď treba, tak niečo na tú infúziu pripoja alebo čo, proste, stále je tam tá ihla pripojená, prilepená. Iba dbajú na to, čo potrebujú. (Miroslava, 32 rokov, 1 dieťa)

---

[457] Regionálna anestézia (tiež miestna alebo zvodná, prípadne sa používa termín blok/blokáda) patrí v súčasnosti medzi najefektívnejšie metódy tlmenia bolesti. Princípom týchto metód je podanie anestetickej látky do priebehu senzorických nervov a dráh, čím je zabezpečené znecitlivenie príslušného miesta. Rodiaca žena je počas pôrodu pri vedomí. Pre viac informácií o regionálnej anestézii pozri napríklad: HOLOMÁŇ, K. a kol.: *Vybrané kapitoly z pôrodníctva*. Bratislava : Univerzita Komenského Bratislava, 2014, s. 294. ZWINGER, A. a kol.: *Porodnictví*. Praha : Galén a Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2004, s. 316 a 433 – 438.

[458] *Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190: Methods, evidence and recommendations*. London : National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2014, s. 386 a 747. Dostupné na: https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-appendices-ae-g-h-jr-pdf-248734766 (posledná návšteva dňa 11. 10. 2016).

[459] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : World Health Organization, Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 10. Dostupné na: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/ (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016).

[460] Bližšie pozri DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 64 – 65.

Zavedenie kanyly zároveň často prebiehalo bez súhlasu žien. Prejavenie nesúhlasu sa stretávalo s nepochopením zo strany zdravotníckeho personálu. Kanyla bola ženám zavádzaná aj napriek ich vyslovenému nesúhlasu.[461]

A potom nepríjemné bolo ešte, že počas toho pôrodu mi sestrička, že sestrička bola donútená doktorkou, aby mi nachystala tú, tú kanylu na infúziu. … Aj napriek tomu, že som vravela, že ja žiadnu infúziu nechcem a nebudem ju potrebovať, že nerobte to, sestrička to bola ochotná akceptovať, fakt tak to bolo vidno, že to robí proti svojej vôli, a tá doktorka ju k tomu dotlačila, a skutočne tá kanyla tam bola nanič, pretože mi do žily nič netieklo, len tam proste bola nachystaná, no. Takže to bolo, to bol taký nepríjemný zážitok. (Eva, 27 rokov, 1 dieťa)

Z rozhovorov so zdravotníckym personálom vyplynulo, že nezávisle od toho, či išlo o lekára, lekárku alebo pôrodnú asistentku, **všetci respondenti a respondentky opisovali používanie vnútrožilovej kanyly ako postup, ktorý sa používa bežne, na rutinnej báze a pri každej rodiacej žene**. Žiaden z respondentov a respondentiek nespochybňoval legitimitu tohto postupu. **Argumentom na používanie kanyly je minimalizovať „riziko", používať ju ako prvok „prevencie" a mať ju nachystanú „pre istotu"**.

Potom sa zavádza kanyla, to je taká umelá kanyla, ktorá je tam preto, keď treba preventívne pri pôrode podať nejaké lieky. Toto je jedna z možno takých nepríjemných vecí. (Lekárka po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Kanyla sa dáva automaticky hneď pri príjme do nemocnice. Vlastne to je štandardné u nás. Ak sú tam nejaké odbery krvi, tak sa rovno spravia aj tie. Toto sa dáva pre istotu. (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Pri tejto intervencii je zaujímavé, že od jej rutinného používania nemusí personál odrádzať ani pôrodný plán alebo inak vyslovené prianie rodiacich žien, v ktorom aplikáciu kanyly odmietajú. Podobne ako naratívy rodiacich žien **aj naratívy zdravotníckeho personálu odrážajú, že táto praktika sa deje aj bez súhlasu rodiacich žien**.

Tak tým, že ja som jediná pôrodná asistentka a že som sama, nemám kolegyňu, ja osobne si zavádzam automaticky. Že keď mám žilu, mám všetko. V prípade núdze ja môžem tej pacientke rýchlo pomôcť. A keď vám pacientka začne krvácať, vám kolabujú žily, vy nenapichnete žilu. A ona vám odíde. Čiže ja to robím preventívne ako bezpečnosť. Lebo ja neviem, čo sa môže stať. A myslím si, že keď zavediem tú kanylu, že to nie je taký strašný výkon, že by sa to nedalo prežiť. A vlastne mám žilu, mám všetko. Takže ja pacientkam áno, pichám. (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Niektoré respondentky z radov pôrodných asistentiek odôvodňovali rutinné používanie kanyly systémovými príčinami – nedostatkom zdravotníckeho personálu.

3.3.6.1.7. Používanie syntetického oxytocínu

Počas pôrodu sa v tele prirodzene tvorí hormón oxytocín. Okrem iného pôsobí na maternicu a vyvoláva sťahy, teda kontrakcie. Jeho syntetická forma sa používa na podporu sťahov maternice

[461] Tamtiež, s. 93.

a je to intervencia, na použitie ktorej možno pristúpiť vo všetkých fázach pôrodu.[462] Podľa WHO je však urýchľovanie pôrodu oxytocínom zásadným zásahom do priebehu pôrodu, a preto by tento zásah mal byť vykonávaný iba na základe vážnej indikácie.[463]

Používanie syntetického oxytocínu je okrem medicínsky indikovaných prípadov spojené aj s takzvaným aktívnym manažmentom pôrodu s cieľom skrátiť čas trvania pôrodu. Používanie oxytocínu s cieľom skracovania trvania pôrodu však medzinárodne uznávané štandardy neodporúčajú ako rutinný postup. Aktívny manažment v prvej dobe pôrodnej je totiž spojený s vyššou mierou bolesti u žien. Významné skrátenie trvania pôrodu navyše nebolo štúdiami preukázané. Rovnako nie sú dostupné ani štúdie o bezpečnosti rutinnej aplikácie oxytocínu počas druhej doby pôrodnej. Aktívny manažment v tretej dobe pôrodnej podaním uteroník (liečiv ovplyvňujúcich kontrakčnú činnosť maternice, napr. oxytocínu) je odporúčaný, keďže je spojený s nižšou mierou krvácania a nižšou potrebou transfúzie. Ženy, ktoré si želajú minimum intervencií počas pôrodu, však môžu vyžadovať fyziologický manažment pôrodu placenty (t. j. bez použitia liečiv), a ak ide o ženy s nízkym rizikom popôrodného krvácania, zdravotnícky personál by ich mal v tejto voľbe podporiť.[464] Ako všetky intervencie do pôrodu aj aplikácia oxytocínu je podmienená informovaným súhlasom rodiacej ženy.

V našom skoršom výskume **opisovalo použitie syntetického oxytocínu cez vopred napichnutú kanylu počas priebehu pôrodu viacero rodiacich žien**. Vo väčšine prípadov však **rodiace ženy o tejto intervencii neboli informované a nebol od nich ani vopred vyžiadaný informovaný súhlas**. O použití oxytocínu sa niektoré ženy dozvedeli až spätne. Celkovo opisovali používanie oxytocínu ako rutinnú praktiku.[465]

Oni mi tam aj tuším pichli oxytocín, lebo tie ozvy začali padať… (V: A o tomto ste vy dostali informáciu?) R: *Nie, ja som nedostala, ja som len mala napichnutú infúziu, ja som nevedela, čo mi pichajú, ja som myslela, že len nejakú infúziu, ja som nevedela, že niečo takéto…* (Jana, 32 rokov, 2 deti)

Zdravotnícky personál opisoval používanie syntetického oxytocínu ako primerané v podľa neho indikovaných situáciách pre prvú, druhú i tretiu dobu pôrodnú. V tomto bode sa zhodli všetky typy respondentov a respondentiek.

Určite nie som za to, aby sa oxytocín aplikoval, ak nie je indikovaný. Na toto vám ani nikto inak neodpovie. A teraz je otázka, kedy je indikovaný. Učebnice sú v tomto jasné. Sekundárne alebo primárne slabá pôrodná činnosť, odtečená voda, proste chýba pôrodná činnosť alebo je slabá… Ak ten oxytocín nepodáme v tých prípadoch kontrahovaných pôrodov, keď bude primárne alebo

---

462 Aplikácia oxytocínu počas prvej a druhej doby pôrodnej by mala byť realizovaná vždy intravenózne, teda do žily. Za nebezpečnú praktiku sa považuje podanie oxytocínu intramuskulárne, teda do svalu.

463 WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : World Health Organization, Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 23. Dostupné na: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/ (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016).

464 Pre viac informácií o odborných odporúčaniach na použitie oxytocínu pozri: *Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190: Methods, evidence and recommendations*. London : National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2014. Dostupné na: https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-appendices-ae-g-h-jr-pdf-248734766 (posledná návšteva dňa 11. 10. 2016). WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : World Health Organization, Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 29. Dostupné na: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/ (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016).

465 Bližšie pozri DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 66.

sekundárne slabá pôrodná činnosť, tak škodíme tej pacientke tým, že ten pôrod sa naťahuje. (Lekár po atestácii, vedúci pracovník, viac ako 15 rokov praxe, veľká pôrodnica)

A oxytocín sa dáva už po vypudzovacej fáze, čiže už keď sa dieťa narodí, aby sa maternica stiahla a podobne. Prípadne ak sa už naozaj dlho tlačí a stále to proste nejde a tie sťahy maternice sú slabé, aby to to dieťa vypudilo, teraz už sú na to všetky prístroje, eventuálne vtedy dajú počas tej vypudzovacej fázy. Ak teda nehovorím o takých tých potermínových, kedy im musia vyvolávať pôrod, keď už prešli ten termín. Vtedy im dávajú tiež oxytocín do infúzie. Ale ináč oxytocín sa dáva až potom, až v tej vypudzovacej časti. (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Naratívy lekárov a lekárok **poukazujú na nadužívanie syntetického oxytocínu v slovenských pôrodniciach**. Dvaja lekári opisovali nadužívanie, teda rutinné používanie syntetického oxytocínu s cieľom urýchlenia pôrodu. V jednom prípade to bolo v prípade kolegu a v druhom sa lekár odvoláva na nadužívanie syntetického oxytocínu v inej nemocnici než tej, v ktorej pracoval.

A čo sa týka toho modifikovania tej pôrodnej činnosti, to je naozaj na každom pôrodníkovi, či ho indikuje alebo nie. Či ho indikuje správne, alebo nie. Toto je naozaj niekedy ťažko posúdiť. Aj mne ako odborníkovi a nadriadenému, že či to môj kolega naozaj dobre zindikoval. V takých prípadoch by som povedal, alebo takých bijúcich do očí prípadoch, tak tam by som povedal, že viem vyhodnocovať, že nebolo správne indikované to podanie oxytocínu. Keď vidím napríklad, že kuká na hodinky a poháľa sa na hokej. Toto nie, toto netolerujem. Ale pokiaľ je to správne indikované, tak určite áno. (Lekár po atestácii, vedúci pracovník, viac ako 15 rokov praxe, veľká pôrodnica)

Skôr tak, ak chcem žene pomôcť. Ja bežne, no bežne, napríklad použijem oxytocín, keď už, tak na dokončenie pôrodu. Že vidím, že bez neho by sa pôrod predĺžil o hodinu-o dve, a s oxytocínom viem, že žena porodí do 15 minút, tak sa jej opýtam. Chcete, aby sme použili oxytocín? S oxytocínom máte po pôrode do 15 minút, ináč ten pôrod sa možno bude ťahať ešte hodinu, dve hodiny. Nie je to nič patologické, je to normálne, len to bude dlhšie trvať. Skoro každá povie, že áno, že to chce mať za sebou. A aj to tak je. A väčšinou je to tak u tých viacrodičiek. U prvorodičiek oxytocín, keď nemusím, tak ani nedávam. A keď už, tak pri konci už posilniť tie kontrakcie. Ale fakt ako… Skôr je to pre ten časový benefit, ale taký ten výrazný časový benefit. (Lekár pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

V kontexte indikovania používania oxytocínu u niektorých respondentov a respondentiek **celkovo zaznieval faktor času – použitie syntetického oxytocínu skracuje čas pôrodu, teda ho urýchľuje**. V odôvodneniach zdravotníckeho personálu **sa opätovne explicitne objavovali aj dôvody ako „dobro mamičky", „skrátenie času a trápenia" a podobne – pričom tieto indikácie sa už na prvý pohľad nejavia ako medicínske**. V tejto súvislosti napríklad WHO uvádza, že ak je stav rodiacej ženy a plodu dobrý a ak pôrod pokračuje, nie je žiadny dôvod rigidne sa držať stanoveného času doby trvania druhej doby pôrodnej, napríklad jednej hodiny, a ak existujú dôkazy o pokroku v zostupovaní hlavičky plodu, potom nie je dôvod na intervenciu s cieľom skrátiť čas trvania pôrodu.[466]

Ako ten pôrod pomaly ide… Ten oxytocín, keď trocha dáš, on pomôže a jedným tlakom vytlačí. Keď nedáš, tak možno na tretí. Čiže takto je to. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

---

[466] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth : a practical guide*. Geneva : World Health Organization, Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 26. Dostupné na: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/ (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016).

Odôvodňovanie použitia syntetického oxytocínu teda naznačuje zohľadňovanie aj iných než striktne medicínskych parametrov. Aj v tomto kontexte je kľúčové, či zdravotnícky personál aktívne zisťuje preferencie a názory rodiacich žien na použitie danej intervencie, pričom **dôležitú úlohu v tomto kontexte zohráva aj konkrétny spôsob zisťovania prianí a vôle žien** – teda či sú informácie podané vyvážene a neutrálne tak, aby neusmerňovali a nemanipulovali rodiacu ženu k tomu, aby súhlasila s presvedčením zdravotníckeho personálu. Pri snahe pomôcť ženám a priniesť im úľavu počas pôrodu by však personál nemal zabúdať ani na stratégie znižovania intenzity bolesti nefarmakologickými metódami (napríklad slobodou pohybu, zmenou polohy – pozri kapitolu 3.3.6.1.3.) alebo farmakologickými metódami tíšenia bolesti a ani na potrebu poskytovania kontinuálnej podpory rodiacim ženám. Používanie syntetického oxytocínu s prihliadnutím na postoj rodiacej ženy k tejto intervencii opisoval respondent-lekár iba v jednom prípade.

Ja si myslím, že používanie oxytocínu je u nás úplne v pohode. Absolútne to nie je rutina a používame oxytocín len v prípade, že je to treba. A v prípade, že si to žena neželá, tak ho nepoužijeme. Hlavne si myslím, že v porovnaní s inými klinikami je toho oxytocínu málo. (Lekár pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

3.3.6.1.8. Holenie pubického ochlpenia, klystír

Holenie pubického ochlpenia sa dlho považovalo (a niekde stále považuje) za prevenciu pred infekciami a za intervenciu uľahčujúcu šitie pôrodných poranení. Neexistujú ale žiadne dôkazy, ktoré by tento predpoklad potvrdzovali. Ženy zažívajú diskomfort počas toho, ako im ochlpenie dorastá a riziko infekcie nie je znížené. Rutinné používanie môže navyše zvýšiť riziko infekcie vírusom HIV a hepatitídy – buď pre zdravotnícky personál, alebo pre ženu.[467]

Rovnako ani klystír nie je praktikou, ktorá by rodiacim ženám prinášala preukázateľné zdravotné benefity a ktorá by zvyšovala ich spokojnosť s pôrodom:

> „Metaanalýza Cochrane, ktorá prešla poslednou aktualizáciou v roku 2013, konštatuje, že použitie klystíru pri pôrode neznižuje výskyt infekcií ani u novorodencov a ani u matiek, nezlepšuje hojenie poranení po nástrihu hrádze a ani nezlepšuje spokojnosť žien s pôrodom.[468] Pre jeho rutinné použitie teda neexistuje žiadny vedecký dôvod. Táto štúdia zahŕňa výsledky štyroch randomizovaných štúdií z rokov 1984[469], 2005[470],

---

[467] Tamtiež, s. 9 – 10.

[468] REVEIZ, L. – GAITÁN, H. G. – CUERVO, L.: Enemas during labour (Review). In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013. Dostupné na: http://www.cochrane.org/CD000330/PREG_enemas-during-labour (posledná návšteva dňa 30. 10. 2016).

[469] DRAYTON, S. – REES, C.: They know what they're doing. Do nurses know why they give pregnant women enemas? *Nursing Mirror* 1984; 159(5):4–8. Citované v: REVEIZ, L. – GAITÁN, H. G. – CUERVO, L.: Enemas during labour (Review). In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013. Dostupné na: http://www.cochrane.org/CD000330/PREG_enemas-during-labour (posledná návšteva dňa 30. 10. 2016).

[470] KOVAVISARACH, E. – SRINGAMVONG, W.: Enema versus no-enema in pregnant women on admission in labor: a randomized controlled trial. In: *Journal of the Medical Association of Thailand*, 2005; 88(12):1763–7. Citované v: REVEIZ, L. – GAITÁN, H. G. – CUERVO, L.: Enemas during labour (Review). In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013. Dostupné na: http://www.cochrane.org/CD000330/PREG_enemas-during-labour (posledná návšteva dňa 30. 10. 2016).

2006[471] a 2007[472], ktoré splnili prísne nároky na kvalitu použitých metód, a zahrnula spolu 1 917 žien. Hlavné výsledky boli konzistentné v rámci všetkých analyzovaných štúdií. Zaujímavé sú ale i parciálne výsledky, ktoré boli obsiahnuté len v niektorých z týchto štyroch štúdií. Napríklad štúdia Clarke et al.[473] (2007, 152 žien) a Kovavisarach[474] (2005, 1 027 žien) sa zaoberala i únikom stolice počas pôrodu. Výsledky môžu byť prekvapivé pre zdravotníkov a zdravotníčky, ale i osoby z laických radov: zatiaľ čo s klystírom došlo k úniku stolice pri pôrode u 10 % rodiacich žien (Kovavisarach 23 %), v skupine bez klystíru to bolo u 30 % (Kovavisarach 35 %). Použitie klystíru tak síce znižuje výskyt stolice dvoj- až trojnásobne, ale ani zďaleka ho neeliminuje na 100 %, ako je to bežne prezentované napríklad v médiách. Navyše, u väčšiny žien v skutočnosti k žiadnemu úniku stolice nedochádza, v čom sa zhodujú aj ďalšie štúdie, ktoré do Cochrane metaanalýzy neboli zahrnuté (napr. Romney 1981[475]). Tieto štúdie sa taktiež zhodujú v tom, že použitie klystíru úniku stolice v druhej dobe pôrodnej spoľahlivo nezabráni.

Zaujímavým sa javí aj fakt, že jedna zo štúdií (Kovavisarach, 2005, 1 027 žien) sledovala aj spokojnosť zdravotníkov a zdravotníčok, ktorá bola vyššia, pokiaľ žena dostala klystír, avšak priebeh pôrodu, perinatálne výsledky ani spokojnosť rodiacich žien s pôrodom neboli podaním alebo nepodaním klystíru ovplyvnené.

Medicína založená na dôkazoch teda jednoznačne konštatuje, že rutinná aplikácia klystíru počas pôrodu neznižuje výskyt infekcií, pocit bolesti, dĺžku pôrodu a ani nezvyšuje spokojnosť žien s pôrodom. Jediné, na čo má klystír vplyv – okrem objektívneho zníženia miery úniku stolice z cca 35 % na cca 10-20 % –, je spokojnosť zdravotníkov a zdravotníčok."

Markéta Pavlíková, 2014[476]

---

471 CUERVO, L. G. – BERNAL, M. P. – MENDOZA, N.: Effects of high volume saline enemas vs no enema during labour – the N-Ma randomised controlled trial. In: *BMC Pregnancy and Childbirth* 2006; 6:8. Citované v: REVEIZ, L. – GAITÁN, H. G. – CUERVO, L.: Enemas during labour (Review). In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013. Dostupné na: http://www.cochrane.org/CD000330/PREG_enemas-during-labour (posledná návšteva dňa 30. 10. 2016).

472 CLARKE, N. T. – JENKINS, T. R.: Randomized prospective trial of the effects of an enema during labor [abstract]. In: *Obstetrics & Gynecology* 2007; 109(4 Suppl):7S. Citované v: REVEIZ, L. – GAITÁN, H. G. – CUERVO, L.: Enemas during labour (Review). In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013. Dostupné na: http://www.cochrane.org/CD000330/PREG_enemas-during-labour (posledná návšteva dňa 30. 10. 2016).

473 CLARKE, N. T. – JENKINS, T. R.: Randomized prospective trial of the effects of an enema during labor [abstract]. *Obstetrics & Gynecology* 2007; 109(4 Suppl):7S. Citované v: REVEIZ, L. – GAITÁN, H. G. – CUERVO, L.: Enemas during labour (Review). In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013. Dostupné na: http://www.cochrane.org/CD000330/PREG_enemas-during-labour (posledná návšteva dňa 30. 10. 2016).

474 KOVAVISARACH, E. – SRINGAMVONG, W.: Enema versus no-enema in pregnant women on admission in labor: a randomized controlled trial. In: *Journal of the Medical Association of Thailand* 2005; 88(12):1763–7. Citované v: REVEIZ, L. – GAITÁN, H. G. – CUERVO, L.: Enemas during labour (Review). In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013. Dostupné na: http://www.cochrane.org/CD000330/PREG_enemas-during-labour (posledná návšteva dňa 30. 10. 2016).

475 ROMNEY, M. L. – GORDON, H.: Is your enema really necessary? In: *British Medical Journal* 1981; 282(6272):1269–71 [MEDLINE: 1981185288]. Citované v: REVEIZ, L. – GAITÁN, H. G. – CUERVO, L.: Enemas during labour (Review). In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013. Dostupné na: http://www.cochrane.org/CD000330/PREG_enemas-during-labour (posledná návšteva dňa 30. 10. 2016).

476 PAVLÍKOVÁ, M.: *Krátká poznámka o klystýru*, 2014. Dostupné na: http://www.biostatisticka.cz/kratka-poznamka-o-klystyru/ (posledná návšteva dňa 30. 10. 2016). Preložené a ako celok citované so súhlasom autorky.

V našom skoršom výskume opisovali rodiace ženy holenie pubického ochlpenia a aplikáciu klystíru pomerne rôznorodo.

Klystír a holenie pubického ochlpenia reflektovali niektoré rodiace ženy ako typ intervencií, pri ktorých zdravotnícky personál akceptoval ich odmietnutie.

Našťastie teda, mala som aj také požiadavky, že som nechcela klystír, nechcela som holenie. A to nemali pôrodné asistentky problém vyhovieť mi. (Andrea, 36 rokov, 1 dieťa)

(V: Pýtali sa vás na váš súhlas predtým, ako sa vás dotkli alebo previedli nejaký úkon?) R: *Záleží od toho, že aký…* [S]*pýtali sa ma, či chcem klystír alebo nie, takéto áno.* (Miroslava, 32 rokov, 1 dieťa)

Mnohé zo žien však k týmto intervenciám nemali jednoznačný postoj a pokiaľ zdravotnícky personál tieto intervencie vyžadoval, boli ochotné akceptovať ich.

Oni dávajú čípky. Takže tam vlastne áno, tam mi dali čípky, v obidvoch prípadoch. (Veronika, 31 rokov, 2 deti)

Pre niektoré ženy predstavovali spomenuté intervencie neželaný zásah ovplyvňujúci ich súkromie a dôstojnosť. Preto tieto úkony radšej vykonali samy v súkromí a bezpečí domáceho prostredia.

Ja som sa oholila doma. A ani neviem, či som si dávala čípky… Myslím, že nie, nestíhala som to. Ja som tam prišla a už ma museli dať na stôl tlačiť, lebo bábätko už bolo v cestách. (Lucia, 39 rokov, 2 deti)

Zo širšieho kontextu naratívov sa ukazuje i to, že ženám bola nie vždy podaná komplexná a vyvážená informácia o týchto intervenciách. Jedna respondentka opisovala, že jej počas silných kontrakcií klystír prekážal. Je možné, že pokiaľ by mali rodiace ženy viac vyvážených informácií a nebol by na ne vyvíjaný nátlak (ako naznačujú rozhovory s pôrodnými asistentkami), rozhodli by sa inak.

Že mi odporúčajú, aby som si dala klystír. Tak ja som súhlasila, že nevadí, že môžem si dať… No [konkrétna pôrodnica] *robia ten starodávny spôsob klystíru, že do Vás nalejú* [nie]*koľko litrov teplej vody. Dá sa to robiť aj modernejšie, ja neviem, čapíkom alebo ako. A nakoľko som nebola ešte tak extrémne otvorená… tak mi ho dali. Ja som už mala silné kontrakcie. Čiže v tých najsilnejších kontrakciách som ich nemohla v podstate predýchavať ani robiť polohy, ale musela som proste tlačiť polhodinu nad záchodom. Čo bolo pre mňa hrozné.* (Miroslava, 32 rokov, 1 dieťa)

V prípade intervencií ako holenie pubického ochlpenia či klystír boli názory a skúsenosti členov a členiek zdravotníckeho personálu najrozdielnejšie. **Kým v niektorých pôrodniciach si zdravotníci a zdravotníčky nevedeli predstaviť pôrod bez aplikácie klystíru alebo bez holenia, v iných pôrodniciach nechávali tento aspekt výlučne na rozhodnutí rodiacich žien**.

Ďalšia vec je, že sú úkony nejaké rutinné, ktoré nejaké opodstatnenie veľké nemajú. Klystír. Akože načo budem každej pacientke dávať, ktorá bude napríklad za hodinu a pol rodiť, a ja ju budem ešte preháňať na vécko. Proste a stresovať ju tým. Načo? To bol jeden z mnohých príkladov. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Ponechávanie „slobody voľby" ženám však mohlo byť aj vo vzťahu k týmto intervenciám iba zdanlivé a v skutočnosti mohlo v niektorých prípadoch odrážať manipulatívne presadzovanie vedecky nepodložených preferencií zdravotníckeho personálu.

… [A]*j to holenie. Nemusí, keby* [ne]*chcela. Ale keď sa tamtá časť strihne alebo praskne, je dobré mať to, lebo potom sa to ťažko šije a vás to bude bolieť, nie mňa.* (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

3.3.7. Zhrnutie

Opisy intervencií do pôrodu, ako aj ich reflexie členmi a členkami zdravotníckeho personálu naznačujú, že **intervencie sa v niektorých nemocniciach vykonávajú rutinne**, **teda aj v takých situáciách, keď sa v zmysle medzinárodných zdravotníckych štandardov nejavia ako nevyhnutné či prospešné**. Ako naznačujú zistenia nášho výskumu, **rutinne a škodlivo sú vykonávané napríklad epiziotómie, tlak na fundus/Kristellerova expresia či nadužívanie syntetického oxytocínu**. Za škodlivú praktiku možno označiť aj **neumožňovanie ženám zaujať pri pôrode inú polohu ako polohu v ľahu alebo pololľahu**.

Rutinné vykonávanie intervencií a používanie škodlivých praktík sú posilňované systémovými faktormi ako nedostatočné personálne zabezpečenie v nemocniciach či nedostatočný priestor, ktorý členovia a členky zdravotníckeho personálu, ale aj samotné rodiace ženy majú k dispozícii. Tieto deficity, ktoré zaznievali opakovane a prierezovo, zdôrazňovali lekári, lekárky aj pôrodné asistentky.

Nezanedbateľnú úlohu zohráva aj **prísne hierarchický systém, keď postoj/presvedčenie, prípadne priamo príkaz vedúceho pracovníka môže ovplyvniť spôsob a mieru vykonávania intervencií** (napríklad prípad primára, ktorý stanovil mieru nástrihov u žien rodiacich po prvýkrát na 100 %). Na rutinné používanie niektorých praktík má **nezanedbateľný vplyv aj zvyk**, teda to, ako sa niektoré úkony v minulosti „zvykli robiť" a ako pretrvávajú i napriek existencii vedeckých dôkazov o ich nevhodnosti či škodlivosti.

Generačná výmena nemusí nevyhnutne priniesť zmeny v zaužívaných postupoch. **Súčasný inštitucionálny vzdelávací systém a systém získavania praktických odborných zručností poznatky a niektoré postupy prenáša i do vzdelania a praxe nových generácií lekárov a lekárok, ale i pôrodných asistentiek**. Ako naznačujú niektoré zistenia z nášho výskumu, zásadnejšiu zmenu perspektívy umožňuje napríklad získanie vzdelania v inej krajine alebo skúsenosť s prácou v zahraničí. Aj tu však zmeny postojov a kritickejšie nahliadanie na používané praktiky prichádzajú skôr na individuálnej úrovni a zväčša u služobne mladšieho pôrodníckeho personálu, ktorý nemá reálnu moc presadzovať systémové zmeny. Absencia moci ovplyvňovať zaužívané praktiky je ešte vypuklejšia u pôrodných asistentiek, ktoré si môžu dovoliť o uplatňovaných postupoch „polemizovať" len s inými pôrodnými asistentkami a zväčša nie s lekárskym personálom.

Snaha o urýchľovanie pôrodov je ďalším z faktorov, ktoré prispievajú k vysokej miere intervencií do pôrodov. S urýchľovaním pôrodov úzko súvisí predstava či presvedčenie, že urýchľovanie sa deje „pre dobro rodiacich žien", „preventívne" a pod. a že je celkovo prospešným zásahom do priebehu pôrodu. Z naratívov taktiež vyplynulo, že napríklad v prípade druhej doby pôrodnej sa za normálne považuje výrazne kratšie trvanie, než je tomu v prípade medzinárodne uznávaných štandardov odborných organizácií.

Kým zdravotnícky personál bol – podľa rozhovorov – **ochotný diskutovať o niektorých prianiach žien, prospešnosť ktorých je už pomerne známa a v zásade aj, aspoň v teoretickej rovine, akceptovaná** – napríklad v otázkach prítomnosti sprevádzajúcej osoby pri pôrode, klystíru či holenia pubického ochlpenia, kontaktu koža na kožu medzi matkou a dieťaťom bezprostredne po pôrode[477] –, **priania**

[477] Aj napriek deklarovaniu uznávania niektorých štandardov však k ich dodržiavaniu nemusí nutne dochádzať v praxi. Ako ukazuje i tento výskum, dodržiavanie postupov, ku ktorým sa mnohí lekári a lekárky hlásia na deklaratórnej rovine, sa v praxi nedeje.

žien v oblasti iných, naoko viac „medicínskych" intervencií (prianie pôrod neurýchľovať, vyhýbať sa rutinnému používaniu niektorých postupov ako napríklad aplikácia syntetického oxytocínu, epiziotómia, Kristellerova expresia/tlak na fundus a pod.) boli zdravotníckym personálom reflektované problematicky a nerešpektujúco, často vrátane delegitimizácie a zosmiešňovania požiadaviek žien. **Ďalším dôvodom odmietania bola aj organizácia práce** („nie je priestor", nie je „technické vybavenie"). **Pri odmietaní** zdravotníckeho personálu **umožniť ženám slobodne si zvoliť polohu** sa ako dôvod často objavuje **argument „bezpečnosti"** (personál napríklad podľa svojich vyjadrení potrebuje mať „prístup k žene", potrebuje „chrániť hrádzu"), **„technického vybavenia"** (hoci ani z jedného rozhovoru nebolo celkom zrejmé, aké „technické vybavenie" personálu na umožnenie polohy mimo pôrodníckeho kresla chýba), ale veľmi často aj argument **pohodlnosti a výhodnosti** polohy v ľahu alebo poloľahu na pôrodníckom kresle **pre zdravotnícky personál**. Nezanedbateľná je však aj skutočnosť, že **zdravotnícky personál nemá** s poskytovaním pôrodnej starostlivosti ženám rodiacim v inej než zaužívanej polohe **praktické skúsenosti**. Z rozhovorov možno taktiež vyvodiť záver, že o alternatívach k medzinárodnými štandardmi neodporúčanej polohe v ľahu **niektorí** pôrodníci, pôrodníčky a pôrodné asistentky nemajú **ani dostatok teoretických vedomostí**.

Jedným z faktorov, ktorý nepochybne prispieva k miere, v akej sú v jednotlivých pôrodníckych zariadeniach vykonávané rutinné intervencie a škodlivé praktiky, je aj fakt, že **na úrovni SR v zásade neexistujú celonárodné štandardy poskytovania pôrodnej starostlivosti**, ktoré by vzišli z diskusie všetkých segmentov zainteresovaných na poskytovaní pôrodnej starostlivosti a ktoré by sa opierali o medzinárodne akceptované štandardy a o medicínu založenú na dôkazoch (a takéto štandardy rovnako neexistujú ani na úrovni jednotlivých pôrodníckych zariadení). Táto skutočnosť iba posilňuje faktickú moc, ktorú majú vedúci predstavitelia (a vo veľmi malom množstve prípadov aj predstaviteľky) pôrodníckych oddelení či pôrodníckych kliník nad podobou tam poskytovanej zdravotnej starostlivosti, bráni efektívnej verejnej kontrole (a do značnej miery aj verejnej diskusii) a v konečnom dôsledku prispieva k tomu, že ženám ako osobám oprávneným na prijímanie zdravotnej starostlivosti je odopieraná zdravotná starostlivosť, ktorá by bola poskytovaná v súlade s najnovšími poznatkami medicíny založenej na dôkazoch (*evidence-based medicine*). Namiesto toho im je nanucované niečo, o čom sa dá v istom zmysle hovoriť ako o „medicíne eminencií" (tzv. *eminence-based medicine*) – t. j. medicíne založenej na presvedčeniach konkrétnych osôb s faktickou mocou nad podobou pôrodnej starostlivosti v konkrétnych zariadeniach.

3.4. Organizácia práce v pôrodnici a postavenie pôrodných asistentiek

Pôrodnica ako inštitúcia predstavuje pre zdravotnícky personál prostredie, v ktorom vykonáva svoju pracovnú činnosť. Od podoby a kvality tohto prostredia, deľby a organizácie práce v ňom, formálnych či neformálnych vzťahov a hierarchií medzi jeho reprezentantmi a reprezentantkami a napokon aj ich spokojnosti s pôsobením na svojom pracovisku do veľkej miery závisí aj kvalita poskytovanej pôrodnej starostlivosti a miera napĺňania práv rodiacich žien. Spôsob, akým pôsobí disciplinačná moc na rodiace ženy, teda zďaleka nie je daný len priestorovým usporiadaním (prvky panopticizmu) a samotnými interakciami medzi zdravotníckym personálom a rodiacimi ženami, ale aj organizáciou práce a hierarchickými rozdeleniami rolí u jednotlivých členov a členiek zdravotníckeho personálu.

Ak teda chceme pochopiť systém pôrodnej starostlivosti a dôvody, pre ktoré v ňom dochádza k porušovaniu ľudských práv žien a zároveň medzinárodne uznávaných zdravotníckych štandardov, je dôležité porozumieť aj ďalšiemu kontextu, ktorý zásadne vplýva na charakter poskytovanej starostlivosti, ale i na interakcie medzi zdravotníckym personálom a ženami. Tento kontext je charakterizovaný najmä spôsobmi, akými je rozdelená práca a zodpovednosti medzi jednotlivých členov a členky zdravotníckeho personálu, samotnou náplňou a organizáciou práce týchto osôb, personálnymi kapacitami, ktoré majú jednotlivé pôrodnice k dispozícii, organizáciou pracovného času, vzťahmi medzi jednotlivými profesiami poskytujúcimi starostlivosť ženám pri pôrode a fungovaním pracovných tímov. Pri rozhovoroch s lekármi, lekárkami a pôrodnými asistentkami sme sa preto podrobnejšie zaujímali aj o tieto aspekty poskytovania pôrodnej starostlivosti. Keďže historicky boli kľúčovými poskytovateľkami pôrodnej starostlivosti pôrodné asistentky a v systéme súčasného pôrodníctva na Slovensku sú to tiež pôrodné asistentky, kto vykonáva veľmi podstatnú časť pôrodnej starostlivosti (z hľadiska času tráveného s rodiacimi ženami, ale aj z hľadiska množstva a rôznorodosti vykonávaných úloh), významnú mieru našej pozornosti sme venovali práve týmto poskytovateľkám starostlivosti pri pôrode. Postavenie pôrodných asistentiek, spôsob ich každodenného fungovania, ale aj podmienky, za ktorých vykonávajú svoju prácu, považujeme za veľmi podstatné aj preto, že bez adekvátnych nastavení týchto faktorov nie je možné naplniť medzinárodne uznávaný štandard starostlivosti „jedna na jednu" (pozri ďalej v texte) a často ani naň nadväzujúce ľudskoprávne a zdravotnícke štandardy.

3.4.1. Zdravotnícky personál a jeho úlohy

3.4.1.1. Pôrodné asistentky ako kľúčové poskytovateľky pôrodnej starostlivosti

V mnohých krajinách ženy pri pôrodoch po celý čas sprevádzajú najmä pôrodné asistentky, čím im zabezpečujú nepretržitú starostlivosť a podporu. Lekári či lekárky sú privolávané iba v prípade komplikácií. Pôrodné asistentky sú v týchto krajinách vnímané ako kompetentné asistovať ženám počas celého fyziologického pôrodu. Medzi ich kompetencie tiež patrí schopnosť rozpoznať, kedy sa priebeh pôrodu mení na patologický a je potrebné zapojiť pôrodníka či pôrodníčku ako osoby s expertízou na zdravotné komplikácie pri pôrode. Takýto systém prerozdelenia právomocí veľmi dobre funguje napríklad vo Švédsku, ktoré je považované za jednu z krajín s najlepšími pôrodníckymi výsledkami a s najvyspelejšou úrovňou zdravotnej starostlivosti poskytovanej ženám pri pôrode na svete.[478] Z viacerých ekonomických analýz (napríklad z Anglicka[479] alebo Kanady[480]) zároveň vieme, že takýto model je efektívnejší a menej finančne zaťažuje verejné rozpočty.

---

[478] Vyplýva to z perinatálnych ukazovateľov mortality a morbidity žien a detí. Bližšie pozri napríklad EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. *European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010.* 2013. Dostupné na: https://www.tno.nl/media/1975/european_perinatal_health_report_2010.pdf (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016).

[479] SCHROEDER, E. – PETROU, S. – PATEL, N. – HOLLOWELL, J. – PUDDICOMBE, D. – REDSHAW, M. – BROCKLEHURST, P.: *Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study.* In: *BMJ.* 2012;344:e2292. Dostupné na: http://www.bmj.com/content/344/bmj.e2292 (posledná návšteva dňa 30. 10. 2016).

[480] JANSSEN, A. – MITTON, C. – AGHAJANIAN, J.: *Costs of Planned Home vs. Hospital Birth in British Columbia Attended by Registered Midwives and Physicians.* In: *PLoS One.* 2015; 10(7): e0133524. Dostupné na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4505882/ (posledná návšteva dňa 30. 10. 2016).

Organizácia poskytovania zdravotnej starostlivosti spojenej s pôrodmi sa líši medzi krajinami, ale aj v rámci nich. Napríklad v Anglicku a Walese možno rozdeliť modely poskytovania pôrodnej starostlivosti podľa profesie, ktorá poskytovanie tejto starostlivosti vedie, na **model pôrodnej asistencie** (*midwifery-led*), **pôrodnícky model** (*obstetrician-led*) a **model „zdieľanej" starostlivosti** (*shared care approaches*). O modeli **kontinuálnej zdravotnej starostlivosti pôrodnou asistentkou** hovoríme v prípade, ak sa o jednu ženu stará pôrodná asistentka od momentu, keď ju tehotná žena prvýkrát kontaktuje a dohodne sa s ňou na poskytovaní zdravotnej starostlivosti až po starostlivosť v šestonedelí. V rámci modelu kontinuálnej pôrodnej starostlivosti založeného na starostlivosti pôrodných asistentiek sú zastúpené dva podmodely. „***Team midwifery***" je model, keď sa tím pôrodných asistentiek (zvyčajne piatich alebo viacerých) stará o skupinu tehotných žien počas obdobia tehotenstva, pôrodu a šestonedelia. „***Case load***" model je model, keď sa jedna pôrodná asistentka stará o jednu ženu a v prípade potreby ju zastúpi niektorá z pridružených pôrodných asistentiek (skupinu tvoria zvyčajne štyri a menej pôrodných asistentiek).[481]

Podľa metaanalýzy Cochrane, ktorá porovnávala model kontinuálnej starostlivosti pôrodnou asistentkou s inými modelmi poskytovania pôrodnej starostlivosti, bol pri tomto modeli znížený výskyt predčasného pôrodu (pred 37. týždňom tehotenstva) a spontánneho potratu, resp. straty dieťaťa v prvom mesiaci po pôrode. Pri tomto modeli sa zvýšila miera spontánnych vaginálnych pôrodov (bez vyvolávania a bez použitia kliešťov) a znížila sa miera nástrihov a inštrumentálnych vaginálnych pôrodov. Tento model nemal vplyv na mieru cisárskych rezov. Ženy, o ktoré sa primárne starali pôrodné asistentky, mali nižšiu mieru epidurálnych analgézií. Taktiež sa o ne počas pôrodu častejšie starali pôrodné asistentky, ktoré už poznali.[482]

Model kontinuálnej starostlivosti pôrodnou asistentkou je tak účinným nástrojom, ako zabezpečiť, aby si žena a pôrodná asistentka vytvorili vzťah vzájomnej dôvery. Rovnako poskytuje priestor na otázky a získavanie dostatočného množstva informácií počas tehotenstva, a to nielen smerom od pôrodnej asistentky k žene, ale aj smerom od ženy k pôrodnej asistentke, ktorá má dostatok času zistiť a spoznať potreby, preferencie a hodnoty svojej klientky.

Ako vyplýva aj z prvej kapitoly tejto publikácie, **pôvodne i na Slovensku pôrodnú starostlivosť poskytovali ženy – pôrodné asistentky**. **Zmena nastala po roku 1950** po socialistickej reforme zdravotníctva, **keď bola postupne posilnená pozícia gynekológov, gynekologičiek, pôrodníkov a pôrodníčok**. Dôsledkom toho sa pôrodné asistentky stali zdravotnými sestrami, ktoré sa v rámci

481 *Addendum to Clinical Guideline CG190. Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical Guideline Addendum 190.2. Methods, evidence and recommendations.* London : National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2016, s. 9. Dostupné na: https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/addendum-190.2-pdf-2722665277 (posledná návšteva dňa 03. 12. 2016).

482 SANDALL, J. – SOLTANI, H. – GATES, S. – SHENNAN, A. – DEVANE, D.: Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review). In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016. Dostupné na: http://www.cochrane.org/CD004667/PREG_midwife-led-continuity-models-care-compared-other-models-care-women-during-pregnancy-birth-and-early (posledná návšteva dňa 18. 10. 2016).

zdravotníckej hierarchie stali podriadenými lekárom a lekárkam.[483] V tomto kontexte prišlo teda vo vzťahu k pôrodom k obratu a oblasť pôrodov, v ktorej dominovali v minulosti najmä ženy, si začalo nárokovať moderné pôrodníctvo a gynekológia. Remeslo „pôrodnej baby" tak bolo postupne vytlačené.[484]

V súčasnosti sú **na Slovensku kľúčovými poskytovateľkami pôrodnej starostlivosti stále pôrodné asistentky**, najmä z hľadiska množstva času, ktorý trávia s rodiacimi ženami, a z hľadiska množstva činností, ktoré realizujú (pozri aj ďalej v texte). **Rozhodujúce slovo** pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti **v konkrétnych prípadoch, ale aj o podobe pôrodnej starostlivosti vo všeobecnosti však majú pôrodníci a pôrodníčky – a spomedzi nich najmä pôrodníci-muži**, ktorí absolútne prevažujú ako osoby na čele jednotlivých pôrodníc, ale aj ako vedúce osobnosti vedeckého a akademického života v oblasti pôrodníctva (podrobnejšie pozri kapitolu 1.2.4.).

3.4.1.2. Hierarchie v slovenských pôrodniciach: primár/ primárka, lekári/lekárky a pôrodné asistentky

Ako sme už uviedli v predchádzajúcich častiach, z rozhovorov, ktoré sme uskutočnili, vyplýva, že pracovný kolektív v pôrodnici je hierarchicky usporiadaný. **Hlavné slovo a najväčšiu zodpovednosť na pracovisku nesie primár alebo primárka oddelenia**.

Aby ste pochopili tú hierarchiu, je tu prísna hierarchia. Ono to tak zvonku nevyzerá, ale to tak je. Mňa keď zavolajú na pôrodnú sálu, tým momentom, ako som tam vkročil, tak nesiem zodpovednosť za ten proces, ktorý sa tam deje. Za operácie či pôrod už nenesie zodpovednosť ten doktor, ktorý ma tam volal, ale už to mám na pleciach ja. Čiže rozhodovanie…, v tomto prípade, keď mám zodpovednosť, tak ja rozkazujem. (Lekár po atestácii, vedúci pracovník, viac ako 15 rokov praxe, veľká pôrodnica)

Pôrodníci a pôrodníčky bez atestácie sú podriadení starším pôrodníkom a pôrodníčkam s atestáciou a pôrodné asistentky sú podriadené všetkým lekárom a lekárkam. Toto celkové nastavenie má, pochopiteľne, **priamy vplyv aj na postavenie a úlohy pôrodných asistentiek a ich profesionálny vzťah k pôrodníkom a pôrodníčkam** a naopak. Jedna z respondentiek porovnávala situáciu a status pôrodných asistentiek na Slovensku so svojou pracovnou skúsenosťou zo zahraničia:

Tu na Slovensku rodia [asistujú pri pôrodoch] *všade lekári. Nemám takú vedomosť, že by pôrodné asistentky niekde rodili* [asistovali pri pôrodoch samostatne]. *A je aj rozdiel, vidieť skutočne rozdiel v tom, v tých schopnostiach pôrodných asistentiek tam* [v danej krajine] *a tu. Tam sú na to vychovávané, vzdelávané, pripravované, prakticky sú oveľa zručnejšie.* (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

---

483 HREŠANOVÁ, E.: 'Nobody in a Maternity Hospital Really Talks to You': Socialist Legacies and Consumerism in Czech Women's Childbirth Narratives. In: *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, roč. 50, 2014, č. 6, s. 963 – 964.

484 SLEPIČKOVÁ, L. – ŠLESINGEROVÁ, E. – ŠMÍDOVÁ, I.: Biomoc a reprodukční biomedicína: konceptuální inspirace pro český kontext. In: *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, roč. 48, 2012, č. 1, s. 87.

3.4.1.3. Činnosti patriace do pôsobnosti pôrodných asistentiek

V súčasnosti majú pôrodné asistentky podľa platnej legislatívy viaceré kompetencie a aj v praxi realizujú pomerne širokú škálu činností. Asistujú rodiacim ženám vo všetkých fázach pôrodu a takisto asistujú pôrodníkom či pôrodníčkam pri vykonávaných úkonoch. Pôrodné asistentky tiež vykonávajú potrebné odbery a merania a celkovú prípravu na pôrod. Mnoho úkonov je spojených aj s nutnou byrokraciou – „papierovačkami" a záznamami. Aj vzhľadom na častý nedostatok zdravotníckeho i nezdravotníckeho personálu pôrodné asistentky podľa vlastných tvrdení vykonávajú i úlohy, ktoré podľa nich nie sú v ich kompetencii. Ide najmä o administratívne práce, ale i úlohy, ktoré podľa nich patria skôr k práci sanitárov/sanitárok alebo upratovačiek/upratovačov.[485]

Podľa zákona o zdravotnej starostlivosti je pôrodná asistencia zdravotná starostlivosť pôrodnej asistentky o ženu a dieťa počas fyziologického tehotenstva, pôrodu a šestonedelia, zdravotná starostlivosť o reprodukčné zdravie a poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti pri gynekologických a pôrodníckych chorobách. Pôrodná asistencia sa poskytuje metódou ošetrovateľského procesu v rámci praxe pôrodnej asistencie.[486]

Prax pôrodnej asistencie je v zákone o zdravotnej starostlivosti definovaná ako riadenie a poskytovanie starostlivosti pôrodnej asistentky metódou ošetrovateľského procesu. Prax pôrodnej asistencie zahŕňa najmä:

a) určovanie potrieb pôrodnej asistencie, ošetrovateľských potrieb a zdrojov ich zabezpečovania,

b) vedenie dokumentácie pôrodnej asistencie a ošetrovateľskej dokumentácie, ktorá je súčasťou zdravotnej dokumentácie, a vyhodnocovanie výsledkov pôrodnej asistencie a ošetrovateľskej starostlivosti,

c) starostlivosť o reprodukčné zdravie,

d) výchovu zdravotníckych pracovníčok[487] v pôrodnej asistencii a k profesionálnej etike,

e) spoluprácu s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi a s inými odbornými pracovníkmi a pracovníčkami v zdravotníctve príslušného zdravotníckeho zariadenia a spoluprácu s inými fyzickými osobami a s právnickými osobami pri plánovaní, poskytovaní, koordinácii a vyhodnocovaní ošetrovateľskej starostlivosti a pôrodnej asistencie.[488]

---

485 Pre viac informácií o práci pôrodných asistentiek pozri bližšie aj kapitoly 3.4.1.4. – 3.4.1.6.

486 Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, § 2 ods. 17.

487 Zákon hovorí o zdravotníckych „pracovníkoch" v pôrodnej asistencii, hoci na Slovensku vykonávajú povolanie pôrodnej asistentky takmer výlučne ženy.

488 Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, § 2 ods. 18.

Rozsah činností pôrodných asistentiek, ktoré pôrodné asistentky v zmysle platnej legislatívy môžu, resp. majú poskytovať samostatne (bez indikácie lekára či lekárky alebo na základe takejto indikácie) alebo v spolupráci s lekárom či lekárkou, je upravený vo **vyhláške Ministerstva zdravotníctva SR č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom**.

Podľa uvedenej vyhlášky **pôrodné asistentky** v rámci intrapartálnej (t. j. pôrodnej) a postpartálnej (t. j. popôrodnej) starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach ústavnej starostlivosti (t. j. v nemocniciach) **samostatne vykonávajú tieto činnosti**:

a) posudzujú rodiace ženy vo fyzickej, duševnej a sociálnej oblasti, usmerňujú a psychicky podporujú rodiace ženy a sprevádzajúce osoby,

b) sledujú zdravotný stav rodiacich žien a posudzujú priebeh a postup pôrodov kontrolovaním kontrakčnej činnosti a vaginálnymi vyšetreniami,

c) sledujú a hodnotia zdravotný stav plodu pomocou kardiotokografu a stetoskopu, vyhotovujú a hodnotia kardiotokografické záznamy,

d) identifikujú odchýlky od normálneho priebehu pôrodu (resp. od priebehu pôrodu, ktorý sa za „normálny" považuje v zdravotníckych zariadeniach v SR – pozn. aut.),

e) odporúčajú rodiacim ženám výber nefarmakologických metód na zmierňovanie a zvládnutie pôrodných bolestí a alternatívne spôsoby vedenia pôrodov (resp. spôsoby asistovania pri pôrodoch, ktoré sa považujú za alternatívne vo vzťahu k spôsobom vedenia pôrodov v pôrodniciach SR – pozn. aut.),

f) **odvádzajú fyziologické pôrody vrátane pôrodov, pri ktorých sa vyžadujú epiziotómie** (resp. asistujú ženám pri fyziologických pôrodoch vrátane pôrodov, pri ktorých sa vyžadujú epiziotómie – pozn. aut.),

g) hodnotia rozsah pôrodných poranení a ošetrujú jednoduché pôrodné poranenia s výnimkou poranení, ktoré svojím rozsahom vyžadujú zásah lekára alebo lekárky,

h) vykonávajú prvé ošetrenie fyziologického novorodenca v prípade potreby a podľa konkrétnych podmienok zdravotníckeho zariadenia (podľa medzinárodne uznávaných zdravotníckych štandardov by prvé ošetrenie novorodenca malo prebiehať v kontakte koža na kožu a rutinné meranie a váženie by malo byť odložené až na čas po prvom dojčení – pozn. aut.[489]),

[489] Ihneď po pôrode má byť nahý novorodenec položený na nahý hrudník matky, kde sa osuší. V tomto nerušenom kontakte majú zostať matka a dieťa minimálne hodinu. Prvé vyšetrenie je vykonané na hrudi matky, rutinné meranie a váženie sú odložené až na čas po samoprisatí. Samoprisatie je proces, keď sa dieťa samo sériou pohybov prisaje na prsník. Načasovanie samoprisatia je pri každom novorodencovi iné. V kontakte koža na kožu sú všetky vitálne funkcie dieťaťa lepšie ako v prípade separácie. Pre viac informácií pozri napríklad: WORLD HEALTH ORGANIZATION, UNICEF: *Baby-Friendly Hospital Initiative, Revised, updated and expanded for integrated care*. Geneva : 2009. Dostupné na: https://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_Revised_Section1.pdf (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016).

i) zabezpečujú včasné priloženie novorodenca k prsníku matky (hoci podľa medzinárodne uznávaných štandardov popôrodnej starostlivosti by mali pôrodné asistentky zabezpečovať a dohliadať na priebeh kontaktu koža na kožu medzi novorodencom a jeho matkou, sledovať samoprisatie novorodenca k prsníku matky, poskytovať matke informácie o správaní novorodenca a pri prvom dojčení poskytovať podporu a v prípade potreby aj praktickú pomoc – pozn. aut.[490]),

j) sledujú psychický stav a fyzický stav ženy bezprostredne po pôrode a podľa potreby zabezpečia okamžitú lekársku starostlivosť,

k) sledujú ošetreného novorodenca po zhodnotení jeho stavu počas pobytu v pôrodnej sále vrátane odchýlky od normy a v prípade potreby zabezpečia lekársku starostlivosť (podľa medzinárodne uznávaných štandardov popôrodnej starostlivosti by sme mali hovoriť o sledovaní novorodenca v kontakte koža na kožu s jeho matkou – pozn. aut.),

l) sledujú priebeh šestonedelia a poskytujú starostlivosť ženám v šestonedelí, v prípade zistených komplikácií zabezpečia lekársku starostlivosť,

m) podporujú ženy pri dojčení a dohliadajú na dodržiavanie zásad správnej techniky dojčenia,

n) v prípade nedostatočnej laktácie oboznamujú ženy s možnosťami náhradnej výživy novorodencov (hoci podľa medzinárodne uznávaných štandardov popôrodnej starostlivosti by sa malo hovoriť o „nedostatočnom príjme materského mlieka" a v takej situácii by prvým krokom mala byť praktická pomoc pri dojčení, zlepšenie dojčenia a zvýšenie príjmu materského mlieka od matky a až následne odporúčanie dokrmovania – pozn. aut.[491]),

o) počas dojčenia a starostlivosti o novorodenca poskytujú informácie o správnej životospráve a plánovanom rodičovstve.[492]

---

[490] Pre viac informácií o kontakte koža na kožu, samoprisatí a podpore dojčenia pozri napríklad: WORLD HEALTH ORGANIZATION, UNICEF: *Baby-Friendly Hospital Initiative, Revised, updated and expanded for integrated care*. Geneva : 2009. Dostupné na: https://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_Revised_Section1.pdf (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016).

[491] Pôrodné asistenky, rovnako ako ostatný personál v pôrodnici, by mali byť vyškolené na poskytovanie podpory pri dojčení, ako aj adekvátnej a účinnej pomoci pri problémoch s dojčením. V prípade, ak ide o problém nedostatočného príjmu materského mlieka z prsníka, by mali ženy informovať o spôsoboch zvýšenia príjmu materského mlieka. Až po vyčerpaní všetkých možností na zlepšenie dojčenia a po celkovom zhodnotení situácie by mali pôrodné asistentky navrhovať možnosti dokrmovania, pričom ako prvá by mala byť navrhovaná možnosť dokrmovania vlastným odstriekaným mliekom matky, darcovským materským mliekom z banky materského mlieka a v medicínsky indikovaných prípadoch roztokom glukózy alebo roztokom glukózy v kombinácii s darcovským mliekom. Až na poslednom mieste by mala byť ponúkaná núdzová náhradná výživa. Ženy, ktoré sa na základe informovaného súhlasu rozhodnú pre núdzovú náhradnú výživu, by mali byť zdravotníckym personálom informované o jej správnej a bezpečnej príprave a personál by mal rovnako jednotlivým ženám túto prípravu a použitie predviesť aj prakticky. Pre viac informácií o podpore dojčenia pozri napríklad: WORLD HEALTH ORGANIZATION, UNICEF: *Baby-Friendly Hospital Initiative, Revised, updated and expanded for integrated care*. Geneva : 2009. Dostupné na: https://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_Revised_Section1.pdf (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016).

[492] Pozri vyhlášku Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom, § 4 ods. 3.

V zmysle uvedenej vyhlášky pôrodné asistentky **samostatne vykonávajú aj ďalšie činnosti**. Napríklad zabezpečujú a vykonávajú činnosti súvisiace s prijatím, prepustením či preložením osoby,[493] riadia a koordinujú prácu členov a členiek ošetrovateľského tímu, najmä zdravotníckych asistentov a asistentiek a sanitárok a sanitárov[494], a spolupracujú s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi a pracovníčkami[495]. Takisto merajú, sledujú a interpretujú zistené numerické a klinické údaje fyziologických funkcií a vitálnych funkcií osôb,[496] hodnotia a ošetrujú poruchy celistvosti kože a slizníc[497] a aplikujú zábaly a obklady[498].

Rovnako je úlohou pôrodných asistentiek **samostatne vykonávať aj tieto činnosti**:

a) identifikovať potreby starostlivosti v pôrodnej asistencii ženy, rodiny a komunity a zabezpečovať alebo vykonávať uspokojovanie potrieb súvisiacich so zdravím, chorobou alebo umieraním,

b) rozhodovať o všetkých úkonoch týkajúcich sa poskytovania a riadenia pôrodnej asistencie v závislosti od zistených potrieb ženy, rodiny a komunity, ktorej poskytuj[ú] pôrodnú asistenciu,

c) podieľať sa na zavedení systému kvality a hodnotiť kvalitu starostlivosti v pôrodnej asistencii,

d) podieľať sa na tvorbe štandardov v pôrodnej asistencii a v starostlivosti v pôrodnej asistencii,

e) organizovať a zabezpečovať plnenie intervencií v poradí, ktoré zodpovedá potrebám ženy a je v súlade s liečebným plánom určeným lekárom alebo lekárkou, ak osoba potrebuje lekársku starostlivosť,

f) podporovať presadzovanie a obhajovanie potrieb a práv ženy, plodu a novorodenca,

g) edukovať ženu o prevencii, diagnostike a liečbe gynekologických ochorení vrátane ochorení prsníka,

h) viesť ošetrovateľskú dokumentáciu a dokumentáciu v pôrodnej asistencii, kontrolovať a analyzovať záznamy v dokumentácii; na základe dokumentácie vykazovať činnosti pre potreby zdravotných poisťovní a štatistiky,

i) používať posudzovacie stupnice v ošetrovateľstve a v pôrodníctve,

j) vykonávať ošetrovateľskú starostlivosť a starostlivosť v pôrodnej asistencii v domácom a inom prirodzenom sociálnom prostredí ženy,

---

493 Pozri tamtiež, § 2 ods. 1 písm. g).

494 Pozri tamtiež, § 2 ods. 1 písm. q).

495 Pozri tamtiež, § 2 ods. 1 písm. r).

496 Pozri tamtiež, § 2 ods. 2 písm. a).

497 Pozri tamtiež, § 2 ods. 2 písm. d).

498 Pozri tamtiež, § 2 ods. 2 písm. e).

k) vykonávať návštevy v rodinách žien počas šestonedelia, sledovať ich zdravotný stav a edukovať ženy o starostlivosti o dieťa,

l) informovať ženy o poskytovaní pôrodnej asistencie a ošetrovateľskej starostlivosti v potrebnom rozsahu,

m) uskutočňovať ošetrovateľský výskum, monitorovať požiadavky na výskum v pôrodnej asistencii, realizovať ho a jeho výsledky využívať v praxi v pôrodnej asistencii,

n) podieľať sa na praktickom vyučovaní v študijnom odbore pôrodná asistencia,

o) zabezpečovať hygienu prostredia vrátane dezinfekcie a sterilizácie zdravotníckych pomôcok, prístrojov, nástrojov a zariadení používaných pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti a starostlivosti v pôrodnej asistencii a podľa stupňa náročnosti dezinfekciu a sterilizáciu aj vykonávať.[499]

Na základe indikácie lekára alebo lekárky pôrodné asistentky **samostatne vykonávajú tieto činnosti**:

a) merajú fyziologické funkcie a vitálne funkcie,

b) odoberajú biologický materiál,

c) preväzujú a ošetrujú rany s výnimkou rán, ktoré svojím priebehom hojenia vyžadujú zásah lekára alebo lekárky,

d) zavádzajú permanentné močové katétre a rektálne rúrky,

e) aplikujú kyslíkovú liečbu, enterálnu výživu (výživa, ktorá prechádza tráviacim traktom – pozn. aut.), klystíry a liečivé kúpele,

f) podávajú lieky všetkými dostupnými formami; intravenózne aplikovať lieky a parenterálnu výživu (výživa podávaná do žily – pozn. aut.) môžu podávať len na základe písomného poverenia lekára,

g) sledujú priebeh fyziologického tehotenstva, pričom vykonávajú vyšetrenia pomocou primeraných klinických prostriedkov, v rámci ktorých sledujú najmä hmotnosť, fyziologické funkcie a laboratórne testy, vyšetrujú panvu pelvimetrom, vykonávajú vyšetrenie vonkajšími hmatmi, stetoskopom, UDOP prístrojom a elektronickým fetálnym monitorom.[500]

V spolupráci s lekárom alebo lekárkou pôrodné asistentky uskutočňujú aj viaceré ošetrovateľské výkony, ktoré súvisia s diagnostickými a liečebnými výkonmi, ktoré vykonáva lekár alebo lekárka napríklad pri zavádzaní epidurálneho alebo močového katétra, pri chirurgických výkonoch, pri invazívnych a neinvazívnych výkonoch a pri podávaní transfúznych liekov a transfúznych prípravkov. Rovnako v spolupráci s lekárom alebo lekárkou pôrodné asistentky uskutočňujú aj výkony súvisiace s diagnostickými a liečebnými výkonmi, ktoré uskutočňujú lekári a lekárky pri nepravidelnom a patologickom priebehu tehotenstva, pôrodu a šestonedelia a pri operačnom vedení pôrodu.[501]

---

499 Pozri tamtiež, § 4 ods. 1.

500 Pozri tamtiež, § 4 ods. 4.

501 Pozri tamtiež, § 5 v spojení s § 3.

V zmysle uvedenej vyhlášky prináleží pôrodným asistentkám **aj samostatné vykonávanie ďalších úloh, a to v rámci poskytovania predkoncepčnej starostlivosti** (t. j. starostlivosť v období pred počatím) **a prenatálnej starostlivosti** (t. j. predpôrodná starostlivosť). V rámci týchto druhov starostlivosti pôrodné asistentky napríklad:

a) poskytujú informácie a služby súvisiace s podporou zdravého rodinného života, zdravých sexuálnych návykov, plánovaného rodičovstva, o zdravom životnom štýle a o možnostiach genetickej diagnostiky rodičovského páru,

b) edukujú ženu o prevencii, diagnostike a liečbe gynekologických ochorení vrátane ochorení prsníka,

c) poskytujú informácie o včasnej diagnostike tehotnosti, diagnostikujú tehotenstvo a podľa rozhodnutia ženy monitorujú priebeh fyziologického tehotenstva pomocou primeraných klinických a technických skríningových vyšetrení,

d) poskytujú poradenstvo o vyšetreniach potrebných pre včasnú diagnostiku rizikového tehotenstva,

e) poskytujú edukačné programy na prípravu na rodičovstvo a kompletnú prípravu na pôrod vrátane poradenstva v oblasti hygieny a výživy,

f) sledujú ženu s fyziologickým tehotenstvom a identifikujú varovné signály abnormít u tehotnej ženy alebo plodu, ktoré si vyžadujú lekársku starostlivosť,

g) sledujú plod v maternici pomocou stetoskopu, UDOP prístroja a kardiotokografu, vyhotovujú a hodnotia kardiotokografický záznam,

h) vykonávajú psychofyzickú prípravu tehotnej ženy na pôrod a podporujú tehotnú ženu a jej rodinu pri výbere miesta a spôsobu pôrodu.[502]

Všetky výkony zdravotnej starostlivosti, ktoré pôrodné asistentky realizujú vo vzťahu k tehotným alebo rodiacim ženám alebo vo vzťahu k ich deťom, sú, samozrejme, podmienené existenciou informovaného súhlasu na strane tehotnej či rodiacej ženy, resp. matky (alebo iného zákonného zástupcu) novorodeného dieťaťa.

3.4.1.4. Preťaženosť pôrodných asistentiek

Z výskumných dát, ktoré boli získané z rozhovorov s pôrodníckym personálom, vyplýva, že **súčasná náplň a organizácia práce pôrodné asistentky veľmi preťažuje**. Nezriedka im podľa ich slov nezostáva priestor na meritórnu prácu – asistenciu rodiacej žene, ktorá by mala byť v ich práci ústrednou. Výsledkom personálnej poddimenzovanosti je, že sa pôrodné asistentky často nemajú priestor rodiacim ženám venovať.

[502] Pozri tamtiež, § 4 ods. 2.

Keď mám kľud na sále, tak ja sa môžem tým pacientkám venovať. Ale akonáhle ja mám pôrod a mám sa venovať svojej pacientke pred pôrodnom, a tam ja nemám čas. Takže musia čakať. A to už sú tie mamičky potom také nepríjemné. Lebo v dnešnej dobe sa dosť dlho čaká. (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Ako sme už viackrát uviedli, rodiace ženy boli pri pôrodoch tradične sprevádzané a podporované inými ženami, avšak s presunom väčšiny pôrodov do nemocníc v polovici 20. storočia sa takáto nepretržitá podpora stala skôr výnimkou než štandardom starostlivosti.

Ukazuje sa, že podpora potrieb rodiacich žien má štyri dimenzie: emocionálnu podporu, informačnú podporu, fyzickú podporu a advokáciu (presadzovanie potrieb žien). Štandardy NICE definujú **starostlivosť jedna na jednu** (*one to one care*), teda starostlivosť jednej osoby o jednu rodiacu ženu, ako **nepretržitú prítomnosť a podporu** buď zo strany partnera ženy, pôrodnej asistentky, alebo inej podpornej osoby. Dostupné dôkazy naznačujú, že takáto starostlivosť je spojená s nižšou pravdepodobnosťou, že žena porodí cisárskym rezom alebo inštrumentálnym vaginálnym pôrodom, a s vyššou mierou spokojnosti a pozitívneho zážitku z pôrodu.[503]

Nepretržitú prítomnosť sprevádzajúcej osoby považujú za dobrú prax aj WHO a FIGO. **Zdravotnícky personál však naďalej zohráva kľúčovú úlohu pri poskytovaní ako zdravotnej starostlivosti, tak aj emocionálnej podpory rodiacej žene** (a prípadnej sprevádzajúcej osobe). Týchto zodpovedností sa zabezpečením prítomnosti sprevádzajúcej osoby nezbavuje a naďalej má byť žene k dispozícii podľa jej potrieb.[504]

Úlohou pôrodnej asistentky, ktorá vyplýva z odporúčaní NICE, je zabezpečiť, aby žena mala počas pôrodu podporujúcu starostlivosť jedna na jednu, a to jednak tým, že ženu povzbudí v tom, aby mala počas pôrodu nepretržite prítomnú sprevádzajúcu osobu alebo osoby podľa vlastného výberu, ako aj tým, že ona sama bude fyzicky prítomná. **Je odporúčané, aby pôrodná asistentka nenechávala rodiacu ženu s rozbehnutým pôrodom samu, s výnimkou veľmi krátkych časových úsekov**, alebo ak si to žena sama vyžiada. Organizácia zdravotnej starostlivosti poskytovanej rodiacim ženám by mala vychádzať z takého modelu starostlivosti, ktorý podporuje starostlivosť jedna na jednu pre všetky ženy. Na dosiahnutie tohto modelu je potrebné identifikovať, či je v jednotlivých inštitúciách dostatočné alebo nedostatočné personálne zabezpečenie.[505]

---

503 *Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190: Methods, evidence and recommendations.* London : National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2014, s. 262 – 265. Dostupné na: https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-appendices-ae-g-h-jr-pdf-248734766 (posledná návšteva dňa 11. 10. 2016).

504 Pre viac informácií k odporúčaniam WHO a FIGO ohľadom sprevádzajúcich osôb pozri napríklad: WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide.* Geneva : World Health Organization, Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 27. Dostupné na: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/ (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016). FIGO, WHO, WRA, ICM, IPA: Mother-baby friendly birthing facilities. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, roč. 128, 2015, s. 95 – 99. Dostupné na: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013 (posledná návšteva dňa 28. 10. 2016).

505 *Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190: Methods,*

Väčšina respondentov a respondentiek – lekárov, lekárok i pôrodných asistentiek – **sa zhodla na tom, že v jednotlivých pôrodniciach, ale aj na Slovensku celkovo, je nedostatok pôrodných asistentiek**. To následne vplýva na ich časté pracovné preťaženie a „vyhorenie", ktoré nám opisovali viaceré pôrodné asistentky.

Žiaľ, situácia je taká, že na Slovensku je málo pôrodných asistentiek a u nás v [mesto] *je úplne máličko. Moje kolegyne sú dôchodkyne už, ja som tam najmladšia. Nemá sa kto na sálu postaviť a nemá ma ani kto kontrolovať.* (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Keď to bolo plné, tak tie ženy [pôrodné asistentky] *sa nezastavili, nevedeli, čo skôr. Ale naozaj byť sestrou, teda pôrodnou asistentkou, nazvite si to už, ako chcete, na pôrodnici, to si myslím, že v rámci nemocnice, no nenapadá ma nič, čo je naozaj viac vyčerpávajúce. Aj stresujúce. Lebo ony sú s tými ženami stále, hej? Aj počas pracovnej doby, lekár nemá na starosti len pôrodnicu, má ešte buď oddelenie, alebo ambulanciu, čiže, jednoducho, ony sú tie, ktoré musia rozpoznať, kedy toho lekára volať. Plus, samozrejme, tie ženy povzbudzujú. Sú tam pre ne.* (Pôrodná asistentka, do 10 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Poddimenzovanosť ako problém počas vykonávania práce **sa objavovala v rozhovoroch so všetkými pôrodnými asistentkami** bez rozdielu lokality či veľkosti nemocnice.

Mohlo by ich byť viac. Lebo niekedy vážne tá pôrodná asistentka, napríklad ja v službe keď slúžim, tak mám toho dosť. Keď sa niečo deje na pôrodnej sále, samozrejme, som tam, keď sa niečo deje na operačnej sále, tak tam, samozrejme, musím letieť. Ak sa deje niečo na oddelení, tak zase tá pôrodná asistentka všade. Ešte aj ambulanciu, keď sa niečo na ambulancii, tak vlastne ja ako pôrodná asistentka tam tiež musím ísť. (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Nízky počet pôrodných asistentiek a nezáujem o toto povolanie okrem pôrodných asistentiek **reflektovali aj lekári a lekárky**. Viacerí v naratívoch uznali, že práca pôrodnej asistentky je ťažká a nedostatočne platená, čo má následne vplyv na nízku atraktivitu tohto povolania pre mladé ženy.

Tie pôrodné asistentky by potrebovali doplniť, ale nevidím tú perspektívu, kto ich nahradí. Bohužiaľ, to je zase ten trend, ktorý viedol k tomu, že nemajú o to záujem, neviem, kto ich nahradí. (Lekár po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Pôrodné asistentky ako veľmi zaťažujúce vnímali predovšetkým **výkyvy v pracovnej vyťaženosti**, ktoré sú spôsobené tým, že nie je možné predvídať, koľko žien bude rodiť.

U nás sú štyri pôrodné stoly a štyri izby ako čakačky. S tým, že na každej čakačke sú dve postele, čiže už som to zažila ja…, že proste na boxoch sa rodí a na čakačkách sú ďalšie, ktoré majú bolesti, otvárajú sa. Čiže sa to tam točí. Sú dni, kedy má človek pokoj… môže sa starať. A potom sú dni, kedy človek nevie, kde mu hlava stojí. Dve sestry tam vtedy nemajú šancu… A keď sa rodí, tak tam musia proste byť. A keď sa rodí tridsať minút, tak vôbec nemá čas venovať sa tej, čo je na izbe. … Sú tie noci, kedy dve pôrodné asistentky sú rozhodne málo, lebo nemajú priestor venovať sa pacientke. A sú potom dni, keď je jedna pacientka za celý deň, a potom človek má čas sa s ňou rozprávať, venovať sa jej. (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

---

evidence and recommendations. London : National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2014, s. 262 – 265. Dostupné na: https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-appendices-ae-g-h-jr-pdf-248734766 (posledná návšteva dňa 11. 10. 2016).

Niektorí pôrodníci a pôrodníčky považovali za problém hlavne rozloženie pracovných povinností, z ktorých **najviac kapacít zaberá nadmerná administratíva a iné práce, ktoré by zvládla aj osoba s nižším vzdelaním**, pričom následne neostáva dostatok kapacít na meritórne pracovné povinnosti.

Nemyslím si, že je to [rozloženie personálnych kapacít v pôrodnici] *primerané. Myslím, že je ten počet poddimenzovaný. Vieme sa aj porovnať s pracoviskami v Európe. Nie je poddimenzovaný počet lekárov, ten si myslím, že je dostatočný. Chybou je, alebo anachronizmom ešte z čias toho predchádzajúceho systému, kam sa už nechceme vrátiť, že ten doktor robí veci, ktoré nezodpovedajú jeho vzdelaniu. A to sa nesie všetkými stupňami toho zdravotníckeho personálu od doktorov až po sanitárky. Doktor sedí a väčšinu času píše niečo do počítača. Namiesto toho, aby držal v ruke skalpel alebo laparoskop alebo sledoval klinický stav dieťaťa a rodičky a tak ďalej. Niečo diktoval administratívnej pracovníčke, ktorá má tretinový plat ako on. Má to aj ekonomický aspekt. A stihol by toho oveľa viacej. Bolo by treba menej doktorov. To sa týka aj nižšieho stupňa, pôrodných asistentiek. Čiže pôrodné asistentky robia v úvodzovkách upratovačky.* (Lekár po atestácii, vedúci pracovník, viac ako 15 rokov praxe, veľká pôrodnica)

Napriek tomu, že zdravotnícky personál vnímal, že pôrodné asistentky sa časovo a kapacitne nestíhajú plnohodnotne venovať rodiacim ženám, **žiadna z respondentiek ani respondentov** z radov zdravotníckeho personálu **nereflektovala potrebu zavedenia konceptu nepretržitej starostlivosti jednej pôrodnej asistentky o jednu ženu** ako základného štandardu poskytovania pôrodnej starostlivosti.

3.4.1.5. Potreba posilniť pozíciu pôrodných asistentiek?

Zo skôr uvedeného výpočtu úloh, ale zároveň aj právomocí a zodpovedností, ktoré pre pôrodné asistentky na Slovensku vymedzuje platná legislatíva, vyplýva, že rozsah týchto úloh je veľmi široký. Ak však majú byť tieto úlohy zo strany pôrodných asistentiek realizované efektívne, resp. ak majú byť vôbec realizované, v slovenskom pôrodníctve a v jednotlivých pôrodníckych zariadeniach musia existovať také systémové nastavenia, ktoré realizáciu uvedených úloh prakticky umožnia.

Viacerí respondenti a respondentky **sa zamýšľali nad opätovným posilnením postavenia pôrodných asistentiek v procese sprevádzania žien pri fyziologickom pôrode**. Ako pozitíva videli najmä to, že pôrodné asistentky sú ženy, majú vzdelanie a zručnosti na asistovanie ženám pri pôrodoch a mohli by mať individuálnejší prístup k rodiacej žene.

Tu vidím ja priestor pre tie pôrodné asistentky, možno viacej ako pre tých doktorov. Predsa len sú to ženy, nepoznám pôrodného brata, ktorý by robil pôrodnú asistenciu. Sú to ženy, majú aj taký iný vzťah k tomu, aj rodili alebo budú rodiť… Všetky majú vysokoškolské vzdelanie a majú právo odvádzať fyziologické pôrody [asistovať pri fyziologických pôrodoch]. *Majú možnosť a aj povinnosť, pokiaľ majú komplikáciu, zavolať toho doktora, ktorý to potom musí riešiť trebárs operačne. Mali by sa ony dostať do pozície, kde sú partnerom pre tú rodičku. A z toho potom vyplýva aj priebeh toho pôrodu… Keď je patológia, tak, samozrejme, vtedy má doktor zasahovať, nesie zodpovednosť za ten pôrod a, samozrejme, iné veci. Ale fyziologický pôrod majú viesť* [pri fyziologickom pôrode majú asistovať] *jednoznačne pôrodné asistentky.* (Lekár po atestácii, vedúci pracovník, viac ako 15 rokov praxe, veľká pôrodnica)

Najmä niektoré pôrodné asistentky sa pozerali kriticky na svoju súčasnú pozíciu v rámci pracovného kolektívu. **Svoju úlohu pri pôrode síce reflektovali ako asistujúcu – ale z toho pohľadu, že asistujú lekárom a nie priamo rodiacim ženám**. Vyplýva to z toho, že hoci formálne v zmysle legislatívy môžu

samostatne odvádzať fyziologické pôrody (vrátane pôrodov, pri ktorých sa vyžadujú epiziotómie – pozri predchádzajúci text),[506] fakticky nemôžu asistovať rodiacim ženám aktívne samy, prípadne nemôžu zasiahnuť, keď s nejakým postupom nesúhlasia.

Ak je to fyziologický pôrod, stačila by tam úplne iba pôrodná asistentka, ktorá v dnešnej dobe sa venuje mamičke viac ako lekár. Pretože ona je tam s ňou celý čas, rozpráva sa s ňou, o pocitoch a všetkom, vie si to pekne vyšetriť, krásne odviesť pôrod [asistovať pri pôrode], *vie si tiež dať lieky* [dať rodiacej žene lieky], *vie si ho aj zmedikovať takisto ako lekár. Škoda, že vlastne my tie kompetencie nemáme… Tak ako mení sa to všetko, ale chcela by som, aby sa to zmenilo ešte troška viac. Aby tie pôrodné asistentky na Slovensku viac mohli, ako môžu. Lebo teoreticky sme len také „poskočky" toho lekára. A keď sa lekár zatne, ako mne sa stalo včera, keď sa doktor zatne …* [rodiaca žena s partnerom] *na vás pozerajú, že pán doktor píše papiere a nejde ku pôrodu, a mamička trpí, naťahujeme čas, tak potom sa snažíte robiť všetko možné, aby sa čo najskôr odrodilo. Čiže viac kompetencií pôrodnej asistentke, to by bolo super na Slovensku.* (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Ak niektoré z respondentiek z radov pôrodných asistentiek uvažovali o zmene svojich súčasných kompetencií, požadovali ich navýšenie – smerom k tomu, aby mohli ženám pri fyziologických pôrodoch asistovať aktívne a samostatne ony –, teda nielen teoreticky v zmysle legislatívy, ako je to v súčasnosti, ale aj v praxi.

[Mali by priznať] *vyššie kompetencie pôrodnej asistentky. To by veľmi pomohlo. Aby nebola len poskočka lekára. Už keď to samostatne študujeme roky, tri roky, musíte mať titul Bc., najnovšie trendy. Vlastne venujeme sa tej žene, a tak nám kompetencie dať. A vlastne aj medikamentózne niektoré lieky podať… V nemocnici aby mala pôrodná asistentka veľkú kompetenciu. Čiže vlastne, keď je s pacientkou, aby sa bála, bože, príde doktor a neviem aký. Doktor je to chlap. Ale my sme ženy. Je to síce doktor, ale žena má vždycky taký ten ostych. A keď je to žena a žena, tak už je to menšie. Že dať tej pôrodnej asistentke väčšie kompetencie, aby ona mohla s tou ženou v pohodičke narábať* [samostatne asistovať žene pri pôrode]. *A nie, že my stále čakáme za doktorom, doktor toto a hento. Ten má náladičku takú alebo takú. Vážne, keby sa toto na Slovensku zmenilo, tak by bolo lepšie, lepšie by to bolo. Volať lekára len k akútnemu stavu, čo si myslíte o tom, vtedy a vtedy.* (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Jedna pôrodná asistentka, s ktorou sme realizovali rozhovor, nám opísala zmenu v obsahu svojej súčasnej pozície: v nemocnici, v ktorej pracuje, pôrodné asistentky môžu samy asistovať ženám pri fyziologických pôrodoch. K tejto zmene došlo po vzájomnej diskusii zdravotníckeho personálu.

Že môžem robiť to, čo som študovala a čo som chcela robiť, hej? Že nemusím len, s prepáčením, klystíre dávať. A môžem sa starať fakt o tú ženu a cítiť zodpovednosť. Mňa to napĺňa v podstate, ja by som ani inde robiť nechcela. (Pôrodná asistentka, do 10 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Podľa niektorých pôrodných asistentiek **by posilnenie ich pozície a možností asistovať počas pôrodu v plnej miere pomohlo i zlepšiť starostlivosť o samotnú rodiacu ženu**.

A hlavne to, že aby sa pôrodné asistentky dostali naspäť k pôrodom. Lebo u nás to prevzali absolútne lekári. A ja chápem aj lekára, ktorý je na celú budovu, sú tam dvaja u nás a lietajú hore-dole, pohotovosť, oddelenie, pôrodná sála… Takže nemajú ani oni priestor sa venovať rodiacej žene.

[506] Pozri tamtiež, § 4 ods. 3 písm. f).

Však ja to beriem, v pohode, ale prečo potom musia byť silou-mocou pri každom pôrode, ak je všetko v pohode? Samozrejme, som zástancom toho, že lekár musí byť pri patológii. Ale nemusí byť pri fyziológii. (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Postoje a diskusia o úlohe pôrodných asistentiek počas pôrodu však neboli jednoznačné. Ako vyplynulo z rozhovorov, **niektoré pôrodné asistentky sa bránili prebratiu aktívnej roly primárnych a samostatných poskytovateliek** zdravotnej starostlivosti ženám počas fyziologického pôrodu zo strachu z možných problémov a zodpovednosti. Hoci tieto potenciálne problémy neboli v rozhovoroch respondentkami špecifikované, všeobecne je možné poznamenať, že v systéme poskytovania pôrodnej starostlivosti, kde sú pôrodné asistentky kapacitne preťažené, **by mal byť presun kompetencií a zodpovedností sprevádzaný aj garanciami, že tieto zodpovednosti môžu byť efektívne realizované aj v praxi** (z kapacitného hľadiska, ale aj z hľadiska dostatočnej odbornej aj praktickej prípravy a systému supervízie, a tiež z hľadiska adekvátneho odmeňovania). Ďalšou podmienkou na nesenie zodpovednosti je nepochybne aj jasné vymedzenie zodpovedností na konkrétnych pracoviskách a v konkrétnych prípadoch – ktorého neexistencia môže byť v kontexte neexistencie štandardov poskytovania pôrodnej starostlivosti (na úrovni štátu, ale aj na úrovni jednotlivých nemocníc) takisto reálnou bariérou pre efektívne preberanie a nesenie zodpovednosti na strane pôrodných asistentiek.

Aj v prípade nemocnice, kde pôrodné asistentky môžu plne asistovať a sprevádzať ženu pri pôrode, zostáva podľa našej respondentky právna zodpovednosť formálne na lekárovi, lekárke.

3.4.1.6. Reflexia vzťahu pôrodníkov/pôrodníčok a pôrodných asistentiek

Reflexia vzájomného vzťahu a spolupráce medzi pôrodníkmi/pôrodníčkami a pôrodnými asistentkami bola v rozhovoroch pomerne kritická. Z naratívov vyplýva, že **medzi lekárskym personálom a pôrodnými asistentkami dochádza k mocenským konfliktom** vyplývajúcim z nerovnocenného postavenia.

Pôrodné asistentky kriticky vnímali, keď na ne lekári presúvali zodpovednosť – napríklad za informovanie rodiacich žien.

No, kvázi my [preberáme zodpovednosť informovať]. *Máme lekára, ale ten dá súhlas* [formulár informovaného súhlasu] *len vytlačiť. Však dajte jej to podpísať s vašimi papiermi, a pritom jej to má dať podpísať on. Ale tak viem, že keď to nedám podpísať ja, tak to nedá podpísať on. A zase je tam potom problém a sa to hromadí. Že už sa snažím to ja tej pacientke vysvetliť, aj keď viem, že by som to nemala. Ale snažím sa jej to vysvetliť. Aby to vlastne potom nám právne prešlo. A potom, keď to nie je podpísané, zase je to zle.* (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

> V zmysle zákona o zdravotnej starostlivosti poskytuje tzv. poučenie pred získaním informovaného súhlasu ošetrujúci zdravotnícky pracovník.[507] Znamená to teda, že všetky informácie potrebné na to, aby sa prijímateľky či prijímatelia zdravotnej starostlivosti mohli slobodne a informovane rozhodovať o prijímaní tejto starostlivosti, poskytuje **zdravotnícky pracovník alebo pracovníčka, ktorá predmetnú zdravotnú starostlivosť**

[507] Pozri zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, § 6 ods. 1.

konkrétnej žene poskytuje. Pôrodné asistentky sú teda v princípe oprávnené a pri úkonoch zdravotnej starostlivosti, ktoré vykonávajú ony samy, aj povinné poskytovať rodiacim ženám potrebné informácie pred získavaním informovaného súhlasu s jednotlivými intervenciami a postupmi.

Ak vychádzame z toho, že **informované rozhodovanie sa, resp. informovaný súhlas nie je papier, ale proces neustálej interakcie a komunikácie medzi zdravotníckym personálom a prijímateľkami pôrodnej starostlivosti** (a osoba, ktorá informovaný súhlas poskytla, ho môže aj kedykoľvek slobodne odvolať), **potom informácie s cieľom získavania informovaného súhlasu musí aj logicky poskytovať osoba, ktorá zdravotnú starostlivosť aktuálne poskytuje**. To, samozrejme, neznamená, že by pôrodné asistentky, ale aj lekári a lekárky nemohli a nemali poskytovať potrebné informácie v predstihu aj v rámci prípravy na pôrod (ideálne ešte predtým, než sa žena dostaví do pôrodnice s rozbehnutým alebo v najbližších dňoch očakávaným pôrodom). Znamená to však, že počas samotného pôrodu musí interakciu a komunikáciu, ktorá predchádza informovanému rozhodovaniu sa, resp. ktorá toto rozhodovanie sa sprevádza – vrátane získavania samotného súhlasu, realizovať osoba, ktorá zdravotnú starostlivosť aj reálne poskytuje. Iba takýto typ interakcie a komunikácie je totiž spôsobilý zabezpečiť, že budú splnené potrebné zákonné náležitosti pre platnosť informovaného súhlasu.

Niektoré respondentky – **pôrodné asistentky** – v rozhovoroch **zdôrazňovali pociťovaný nerovný vzťah medzi pôrodníkmi a pôrodníčkami a pôrodnými asistentkami a možné konflikty** v rámci tohto vzťahu. Jedna z pôrodných asistentiek sa v rozhovore vyjadrila, že sa cíti byť lekármi nerešpektovaná a aj z tohto dôvodu sa vedome vyhýba spoločným akciám a podujatiam.

(V: Ako by ste opísali vzťahy u Vás na pracovisku?) R: *Medzi nami sestričkami v pohode… Ale ten vzťah s nami, nehovorím, že všetci, ktorí slúžime, ja* [pôrodníkov] *nemusím, pretože oni sa neraz k nám chovajú neprimerane.* (V: Neprimerane v zmysle, že vás nerešpektujú?) *Nerešpektujú, nemajú nás za nič. To sú typy… nie všetci, to ja nehovorím, ale oni sú zvyknutí, tí naši doktori, že všetko – všetko im my sestry robíme, aj čo sa týka anamnéz. To lekár má urobiť a všetko, všetko chodia za nami a oni si nevedia ani poliať pacientku, keď ju idú vyšetriť. Oni stále nás, aj k tomu sonu… Oni bez nás nič neurobia. A nevážia si nás. Ja ich nemusím, ja som k nim slušná, všetko odtiaľ potiaľ, ale… Ja som aj povedala, že ja na žiadne takéto akcie, kde sú aj lekári, nechodím, ja sa tam necítim dobre. Ja nie som zvedavá na niekoho, ktorý je arogantný a ktorý ťa za nič nemá.* (Pôrodná asistentka, nad 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

V tomto kontexte viaceré z pôrodných asistentiek upozornili, popri skutočnosti, že vykonávajú všetky práce podľa potreby vrátane tých, na ktoré sú prekvalifikované, aj na bohaté a dlhoročné skúsenosti pôrodných asistentiek, ktoré sú aj napriek týmto skúsenostiam **hierarchicky podriadené pôrodníkom bez ohľadu na dĺžku ich lekárskej praxe** (a teda i mladším lekárom bez praxe).

Ak nerátam tie papierovačky, lebo tie sa musia a musia sa všade, tak potom je to[u] [náplňou práce] *u nás všetko: … od sanitára, upratovačky až po pôrodnú asistentku. Čo je treba. Ak tam nie je lekár, že má niečo akútne, tak aj lekára. Ale to je, mám pocit, už všade tak. … Mne skôr ten prístup vadil… Veľakrát, keď dôjde mladý lekár, mal by ich* [pôrodné asistentky] *prosiť, aby ho učili. Lebo to sú fantastické skúsenosti. A oni naozaj vedia veci, ktoré, dúfam, že raz budem vedieť. Na toto by sa nikdy nemalo zabúdať.* (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Ako sa ukázalo z výskumu, **aj keď je spolupráca lekárskeho personálu a pôrodných asistentiek nevyhnutná, pôrodné asistentky sa často cítia v práci lekármi a lekárkami nedocenené**. Nie sú napríklad prizývané na pravidelné porady o jednotlivých ženách a o prípadných komplikáciách, vykonávajú zväčša asistujúce úkony, nemôžu samy asistovať žene počas celého priebehu pôrodu, prípadne nesúhlasiť s postupmi lekára/lekárky. Zároveň kriticky vnímali svoju pracovnú náplň, ktorá v niektorých prípadoch zahŕňala veľa administratívy, ako aj prídavné povinnosti v gynekologickej ambulancii a následne na pôrodníckom oddelení.

[Kapacity pôrodných asistentiek sú] … *nedostatočné. Viem v tom smere povedať, že my máme tri ambulancie vlastne a robíme tam aj pôrodnicu, aj gynekológiu. Cez deň je sestrička gynekológie na gynekológii a ja som pôrodnícka na pôrodnicu. Ale, samozrejme, keď z ambulancie sestra nie je prítomná, tak tá gynekologická prechádza na tú ambulanciu, a tým pádom mne zostáva aj gynekológia, aj pôrodnica.* (Pôrodná asistentka, nad 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Z pohľadu lekárov a lekárok nebola vzájomná spolupráca a komunikácia s pôrodnými asistentkami vnímaná kriticky. Navzájom oddelené pôsobenie lekárov, lekárok a pôrodných asistentiek na pracovisku sa odrážalo napríklad v opisovaní riešenia a prístupu k rodiacim ženám, ale i v opise práce na oddelení – **podľa naratívov svoje aktivity, konzultácie a diskusie vykonávali zvlášť pôrodníci a pôrodníčky a zvlášť pôrodné asistentky**. Zároveň lekárom a lekárkam často splývali kompetencie zdravotných sestier a pôrodných asistentiek, respektíve im splývali zdravotné sestry a pôrodné asistentky samotné.

No to presne neviem, to sú zase sestry a nie všetky sú pôrodné asistentky, to presne ani neviem, ktoré sú a ktoré nie sú. Tie, ktoré sú na pôrodnej sále, tie sú všetky pôrodné asistentky, ale aj tam sa striedajú – sú na pôrodnej sále, potom idú na nejaký čas na oddelenie gynekologicko-pôrodnícke, takže toto presne neviem. (Lekár po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

3.4.2. Pracovný čas ako podstatný aspekt organizácie práce v pôrodnici

Pracovný čas zdravotníckeho personálu na pôrodníckom oddelení je špecificky organizovaný, a to inak u lekárov a lekárok a inak u pôrodných asistentiek.

U pôrodníkov a pôrodníčok, ktoré sa zúčastnili nášho výskumu, sa rozlišovalo medzi bežným pracovným časom a službou. **Bežný pracovný osemhodinový čas** v jednotlivých pracovných dňoch na oddelení zväčša trval od 7.00 hodiny rannej do 15.00, resp. do 15.30 hodiny poobede a platil pre všetkých pôrodníkov a pôrodníčky. **Ak mal však lekár alebo lekárka službu, ich pracovný čas pokračoval až do ďalšieho rána** – čiže zostávali na oddelení zväčša 24 hodín.

My ako lekári máme 24-hodinovú službu – od jedného rána do ďalšieho rána. V ostatné pracovné dni sme bežne od rána do tretej. Ten kolektív je tam vtedy 13 – 15 ľudí. Väčšinou menej, lebo tí dvaja sú zväčša po službe, alebo keď má niekto dovolenku, takže nás je menej – ale tých desať nás asi je. (Lekár po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Podľa opisu jednej respondentky a jedného respondenta sa stávalo i to, že **lekár či lekárka po službe zostávali na oddelení viac ako 24 hodín**, a to v prípade, ak bol nedostatok zdravotníckeho personálu. Možno predpokladať, že takáto dlhá nepretržitá prítomnosť v práci a z nej vyplývajúca nevyspatosť a preťaženosť mohla následne ovplyvňovať aj komunikáciu dotknutých lekárov a lekárok s rodiacimi ženami.

Potom nastáva služba do rána do siedmej hodiny… A potom pokračuje v práci znovu do tej pätnástej hodiny oficiálne. S tým, že, samozrejme, ono dá sa dohodnúť. Zasa to záleží od vedúceho pracovníka, od pána primára, že, povedzme, keď je tej práce menej, tak lekár, ktorý je po tej službe, tak má možnosť ísť skôr domov. No ale to už je na takej dohode. Či ide domov o desiatej, alebo o dvanástej, záleží to od toho aktuálneho stavu. A ak je veľa práce, nejaké komplikácie sú, problémy, tak tu musí byť… (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Keď nás bolo hodne málo a skutočne sa robilo od nevidím do nevidím. Dokonca bola doba temna, ja to nazývam, že keď sme mali služby nočné, tak po službe sme ešte zostali v práci. Čiže ja som prišiel v pondelok ráno o siedmej do roboty, bol som v práci, potom som bol v službe do rána a potom som pokračoval do poobedia. (Lekár po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Jednotlivé pôrodnícke oddelenia v rôznych nemocniciach sa líšili vzhľadom na organizáciu pracovného času a na to, koľko osôb zdravotníckeho personálu zostávalo na oddelení počas denného pracovného času a koľko počas služby. V niektorých nemocniciach to počas služby bol jeden pôrodník alebo pôrodníčka, v iných i viac osôb (2 – 3). Počet lekárov a lekárok v službe by mal podľa respondentov a respondentiek odrážať počet pôrodov, ktoré sa v nemocnici uskutočnia. Pôrodníci a pôrodníčky v službe majú zvyčajne „na príslužbe", „na telefóne" služobne staršieho lekára alebo lekárku. Služby sa striedajú rozlično, opäť to súvisí s organizáciou práce jednotlivých oddelení a počtom pracovníkov a pracovníčok.

Lebo ono je toho celkom dosť, keď máme, povedzme, tých osem-desať lekárov, tak každý je skoro každý tretí deň v službe alebo po službe. Častokrát sa stáva, že pomáhajú aj ambulantní gynekológovia, ktorí normálne takto nepracujú na oddelení. Majú súkromné ambulancie inde. Tak prídu vypomôcť a zoberú také dve-tri služby. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Pôrodníci a pôrodníčky v službe majú pridelené rozličné kompetencie v rámci oddelenia a každý/každá má na starosti iné pracovné úlohy.

A potom tam normálne zostávajú dvaja lekári – neatestovaný a atestovaný… Neatestovaný lekár mal pôrodnicu plus urgentný príjem, keď niečo bolo. A starší mal oddelenie plus dozor nad pôrodmi. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Jeden lekár má čisto na starosti pôrodný sál, jeden lekár má na starosti ambulanciu, lebo tam chodia také bolesti brucha a takéto veci, plus nejaké oddelenie. A potom je tu vedúci lekár, vedúci služby, ktorý tiež má niečo na oddelení – pacientku po operácii napríklad a rieši problémy. (Lekár po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

U pôrodných asistentiek je organizácia pracovného času odlišná. **Pôrodné asistentky sa striedajú v 12-hodinových intervaloch**, pričom po dvoch dňoch, resp. dvoch službách (dennej a nočnej) majú dva dni voľno.

Keď je nás plný počet, že nikto nemá dovolenku alebo pé-en, tak slúžime deň – noc a po nočnej voľno, čiže po nočnej dva dni voľno… Čiže včera som bola po nočnej, dnes mám voľno, zajtra mám voľno. V utorok idem do dennej, v stredu mám noc… (Pôrodná asistentka, nad 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

No, my máme služby tak, že máme dennú, druhý deň nočnú a potom dva dni voľno a dennú, nočnú a voľno. Takže tak sa striedame. (Pôrodná asistentka, do 10 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

3.4.3. Zhrnutie

Kapitola načrtla, akú úlohu majú pôrodné asistentky pri pôrodoch na Slovensku a ako vyzerá celková organizácia práce v pôrodnici vrátane hierarchií medzi členkami a členmi zdravotníckeho personálu.

Pôrodnú starostlivosť poskytovali aj na Slovensku pôvodne ženy – pôrodné asistentky. Po socialistickej reforme zdravotníctva však bola postupne posilnená pozícia gynekológov, gynekologičiek, pôrodníkov a pôrodníčok. Dôsledkom toho **sa stali pôrodné asistentky zdravotnými sestrami, ktoré sa v rámci zdravotníckej hierarchie stali podriadenými lekárom a lekárkam**. Z hľadiska hierarchie na pracovisku najväčšiu zodpovednosť nesie primár/primárka oddelenia. Pôrodníci a pôrodníčky bez atestácie sú podriadení starším pôrodníkom a pôrodníčkam s atestáciou a pôrodné asistentky sú podriadené všetkým lekárom a lekárkam. Tieto **hierarchie sa následne odrážajú aj v rozhodovacích procesoch vrátane tých počas pôrodov a premietajú sa i do mocenských konfliktov medzi lekárskym personálom a pôrodnými asistentkami**. Aj keď je spolupráca lekárov a lekárok a pôrodných asistentiek nevyhnutná, pôrodné asistentky **sa často cítia v práci lekármi nedocenené**. Napriek ich pozícii v radoch zdravotníckeho personálu sú pôrodné asistentky aj naďalej tými, ktoré počas pôrodu trávia so ženami najviac času.

Pôrodné asistentky **vykonávajú pomerne širokú škálu činností** a aj z výskumných dát, ktoré sme získali počas kvalitatívneho výskumu, vyplýva, že **súčasná náplň a organizácia práce pôrodné asistentky veľmi preťažuje**. Ich časté pracovné preťaženie a „vyhorenie" je spôsobené aj tým, že ich stavy sú v slovenských pôrodniciach poddimenzované.

Pokiaľ ide o **pracovný čas**, ten je na pôrodníckom oddelení **organizovaný špecificky**, a to inak u lekárov a lekárok a inak u pôrodných asistentiek. **Lekári a lekárky rozlišovali medzi bežným, 8-hodinovým pracovným časom a službou**, ktorá bezprostredne nadväzuje na pracovnú smenu a trvá až do ďalšieho rána. V niektorých prípadoch potom lekárka alebo lekár opätovne pokračujú s bežnou pracovnou smenou. V tomto ohľade sa však jednotlivé pôrodnícke oddelenia na Slovensku líšili. Líšili sa aj počty osôb, ktoré zostávali počas dňa a počas služby na oddelení. Ako vyplynulo z výskumu, **pôrodné asistentky sa striedajú v 12-hodinových časových intervaloch, pričom po dvoch dňoch, resp. dvoch službách** (dennej a nočnej) **majú dva dni voľno**.

Na záver možno zhrnúť, že **ako jedno z možných východísk pre riešenie súčasnej situácie súvisiacej s postavením a preťažením pôrodných asistentiek, ale zároveň aj pre zabezpečenie lepšej starostlivosti o rodiace ženy videl zdravotnícky personál možnosť opätovného posilnenia postavenia pôrodných asistentiek** v procese sprevádzania žien pri fyziologickom pôrode. Možnosť zmeny teda vnímal v zmene systému pôrodnej starostlivosti tak, aby pôrodné asistentky mohli pri fyziologických pôrodoch ženám asistovať aktívne a samostatne a mali zároveň aj posilnené kompetencie.

3.5. Reflexie zdravotníckeho personálu o poskytovanej pôrodnej starostlivosti: potrebné zmeny, silné stránky a nositeľky a nositelia budúcej zmeny

Medzi pôrodníkmi, pôrodníčkami a pôrodnými asistentkami panovala zhoda v tom, že niektoré aspekty súčasnej organizácie pôrodnej starostlivosti si vyžadujú zmenu. Zaujímalo nás teda, kde vidia potrebu ďalších širších zmien a čo by zmenili v krátkodobom aj dlhodobom horizonte. Nasledujúca kapitola sa zameriava na tie oblasti, ktoré pôrodné asistentky, pôrodníci a pôrodníčky pomenovali ako pálčivé problémy, ktoré je potrebné riešiť prioritne (ide o najčastejšie identifikované oblasti, nie o všetky diskutované témy). Zároveň sa však vyjadrovali aj k aspektom pôrodnej starostlivosti, ktoré považujú za jej silné stránky. Tiež sa vyjadrovali k otázke, kto by mal byť pri zavádzaní potrebných zmien v oblasti poskytovania pôrodnej starostlivosti ich nositeľom.

3.5.1. Potrebné zmeny v pôrodnej starostlivosti z pohľadu zdravotníckeho personálu

3.5.1.1. Zmeny v početnosti zdravotníckeho personálu, vo vybavení a v priestorovom usporiadaní pôrodníc

Nedostatok zdravotníckeho personálu a celková personálna poddimenzovanosť stála v popredí kritických hlasov z radov členov a členiek zdravotníckeho personálu. Nielen medzi lekármi a lekárkami, hlavne špecificky pre oblasť nočných služieb, ale aj u pôrodných asistentiek by bolo potrebné v krátkodobom horizonte zabezpečiť viac personálu.

Nedostatočný [počet členov a členiek zdravotníckeho tímu]. *Viem to v tom smere povedať. My máme tri ambulancie a robíme tam aj pôrodnicu, aj gynekológiu. Cez deň je sestrička gynekológie na gynekológii a ja som pôrodnícka na pôrodnicu. Ale, samozrejme, keď z ambulancie sestra nie je prítomná, tak tá gynekologická prechádza na tú ambulanciu a tým pádom mne zostáva aj gynekológia, aj pôrodnica.* (Pôrodná asistentka, nad 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

… Určite viac personálu, alebo teda v zmysle pokrytia tých nočných služieb, aby človek, trebárs, bol k tým pacientkam taký, ako by si ony predstavovali. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Jednou z vecí, na ktorú zdravotnícky personál takisto upozorňoval, bola **potreba výmeny niektorých prístrojov alebo technického vybavenia vo všeobecnosti**.

A chýba mi, trebárs, to by bolo úplne úžasné, taká tá miestnosť, kde sú rebriny. Je tam fitlopta, je tam žinenka, je tam strašne veľa tých vecí. A [mesto] *nemocnica na to má priestor. Veď tam sú až štyri tie boxy, štyri čakačky. To by bolo super, keby to z jednej spravia. Neviem, či vôbec niekedy manažment niečo také napadlo. A to by bolo super. Lebo* [mesto] *nemocnica má priestory na to, aby experimentovali s takýmito vecami.* (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Kebyže sme mali troška lepšie zariadenie. Viac možností a takýchto vecí, čo sa týka vybavenia. Taký ten, nie osobne pre mňa, ale pre naše oddelenie, by bol super taký ten inkubátor novorodenecký, ktorý by bol na troška väčšej úrovni, ako my teraz máme. To by bolo úplne super. (Pôrodná asistentka, do 15 rokov praxe, malá pôrodnica)

Pôrodníci a pôrodníčky považovali za **nedostatočné, pokiaľ nemocnica neponúkala možnosť „nadštandardu"**. V tomto kontexte sa však **neobjavil ani jeden komentár zdôrazňujúci potrebu vytvorenia takého štandardu** na pôrodníckom oddelení, ktorý by mal znaky súčasného „nadštandardu" a **poskytoval by ženám základný komfort a súkromie bez toho, aby si zaň museli osobitne priplácať**.

V porovnaní s [inou pôrodnicou] *máme určite tú slabú stránku, že nemáme nadštandardnú pôrodnú sálu, nemáme nadštandardné popôrodné izby. Tam keď prídeš, tam ako keby si prišla do 5-hviezdičkového hotela, tam je to tip-top. Ale zasa cvakáš. Oni hodne vsadili na to, že je tam klientela, ktorá si to zaplatí. A dá sa tam, ak natrafíš na dobrého lekára, tak dá sa fakt veľmi pekne stráviť pôrod a porodiť.* (Lekár pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Za dôležitú súčasť kvalitnej zdravotnej starostlivosti pri pôrode považoval zdravotnícky personál aj **možnosť zabezpečenia súkromia** (aj keď len v niektorej z fáz pôrodu – napríklad na tzv. čakačke alebo na oddelení šestonedelia). Vnímanie toho, čo predstavuje obsah pojmu súkromie, sa však už medzi zdravotníckym personálom a rodiacimi ženami líšilo a niektoré výroky zdravotníckeho personálu dokonca vzbudzovali pochybnosti o jeho snahe súkromie zabezpečiť, resp. miestami až pochybnosti o tom, či zdravotnícky personál obsahu tohto pojmu vôbec rozumie.

To súkromie. Mne sa to strašne páči. Lebo v [inom meste] *na čakačke nesmie byť manžel. Lebo je tam veľa iných žien… Tu ten manžel príde a je s ňou od začiatku až do konca a majú súkromie. Sú v izbe, sú tam kvázi sami dvaja. Áno, veľakrát sú pootvorené dvere, lebo ja ich musím počuť, či je všetko v pohode. Ale sú tam, nikto ich nevyrušuje. Áno, tie dvere sú síce prepojené. Lebo všetky tie izby sú prepojené. Keď sa sestra chce dostať k pacientke, ktorá je na konci, tak prejde cez tú izbu.* (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

3.5.1.2. Zmeny týkajúce sa slobodnej voľby pôrodnej polohy a prítomnosti partnera počas celého pôrodu

Niektoré respondentky a respondenti z radov zdravotníckeho personálu vyjadrili názor o **potrebe poskytovania možnosti rodiť v rôznych pôrodných polohách** okrem všeobecne zaužívanej polohy v ľahu/poloľahu na pôrodnej posteli.

Že pokiaľ príde žena a praje si spontánny pôrod alebo teda tú alternatívnu polohu [t. j. inú polohu ako v ľahu alebo poloľahu na pôrodníckom kresle] *a že je všetko v poriadku, tak že by sa jej vyhovelo.* (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Kebyže chce [žena] *rodiť na štyroch, tak na tom pôrodnom boxe na to nie je priestor. A hovorím, je to fakt škoda. Prečo práve nemocnica … by to neodskúšala, keď máme štyri pôrodné boxy, štyri čakačky, to proste skúšať. Takže je to škoda.* (Pôrodná asistentka, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Viaceré respondentky a respondenti by v pôrodnici radi videli aj **možnosť prítomnosti partnera pri celom procese pôrodu** (i pri cisárskom reze). Súčasné vedenie oddelenia však takéto zmeny nepripravovalo.

[N]*apríklad prečo nemôže ísť partner na operačku? Veď keď sa ja môžem sterilne obliecť, tak aj ten pán sa sterilne oblečie, vidí svoju manželku, tá manželka sa pozerá na neho a je to pre nich lepšie. Je spokojná.* (Pôrodná asistentka, do 15 rokov praxe, malá pôrodnica)

3.5.1.3. Zmeny v prístupe k rodiacim ženám

Kritické hlasy týkajúce sa nedostatku komunikácie, anonymity pôrodníckeho personálu a nedostatku informovania žien z jeho strany **sa prelínali všetkými rozhovormi s rodiacimi ženami**. Ženy vo svojich reflexiách často opisovali, že pôrodníci, pôrodníčky a pôrodné asistentky sa im nepredstavujú.[508]

Z realizovaných rozhovorov s pôrodníkmi a pôrodníčkami vyplýva, že mnohí z nich vnímajú, že **v súčasnosti dochádza k stretom medzi prístupmi založenými na predchádzajúcej generácii medicínskych postupov a poznatkov a na mocenskom vzťahu pôrodníckeho systému k rodiacim ženám a prístupmi založenými na rešpekte** k rodiacim ženám. To sa odráža aj v niektorých snahách meniť správanie k rodiacim ženám. Niektorí pôrodníci a pôrodníčky napríklad reflektovali, že sa **mení spôsob komunikácie medzi zdravotníckym personálom a rodiacimi ženami**.

Druhá vec je, že ten personál sa k nim správa milšie. Možno to vyznie dosť zle, ale viete, ako to myslím. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Viacerí však reflektovali **neempatické správanie sa niektorých členov alebo členiek zdravotníckeho personálu** a ich komunikáciu smerom k rodiacim ženám.

Ten ľudský prístup chýba v niektorých situáciách. Úplne byť človekom a vžiť sa do situácie, že keby som tam bol, čo by sa dialo, keby som tam ležal ja. Podľa mňa také… No niektorí chlapi lekári majú málo empatie. Ale stretla som sa aj so ženou, ktorá … rodila všetko [vedela asistovať pri všetkých pôrodoch], *ale keď šila, tak bola tá lekárka strašná. A „nemôže vás to bolieť…"*[509] (Pôrodná asistentka, do 15 rokov praxe, malá pôrodnica)

No, niekedy to správanie pôrodných asistentiek, lebo, hovorím, sú také, ktoré mám rád a s ktorými aj ja rád spolupracujem, aj sa na nich spoľahnem. A sú také, ktoré sú niekedy oprsklé – to by sa dalo zlepšiť. (Lekár po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Za problematické viacerí respondenti a respondentky z radov zdravotníckeho personálu označovali najmä **nerovný spôsob komunikácie s rodiacimi ženami, nerovnocenné nastavenie vzťahov v zdravotníckom systéme a následne vytvorenú vzájomnú nedôveru**. Jeden z respondentov zdôraznil práve nerovný prístup v komunikácii zdravotníckeho personálu s rodiacimi ženami, ktorý je obsiahnutý jednak v používaní medicínskych výrazov, ktorým žena nerozumie, ale i v spôsobe reči a absencii partnerského informovania.

Ďalšia vec, keď [lekár] *komunikuje s pacientkou – ako keby to bolo na nejaký povel. Čiže nie ako so seberovným človekom, akože je to človek, ale pacientka. Mne už to slovo pacientka nejde. Nie pacientka, to je proste môj partner na rozhovor a ona má nejaký problém, v tomto prípade pôrod, alebo niečo iné. A ja z nej musím dostať, keď mi verí, maximálne informácie. Lebo keď mi neverí,*

---

[508] Pozri DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 85 – 92, 103 a 163.

[509] Šitiu pôrodných poranení a porušovaniu ľudských práv žien počas tohto druhu zákroku sa budeme venovať v osobitnom publikačnom výstupe.

tak sa bojí a nepovie mi všetko… A toto sú také veci, ktoré sú tak zakonzervované tu na Slovensku… (Lekár po atestácii, vedúci pracovník, viac ako 15 rokov praxe, veľká pôrodnica)

K žiaducim zmenám v oblasti komunikácie spadá aj niektorými pôrodníkmi a pôrodníčkami artikulovaná **potreba zavádzania pravidla predstavovať sa rodiacim ženám, adekvátne komunikovať či ženy informovať**.

Podáte ruku a predstavíte sa… To je prvé, čo človek zistí, že veď to nie je žiadna anonymná osoba, ale je to doktor, pán XY, a ten alebo tá sa mi tuto bude venovať… Lebo najhoršie je, si predstavte, že vy ste v tej posteli a prídu dáki a niečo si tam medzi sebou mrmlú. Najlepšie ešte po latinsky a vy tam sedíte a kukáte, oni odídu. Manžel vám volá, že čo ti povedali, a vy mu poviete len „neviem"… To proste nejde. A to sú také detaily, čo nestoja peniaze. (Lekár po atestácii, vedúci pracovník, viac ako 15 rokov praxe, veľká pôrodnica)

Pôrodníci a pôrodníčky v niektorých prípadoch opisovali aj **potrebu zmeny smerom k individuálnemu prístupu k rodiacim ženám**. Podľa niektorých názorov by sa mali rešpektovať priania žien – pričom názory o potrebe rešpektovať priania žien zároveň nepriamo potvrdzujú, že sa tak v súčasnosti nedeje.

Ja si myslím, alebo teda tak v budúcnosti, keď už si budem môcť o všetkom rozhodnúť, že by ten prístup k tým rodičkám, aby bol taký individuálny. Že pokiaľ príde žena a praje si spontánny pôrod alebo teda tú alternatívnu polohu a že je všetko v poriadku, tak že by sa jej vyhovelo. A zas chodia ženy, ktoré, povedzme, chcú pôrod naprogramovať, že ho chcú na ten dátum a dá sa to, že sú tie podmienky splnené na vyvolanie pôrodu a urobenie programovaného pôrodu, tak áno, vyhovieť jej, prečo nie. S tým, že ako aj na tú našu ochranu ako zdravotníkov, malo by to byť všetko zdokumentované, podpísané, o čom bola rodička poučená, čo si ona praje, čo sme jej my navrhli. No a taký väčší individuálny prístup. Dať ten oxytocín, keď treba, alebo keď si to praje, a nie tak paušálne. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Jedna pôrodná asistentka zase zdôraznila, že s pôrodom v nemocnici je spojených **priveľa zákazov pre ženu** (zákaz prítomnosti partnera pri cisárskom reze, zákaz vstupu rodinných príslušníkov na šestonedelie…). Podľa nej sa aj preto z pôrodu v nemocnici stáva pre ženy akýsi „strašiak".

Takže trošku viac ľudskosti do tohto sveta pôrodníckeho. Aby ženy precítili, že pôrod nie je boj alebo nutnosť, strašidlo, ale že je to prirodzené. (Pôrodná asistentka, do 15 rokov praxe, malá pôrodnica)

K informovaniu žien a komunikácii s nimi bližšie pozri kapitoly 3.2.4., 3.2.5. a 3.2.6.

3.5.2. Silné stránky poskytovanej pôrodnej starostlivosti vo vnímaní pôrodníkov, pôrodníčok a pôrodných asistentiek

Do výskumnej vzorky boli zaradení pôrodníci, pôrodníčky a pôrodné asistentky z rôznych častí Slovenska, ktorí pracovali v nemocniciach s rozličnými počtami pôrodov ročne. Práve v kontexte vlastnej skúsenosti sa medzi nimi líšil pohľad na výhody či nevýhody pôrodnice vzhľadom na jej veľkosť a počet uskutočnených pôrodov. **Respondenti a respondentky pracujúci v menších pôrodniciach oceňovali osobnejší prístup k ženám a čas venovať sa im vzhľadom na nižší počet pôrodov**.

V poslednom období sme viac vyhľadávaní nielen z okolia, ale aj zo širšieho okolia. Chodia za nami mamičky za svojím lekárom… Sme malá nemocnica, troška rodinnejšia. Máme asi 18 lôžok na pôrodnici, gynekológiu neviem presne. Máme novorodenecké hneď vedľa, je to také maličké, malé, útulné. Takže asi tak… Chodia ženy k nám kvôli tomu, lebo sa môžeme tej pacientke venovať. Ak je relatívny kľud a ja mám len jednu alebo dve pacientky pred pôrodom, tak môžem sa im krásne venovať, tak ja sa im venujem. Čo si myslím, že v tých väčších nemocniciach nemôžu… Čiže ja mám na tú pacientku trošku viac času ako tie väčšie nemocnice. (Pôrodná asistentka, do 15 rokov praxe, malá pôrodnica)

Na druhej strane niektorí respondenti a respondentky **vyzdvihovali kvality väčších pôrodníc (ak v nich pracovali) pred menšími pôrodnicami** – nie však z pohľadu možností osobnejšieho prístupu a možností viac sa venovať rodiacim ženám, ale **najmä vzhľadom na vybavenie a schopnosť personálu reagovať v krízových situáciách**.

Patríme k tým väčším pôrodniciam. A určite je to dobrá informácia pre vás – malé pôrodnice síce sú malé, domácke, síce sú zaujímavé pre tie rodičky, že majú pocit, že keď je to malé, tak je to také útulnejšie, nie je to také masové. Ale sú akoby nebezpečnejšie. Samozrejme, pôrod je v zásade fyziologická vec a drvivá väčšina pôrodov prebieha bez komplikácií a teoreticky by sa mohli aj doma rodiť, lebo sú aj ženy, ktoré by chceli rodiť doma. Drvivá väčšina by mohla porodiť aj doma bez problémov. Ale zase, keď sa niečo udeje, tak veľmi rýchlo treba riešiť tú situáciu a tie malé pôrodnice, dajme tomu, nemajú také kapacity, aby nejakú komplikáciu, ktorá by bola nepredvídateľná, aby ju zvládli. (Lekár po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica).[510]

Lekári a lekárky vo svojich hodnoteniach kládli **najväčší dôraz na kvalifikovanosť zdravotníckeho personálu** v pôrodniciach a v rozhovoroch sa objavilo aj konštatovanie, že rodiace ženy odbornosť personálu nevnímajú. V mnohých naratívoch však **chýbala reflexia prežívania a pocitov žien, snaha o ich pochopenie** a celkovo vnímanie profesionality a odbornosti ako niečoho, čo nespočíva len v odborných medicínskych vedomostiach a zručnostiach, ale čo má základ aj v komunikácii, v rešpektujúcom správaní a celkovo v adekvátnych a pre ženy akceptovateľných interakciách.

Ja si myslím, že my máme na dobrej úrovni našu pôrodnicu, výbornú – tie priestory, moderné vybavenie, čo teda pacientky… Lebo keď ona príde, tak ide na sál a vníma to prostredie, ale ona nevníma personál, aký je personál kvalifikáciou odborný. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

---

[510] Hypotéza väčšej bezpečnosti pôrodníc s vyšším počtom pôrodov oproti pôrodniciam s nižším počtom pôrodov nebola na Slovensku potvrdená ani vyvrátená žiadnou štúdiou. Táto hypotéza sa opiera o predpoklad lepšieho personálneho a materiálneho zabezpečenia väčších pôrodníc. Zatiaľ najpodrobnejšia analýza stavu slovenských pôrodníc pochádza z roku 2011 (publikovaná v roku 2013) a uvádza informácie o vybraných ukazovateľoch za všetky nemocnice. Údaje boli získané dotazníkovou metódou a dotazníky vypĺňali jednotliví riadiaci pracovníci a pracovníčky pôrodníckych oddelení v SR. Autori a autorky analýzy poukázali na nejednotné vykazovanie niektorých údajov – ako je napríklad početnosť personálu pracujúceho v pôrodnici. Analýza síce neskúmala hypotézu väčšej bezpečnosti veľkých pôrodníc oproti malým, avšak poukázala na to, že vo viacerých nemocniciach (bez ohľadu na ich veľkosť) je nedostatočné ako personálne, tak aj technické zabezpečenie. Pre viac informácií pozri: KORBEĽ, M. – KOSIBOVÁ, Z. – BOROVSKÝ, M. – DANKO, J. – KAŠČÁK, P. – RUSNÁK, I. – NIŽŇANSKÁ, Z. – KRIŠTÚFKOVÁ, A.: Regionálna analýza pôrodníc v Slovenskej republike I. (pôrodnícka časť). In: *Gynekológia pre prax*, roč. 11, 2013, č. 1, s. 25 – 34.
Naša predchádzajúca výskumná sonda, ktorej výsledky sú obsiahnuté v publikácii *Ženy – Matky – Telá I*, bola uskutočnená so ženami s pôrodnou skúsenosťou v nemocniciach, ktoré z pohľadu počtu pôrodov, ktoré sa v nich ročne uskutočnia, patrili medzi tie väčšie, resp. najväčšie na Slovensku. Z pohľadu dodržiavania ľudských práv však v nich boli identifikované viaceré závažné zlyhania (tieto zlyhania sú podrobne opísané v uvedenej publikácii a sčasti im je venovaná aj táto publikácia). Argument, resp. hypotéza väčšej „bezpečnosti" väčších pôrodníc teda v tomto kontexte nevyznievajú úplne presvedčivo.

Ďalším atribútom, ktorý ako pozitívny zdôrazňovali lekári a lekárky, bola **snaha o individuálny prístup – aj keď len „aká-taká", „odtiaľ potiaľ", „podľa možností" a „na slovenské pomery"**.

Ja si myslím, že je to ten prístup vedúceho pracovníka, pána primára, že je taký individuálny. Snaží sa podľa možností s každým prebrať, keď má nejaký pôrodný plán, keď má nejaké prianie, odtiaľ potiaľ vyjsť v ústrety. To je také, čo sa vidí málo na Slovensku, z toho, čo počúvam od tých starších kolegýň alebo od spolužiačok… Snaha o ten individuálny prístup aspoň aká-taká – na slovenské pomery. Že pokiaľ samozrejme môžeme počkať s vyvolaním pôrodu, tak sa jej vyjde v ústrety. Alebo keď si to predstavuje tak a tak, povedzme bez nejakých tých analgetík a iných látok. Tak ale zasa záleží to aj od toho, kto ju má na zodpovednosti, ktorý lekár a ktorá sestra. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Uvedený citát zároveň jasne ukazuje nedostatočné porozumenie konceptu informovaného súhlasu na strane zdravotníckeho personálu a celkovú podmienenosť napĺňania práv žien ochotou a dobrou vôľou konkrétneho zdravotníckeho pracovníka alebo pracovníčky, resp. vedenia pôrodnice a celkovo „šťastím" na strane rodiacej ženy.

3.5.3. Kto má byť podľa zdravotníckeho personálu nositeľom zmeny

Pôrodníci a pôrodníčky si v rozhovoroch uvedomovali, že **v súčasnosti je pôrodný systém vystavený nielen kritike žien, ale aj širším vonkajším tlakom**. Niektoré z hlasov pôrodníkov a pôrodníčok dávali takýmto kritickým hlasom plnú legitimitu.

Je to také zvláštne, ja si myslím, že kritizujú správne, že to je u nás stále rovnako. Lebo u nás nejaké veľké zmeny sa nediali, aj keď teraz sa niečo menilo, ale, bohužiaľ, nejaký veľký rozdiel nenastal. (Lekár po atestácii, do 15 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Jedna pôrodníčka a jeden pôrodník **apelovali na väčší tlak na zmenu zo strany žien samotných**. Len tlak „zdola" môže podľa nich viesť k zohľadneniu hlasu a potrieb žien v celkovom inštitucionálnom rámci.

A v podstate ja vnímam najlepšiu zmenu odtiaľ, nie zvnútra, čo sa týka lekárov, lebo to je strašne ťažké presadiť to v kolektíve starších atestovaných lekárov. Jednak na vás pozerajú zhora a jednak neatestovaný lekár by mal staršieho počúvať a nevstupovať do konfliktov… A malo by to vychádzať od tých rodičiek. (Lekárka pred atestáciou, do 5 rokov praxe, stredne veľká pôrodnica)

Ak si žiadajú niečo iné dve ženy, napíšu si predpôrodné priania, tak sa nič nedeje, nikto si to ani nevšimne. Ale ak by prišlo dvesto žien a dvesto ženám by dal primár košom, tak už by sme mali o 200 pôrodov menej – a to už by sme pocítili. A to už by bol potom dôvod na zamyslenie. No len to by muselo byť…, ani 200 by ich nemuselo byť. Možno by ich bolo potrebných 50, dajme tomu. Ale proste začal by sa tým zaoberať každý. Takže všetko je v rukách žien podľa môjho názoru. (Lekár pred atestáciou, do 5 rokov praxe, malá pôrodnica)

Hoci je úplne legitímne, aby ženy vyjadrovali svoje priania a potreby, kritizovali súčasný systém a snažili sa o jeho zmenu „zdola" (a tento typ tlaku ženy koniec koncov na Slovensku vyvíjajú už niekoľko rokov), **postavenie žien v tomto systéme, ich možnosti a ich mieru zodpovednosti za zmenu je potrebné vnímať v širších súvislostiach**. Pôrodníci a pôrodníčky v tomto kontexte napríklad **vôbec nereflektovali hierarchické nastavenie systému pôrodnej starostlivosti aj voči**

ženám, osobitnú zraniteľnosť žien počas tehotenstva a obzvlášť počas pôrodu a ďalšie rodové aspekty slovenského pôrodníctva (napríklad fakt, že o jeho podobe stále rozhodujú v prevažujúcej miere muži). **Neuvedomovali si nedostatok variability medzi prístupmi a službami poskytovanými jednotlivými zariadeniami a z toho vyplývajúcu minimálnu šancu pre rodiace ženy dosiahnuť, aby boli ich želania a potreby naplnené** (inými slovami, podobnosť v prístupoch k rodiacim ženám medzi jednotlivými pôrodnicami im prakticky bráni v „nájdení si iného zariadenia", kde by ich priania boli naplnené, a teda v možnosti vytvárať svojím odchodom do iného zariadenia, resp. jeho hrozbou, efektívny tlak na jednotlivé pôrodnice). V takto nastavenom systéme teda možno len veľmi ťažko očakávať silnejší tlak od jednotlivých rodiacich žien, ktoré sú navyše často zastrašené aj mocenským prostredím nemocnice a strachom o svoje zdravie i zdravie dieťaťa. Okrem toho v naratívoch obsiahnuté **názory zdravotníckeho personálu čiastočne načrtávajú aj jeho názorovú roztrieštenosť**, resp. u jednotlivých zdravotníkov a zdravotníčok aj ambivalentnosť – keď **na jednej strane očakáva väčšiu aktivitu od samotných žien a nepriamo tak na ne prenáša zodpovednosť za stav pôrodníctva**, no na druhej strane sa **kriticky vyjadruje vtedy, ak ženy žiadajú informácie, ak si ich samy iniciatívne vyhľadávajú**, ak chcú o svojich pôrodoch rozhodovať alebo ich aspoň ovplyvňovať alebo keď sa všeobecne „príliš aktivizujú".

V kontexte týchto diskusií je tiež dôležité si uvedomovať, že **zdravotnícke zariadenia sú miesta, kam si ženy prichádzajú napĺňať svoje práva, ktoré má nielen teoreticky, ale aj v praxi garantovať štát a všetky subjekty poskytujúce pôrodnú starostlivosť** – teda každá pôrodnica a všetci členovia a členky pôrodníckeho personálu. **Zodpovednosť za naplňanie práv teda spočíva na štáte a jednotlivých subjektoch poskytujúcich pôrodnú starostlivosť** a tieto subjekty by sa nemali alibisticky spoliehať na to, kým si samotné ženy tieto práva vybojujú.[511]

Nik z na našom výskume participujúcich členov a členiek zdravotníckeho personálu vo výpovediach navyše **nijako priamo nereflektoval povinnosť alebo potrebu neustáleho sledovania vedeckého pokroku v oblasti pôrodníctva**. V mnohých prípadoch – a vyplýva to aj z našich doterajších výskumov zdokumentovaných v tejto publikácii a v publikácii *Ženy – Matky – Telá I* – sú pritom uplatňované desiatky rokov staré a prekonané poznatky a postupy. Práve členovia a členky zdravotníckeho personálu však majú byť nositeľmi a nositeľkami zmien z pohľadu prinášania a uplatňovania najnovších vedeckých poznatkov a dobrej praxe a potreba zavádzať ich do praxe by mala vychádzať priamo od nich. Veríme, že sa tak začne diať aj vďaka našej publikácii.

3.5.4. Zhrnutie

Kapitola priblížila, ktoré aspekty súčasnej organizácie pôrodnej starostlivosti si podľa lekárov, lekárok a pôrodných asistentiek vyžadujú zmenu. **Respondenti a respondentky sa celkovo zhodli v tom, že súčasný systém nevyhnutne zmenu potrebuje**, avšak oblasti, ktorých by sa mala zmena týkať, sa v názoroch značne odlišovali. **Zdravotnícky personál v každom prípade reflektoval skôr materiálnu a vonkajšiu stránku organizácie pôrodnej starostlivosti, nie vnútornú a systémovú stránku**.

[511] Bližšie pozri kapitolu 2.3.

Medzi **najpálčivejšie problémy** zdravotnícky personál zaradil **personálnu poddimenzovanosť**, ale aj **materiálne podmienky** na asistovanie pri pôrodoch v nemocniciach vrátane priestorových obmedzení. Podľa iných názorov je **potrebný posun a zmena v oblasti komunikácie zdravotníckeho personálu s rodiacimi ženami**. K žiaducim zmenám v oblasti komunikácie spadá **napríklad potreba „osobnejšieho prístupu"**, ale aj niektorými pôrodníkmi a pôrodníčkami artikulovaná **potreba zavádzania pravidla predstavovať sa rodiacim ženám, adekvátne komunikovať či ženy informovať**. V rozhovoroch tiež zaznelo, že **ženy by mali mať možnosť rodiť v polohách podľa vlastného výberu**, t. j. aj v iných polohách než v zaužívanej polohe v ľahu alebo poloľahu.

Na druhej strane respondenti a respondentky z radov zdravotníckeho personálu **nereflektovali mnohé iné aspekty** poskytovania pôrodnej starostlivosti. V ich naratívoch **chýbala napríklad reflexia prežívania a pocitov žien** a snaha o ich pochopenie **či priama reflexia povinnosti alebo potreby neustáleho sledovania vedeckého pokroku** v oblasti pôrodníctva. Zdravotnícky personál **rovnako nereflektoval potrebu vytvorenia takého štandardu, ktorý by poskytoval ženám základný komfort a súkromie bez toho, aby si zaň museli osobitne priplácať**.

3.6. Ako sa chopiť výzvy alebo Kľúčové princípy v procese zmeny

Slovenské pôrodnice sú nastavené ako patriarchálne inštitúcie s hierarchicky mocenskými pravidlami a často monokratickým charakterom rozhodovania o podobe poskytovanej pôrodnej starostlivosti. Neexistujú štandardy pôrodnej starostlivosti, ktoré by kopírovali poznatky medicíny založenej na dôkazoch a medzinárodne uznávané štandardy pôrodnej starostlivosti. Aj v dôsledku toho sú v pôrodniciach uplatňované desiatky rokov staré a prekonané praktiky a postupy, ktoré sú často vykonávané rutinne a paušálne.

Pôrodníci, pôrodníčky a pôrodné asistentky nedostatočne rozumejú konceptu informovaného súhlasu, a teda nedostatočne reflektujú, že o tom, či jednotlivé úkony zdravotnej starostlivosti budú napokon vykonané alebo nie, majú v zmysle právnych predpisov v konečnom dôsledku rozhodovať rodiace ženy a nie zdravotnícky personál.

V nadväznosti na tieto zistenia chceme rozprúdiť odbornú i širšiu verejnú diskusiu k téme ľudských práv žien pri pôrodoch, ktorej výsledkom, ako veríme, bude pôrodný systém centralizovaný na potreby rodiacich žien a ich detí, ktorý bude na všetkých úrovniach rešpektovať, chrániť a napĺňať ľudské práva.

V procesoch realizácie tohto cieľa bude nevyhnutné paralelne uskutočňovať celú škálu dobre premyslených a vzájomne sa prelínajúcich a dopĺňajúcich krokov. Jedným z nich bude vytvorenie a pravidelné aktualizovanie štandardov poskytovania pôrodnej starostlivosti, ktoré budú postavené na medicíne založenej na dôkazoch a ľudskoprávnych princípoch. Tieto štandardy by mali byť prijaté na úrovni celej krajiny a mali by byť sprevádzané pravidelným monitoringom a auditom všetkých pôrodníc. Súčasťou tohto monitorovania by malo byť aj neustále získavanie spätnej väzby od samotných žien.

V rámci kontinuálneho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok a ich vzdelávania na vysokých školách je potrebné zaviesť vzdelávanie o ľudských právach s podrobným zameraním

sa na vzdelávanie v oblasti ľudských práv žien a reprodukčných práv. V rámci tohto vzdelávania bude potrebné veľmi dôsledne sa zamerať na koncept informovaného súhlasu, resp. informovaného rozhodovania sa samotnými rodiacimi ženami a na tréning jeho uplatňovania v praxi. Tiež bude nevyhnutné, aby súčasťou vzdelávania bolo aj rodové scitlivovanie a vzdelávanie, ktoré bude zamerané na empatickú a efektívnu komunikáciu vrátane komunikácie v urgentných alebo inak záťažových situáciách. Takisto bude potrebné teoretické aj praktické vzdelávanie zdravotníckeho personálu o metódach asistovania pri pôrodoch, ktoré sú mu neznáme, avšak odporúčané na základe medzinárodne uznávaných zdravotníckych štandardov (napr. asistovanie pri pôrodoch v rôznych pôrodných polohách).

Tiež bude potrebné upraviť organizáciu práce v pôrodniciach – napríklad z hľadiska deľby práce a zodpovedností medzi jednotlivými členkami a členmi zdravotníckeho personálu, z hľadiska organizácie pracovného času či z hľadiska personálneho zabezpečenia. Rovnako bude potrebné upraviť priestorové usporiadanie pôrodníc tak, aby rodiacim ženám zabezpečovalo súkromie a chránilo ich intimitu, a doplniť materiálno-technické vybavenie tak, aby zdravotnícky personál mohol vykonávať svoje povolanie v súlade s medicínou založenou na dôkazoch.

Všetky tieto zmeny musia byť koncipované a zavádzané za rovnocennej a demokratickej participácie všetkých zúčastnených skupín – vrátane pôrodných asistentiek a najmä samotných žien. Leitmotívom všetkých diskusií, procesov a zmien musí byť bezpodmienečná snaha centralizovať pôrodnú starostlivosť na rodiace ženy a ich novorodené deti. Z tohto pohľadu musí byť preformátovaný aj koncept „bezpečnosti", ktorý zďaleka nezahŕňa len „bezpečnosť", ako ju v súčasnosti vnímajú pôrodníci a pôrodníčky – t. j. ako objektívny stav, ktorý sa bezprostredne po pôrode do praxe premieta v podobe živého a (relatívne) zdravého dieťaťa a živej a (relatívne zdravej) ženy, resp. ktorý spočíva v schopnosti zdravotníckeho personálu zasahovať pri ním identifikovaných patológiách –, ale ktorý musí zahŕňať aj pocit bezpečia na strane samotných rodiacich žien a reflektovať dlhodobé dopady poskytovanej pôrodnej starostlivosti na práva a fyzické aj duševné zdravie.

Aj v tomto kontexte je zrejmé, že potrebné zmeny a načrtnuté, ale aj ďalšie potrebné procesy nebude možné uskutočniť bez dostatočného množstva kvalitných dát (kvantitatívnych, ale aj kvalitatívnych), ktoré musí zbierať predovšetkým štát, jeho orgány a verejné inštitúcie, ako aj jednotlivé zdravotnícke zariadenia. Práve existencia dát môže napomôcť prijímaniu rozhodnutí, ktoré nebudú postavené na dojmoch a pocitoch oficiálnych autorít majúcich kontrolu nad systémom pôrodníctva, ale ktoré budú reflektovať (aj nateraz nevidené) fakty a súvislosti.

Ani jedna z potrebných zmien sa neudeje bez dostatočného množstva zdrojov rôzneho druhu, finančné a ľudské nevynímajúc. Ich investovanie sa nám všetkým nepochybne čoskoro vráti – a to zďaleka nie iba v ekonomickom zmysle.

Príloha

Výskumný scenár expertného rozhovoru s lekármi, lekárkami a pôrodnými asistentkami o pôrodoch v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku[1]

1) Úvod

(predstavenie účelu rozhovoru, cieľov výskumu, požiadanie o súhlas s realizáciou rozhovoru a s nahrávaním, vysvetlenie spôsobu použitia výskumných zistení, predstavenie sa výskumníčky a respondenta/respondentky)

2) Príprava na povolanie a získavanie informácií

- Nakoľko Vás pripravil vzdelávací systém, podľa Vás, na špecializáciu v oblasti pôrodníctva?
- Odkiaľ/od koho ste v praxi získali najviac potrebných informácií?
- Zaujímate sa aj o novinky, nové trendy v oblasti pôrodníctva? Odkiaľ čerpáte informácie o nových trendoch?

3) Štandardy a príklady dobrej praxe

- Kto určuje štandardy dobrej praxe pri pôrodoch? Vo všeobecnosti na Slovensku a u Vás v nemocnici. Ako hodnotíte tieto postupy, štandardy? Hovoríte na túto tému s kolegami a kolegyňami z nemocnice alebo aj s inými mimo nemocnice – napr. na nejakých spoločných fórach, stretnutiach?

4) Rozhodovanie a konflikty

- Ako riešite problémy, prípadne usmernenia v postupoch?
- Existuje nejaký systém supervízie pri pôrodoch?
- Ak sa niečo nepodarí, prípadne dôjde v uplatňovaných postupoch k chybe, aký je postup, čo sa vtedy deje? Diskutuje sa o tom, deje sa nejaké spoločné vyhodnocovanie?

---

[1] Výskumný scenár bol vzhľadom na publikovanie upravený a krátený. Nosné otázky a časti rozhovoru ostali zachované. Scenár rozhovorov s rodiacimi ženami je uverejnený ako príloha publikácie *Ženy – Matky – Telá I* (pozri DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy–Matky–Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015, s. 169 – 172).

5) Parametre pôrodníc a ich vybavenie

- Ako hodnotíte personálne kapacity z hľadiska kvality (odbornej špecializácie a úrovne) a kvantity?
- Skúste, prosím, priblížiť opisom priestorové možnosti v nemocnici, ktoré sa týkajú pôrodov. Považujete tieto priestory za dostatočné, na úrovni – napríklad v porovnaní s inými pôrodnicami v okolí?
- Ako by ste opísali pracovný kolektív na Vašom pracovisku?
- Stretli ste sa vo Vašej praxi, u kolegov alebo kolegýň, resp. kohokoľvek zo zdravotníckeho tímu s tým, že ste si neboli istý/istá primeranosťou ich postupov? Prípadne ste s nimi nesúhlasili? Ako sa riešia takéto situácie?

6) Podmienky pôrodníc, podmienky práce a intervencie

- Aké sú silné a slabé stránky pôrodov v nemocnici, kde pracujete?
- Ako vnímate priestorové vybavenie/podmienky/zabezpečenie súkromia pre rodiace ženy v nemocnici? Je podľa Vás postačujúce?
- Ako vnímate možnosti práce pre profesionálny personál, zabezpečenie potrieb profesionálneho personálu na výkon práce vrátane prístupu k zvyšovaniu kvalifikácie a ďalšiemu vzdelávaniu?
- Vedeli by ste si v tejto oblasti predstaviť nejaké zlepšenie/úpravy/zmeny, niečo, čo by bolo treba urobiť, aby sa zlepšili podmienky pri pôrodoch pre Vás ako člena/členku zdravotníckeho personálu alebo pre rodiace ženy?
- Opíšte, prosím, v stručnosti, aké úkony počas pôrodu (vaginálneho, nie cisárskym rezom) najčastejšie vykonávate.
- Skúste sa, prosím, vyjadriť k nasledujúcim témam: úkony a spolupráca s rodiacou ženou počas I., II. a III. doby pôrodnej a – možno dodať – kedy je ich vykonanie počas pôrodu adekvátne. (syntetický oxytocín, prepichnutie vaku blán, Kristellerova expresia, epiziotómia, Hammiltonov hmat)
- Šitie pôrodných poranení – skúste, prosím, opísať tento úkon a čo mu predchádza. Ako podľa Vás ženy šitie prežívajú/vnímajú? Do akej miery sa dá podľa Vás bolesť pri šití zmierniť? Ako je možné bolesť zmierniť? Aké sú Vaše skúsenosti?

7) Percepcia rodiacich žien a pôrodov

- Akým spôsobom zvyčajne informujete rodiace ženy o priebehu pôrodu?
- Akým spôsobom získavate súhlas na realizáciu jednotlivých úkonov?
- Ak sa Váš odborný názor líši od názoru rodiacej ženy, od jej prianí, akým spôsobom postupujete?
- Ako si predstavujete ideálnu spoluprácu s rodiacou ženou? Ako podľa Vás vyzerá „dobrý pôrod"? (skúste ho opísať)
- Ako vnímate spoluprácu s rodiacimi ženami? Ako vnímate rodiacu ženu ako pacientku? (meniace sa podoby v čase, problematika „informovaného súhlasu")

- Existujú podľa Vašich skúseností situácie, keď je potrebné podľa Vás pôrod urýchliť/zasiahnuť do jeho priebehu?
- Ako hodnotíte komunikáciu s rodiacimi ženami počas pôrodu?
- Ako hodnotíte komunikáciu so zdravotníckym tímom nemocnice počas pôrodov? (pôrodné asistentky, ďalší lekári a lekárky atď.)
- Aký máte názor na iné pôrodné polohy ako poležiačky a skúsenosti s nimi? Existuje takáto možnosť v nemocnici, kde pracujete?
- Aký máte názor na bezprostredný kontakt koža na kožu rodiacej ženy s novorodencom počas dvoch hodín po pôrode?
- Ako hodnotíte prítomnosť sprevádzajúcich osôb počas pôrodov?
- Aký máte názor na primeranú starostlivosť o ženu a novorodenca v období po pôrode a na možnosti, ktoré Vaša nemocnica v tomto ohľade ponúka?

8) Percepcia postupov a obmedzení pri vykonávaní práce v oblasti pôrodníctva

- Aké obmedzenia vnímate vo Vašej práci? Vidíte nejaké možnosti zlepšenia vo Vašej práci? Aké zmeny sú potrebné?
- Je niečo, čo v súčasnosti vo Vašej práci vnímate ako problém? Ktoré problémy v súčasnosti najviac riešite?

9) Ľudské práva žien pri pôrodoch

- Ako vnímate úroveň dodržiavania ľudských práv pri pôrodoch?
- Nakoľko podľa Vás sú alebo nie sú porušované ľudské práva žien pri pôrodoch?

Ďakujeme za rozhovor.

Záverečné zhrnutie

Ciele publikácie a jej základné črty

Pôrodnice sú jedinými miestami, v ktorých môžu ženy na Slovensku dostať štátom garantovanú pôrodnú starostlivosť. Neexistujú alternatívy napríklad v podobe pôrodných domov vedených pôrodnými asistentkami či oficiálnej a štátom zabezpečovanej pôrodnej starostlivosti v domácom prostredí žien. Pôrodnice však predstavujú pomerne uzatvorené inštitúcie so slabými mechanizmami verejnej a štátnej kontroly, v ktorých rozhodnutia prijímajú a pravidlá určujú ich (prevažne mužské) vedenia a zdravotnícky personál. Aj preto bolo cieľom výskumu, ktorého výsledky prináša táto publikácia, nastaviť zrkadlo inštitucionálnej stránke pôrodnej starostlivosti poskytovanej v nemocniciach na Slovensku.

Publikácia, ktorú predkladáme, zásadným spôsobom rozširuje a prehlbuje naše predchádzajúce zistenia o porušovaní ľudských práv žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku, ako aj o porušovaní medzinárodne uznávaných zdravotníckych štandardov vzťahujúcich sa na pôrodnú starostlivosť (značnú časť týchto zistení sme prezentovali v roku 2015 v publikácii *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*; ďalej ako „*Ženy – Matky – Telá I*"[1]). Táto publikácia sa do veľkej miery opiera o hĺbkové rozhovory s rodiacimi ženami o ich pôrodnej skúsenosti vo vybraných pôrodniciach v SR a o monitoring niektorých aspektov poskytovania pôrodnej starostlivosti, vzťahujúci sa na všetky pôrodnice v SR (zistenia z rozhovorov so ženami a z monitoringu už boli predstavené v publikácii *Ženy – Matky – Telá I*). Zároveň prináša aj perspektívu pôrodníkov, pôrodníčok a pôrodných asistentiek.

Publikácia pozostáva z troch na seba nadväzujúcich kapitol. Prvá kapitola nahliada na pôrody z perspektívy kultúrnej antropológie. Upozorňuje, že pôrod je vždy ukotvený v širšom sociálnom a kultúrnom kontexte a problematizuje aj na Slovensku dominantný naratív vnímania pôrodu ako medicínskej záležitosti, o ktorej relevantné vedomosti spočívajú výlučne v rukách lekárskeho personálu. Druhá kapitola predstavuje základné ľudskoprávne štandardy, ktoré musia byť napĺňané pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti a ktoré sú ukotvené vo vnútroštátnom aj medzinárodnom práve. Táto kapitola zároveň stručne sumarizuje aj konkrétne porušenia ľudských práv žien pri pôrodoch v pôrodniciach na Slovensku opísané v publikácii *Ženy – Matky – Telá I*. Tretia, obsahovo najrozsiahlejšia, kapitola vychádza z nového kvalitatívneho výskumu postaveného na rozhovoroch so zdravotníckym personálom – pôrodníkmi, pôrodníčkami a pôrodnými asistentkami –, pričom nadväzuje na predchádzajúce zistenia z rozhovorov s rodiacimi ženami.

---

[1] DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015. Dostupné aj na: http://odz.sk/wp-content/uploads/Z-M-T_publ_el1_pod_sebou.pdf (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016).

Už publikácia *Ženy – Matky – Telá I* priniesla zistenie, že porušenia ľudských práv žien pri pôrodoch v slovenských nemocniciach nie sú iba výsledkom individuálnych zlyhaní, ale majú výrazne systémový charakter. K systémovému a systematickému porušovaniu ľudských práv žien pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti významne prispieva aj fakt, že symbolická aj reálna moc je na strane zdravotníckeho personálu a nie na strane rodiacich žien. Existenciu a posilňovanie tohto nerovnovážneho vzťahu a porušovania práv majú na svedomí mnohé nastavenia v poskytovaní pôrodnej starostlivosti. Aj preto sme sa pri písaní tejto publikácie a výskume, ktorý jej predchádzal, popri podrobnom opise jednotlivých porušení zamerali aj na celú škálu faktorov podmieňujúcich alebo sprevádzajúcich tieto porušenia. Opisujeme tak viaceré príčiny, súvislosti a mnohé ďalšie systémové aspekty porušovania ľudských práv žien v slovenských pôrodniciach. Medzi opisované a analyzované fenomény patria napríklad vzdelávanie zdravotníckeho personálu, absencia zdravotníckych štandardov pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti na úrovni štátu, mocenské a hierarchické vzťahy medzi personálom, neporozumenie konceptu informovaného súhlasu na strane zdravotníckeho personálu, resp. neporozumenie konceptu ľudských práv celkovo, či organizácia práce v pôrodniciach. V texte poukazujeme aj na vybrané dobré praxe, ktorými sa systém slovenského pôrodníctva môže inšpirovať.

Prehľad a zhrnutie jednotlivých kapitol

1. Pôrod z pohľadu kultúrnej antropológie

Táto kapitola uvádza kľúčové východiská antropológie pôrodu, subdisciplíny odboru kultúrnej antropológie, ktorá skúma kultúrne a sociálne aspekty pôrodu vo viacerých spoločenských i historických kontextoch. Výskumy v tejto oblasti dokazujú, že priebeh a okolnosti pôrodu sa v rôznych spoločnostiach výrazne líšia napriek tomu, že pôrod je univerzálnou súčasťou ženskej fyziológie.

Pôrod je vždy odrazom základných kultúrnych hodnôt a sociálnych procesov, ktoré dominujú v danej spoločnosti. Výskumy amerického a západného pôrodníctva napríklad odhaľujú spoločenskú fascináciu sofistikovanými technológiami, ktorým ľudia prisudzujú vysokú hodnotu, kým tomu, čo má blízko k prírode a nesúvisí s technológiami, sa podsúva hodnota nižšia. Technológie a stroje však fungujú aj ako základná kultúrna metafora. V kontexte západného sveta ju ľudia používajú napríklad na lepšie pochopenie fungovania ľudského tela. V ich uvažovaní je telo čosi ako sofistikovaný stroj, ktorý je predvídateľný, a keď sa pokazí, dá sa opraviť. Karteziánske chápanie ľudského tela stojí na modeli mladého mužského tela s jasnými líniami a predvídateľnými telesnými pochodmi, ktoré lepšie zodpovedá dominantnej metafore stroja. Naproti tomu ženské telo, ktoré má mnoho kriviek a často sa mení napríklad podľa menštruačného cyklu, vyzerá v porovnaní s touto normou nutne ako defektné. V oblasti pôrodníctva sa preto karteziánske chápanie tela nevyhnutne spája s intervencionalistickým postojom k pôrodnému procesu.

Sociálne vedkyne a vedci sa v tejto súvislosti zameriavajú na detailný rozbor symboliky medicínskeho jazyka, ktorý odhaľuje dôležité mocenské nerovnosti medzi lekárskym personálom a rodiacimi ženami i ďalšími prípadnými účastníkmi a účastníčkami pôrodu. Porovnávacie medzikultúrne výskumy v súvislosti s tým upozorňujú, že v technologizovaných pôrodných systémoch sa objavuje jasná tendencia prehliadať skutočnosť, že aj samotná rodiaca žena disponuje istými znalosťami o pôrodnej problematike. Poznanie pôrodníkov a pôrodníčok sa v takom spoločenskom a kultúrnom kontexte definuje ako tzv. autoritatívne poznanie (*authoritative knowledge*). Znamená to, že ich znalosti

a skúsenosti sa považujú za jediné správne a možné a ostatné systémy poznania, ktorými disponujú či už samotné ženy, alebo iné profesie, napríklad pôrodné asistentky či duly, sa automaticky znehodnocujú ako nevierohodné a nesprávne. Pritom nejde o faktickú správnosť daných znalostí, ale oveľa viac záleží na statuse dôveryhodnosti, ktorý sa pripisuje danému poznaniu v rámci komunity alebo sociálnej skupiny.

V tejto súvislosti sa v antropológii pôrodu objavuje otázka, ako vlastne došlo v priebehu histórie k tomu, že daný typ poznania bol ustanovený ako autoritatívny. V tomto bode sa antropologický výskum prelína s historickými výskumami nielen pôrodníctva, ale i babičstva a pôrodnej asistencie. Ukazuje sa, že cesta k víťazstvu moderného pôrodníctva nad sférou rodenia nebola všade rovnaká a nebola ani priamočiara či jednoduchá. Vedci a vedkyne v tejto súvislosti používajú osožný koncept medikalizácie. Ide o proces, v rámci ktorého sa sociálny problém nanovo definuje ako problém medicínsky, ktorý sa následne uchopuje medicínskymi termínmi a rieši sa v oblasti medicíny ako medicínska záležitosť. Pôrod ako prirodzená súčasť ľudskej reprodukcie sa tak v rámci medikalizácie redefinuje ako medicínsky problém, takže nad jeho správnym priebehom logicky dohliadajú lekári a lekárky. Pôrody sa presúvajú do nemocničného prostredia, kde môžu lekári a lekárky vykonávať svoju prácu v prostredí s dobrým technologickým vybavením. Medikalizácia s dôrazom na potenciál lekárskych technológií má nesporný vplyv nielen na to, ako zdravotníctvo pristupuje k pôrodnému procesu a k rodiacim ženám, ale aj na to, ako ženy v modernej spoločnosti vnímajú svoje telá. Negatívnym výsledkom môže byť odcudzenie od svojho telesného prežívania a pôrodnej skúsenosti. Preto sa medikalizácia pôrodu stáva dôležitým terčom kritiky zo strany mnohých žien a ženských hnutí.

Kritika pretechnizovaného pôrodníctva vedie k jeho zmene. Na začiatku 21. storočia sa na scéne objavuje čím ďalej, tým viac nových aktérok a aktérov. Popri renesancii odboru pôrodnej asistencie patria k tým najvýznamnejším napríklad duly. Mení sa aj inštitucionálny kontext poskytovania pôrodnej starostlivosti. Významnú úlohu pri poskytovaní starostlivosti hrajú kultúrne faktory, ovplyvňujúce dianie v pôrodniciach. Antropológia pôrodu skúma v tejto súvislosti kultúrnu špecifickosť jednotlivých zariadení a využíva pri tom napríklad koncept organizačnej kultúry, ktorú možno študovať na viacerých úrovniach. V kapitole ako príklad uvádzame konkrétnu výskumnú štúdiu dvoch českých pôrodníc, ktorá ich analyzuje na troch úrovniach. Na mikroúrovni sa táto analýza zaoberá interakciami medzi jednotlivými členmi a členkami danej organizácie, konkrétne medzi zdravotníckym personálom (pôrodníci, pôrodníčky a pôrodné asistentky), a klientelou (rodiace ženy a ich partneri). Na ďalšej analytickej úrovni – mezoúrovni – analýza skúma napríklad proces profesionalizácie pôrodnej asistencie. Na poslednej – makroúrovni – sa zameriava na širšie spoločenské procesy, ktoré zasahujú do prostredia pôrodníc ako napríklad konzumerizmus či zväčšujúce sa sociálne a ekonomické nerovnosti a ekonomické a politické vplyvy, ktoré zdravotnícky systém transformujú.

2. Ľudské práva ako normatívne východisko, želaný stav a interpretačný rámec pre poskytovanie pôrodnej starostlivosti

Druhá kapitola predstavuje základné medzinárodné a vnútroštátne štandardy ľudských práv žien týkajúce sa poskytovania a prijímania pôrodnej starostlivosti. Zároveň, vychádzajúc z publikácie *Ženy – Matky – Telá I*, sumarizuje spôsoby, akými sú tieto práva porušované v pôrodníckych zariadeniach na Slovensku.

Tehotenstvo, pôrody a pôrodná starostlivosť sa primárne a bezprostredne dotýkajú žien. Zároveň sa dotýkajú ich sexuality a reprodukcie. O právach, ktoré sú spojené s tehotenstvom, pôrodmi a pôrodnou starostlivosťou, teda hovoríme ako o sexuálnych a reprodukčných právach žien. Konkrétnymi dotknutými právami v súvislosti s pôrodmi sú najmä:

- právo na ľudskú dôstojnosť,
- právo na ochranu zdravia, na sexuálne a reprodukčné zdravie a na zdravotnú starostlivosť,
- právo na informácie a informovaný súhlas,
- právo na ochranu súkromného a rodinného života,
- právo na rovnosť a nediskrimináciu,
- právo nebyť podrobená násiliu, mučeniu a inému krutému, neľudskému a ponižujúcemu zaobchádzaniu,
- právo užívať plody vedeckého pokroku a jeho využitia.

V medzinárodnom kontexte relevantnom pre Slovenskú republiku sú tieto práva obsiahnuté v ľudskoprávnych dohovoroch OSN a v dohovoroch Rady Európy a ďalej sú konkretizované jednotlivými výbormi OSN či Európskym súdom pre ľudské práva. Medzinárodné dohovory o ľudských právach majú v zmysle Ústavy SR v zásade prednosť pred zákonmi.

Vo vnútroštátnom meradle sú tieto práva explicitne alebo fakticky obsiahnuté vo viacerých právnych predpisoch rôznych odvetví. Významnými prameňmi sú najmä Ústava SR a zákon o zdravotnej starostlivosti. Relevantné sú však aj iné predpisy, napríklad antidiskriminačný zákon či Občiansky zákonník, ale aj Trestný zákon.

Hlavnú zodpovednosť za rešpektovanie, ochranu a napĺňanie ľudských práv žien pri pôrodoch má štát a jeho orgány. Právnu zodpovednosť však zároveň vždy nesú aj zdravotnícke zariadenia a jednotlivci a jednotlivkyne poskytujúce zdravotnú starostlivosť.

Ako vyplynulo z publikácie *Ženy – Matky – Telá I* a ako potvrdzuje aj táto publikácia, ľudské práva žien pri pôrodoch sú v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku porušované pomerne masívne. Porušované sú všetky uvedené práva.

Ako opisuje publikácia *Ženy – Matky – Telá I*, počas všetkých pôrodných fáz sa na strane zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok objavovali prejavy porušovania práva rodiacich žien na dôstojný a rešpektujúci prístup bez nátlaku, manipulácie a zastrašovania, prejavy zaobchádzania s rodiacimi ženami ako s neautonómnymi objektmi, na ktorých je vykonávaná zdravotná starostlivosť na báze rozhodnutí zdravotníckeho personálu, a prejavy porušovania práva žien na informácie a na informované rozhodovanie sa, po ktorých nasledovali nedovolené zásahy do fyzickej a duševnej integrity žien, napríklad v podobe vykonávaných intervencií. Jednotlivé intervencie a postupy boli navyše často v rozpore s medzinárodne uznávanými zdravotníckymi štandardmi. Zaobchádzanie s rodiacimi ženami v sebe často nieslo prvky fyzického či psychického násilia.

Právo na informácie bolo porušované už vo fáze výberu zdravotníckeho zariadenia. V prípade väčšiny pôrodníc na Slovensku je veľmi ťažké, resp. v mnohých prípadoch až nemožné získať komplexné a dostačujúce informácie o týchto zariadeniach a o postupoch, ktoré sa v nich uplatňujú. Porušovanie práva žien na informácie v súvislosti s jednotlivými poskytovateľmi pôrodnej starostlivosti zákonite vyúsťuje do porušovania ich práva na slobodný výber poskytovateľa.

Porušovanie práva na informácie sa však u jednotlivých rodiacich žien tiahlo celým pôrodným procesom a pretrvávalo od príchodu do pôrodnice až po pobyt na oddelení šestonedelia. Jedným z prejavov tohto porušovania bol fakt, že všetky ženy, ktoré poskytli výskumný rozhovor, po príchode do pôrodnice podpisovali štandardizovaný formulár tzv. informovaného súhlasu bez toho, aby od zdravotníckeho personálu dostali dostatočné a zrozumiteľné sprievodné informácie a aby vedeli, čo podpisujú. Právo na informácie, resp. informovaný súhlas/informované rozhodovanie sa však bolo porušované aj inými spôsobmi, napríklad v súvislosti s vykonávanými intervenciami (napríklad aplikácia kanyly, aplikácia rôznych medikamentov, prepichnutie vaku blán, nástrih hrádze, Kristellerova expresia/tlak na fundus). Tieto intervencie boli podľa vyjadrení rodiacich žien často vykonávané bez ich súhlasu a nezriedka dokonca aj bez ich vedomia alebo proti ich nesúhlasu. O niektorých uskutočnených intervenciách boli ženy informované až dodatočne alebo vôbec.

Aj vo vzťahu k právu na ochranu súkromného a rodinného života dochádzalo k rôznorodým a veľmi početným porušeniam, ktoré sa takisto tiahli všetkými fázami pôrodu a pobytu v pôrodníckom zariadení. Toto porušovanie sa prejavovalo napríklad v organizácii priestoru a nábytku, resp. v organizácii práce v pôrodníckom zariadení (napríklad prítomnosť viacerých žien naraz na tzv. „čakačkách", ale aj nedostatok súkromia v tzv. pôrodných „boxoch"; otočenie pôrodníckych kresiel smerom k dverám alebo do uličky; nemožnosť otcov novorodených detí navštevovať svoje partnerky a deti), ale aj v správaní sa zdravotníckeho personálu (vchádzanie personálu bez klopania; ponechávanie otvorených dverí na miestnostiach, v ktorých ženy rodili; umiestnenie ženy tesne po pôrode na chodbu prístupnú verejnosti prikrytú iba županom a vybavenú misou, do ktorej sa mala vymočiť; prítomnosť neželaných osôb – z hľadiska typu a celkového počtu – v priestoroch, kde sa odohrával pôrod; vyšetrovanie žien počas hromadných vizít nielen za účasti viacerých lekárov a lekárok, ale aj v prítomnosti iných žien). Právo na súkromie bolo porušované aj v bránení ženám slobodne si zvoliť pôrodnú polohu (počas prvej aj druhej doby pôrodnej), ako aj v bránení ženám v budovaní si vzťahovej väzby so svojím novorodeným dieťaťom vrátane absentujúcej podpory nerušeného a nepretržitého kontaktu koža na kožu medzi matkou a dieťaťom bezprostredne po pôrode.

Publikácia *Ženy – Matky – Telá I* rovnako poukázala aj na mnohé prvky násilného a hrubého zaobchádzania s rodiacimi ženami. Medzi jeho prejavy patrilo napríklad neumožňovanie ženám slobodne si zvoliť polohu, ktorá by im vyhovovala a ktorá by im priniesla úľavu od pociťovanej bolesti. Ženy tak boli nútené počas prvej aj druhej pôrodnej doby zotrvávať v pre ne nepohodlnej, nepríjemnej a bolestivej polohe v ľahu, pričom vo výskumných rozhovoroch sme zaznamenali aj vyväzovanie nôh do strmeňov počas druhej doby pôrodnej. Ďalšou z foriem porušovania práva na poskytovanie pôrodnej starostlivosti bez násilia bolo vykonávanie tzv. Kristellerovej expresie/tlaku na fundus. Táto praktika bola pre ženy mimoriadne bolestivá, podľa opisov žien sa vykonávala rutinne a bez predchádzajúcej komunikácie s nimi a často aj bez ich súhlasu. Za formu násilia a krutého a neľudského zaobchádzania možno považovať aj rutinné vykonávanie nástrihov hrádze (epiziotómií), ktorého existenciu naznačujú aj zistenia zo zozbieraných dát. Rovnako sme zaznamenali bolestivé šitie pôrodných poranení, čo je takisto porušením práva na pôrodnú starostlivosť bez násilia, mučenia a krutého, neľudského a ponižujúceho zaobchádzania. V kontexte uvedeného práva sme zaznamenali aj situácie, keď bola ženám rutinne odopieraná možnosť prijímať tekutiny a stravu, a to dokonca aj v čase po pôrode. Za formu násilného a hrubého zaobchádzania možno považovať aj už spomínanú rutinnú separáciu žien a ich novorodených detí, ale aj správanie sa personálu spočívajúce v manipulácii a zastrašovaní žien, posmievaní sa im a spochybňovaní či ignorovaní ich pocitov a prežívanej bolesti.

Niektoré z uplatňovaných postupov a praktík – napríklad spomínané neumožňovanie ženám slobodne si zvoliť pôrodnú polohu či prijímať počas pôrodu tekutiny a jedlo, rutinné vykonávanie

nástrihov hrádze či Kristellerovej expresie/tlaku na fundus, bolestivé šitie pôrodných poranení či rutinná separácia žien a ich novorodených detí – zároveň predstavujú porušovanie medzinárodne uznávaných zdravotníckych štandardov. Nerešpektovanie týchto štandardov predstavuje porušovanie práva užívať plody vedeckého pokroku a jeho využitia.

Okrem toho, že už uvedené a ďalšie porušenia práv pri pôrodoch sú diskriminačné voči všetkým ženám (keďže tehotenstvo a pôrodná starostlivosť sa týkajú výlučne žien), niektoré formy zaobchádzania s rodiacimi ženami boli osobitne diskriminačné voči niektorým skupinám žien. Predovšetkým poplatky za sprevádzajúcu osobu, za epidurálnu analgéziu a za „nadštandardné" pôrodné sály či izby (ktoré ženám na rozdiel od bežného „štandardu" mohli zabezpečiť súkromie) možno považovať za osobitne znevýhodňujúce vo vzťahu k ženám s nízkymi alebo žiadnymi príjmami.

Mnohé z uvedených porušení sú zároveň aj porušeniami práva na zdravie a jeho komponentov – dostupnosti, ekonomickej (finančnej) prístupnosti a prístupnosti bez akejkoľvek diskriminácie, informačnej prístupnosti, akceptovateľnosti a kvality.

3. Prejavy, príčiny, sprievodné znaky a ďalšie systémové aspekty porušovania ľudských práv žien pri pôrodoch v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku – zistenia z hĺbkových rozhovorov so zdravotníckym personálom a so ženami

Východiská, perspektívy, ciele a metodológia výskumu

Hlavným východiskom pri nastavovaní výskumu bol kontext ľudských práv žien. Zložitosť a komplexnosť skúmanej problematiky, akou je zdravotníctvo a v rámci neho špecificky pôrodníctvo, bola mimoriadne veľkou odbornou aj metodologickou výzvou. Pri analýze a interpretácii zozbieraných dát sme museli byť obzvlášť pozorné a obozretné vzhľadom na silnú normalizáciu porušovania ľudských práv pri pôrodoch a tiež vzhľadom na moc a autoritu, ktoré v našej spoločnosti (ale aj v iných spoločnostiach) medicína a lekársky stav všeobecne požívajú. Zvolili sme preto špecifický prístup, ktorý pozostával z postupného „odkrývania" mnohých vrstiev a rozmerov zozbieraných dát. Použili sme pri tom teoretické východiská sociálnych vied, a to sociálnej antropológie (a v rámci nej antropológie pôrodu) a práva. V ich rámci sme využívali aj feministickú kritiku.

Nosným zdrojom dát boli rozhovory so zdravotníckym personálom – s pôrodníkmi, pôrodníčkami a pôrodnými asistentkami. Nadväzovali sme na zistenia z predchádzajúcej výskumnej sondy, t. j. na zistenia z rozhovorov s rodiacimi ženami, a na zistenia z ďalších aktivít ľudskoprávneho monitoringu (tieto zistenia už boli zverejnené v publikácii *Ženy – Matky – Telá I*). Pri analýze a interpretácii dát sme pohľady zainteresovaných aktérov a aktérok, teda rodiacich žien, lekárov, lekárok i pôrodných asistentiek, kombinovali a vzájomne ich porovnávali. Poukazujeme na to, v čom sa líšia, ale aj kde sa stretávajú.

Prvá fáza výskumu, kvalitatívny výskum s rodiacimi ženami o ich pôrodnej skúsenosti v niektorej z pôrodníc v bratislavských okresoch alebo v trnavskom okrese, bola realizovaná metódou hĺbkových semištruktúrovaných rozhovorov v mesiacoch júl a august 2014. Výskumná vzorka pozostávala z 15 žien. Prvá fáza zberu dát tiež spočívala v monitoringu, ktorý prebiehal v mesiacoch júl až

október 2014 a ktorý sa týkal všetkých pôrodníc na Slovensku. Monitoringom sme sa snažili zistiť, aké reálne možnosti majú ženy, ktoré sa chystajú rodiť, ale aj verejnosť všeobecne, získavať informácie od jednotlivých pôrodníc o tom, ako je v nich zabezpečovaná pôrodná starostlivosť a ako sú v nich napĺňané ľudské práva žien. Druhým krokom bol kvalitatívny výskum realizovaný metódou hĺbkových semištruktúrovaných rozhovorov s troma pôrodníkmi, troma pôrodníčkami a štyrmi pôrodnými asistentkami (spolu 10 rozhovorov) o ich pôsobení v niektorom z pôrodníckych zariadení na Slovensku. Rozhovory prebiehali od decembra 2014 do februára 2015. Pri výbere respondentov a respondentiek sme postupovali tak, aby výskumná sonda zohľadňovala hierarchicky rôznorodé pracovné zaradenia, rôznu dĺžku praxe respondentov a respondentiek a aby sme do výskumnej vzorky zahrnuli respondentov a respondentky pracujúce v niektorej z nemocníc východného, stredného i západného Slovenska. Pri zostavovaní výskumnej vzorky sme brali do úvahy aj počet pôrodov uskutočnených na jednotlivých pracoviskách za jeden rok a podľa toho sme jednotlivé pracoviská rozčlenili na „malú pôrodnicu", „stredne veľkú pôrodnicu" a „veľkú pôrodnicu". Z dôvodu ochrany anonymity sme identitu všetkých respondentiek a respondentov dôsledne anonymizovali aj v rámci analýzy. Predpokladali sme totiž, že by v analytickej fáze mohla znalosť identity respondenta či respondentky ovplyvniť interpretáciu zistení a publikovanie ich identity by mohlo mať potenciálne vplyv na ich profesijný alebo súkromný život. Všetky špecifické identifikačné charakteristiky respondentiek a respondentov (meno a priezvisko, miesto, kde daný respondent či respondentka pracovali, presná veľkosť pôrodnice a počet pôrodov ročne, mesto/obec a pod.), či už v prípade rozhovorov s rodiacimi ženami, alebo v prípade členov a členiek zdravotníckeho tímu, poznali iba výskumníčky a tieto informácie nemal k dispozícii ani širší výskumný tím. Širší výskumný tím disponoval iba anonymizovanými prepismi rozhovorov.

V texte pracujeme aj s dostupnými vedeckými dátami o jednotlivých aspektoch pôrodnej starostlivosti, pričom vo väčšine prípadov vychádzame z odborných štandardov, interpretácií a odporúčaní medzinárodne uznávaných odborných organizácií (WHO, FIGO, NICE a ACOG).

Ľudské práva žien pri pôrodoch a ich odraz v uplatňovaní informovaného súhlasu, v komunikácii s rodiacimi ženami a v rešpektovaní ich rozhodnutí

Kapitola sa hĺbkovo venuje konceptu informovania a informovaného súhlasu, podobám jeho (ne)napĺňania v kontexte poskytovania zdravotnej starostlivosti v pôrodniciach na Slovensku, mechanizmom, akým zdravotnícky personál obmedzuje ženy v ich práve na informácie a informované rozhodovanie sa, resp. im toto právo odopiera, ako aj mechanizmom a stratégiám, akými sa ženy (často neúspešne) snažia svojpomocne dosiahnuť rešpektovanie a napĺňanie svojich práv a prianí. Venuje sa tiež ostatným kľúčovým okolnostiam a podmienkam, ktoré sťažujú efektívnu komunikáciu a spoluprácu s rodiacimi ženami alebo im dokonca bránia. Tieto okolnosti a podmienky majú zásadný vplyv aj na celkovú atmosféru pri pôrode a na pocit bezpečia, rešpektu a dôstojnosti na strane rodiacich žien a celkovo na ich psychické a fyzické prežívanie samotného pôrodu a často až doživotné spomienky naň.

Zdravotnícky personál v rozhovoroch nebol zorientovaný v tom, čo ľudské práva žien pri pôrodoch sú a čo zahŕňajú, a nevedel ich uchopiť, nepovažoval napĺňanie ľudských práv žien pri pôrodoch za integrálnu súčasť svojej práce, ale skôr za akúsi „nadstavbu". Ľudské práva žien pri pôrodoch ako východiskový koncept a rámec sú teda v slovenskom inštitucionálnom kontexte poskytovateľov a poskytovateliek pôrodnej starostlivosti vo všeobecnosti nepochopené a neviditeľné.

Z rozhovorov s personálom, ale aj so ženami vyplynulo, že pôrod v nemocničnom zariadení akoby implicitne predpokladal prispôsobenie sa pravidlám inštitúcie zo strany rodiacich žien. Nerovnováha moci v neprospech žien je posilňovaná tým, že lekári, lekárky a pôrodné asistentky disponujú odbornými vedomosťami a skúsenosťami a že nemocnica je prostredím, ktoré dôverne poznajú, ktorého pravidlá a chod sami určujú alebo ovplyvňujú. Kým teda pôrod je pre zdravotnícky personál rutinnou záležitosťou, ktorá sa nijako nedotýka ich osobného fyzického a často ani duševného prežívania, pre ženy je kľúčovou životnou a intímnou udalosťou prebiehajúcou v cudzom, sterilnom a často aj nekomfortnom prostredí a za účasti cudzích a väčšinou aj neznámych ľudí, od ktorých sú rodiace ženy závislé. Mnohé ženy navyše vkladajú zdravotníckemu personálu do rúk svoju plnú dôveru.

V reflexii zdravotníkov a zdravotníčok bol informovaný súhlas vnímaný len ako formálne vyjadrenie súhlasu s navrhovanými postupmi, ktoré bolo často redukované len na získanie podpisu na predtlačenom formulári. Z konceptu formulára informovaného súhlasu a jeho uplatňovania v slovenských pôrodniciach je navyše zrejmé, že je primárne koncipovaný ako „súhlas" rodiacich žien so zaužívanými postupmi uplatňovanými v pôrodniciach. Podpis formulára sa automaticky očakáva. V žiadnom z rozhovorov sa nevyskytol prípad, že by rodiaca žena formulár nepodpísala, resp. že by bola zdravotníckym personálom informovaná o svojom práve formulár ako celok nepodpísať.

Spôsob, akým sú rodiacim ženám poskytované informácie, má najčastejšie podobu podávania strohej informácie, resp. oznamovania rozhodnutí personálu o tom, čo ide (u)robiť, avšak bez predpokladu, že na základe takto poskytovaných informácií sa rodiaca žena bude následne sama rozhodovať. V niektorých prípadoch absentovalo informovanie o vykonávaných zdravotníckych úkonoch úplne. Zdravotnícky personál navyše informovanie (o svojich rozhodnutiach) vnímal ako niečo, čo predstavuje akýsi „nadštandard" či možnú pridanú hodnotu pre pôrody prebiehajúce bez komplikácií. Nedostatok času vyplývajúci z akútnej situácie, resp. nepredvídané situácie sa tak stali argumentmi a ospravedlneniami pre neinformovanie alebo neadekvátne informovanie žien. Zdravotnícky personál v rozhovoroch neuvádzal spôsoby, ako zabezpečiť právo žien na informácie a informovaný súhlas aj počas akútnych situácií.

Medzi závažné porušenia práva na informácie a informovaný súhlas patrila aj nevyváženosť poskytovaných informácií. Vyzdvihované boli pozitíva postupov, ktoré preferoval zdravotnícky personál, a riziká týchto postupov, resp. benefity iných postupov pre rodiace ženy boli zamlčované. Niektoré navrhované postupy neodrážali súčasné vedecké poznatky. Vyskytli sa aj prípady, keď personál získaval „súhlas" manipuláciou alebo zastrašovaním, či dokonca prípady, keď zdravotnícky personál jednotlivé zákroky vykonal napriek vyslovenému nesúhlasu žien.

V niekoľkých prípadoch zdravotnícky personál reflektoval, že je potrebné ženám vytvoriť priestor a vyzývať ich, aby personálu kládli otázky. Personál si uvedomoval, že nie všetky ženy musia nevyhnutne rozumieť odborným výrazom. Vyskytli sa však aj prípady, keď dodatočné otázky boli vnímané ako zdržovanie od práce.

Zdravotnícky personál len výnimočne reflektoval potrebu zisťovať preferencie a potreby žien aktívne. Takéto získavanie informácií smerom od žien nepovažoval personál za integrálnu súčasť svojej práce a za súčasť povinnosti poskytovať zdravotnú starostlivosť výlučne na báze informovaného súhlasu.

Priestor, ktorý pôrodnice na Slovensku poskytujú rodiacim ženám na rozhodovanie sa o vlastných pôrodoch, je veľmi obmedzený. Spisovanie pôrodných plánov/prianí, resp. ich priama osobná komunikácia pôrodníckemu personálu sa tak v prostredí pôrodníc, ktoré priania a predstavy žien nezisťujú a ktoré pri pôrodoch nerešpektujú ich ľudské práva, pre ženy stáva nástrojom a stratégiou,

ako si môžu svoje práva aspoň čiastočne zabezpečiť. Pôrodné plány predstavujú v súčasnosti mechanizmus vyjednávania niečoho, na čo by mali mať rodiace ženy nárok automaticky a z iniciatívy zdravotníckych zariadení a zdravotníckeho personálu.

Požiadavky a predstavy, ktoré ženy v našom výskume formulovali prostredníctvom svojich pôrodných plánov/prianí, predstavovali požiadavky na napĺňanie základných ľudských práv, ktoré sa týkali zabezpečenia dôstojnosti, súkromia a intimity. Z pohľadu zdravotných postupov a intervencií, ktoré ženy požadovali, prevládali postupy, ktoré sú v súlade s najnovšími vedeckými poznatkami (napríklad slobodný výber pôrodnej polohy, kontakt koža na kožu medzi matkou a dieťaťom bezprostredne po pôrode či snaha vyhnúť sa škodlivým a/alebo rutinným praktikám ako napríklad Kristellerova expresia/tlak na fundus, holenie, klystír či nástrih hrádze).

Ak rodiace ženy svoje priania týkajúce sa pôrodu komunikovali (písomne alebo ústne), boli tieto priania zdravotníckym personálom vnímané dvojako. Niektoré boli považované za „nadstavbu", o ktorej bol zdravotnícky personál ochotný diskutovať, pričom ich prospešnosť je už pomerne známa a aspoň v teoretickej rovine akceptovaná. Patrili sem napríklad priania týkajúce sa prítomnosti sprevádzajúcej osoby pri pôrode, klystíru, holenia pubického ochlpenia alebo kontaktu koža na kožu medzi matkou a dieťaťom bezprostredne po pôrode. Avšak priania žien týkajúce sa iných, naoko viac „medicínskych" intervencií (prianie pôrod neurýchľovať, vyhýbať sa rutinnému používaniu niektorých postupov ako napríklad aplikácia syntetického oxytocínu, nástrih hrádze, Kristellerova expresia/tlak na fundus a pod.) boli zdravotníckym personálom reflektované problematicky a nerešpektujúco. Častou súčasťou reakcií personálu na tieto priania bola delegitimizácia žien a zosmiešňovanie ich požiadaviek.

Aktívne formulovanie pôrodných plánov/prianí rodiacimi ženami často nebolo na strane zdravotníckeho personálu vnímané ako prejavovanie vôle rodiacich žien, ktorá je pre zdravotnícky personál záväzná v kontexte jeho povinnosti konať výlučne na báze informovaného súhlasu rodiacich žien, ich práva rozhodovať sa o okolnostiach svojich pôrodov, ale aj ďalších práv, ale ako vyslovovanie prianí, o ktorých splnení rozhoduje zdravotnícky personál, resp. vedenie pôrodnice na báze svojej „dobrej vôle" (personál v tomto kontexte nezriedka hovoril o „vychádzaní v ústrety"). Výskum odhalil prvky až rituálneho schvaľovania pôrodných prianí/plánov – napríklad keď vedúci oddelenia červeným perom, pečiatkou a podpisom uznával alebo naopak neuznával legitimitu prianí ženy. V niektorých prípadoch sa vyskytli aj snahy zdravotníckych zariadení, resp. zdravotníckeho personálu presunúť komunikáciu o písomných pôrodných plánoch do neformálnej a dôkazne slabšej roviny – osobnej dohody medzi personálom a ženami.

Hoci zdravotnícky personál v princípe venoval pôrodným plánom pozornosť, požiadavky a práva žien v nich artikulované bývali okliešťované napríklad s odvolávaním sa na to, čo je „prakticky realizovateľné", čo predstavuje „rozumnú mieru" požiadaviek, resp. personál sa snažil s rodiacimi ženami „dohodnúť" a snažil sa ich presviedčať, aby si „dali povedať". Vyskytli sa však aj prípady, keď pôrodné plány boli úplne ignorované, resp. keď ženám, ktoré zaslali svoj pôrodný plán, bolo odporúčané, aby si našli iné zariadenie (čo fakticky predstavuje odmietnutie poskytnúť zdravotnú starostlivosť). V rozhovoroch sa vyskytli i opisy situácií, keď zdravotnícky personál vnímal spisovanie pôrodných plánov/prianí ako ohrozovanie vlastnej odbornosti, a tiež argumenty o tom, že keď žena niečo „chce" od zdravotníckeho zariadenia, musí sa mu „prispôsobiť". Formulovanie pôrodných plánov/prianí ženami bolo dokonca v niektorých prípadoch zdravotníckym personálom odmietané, považované za „vymýšľanie", ironizované a zosmiešňované. Predstavy žien o pôrode boli celkovo niektorými respondentmi a respondentkami považované za naivné, neinformované a nepochádzajúce z ich „vlastnej hlavy". Takéto postoje výrazne prispievajú k upieraniu práv, na ktoré majú rodiace ženy nárok.

Ženy v rozhovoroch opakovane uvádzali, že k spísaniu pôrodných prianí nepristúpili kvôli obavám, že tieto priania zdravotníckym personálom nebudú rešpektované, prípadne že budú rodiacu ženu negatívne stigmatizovať a zdravotnícky personál sa k nej bude následne počas pôrodu správať horšie.

Očakávanie, že žena sa má prispôsobiť zdravotníckemu personálu a jeho potrebám a nie naopak, bolo veľmi citeľné aj v časti, ktorá bola venovaná spolupráci zdravotníckeho personálu a žien. Komunikácia a „spolupráca" s rodiacimi ženami sa ukázala ako celkovo nerovnocenná, mocenská a centralizovaná na pôrodnícke zariadenia a personál, ako aj na požadovaný výkon/výsledok pôrodu a nie na rodiace ženy samotné a ich prežívanie. Od žien sa očakáva, že budú „spolupracovať" s personálom a nie naopak. Majú „počúvať" a nasledovať jeho pokyny; majú byť na pôrod „pripravené". Objavuje sa aj špecifický koncept „nespolupracujúcej rodičky" (a tento koncept sa dokonca objavuje aj vo vysokoškolskej učebnici medicíny). Personál tiež, s odvolávaním sa na potrebu „spolupráce" zo strany žien, ospravedlňoval závažné porušenia ľudských práv žien ako násilie, ktoré sa v rozhovoroch so zdravotníckym personálom vyskytlo napríklad v podobe facky či „priklincovania" ženy na pôrodný stôl. V rozhovoroch sa vyskytovalo aj donucovanie k niektorým intervenciám príkazmi, vyvolávaním viny či zastrašovaním alebo manipuláciou, aby žena začala „spolupracovať", teda poslúchať pokyny personálu.

Naratívy teda odrážajú centralizáciu pôrodu na inštitúciu a jej personál a symbolické a fyzické konceptualizovanie priebehu pôrodu tak, aby bol orientovaný skôr na komfort, potreby a preferencie zdravotníckeho personálu než na komfort, potreby a práva rodiacich žien. Centralizácia na personál je viditeľná napríklad v už spomínanom kontexte „spolupráce", ktorá je personálom konceptualizovaná tak, že rodiaca žena má spolupracovať s personálom, a nie tak, že personál má spolupracovať s rodiacou ženou. Centralizácia pôrodu na personál je ďalej viditeľná v takmer výlučnom rozhodovaní personálu o tom, čo sa počas jednotlivých pôrodov bude diať, namiesto toho, aby personál dodržiaval právnu požiadavku konať výlučne na báze informovaného súhlasu rodiacich žien, resp. ich informovaného rozhodovania sa. Centralizácia pôrodu na personál je výrazne viditeľná aj v kontexte niektorých uplatňovaných postupov a intervencií – napríklad pri snahe nepoužívať typy pôrodných lôžok, ktoré sú pre zdravotnícky personál menej pohodlné než klasické pôrodné lôžka, pri preferovaní polohy na chrbte či pri odôvodňovaní indikácie pre nástrih hrádze tým, že sa ošetruje lepšie a jednoduchšie než prirodzene natrhnuté tkanivá –, pričom tieto prístupy sú v rozpore s najnovšími poznatkami vedy.

Ženy nie sú zdravotníckym personálom vnímané ako kompetentné posudzovať jednotlivé aspekty svojho pôrodu a rozhodovať o nich: buď sú málo informované, resp. „pripravené", alebo sú „premúdrelé". Tie, ktoré artikulujú svoje priania, sú rôznymi spôsobmi delegitimizované (napr. nevedia, o čom hovoria, pôrodu nerozumejú alebo sú označované za „prírodné panie" a pod.). Rovnako boli personálom spochybňované aj pocity bolesti a prežívanie pôrodu ženami. Autentická emocionalita rodiacich žien počas pôrodov bola nielenže hodnotená a vnímaná negatívne, ale zároveň aj rodovo stereotypizovaná. Zdravotnícky personál vo svojich naratívoch navyše vôbec nereflektoval, že niektoré emocionálne prejavy rodiacich žien môžu byť reakciou na správanie sa personálu, na pociťovanú bezmocnosť, strach a absenciu alebo stratu kontroly nad svojím pôrodom a telom, na násilie, ktoré môže byť na ženách páchané počas pôrodu (a ktoré môže byť zdravotníckym personálom aj neuvedomované, resp. sprevádzané „dobrými úmyslami"), alebo príznakom znovuotvárania sa skorších tráum.

Mocenskú nerovnováhu medzi personálom a ženami posilňovali aj rôzne formy depersonalizácie a dehumanizácie žien (neoslovovanie žien priezviskom, ale univerzálnym pomenovaním „mamička";

vstupovanie zdravotníckeho personálu bez klopania a predstavovania sa; zdravotnícky personál v rovine jazyka „rodí" ženy namiesto toho, aby aktivitu rodenia uznával a ponechával na rodiacich ženách samotných; symbolické privlastňovanie si žien a ich tiel – zrejmé napríklad z formulácií personálu ako „si" poliať pacientku, „si" ju vyšetriť; hovorenie o rodiacej žene ako o nástroji, resp. veci, s ktorou zdravotnícky personál manipuluje („narába"), resp. na ktorej vykonáva určité úkony). Absencia vnímania konkrétnej ženy ako autonómneho a individualizovaného subjektu potom môže byť jedným z vysvetlení pre vnímanie rodiacej ženy ako niekoho, kto nemá práva (resp. nemá „nárok" na určité práva), resp. koho práva môžu byť legitímne porušované.

Zdravotnícke postupy a štandardy v jednotlivých pôrodniciach: Evidence-based medicine v. eminence-based medicine

Medicína založená na dôkazoch (*evidence-based medicine*, EBM) by mala byť jedným z východísk pre poskytovanie pôrodnej starostlivosti. Koncept medicíny založenej na dôkazoch je definovaný ako integrácia najlepších vedeckých dôkazov, klinickej praxe a hodnôt pacienta či pacientky a zahŕňa aj posudzovanie konkrétneho klinického stavu pacienta alebo pacientky a okolností poskytovania zdravotnej starostlivosti. Pod medicínskymi, resp. zdravotníckymi štandardmi máme na mysli odporúčania a postupy, ktoré opisujú rôzne modely a spôsoby starostlivosti, intervencie, ich účinnosť aj riziká, vychádzajúc pritom z najlepších dostupných vedeckých dôkazov.

Na úrovni Slovenskej republiky v zásade neexistujú celonárodné štandardy poskytovania pôrodnej starostlivosti, ktoré by vzišli z diskusie všetkých strán zainteresovaných na poskytovaní pôrodnej starostlivosti a ktoré by sa opierali o medzinárodne akceptované štandardy a o medicínu založenú na dôkazoch (a takéto štandardy rovnako neexistujú ani na úrovni jednotlivých pôrodníckych zariadení). Nezanedbateľný vplyv na uplatňované postupy má prísne hierarchický systém, v ktorom postoj/presvedčenie, prípadne priamo príkaz vedúceho pracovníka môže ovplyvniť spôsob a mieru používania intervencií (napríklad prípad primára, ktorý stanovil mieru nástrihov u žien rodiacich po prvýkrát na 100 %). Tento stav posilňuje faktickú moc, ktorú majú vedúci predstavitelia (a vo veľmi malom množstve prípadov aj predstaviteľky) pôrodníckych oddelení či pôrodníckych kliník nad podobou poskytovanej zdravotnej starostlivosti. V tejto súvislosti je možné hovoriť až o „medicíne eminencií" (tzv. *eminence-based medicine*) – t. j. medicíne založenej na presvedčeniach konkrétnych osôb, ktoré v rámci hierarchie, v ktorej pôsobia, určujú postupy poskytovania zdravotnej starostlivosti na svojich pracoviskách.

Na rutinné používanie niektorých praktík má vplyv i zvyk, teda to, ako sa niektoré úkony v minulosti „zvykli robiť", v dôsledku čoho pretrvávajú dodnes i napriek existencii vedeckých dôkazov o ich nevhodnosti či škodlivosti.

Na porozumenie mechanizmu reprodukcie zaužívaných praktík a postupov v pôrodniciach je neopomenuteľným aj systém vzdelávania zdravotníckeho personálu. Respondenti a respondentky z radov lekárov a lekárok vo všeobecnosti hodnotili teoretické znalosti získané počas štúdia na vysokej škole pozitívne. Vysokoškolské vzdelanie ich však dostatočne nepripravuje na prácu v pôrodnici po praktickej stránke – chýba im totiž prax, na rozdiel od pôrodných asistentiek, ktoré mali veľkú časť štúdia venovanú praktickej výučbe. Praktické skúsenosti a aplikované postupy u zdravotníckeho personálu vo všeobecnosti vo veľkej miere formuje pracovný kolektív, do ktorého sa jednotlivé zdravotnícke pracovníčky a pracovníci dostanú po vysokoškolskom štúdiu. Náš výskum zároveň naznačuje, že zásadnejší vplyv na rozšírenie perspektívy vo vzťahu k zaužívaným postupom, ktoré sú v slovenskom prostredí počas pôrodov uplatňované a normalizované, má skúsenosť so zahraničným

pracoviskom alebo pracoviskom v inej nemocnici v SR (v podobe získania vzdelania, študentskej stáže či pracovného pôsobenia). Aj tu však zmeny postojov a kritickejšie nahliadanie na používané praktiky evidujeme skôr na individuálnej úrovni a zväčša u služobne mladšieho pôrodníckeho personálu, ktorý nemá reálnu moc presadzovať systémové zmeny. Absencia moci ovplyvňovať zaužívané praktiky je ešte vypuklejšia u pôrodných asistentiek, ktoré si môžu dovoliť o uplatňovaných postupoch „polemizovať" len s inými pôrodnými asistentkami a zväčša nie s lekárskym personálom.

V rozhovoroch s lekármi a lekárkami, ako aj s pôrodnými asistentkami je pomerne viditeľný aj generačný rozdiel. Výskum naznačuje rozdiely v reflexiách zaužívaných postupov medzi služobne starším a služobne mladším personálom a kritické nahliadanie na niektoré uplatňované postupy (resp. volanie po postupoch založených na vedeckých dôkazoch, ktoré na Slovensku stále nie sú dostatočne alebo vôbec uplatňované) zo strany mladších a neatestovaných lekárov a lekárok, ale aj zo strany služobne mladších pôrodných asistentiek. Generačné rozdiely však samy osebe nemajú potenciál v blízkej alebo vzdialenejšej budúcnosti priniesť do oblasti pôrodníctva zásadnejšie zmeny. Inštitucionálny systém totiž vzdelávaním nových generácií lekárov a lekárok, ale aj pôrodných asistentiek v existujúcom systéme reprodukuje zaužívané postupy, organizačnú kultúru a organizačné štruktúry a *de facto* ich normalizuje aj u nových generácií. Bez dobre premyslených intervencií do systému pôrodnej starostlivosti na úrovni štátu aj jednotlivých nemocníc budú existujúce postupy s najväčšou pravdepodobnosťou ďalej konzervované a reprodukované, aj keď možno s nejakým priestorom na pozvoľné zmeny.

Nastavenie pôrodnice ako inštitúcie s hierarchicky mocenskými pravidlami, neexistencia štandardov pôrodnej starostlivosti, ktoré by kopírovali poznatky medicíny založenej na dôkazoch a medzinárodne uznávané zdravotnícke štandardy, nahrádzanie postupov, ktoré by boli založené na aktuálnych vedeckých poznatkoch, zvyklosťami na danom pracovisku, nedostatok porozumenia konceptu informovaného súhlasu a ďalších ľudských práv zo strany zdravotníckeho personálu – to všetko sú faktory, ktoré zároveň prispievajú aj k rutinizácii niektorých praktík a postupov a nezriedka k ich paušálnemu vykonávaniu. Aj napriek tomu, že spätne je mimoriadne ťažké vyhodnotiť, či boli intervencie u konkrétnej ženy vykonané z klinických (indikovaných) dôvodov alebo či išlo o rutinný výkon, naratívy zdravotníckeho personálu a aj niektoré štatistické údaje naznačujú, že k intervenciám dochádza rutinne. Aj rozhovory s rodiacimi ženami naznačili, že v nemocniciach možno pozorovať všeobecný sklon k intervenciám do priebehu pôrodu. Pri zohľadnení týchto perspektív je trend zjavný – intervencie sú používané aj v takých situáciách, keď sa v zmysle medzinárodne uznávaných štandardov nejavia ako nevyhnutné a prospešné, resp. keď sú považované za škodlivé.

K vysokej miere intervencií do pôrodov prispieva aj snaha o urýchľovanie pôrodov. Urýchľovanie sa vo výskume opakovane ukazovalo v rôznych kontextoch, aj keď otvorene o urýchľovaní (motivovanom urýchlením samotným) hovorili len dve osoby. K faktorom, ktoré rutinné používanie intervencií a urýchľovanie pôrodov na Slovensku sprevádzajú, resp. zapríčiňujú, patria podľa výpovedí hlavne systémové príčiny ako nedostatok času počas pôrodu, nedostatok priestorových možností, nedostatok zdravotníckeho personálu a celková snaha o urýchľovanie pôrodu, prípadne kombinácia spomínaných faktorov. Urýchľovanie bolo často legitimizované predstavou či presvedčením, že sa deje „pre dobro rodiacich žien", „preventívne" a pod. a že je celkovo prospešným zásahom do priebehu pôrodu. Z naratívov so zdravotníckym personálom však vyplynul výrazný rozdiel vo vnímaní normálnej dĺžky vypudzovacej fázy oproti medzinárodne uznávaným zdravotníckym štandardom. Respondentky a respondenti z radov zdravotníkov a zdravotníčok za normálne považujú výrazne kratšie trvanie (10 až 20 minút), než uvádzajú medzinárodne uznávané štandardy (1 až 3 hodiny).

Počas prvej aj druhej doby pôrodnej je možnosť slobodne sa hýbať a meniť polohy pre ženy kľúčová.

Niektoré medzinárodne uznávané štandardy odporúčajú, aby personál od polohy v ľahu ženy odrádzal a odporúčal im vertikálne polohy, napríklad kľak. Poloha v ľahu prináša riziká v podobe fetálneho distresu, nutnosti inštrumentálneho vaginálneho pôrodu a zvýšenú bolestivosť. Zároveň táto poloha neprináša žiadne mechanické výhody na zostúpenie. Keďže samotné tlačenie dieťaťa trvá pri niektorých pôrodoch aj desiatky minút, je dôležité, aby ženy počas pôrodu experimentovali a hľadali takú polohu, ktorá im prinesie úľavu. Zmena polohy je nielen účinným spôsobom úľavy od bolesti, ale je zároveň aj odporúčanou intervenciou v prípade, ak pôrod nepostupuje.[2] Medzinárodné odborné organizácie zároveň stanovili slobodný výber polohy ako jeden z ukazovateľov kvality zdravotnej starostlivosti.[3] V kontraste s tým sa v slovenskej vysokoškolskej učebnici z oblasti pôrodníctva z roku 2014 uvádza, že „[v] podmienkach väčšiny našich nemocníc je rodička umiestnená na pôrodnom stole, v polohe na chrbte a s nohami uloženými a fixovanými v Schautových držadlách, ktorých sa zároveň pri tlačení pridíža rukami".[4] Aj z naratívov žien, ktoré poskytli výskumné rozhovory, vyplýva, že takmer všetky rodili v polohe poležiačky; iná pôrodná poloha bola umožnená iba jednej rodiacej žene. Pri odmietaní zdravotníckeho personálu umožniť ženám slobodne si zvoliť polohu sa ako dôvod často objavoval argument „bezpečnosti" (personál napríklad podľa svojich vyjadrení potrebuje mať „prístup k žene", potrebuje „chrániť hrádzu"), „technického vybavenia" (hoci ani z jedného rozhovoru nebolo celkom zrejmé, aké „technické vybavenie" personálu k umožneniu polohy mimo pôrodníckeho kresla chýba), ale veľmi často aj argument pohodlnosti a výhodnosti polohy v ľahu alebo poloľahu na pôrodníckom kresle pre zdravotnícky personál. Objavoval sa aj argument o údajných priestorových obmedzeniach. Nezanedbateľná však bola aj skutočnosť, že zdravotnícky personál väčšinou nemal s poskytovaním pôrodnej starostlivosti ženám rodiacim v inej než zaužívanej polohe praktické skúsenosti (takúto skúsenosť mal len jeden pôrodník a jedna pôrodníčka, ktorí mali za sebou aj pôsobenie v zahraničí). Z rozhovorov bolo taktiež možné vyvodiť záver, že o alternatívach k medzinárodnými štandardmi neodporúčanej polohe v ľahu niektorí pôrodníci, pôrodníčky a pôrodné asistentky nemali ani dostatok teoretických vedomostí a rodenie v inej polohe si ani nevedeli predstaviť. Na prospešnosť slobodnej voľby pôrodnej polohy mali respondentky a respondenti z radov personálu rôzne názory. Niektorí polohu v ľahu považovali za prospešnú, pričom však argumentovali najmä spomínaným lepším prístupom k rodidlám ženy. Vyskytoval sa však aj názor, že rodenie v ľahu je škodlivé a slobodná voľba pôrodnej polohy by sa mala jednoznačne podporovať. Časť respondentov a respondentiek vyjadrila názor, že by mala záujem skúsiť asistovať ženám aj pri rodení v iných polohách než v polohe v ľahu či poloľahu.

Tlak na fundus, tzv. Kristellerova expresia, je tlačenie na brucho niektorým z členov alebo členiek zdravotníckeho personálu s cieľom urýchliť pôrod. WHO uvádza, že okrem toho, že tlak na fundus zvyšuje diskomfort rodiacich žien, existuje podozrenie, že táto praktika môže byť škodlivá pre

---

[2] Pre viac informácií k odporúčaným postupom k slobodnému pohybu a k výberu pôrodnej polohy pozri napríklad: FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee: Management of the second stage of labor. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, roč. 119, 2012, s. 111 – 116. Dostupné na: http://www.w3dezine.in/clients/fogsi/wp-content/uploads/2015/05/pdf/figo_guideline_management_of_the_ssl.pdf (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016). *Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190: Methods, evidence and recommendations*. London : National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2014. Dostupné na: https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-appendices-ae-g-h-jr-pdf-248734766 (posledná návšteva dňa 11. 10. 2016). WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 27. Dostupné na: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/ (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016).

[3] FIGO, WHO, WRA, ICM, IPA: Mother-baby friendly birthing facilities. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, roč. 128, 2015, s. 95 – 99. Dostupné na: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013 (posledná návšteva dňa 28. 10. 2016).

[4] HOLOMÁŇ, K. a kol.: *Vybrané kapitoly z pôrodníctva*. Bratislava : Univerzita Komenského Bratislava, 2014, s. 252.

maternicu, hrádzu a pre plod. Aj v slovenskej vysokoškolskej učebnici určenej pre štúdium medicíny sa použitie Kristellerovej expresie, t. j. „externého tlaku na fundus maternice", označuje ako „postup *non-lege artis*" (t. j. nesprávny postup), pri ktorom sa „zvyšuje […] riziko ruptúry maternice".[5] Medzi odporúčaniami zakotvenými v medzinárodných zdravotníckych štandardoch sa žiadna forma tlaku na brucho počas druhej doby pôrodnej neuvádza. Tlak na fundus bol v naratívoch s rodiacimi ženami opisovaný veľmi často, pričom toto tlačenie sa dialo rutinne aj bez ich súhlasu. Ženy túto intervenciu zároveň opisovali ako veľmi bolestivú. Medzi lekármi, lekárkami a pôrodnými asistentkami, ktoré poskytli výskumné rozhovory, bola táto praktika diskutabilná. Vedeli o jej škodlivosti a mali o nej informácie, no napriek tomu ju bežne používali. Niektorí členovia a členky zdravotníckeho personálu opisovali rozdiely v podobách tlačenia na fundus, pričom tzv. Kristellerovu expresiu opisovali ako praktiku nevhodnú a nebezpečnú pre rodiacu ženu. Naopak, iné podoby tlačenia na fundus v podľa nich indikovaných prípadoch obhajovali. Z rozhovorov konkrétne vyplynulo, že personál rozlišoval medzi „zakázanou" formou tlačenia na brucho (tzv. Kristellerova expresia), pri ktorej sa vyvíja silný tlak a používa sa napríklad lakeť, a „dovolenou", miernejšou formou tlaku („tlak na fundus", „pridržiavanie fundu"). Z opisov respondentov a respondentiek však nebola jasná a explicitná hranica medzi „Kristellerovou expresiou" a „tlakom na fundus". Je možné, že oba spomínané pojmy boli vo viacerých prípadoch používané synonymne. V každom prípade bolo z rozhovorov zrejmé, že nejaká forma tlaku na fundus sa používa pomerne bežne, a z opisov pôrodných asistentiek bolo celkom zrejmé, že v slovenských pôrodniciach sa vyskytujú aj tie najškodlivejšie formy tlačenia. Samotné tlačenie na fundus býva častejšie v kompetencii pôrodných asistentiek než v kompetencii lekárov.

Nástrih hrádze (epiziotómia) je chirurgický zákrok, ktorý robí lekár/lekárka alebo pôrodná asistentka počas druhej doby pôrodnej, teda v čase, keď hlavička dieťaťa nalieha na vaginálny otvor. V minulosti sa predpokladalo, že nástrih hrádze je ochranou pred ťažkými poraneniami hrádze a konečníka. Na Slovensku sa vo vysokoškolskej učebnici medicíny z roku 2014 nástrih hrádze stále uvádza ako forma ochrany hrádze pred ruptúrou (natrhnutím). Rozsiahlymi štúdiami však boli tieto teórie vyvrátené a dokonca sa dokázalo, že obmedzené vykonávanie nástrihov vedie k nižšiemu riziku vážnych poranení hrádze a konečníka oproti ich rutinnému vykonávaniu. Odborné štandardy uvádzajú, že nástrih hrádze sa má robiť len z klinických dôvodov, akým je napríklad inštrumentálny pôrod, alebo ak sa plod nachádza v ohrození života. WHO uvádza, že vhodné by bolo dosiahnuť mieru nástrihov vo výške do 10 %. Viaceré rodiace ženy, respondentky nášho výskumu z roku 2014, vyjadrili v pôrodnom pláne alebo pri konzultácii s pôrodníkom/pôrodníčkou, že nechcú byť nastrihnuté. Napriek tomu väčšina žien počas pôrodu nastrihnutá bola, pričom v niektorých prípadoch bol nástrih u žien urobený bez ich predchádzajúceho informovaného súhlasu alebo dokonca bez ich vedomia. Nástrihy hrádze patrili v rozhovoroch so zdravotníckym personálom k najdiskutovanejším intervenciám, na ktoré mali respondenti a respondentky rozličné názory. V prvom rade väčšina respondentov a respondentiek z radov pôrodníkov a pôrodníčok obhajovala podľa nich indikované používanie tejto intervencie. Všetci a všetky reflektovali svoju prácu tak, že sami vo svojej praxi nástrih hrádze rutinne nerobia. Pri hlbšej diskusii však lekári a lekárky opisovali, že miera nástrihov je naozaj vysoká, a sami vyslovili domnienku, že sú používané rutinne ako preventívna praktika alebo ako praktika urýchľujúca pôrod, aj keď nie sú nevyhnutné. Častým argumentom na vykonávanie nástrihu hrádze bola aj ochrana konečníka pred natrhnutím či lepšie hojenie a šitie. Ani tieto argumenty však nemajú základ v medicíne založenej na dôkazoch.

Počas pôrodu sa v tele prirodzene tvorí hormón oxytocín. Okrem iného pôsobí na maternicu

[5] Tamtiež.

a vyvoláva sťahy, teda kontrakcie. Jeho syntetická forma sa používa na podporu sťahov maternice a je to intervencia, ku ktorej použitiu možno pristúpiť vo všetkých fázach pôrodu. Podľa WHO je však urýchľovanie pôrodu oxytocínom zásadným zásahom do priebehu pôrodu, a preto by tento zásah mal byť vykonávaný iba na základe vážnej indikácie.[6] Ako všetky intervencie do pôrodu aj aplikácia oxytocínu je podmienená informovaným súhlasom rodiacej ženy. Viacero rodiacich žien opisovalo použitie syntetického oxytocínu počas priebehu pôrodu cez vopred napichnutú kanylu. Vo väčšine prípadov však rodiace ženy o tejto intervencii neboli informované a nebol od nich ani vopred vyžiadaný informovaný súhlas. O použití oxytocínu sa niektoré ženy dozvedeli až spätne. Celkovo opisovali používanie oxytocínu ako rutinnú praktiku. Aj naratívy lekárov a lekárok poukazujú na nadužívanie syntetického oxytocínu v slovenských pôrodniciach. Často zaznieval faktor času – použitie syntetického oxytocínu skracuje čas pôrodu, teda ho urýchľuje. Používanie oxytocínu s cieľom skracovania trvania pôrodu však medzinárodne uznávané štandardy neodporúčajú ako rutinný postup. Aktívny manažment v prvej dobe pôrodnej (t. j. vo fáze pôrodu, keď sa krčok maternice skracuje a otvára) je totiž spojený s vyššou mierou bolesti. Významné skrátenie trvania pôrodu navyše nebolo štúdiami preukázané. V odôvodneniach zdravotníckeho personálu sa opätovne explicitne objavovali aj nemedicínske dôvody ako „dobro mamičky", „skrátenie trápenia" a pod. Odôvodňovanie použitia syntetického oxytocínu teda celkovo naznačuje zohľadňovanie aj iných než striktne medicínskych parametrov.

Rutinné zavádzanie kanyly u každej ženy personál odôvodňoval konceptom rizika a bezpečnosti, ale v niektorých prípadoch aj systémovými príčinami – nedostatkom personálu. Z rozhovorov so ženami vyplynulo, že použitie kanyly „pre istotu" bolo pozvánkou k aplikácii liekov bez súhlasu žien a často aj bez ich vedomia.

Iným príkladom rutinných praktík je holenie pubického ochlpenia či aplikácia klystíru, ktoré sú taktiež v rozpore s medzinárodne uznávanými zdravotníckymi štandardmi. Názory a skúsenosti členov a členiek zdravotníckeho personálu boli pri týchto praktikách najrozdielnejšie. Kým v niektorých pôrodniciach na Slovensku si zdravotníci a zdravotníčky nevedeli predstaviť pôrod bez aplikácie klystíru alebo bez holenia, v iných pôrodniciach ponechávali tento aspekt výlučne na rozhodnutí rodiacich žien. Slobodná voľba žien tu však môže byť len zdanlivá. Z niektorých naratívov bolo zrejmé, že personál sa snažil manipuláciou a vyvolávaním pocitov hanby ženy presvedčiť, aby s aplikáciou klystíru súhlasili.

Nik z členov a členiek zdravotníckeho personálu, ktorí participovali na našom výskume, vo výpovediach nijako priamo nereflektoval povinnosť alebo potrebu neustáleho sledovania vedeckého pokroku v oblasti poskytovania pôrodnej starostlivosti. V mnohých prípadoch sú pritom uplatňované desiatky rokov staré a prekonané poznatky a postupy. Práve členovia a členky zdravotníckeho personálu však majú byť nositeľmi a nositeľkami zmien z pohľadu prinášania a uplatňovania najnovších vedeckých poznatkov a dobrej praxe a potreba zavádzať ich do praxe by mala vychádzať priamo od nich.

[6] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : World Health Organization, Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 23. Dostupné na: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/ (posledná návšteva dňa 16. 10. 2016).

Organizácia práce v pôrodnici a postavenie pôrodných asistentiek

V mnohých krajinách ženy pri pôrodoch po celý čas sprevádzajú najmä pôrodné asistentky, čím im zabezpečujú nepretržitú starostlivosť a podporu. Lekári či lekárky sú privolávané iba v prípade komplikácií. Pôrodné asistentky sú v týchto krajinách vnímané ako kompetentné asistovať ženám počas celého fyziologického pôrodu. Medzi ich kompetencie tiež patrí schopnosť rozpoznať, kedy sa priebeh pôrodu mení na patologický a je potrebné zapojiť pôrodníka či pôrodníčku ako osoby s expertízou na zdravotné komplikácie pri pôrode.

Na Slovensku pôrodnú starostlivosť poskytovali pôvodne tiež ženy – pôrodné asistentky. Po socialistickej reforme zdravotníctva však bola postupne posilnená pozícia gynekológov, gynekologičiek, pôrodníkov a pôrodníčok. Dôsledkom toho sa stali pôrodné asistentky zdravotnými sestrami, ktoré sa v rámci zdravotníckej hierarchie stali podriadenými lekárom a lekárkam. Pôrodné asistentky sú lekárom a lekárkam fakticky podriadené aj v súčasnosti, a to bez ohľadu na dĺžku praxe na jednej alebo druhej strane.

Najmä niektoré pôrodné asistentky sa pozerali kriticky na svoju súčasnú pozíciu v rámci pracovného kolektívu. Svoju úlohu pri pôrode síce reflektovali ako asistujúcu – ale z toho pohľadu, že asistujú lekárom a nie priamo rodiacim ženám. Hoci formálne v zmysle legislatívy môžu pôrodné asistentky samostatne asistovať ženám pri fyziologických pôrodoch (vrátane pôrodov, pri ktorých sa vyžadujú epiziotómie),[7] fakticky nemôžu asistovať rodiacim ženám aktívne samy, prípadne nemôžu zasiahnuť, keď s nejakým postupom lekára alebo lekárky nesúhlasia.

Tieto hierarchie sa následne odrážajú aj v rozhodovacích procesoch vrátane tých počas pôrodov a premietajú sa i do mocenských konfliktov medzi lekárskym personálom a pôrodnými asistentkami. Aj keď je spolupráca lekárov a lekárok s pôrodnými asistentkami nevyhnutná, pôrodné asistentky sa často cítia v práci lekármi nedocenené. Niektoré v rozhovoroch zdôrazňovali pociťovaný nerovný vzťah pôrodníkov a pôrodníčok k nim. Pôrodné asistentky nie sú dokonca prizývané ani na pravidelné porady o jednotlivých ženách a o prípadných komplikáciách. Napriek ich pozícii v radoch zdravotníckeho personálu sú však pôrodné asistentky aj naďalej tými, ktoré počas pôrodu trávia so ženami najviac času.

Pôrodné asistentky vykonávajú pomerne širokú škálu činností a aj z výskumných dát, ktoré sme získali, vyplýva, že súčasná náplň a organizácia práce pôrodné asistentky veľmi preťažuje. Ich pracovná náplň v niektorých prípadoch zahŕňa aj veľa administratívy, prídavných povinností v gynekologickej ambulancii a následne na pôrodníckom oddelení, ale aj činností, na ktoré sú prekvalifikované. Časté pracovné preťaženie a „vyhorenie" je u pôrodných asistentiek spôsobované aj tým, že ich stavy sú v slovenských pôrodniciach poddimenzované. Aj viacerí pôrodníci a pôrodníčky v naratívoch uznali, že práca pôrodnej asistentky je ťažká a nedostatočne platená, čo má následne vplyv na nízku atraktivitu tohto povolania pre mladé ženy. Ako jedno z možných východísk na riešenie súčasnej situácie súvisiacej s postavením a preťažením pôrodných asistentiek, ale zároveň aj na zabezpečenie lepšej starostlivosti o rodiace ženy videl zdravotnícky personál opätovné posilnenie postavenia pôrodných asistentiek v procese sprevádzania žien pri fyziologickom pôrode – tak, aby mohli ženám asistovať aktívne a samostatne. Postoje k úlohám pôrodných asistentiek počas pôrodu a diskusia o nich však neboli jednoznačné. Niektoré pôrodné asistentky sa bránili prebratiu aktívnej

[7] Pozri vyhlášku Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom, § 4 ods. 3 písm. f).

roly primárnych a samostatných poskytovateliek starostlivosti ženám počas fyziologického pôrodu zo strachu z možných problémov a zodpovednosti. Hoci tieto potenciálne problémy neboli v rozhovoroch respondentkami špecifikované, všeobecne je možné poznamenať, že v systéme poskytovania pôrodnej starostlivosti, kde sú pôrodné asistentky kapacitne preťažené, by mal byť presun kompetencií a zodpovedností sprevádzaný aj garanciami, že tieto zodpovednosti môžu byť efektívne realizované aj v praxi – z kapacitného hľadiska, ale aj z hľadiska dostatočnej odbornej aj praktickej prípravy a systému supervízie a tiež z hľadiska adekvátneho odmeňovania. Ďalšou podmienkou na nesenie zodpovednosti je nepochybne aj jasné vymedzenie zodpovedností na konkrétnych pracoviskách a v konkrétnych prípadoch – ktorého neexistencia môže byť v kontexte neexistencie štandardov poskytovania pôrodnej starostlivosti (na úrovni štátu, ale aj na úrovni jednotlivých nemocníc) takisto reálnou bariérou pre efektívne preberanie a nesenie zodpovednosti na strane pôrodných asistentiek.

Reflexie zdravotníckeho personálu o poskytovanej pôrodnej starostlivosti: potrebné zmeny, silné stránky a nositeľky a nositelia budúcej zmeny

Medzi pôrodníkmi, pôrodníčkami a pôrodnými asistentkami panovala zhoda v tom, že niektoré aspekty súčasnej organizácie pôrodnej starostlivosti si vyžadujú zmenu. V popredí kritiky bol jednoznačne nedostatok zdravotníckeho personálu a celková personálna poddimenzovanosť. Za žiaducu bývala tiež označovaná výmena, resp. doplnenie niektorých prístrojov alebo technického vybavenia vo všeobecnosti. Respondentky a respondenti zároveň považovali za nedostatočné, ak nemocnica neponúkala možnosť „nadštandardu" a zabezpečenia súkromia. Respondenti a respondentky však nereflektovali, že tieto „nadštandardné služby" pokrývali iba bazálne požiadavky na napĺňanie základných ľudských práv žien – konkrétne napríklad práva na súkromie a intimitu, na kvalitnú a akceptovateľnú zdravotnú starostlivosť, na rozhodovanie sa o okolnostiach pôrodu a celkovo na zachovanie ľudskej dôstojnosti. Niektorí respondenti a respondentky by privítali aj existenciu možnosti rodiť v rôznych pôrodných polohách a možnosti prítomnosti partnera pri celom procese pôrodu (i pri cisárskom reze).

Mnohí pôrodníci a pôrodníčky vnímali, že v súčasnosti dochádza k stretom medzi prístupmi založenými na predchádzajúcej generácii medicínskych postupov a poznatkov a na mocenskom vzťahu pôrodníckeho systému k rodiacim ženám a prístupmi založenými na rešpekte k rodiacim ženám. Viacerí reflektovali neempatické správanie sa niektorých členov alebo členiek zdravotníckeho personálu, nerovný spôsob komunikácie s rodiacimi ženami, nerovnocenné nastavenie vzťahov v zdravotníckom systéme a následne vytvorenú vzájomnú nedôveru a kritickým hlasom žien dávali plnú legitimitu. Ako žiaduce zmeny uvádzali zavedenie pravidla predstavovať sa rodiacim ženám, adekvátnu komunikáciu, informovanie žien a individuálny prístup.

Jedna pôrodníčka a jeden pôrodník apelovali na väčší tlak na zmenu zo strany samotných žien. Len tlak „zdola" môže podľa nich viesť k zohľadneniu hlasu a potrieb žien v celkovom inštitucionálnom rámci. Hoci je úplne legitímne, aby ženy vyjadrovali svoje priania a potreby, kritizovali súčasný systém a snažili sa o jeho zmenu „zdola", postavenie žien v tomto systéme, ich možnosti a ich mieru zodpovednosti za zmenu je potrebné vnímať v širšom kontexte. Pôrodníci a pôrodníčky napríklad v tejto súvislosti vôbec nereflektovali hierarchické nastavenie systému pôrodnej starostlivosti aj voči ženám, osobitnú zraniteľnosť žien počas tehotenstva a obzvlášť počas pôrodu a ďalšie rodové aspekty slovenského pôrodníctva. Je tiež dôležité uvedomovať si, že zodpovednosť za napĺňanie ľudských práv spočíva na štáte a jednotlivých subjektoch poskytujúcich pôrodnú starostlivosti a tieto subjekty by nemali alibisticky čakať na to, kým si samotné ženy svoje práva vybojujú.

Ako sa chopiť výzvy alebo Kľúčové princípy v procese zmeny

Slovenské pôrodnice sú nastavené ako patriarchálne inštitúcie s hierarchicky mocenskými pravidlami a často monokratickým charakterom rozhodovania o podobe poskytovanej pôrodnej starostlivosti. Neexistujú štandardy pôrodnej starostlivosti, ktoré by kopírovali poznatky medicíny založenej na dôkazoch a medzinárodne uznávané štandardy pôrodnej starostlivosti. Aj v dôsledku toho sú v pôrodniciach uplatňované desiatky rokov staré a prekonané praktiky a postupy, ktoré sú často vykonávané rutinne a paušálne.

Pôrodníci, pôrodníčky a pôrodné asistentky nedostatočne rozumejú konceptu informovaného súhlasu, a teda nedostatočne reflektujú, že o tom, či jednotlivé úkony zdravotnej starostlivosti budú napokon vykonané alebo nie, majú v zmysle právnych predpisov v konečnom dôsledku rozhodovať rodiace ženy a nie zdravotnícky personál.

V nadväznosti na tieto zistenia chceme rozprúdiť odbornú i širšiu verejnú diskusiu k téme ľudských práv žien pri pôrode, ktorej výsledkom, ako veríme, bude pôrodný systém centralizovaný na potreby rodiacich žien a ich detí, ktorý bude na všetkých úrovniach rešpektovať, chrániť a napĺňať ľudské práva.

V procesoch realizácie tohto cieľa bude nevyhnutné paralelne uskutočňovať celú škálu dobre premyslených a vzájomne sa prelínajúcich a dopĺňajúcich krokov. Jedným z nich bude vytvorenie a pravidelné aktualizovanie štandardov poskytovania pôrodnej starostlivosti, ktoré budú postavené na medicíne založenej na dôkazoch a ľudskoprávnych princípoch. Tieto štandardy by mali byť prijaté na úrovni celej krajiny a mali by byť sprevádzané pravidelným monitoringom a auditom všetkých pôrodníc. Súčasťou tohto monitorovania by malo byť aj neustále získavanie spätnej väzby od samotných žien.

V rámci kontinuálneho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok a ich vzdelávania na vysokých školách je potrebné zaviesť vzdelávanie o ľudských právach s podrobným zameraním sa na vzdelávanie v oblasti ľudských práv žien a reprodukčných práv. V rámci tohto vzdelávania bude potrebné veľmi dôsledne sa zamerať na koncept informovaného súhlasu, resp. informovaného rozhodovania sa samotnými rodiacimi ženami a na tréning jeho uplatňovania v praxi. Tiež bude nevyhnutné, aby súčasťou vzdelávania bolo aj rodové scitlivovanie a vzdelávanie, ktoré bude zamerané na empatickú a efektívnu komunikáciu vrátane komunikácie v urgentných alebo inak záťažových situáciách. Takisto bude potrebné teoretické aj praktické vzdelávanie zdravotníckeho personálu o metódach asistovania pri pôrodoch, ktoré sú mu neznáme, avšak odporúčané na základe medzinárodne uznávaných zdravotníckych štandardov (napr. asistovanie pri pôrodoch v rôznych pôrodných polohách).

Tiež bude potrebné upraviť organizáciu práce v pôrodniciach – napríklad z hľadiska deľby práce a zodpovedností medzi jednotlivými členkami a členmi zdravotníckeho personálu, z hľadiska organizácie pracovného času či z hľadiska personálneho zabezpečenia. Rovnako bude potrebné upraviť priestorové usporiadanie pôrodníc tak, aby rodiacim ženám zabezpečovalo súkromie a chránilo ich intimitu, a doplniť materiálno-technické vybavenie tak, aby zdravotnícky personál mohol vykonávať svoje povolanie v súlade s medicínou založenou na dôkazoch.

Všetky tieto zmeny musia byť koncipované a zavádzané za rovnocennej a demokratickej participácie všetkých zúčastnených skupín – vrátane pôrodných asistentiek a najmä samotných žien. Leitmotívom všetkých diskusií, procesov a zmien musí byť bezpodmienečná snaha centralizovať pôrodnú starostlivosť na rodiace ženy a ich novorodené deti. Z tohto pohľadu musí byť preformátovaný aj

koncept „bezpečnosti", ktorý zďaleka nezahŕňa len „bezpečnosť", ako ju v súčasnosti vnímajú pôrodníci a pôrodníčky – t. j. ako objektívny stav, ktorý sa bezprostredne po pôrode do praxe premieta v podobe živého a (relatívne) zdravého dieťaťa a živej a (relatívne) zdravej ženy, resp. ktorý spočíva v schopnosti zdravotníckeho personálu zasahovať pri ním identifikovaných patológiách –, ale ktorý musí zahŕňať aj pocit bezpečia na strane samotných rodiacich žien a reflektovať dlhodobé dopady poskytovanej pôrodnej starostlivosti na práva a fyzické aj duševné zdravie.

Aj v tomto kontexte je zrejmé, že potrebné zmeny a načrtnuté, ale aj ďalšie potrebné procesy nebude možné uskutočniť bez dostatočného množstva kvalitných dát (kvantitatívnych, ale aj kvalitatívnych), ktoré musí zbierať predovšetkým štát, jeho orgány a verejné inštitúcie, ako aj jednotlivé zdravotnícke zariadenia. Práve existencia dát môže napomôcť prijímaniu rozhodnutí, ktoré nebudú postavené na dojmoch a pocitoch oficiálnych autorít majúcich kontrolu nad systémom pôrodníctva, ale ktoré budú reflektovať (aj nateraz nevidené) fakty a súvislosti.

Ani jedna z potrebných zmien sa neudeje bez dostatočného množstva zdrojov rôzneho druhu, finančné a ľudské nevynímajúc. Ich investovanie sa nám všetkým nepochybne čoskoro vráti – a to zďaleka nie iba v ekonomickom zmysle.

Summary

Objectives and Key Features of the Publication

Hospitals are the only places where women can receive state-guaranteed birth care in Slovakia. There are no alternative options, such as, for instance, birth centres led by midwives or an official home birth system organised by the state. However, birthing facilities represent relatively closed institutions with weak public and government control mechanisms, where decisions are made, and rules set by their management (mostly consisting of males) and healthcare personnel. Therefore, the aim of the research whose results are presented in this publication was to look at and examine the institutional aspects of birth care provided in Slovak hospitals.

The publication *Women – Mothers – Bodies II: Systemic Aspects of Violations of Women's Human Rights in Birth Care Provided in Healthcare Facilities in Slovakia*[1] that we are presenting to you now is a follow-up elaborating further on our previous findings on the violations of women's human rights in birth care provided in healthcare facilities across Slovakia, as well as on the infringements of internationally recognised medical guidelines related to birth care (we included a majority of these findings in our 2015 publication entitled "*Women – Mothers – Bodies: Women's Human Rights in Obstetric Care in Healthcare Facilities in Slovakia*"; hereinafter only referred to as "*Women – Mothers – Bodies I*"[2]). The present publication builds to a large degree on in-depth interviews with women and on their birthing experience in selected birthing facilities in Slovakia and on the monitoring of certain aspects in the provision of birth-related care, covering all birthing facilities in Slovakia (the findings from the interviews and the monitoring were previously presented in *Women – Mothers – Bodies I).* The publication also presents the views of obstetricians and midwives.

The present publication is divided into three interrelated chapters. The first of these presents childbirth from the perspective of cultural anthropology. It emphasises that childbirth is always part of a wider social and cultural context and contends with a narrative prevailing in Slovakia, according to which childbirth is perceived as a medical issue, the relevant knowledge of which is solely held by healthcare personnel. The second chapter introduces the main human rights standards that must be complied with during the provision of birth care and are embedded both in national and international law. This second chapter also provides a brief summary of specific cases of the violations of women's human rights during childbirth in Slovak birthing facilities that have previously been described in *Women – Mothers – Bodies I*. The third, most extensive chapter draws on new qualitative research based on

[1] The publication (in Slovak) is also available at: http://odz.sk/zeny-matky-tela-2-systemove-aspekty/ (last visited on 3 December 2016).

[2] DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. [Women – Mothers – Bodies: Women's Human Rights in Obstetric Care in Healthcare Facilities in Slovakia]. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015. Also available at: http://odz.sk/wp-content/uploads/Z-M-T_publ_el1_pod_sebou.pdf (last visited on 16 October 2016). An English summary is available at: http://odz.sk/en/wp-content/uploads/Women-Mothers-Bodies_summ_EN.pdf (last visited on 16 October 2016).

interviews with healthcare personnel – obstetricians and midwives – following up on the previous findings from the interviews with birthing women.

The conclusion that the violations of women's human rights during childbirth in Slovak hospitals are not only the result of individual faults but are largely of a systemic nature was presented previously in *Women – Mothers – Bodies I*. The systemic and systematic violations of women's human rights in the provision of birth care in Slovakia is further significantly enhanced by the fact that both symbolic and real power lies in the hands of healthcare personnel, not in the hands of women. The existence and further reinforcement of this asymmetric relationship and set of human rights violations is driven by a multitude of settings in the provision of birth care. When writing this publication and conducting the research on which it builds, this problematic relationship was one of the reasons we focused on a wide range of factors leading to or accompanying such violations, in addition to providing a detailed description of individual cases of women's rights violations. We have described several causes, connections, and links, and various other systemic aspects related to the violations of women's human rights in Slovak birthing facilities. The phenomena described and analysed here include, for example, the education and training of healthcare personnel; the absence of national-level medical guidelines on the provision of birth care; power and hierarchical relations among the personnel; the misunderstanding of the informed consent concept by the healthcare personnel and/or the misunderstanding of the concept of human rights in general; or the organisation of work in birthing facilities. This text also presents some examples of good practices which may serve as an inspiration for redesigning the birth care system in Slovakia.

Chapters' Overview and Summary

1. Birth from the Perspective of Cultural Anthropology

This chapter introduces the fundamental bases of the anthropology of childbirth, a sub-discipline of cultural anthropology which studies cultural and social aspects of birth in various social and historical contexts. Research in this area has shown that the course and circumstances of labour and delivery differ considerably in various societies, despite the fact that childbirth is a universal part of female physiology.

Birth always reflects fundamental cultural values and social processes prevailing in a given community. Studies into birth care systems that exist in the US and the Western World reveal, for example, society's fascination with sophisticated technologies, which people perceive as superior in value, while anything that is associated with the natural world and unrelated to technology is often considered inferior. However, technology and machines also function as a basic cultural metaphor. In Western Civilisation, this metaphor is used, for example, to better understand the function of the human body. From this perspective, the human body is something that resembles a sophisticated machine, a machine that is predictable and can be repaired if it breaks down. This Cartesian view of the human body is based on the model of a young male body with clear lines and predictable physical processes, one that better fits the prevalent "machine" metaphor. By contrast, a female body with its numerous curves, one that often changes, for example, according to the menstrual cycle, necessarily appears as defective in comparison to this standard. Therefore, when applied to obstetrics, the Cartesian conception of the human body is necessarily associated with an interventionalist approach to childbirth.

Social scientists analyse in detail the symbolic meaning inherent in medical language, revealing significant power inequalities between the medical personnel and birthing women, as well as other persons present at childbirth. Comparative cross-cultural studies warn that technology-based birth care systems show a clear tendency to overlook the fact that a labouring woman also possesses certain knowledge of and insights into birth-related issues. The knowledge owned by obstetricians is perceived as so-called "authoritative knowledge" in this social and cultural context, which means that it is taken as the only correct and viable practice, while other systems of knowledge owned by women themselves or by those of other professions, such as midwives or doulas, are often considered dubious and incorrect. In short, the factual correctness of a given sum of knowledge is not necessarily the decisive factor, but instead centres on the credibility a given community or social group ascribes to a particular knowledge system.

The question that the anthropology of childbirth asks in this regard is what exactly led to a certain type of knowledge being established as authoritative throughout the course of history. This is where anthropological studies overlap with historical studies not only into obstetrics, but into midwifery as well. Such research shows that the path towards the victory of modern obstetrics over the realm of birthing was not the same everywhere, nor was it straightforward or simple. Researchers and scientists use the medicalisation concept in this context. It refers to a process when an originally social problem is re-defined as a medical problem which is then described by means of medical terminology and treated as a medical condition managed and controlled by health professionals. Childbirth was long taken as a natural part of women's physiology and life cycle; however, after it was reconceptualised into a medical problem that could be managed medically, it was moved to a hospital setting where doctors could perform their work in an environment equipped with advanced technology. Beyond any doubt, medicalisation focused on the potential of medical technologies not only affects the medical approach to the process of birth and to birthing women, but it also influences how women in modern society look at their bodies. The negative implications of this may include women's alienation from their bodily and childbirth experience. Medicalisation has, therefore, become an important object of criticism by many women and women's movements.

The criticism of a birth care system overly relying on technology leads to its change. More and more new actors appeared in maternity wards at the beginning of the 21st century, and besides the renaissance of midwifery, doulas are among the most significant examples of this development. The institutional context of the birth care provision is changing as well. Cultural factors, having an impact on procedures in birthing facilities, play an important role in the provision of birth care. In this context, the anthropology of childbirth studies the culture-related specifics of individual facilities, using, for instance, the concept of organisational culture that can be analysed on several levels. An example we give in this chapter includes a study carried out in two Czech maternity hospitals, analysing them on three different levels. At the micro level, the analysis discusses interactions between individual members of the organisation, particularly between healthcare personnel (obstetricians and midwives) and clientele (women giving birth and their partners). On the next analytical level – the mezzo level – the analysis examines, for example, the process of the professionalisation of midwifery. On the last, macro level, it focuses on wider social processes that affect the conditions and environment inside these facilities, such as consumerism or increasing social and economic inequalities, as well as economic and political factors that influence the whole healthcare system.

2. Human Rights as the Normative Basis, Desired State, and Interpretation Framework for the Provision of Birth Care

The second chapter describes the basic international and national standards on women's human rights applicable to the provision and receipt of birth-related care. At the same time, drawing on the *Women – Mothers – Bodies I* publication, it provides an overview of how these rights are being violated in birthing facilities in Slovakia.

Pregnancy, childbirth, and birth care primarily and directly affect women. At the same time, they have implications on women's sexuality and reproduction as well. Therefore, the rights related to pregnancy, childbirth, and birth care are called the sexual and reproductive rights of women. Below are the rights particularly affected by childbirth:

- the right to human dignity;
- the right to the protection of health, to sexual and reproductive health, and to healthcare;
- the right to information and informed consent;
- the right to the protection of private and family life;
- the right to equality and non-discrimination;
- the right not to be subject to violence, torture, and other cruel, inhuman, and degrading treatment;
- the right to enjoy the benefits of scientific progress and its application.

In the international context applicable to the Slovak Republic, these rights are contained in UN human rights conventions and Council of Europe conventions, and further elaborated upon by individual UN committees and the European Court of Human Rights. Pursuant to the Constitution of the Slovak Republic, these conventions in principle take precedence over Slovak legislation.

At the national level, these rights are explicitly or factually contained in a number of legislative regulations in various fields. The important legislative sources are mainly the Constitution of the Slovak Republic and the Healthcare Act, but relevant provisions can also be found in other pieces of legislation, such as the Antidiscrimination Act, the Civil Code, and the Criminal Code.

The duty to respect, protect, and fulfil women's human rights during childbirth is primarily vested with the state and state authorities. However, healthcare facilities and individuals providing health care are also always liable.

As shown in *Women – Mothers – Bodies I* and also confirmed by the present publication, women's human rights are being violated to quite a large degree in healthcare facilities across Slovakia. Violations occur with respect to all of the aforementioned rights.

Women – Mothers – Bodies I describes examples of violations of birthing women's right by healthcare personnel, occurring through all stages of the childbirth process. These include violations of the right to dignified and respectful treatment without coercion, manipulation, and intimidation, instances of birthing women being treated as non-autonomous objects on which healthcare is "performed" based on the decisions made by the healthcare personnel, as well as violations of women's right to information and to informed decision-making, followed by the unauthorised interference of their physical and

mental integrity, for example, in the form of medical interventions performed on them. Moreover, the interventions and practices applied were often in conflict with internationally recognised medical guidelines. The treatment of birthing women often included elements of physical or psychological violence.

In the research, the right to information was violated as early as at the stage of selecting a healthcare facility in which to give birth. Comprehensive and sufficient information about individual facilities and the practices and procedures they employ were extremely difficult to obtain – bordering on impossible – from most Slovak birthing facilities. The violation of women's right to information by individual birth care providers led, logically and inevitably, to the violation of their right to the freedom of choice of their care provider.

However, the right to information was violated throughout the entire birthing process, from the arrival at the hospital through to the stay in the postnatal ward. One of the examples of the right to information being violated that all the women participating in the research interviews mentioned is that they all had signed a standardised form of the so-called "informed consent" without being first given sufficient and comprehensible accompanying information to know exactly what they were made to sign. There were, however, other examples of how their right to information and/or their right to informed consent/informed decision-making were violated as well, for example with respect to the medical interventions they received, including the routine prophylactical use of cannula, the administration of various medications, the rupture of membranes, the performing of an episiotomy, and the use of Kristeller's expression/fundal pressure. Many of the women interviewed recounted that these interventions were often performed without their prior consent, and sometimes even without their knowledge. There were also instances where interventions were performed despite women's express refusal. They were informed of some interventions only afterward, or not at all.

Various and frequent violations occurring throughout the whole birthing process and stay at the birthing facility were also reported with respect to the right to the protection of private and family life. Examples include the way hospital rooms and their furniture were arranged and/or how the workflow in a particular facility was organised (for example, birthing rooms being shared by several women; birth chairs being positioned towards a door or an aisle; and fathers of newborn babies not being allowed to visit their partner and children), as well as the healthcare personnel's behaviour (entering rooms without knocking; leaving the door to a birthing room open; directly after birth, leaving a woman in a corridor open to the public, only covered by a gown and equipped with a bowl to urinate in; allowing the presence of unwanted persons – both in terms of their type and number – in the room where a woman was giving birth; and examining women during doctor's visits not only in the presence of other doctors, but also in the presence of other women in the room). The right to privacy was also violated by preventing women from freely choosing a birthing position during both the first and second stages of labour, as well as by keeping the mothers from creating an emotional bond with their babies, including due to the absence of support for undisturbed and permanent skin-to-skin contact between mothers and their newborn babies immediately after birth.

Women – Mothers – Bodies I also revealed numerous aspects of violent and cruel treatment of birthing women. One such example is that women could not freely choose a birthing position that would suit them best and help relieve their pain. During the first and second stages of labour, women were forced to remain in an uncomfortable, inconvenient, and painful supine position; some of them even said during interviews that they had their legs fixed up in stirrups during the second stage. Another form of infringing upon the right to the provision of birth care free from violence was the use of the so-called Kristeller's expression/fundal pressure to speed up delivery. This procedure was extremely painful and,

according to the accounts the women gave during our interviews, it was routinely performed without prior consultation, and often even without the woman's consent. A routinely performed episiotomy, an intervention often mentioned in the interviews, can also be considered a form of violent, cruel, and inhuman treatment. We also obtained information about the painful suturing of perineal tears, a practice also infringing upon the right to birth care free from violence, torture, and cruel, inhuman and degrading treatment. With respect to the aforementioned right, we were even told about situations when women were routinely prevented from drinking and eating, even after childbirth. The previously mentioned routine separation of women from their newborn babies, as well as healthcare personnel manipulating and intimidating women, ridiculing them, and doubting or ignoring their feelings and the pain they suffer can also be perceived as forms of violent and degrading treatment.

Some of these procedures and practices – for instance, preventing women from freely choosing a birthing position or from drinking and eating during labour, routinely performed episiotomies and Kristeller's expressions/fundal pressure, painful perineal suturing or the routine separation of women from their newborn babies – are also in conflict with internationally recognised medical guidelines. The non-compliance with these guidelines constitutes a breach of the right to enjoy the benefits of scientific progress and its application.

In addition to the aforementioned and other violations of rights during childbirth discriminating against women in general, as pregnancy and birth-related care affect women only, some ways the birthing women were treated also presents discrimination against specific groups of women. The fees charged for having an accompanying person present during childbirth, for epidural analgesia, and for "extra standard" birthing/hospital rooms – which ensure privacy to women unlike the "standard" rooms – can be considered discriminatory especially against women with low or no income.

Many of said violations are also in conflict with the right to health and its components – availability, accessibility, including affordability and information accessibility that are free from discrimination, acceptability, and quality.

3. Manifestations, Causes, Accompanying Characteristics and Other Systemic Aspects of Women's Human Rights Violations during Births in Healthcare Facilities in Slovakia – Findings from In-Depth Interviews with Healthcare Personnel and Women

Background, Perspectives, Objectives and Methodology of Research

The parameters of the research were set with women's human rights in mind. The complexity of such a diverse field of research as health care and, specifically, birth care, was a great professional and methodological challenge. Due to the strong normalisation of human rights violations during childbirth and the power and authority medicine as science and as profession generally holds in our society (but in other societies as well), we felt the need to analyse and interpret the collected data very carefully. Therefore, we chose the specific approach of gradually "uncovering" the many layers and dimensions of the collected data. This approach was based on theoretical concepts of social sciences, namely

social anthropology (and the anthropology of birth) and law. We also applied feminist critique.

The primary source of data was interviews with healthcare personnel – obstetricians and midwives. We followed up on the findings from our previous survey, i.e., on the findings from the interviews conducted with women who had experienced childbirth, and on the findings obtained from other human rights monitoring activities (which had already been published in *Women – Mothers – Bodies I*). When analysing and interpreting the data, we combined and compared the views and opinions presented by the women as well as by healthcare personnel, seeking to show where they differ and where they converge.

The first research phase, the qualitative survey on women's birthing experience in some of the birthing facilities in Bratislava (the capital of Slovakia) or in the Trnava district, was carried out in the form of in-depth semi-structured interviews conducted in July and August 2014. The research sample consisted of 15 women. The first phase of data collection also involved a monitoring exercise, running from July through October 2014, that covered all birthing facilities across Slovakia. The monitoring attempted to identify the real options the women planning a childbirth (and the general public as well) have at their disposal in order to obtain information about individual birthing facilities, how these facilities ensure the provision of birth care, and how they fulfil women's human rights. The second phase involved qualitative research conducted by means of in-depth semi-structured interviews with three male and three female obstetricians and four midwives (ten interviews in total) regarding their work in birthing facilities in Slovakia. The interviews were conducted between December 2014 and February 2015. The respondents were selected so that the chosen sample reflected their different positions within the hospital hierarchy and the length of their professional experience, and so that the sample included respondents working in hospitals in Eastern, Central, and Western Slovakia. When putting together the research sample, we also considered the number of births taking place in respective birthing facilities per year, dividing them into "small", "medium-sized", and "large". In order to ensure the highest level of anonymity, the identity of all respondents was strictly anonymised during the analytical stage as well. We assumed that the knowledge of a respondent's identity could affect the interpretation of the findings, and disclosing these identities could potentially affect the professional or private life of the respondents. Both for the interviews with the birthing women and the healthcare personnel, the specific data by which respondents could be identified (name and surname, place of respondent's work, size of the birthing facility and number of births per year, town/municipality, etc.) were only known to researchers conducting the interviews and were not disclosed to the wider research team. The research team had only anonymised transcribed interviews at their disposal.

The text also incorporates available evidence-based data on individual aspects of birth care, derived mostly from the guidelines, interpretations, and recommendations issued by internationally recognised professional organisations (WHO, FIGO, NICE and ACOG).

Women's Human Rights in Childbirth and How They Are Reflected in the Exercise of Informed Consent, Communication with Women and Respect for Their Decisions

This chapter provides insights into the concepts of both the provision of information and informed consent. It discusses how these rights are fulfilled (or not) in the context of the healthcare provided in birthing facilities across Slovakia and examines the mechanisms the healthcare personnel use to restrict, or even deny, the women their right to information and informed decision-making, as well as the mechanisms and strategies women attempt to employ (often with no success) in order to have their

rights and demands respected and fulfilled. Further, it discusses other important circumstances and conditions that complicate, or even prevent, effective communication and cooperation with birthing women. These circumstances also have crucial impact on the overall atmosphere in the birthing room and on women's feelings of safety, respect, and dignity, as well as on the overall psychological and physical experience of the actual labour and delivery and the lifelong memories of this experience.

The interviews revealed that healthcare personnel are not familiar with what women's human rights in childbirth include and are unable to understand this concept; they do not consider the fulfilment of women's human rights in childbirth an integral part of their work, but deem it something "extra". Women's human rights in childbirth as a fundamental concept and framework remain generally misunderstood and unidentified in the Slovak institutional context of providers of birth care.

The interviews with both the healthcare personnel and the women indicated that as long as women give birth in a hospital setting, they are implicitly expected to conform to the institutionalised set of rules. The imbalance of power to women's disadvantage is further reinforced by the fact that doctors and midwives have professional knowledge and experience, and the hospital is an environment they are thoroughly familiar with, functioning according to the rules set and controlled directly by them. This means that while for the healthcare personnel, a childbirth is a routine procedure with no implications on their physical and often also on their mental well-being, for women it is a very important and extremely intimate moment in their lives that unfortunately often takes place in an unfamiliar, sterile, and ofttimes uncomfortable setting in the presence of unfamiliar and mostly unknown persons on whom the birthing women depend. Moreover, many women put themselves in the hands of healthcare personnel with full confidence.

Healthcare personnel perceive informed consent as a formal expression of consent to a proposed procedure, often reduced to simply obtaining a woman's signature on a printed form. The way the informed consent form is designed and used in Slovak birthing facilities clearly shows that its primary purpose is to obtain women's "consent" to routine procedures and practices applied in birthing facilities. Women are automatically expected to sign the form. None of the interviews included any mention that a woman had not signed the form, or that she had been advised by the healthcare personnel on her right not to sign the informed consent form.

Most often, women are given very little information, and if they receive information, they are only informed about what the healthcare personnel have decided to do with them. Thus, women are not expected to make their own decisions based on the information they receive. In some cases, information about the medical procedures to be performed is not provided at all. In addition, healthcare personnel view the provision of information – albeit still limited to information about decisions they have already made with regard to the birthing women – as a sort of "extra service" or a possible "added value" in the case of uncomplicated births. The lack of time in emergency and/or unforeseen situations has thus become an argument and excuse for not providing adequate information to women. The interviewed healthcare personnel did not mention any means that could help ensure women's right to information and informed consent in emergency situations as well.

The provision of incomplete and imbalanced information by the healthcare personnel also constituted a serious breach of the right to information and informed consent. Such information highlighted the positive aspects of procedures preferred by the healthcare personnel while concealing their risks and/or omitting information about other potential procedures that may present greater benefit for the women in labour. Some of the proposed procedures were not in line with current scientific evidence. In some cases, hospital personnel used manipulation and/or intimidation to obtain "consent" from the

women, or even performed particular interventions against the women's expressed refusal.

In a few cases, healthcare personnel admitted that women should be encouraged and have room to ask questions. These personnel were aware that not all women must necessarily understand the specific medical terminology. However, there were also examples when the personnel would see additional questions asked by women as inconvenient and delaying of their work.

Healthcare personnel only rarely acknowledged that they should actively attempt to learn women's preferences and needs. They did not consider obtaining information from women an integral part of their work and an obligation to provide healthcare solely on the basis of informed consent.

Slovak birthing facilities provide very little room for women to make their own decisions about childbirth. Recording written birth plans or wishes and communicating them directly to the hospital personnel has become an instrument and strategy women employ to ensure that their rights are at least partially respected in birthing facilities that do not inquire about women's preferences and expectations, and that fail to respect women's rights. From this point of view, the birth plans now represent a mechanism the women use in order to bargain for something to which they should automatically be entitled, something that healthcare facilities and healthcare personnel should provide on their own initiative.

Demands and expectations the women participating in our research wrote down in their birth plans/wishes were related to the fulfilment of their human rights with respect to the protection and respect for their dignity, privacy, and intimacy. As regards medical procedures and interventions requested by the women in our research, the majority of them asked for procedures that were in line with the latest scientific evidence, for instance, the freedom to choose a birthing position, skin-to-skin contact between mother and baby immediately after birth, or attempts to avoid harmful and/or routine practices such as the Kristeller's expression/fundal pressure, shaving, enema, or episiotomy.

Where women communicated their birth-related wishes (in writing or orally), healthcare personnel viewed their wishes in two ways. Some of their wishes were considered a sort of "extra" service that the personnel were willing to discuss because their benefits were already relatively well known and, theoretically at least, accepted. These include, for example, wishes concerning the presence of an accompanying person at birth, enema or pubic hair shaving, or skin-to-skin contact between the mother and her baby immediately after birth. However, the wishes concerning more "medical" interventions (such as a request not to speed up delivery, to avoid the routine use of some procedures such as the administering of synthetic oxytocin, episiotomy, the Kristeller's expression/fundal pressure, etc.) were seen as problematic and largely ignored by the healthcare personnel who often delegitimised and ridiculed such wishes.

Healthcare personnel often failed to conceive the birth plans/wishes provided by the women as an expression of their will by which the personnel must be bound in the context of their obligation to act solely on the basis of women's informed consent and their right to decide on the circumstances of their own childbirth, as well as other rights. Instead, personnel viewed such birth plans as "wish-lists" the fulfilment of which is subject to the discretion of the healthcare personnel and/or birthing facility management as a consequence of their "goodwill" (the interviewed healthcare personnel often used the expression "obliging"). The research revealed signs of a sort of ritual approvals of birth wishes/plans when, for example, the head of a maternity department used a red pen, official stamp, and signature to acknowledge or dismiss the legitimacy of a woman's requests. In some cases, healthcare facilities and/or healthcare personnel attempted to respond to women's written birth plans by reshaping them into informal verbal agreements (between personnel and the women) that were more difficult to utilize as evidence.

Even though the personnel generally paid attention to the birth plans, the requests and rights contained in them were often curtailed with reference to what is "practically feasible", what represents a "reasonable degree", or the personnel sought to "cut a deal" with the women, persuading them to "let it go". There were, however, some cases when the birth plans were completely ignored, or the women who had submitted their birth plans were advised to look for another healthcare facility – which in fact constitutes a denial to provide healthcare. The interviews also described situations when the healthcare personnel perceived the birth plans and wishes as a threat to their own expertise, as well as arguments akin to the idea that if a woman "wants" something from the healthcare facility, she must "conform" to its rules. In some cases, healthcare personnel even rejected the birth plans and wishes, considering them "whims", and ironizing and ridiculing them. Some of the interviewed healthcare personnel deemed women's views and ideas about childbirth naïve, uninformed, and not being their own autonomous wishes. Such an approach considerably contributes to the denial of rights entitled to birthing women.

The interviewed women repeatedly said they had decided not to write down their birth wishes because they feared the healthcare personnel would not respect them, or that a birth plan might negatively stigmatise them, and the healthcare personnel would then treat them unsympathetically during childbirth.

Expectations that women should conform to the requirements of healthcare personnel and their needs, and not vice-versa, also prevailed when discussing the cooperation between healthcare personnel and women. Communication and "cooperation" with women proved generally unequal, authoritative, and centralised around the birthing facility, its personnel, and the desired performance or outcome of birth, rather than focused on the women themselves and their positive birthing experience. Women are expected to "cooperate" with the personnel, not vice-versa. They should "listen" to and comply with their instructions and be "prepared" for birth. The specific notion of the "non-cooperating parturient" also appears in this context (this term is even used in a Slovak university medical textbook). The personnel also used the need for "cooperation" by women as an excuse for serious infringements of the women's human rights, such as the use of violence mentioned by the interviewed healthcare personnel in the form of a slap to the face or "nailing" a woman to the birthing table. The respondents also admitted that women were forced to undergo some interventions by the staff commanding them, arousing feelings of guilt in them, and intimidating and manipulating them in order to make them "cooperate", that is, obey the personnel's instructions.

These narratives thus reflect the central role played by the institution and its personnel in birth, that is, a symbolic and physical conceptualisation of birth in a way that serves the comfort, needs and preferences of the healthcare personnel rather than the comfort, needs, and rights of women. The focus on the needs of personnel is identifiable, for example, in the aforementioned conceptualisation of "cooperation" in that the personnel expect the woman to cooperate with the personnel, not that the personnel should cooperate with the woman. Further, the central role the personnel play in birth can be seen in the personnel deciding almost exclusively on what will happen during individual births instead of complying with the legal requirement to act solely on the basis of the women's informed consent and/or their informed decisions. This concentration of authority over birth by the healthcare personnel is also clearly visible in the context of the particular procedures and interventions they apply – for example, seeking not to use delivery tables that are less convenient to the healthcare personnel than classic delivery tables; preferring the supine position during childbirth; or justifying an episiotomy by stating that an incision in the perineum can be treated better and easier than natural tears – whereas these practices are in conflict with the most recent scientific evidence.

The healthcare personnel do not consider women to be competent to make judgments and decisions over individual aspects of their own childbirths: they are seen as under-informed or "too prepared" or they are "too wise". Those who express their wishes are delegitimised in many ways (e.g., they are labelled as having no idea what they are talking about; that they know nothing about birth; or they are called "nature ladies"). Equally, the personnel also belittle the feelings of pain and how women experience birth. The women's authentic emotionality during childbirth was not only perceived and assessed as something negative, but it was also subjected to gender stereotyping by the healthcare staff. Moreover, the healthcare personnel's narratives failed to comprehend that some emotional expressions of women in labour may have been a direct response to the personnel's behaviour, to the feeling of helplessness, fear, and the absence or loss of control over their own birth and body, to the violence that may have been committed on them during labour (even unconsciously, or driven by healthcare personnel's "good intentions"), or that it may have even been a symptom of the re-opening of earlier traumas.

The imbalance of power between healthcare personnel and women was also enhanced by various forms of depersonalisation or dehumanisation of the women (e.g., not addressing them by surname but by a universal "mom"; healthcare personnel entering the rooms without knocking and introducing themselves; in their own language, healthcare personnel "perform birth" on women instead of acknowledging the women's active role in giving birth; the symbolic appropriation of women and their bodies through language expressions that describe women as objects in the personnel's control; speaking about a woman in labour as if she was an instrument or an item which healthcare personnel "handle" or on which they perform certain actions). The failure to perceive a particular woman as an autonomous and individualised subject may then be one of the possible explanations for seeing the birthing woman as someone who has no rights (or is not "entitled" to certain rights), and/or as someone whose rights can legitimately be ignored and breached.

Medical Practices and Standards in Individual Birthing Facilities: Evidence-Based Medicine v. Eminence-Based Medicine

Evidence-based medicine (EBM) should be a key principle governing the provision of birth care. The concept of evidence-based medicine is defined as the integration of the best available scientific evidence, clinical practice, and patient's values, extended to include the assessment of the concrete clinical conditions of patients and the circumstances surrounding the provision of healthcare. Medical guidelines include recommendations and practices or procedures that describe different models and methods of care, interventions, their efficiency, and risks, taking into account the best available scientific evidence.

Slovakia has no nationwide guidelines on birth care in place that would have originated from the discussion of all stakeholders and that would be based on internationally accepted guidelines and evidence-based medicine. Such guidelines are also not in place at the level of individual birthing facilities. The strictly hierarchical system in which an attitude/opinion or a direct command from a superior may influence the method and rate regarding particular interventions (such as in the case of an obstetrics department head who ordered an episiotomy performed on 100 % of primiparous women) has a considerable impact on the procedures applied in healthcare facilities. This situation reinforces the actual power the heads of obstetrics departments or birth clinics (most department heads are men – women are very rare in these positions) have to decide about how healthcare is provided in their facilities. Thus, the term "evidence-based medicine" could perhaps be reconstituted

as "eminence-based medicine", i.e., medicine based on the beliefs of particular persons who, due to their position within the hierarchy of their institution, define healthcare procedures and practices to be applied at their workplaces.

The routine use of some practices is also influenced by custom and habits, that is, certain interventions still continue to be performed the way they "used to be performed" in the past, despite the existence of scientific evidence proving such interventions may actually be inappropriate or even harmful.

In order to understand the mechanism of replicating routine practices and procedures used in birthing facilities, one cannot overlook the system of education and training for healthcare personnel. In general, the interviewed doctors praised the theoretical knowledge they gained during university studies. However, universities do not provide practical training sufficient to prepare their graduates for practice in birthing facilities. Graduates of medical studies lack practical experience, unlike midwives whose studies involve a number of practical training opportunities. Practical experience and procedures applied by the healthcare personnel are to a large extent shaped and formed by the working team the health professionals join after they finish their university studies. Our research also indicates that experience obtained abroad or in a different hospital in Slovakia (in the form of practical training, internship, or work experience) has a greater impact on the broadening of the perspective in connection with the procedures normalised and routinely applied during births in Slovakia. However, even here the change in attitudes and a more critical view of the applied practices occur on an individual level and among junior personnel only, who do not have the real power to promote and push forward system-level changes. The lack of power to influence established practices is even more prominent in the case of midwives who can only afford to "polemise" over such practices with other midwives, but usually not with doctors.

The interviews with the doctors and midwives also show quite a visible generation gap between senior and junior personnel. The research has shown differences between these generations in the approach to established practices, and indicates that critical views of some of such established practices and procedures (or requests for implementation of the evidence-based medicine practices which are still insufficiently, or not at all, applied in Slovakia) prevail among younger, as yet uncertified doctors, as well as among junior midwives. However, generational differences alone have little to no potential to bring about crucial changes in the Slovak birth care system in the near or more distant future. The education that the next generations of doctors and midwives receive in this institutionalised system only replicates established procedures and practices, organisational culture and structures, and *de facto* normalises them for these next generations as well. Without elaborated interventions in the birth care system both at the nationwide level and at the level of individual hospitals, existing procedures are most likely to be preserved and continue replicating, though with some room for gradual change.

A number of factors contribute to the preservation of the routine application of some practices and procedures and often to their generalisation. These include: the setting of a birthing facility as an institution with hierarchically arranged rules of power; the absence of birth care guidelines following the knowledge of evidence-based medicine and internationally recognised medical standards; substituting procedures based on current scientific evidence with customary and habitual procedures; and the lack of understanding of the informed consent concept and other human rights among healthcare personnel. Although it is extremely difficult to retroactively assess whether particular interventions were performed for clinically indicated reasons or as a routine practice, the narratives of the healthcare personnel (as well as some statistics) indicate that these interventions are made routinely. The interviews with birthing women also imply that a general tendency to intervene in childbirth can be observed in hospitals. Considering these perspectives, the trend is obvious: interventions are used

in situations when they do not seem necessary or beneficial under the internationally recognised medical guidelines, or even when they are considered harmful.

This extensive use of interventions in childbirth is also driven by an effort to speed up births. The acceleration of labour (acceleration for acceleration's sake) appeared in various contexts in the research, although only two respondents openly spoke about this practice. Factors that accompany – or even cause – the routine use of interventions to speed up childbirths in Slovakia are, according to the interviewed respondents, especially system-level causes such as the lack of time, the lack of room in hospitals, the lack of healthcare personnel, and an overall effort to expedite deliveries, or a combination thereof. The speeding up of labour and delivery was often legitimised by a belief that it was being done "for the good of the women" or "preventively", etc., and that it represents an intervention generally beneficial to childbirth. However, the narratives of the healthcare personnel indicate a considerable difference between what they consider a standard duration of the pushing stage compared to what is considered normal by the internationally recognised medical guidelines. While international guidelines state that the normal duration of the pushing stage is between 1 and 3 hours, according to Slovak healthcare personnel this time is considerably shorter – 10 to 20 minutes.

The opportunity to move freely and change positions during the first and second stage of labour is especially important to women. Some internationally recognised medical guidelines recommend that birth attendants discourage women from lying on the back and encourage them to assume vertical positions, such as squatting, for instance. The supine position is associated with such risks as fetal distress, the need for instrumental vaginal delivery, and increased pain. Moreover, this position has no mechanical advantage to enhance fetal descent. Since the pushing stage may well last dozens of minutes during some childbirths, it is important that women experiment to find a position that will relieve their pain during labour. The change of positions is not only an effective method of pain relief, but it is also recommended as an intervention where labour is not progressing.[3] The freedom to choose positions is also one of the indicators of the quality of healthcare developed by international professional organisations.[4] By contrast, a Slovak university textbook on obstetrics care published in 2014 states that "[i]n a majority of our hospitals, the parturient is placed on a birthing table, lying on the back and with legs placed and fixed up in stirrups, which she is also holding with her hands while pushing."[5] The interviews with women also indicate that almost all of them delivered babies in the supine position; only one of them was allowed to take a different position. Frequent arguments given by the healthcare personnel for not allowing women to choose positions included "safety" (for

---

[3] For more information on recommended approaches to freedom in position and movement throughout labour see, for example: FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee: Management of the second stage of labor. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 119, 2012, pp 111 – 116. Available at: http://www.w3dezine.in/clients/fogsi/wp-content/uploads/2015/05/pdf/figo_guideline_management_of_the_ssl.pdf (last visited on 16 October 2016). *Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 90: Methods, evidence and recommendations*. London : National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2014. Available at: https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-appendices-ae-g-h-jr-pdf-248734766 (last visited on 11 October 2016). WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : World Health Organization, Department of Reproductive Health & Research, 1996, p 27. Available at: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/ (last visited on 16 October 2016).

[4] FIGO, WHO, WRA, ICM, IPA: Mother-baby friendly birthing facilities. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 128, 2015, pp 95 – 99. Available at http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013 (last visited on 28 October 2016).

[5] HOLOMÁŇ, K. a kol.: *Vybrané kapitoly z pôrodníctva* [Selected chapters from obstetrics]. Bratislava : Univerzita Komenského Bratislava, 2014, p 252.

example, they say they need to have "access to the woman", or they need to "protect the perineum"), missing "technical equipment" (though none of the interviewed made it clear what kind of "technical equipment" was missing in order for the healthcare personnel to enable delivery outside an obstetric chair), as well as the convenience and benefits for the healthcare personnel of the supine and semi-supine position of the woman in an obstetric chair. An argument based on the allegedly limited space in healthcare facilities was also mentioned during the interviews. However, one important fact that cannot be ignored is that the healthcare personnel mostly had no practical experience with attending to women labouring in other than the customary supine position (except for one male and one female obstetrician; both of them had previously worked abroad and had such experience). The interviews also showed that some obstetricians and midwives did not have sufficient theoretical knowledge regarding alternatives to the supine position discouraged by international guidelines, and that they could not imagine labour and delivery taking place in anything other than the supine position. Opinions differed among the interviewed healthcare personnel on the benefits of the freedom to choose positions during labour. Some of them considered the supine position beneficial, their main argument being better access to female genitals. However, we also heard an opinion that the supine position is harmful, and that women should definitely be encouraged to freely choose a position that suits them best. Some respondents said they would want to try to assist women giving birth in other than the supine or semi-supine positions.

Fundal pressure, the so-called Kristeller's expression, means applying pressure on the belly of a birthing woman by a member of the healthcare staff to speed up delivery. WHO claims that in addition to increasing women's discomfort, fundal pressure is suspected to have possible harmful effects on the uterus, perineum, and fetus. A Slovak university medical textbook also describes the use of the Kristeller's expression, i.e., "application of external fundal pressure", as a "*non-lege artis* practice" (i.e., an incorrect and illegal practice) that "increases [...] the risk of uterine rupture".[6] None of the recommendations contained in the international medical guidelines include any form of the application of pressure on a woman's belly during the second stage of labour. The interviewed women mentioned fundal pressure very often, saying that this practice was used routinely, even without their consent, and they described this intervention as extremely painful. There were some controversies about the use of this practice among the interviewed obstetricians and midwives, too. They knew it was harmful and had information about it, yet they used it routinely. Some of them differentiated between various applications of fundal pressure, describing the Kristeller's expression as an inappropriate practice harmful to women in labour. On the other hand, they defended using other forms of fundal pressure in what are, in their opinion, indicated cases. The interviews in particular showed that the healthcare personnel distinguished between a "prohibited" form of pressing on the belly (the so-called Kristeller's expression) when, for example, an elbow is used to exert a high pressure on the fundus, and a "permitted", moderate pressure ("fundal pressure" or "holding the fundus"). However, a clear-cut and explicit distinction between the "Kristeller's expression" and "fundal pressure" could not be drawn from their descriptions. It is very likely that the two terms were often used synonymously. Regardless, the interviews made it obvious that some sort of fundal pressure is used quite routinely, and the information provided by the midwives clearly shows that even the most harmful forms of fundal pressure are used in Slovak birthing facilities. This intervention is more often performed by midwives than doctors.

An episiotomy is a surgical incision made in the area between the vagina and anus (perineum). This is done during the last stages of labour and delivery to expand the opening of the vagina.

[6] *Ibid.*

In the past, the episiotomy was perceived as protecting against severe perineal and rectal tears. A 2014 Slovak university medical textbook still describes this intervention as a method of protecting the perineum against rupture (tear). However, extensive studies and research have disproved these theories and even evidenced that a policy of restricted episiotomy results in a lower risk of serious perineal and rectal injuries when compared to a policy of routine episiotomy. Professional guidelines require that an episiotomy should only be done when clinically necessary, for example, in the case of an instrumental delivery or if the life of the fetus is at risk. WHO recommends that the episiotomy rate should be not higher than 10 %. Several of the women who participated in our 2014 research had requested in their birth plans, or during consultations with an obstetrician, not to have an episiotomy. Nevertheless, most of them had had an episiotomy, performed without their prior consent – or, in some cases, even without their knowledge. Episiotomies were the most discussed interventions during the interviews with the healthcare personnel and their views considerably differed. First, a majority of interviewed obstetricians defended the use of this intervention when they thought it was implemented on indication, and all of them claimed they did not practice routine episiotomies. During more detailed discussions, however, they admitted that the episiotomy rates are in fact quite high, and that they are performed routinely as a preventive measure or to expedite delivery, even when unnecessary. Frequent arguments in favour of episiotomy also included the protection of rectum against ruptures and easier healing and suturing. However, these arguments have no support in evidence-based medicine.

Oxytocin is a hormone that the body naturally produces during childbirth. In addition to its numerous other effects, oxytocin causes uterine contractions during the second stage of labour. In its synthetic form, oxytocin is used to boost uterine contractions and may be administered at all stages of labour. According to WHO, oxytocin augmentation is a major intervention in childbirth and, therefore, should only be implemented in the case of a serious indication.[7] As all other interventions, the administering of oxytocin is also conditional upon the informed consent of the labouring woman. Several women said during the interviews that they had been administered synthetic oxytocin during childbirth through an intravenous cannula routinely inserted in advance. In most cases, however, the women were not informed about this intervention in advance and were not asked to provide informed consent. Some of them were told about the use of oxytocin only afterwards. The use of oxytocin augmentation was generally described as a routine practice. The responses from the interviewed medical staff also imply the excessive use of synthetic oxytocin in Slovak childbirth facilities. The time factor was often used as an argument in favour of the use of synthetic oxytocin as it expedites labour. However, internationally recognised guidelines do not recommend the routine use of oxytocin to shorten the duration of labour because the active management of the first stage of labour (i.e., when the cervix dilates) is more painful to women. In addition, studies found no evidence showing that the use of oxytocin considerably shortens labour. The healthcare personnel's arguments in favour of oxytocin augmentation again explicitly included non-medical reasons, such as being implemented "for the mother's own good" or "to shorten suffering", etc. This generally implies that the use of synthetic oxytocin is often justified by other than strictly medical criteria.

Safety and risk prevention were among the reasons given by the healthcare personnel for the routine prophylactic insertion of an intravenous cannula in the case of each woman. In some instances, the

[7] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : World Health Organization, Department of Reproductive Health & Research, 1996, p 23. Available at: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/ (last visited on 16 October 2016).

healthcare personnel admitted that this practice was driven by systemic motives: the lack of staff. The interviews with the women implied that the insertion of a cannula "just to be sure" had been an "invitation" to administering medications without the women's consent and often even without their knowledge.

Further examples of routine practices include the shaving of pubic hair or the use of enema, which also conflicts with internationally recognised medical guidelines. This was where the opinions and experience of the interviewed healthcare personnel differed the most. While staff in some Slovak childbirth facilities could not imagine childbirth without enema and shaving, other facilities in the country left decision-making on these aspects to women. However, the freedom of choice may only be ostensible in this respect. In some narratives, it became apparent that the personnel sought to persuade women to agree to an enema by manipulating or embarrassing them.

None of the respondents from the ranks of the healthcare personnel directly expressed that they are required, or feel it necessary, to continuously follow the most recent scientific progress and developments related to birth care. At the same time, they often apply outdated and obsolete knowledge and practices, though it is the healthcare personnel who should be the agents of change when it comes to introducing and implementing the most recent scientific knowledge and best practices, and who should be responsible for putting such methods into practice.

Organisation of Work in Birthing Facilities and Status of Midwives

In many countries, women are accompanied throughout the entire childbirth mainly by midwives who provide continuous care and support. Obstetricians are only summoned if complications occur. In these countries, midwives are considered competent in assisting women during the entire physiological childbirth, their competencies also including an ability to recognise when an uncomplicated childbirth begins to turn pathological where an obstetrician with expertise to address complications during birth must be engaged.

Obstetrics care in Slovakia was also originally provided by female attendants – midwives. The socialist reform of the healthcare system gradually enhanced the position of gynecologists and obstetricians, and consequently, midwives transformed into nurses, subordinated to doctors within the healthcare hierarchy. In fact, midwives continue to be subordinated to doctors, irrespective of the amount of practical experience of either party.

Some of the interviewed midwives presented a critical view of their current position within their working team. Even though they understand their role as "being of assistance", their view of this role is that they assist doctors, not directly the women in labour. Formally, legislation allows midwives to assist women during physiological childbirth (including when an episiotomy is needed)[8] on their own, but, in fact, they cannot actively assist labouring women alone or take any action if they disagree with an intervention performed by a doctor.

This hierarchy is then also reflected in decision-making processes, including during childbirth, and is demonstrated in conflicts of power between doctors and midwives. Even though cooperation between obstetricians and midwives is inevitable, midwives often feel their work is underrated. Some of the

[8] See Decree No. 364/2005 Coll. of the Ministry of Health of the Slovak Republic laying down the scope of nursing practice provided by the nurse independently and in cooperation with a physician and the scope of childbirth assistance provided by the midwife independently and in cooperation with a physician, Section 4(3)(f).

interviewed midwives emphasised that they felt they had an unequal relationship with obstetricians. They are not even invited to regular consultations concerning individual women or informed about their possible complications. Despite their current position within the medical staff hierarchy, midwives continue to be the personnel spending the most time with women during childbirth.

Midwives have a good number of tasks and responsibilities to attend to, and our research data also indicate they are overburdened by their official duties. Their duties often include a great deal of administrative work, additional assignments in a gynecological office and then in the obstetrics department, as well as activities for which they are over-qualified. Frequent overburdening at work and cases of "burnouts" among midwives may well be caused by the small numbers of midwives on staff in Slovak birthing facilities. Many of the interviewed obstetricians admitted that midwives have to work very hard and are underpaid, which in turn results in their profession being less attractive as a career choice to young women. As suggested by the healthcare personnel during the interviews, one of the possible solutions for improving this situation with respect to the current status and overburdening of midwives – and to enhance the quality of care provided to labouring women as well – is to restore and reinforce the role midwives play during physiological childbirth, allowing them to actively and independently assist labouring women. However, opinions of and discussion on the tasks of midwives during childbirth were not clear-cut. Some of the midwives refused to accept the active role of primary and autonomous care provider to women during physiological childbirth out of the fear of both the potential problems that can arise during birth as well as accepting the increased responsibility that would go hand-in-hand with the increased autonomy. Although the respondents did not specify these potential problems during the interviews, we can generally conclude that in a system of birth care where midwives' capacities are consistently overloaded, the transfer of competencies and responsibilities from obstetricians to midwives must also include guarantees that would enable midwives to effectively perform these responsibilities in practice, both in terms of necessary capacities as well as in terms of sufficient professional and practical training, systematic supervision, and adequate remuneration. Another prerequisite of the effective transfer of responsibilities to midwives is, beyond a doubt, to have clearly defined responsibilities at particular workplaces and in particular cases. The nonexistence of such defined responsibilities, especially where guidelines on the provision of birth care are missing (at the national level, as well as at the level of individual hospitals), may also represent a real barrier for midwives to effectively assume and bear responsibility.

Healthcare Personnel's Reflection on the Provision of Birth Care: Changes Needed, Strengths, and Agents of Future Change

The interviewed obstetricians and midwives agreed that there are some aspects in the current system of birth care that require a change. The lack of healthcare personnel and understaffed birthing facilities were clearly the main issues criticised by the respondents. They also said some devices, or technical equipment in general, should be replaced or replenished. At the same time, the respondents were critical where hospitals did not offer "extra standard" services and sufficient protection of privacy. However, they did not realize that these "extra standard services" only covered the basal requirements for the fulfilment of women's fundamental human rights – namely the right to privacy and intimacy, the right to quality and acceptable healthcare, the right to decide on the circumstances of childbirth, and the right to human dignity in general. Some respondents indicated that they might appreciate the women being given the opportunity to give birth in positions of their choosing and to have a partner present throughout the entire process of childbirth (including during caesarean sections).

Many obstetricians recognised conflicts between approaches based on the previous generation of medical procedures and knowledge, where the system of birth care has an authoritative relationship to birthing women, and approaches based on the respect to birthing women. Several of the obstetricians reflected both on the un-empathetic behaviour of some of the healthcare personnel towards birthing women and on the style of communication used by the healthcare personnel that did not present the women as equals, as well as on the relationships in the healthcare system not being organised on the basis of equality, which results in mutual mistrust between healthcare personnel and women, and admitted that the criticism posed by women is fully legitimate. Among the changes that should be adopted, these obstetricians suggested establishing standards where personnel should introduce themselves, engage in adequate communication, make information available to women, and provide an individualised approach to each birthing woman.

Two obstetricians (one female and one male) suggested that women themselves should increase pressure in order to implement change. In their opinion, only pressure exerted "from the bottom up" can help women to be heard and have their needs considered in the existing institutional setting. Although it is completely legitimate for women to express their wishes and needs, to criticise the current system, and to make attempts to change it "from the bottom up", the position of women within this system, their opportunities, and the scope of their responsibility for the change need to be assessed in a wider context. For example, the obstetricians completely failed to reflect upon the hierarchical setting of the obstetrics care system with respect to women, the fact that women are especially vulnerable during pregnancy – and during childbirth in particular – and other gender-specific aspects of the Slovak birth care system. It is also important to keep in mind that the responsibility for the fulfilment of human rights is borne by the state and individual care providers and that these providers should not simply wait until women win these rights on their own.

How to Grasp the Challenge, or Key Principles in the Change Process

Slovak birthing facilities are patriarchal institutions with hierarchically arranged rules and relationships of authority and power, often employing monocratic decision-making governing the provision of birth care. There are no birth care guidelines in place that would correspond with the knowledge ensuing from evidence-based medicine and internationally recognised standards of care. Therefore, childbirth facilities in Slovakia apply outdated and obsolete practices and procedures, often performed routinely and "across the board".

Obstetricians and midwives are not familiar enough with the concept of informed consent, that is, they fail to properly understand that, pursuant to the applicable legislation, decisions concerning the performing of individual healthcare interventions should ultimately be made by women themselves, not by the healthcare personnel.

In response to our findings presented in this publication, we wish to inspire debate on women's human rights in childbirth among professionals and experts and the wider public, which we believe will help design a birth care system primarily driven by the needs of women and their children, a system that will respect, protect, and fulfil their human rights at all levels.

In order to accomplish this goal, a wide range of elaborated, mutually overlapping and complementing measures will need to be implemented simultaneously. One such measure might be to develop and regularly update guidelines on birth care that align with evidence-based medicine and human rights

principles. These guidelines should be adopted on a nationwide level and supplemented by regular monitoring and audits performed across all birth care facilities in Slovakia. The monitoring should also involve continuous feedback obtained directly from women.

Human rights education, with a particular focus on women's human rights and reproductive rights, should be made part of both university education and the continuing education and training of healthcare personnel. Much attention should be paid to the concept of informed consent, or informed decision-making that women are entitled to, and to its application in practice. The education of health professionals must also include gender sensitisation and training focused on empathic and effective ways of communication, including communication in emergency or other stressful situations. Healthcare personnel should also be given both theoretical and practical training on the methods of birth assistance as yet unknown to them but recommended by internationally recognised medical guidelines (for example, assisting with different birthing positions).

In addition, changes will have to be made in the organisation of workflow in birthing facilities – in terms of the division of tasks and responsibilities among the individual members of the healthcare personnel and in terms of management of work hours, as well as in terms of personnel capacities. Birthing facilities will need to be redesigned to be able to enhance the protection of women's privacy and intimacy, and equipped with the necessary materials, resources, and technologies so as to allow the healthcare personnel to perform relevant professional duties in line with evidence-based medicine.

All of these changes must be designed and implemented under the equal and democratic participation of all stakeholder groups, including midwives and, in particular, women themselves. The red thread to be followed in all discussions, processes, and changes must be an unconditional effort to centralise birth care around birthing women and their newborn babies. This will also require the complete recasting of the concept of "safety" as it is currently understood by the obstetricians – i.e., as an objective practice in which a living and (relatively) healthy baby is born to a living and (relatively) healthy woman, while healthcare personnel also have the capability to intervene when they identify pathologies – toward a concept of safety that must also incorporate the notion of women feeling safe, and reflect the long-term impacts of birth care on rights, and physical and mental health.

It is evident in this context that the necessary changes and the outlined and other necessary processes cannot be implemented without a sufficient volume of quality data (both quantitative and qualitative), which must be collected primarily by the state, its bodies, and public institutions, as well as by individual healthcare facilities. The existence of such data can facilitate a situation where the making of decisions is not based on the impressions and feelings of the official authorities in control of the birth care system, but which will reflect (including as yet unrecognised) facts and contexts.

None of the necessary changes can be made without sufficient resources, including financial and human. Investing these resources might likely pay off quickly for us all – bringing about both economic benefits and social progress.

Prehľad použitej literatúry

AASHEIM, V. – NILSE, A. B. V. – LUKASSE, M. – REINAR, L. M.: Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma (Review). In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011. Dostupné na: http://www.cochrane.org/CD006672/PREG_perineal-techniques-during-the-second-stage-of-labour-for-reducing-perineal-trauma

Addendum to Clinical Guideline CG190. Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical Guideline Addendum 190.2. Methods, evidence and recommendations. London : National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2016. Dostupné na: https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/addendum-190.2-pdf-2722665277

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS: *Refusal of Medically Recommended Treatment During Pregnancy. Committee opinion No. 664*. Washington, DC : 2016. Dostupné na: https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Ethics/co664.pdf?dmc=1&ts=20160716T1413260121

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS: *Safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstetric Care Consensus No. 1. Obstetric Care Consensus*. Washington, DC : 2014. Dostupné na: https://www.acog.org/-/media/Obstetric-Care-Consensus-Series/oc001.pdf?dmc=1&ts=20170106T1149072620

BAČOVÁ, V.: Prečo ženy prijímajú svoje znevýhodnenia v spoločnosti? Rôzne podoby používania a vnímania moci. In: CVIKOVÁ, J. – JURÁŇOVÁ, J. (eds.): *Ružový a modrý svet. Rodové stereotypy a ich dôsledky*. Bratislava : Občan a demokracia a Aspekt, 2003, 2005, s. 49 – 63.

BARTÁKOVÁ, P.: Proměna intimity: příklad doprovázejících osob. In: *Lidé města*. Praha : Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, roč. 18, 2016, č. 1, s. 29 – 45.

BARTÁKOVÁ, P.: *Role a percepce žen dul.* [Nepublikovaná diplomová práca.] Plzeň : Filozofická fakulta, Západočeská univerzita v Plzni, 2014. Dostupné na: https://otik.uk.zcu.cz/bitstream/handle/11025/13441/DP_Bartakova_Petra.pdf?sequence=1

BERNITZ, S. – AAS, E. – ØIAN, P.: Economic evaluation of birth care in low-risk women. A comparison between a midwife-led birth unit and a standard obstetric unit within the same hospital in Norway. A randomised controlled trial. In: *Midwifery*, roč. 28, 2012, č. 5, s. 591 – 599. DOI: 10.1016/j.midw.2012.06.001.

BLUSTEIN, J. – JIANMENG, L.: Time to consider the risks of caesarean delivery for long term child health. In: *The BMJ*, 2015; 350:h2410, DOI:10.1136/bmj.h2410.

BOURGEAULT, I. L.: *Push! The Struggle for Midwifery in Ontario*. Montreal : McGill-Queen's University Press, 2006.

BULLETTI, C. a kol.: The Artificial Womb. In: *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2011, č. 1221, s. 124 – 128.

CARROLI, G. – MIGNINI, L.: Episiotomy for vaginal birth (Review). In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, č. 1. Dostupné na: http://summaries.cochrane.org/CD000081/episiotomy-for-vaginal-birth

CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE: *Oxford Centre for Evidence-based Medicine – Levels of Evidence (March 2009)*. Oxford : Centre for Evidence-Based Medicine, 2009. Dostupné na: http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/

Commissioner for Human Rights: Protect women's sexual and reproductive health and rights. Human rights comment. Strasbourg, 21. júla 2016. Dostupné na: http://www.coe.int/en/web/commissioner/-/protect-women-s-sexual-and-reproductive-health-and-rights

Commissioner for Human Rights: Women's Rights and Gender Equality in Europe : Round-Table with human rights defenders organised by the Office of the Council of Europe Commissioner for Human Rights, Vilnius, 6 and 7 July 2015. Report. CommDH(2016)15. Strasbourg, 19. januára 2016, bod 27. Dostupné na: https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?coeReference=CommDH(2016)15

CONRAD, P.: *The Medicalization of Society*. Baltimore : The John Hopkins University Press, 2007.

CONRAD, P. – SCHNEIDER, J.: *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. St Louis, Mo. : C. V. Mosby, 1980.

COOK, R. J. – DICKENS, B. M. – FATHALLA, M. F.: *Reproductive Health and Human Rights*. New York : Oxford University Press Inc., 2003.

COONS, C. – WEBER, M.: *Manipulation : Theory and Practice*. New York : Oxford University Press, 2014.

CRAVEN, C.: *Pushing for Midwives. Homebirth Mothers and the Reproductive Rights Movement*. Philadelphia : Temple University Press, 2010.

DAVIS-FLOYD, R.: *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley : University of California Press, 1992.

DAVIS-FLOYD, R. – BARCLAY, L. – DAVISS, B. – TRITTEN, J. (eds.): *Birth Models That Work*. Berkeley and Los Angeles, California : University of California Press, 2009, London, England : University of California Press Ltd., 2009.

DAVIS-FLOYD, R. – DAVIS, E.: Intuition as Authoritative Knowledge in Midwifery and Homebirth. In: *Medical Anthropology Quarterly*, roč. 10, 1996, č. 2, s. 237 – 269.

DAVIS-FLOYD, R. – JOHNSON, C. (eds.): *Mainstreaming Midwives. The Politics of Change*. New York : Routledge, 2006.

DAVIS-FLOYD, R. E. – SARGENT, C. F. (eds): *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-cultural Perspectives*. Berkeley and Los Angeles, California : Univeristy of California Press, 1997.

DEBRECÉNIOVÁ, J. (ed.); BABIAKOVÁ, K. – DEBRECÉNIOVÁ, J. – HLINČÍKOVÁ, M. – KRIŠKOVÁ, Z. – SEKULOVÁ, M. – ŠUMŠALOVÁ, S.: *Ženy – Matky – Telá: ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Bratislava : Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015. Dostupné na: http://odz.sk/wp-content/uploads/Z-M-T_publ_el1_pod_sebou.pdf

DEVRIES, R. – BARROSSO, R.: Midwives among the Machines: Re-Creating Midwifery in the Late Twentieth Century. In: MARLAND, H. – RAFFERTY, A. M. (eds.): *Midwives, Society and Childbirth. Debates and Controversies in Modern Period*. London : Routledge, 1997, s. 248 – 272.

DOLEŽAL, A.: *Od babictví k porodnictví*. Praha : Nakladatelství Karolinum, 2001.

Doporučené postupy v perinatologii. In: *Česká gynekologie*, 2013. Dostupné na: http://www.upmd.cz/wp-content/uploads/2014/01/doporucene-postupy.pdf

DUNDES, L.: Introduction. In: DUNDES, L. (ed.): *The Manner Born. Birth Rites in Cross-Cultural Perspective*. Walnuk Creek : Altamira Press, 2003, s. 1 – 5.

DUNDES, L.: The Evolution of Maternal Birthing Position. In: DUNDES, L. (ed.): *The Manner Born. Birth Rites in Cross-Cultural Perspective*. Walnuk Creek : Altamira Press, 2003, s. 55 – 63.

EUROPEAN SCIENCE FOUNDATION: *The European Code of Conduct for Research Integrity*. Strasbourg : European Science Foundation, 2011.

EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. *European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*, 2013. Dostupné na: https://www.tno.nl/media/1975/european_perinatal_health_report_2010.pdf

FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee: Management of the second stage of labor. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, roč. 119, 2012. Dostupné na: http://www.w3dezine.in/clients/fogsi/wp-content/uploads/2015/05/pdf/figo_guideline_management_of_the_ssl.pdf

FIGO: *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology*. London : FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, 2012, s. 13 – 14. Dostupné na: http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/ethics/English%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%20and%20Gynecology.pdf

FIGO, WHO, WRA, ICM, IPA: Mother-baby friendly birthing facilities. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, roč. 128, 2015. Dostupné na: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013

FOUCAULT, M.: *Dohlížet a trestat. Kniha o zrodu vězení*. Praha : Dauphin, 2000.

FOUCAULT, M.: *Dozerať a trestať. Zrod väzenia*. Bratislava : Kalligram, 2004.

FOUCAULT, M.: *Zrození kliniky*. Červený Kostelec : Nakladatelství Pavel Mervart, 2010 [1963].

FURRER, R. – SCHÄFFER, L. – KIMMICH, N. – ZIMMERMANN, R. – HASLINGER, C.: *Maternal and fetal outcomes after uterine fundal pressure in spontaneous and assisted vaginal deliveries*, 2016. Dostupné na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26352067

GABRIEL, C.: *Natural Hospital Childbirth. The Best of Both Worlds*. Boston : The Harvard Common Press, 2011.

HAYNES, R. B. – DEVERAUX, P. J. – GUYATT, H. G.: *Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice*. Ontario : 2002. Dostupné na: http://ebm.bmj.com/content/7/2/36.full.pdf+html

HEITLINGER, A.: *Reproduction, Medicine and the State*. New York : St Martin's Press, 1987.

HELMAN, C.: *Culture, Health and Illness*. London : Arnold, 2001.

HERMAN, J. L.: *Trauma a uzdravenie. Násilie a jeho následky – od týrania v súkromí po politický teror*. Bratislava : ASPEKT, 2001.

HILLEBRENNER, J. – WAGENPFEIL, S. – SCHUCHARDT, R. – SCHELLING, M. – SCHNEIDER, K. T. M.: Erste klinische Erfahrungen bei Erstgebärenden mit einem neuartigen Geburtstrainer Epi-no®. In: *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, roč. 205, 2001, č. 1. Dostupné na: https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2001-14552

HOLOMÁŇ, K. a kol.: *Vybrané kapitoly z pôrodníctva*. Bratislava : Univerzita Komenského Bratislava, 2014.

HREŠANOVÁ, E.: *Kultury dvou porodnic*. Plzeň : Západočeská univerzita, 2008.

HREŠANOVÁ, E.: 'Nobody in a Maternity Hospital Really Talks to You': Socialist Legacies and Consumerism in Czech Women's Childbirth Narratives. In: *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, roč. 50, 2014, č. 6, s. 961 – 985. DOI: http://dx.doi.org/10.13060/00380288.2014.50.6.150.

HREŠANOVÁ, E.: *Porod z perspektivy sociálních věd: etnografie dvou českých porodnic se zaměřením na jejich (organizační) kultury*. [Disertační práce.] Brno : Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, 2008.

HREŠANOVÁ, E.: Porodní péče a zkušenosti českých žen: kvalitativní studie. In: *Gender, rovné příležitosti, výzkum*. Praha : Sociologický ústav AV ČR, roč. 12, 2011, č. 2.

HREŠANOVÁ, E.: Psychoprophylactic Method of Painless Childbirth: From State Propaganda to Activism of Enthusiasts. In: *Medical History*, roč. 60, 2016, č. 4, s. 534 – 556. DOI: 10.1017/mdh.2016.59.

HREŠANOVÁ, E. – MICHAELS, P.: Socialist Science across Borders: Investigating Pain in Soviet and Czechoslovakian Maternity Care. In: *Revue d'études comparatives Est-Ouest*. V procese publikovania.

HRUBY, R. a kol.: Early brain development towards shaping of human mind: an integrative psychoneurodevelopmental model in prenatal and perinatal medicine. In: *Neuro Endocrinology Letters*, roč. 34, 2013, č. 6, s. 447 – 463.

HUVS, U.: *Socio-Economic Research in the Information Society: A User's Guide from the RESPECT Project*. Brighton : The Institute for Employment Studies, 2014. Dostupné na: http://www.respectproject.org/guide/416guide.pdf

Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190: Methods, evidence and recommendations. London : National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2014. Dostupné na: https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-appendices-ae-g-h-jr-pdf-248734766

JANSSEN, A. – MITTON, C. – AGHAJANIAN, J.: Costs of Planned Home vs. Hospital Birth in British Columbia Attended by Registered Midwives and Physicians. In: *PLoS One*, 2015; 10(7): e0133524. Dostupné na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4505882/

JORDAN, B.: Authoritative Knowledge and Its Construction. In: DAVIS-FLOYD, R. E. – SARGENT, C. F. (eds).: *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-cultural Perspectives*. Berkeley and Los Angeles, California : University of California Press, 1997, s. 55 – 79.

JORDAN, B.: *Birth in Four Cultures. A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Illinois : Waveland Press, 1993.

JORDAN, B. – IRWIN, S.: A Close Encounter with a Court-Ordered Cesarean Section: A Case of Differing Realities. In: HANS, B. (ed.): *Case Studies in Medical Anthropology: A Teaching and Reference Source*. New York : Gordon and Breach, Science Publishers, 1987, s. 185 – 199.

JORDAN, B. – IRWIN, S.: The Ultimate Failure: Court-Ordered Cesarean Section. In: WHITEFORD, L. – POLAND, M. (eds.): *New Approaches to Human Reproduction*. Boulder, CO : Westview Press, 1989, s. 13 – 24.

KAMISAN ATAN, I. – SHEK, K. L. – LANGER, S. – GUZMAN ROJAS, R. – CAUDWELL-HALL, J. – DIETZ, H. P.: Does the Epi-No® birth trainer prevent vaginal birth-related pelvic floor trauma? A multicentre prospective randomised controlled trial. In: *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, roč. 123, 2016. Dostupné na: http://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/hub/issue/10.1111/bjo.2016.123.issue-6/

KAY, M.: *Anthropology of Human Birth*. Philadelphia : F. A. Davis Company, 1982.

KENNY, C. – DEVANE, D. – NORMAND, C. – CLARKE, M. – HOWARD, A. – BEGLEY, C.: A cost-comparison of midwife-led compared with consultant-led maternity care in Ireland (the MidU study). In: *Midwifery*, roč. 31, 2015, č. 11, s. 1032 – 1038.

KORBEĽ, M. – KOSIBOVÁ, Z. – BOROVSKÝ, M. – DANKO, J. – KAŠČÁK, P. – RUSNÁK, I. – NIŽŇANSKÁ, Z. – KRIŠTÚFKOVÁ, A.: Regionálna analýza pôrodníc v Slovenskej republike I. (pôrodnícka časť). In: *Gynekológia pre prax*, roč. 11, 2013, č. 1.

KŘÍŽOVÁ, E.: *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha : Sociologické nakladatelství, 2006.

LI, W. X. a kol.: Artificial uterus on a microfluidic chip. In: *Chinese Journal of Analytical Chemistry*, roč. 41, 2013, č. 4, s. 467 – 472.

LOCK, M.: *Encounters with Ageing. Mythologies of Menopause in Japan and North America*. University of California Press, 1995.

MACDONALD, M.: *At Work in the Field of Birth: Midwifery Narratives of Nature, Tradition, and Home*. Vanderbilt University Press, 2008.

MAHER, S. – CRAWFORD-CARR, A. – NEIDIGH, K.: The Role of the Interpreter/Doula in the Maternity Setting. In: *Nursing for Women's Health*, roč. 16, 2012, č. 6, s. 472 – 481.

MARTIN, E.: *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston, U. S. : Beacon Press, 2001.

MARTIN, K.: Giving Birth Like a Girl. In: *Gender and Society*, roč. 17, 2003, č. 1, s. 54 – 72.

MILES, A.: *Women, health and medicine*. Milton Keynes [England], Philadelphia : Open University Press, 1991.

MORGAN, L. – MICHAELS, M. (eds.): *Fetal Subjects, Feminist Positions*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press, 1999.

MORGEN, S.: *Into Our Own Hands. The Women's Health Movement in the United States, 1969-1990*. New Brunswick, New Jersey, London : Rutgers University Press, 2002.

MYLES, M.: *A Textbook for Midwives*. Baltimore, MD : Williams & Wilkins, 1971.

NETTLETON, S.: *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge : Polity Press, 2006.

ODENT, M.: *Childbirth and the Future of Homo sapiens*. London : Pinter & Martin, 2013.

Oxford Centre for Evidence-based Medicine – Levels of Evidence (March 2009), Centre for Evidence-Based Medicine. Dostupné na: http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/

PAVLÍKOVÁ, M.: *Krátká poznámka o klystýru*, 2014. Dostupné na: http://www.biostatisticka.cz/kratka-poznamka-o-klystyru/

PISÁRČIKOVÁ, M. a kol.: *Synonymický slovník slovenčiny*. Bratislava : Veda, 2004.

RAŠMANOVÁ, M. – JANOVIČOVÁ, G.: *Bonding – matkina náruč po pôrode*. Bratislava : Ženské kruhy, 2015.

RENDL, D.: *Moc nad porodem*. [Bakalářská práce.] Brno : Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, 2013.

REVEIZ, L. – GAITÁN, H. G. – CUERVO, L.: Enemas during labour (Review). In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013. Dostupné na: http://www.cochrane.org/CD000330/PREG_enemas-during-labour

RIVKIN-FISH, M.: *Women's Health in Post-Soviet Russia. The Politics of Intervention*. Bloomington a Indianapolis : Indiana University Press, 2005.

RUCKHÄBERLE, E. – JUNDT, K. – BÄUERLE, M. – BRISCH, K. H. – ULM, K. – DANNECKER, C. – SCHNEIDER, K. T. M.: Prospective randomised multicentre trial with the birth trainer EPI-NO for the prevention of perineal trauma. In: *ANZJOG Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, roč. 49, 2009, č. 5. Dostupné na: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1479-828X.2009.01044.x/abstract

RUTAYISIRE, E. – WU, X. – HUANG, K. – TAO, S. – CHEN, Y. – TAO, F.: Caesarean Section May Increase the Risk of Both Overweight and Obesity in Preschool Children. In: *BMC Pregnancy and Childbirth*, roč. 16, 2016, č. 1, s. 338 – 346.

SANDALL, J. – SOLTANI, H. – GATES, S. – SHENNAN, A. – DEVANE, D.: Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review). In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016. Dostupné na: http://www.cochrane.org/CD004667/PREG_midwife-led-continuity-models-care-compared-other-models-care-women-during-pregnancy-birth-and-early

SARGENT, C. – BASCOPE, G.: Ways of Knowing about Birth in Three Cultures. In: *Medical Anthropology Quarterly*, roč. 10, 1996, č. 2, s. 213 – 236.

SCHROEDER, E. – PETROU, S. – PATEL, N. – HOLLOWELL, J. – PUDDICOMBE, D. – REDSHAW, M. – BROCKLEHURST, P.: Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study. In: *BMJ*. 2012;344:e2292. Dostupné na: http://www.bmj.com/content/344/bmj.e2292

SLEPIČKOVÁ, L. – ŠLESINGEROVÁ, E. – ŠMÍDOVÁ, I.: Biomoc a reprodukční biomedicína: konceptuální inspirace pro český kontext. In: *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, roč. 48, 2012, č. 1, s. 85 – 106.

SMIRCICH, L.: Concepts of culture and organizational analysis. In: *Administrative Science Quarterly*, roč. 28, 1983, s. 339 – 358.

STEFFEN, G.: *Je rutinný, profylaktický nástrih hrádze oprávnený?* Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2009.

ŠTEMBERA, Z.: *Historie české perinatologie*. Praha : Jessenius Maxdorf, 2004.

ŠUSTEK, P. – HOLPAČEK, T.: *Informovaný súhlas*. Praha : ASPI, 2007.

TINKOVÁ, D.: *Tělo, věda, stát. Zrození porodnice v osvícenské Evropě*. Praha : Argo, 2010.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR: *Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti 2013*. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2014.

WERTZ, D. – WERTZ, R.: *Lying-in. A History of Childbirth in America*. New Haven : Yale University Press, 1989.

WOLF, J.: *Deliver Me from Pain. Anesthesia and Birth in America*. Baltimore : The John Hopkins University Press, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, UNICEF: *Baby-Friendly Hospital Initiative, Revised, updated and expanded for integrated care*. Geneva : 2009. Dostupné na: https://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_Revised_Section1.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : World Health Organization, Department of Reproductive Health & Research, 1996. Dostupné na: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/

WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Stanovisko Svetovej zdravotníckej organizácie: Prevencia a odstránenie nerešpektujúceho a hrubého zaobchádzania pri pôrodoch v zdravotníckych zariadeniach*. Geneva : 2014. Dostupné na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/23/WHO_RHR_14.23_slo.pdf?ua=1

ZADOROZNYJ, M.: Social Class, Social Selves and Social Control in Childbirth. In: *Sociology of Health and Illness*, roč. 21, 1999, č. 3, s. 267 – 289.

ZÁHUMENSKÝ, J. – KALIŠ, V.: Péče o ženy se závažným porodním poraněním hráze – doporučený postup. In: *Česká gynekologie*, 2013.

ZÁHUMENSKÝ, J. – KORBEĽ, M. – KAŠČÁK, P.: Ruptúry hrádze 3. a 4. stupňa (odporúčané postupy). In: *Gynekológia pre prax*, 2015.

ZANDT, S. – EDWARDS, L. – JORDAN, E.: Low epidural anesthesia use associated with labor support by student nurse doulas: implications for intrapartal nursing practice. In: *Complementary Therapies in Clinical Practice*, roč. 11, 2005, č. 3, s. 153 – 160.

ZIMBARDO, P.: *Luciferův efekt. Jak se z dobrých lidí stávají lidé zlí.* Praha : Academia, 2014.

Prehľad použitých právnych predpisov

Medzinárodné dohovory

Dohovor o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien (1979; uverejnený v Zbierke zákonov pod č. 62/1987 Zb.)

Dohovor o odstránení všetkých foriem rasovej diskriminácie (1965; uverejnený v Zbierke zákonov pod č. 95/1974 Zb.)

Dohovor o ochrane ľudských práv a dôstojnosti človeka v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny – Dohovor o ľudských právach a biomedicíne (1997; uverejnený v Zbierke zákonov pod č. 40/2000 Z. z.)

Dohovor o ochrane ľudských práv a základných slobôd (1950; uverejnený v Zbierke zákonov pod č. 209/1992 Zb.)

Dohovor o právach dieťaťa (1989; uverejnený v Zbierke zákonov pod č. 104/1991 Zb.)

Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím (2006; uverejnený v Zbierke zákonov pod č. 317/2010 Z. z.)

Dohovor proti mučeniu a inému krutému, neľudskému alebo ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestaniu (1984; uverejnený v Zbierke zákonov pod č. 143/1988 Zb.)

Európska sociálna charta (revidovaná) (1996; uverejnená v Zbierke zákonov pod č. 273/2009 Z. z.)

Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach (1966; uverejnený v Zbierke zákonov pod č. 120/1976 Zb.)

Medzinárodný pakt o občianskych a politických právach (1966; uverejnený v Zbierke zákonov pod č. 120/1976 Zb.)

Viedenský dohovor o zmluvnom práve (1969; uverejnený v Zbierke zákonov pod č. 15/1988 Zb.)

Právne predpisy SR

Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom

Zákon č. 211/2000 Z. z. o slobodnom prístupe k informáciám a o zmene a doplnení niektorých zákonov (zákon o slobode informácií) v znení neskorších predpisov

Zákon č. 460/1992 Zb. Ústava Slovenskej republiky v znení neskorších predpisov

Zákon č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon v znení neskorších predpisov

Zákon č. 365/2004 Z. z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (antidiskriminačný zákon)

Zákon č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov

Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Iné dokumenty právneho charakteru

Committee against Torture: Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment – General Comment No. 2 – Implementation of article 2 by States parties, 2008, CAT/C/GC/2. Dostupné na: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=1&DocTypeID=11

Committee on Economic, Social and Cultural Rights: General comment No. 20 – Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), 2009, E/C.12/GC/20. Dostupné na: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=9&DocTypeID=11

Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 14 (2000) – The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/2000/4. Dostupné na: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=9&DocTypeID=11

Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General comment No. 16 (2005) – The equal right of men and women to the enjoyment of all economic, social and cultural rights (art. 3 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/2005/4. Dostupné na: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=9&DocTypeID=11

Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12 /GC/22. Dostupné na: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=9&DocTypeID=11

Committee on the Elimination of Discrimination against Women: Concluding observations on the combined fifth and sixth periodic reports of Slovakia, 20 November 2015, CEDAW/C/SVK/CO/5-6. Dostupné na: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2fSVK%2fCO%2f5-6.
Slovenská (vládou SR preložená) verzia je dostupná na: http://www.gender.gov.sk/?page_id=4065

Committee on the Elimination of Discrimination against Women: General Recommendation No. 19 – Violence against women, 1992. Dostupné na: http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom24

Committee on the Elimination of Discrimination against Women: General Recommendation No. 24 – Women and Health (Article 12), 1999. Dostupné na: http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom24

Committee on the Elimination of Discrimination against Women: General recommendation No. 28 on the core obligations of States parties under article 2 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, 2010, CEDAW/C/GC/28. Dostupné na: http://www.refworld.org/docid/4d467ea72.html

Explanatory Report on the Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. Oviedo : 1997. Dostupné na: http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Reports/Html/164.htm

Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. United Nations General Assembly, 2009, A/64/272. Dostupné na: http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/SP/Pages/GA64session.aspx

Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. United Nations General Assembly, 2013, A/HRC/22/53. Dostupné na: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf

Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. United Nations General Assembly, 2016, A/HRC/31/57. Dostupné na: https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/000/97/PDF/G1600097.pdf?OpenElement

Prehľad použitých súdnych a iných rozhodnutí

Európsky súd pre ľudské práva

Eremia v. the Republic of Moldova, sťažnosť č. 3564/11

G. and others v. Slovakia, sťažnosť č. 15966/04

G. B. and R. B. v. Moldova, sťažnosť č. 16761/09

Gäfgen v. Germany, sťažnosť č. 22978/05

Glass v. the United Kingdom, sťažnosť č. 61827/00

Ireland v. the United Kingdom, sťažnosť č. 5310/71

Ivan Vasilev v. Bulgaria, sťažnosť č. 48130/99

Keenan v. the United Kingdom, sťažnosť č. 27229/95

Konovalova v. Russia, sťažnosť č. 37873/04

L. H. v. Latvia, sťažnosť č. 52019/07

Labita v. Italy, sťažnosť č. 26772/95

N. B. v. Slovakia, sťažnosť č. 29518/10

Pretty v. the United Kingdom, sťažnosť č. 2346/02

Riad and Idiab v. Belgium, sťažnosť č. 29787/03 a 29810/03

Ribitsch v. Austria, sťažnosť č. 18896/91

Selmouni v. France, sťažnosť č. 25803/94

Ternovszky v. Hungary, sťažnosť č. 67545/09

Tyrer v. the United Kingdom, sťažnosť č. 5856/72

V. C. v. Slovakia, sťažnosť č. 18968/07

X and Y v. the Netherlands, sťažnosť č. 8978/80

Y. F. v. Turkey, sťažnosť č. 24209/94

Výbor pre odstránenie diskriminácie žien

Stanovisko Výboru pre odstránenie diskriminácie žien z 10. augusta 2011 vo veci *Alyne da Silva Pimentel Teixeira (zosnulá) v. Brazil*, sťažnosť č. CEDAW/C/49/D/17/2008

Prehľad použitých webových stránok

www.acog.org

www.apps.who.int

www.biostatistika.cz

www.bmj.com

www.cebm.net

www.coe.int

www.cochrane.org

www.conventions.coe.int

www.documents-dds-ny.un.org

www.ebm.bmj.com

www.figo.org

www.gender.gov.sk

www.ncbi.nlm.nih.gov

www.nice.org.uk

www.obgyn.onlinelibrary.wiley.com

www.odz.sk

www.ohchr.org

www.onlinelibrary.wiley.com

www.respectproject.org

www.sigo.it

www.thieme-connect.com

www.tno.nl

www.unicef.org

www.upmd.cz

www.who.int

www.w3dezine.in

O členkách autorského tímu

Mgr. Janka Debrecéniová, MJur., PhD., vyštudovala právo na Právnickej fakulte Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici a následne absolvovala postgraduálne štúdium v odbore európske právo a právna komparatistika na Oxfordskej univerzite. Doktorandské štúdium absolvovala na Právnickej fakulte Trnavskej univerzity. V rokoch 2007 – 2009 absolvovala prestížny medzinárodný *Women's Human Rights Training Institute*. Od roku 2000 pôsobí v združení Občan, demokracia a zodpovednosť a podieľa sa na realizácii advokačných, publikačných, vzdelávacích a výskumných projektov najmä v oblasti antidiskriminácie a rovného zaobchádzania, ľudských práv žien a rodovej rovnosti, pričom sa osobitne zameriava aj na reprodukčné práva žien. V uvedených oblastiach sa intenzívne zapája aj do procesov tvorby verejných politík a právnych predpisov. V mene združenia Občan, demokracia a zodpovednosť zastupuje v konaniach pred súdmi viacero žien, ktoré boli dotknuté diskrimináciou v zamestnaní. V rokoch 2009 – 2016 bola členkou Európskej siete právnych expertiek a expertov pre oblasť rodovej rovnosti a nediskriminácie. Okrem ďalších publikácií je editorkou a spoluautorkou publikácie *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*, vydanej v roku 2015 združením Občan, demokracia a zodpovednosť v spolupráci so združením Ženské kruhy.

Mgr. Miroslava Hlinčíková, PhD., pôsobila v rokoch 2007 – 2013 ako interná doktorandka na Ústave etnológie SAV, kde v roku 2013 získala titul PhD. Vo svojej dizertačnej práci sa zaoberala výskumom integrácie migrantov a migrantiek z Vietnamu v Bratislave. Od januára 2014 pracuje ako výskumná pracovníčka na Ústave etnológie SAV. Spolupracovala na viacerých výskumných projektoch, pričom sa zaoberá najmä otázkami migrácie, integrácie, diskriminácie, sociálnej a kultúrnej diverzity v mestskom prostredí a aplikovanej antropológie. Dlhšiu dobu pôsobila aj ako výskumná analytička v Inštitúte pre verejné otázky. Okrem toho spolupracuje s viacerými neziskovými organizáciami, napríklad Občan, demokracia a zodpovednosť, CVEK a Centrum Koburgovo. Je autorkou a spoluautorkou viacerých monografií a štúdií, napríklad *Za hranicami vedy? Aplikovaná antropológia v spoločnosti*; *In_akosti slovenské. Z rozprávaní cudzincov*; *Integrácia ľudí s medzinárodnou ochranou na Slovensku: Hľadanie východísk*; *Migranti v meste: prítomní a (ne)viditeľní*; *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*. Ak neskúma, v rámci neziskovej organizácie Bronco sa spolupodieľa na organizácii mestských trhov Trnavský rínek a Trnavský blšák.

Mgr. Ema Hrešanová, Ph.D., vyštudovala kultúrnu a sociálnu antropológiu na Filozofickej fakulte Západočeskej univerzity v Plzni a v januári 2009 ukončila doktorandské štúdium v odbore sociológia na Fakulte sociálnych štúdií Masarykovej univerzity v Brne. Vo svojej dizertačnej práci sa zaoberala organizačnou kultúrou dvoch pôrodníc, ktorú skúmala počas trojročného etnografického výskumu. Do roku 2016 pôsobila ako odborná asistentka na Katedre sociológie Filozofickej fakulty Západočeskej univerzity a od toho istého roku pracuje na Fakulte sociálnych vied Univerzity Karlovej v Prahe, konkrétne na Katedre sociológie v rámci oddelenia pre sociálnu antropológiu Inštitútu sociologických štúdií. Absolvovala viacero prestížnych zahraničných stáží na univerzitách vo Veľkej Británii,

v USA a v Austrálii, kde sa venovala podrobnému výskumu a študijnej spolupráci so zahraničnými odborníčkami z oblasti spoločenskovedných a historických výskumov pôrodu. Je aj členkou výboru európskeho projektu *COST Action BIRTH (IS1405)*. Vo svojej vedeckej praxi sa dlhodobo zaoberá výskumom pôrodu, pôrodníctva a sociálnych, predovšetkým rodových aspektov ľudskej reprodukcie a od roku 2016 aj reprodukčného zdravia žien so skúsenosťou migrácie.

Ing. Zuzana Krišková, PhD., v roku 2006 ukončila inžinierske štúdium a v roku 2011 doktorandské štúdium na Fakulte hospodárskej informatiky Ekonomickej univerzity v Bratislave. Od roku 2008 sa intenzívne vzdeláva v oblastiach súvisiacich s tehotenstvom a pôrodom. Tento záujem vyústil aj do založenia občianskeho združenia Ženské kruhy, ktorého je spoluzakladateľkou a od roku 2015 aj predsedníčkou. Podieľa sa na jeho komunitných, advokačných, výskumných a publikačných aktivitách. Je absolventkou viacerých seminárov zameraných na traumu a posttraumatickú stresovú poruchu po pôrode. V rokoch 2013 – 2016 viedla niekoľko workshopov a prednášok zameraných na hrubé a nerešpektujúce zaobchádzanie so ženami pri pôrode. Od roku 2014 pôsobí ako konzultantka pri viacerých domácich aj zahraničných výskumoch zameraných na rôzne aspekty pôrodnej starostlivosti. Je spoluautorkou publikácie *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*, ktorú v roku 2015 vydalo združenie Občan, demokracia a zodpovednosť v spolupráci so združením Ženské kruhy.

PhDr. Šarlota Pufflerová, PhD., začala už v roku 1981, v rámci štúdia psychológie na Univerzite Komenského v Bratislave, pôsobiť v oblasti základného výskumu v Slovenskej akadémii vied. Tam v roku 1992 získala aj titul kandidátky psychologických vied. Od roku 1993 aktívne pôsobí v mimovládnej sfére. V rokoch 1992 – 2004 postupne absolvovala viacero tréningov a stáží vo Veľkej Británii (tréningový kurz *British Institute of Management*), Fínsku, Dánsku, Poľsku a Južnej Afrike. V roku 2005 bola účastníčkou prestížneho *Eisenhower Fellowship Multinational Program* v USA. Od roku 1995 je výkonnou riaditeľkou a zároveň manažérkou projektov združenia Občan, demokracia a zodpovednosť. V súčasnosti koordinuje tímy viacerých projektov združenia zameraných na možnosti implementácie politík v oblasti rovného zaobchádzania a rodovej rovnosti. Aktívne prispieva k advokačným aktivitám, monitoringu a systematickému presadzovaniu ľudských práv žien. Je autorkou analýz a správ v oblasti ochrany ľudských práv, antidiskriminácie a rodovej rovnosti pre inštitúcie v SR i EÚ.

Mgr. Martina Sekulová, PhD., vyštudovala etnológiu a kultúrnu antropológiu na Filozofickej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave, kde v roku 2013 obhájila dizertačnú prácu venujúcu sa vplyvom transnacionálnej migrácie žien – poskytujúcich platenú starostlivosť seniorom a seniorkám v Rakúsku – na ich vlastné domácnosti. Výskumne sa zameriava na témy spojené s migráciou, rodovou rovnosťou, integráciou migrantov a migrantiek do spoločnosti a na ľudské práva a rodové súvislosti vo všetkých týchto oblastiach. Ako výskumníčka spolupracuje s *International Centre for Migration Policy Development* vo Viedni, s *Migration Policy Group* v Bruseli (na pozícii národnej koordinátorky a členky redakčnej rady Európskej webovej stránky o integrácii) a aj s ďalšími slovenskými a medzinárodnými organizáciami pôsobiacimi v oblasti ľudských a ženských práv, migrácie, integrácie a rodu. Je autorkou a spoluautorkou viacerých odborných štúdií a publikácií vrátane publikácie *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*, vydanej v roku 2015 združením Občan, demokracia a zodpovednosť v spolupráci so združením Ženské kruhy.

Občan, demokracia
a zodpovednosť

www.odz.sk
www.diskriminacia.sk

Občan, demokracia a zodpovednosť (ODZ) je ľudskoprávna mimovládna organizácia s vyše 20-ročnými skúsenosťami. Jedným z jej hlavných cieľov je presadzovať právo na ľudskú dôstojnosť a ochranu pred diskrimináciou a osobitne uplatňovanie ľudských práv žien vrátane reprodukčných práv. V rámci svojho poslania vykonáva advokačné, litigačné, vzdelávacie a informačné aktivity. Vo svojej činnosti sa snaží o pozitívne zmeny v spoločnosti s cieľom prispieť k napĺňaniu princípov právneho štátu a zodpovednosti verejnej moci na všetkých úrovniach. Preto sa v oblastiach svojho pôsobenia zapája do tvorby politík a nastavovania procesov a monitoruje implementáciu a dodržiavanie ľudskoprávnych záväzkov.

ŽENSKÉ KRUHY

www.zenskekruhy.sk

Ženské kruhy vznikli ako občianska iniciatíva v roku 2011 s cieľom zmeniť súčasný stav starostlivosti poskytovanej ženám v tehotenstve, pri pôrode a v šestonedelí. Organizácia sa snaží predovšetkým šíriť informácie o rešpektujúcej zdravotnej starostlivosti a o právach žien pri pôrode. S týmto cieľom vykonáva komunitné, advokačné, ako aj výskumné aktivity.

Publikácia ***Ženy – Matky – Telá II: Systémové aspekty porušovania ľudských práv žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*** je druhou spoločnou publikáciou združení Občan, demokracia a zodpovednosť a Ženské kruhy, ktorá bola vydaná v rámci ich dlhodobej spolupráce. Je pokračovaním publikácie ***Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku***, ktorá pilotne zmapovala porušovanie ľudských práv žien v slovenských pôrodniciach z pohľadu rodiacich žien ako nositeliek práv. Publikácia sa opierala o medzinárodne uznávané ľudskoprávne a zdravotnícke štandardy.

Prvá z radu publikácií s názvom ***Ženy – Matky – Telá*** priniesla ako zatiaľ jediná svojho druhu na Slovensku patričný ohlas k téme ľudských práv žien pri pôrodoch. Okrem médií, rodiacich žien, mimovládnych organizácií či medzinárodných inštitúcií jej venovali pozornosť aj samotní poskytovatelia a poskytovateľky pôrodnej starostlivosti – pôrodníci, pôrodníčky a pôrodné asistentky. V mnohých viac i menej formálnych diskusiách (ktoré však prebiehali bez záujmu Ministerstva zdravotníctva SR) sa zainteresované osoby v zásade zhodovali v jednom: kvalitatívny posun v poskytovaní pôrodnej starostlivosti v SR smerom k dodržiavaniu ľudských práv žien nebude možný bez rozsiahlych systémových zmien, ktoré odstránia príčiny porušení.

Publikácia, ktorú držíte v rukách, sa snaží pomenovať niektoré z príčin a iné systémové aspekty porušovania ľudských práv žien v slovenských pôrodniciach. Významným zdrojom ich identifikácie boli hĺbkové rozhovory s pôrodníkmi, pôrodníčkami a pôrodnými asistentkami. Sú to osoby, ktoré sú so systémom poskytovania inštitucionálnej pôrodnej starostlivosti konfrontované dennodenne zvnútra, avšak ktoré tento systém zároveň reprezentujú a vytvárajú. Publikácia sa sústreďuje na mnohé faktory podmieňujúce spôsob a kvalitu poskytovania pôrodnej starostlivosti, pričom vníma aj ich kultúrny kontext a širšie sociálne pozadie. Zameriava sa napríklad na inštitucionálne a organizačné nastavenie pôrodníc a hierarchické a mocenské vzťahy v nich, na mechanizmy rozhodovania o konkrétnej podobe poskytovanej starostlivosti, ale aj na mechanizmy udržiavajúce status quo, na personálne a iné zdroje vrátane vybavenia pôrodníc, na spôsob vzdelávania pôrodníckeho personálu či na to, ako tento personál vníma rodiace ženy.

Na mnohých miestach publikácie sú pohľady pôrodníckeho personálu a rodiacich žien konfrontované. Hoci interpretácie a reflexie viacerých aspektov poskytovania pôrodnej starostlivosti sú u týchto skupín v mnohom diametrálne odlišné, spája ich poznanie, že systém slovenského pôrodníctva má mnohé vážne nedostatky. Publikácia preto môže slúžiť ako dobrý odrazový mostík pre ďalšie diskusie o týchto nedostatkoch a na hľadanie riešení, ktoré povedú k nastaveniu slovenského pôrodníctva smerom k práva napĺňajúcej starostlivosti.

Občan, demokracia a zodpovednosť

9 788089 140275

ŽENSKÉ KRUHY