

<http://dx.doi.org/10.16926/gea.2024.02.02.01>

dr hab. Witold SOB CZAK, prof. AJP

<https://www.orcid.org/0000-0001-8617-0905>

dr hab. nauk prawnych, dr. nauk humanistycznych w zakresie socjologii, profesor AJP, adwokat
Wydział Prawa i Bezpieczeństwa, Akademia im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim
e-mail: wsobczak@ajp.edu.pl

Przemoc położnicza jako naruszenie praw człowieka

Streszczenie

Tekst dotyczy przemocy położniczej z perspektywy międzynarodowego prawa praw człowieka, w ujęciu uniwersalnym – onz-towskim. Wskazano główne formy przemocy położniczej, w tym przymusowe zabiegi medyczne, odmowę znieczulenia, werbalną przemoc i naruszanie prywatności. Omówiono systemowe przyczyny tego zjawiska, takie jak nierówności płci, paternalizm medyczny i brak edukacji w zakresie praw pacjenta. Istotną kwestią, celem było skoncentrowanie uwagi na konieczności uznania przemocy położniczej za istotny problem praw człowieka wymagający systemowych rozwiązań na poziomie krajowym i międzynarodowym.

Słowa kluczowe: Prawa człowieka, prawa kobiet, Komitet ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet, przemoc położnicza

Wprowadzenie

Przemoc położnicza to poważne naruszenie praw człowieka, które dotyka nie tylko zdrowia fizycznego i psychicznego kobiet, ale także ich godności oraz autonomii. Problem ten stał się centralnym punktem debat prawnych i społecznych na całym świecie, zwłaszcza w kontekście praw kobiet i praw reprodukcyjnych. Tekst dotyczy prawnych aspektów przemocy położniczej, ze szczególnym uwzględnieniem międzynarodowych, uniwersalnych standardów ochrony praw jednostki. Kwestię przemocy położniczej analizowano w powiązaniu z problemem praw reprodukcyjnych i w kontekście mechanizmów ochrony praw jednostki, szczególnie w pryzmacie Konwencji w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet (CEDAW). Poddano analizie i omówieniu skargi rozstrzygane przez Międzynarodowy Komitet ds. Eliminacji Wszelkich Form Dyskrymina-

cji Kobiet. Stanowi to egzemplifikację praktycznego stosowania prawa antydyskryminacyjnego, stosowania mechanizmów ochrony praw kobiet w kontekście praw reprodukcyjnych, ochrony zdrowia, życia i poszanowania godności.

Przemoc położnicza to nie tylko problem medyczny, ale także prawny i społeczny, wymagający kompleksowego podejścia, które obejmuje zmiany legislacyjne, działania edukacyjne i skuteczne mechanizmy monitorowania. Niniejszy artykuł ma na celu pogłębienie zrozumienia tego zjawiska oraz wsparcie dalszej debaty nad koniecznymi reformami prawnymi, które mogą skutecznie chronić prawa kobiet na całym świecie.

1. Przemoc położnicza – próba definicji

Pojęcie „przemocy położniczej”¹ odnosi się do szkód wyrządzonych w czasie ciąży, porodu i okresu poporodowego lub w związku z nim. Może mieć ona charakter zarówno interpersonalny, jak i strukturalny i wynika wówczas z rozmaitych działań np. w zakresie świadczenia usług medycznych, ale także z uwarunkowań politycznych i gospodarczych. Jest to naruszanie praw kobiet polegające na stosowaniu przemocy fizycznej i psychicznej, postępowaniu naruszającym godność (brak poszanowania poufności i intymności, szacunku w tym poważne łamanie prawa do prywatności), przymus, rażące zaniedbanie występujące w formie działania czy też zaniechania. Ponadto wskazano, że przemocą położniczą może być stosowanie procedur medycznych (w tym sterylizacji), brak uzyskania pełnej, świadomej zgody lub odmowy w kwestii zastosowania leków przeciwbólowych, odmowy przyjęcia do zakładów opieki zdrowotnej, zaniedbania podczas porodu prowadzące do możliwych do uniknięcia, zagrażających życiu powikłań oraz przetrzymywanie kobiet i noworodków w instytucjach opieki zdrowotnej z powodu niemożności zapłacenia za usługi medyczne². Wypada

¹ Pierwszy raz w przestrzeni publicznej problem kwestia ta pojawiła się w 1958 r. w artykule za tytułowanym „Okrucieństwo na oddziałach położniczych”, opublikowanym przez *Ladies' Home Journal*, amerykański magazyn kobiecy uważany za jeden z najważniejszych w Stanach Zjednoczonych w XX wieku. Tekst dotyczył nieludzkiego traktowania kobiet podczas porodu w publicznych placówkach służby zdrowia, H. Goer, *Cruelty in maternity wards: fifty years later*, „The Journal of Perinatal Education” 2010, t. 19, nr 3, s. 33–42.

² Stanowisko Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z dnia 23 września 2014 r., w kwestii zapobiegania i eliminowania braku poszanowania i złego traktowania rodzących w placówkach medycznych, WHO/RHR/14.23, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_pol.pdf?sequence=32&isAllowed=y [dostęp: 5.11.2022]; zob. także, M.A. Bohren, J.P. Vogel, E.C. Hunter, O. Lutsiv, S.K. Makh, J.P. Souza, C. Aguiar, F. Saraiva Coneglian, A. Luíz Araújo Diniz, Ö. Tunçalp, D. Javadi, O.T. Oladapo, R. Khosla, M.J. Hindin, A. Metin Gülmehozoglu, *The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review*, „PLOS – Medicine” 2015, https://stichtingbevallingsstrauma.nl/wp-content/uploads/2017/01/journal.pmed_.1001847.pdf [30.09.2022]. Zob. także M.T. Bor-

także zauważyć, że za przejaw przemocy położniczej uznaje się wykorzystywanie kobiet do celów dydaktycznych bez poszanowania ich godności, leczenie bólu podczas porodu stosowane jako kara i przymus w celu uzyskania „zgody”³.

Termin „przemoc położnicza” pojawił się na początku XXI w., głównie w debacie publicznej, za sprawą ruchów aktywistycznych na rzecz humanizacji porodu. Pionierskim państwem w konstruowaniu prawnej definicji przemocy położniczej, była Wenezuela (2007 r.). Definicja przyjęta w tym kraju uznaje za przemoc położniczą jako każde zachowanie, działanie lub zaniechanie wywołane przez zespół pracowników służby zdrowia, bezpośrednio lub pośrednio, w kontekście publicznym lub prywatnym, charakteryzujące się dominacją nad ciałem kobiety, a także jej procesami rozrodczymi, co przejawia się w odhumanizowanej pomocy, nadużywaniu medykalizacji i patogenizacji fizjologicznych procesów rozrodczych, co skutkuje utratą autonomii kobiety i jej zdolności do podejmowania wolnych decyzji, negatywnie wpływając na jakość jej życia i dobrostan⁴.

Przemoc położnicza jako problem prawny pierwszy raz pojawia się w dokumentach organów traktatowych ONZ w Zaleceniach ogólnych nr 24 dotyczących kobiet i zdrowia przyjętej przez Komitet ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet (CEDAW) 20 listopada 1999 r⁵.

Chociaż termin "przemoc położnicza" nie został użyty wprost w dokumencie, Komitet zdefiniował prawa reprodukcyjne i seksualne jako obejmujące prawo do najwyższego osiągalnego standardu zdrowia, które obejmuje prawo do kontrolowania wszystkich aspektów zdrowia oraz do wolności od przymusowych lub dyskryminacyjnych praktyk, w tym okaleczania kobiecych narządów płciowych oraz wczesnej i przymusowej sterylizacji, a także innych szkodliwych praktyk, nadużyć i przemocy. Stworzono zatem podstawy do późniejszego stosowania terminu "przemoc położnicza" dla określenia złego traktowania i nadużyć doświadczanych przez kobiety podczas porodu.

ges, *A Violent Birth: Reframing Coerced Procedures During Childbirth as Obstetric Violence*, „Duke Law Journal” 2018, Vol. 67, No. 4, s. 827–862.

³ Fundación Angélica Fuente, *Obstetric Violence. A Human Rights Approach*, (November 2015), s. 13, <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2020/02/ObstetricViolenceReport.pdf>, [dostęp: 28.10.2024].

⁴ A.C. Ferrão, M. Sim-Sim, V.S. Almeida, M.O. Zangão, *Analysis of the Concept of Obstetric Violence: Scoping Review Protocol*, „Journal of Personalized Medicine” 2022, Vol. 12, Issue 7, <https://www.mdpi.com/2075-4426/12/7/1090>.

⁵ CEDAW General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (Women and Health), 1999, A/54/38/Rev.1, chap. I, <https://www.refworld.org/docid/453882a73.html>.

2. Przemoc położnicza w świetle raportu Specjalnej Sprawozdawczynie ONZ ds. przemocy wobec kobiet

W swoim raporcie z 2019 r. Specjalna Sprawozdawczynie ONZ ds. przemocy wobec kobiet Dubravka Šimonović zauważa, że złe traktowanie przy porodzie i przemoc położnicza nie zostały w pełni omówione z perspektywy praw człowieka⁶. W dokumencie tym podkreślono, że oprócz Komitetu ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet żaden z pozostałych organów traktatowych ONZ powołanych do ochrony prawa człowieka nie zajmował się w swojej praktyce przemocą położniczą. Komitet jak dotąd odniósł się do tego pojęcia w kilku uwagach do raportów takich państw jak: Surinam⁷, Bułgaria⁸, Meksyk⁹, Kostaryka¹⁰, a także

⁶ Raport Specjalnej Sprawozdawczynie na temat przemocy wobec kobiet, przemocy wobec kobiet, jej przyczyn i konsekwencji w sprawie opartego na prawach człowieka podejścia do złego traktowania i przemocy wobec kobiet w usługach w zakresie zdrowia reprodukcyjnego, ze szczególnym uwzględnieniem porodu i przemocy położniczej (Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences on a human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence), A/74/137, <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n19/213/27/pdf/n1921327.pdf> [dostęp: 12.11.2022].

⁷ Concluding observations on the combined fourth to sixth periodic reports of Suriname (data wpłynięcia raportu 18.03.2018), CEDAW/C/SUR/CO/4-6, <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N18/070/68/PDF/N1807068.pdf?OpenElement> [dostęp: 12.11.2022]. W dokumencie podkreślono znaczenie wprowadzenia w prawie krajowym regulacji penalizujących m.in. przemoc położniczą.

⁸ Concluding observations on the eighth periodic report of Bulgaria (data wpłynięcia raportu 29.03.2019), CEDAW/C/BGR/CO/8, <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N20/062/19/PDF/N2006219.pdf?OpenElement> [dostęp: 12.11.2022]. W dokumencie tym odwołano się do Zalecenia ogólnego nr 24 (1999) w sprawie kobiet i zdrowia, wskazując na konieczność w zapewnienia powszechnego dostępu do usług opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego. Zalecono penalizację przemocy położniczej i innych form przemocy stosowanych podczas porodu oraz zapewnienie odpowiednich standardów opieki we wszystkich szpitalach położniczych i oddziałach położniczych.

⁹ Concluding observations on the ninth periodic report of Mexico (data wpłynięcia raportu 02.02.2017), CEDAW/C/MEX/CO/9, <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N18/238/00/PDF/N1823800.pdf?OpenElement> [dostęp: 12.11.2022]. Komitet w swych zaleceniach wskazał na konieczność zharmonizowania przepisów federalnych i stanowych w celu zdefiniowania przemocy położniczej jako formy przemocy instytucjonalnej i przemocy ze względu na płeć. Za konieczne uznał zapewnienie skutecznego dostępu do sądu i zapewnienia mechanizmów umożliwiających uzyskanie kompleksowych odszkodowań dla wszystkich kobiet, które są ofiarami przemocy położniczej.

¹⁰ Concluding observations on the seventh periodic report of Costa Rica (data wpłynięcia raportu 05.10.2015), CEDAW/C/CRI/CO/7, <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N17/227/37/PDF/N1722737.pdf?OpenElement> [dostęp: 12.11.2022]. W zaleceniach Komitet zwrócił uwagę na konieczność przyjęcia środków prawnych i politycznych w celu ochrony kobiet w ciąży podczas porodu, usankcjonowanie przemocy położniczej, wzmocnienie programów podnoszenia kwalifikacji zawodowych lekarzy i zapewnienie regularnego monitorowania

w kontekście decyzji w przedmiocie skargi indywidualnej (Francisca Fernández Guillén przeciwko Hiszpanii)¹¹. We wspomnianym raporcie zauważono, że koniecznym jest wypracowanie podejścia opartego na prawach człowieka do różnych form złego traktowania i przemocy, których doświadczają kobiety w ramach usług zdrowia reprodukcyjnego, ze szczególnym uwzględnieniem porodu i przemocy położniczej, gdyż złe traktowanie i przemoc wobec kobiet nie tylko naruszają prawa kobiet do życia wolnego od przemocy, ale w określonych sytuacjach mogą naruszać ich prawo do życia, zdrowia, integralności cielesnej, prywatności, autonomii i wolności od dyskryminacji. Raport zawiera zalecenia dotyczące sposobu rozwiązania problemów strukturalnych i przyczyn przemocy wobec kobiet w zakresie usług zdrowia reprodukcyjnego, ze szczególnym uwzględnieniem porodu i przemocy położniczej. Celem było również opracowanie odpowiednich przepisów i wskazówek dla państw w procesie tworzenia krajowych strategii zdrowia reprodukcyjnego kobiet. Szczególnie istotnym stało się powiązanie przemocy położniczej z mechanizmami składania skarg w celu zapewnienia opartego na prawach człowieka podejścia do opieki zdrowotnej i odpowiedzialności za naruszenia praw człowieka. Specjalna Sprawozdawczyni w treści raportu podkreśliła, że na potrzeby tego dokumentu termin „przemoc położnicza” należy rozumieć jako przemoc doświadczaną przez kobiety podczas porodu w placówce medycznej¹². Podkreślono, że termin „przemoc położnicza” jest szeroko stosowany w Ameryce Południowej¹³, ale nie jest powszechnie używany w międzynarodowym prawie praw człowieka¹⁴.

W raporcie wskazano przejawy naruszenia praw kobiet i praw pacjenta, które zakwalifikowano jako przemoc położniczą. Wymieniono zaniedbanie i niebezpieczne warunki podczas porodu; brak możliwości porodu poza szpitalem; stosowanie procedury która polega na chirurgicznym rozdzieleniu i poszerzeniu miednicy kobiety podczas porodu (co może być równoznaczne z torturami); stosowanie środków przymusu fizycznego, w niektórych przypadkach za pomocą

ośrodków opieki zdrowotnej i szpitali, zgodnie z zaleceniami wydanymi przez Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.

- ¹¹ S.F.M. przeciwko Hiszpanii, skarga nr. 138/2018, decyzja z dnia 20 lutego 2020 r., CEDAW/C/75/D/138/2018. Warto zauważyć, że w trakcie prac nad raportem Komitet był w trakcie procedowania skargi, a decyzja wydana została w lutym 2020 r.
- ¹² Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences on a human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence, par.12, A/74/137.
- ¹³ Wenezuela była pierwszym państwem, uznało przemoc położniczą za naruszenie prawa (w 2007 r.), a w ślad za nią poszły inne kraje Ameryki Łacińskiej.
- ¹⁴ Na poziomie regionalnym Komitet Ekspertów Mechanizmu Monitorowania Konwencji z Belém do Pará (Inter-American Convention on the Prevention, Punishment, and Eradication of Violence against Women), którego pierwszy uznał przemoc położniczą za naruszenie praw człowieka, zalecił państwu stromom przyjęcie przepisów prawnych kryminalizujących przemoc położniczą. W rezultacie kilka krajów w regionie Ameryki Łacińskiej i Karaibów przyjęło przepisy kryminalizujące przemoc położniczą.

kajdanek lub knebli na zatrzymanych lub uwięzionych kobietach rodzących lub w trakcie rekonwalescencji po porodzie; przetrzymywanie kobiet i noworodków w placówkach opieki zdrowotnej z powodu niemożności uiszczenia opłat szpitalnych; wykorzystanie niedoświadczonego personelu medycznego do przeprowadzania badań ginekologicznych; stosowanie manewru Kristellera, który polega na użyciu nacisku w celu ułatwienia porodu drogami natury poprzez „prowokowanie wydalenia dziecka”, a który nie jest zalecany ze względów medycznych; oraz udostępnianie poufnych informacji i przeprowadzanie badań pochwy w obecności osób trzecich bez poszanowania prywatności pacjentek¹⁵.

Podkreślając konieczność zapobiegania przemocy położniczej w treści raportu wskazano, że państwa powinny zagwarantować kobietom w prawie i praktyce możliwość towarzyszenia przy porodzie wybranej osoby, stosowanie instrumentów dotyczących praw człowieka kobiet i standardów WHO związanych z opieką okołoporodową, opieką śródporodową i przemocą wobec kobiet. Stwierdzono, że państwa winny zająć się kwestią braku znieczulenia i łagodzenia bólu, braku wyboru pozycji porodowej i braku opieki opartej na szacunku. Za konieczne uznano monitorowanie placówek opieki zdrowotnej. Zachęcono także do rozważenie możliwości zezwolenia na poród domowy¹⁶.

W celu realizacji określonych w Raporcie celów postulowano zapewnienie organom regulacyjnym, w tym krajowym instytucjom praw człowieka, komisjom etycznym i rzecznikom praw obywatelskich oraz organom ds. równości, mandatu i zasobów do sprawowania nadzoru nad publicznymi i prywatnymi placówkami porodowymi w celu zagwarantowania poszanowania autonomii i prywatności kobiet¹⁷.

3. Przemoc położnicza – przedmiot prac Komitetu ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet

Przemoc położnicza jako przejaw naruszenia praw człowieka, praw kobiet i pacjenta stała się przedmiotem zainteresowania Komitetu ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet. Wypada w tym miejscu przypomnieć głośną sprawę Maria de

¹⁵ Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences on a human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence, par.18-28, A/74/137.

¹⁶ Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences on a human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence, par.81, A/74/137.

¹⁷ Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences on a human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence, par.82, A/74/137.

Lourdes da Silva Pimentel przeciwko Brazylii¹⁸. Ma ona ogromne znaczenie w kontekście prób zdefiniowania terminu „przemoc położnicza”, ale także problemu dyskryminacji kobiet w dostępie do usług medycznych z uwagi na stan materialny, rasę czy inne kwestie. Wydając decyzję w przedmiotowej sprawie Komitet ustalił, że rządy mają obowiązek zagwarantowania wszystkim kobietom w każdym kraju, niezależnie od dochodów czy pochodzenia rasowego, dostępu do odpowiednich usług zdrowotnych dla matek. Podkreślono przy tym, że nawet jeśli rządy zlecają usługi zdrowotne prywatnym instytucjom, pozostają bezpośrednio odpowiedzialne za ich działania i mają obowiązek regulowania i monitorowania tych instytucji.

Komitet ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet uznał, że obowiązkiem państw w zakresie praw człowieka jest podejmować działania w celu zmniejszania śmiertelności okołoporodowej matek, realizować prawa kobiet do bezpiecznego macierzyństwa oraz zapewnić przystępny dostęp do odpowiedniej opieki położniczej w nagłych wypadkach, zaspokajając specyficzne i szczególne potrzeby zdrowotne kobiet, zwłaszcza kobiet ze środowisk o niskim statusie społeczno-ekonomicznym i zmarginalizowanych.

Podkreśla się w debacie publicznej konieczność podejmowania starań o wprowadzenie regulacji zmierzających w pierwszej kolejności do zdefiniowania tego co nazywa się „przemocą położniczą”, a następnie ustanowienie mechanizmów eliminowania jej przejawów. Rzuca to wyzwanie normatywnym koncepcjom ciąży i porodu oraz uprawomocnia przeżyte doświadczenia tych, którzy zostali poddani tej formie przemocy.

W tym miejscu należy przywołać Decyzję Komitetu w sprawie N.A.E. przeciwko Hiszpanii¹⁹. Jest w tym kontekście istotnym elementem z punktu widzenia uniwersalnych standardów ochrony praw człowieka²⁰ w odniesieniu do problemu przemocy położniczej. Skarżąca twierdziła, że naruszono jej prawa poprzez wywołanie porodu, a następnie cesarskie cięcie wykonane bez wskazań medycznych i przez studentów nadzorowanych przez wykładowców, bez obecności jej męża i bez jej uprzedniej zgody, a także nieuzasadnione oddzielenie od noworodka, brak poszanowania jej autonomii w odniesieniu do sposobu karmienia dziecka, a ostatecznie poporodowy zespół stresu pourazowego, którego doznała, były wynikiem dyskryminacji strukturalnej opartej na stereotypach płci dotyczących porodu. Stereotypy te były, zdaniem skarżącej, występowały także w postępowaniu administracyjnym i sądowym. Komitet uznał, że jej prawa do zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz dostępu do bezpiecznych i wysokiej jakości usług położniczych wolnych od dyskryminacji i przemocy zostały na-

¹⁸ Maria de Lourdes da Silva Pimentel przeciwko Brazylii, skarga nr. 17/2008, decyzja z dnia 27 września 2011 r., CEDAW/C/49/D/17/2008.

¹⁹ Skarga nr. 149/2019, decyzja z dnia 27 czerwca 2022 r., CEDAW/C/82/D/149/2019.

²⁰ <https://ohrh.law.ox.ac.uk/obstetric-violence-as-a-violation-of-human-rights-cedaws-second-decision-a-welcome-addition-but-not-enough/>.

ruszone, co stanowi naruszenie artykułów 2, 3, 5 i 12 Konwencji w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet²¹. W decyzji Komitet przywołał treść Zalecenia Ogólnego nr 24 (1999)²², w którym stwierdzono, że kobiety mają prawo do uzyskania pełnych informacji, od odpowiednio przeszkolonego personelu, na temat możliwości wyrażenia zgody na leczenie lub badania, w tym prawdopodobnych korzyści i potencjalnych negatywnych skutków proponowanych procedur oraz dostępnych alternatyw. Przywołano w tym względzie stanowisko wyrażone przez Specjalną Sprawozdawczynię ds. przemocy wobec kobiet, która w swoim raporcie zdefiniowała „przemoc położniczą” jako przemoc wobec kobiet doświadczaną podczas porodu w placówkach medycznych. Komitet zauważył, że zgodnie z treścią Raportu przemoc położnicza jest częścią kontinuum naruszeń, które występują w szerszym kontekście strukturalnej nierówności, dyskryminacji i patriarchy, a także wynikiem braku odpowiedniej edukacji i szkoleń, braku poszanowania praw kobiet i praw człowieka ogólnie. Podkreślono przy tym, że w kontekście przedmiotowej sprawy, niezwykle istotne jest stanowisko Specjalnej Sprawozdawczynie dotyczące tego, że cesarskie cięcie wykonywane bez zgody kobiety oraz w celach szkoleniowych dla personelu medycznego do przeprowadzania badań ginekologicznych są czynami, które mogą stanowić przemoc położniczą. Przywołano stwierdzenie, że świadoma zgoda na leczenie związane z usługami w zakresie zdrowia reprodukcyjnego i porodem jest podstawowym prawem człowieka, wskazując że kobiety mają prawo do otrzymania pełnych informacji na temat zalecanych metod leczenia, aby mogły podejmować przemyślane i świadome decyzje. Komitet w treści rozstrzygnięcia podkreślił, że pracownicy służby zdrowia mają zatem obowiązek uzyskania świadomej zgody, nawet jeśli może to być trudne i czasochłonne, zalecając także, aby w celu zapobiegania przemocy położniczej zagwarantować kobietom prawo do wybranej przez nie osoby towarzyszącej przy porodzie.

Komitet uznał, że w sprawie N.A.E. przeciwko Hiszpanii doszło do naruszenia Konwencji, a opisane fakty stanowią przemoc położniczą. W szczególności wczesna indukcja porodu za pomocą oksytocyny, zaledwie 14 godzin po odejściu wód płodowych, bez udzielenia skarżącej informacji lub prośby o zgodę na zastosowanie medykamentu, wielokrotne cyfrowe badania pochwy, traktowanie skarżącej z w sposób uwłaczający godności, przeprowadzenie cesarskiego cięcia przez lekarzy rezydentów bez zgody skarżącej, uniemożliwienie jej mężowi towarzyszenia podczas porodu, skrępowanie rąk, oraz oddzielenie od dziecka, co uniemożliwiło kontakt „skóra do skóry”, narzucenie karmienia butelką wbrew życzeniom rodziców.

²¹ Tekst Konwencji w języku autentycznym, Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, Res. 34/180, <https://www.ohchr.org/sites/default/files/cedaw.pdf> [dostęp: 28.10.2024].

²² Państwo zapewnia kobietom dostęp do godnej i niedyskryminacyjnej opieki nad dziećmi, w tym również nad opiekunem w czasie porodu.

Organizacja Narodów Zjednoczonych do spraw Oświaty, Nauki i Kultury (UNESCO) w Powszechnej Deklaracji Bioetyki i Praw Człowieka uznała, że „zdrowie nie zależy wyłącznie od rozwoju badań naukowych i technologicznych, ale także od czynników psychospołecznych i kulturowych” wskazując przy tym, że kluczowym jest poszanowanie autonomii i prawa do podejmowania decyzji przez pacjenta²³.

Pamiętać jednak należy, że nie w każdych okolicznościach pacjentki w pełni rozumieją swoje prawa i nie zawsze są w stanie dokonać swobodnych, adekwatnych wyborów dotyczących charakteru opieki medycznej. Kwestia ta była wielokrotnie podnoszona zarówno przez środowiska medyczne jak i organizacje działające na rzecz praw pacjenta, wskazując, że raporty kobiety powinny być w centrum zainteresowania opieki położniczej, powinny mieć możliwość podejmowania decyzji w oparciu o swoje potrzeby, po pełnym omówieniu spraw z zaangażowanymi profesjonalistami²⁴. Zdarza się jednak, że kobiety są wyłączone z udziału w projektowaniu i ocenie działania (w dłuższym czasie) opieki położniczej. Pomimo zaproszenia do opracowania planów porodu i korzystania z autonomii, zakres wyborów przedstawianych kobietom przez przedstawicieli zawodów medycznych bywa ograniczony²⁵.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wskazała, że w określonych okolicznościach, w których dochodzi do przemocy, dyskryminacji, braku szacunku w zakresie opieki zdrowotnej w okresie ciąży i porodu, akty te stanowią mogą naruszenie fundamentalnych praw człowieka określonych w dokumentach międzynarodowych. Standardem według WHO jest prawo każdej kobiety do jak najlepszej troski o jej stan zdrowia²⁶. Koniecznym jest zatem taka organizacja i zarządzanie systemami opieki zdrowotnej, które zapewnią poszanowanie dla zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego kobiet oraz praw człowieka²⁷. Pozytywny obo-

²³ UNESCO Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, przyjęta podczas Konferencji Generalnej UNESCO 19 października 2005 r., http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html [dostęp: 2.11.2022].

²⁴ European Perinatal Health Report (2004), <https://www.europeristat.com/images/doc/EPHR/european-perinatal-health-report.pdf> [dostęp: 2.11.2022].

²⁵ Szerzej na ten temat zob. S.R. Montesanti, W.E. Thurston, *Mapping the role of structural and interpersonal violence in the lives of women: implications for public health interventions and policy*, „BMC Women's Health” 2015, Vol. 15.

²⁶ Światowa Organizacja Zdrowia, choć sama uznaje ten problem za naruszenie praw kobiet do pełnej szacunku opieki w czasie porodu, opiera się przed używaniem terminu „przemoc położnicza”, przyjmując określenia: nadużycie, brak szacunku, złe traktowanie w czasie porodu, aby opisać niewłaściwe relacje między zespołem opiekuńczym a kobietami. Terminy te są często używane synonimicznie; mają jednak różne definicje, co może utrudniać jednoznaczne określenie problemu

²⁷ Stanowisko Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z dnia 23 września 2014 r., w kwestii zapobiegania i eliminowania braku poszanowania i złego traktowania rodziców w placówkach medycznych, WHO/RHR/14.23, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_pol.pdf?sequence=32&isAllowed=y [dostęp: 5.11.2022].

wiązek w zakresie ustanowienia odpowiednich regulacji i mechanizmów ochrony praw ciąży na państwach.

W 2016 r. Komitet ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet w zaleceniach sformułowanych na podstawie raportu okresowego przedłożonego przez Argentynę, podkreślił konieczność wyeliminowania przemocy położniczej i podjęcia działań w celu zapewnienia kobietom pełnej szacunku i humanitarnej opieki podczas porodu²⁸.

Kwestia, która wymaga odrębnego omówienia to niemożność przeprowadzenia aborcji, która postrzegana jest jako przejaw przemocy położniczej. W tym kontekście na uwagę zasługuje sprawa L.C. przeciwko Peru²⁹. Sprawa ta dotyczyła 13-letniej dziewczynki, której odmówiono pilnej operacji i aborcji. Dziewczynka, była wielokrotnie zgwałcona, zaszła w ciążę i próbowała popełnić samobójstwo. Choć przeżyła próbę samobójczą, odniosła poważne obrażenia, które wymagały natychmiastowej operacji. Jednak lekarze odmówili jej operacji, ponieważ była ciężarna. L.C. złożyła wniosek o przeprowadzenie legalnej aborcji, ale jej prośba została odrzucona. Po kilku miesiącach, L.C. urodziła martwe dziecko i później przeszła operację, ale została sparaliżowana od szyi w dół. Matka L.C. złożyła skargę do Komitetu, twierdząc, że Peru naruszyło prawa L.C. do zdrowia, godności i ochrony przed dyskryminacją.

W 2011 r. Komitet uznał, że Peru naruszyło prawa gwarantowane Konwencją. Zalecono Peru zmianę przepisów, aby umożliwić legalną aborcję w przypadkach gwałtu i zagrożenia zdrowia kobiety.

W 2016 roku Komitet wydał decyzję w sprawie Amandy Mellet, Irlandki, która była zmuszona do podróży do Wielkiej Brytanii w celu uzyskania dostępu do usług aborcyjnych z powodu restrykcyjnych przepisów Irlandii. Komitet uznał, że irlandzkie przepisy aborcyjne stanowiły naruszenie praw człowieka Mellet, w tym prawa do wolności od okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania.

W Zaleceniach ogólnych przyjętych przez Komitet w 2017 r.³⁰ wskazano konieczność eliminowania złego traktowania kobiet także przez pracowników ochrony zdrowia, w tym przemocy fizycznej, słownej i procedur medycznych wy-

²⁸ Uwagi końcowe dotyczące siódmego raportu okresowego Argentyny, 18 listopada 2016 r., CEDAW/C/ARG/CO/7, <https://www.refworld.org/docid/583862e94.htm>. Wskazano na konieczność zmniejszenia wskaźnika śmiertelności matek, zapewniając kobietom dostęp do odpowiednich usług, w tym usług położniczych w nagłych przypadkach, w związku z ciążą, usług przedporodowych, macierzyńskich i poporodowych, oraz zwiększenia środków budżetowych na świadczenie usług ginekologicznych i położniczych na obszarach wiejskich i trudnodostępnych.

²⁹ L.C. przeciwko Peru Skarga Nr. 22/2009. Decyzja z dnia 4 listopada 2011 r., CEDAW/C/50/D/22/2009.

³⁰ Zalecenia Ogólne nr 35 dotyczące przemocy wobec kobiet ze względu na płeć, aktualizujące Zalecenie Ogólne nr 19, General recommendation No. 35 (2017) on gender-based violence against women, updating general recommendation No. 19 (1992), CEDAW/C/GC/35

konywanych bez zgody pacjentki. Podkreślono przy tym, że może to prowadzić do fizycznej i emocjonalnej traumy kobiet i ich dzieci.

Komitet akcentuje konieczność zapewnienia kobietom pełnej szacunku, humanitarnej opieki podczas porodu oraz konieczność podejmowania działań mających na celu zapobieganie i przeciwdziałanie przemocy położniczej.

Podsumowanie

Przemoc położnicza jest uznana za przestępstwo we Francji, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii. W tych państwach istnieją konkretne przepisy karny, które penaliżują przemoc wobec kobiet podczas porodu. Także Wenezuela, Argentyna, Boliwia³¹, Chile, Panama, Surinam i Meksyk posiadają przepisy kwalifikujące przemoc położniczą jako przestępstwo. W Polsce i Niemczech, nie ma szczegółowych przepisów karnych dotyczących tej konkretnej formy przemocy wobec kobiet. Przemoc położnicza jest regulowana w ramach ogólnych przepisów o przemocy domowej i przemocy wobec kobiet.

Konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet nie odnosi się bezpośrednio do przemocy położniczej, zapewnia jedynie ramy do walki z dyskryminacją i przemocą wobec kobiet. Mimo, że Konwencja nie wspomina konkretnie o przemocy położniczej, Komitet zinterpretował przemoc wobec kobiet jako formę dyskryminacji, co umożliwi mu zastosowanie zasad konwencji do różnych form przemocy ze względu na płeć, w tym tych występujących w placówkach opieki zdrowotnej (Patrz Raport Šimonović). Zalecenie Ogólne nr 19 Komitetu w sprawie przemocy wobec kobiet z 1992 r. jednoznacznie włączyło przemoc wobec kobiet do domeny międzynarodowego prawa praw człowieka, wymagając holistycznego podejścia do różnych przejawów przemocy wobec kobiet. Najciekawsze jest to, że Komitet przechodzi proces „intersekcjonalizacji”, który obejmuje rozszerzenie interpretacji Konwencji w celu uwzględnienia różnych doświadczeń dyskryminacji. Rozwój ten podważa wyłączne skupianie się na podmiocie praw człowieka jakim jest kobieta, postulując szersze spojrzenie w odniesieniu do różnych form dyskryminacji i przemocy.

³¹ Jak podkreślono w Raporcie Boliwia przyjęła ponadto ustawę o przemocy w służbie zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet w ciąży i rodzących dzieci. Ustawa ta wprowadziła termin „przemoc wobec praw reprodukcyjnych”, który wykracza poza definicje przemocy położniczej przedstawione przez Argentynę i Boliwariańską Republikę Wenezueli, obejmując poronienie i karmienie piersią. Zob. Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences on a human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence, par.73, A/74/137.

Bibliografia

- Bohren M. A., Vogel J. P., Hunter E. C., Lutsiv O., Makh S. K., Souza J.P. , Aguiar C., Saraiva Coneglian F., Luíz Araújo Diniz A., Tunçalp Ö., Javadi D., Oladapo O. T., Khosla R., Hindin M. J., Metin Gülmezoglu A., *The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review*, „PLOS – Medicine” 2015.
- Borges M.T., *A Violent Birth: Reframing Coerced Procedures During Childbirth as Obstetric Violence*, „Duke Law Journal” 2018, Vol. 67, No.4.
- Concluding observations on the seventh periodic report of Costa Rica (data wpły nięcia raportu 05.10.2015), CEDAW/C/CRI/CO/7.
- Concluding observations on the ninth periodic report of Mexico (data wpły nięcia raportu 02.02.2017), CEDAW/C/MEX/CO/9.
- Concluding observations on the combined fourth to sixth periodic reports of Suriname (data wpły nięcia raportu 18.03.2018), CEDAW/C/SUR/CO/4-6.
- Concluding observations on the eighth periodic report of Bulgaria (data wpły nięcia raportu 29.03.2019), CEDAW/C/BGR/CO/8.
- European Perinatal Health Report (2004).
- Ferrão A.C., Sim-Sim M., Almeida V.S., Zangão M.O., *Analysis of the Concept of Obstetric Violence: Scoping Review Protocol*, „Journal of Personalized Medicine” 2022, Vol. 12, Issue 7.
- Fundación Angélica Fuente, *Obstetric Violence. A Human Rights Approach*, (November 2015), s. 13, <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2020/02/ObstetricViolenceReport> [dostęp: 28.10.2024].
- Goer H., *Cruelty in maternity wards: fifty years later*, „The Journal of Perinatal Education” 2010, t. 19, nr 3.
- Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences on a human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence, A/74/137.
- Montesanti S.R., Thurston W.E., *Mapping the role of structural and interpersonal violence in the lives of women: implications for public health interventions and policy*, „BMC Women's Health” 2015, Vol. 15.
- Stanowisko Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z dnia 23 września 2014 r., w kwestii zapobiegania i eliminowania braku poszanowania i złego traktowania rodzących w placówkach medycznych, WHO/RHR/14.23.
- UNESCO Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, przyjęta podczas Konferencji Generalnej UNESCO 19 października 2005 r.
- Uwagi końcowe dotyczące siódmego raportu okresowego Argentyny, 18 listopada 2016 r., CEDAW/C/ARG/CO/7.
- CEDAW General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (Women and Health), 1999, A/54/38/Rev.1, chap. I

Zalecenia Ogólne nr 35 dotyczące przemocy wobec kobiet ze względu na płeć, aktualizujące Zalecenie Ogólne nr 19, General recommendation No. 35 (2017) on gender-based violence against women, updating general recommendation No. 19 (1992), CEDAW/C/GC/35.

Źródła prawa

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, Res. 34/180

Orzecznictwo

L.C. przeciwko Peru, skarga nr. 22/2009, decyzja z dnia 4 listopada 2011 r., CEDAW/C/50/D/22/2009

Maria de Lourdes da Silva Pimentel przeciwko Brazylii, skarga nr. 17/2008, decyzja z dnia 27 września 2011 r., CEDAW/C/49/D/17/2008

N.A.E. przeciwko Hiszpanii, skarga nr. 149/2019, Decyzja z dnia 27 czerwca 2022 r., CEDAW/C/82/D/149/2019

S.F.M. przeciwko Hiszpanii, skarga nr. 138/2018, decyzja z dnia 20 lutego 2020 r., CEDAW/C/75/D/138/2018

Obstetric violence as a violation of human rights

Abstract

The text concerns obstetric violence from the perspective of international human rights law, from a universal-United Nations perspective. The main forms of obstetric violence are identified, including forced medical procedures, denial of anaesthesia, verbal abuse and invasion of privacy. Systemic causes of this phenomenon, such as gender inequality, medical paternalism and lack of patient rights education, were discussed. An important point, the aim was to focus attention on the need to recognise obstetric violence as a significant human rights problem requiring systemic solutions at national and international levels.

Keywords: Human rights, women's rights, Committee on the Elimination of Discrimination against Women, obstetric violence.