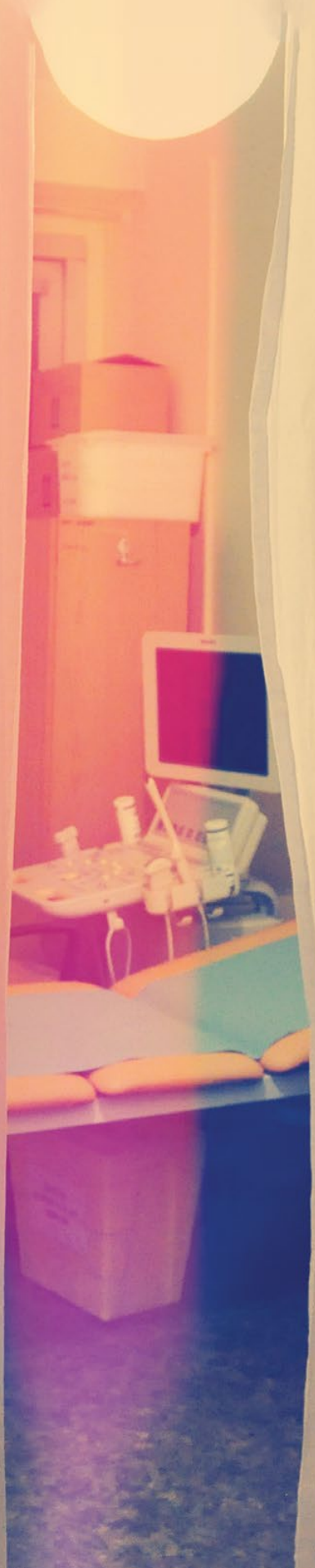
ŽENY MATKY TELÁ

ĽUDSKÉ PRÁVA ŽIEN PRI PÔRODNEJ STAROSTLIVOSTI V ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENIACH NA SLOVENSKU



Editorka: Janka Debrecéniová
Autorky: Kristína Babiaková – Janka Debrecéniová – Miroslava Hlinčíková – Zuzana Krišková – Martina Sekulová – Sylvia Šumšalová

© Občan, demokracia a zodpovednosť 2015

Občan, demokracia a zodpovednosť

ŽENSKÉ KRUHY

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.

OPEN SOCIETY FOUNDATIONS

ICELAND LIECHTENSTEIN NORWAY eea grants

NADÁCIA OTVORENEJ SPOLOČNOSTI OPEN SOCIETY FOUNDATION

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

Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku

Editorka: Janka Debrecéniová

Autorky: Kristína Babiaková – Janka Debrecéniová – Miroslava Hlinčíková – Zuzana Krišková – Martina Sekulová – Sylvia Šumšalová

Občan, demokracia a zodpovednosť

2015

Ženy – Matky – Telá

Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku

© Autorky, Občan, demokracia a zodpovednosť, 2015

Editorka:	Mgr. Janka Debrecéniová, MJur., PhD.
Autorky:	Mgr. Kristína Babiaková Mgr. Janka Debrecéniová, MJur., PhD. Mgr. Miroslava Hlinčíková, PhD. Ing. Zuzana Krišková, PhD. Mgr. Martina Sekulová, PhD. Mgr. Sylvia Šumšalová
Konzultantka:	PhDr. Šarlota Pufflerová, PhD. (zároveň koordinátorka)
Jazyková úprava:	PaedDr. Zuzana Bariaková, PhD., Mgr. Martina Kubealaková, PhD. Greg Soulliere, M.A., Bc. Ľubica Trgiňová
Preklad:	Mgr. Tomáš Donoval
Grafický dizajn:	Bc. Miroslav Kuka
Fotografia:	Bc. Ľubica Trgiňová
Náklad:	500 kusov
Tlač:	SINEAL
Rozsah:	228 strán
Miesto vydania:	Bratislava
Rok vydania:	2015
Vydavateľ:	Občan, demokracia a zodpovednosť Záhradnícka 52, 821 08 Bratislava

ISBN 978-80-89140-23-7
EAN 9788089140237

Ženy – Matky – Telá

Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku

Poďakovanie 11

Úvod 13

Zoznam používaných skratiek 15

1. Ľudské práva pri pôrode: základné medzinárodné a vnútroštátne štandardy 17

Janka Debrecéniová

1.1. Úvod 17

1.2. Pôrody a dotknuté ľudské práva 19

1.2.1. Právo na ľudskú dôstojnosť 20

1.2.2. Právo na ochranu zdravia a na zdravotnú starostlivosť 21

1.2.3. Právo na informácie a informovaný súhlas 25

1.2.4. Právo na ochranu súkromného a rodinného života 29

1.2.5. Právo na rovnosť a nediskrimináciu 32

1.2.6. Právo nebyť podrobená násiliu, mučeniu a inému krutému, neľudskému a ponižujúcemu zaobchádzaniu 36

1.2.7. Právo užívať plody vedeckého pokroku a jeho využitia 43

2. Medzinárodne uznávané zdravotnícke štandardy pri poskytovaní starostlivosti v súvislosti s pôrodmi 45

Zuzana Krišková

2.1. Úvod 45

2.2. Medzinárodne uznávané zdravotnícke štandardy pre vybrané aspekty pôrodnej starostlivosti 49

2.2.1. Poskytovanie informácií ženám, sprevádzajúca osoba, súkromie a intimita 49

2.2.2. Informovaný súhlas 50

2.2.3. Voľný pohyb a slobodná voľba polohy 51

2.2.4. Epiziotómia, šitie pôrodných poranení a anestézia 52

2.2.5. Podpora kontaktu koža na kožu a podpora dojčenia 54

2.3. Záver 54

3. Pôrodná skúsenosť v zdravotníckom zariadení na Slovensku optikou ľudských práv žien 57

Martina Sekulová – Miroslava Hlinčíková – Janka Debrecéniová – Zuzana Krišková

3.1. Úvod a niekoľko metodologických poznámok 57

3.2. Pôrodné skúsenosti v nemocničných zariadeniach na Slovensku optikou ľudských práv žien 60

3.2.1. Príjem do pôrodnice a niektoré aspekty prvej doby pôrodnej 60

3.2.2. Presun na pôrodnú sálu 65

3.2.3. Použitie oxytocínu 66

3.2.4. Pôrodná poloha 66

3.2.5. Výzvy na tlačenie 68

3.2.6. Kristellerova expresia/tlak na brucho 69

3.2.7. Nástrih hrádze a šitie pôrodných poranení 73

3.2.8. Priloženie dieťaťa – podpora bondingu 76

3.2.9. Pôrod placenty a čakanie na prevoz na oddelenie šestonedelia 79

3.2.10. Fyzické potreby počas pôrodu – jedenie a pitie 80

3.2.11. Pobyt na oddelení šestonedelia 82

3.2.12. Pomoc pri dojčení....84

3.2.13. Zhrnutie....85

3.3. Právo na informácie a informovaný súhlas....85

3.3.1. Podpis formulára informovaného súhlasu....85

3.3.2. Informovanie rodiacich žien počas pôrodu....88

3.3.3. Úkony bez informovaného súhlasu....90

3.3.4. Úkony proti vôli a nesúhlasu žien....93

3.3.5. Zhrnutie....93

3.4. Právo na súkromie a na ľudskú dôstojnosť....94

3.4.1. Právo na súkromie v prvej dobe pôrodnej....95

3.4.2. Právo na súkromie v druhej dobe pôrodnej....97

3.4.3. Súkromie v kontexte osôb prítomných počas pôrodu....99

3.4.4. Právo na súkromie po pôrode....10

3.4.5. Zhrnutie....110

3.5. Mocenské zaobchádzanie....110

3.5.1. Jazyk a symbolická objektifikácia....115

3.5.2. Iné mocenské aspekty v komunikácii....116

3.5.3. Zhrnutie....120

3.6. Záver....120

3.7. Opisy respondentiek....122

4. Informovanie pred pôrodom v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku....127

Janka Debrecéniová – Sylvia Šumšalová – Kristína Babiaková

4.1. Úvod....127

4.2. Právne štandardy prístupu k informáciám o zdravotnej starostlivosti....129

4.2.1. Vybrané medzinárodné štandardy....130

4.2.2. Vnútroštátna právna úprava 132

4.3. Zistenia z monitoringu 134

4.3.1. Aktívne zverejňovanie informácií pôrodnicami 134

4.3.2. Zasielanie listov pôrodniciam ženami individuálne 140

4.3.3. Zasielanie žiadostí a prosieb o informácie pôrodniciam mimovládnou organizáciou 142

4.3.4. Zaslanie žiadosti o informácie Ministerstvu zdravotníctva SR mimovládnou organizáciou 155

Záverečné zhrnutie 159

Popis kontextu vzniku publikácie a jej základných čŕt 159

Prehľad a zhrnutie jednotlivých kapitol 160

1. Ľudské práva pri pôrode: základné medzinárodné a vnútroštátne štandardy 160

2. Medzinárodne uznávané zdravotnícke štandardy pri poskytovaní starostlivosti v súvislosti s pôrodmi 161

3. Pôrodná skúsenosť v zdravotníckom zariadení na Slovensku optikou ľudských práv žien 162

4. Informovanie pred pôrodom v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku 165

Záver 168

Prílohy 169

Príloha 1 Výskumný scenár rozhovoru so ženami 169

Príloha 2 Zoznam sledovaných položiek na webových stránkach pôrodníc 173

Príloha 3 Vzor listu žien o pôrodných prianiach zasielaný pôrodniciam 176

Príloha 4 Vzor žiadosti/prosby o informácie zasielanej pôrodniciam 178

Príloha 5 Žiadosť o informácie zaslaná na ministerstvo zdravotníctva 180

Príloha 6 Odpoveď ministerstva zdravotníctva na žiadosť o informácie 182

Summary 185

Description of publication context and its basic features 185

Overview and summary of individual chapters 186

1. Human rights at childbirth: basic international and national standards 186

2. Internationally recognised medical guidelines on the provision of birth-related healthcare 187

3. Birthing experience in a Slovak healthcare facility through the lens of women´s human rights 188

4. Information provided by healthcare facilities in Slovakia before birth 191

Conclusions 194

Annexes 195

Annex 1 A research interview scenario with women 195

Annex 2 Survey of Slovak maternity wards' websites – items assessed 199

Annex 3 Template of the Women's Letter to Maternity Wards Regarding Their Birth Wishes 202

Annex 4 Template of the Request for Information Submitted to Maternity Wards 204

Annex 5 Request for Information Submitted to the Ministry of Health 206

Annex 6 Response of the Ministry of Heath to the Request for Information 208

Prehľad použitej literatúry 211

Prehľad použitých právnych predpisov 213

Medzinárodné dohovory 213

Právne predpisy SR 213

Iné dokumenty právneho charakteru 214

Prehľad použitých súdnych a iných rozhodnutí 217

Európsky súd pre ľudské práva 217

Súdy SR 218

Výbor pre odstránenie diskriminácie žien 218

Prehľad použitých webových stránok 219

Webové stránky nemocníc s pôrodnicami v SR 219

Webové stránky pôrodníc v SR 221

Iné webové stránky 223

O členkách autorského tímu 225

Poďakovanie

Táto publikácia by nebola vznikla bez ochoty pätnástich žien z Bratislavského a Trnavského kraja, ktoré nám s dôverou poskytli rozhovory potrebné na napísanie tretej kapitoly. Vyjadrujeme im za to nesmiernu vďaku. Ďakujeme aj ďalším v publikácii nemenovaným ženám, ktoré sa do zberu dát pre túto publikáciu zapojili formou rozposielania listov nemocniciam, ktoré je opísané v štvrtej kapitole.

Projektový tím svoju prácu priebežne konzultoval s viacerými expertkami a expertmi vrátane osôb so vzdelaním a praxou v oblasti gynekológie a pôrodníctva a pôrodnej asistencie. Viaceré aspekty našej práce sme tiež konzultovali s osobami, ktoré poskytujú rôzne formy poradenstva ženám pred pôrodom, ale aj po ňom, a tiež s dulami, ktoré sprevádzajú ženy počas pôrodov na Slovensku i v zahraničí. V tejto súvislosti osobitne ďakujeme najmä Gabriele Janovičovej, Ivete Jančigovej, Zuzane Bajkaiovej, Zuzane Lafférsovej, Miroslave Kotríkovej Rašmanovej, Martine Jurčovičovej, Jette Aaroe Clausen, Nicholasovi Rubashkinovi, Zuzane Bernáthovej a Denise Chudej.

Naše osobitné poďakovanie patrí ďalej Adriane Lamačkovej z Centra pre reprodukčné práva (*Center for Reproductive Rights*) v New Yorku/Ženeve. Ďakujeme jej za cenné pripomienky k prvej a tretej kapitole. Jej aj Centru pre reprodukčné práva ďakujeme aj za dlhodobú podporu a inšpirujúcu a partnerskú spoluprácu.

Osobitne tiež ďakujeme Zoranovi Draškovičovi a Marekovi Samošovi z právnickej kancelárie White & Case za spracovanie veľmi cenného a komplexného podkladu k mnohým aspektom informovaného súhlasu. Ich vklad si vážime o to viac, že bol poskytnutý na báze pro bono. Naša vďaka, aj keď na anonymnej báze, ďalej patrí expertke na viaceré ľudskoprávne otázky, ktorá prispela veľkorysým časovým a odborným vkladom pri spracovaní niekoľkých právnických podkladových materiálov.

Ďakujeme aj osobám, ktoré bez nároku na honorár vyhotovili prepisy rozhovorov, ktoré sú spracované v tretej kapitole, konkrétne Marte Babincovej, Kataríne Bartoňovej, Michaele Dénešovej, Dušane Kišoňovej, Kamile Oslejovej a Denise Pufflerovej.

Neopomenuteľným vkladom k súčasnej podobe tejto publikácie prispeli aj Zuzana Bariaková a Martina Kubealaková. Ďakujeme im nielen za precízne jazykové korektúry a korektúry a konzultácie súvisiace s formálnymi aspektmi textu, ale aj za ich ochotu, flexibilitu a neúnavnosť, s akou na texte pracovali.

Tomášovi Donovalovi ďakujeme za preklad záverečného zhrnutia publikácie a príloh do angličtiny. Gregovi Soullierovi, Ľubici Trgiňovej a Nicholasovi Rubashkinovi ďakujeme za konzultácie pri korektúrach tohto prekladu. Za pomoc pri prekladoch ďakujeme aj Silvii Galatovej a Drahoslave Lipkovej.

Zuzane Laffércovej a Ľubici Trgiňovej ďakujeme za ich cenný časový aj odborný vklad pri záverečných korektúrach textu.

Miroslavovi Kukovi ďakujeme za grafickú úpravu publikácie. Ľubici Trgiňovej ďakujeme za vyhotovenie fotografie na obálke tejto publikácie a možnosť bezplatne ju použiť.

Všetky uvedené osoby, ktoré sa priamo alebo nepriamo podieľali na výslednej podobe tejto publikácie, tak vo väčšej, menšej alebo plnej miere urobili bez nároku na finančnú odmenu a v presvedčení, že podporujú dobrú a dôležitú vec. Ďakujeme im za ich postoj a podporu. Tie z nás, ktoré sú matkami malých detí, osobitne ďakujú aj svojim partnerom za preberanie rodičovských zodpovedností a celkovú podporu v miere, ktorá nám umožnila do publikácie investovať také množstvo času, aké si vyžadovala. Pavel Kriška a Milan Medveď, vieme, že ste to nerobili len pre nás a pre svoje dcéry, ale aj pre mnohé iné ženy.

Naše osobitné poďakovanie patrí aj Darine Sedlákovej, riaditeľke kancelárie WHO na Slovensku, za podporu tohto projektu a celkovo za jej dlhodobo prejavovaný záujem o otázky reprodukčného zdravia a reprodukčných práv žien.

Za finančnú podporu ďakujeme organizáciám Open Society Foundations a Center for Reproductive Rights. Aktivity spojené s napísaním tejto publikácie podporil aj Fond pre mimovládne organizácie, financovaný z Finančného mechanizmu EHP 2009 – 2014.

Janka Debrecéniová
Šarlota Pufflerová
Zuzana Krišková
Martina Sekulová
Miroslava Hlinčíková
Sylvia Šumšalová

Úvod

Publikácia *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku* je prvou publikáciou, ktorá sa zaoberá pôrodnou starostlivosťou na Slovensku z pohľadu ľudských práv žien.

Pôrodná starostlivosť na Slovensku je fakticky koncentrovaná takmer výlučne v zdravotníckych zariadeniach a poskytovaná pod vedením 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. Monopolizovaný a inštitucionalizovaný aspekt tejto starostlivosti, v spojení s osobitnou zraniteľnosťou žien počas tehotenstva, pôrodu a šestonedelia, z nej robí špecifický fenomén s osobitnými mocenskými prvkami hodný dôkladného a kritického skúmania. Ľudskoprávny náhľad na túto starostlivosť je preto perspektívou, akú si zasluhuje – a zároveň aj vyžaduje.

Aj verejnému diskurzu týkajúcemu sa pôrodnej starostlivosti na Slovensku výrazne chýba ľudskoprávna perspektíva. Jej absencia ešte zvýrazňuje nesúzvuk medzi perspektívami poskytovateľov a prijímateliek zdravotnej starostlivosti. Na jednej strane stoja autoritatívne a v podstate nikým a ničím nespochybňované náhľady lekárskej vedy a praxe (vo verejnom priestore reprezentované predovšetkým mužmi-pôrodníkmi), ktoré navyše v diskurze dostávajú oficiálny a vysokostatusový priestor (napríklad v mienkotvorných médiách, na odborných fórach a pod.). Na druhej strane stoja autentické skúsenosti žien z rôznych spoločenských vrstiev, rôzneho veku, rôzneho vzdelania, rôznej etnicity či iných charakteristík, ktorých hlasy zatiaľ zostávajú vypočuté najmä na stránkach internetových diskusných fór a ženských časopisov či na fórach ženských organizácií a neformálnych zoskupení.

Perspektívy žien a tých, ktorí rozhodujú o podobe pôrodnej starostlivosti, sa teda v reálnej a ani symbolickej rovine príliš nestretajú. Práve ľudskoprávny náhľad na túto starostlivosť – ktorý vychádza z konceptu, že ženy sú primárne nositeľkami práv a poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, zdravotnícki pracovníci a pracovníčky a štát sú zas primárnymi nositeľmi povinností a zodpovedností – môže napomôcť tomuto stretnutiu, následnej diskusii a do budúcnosti snáď aj rovnocennej, rešpektujúcej a pozitívne výsledky a vzájomné uspokojenie prinášajúcej spolupráci.

Publikácia *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku* sa snaží ponúknuť obe v súčasnosti chýbajúce perspektívy – t. j. perspektívu autentickej ženskej skúsenosti i perspektívu ľudskoprávnu –, pričom tieto perspektívy vzájomne dopĺňa a kombinuje. Publikácia je preto nielen prierezom vnútroštátnymi a medzinárodnými štandardmi

ľudských práv žien, ktoré sa vzťahujú na pôrodnú starostlivosť, ale z veľkej časti najmä spätnou väzbou od ich autentických nositeliek, poskytnutou a získanou práve cez optiku ľudskoprávnych štandardov. Je výstupom zo zberu, spracovania a analýzy dát rôzneho druhu – počnúc hĺbkovými autentickými výpoveďami žien s osobnou skúsenosťou s pôrodnou starostlivosťou v nemocniciach na Slovensku cez dáta obsiahnuté na stránkach nemocníc a pôrodníc, či získavané od nich priamo a adresne s rôznou mierou oficiálnosti, až po dáta oficiálne získavané od Ministerstva zdravotníctva SR ako hlavného zodpovedného subjektu na úrovni exekutívy za poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Všetky dáta boli zozbierané a spracované štandardnými metódami sociálnovedného výskumu a metódami ľudskoprávneho monitoringu. Konkrétne nástroje, ktoré sme na zber dát použili, sú súčasťou tejto publikácie v podobe jej príloh.

Publikácia je rozdelená do štyroch kapitol. Prvá kapitola ponúka prehľad základných medzinárodných a vnútroštátnych štandardov v oblasti ľudských práv žien, ktoré musia byť napĺňané pri pôrode. Druhá kapitola sumarizuje medzinárodne uznávané zdravotnícke štandardy týkajúce sa pôrodnej starostlivosti, ktoré sú zároveň relevantné aj z pohľadu dodržiavania ľudských práv žien. Tieto ľudskoprávne štandardy a zdravotnícke štandardy boli zároveň východiskom konceptualizácie a spracovania tretej aj štvrtej kapitoly. Tretia kapitola prezentuje výskumné zistenia z kvalitatívneho výskumu o skúsenostiach žien s pôrodmi v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku spracované na základe 15 semištruktúrovaných rozhovorov. Štvrtá kapitola prezentuje výsledky monitoringu mapujúceho poskytovanie informácií pôrodníckymi zariadeniami na Slovensku pred pôrodom, a to najmä v kontexte potreby informácií zo strany rodiacich žien s cieľom rozhodnúť sa o poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti. V tretej a štvrtej kapitole sú obsiahnuté aj výpovede žien, zdravotníckych zariadení na Slovensku a Ministerstva zdravotníctva SR, ktoré sme počas výskumu a monitoringu v rámci tohto publikačného projektu zozbierali. Všetky tieto výpovede, resp. ich časti sú zverejnené v ich autentickej podobe.

Táto publikácia je výsledkom viac ako dvojročného intenzívneho úsilia dvoch mimovládnych organizácií zaoberajúcich sa ľudskými právami žien na Slovensku – združenia Občan, demokracia a zodpovednosť a združenia Ženské kruhy – a ich blízkych spolupracovníčok. Vznikala v úzkej spolupráci tímu zloženého z expertiek z viacerých oblastí vrátane oblasti práva, etnológie a antropológie, sociológie a psychológie, ktoré sa podieľali na výskume, monitoringu a samotnom písaní tejto publikácie. Členkami užšieho projektového tímu boli Janka Debrecéniová, Šarlota Pufflerová, Zuzana Krišková, Martina Sekulová, Miroslava Hlinčíková a Sylvia Šumšalová. Šarlota Pufflerová bola zodpovedná aj za koordináciu celého tímu a všetkých aktivít súvisiacich so zberom dát, ako aj za manažment projektov združenia Občan, demokracia a zodpovednosť, v rámci ktorých bola táto publikácia napísaná. Na projekte sa podieľala aj Michaela Dénešová, ktorá prakticky realizovala veľkú časť zberu dát uskutočneného v rámci monitoringu a ktorá poskytovala užšiemu projektovému tímu technickú a administratívnu podporu.

Veríme, že publikácia *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku* bude vítaným príspevkom do diskusií o napĺňaní ľudských práv žien v oblasti reprodukčného zdravia v teórii i praxi. Dúfame, že bude inšpiráciou pre všetky osoby, ktoré vidia alebo chcú vidieť, že nie všetko, čo je normalizované, je aj normálne.

Janka Debrecéniová
apríl 2015

Zoznam používaných skratiek

CEDAW dohovor	Dohovor o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien (*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*)
ESĽP	Európsky súd pre ľudské práva (*European Court of Human Rights*)
FIGO	Medzinárodná federácia pre gynekológiu a pôrodníctvo (*International Federation of Gynecology and Obstetrics*)
ICM	Medzinárodná konfederácia pôrodných asistentiek (*International Confederation of Midwifes*)
IPA	Medzinárodná pediatrická asociácia (*International Pediatric Association*)
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
NICE	Národný inštitút pre zdravie a excelentnosť v starostlivosti (*National Institute for Health and Care Excellence*)
OSN	Organizácia spojených národov (*The United Nations*)
UNICEF	Detský fond OSN (*The United Nations Children's Fund*)
WHO	Svetová zdravotnícka organizácia (*World Health Organization*)
WRA	Aliancia bielej stužky (*White Ribbon Alliance*)

1. Ľudské práva pri pôrode: základné medzinárodné a vnútroštátne štandardy

Janka Debrecéniová

1.1. Úvod

Poskytovanie a prijímanie zdravotnej starostlivosti v súvislosti s pôrodmi je otázkou ľudských práv žien. Keďže tieto práva sa týkajú reprodukčného zdravia[1], hovoríme o nich zároveň aj ako o reprodukčných právach[2].

Jednotlivé dotknuté práva sú zakotvené nielen vo vnútroštátnej legislatíve Slovenskej republiky (najmä v Ústave Slovenskej republiky[3] a zákonoch, napríklad v zákone o zdravotnej starostlivosti[4] či v antidiskriminačnom zákone[5]), ale aj v medzinárodných ľudskoprávnych dohovoroch, ktorými je SR viazaná, ktoré sú súčasťou jej právneho poriadku a ktoré majú v zásade prednosť pred zákonmi[6]. Medzi tieto dohovory patria najmä: Dohovor o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien (dohovor CEDAW)[7], Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach, Medzinárodný pakt o občianskych a politických právach[8], Dohovor proti mučeniu a inému krutému, neľudskému

---

[1] Ku konceptu reprodukčného zdravia pozri napríklad COOK, R. J. – DICKENS, B. M. – FATHALLA, M. F.: *Reproductive Health and Human Rights*. New York : Oxford University Press Inc., 2003, s. 8 – 33.

[2] K hmotnoprávnym a implementačným aspektom reprodukčných práv pozri napríklad COOK, R. J. – DICKENS, B. M. – FATHALLA, M. F.: *Reproductive Health and Human Rights*. New York : Oxford University Press Inc., 2003, s. 154 – 252.

[3] Zákon č. 460/1992 Zb. Ústava Slovenskej republiky v znení neskorších predpisov.

[4] 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.

[5] 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).

[6] V zmysle čl. 7 ods. 5 Ústavy SR 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 SR súčasťou jej právneho poriadku a majú prednosť pred zákonom, ak zabezpečujú väčší rozsah ústavných práv a slobôd.

[7] Uverejnený v Zbierke zákonov pod č. 62/1987 Zb.

[8] Uverejnené v Zbierke zákonov pod č. 120/1976 Zb.

alebo ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestaniu[9], Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím[10], Dohovor o odstránení všetkých foriem rasovej diskriminácie[11], Dohovor o právach dieťaťa[12] (všetky skôr uvedené dohovory boli prijaté na pôde OSN), Dohovor o ochrane ľudských práv a základných slobôd[13], Dohovor o ľudských právach a biomedicíne[14] a Európska sociálna charta (revidovaná)[15] (prijaté na pôde Rady Európy).

Popri zodpovednosti jednotlivých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok má za dodržiavanie ľudských práv žien v súvislosti s pôrodmi – ktoré je súčasťou ich právnych povinností – **hlavnú zodpovednosť štát**. Vo všeobecnosti má štát povinnosť tieto práva **rešpektovať** (*respect*), **chrániť** (*protect*) a **napĺňať** (*fulfil*).[16]

Povinnosť **rešpektovať** znamená pre štát povinnosť zdržať sa vytvárania zákonov, politík, nariadení, programov, administratívnych postupov a inštitucionálnych štruktúr, ktoré priamo alebo nepriamo upierajú ženám využívanie ich práv. Povinnosť **chrániť** znamená povinnosť zabezpečiť, aby ženy neboli diskriminované, resp. aby ich práva neboli porušované zo strany 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 rol mužov a žien. Povinnosť práva **napĺňať** vyžaduje od štátu prijatie množstva rozmanitých 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.[17] Podobne aj Európsky súd pre ľudské práva (ESĽP) vo vzťahu k právam upraveným Dohovorom o ochrane ľudských práv a základných slobôd ustanovuje štátom **pozitívnu povinnosť** zabezpečiť osobám v ich jurisdikcii právo na **efektívnu ochranu** ich práv, vrátane situácií, keď by tieto práva

---

[9] Uverejnený v Zbierke zákonov pod č. 143/1988 Zb.

[10] Uverejnený v Zbierke zákonov pod č. 317/2010 Z. z.

[11] Uverejnený v Zbierke zákonov pod č. 95/1974 Zb.

[12] Uverejnený v Zbierke zákonov pod č. 104/1991 Zb.

[13] Uverejnený v Zbierke zákonov pod č. 209/1992 Zb.

[14] 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.

[15] Uverejnená v Zbierke zákonov pod č. 273/2009 Z. z.

[16] Pozri Všeobecné odporúčanie č. 28 Výboru pre odstránenie diskriminácie žien o základných povinnostiach zmluvných štátov podľa článku 2 Dohovoru o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien, 2010, CEDAW/C/GC/28, bod 9. V tomto všeobecnom odporúčaní Výbor pre odstránenie diskriminácie žien interpretuje čl. 2 dohovoru CEDAW, ktorý ukladá štátom viazaným týmto dohovorom realizovať „politiku odstránenia diskriminácie žien" a s tým cieľom uskutočňovať viaceré typy krokov. Diskrimináciu žien dohovor CEDAW definuje v čl. 1 veľmi široko 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". Výbor CEDAW v tomto odporúčaní teda fakticky ukladá štátom prijímať opatrenia na zabezpečenie ľudských práv žien v mnohých oblastiach vrátane oblasti zdravia. Triáda povinností štátov „rešpektovať, chrániť a napĺňať" práva, vrátane práva na najvyššie dosiahnuteľnú úroveň zdravia, je tiež obsiahnutá vo všeobecných komentároch Výboru pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva. Pozri napríklad Všeobecný komentár č. 14 Výboru pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva – Právo na najvyššie dosiahnuteľnú úroveň zdravia (čl. 12 Medzinárodného paktu o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach), 2000, E/C.12/2000/4, body 33 – 37 (pričom Výbor pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva v tomto komentári okrem povinností rešpektovať, chrániť a napĺňať práva hovorí aj o povinnosti štátov výkon práva na zdravie **uľahčovať** (*facilitate*) (bod 37 všeobecného komentára)). Povinnosť štátov rešpektovať, chrániť a napĺňať práva žien v súvislosti s právom na zdravotnú starostlivosť je tiež bližšie opísaná vo Všeobecnom odporúčaní č. 24 Výboru pre odstránenie diskriminácie žien – Ženy a zdravie (čl. 12), 1999, body 13 – 17.

[17] Všeobecné odporúčanie č. 28 Výboru pre odstránenie diskriminácie žien o základných povinnostiach zmluvných štátov podľa článku 2 Dohovoru o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien, 2010, CEDAW/C/GC/28, bod 9.

mohli byť porušované inými jednotlivcami/neverejnými subjektmi.[18]

Zodpovednosti štátu v oblasti napĺňania ľudských práv žien vrátane oblasti reprodukčného zdravia teda spočívajú o. i. v povinnosti systémovo nastavovať poskytovanie zdravotnej starostlivosti v súvislosti s pôrodmi (vrátane zabezpečovania adekvátneho vzdelávania všetkých zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok a iných zainteresovaných subjektov), kontrolovať a vynucovať dodržiavanie existujúcich ľudskoprávnych a iných relevantných štandardov (vrátane zabezpečovania efektívnych prostriedkov nápravy v prípadoch porušení týchto štandardov) a v týchto súvislostiach fungovanie systému neustále monitorovať (vrátane zberu a zverejňovania potrebných dát) a prehodnocovať.[19]

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).[20] Štát sa zároveň nemôže dovolávať ustanovení svojho vnútroštátneho práva ako dôvodu neplnenia medzinárodných ľudskoprávnych (alebo iných) zmlúv.[21]

> Hlavnú zodpovednosť za dodržiavanie ľudských práv žien v súvislosti s pôrodmi má štát. Má povinnosť tieto práva rešpektovať, chrániť a napĺňať. Tejto povinnosti sa nemôže zbaviť.

1.2. Pôrody a dotknuté ľudské práva

V súvislosti s pôrodmi je dotknutých viacero ľudských práv. V kontexte pôrodov sa týkajú v prvom rade žien a majú špecifický obsah, a preto vo vzťahu k povinnosti ich napĺňania nesú so sebou aj špecifické nároky. Jednotlivé práva dotknuté pri pôrode sa od seba nedajú oddeliť, obsahovo a významovo sa prelínajú a musia byť napĺňané súbežne.

---

[18] 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.

[19] Pozri napríklad aj Všeobecný komentár č. 14 Výboru pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva – Právo na najvyššie dosiahnuteľnú úroveň zdravia (čl. 12 Medzinárodného paktu o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach), 2000, E/C.12/2000/4, body 35 – 37, 43 (f) a 44 – 62. Všeobecnejšie pozri aj Všeobecné odporúčanie č. 28 Výboru pre odstránenie diskriminácie žien o základných povinnostiach zmluvných štátov podľa článku 2 Dohovoru o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien, 2010, CEDAW/C/GC/28. V tejto súvislosti pozri aj kapitolu 4.3.4. tejto publikácie k vybraným zákonným zodpovednostiam Ministerstva zdravotníctva SR.

[20] Pozri napríklad Všeobecné odporúčanie č. 24 Výboru pre odstránenie diskriminácie žien – Ženy a zdravie (čl. 12), 1999, bod 17, a Všeobecné odporúčanie č. 19 Výboru pre odstránenie diskriminácie žien – Násilie na ženách, 1992, bod 4. Pozri tiež 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, v ktorom tento výbor uviedol, že „štát je priamo zodpovedný za konanie súkromných inštitúcií, ak zabezpečuje vykonávanie zdravotníckych služieb týmito subjektmi (*when it outsources its medical services*)", a že je navyše vždy povinný „regulovať a monitorovať súkromné zariadenia zdravotnej starostlivosti" (pozri bod 7.5 stanoviska). Preto má podľa výboru štát „pozitívnu povinnosť (*due diligence obligation*) prijímať opatrenia, ktorými zabezpečí, že činnosť súkromných aktérov vo vzťahu k politikám a praxi v oblasti zdravia budú primerané" (pozri tamtiež).

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

Konkrétnymi dotknutými právami v súvislosti s pôrodmi sú najmä:

- → právo na ľudskú dôstojnosť,
- → právo na ochranu zdravia 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.

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

Ľudské práva pri pôrode sa týkajú v prvom rade žien. Majú špecifický obsah, a preto vo vzťahu k povinnosti ich napĺňania nesú so sebou aj špecifické nároky.

1.2.1. Právo na ľudskú dôstojnosť

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 výklad nižšie k ďalším dotknutým právam). **Koncept ľudskej dôstojnosti implikuje povinnosť rešpektovať každú osobu ako jedinečnú a autonómnu ľudskú bytosť.**

Čl. 1 Dohovoru o ľudských právach a biomedicíne ukladá štátom povinnosť „chrániť dôstojnosť a identitu všetkých ľudských bytostí a zaručiť[ť] každému/každej bez diskriminácie rešpektovanie jeho/jej integrity a iných práv a základných slobôd v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny". Podobne ESĽP pripomína, že rešpektovanie ľudskej dôstojnosti a ľudskej slobody je „úplnou esenciou [D]ohovoru [o ochrane ľudských práv a základných slobôd]"[22]. Ústava SR ustanovuje, že „[ľ]udia sú slobodní a rovní v dôstojnosti i v právach"[23]. Tiež ustanovuje, že „[k]aždý má právo na zachovanie ľudskej dôstojnosti, osobnej cti, dobrej povesti a na ochranu mena"[24].

[22] 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.

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

[24] Tamtiež, čl. 19 ods. 1.

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**"[25]. Výkon práv a povinností vyplývajúcich zo zákona o zdravotnej starostlivosti tiež musí byť v súlade s dobrými mravmi.[26]

Koncept ľudskej dôstojnosti implikuje povinnosť rešpektovať každú osobu ako jedinečnú a autonómnu ľudskú bytosť.

1.2.2. Právo na ochranu zdravia a na zdravotnú starostlivosť

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 CEDAW 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 dohovoru CEDAW 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**.

Výbor OSN pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva v jednom zo svojich komentárov, ktorým vykladá vyššie spomínaný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach, zdôrazňuje, že **zdravie je základné ľudské právo nevyhnutné pre uplatňovanie iných ľudských práv**.[27] Každá ľudská bytosť má právo na najvyššie dosiahnuteľnú úroveň zdravia, ktorá jej umožní život v dôstojnosti.[28] Výbor vysvetľuje, že **právo na zdravie neznamená právo byť zdravá/zdravý**.[29] Pripomínajúc, že právo na najvyššie dosiahnuteľnú úroveň zdravia nie je obmedzené iba na právo na zdravotnú starostlivosť, odkazuje na definíciu zdravia obsiahnutú v Ústave Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO). Podľa tejto definície **zdravie nie je iba absencia choroby, ale stav úplnej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody**.[30]

Výbor OSN pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva ďalej zdôrazňuje, že v práve na zdravie sú obsiahnuté slobody aj nároky. Medzi slobody patrí **právo každého človeka kontrolovať svoje zdravie a telo vrátane sexuálnej a reprodukčnej slobody a právo nebyť podrobená/**

[25] Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, § 11 ods. 9 písm. a), j) a h).

[26] Pozri tamtiež, § 11 ods. 3.

[27] Všeobecný komentár č. 14 Výboru pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva – Právo na najvyššie dosiahnuteľnú úroveň zdravia (čl. 12 Medzinárodného paktu o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach), 2000, E/C.12/2000/4, bod 1.

[28] Tamtiež, bod 1.

[29] Tamtiež, bod 8.

[30] Tamtiež, bod 4.

podrobený zásahom ako napríklad právo nebyť podrobená/podrobený mučeniu, liečbe bez predchádzajúceho súhlasu či experimentovaniu. Nároky zahŕňajú právo na systém ochrany zdravia, ktorý poskytuje rovnosť príležitostí pre ľudí tak, aby mohli užívať najvyššiu dosiahnuteľnú úroveň zdravia.[31]

Výbor pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva ďalej zdôrazňuje, že právo na zdravie vo všetkých jeho formách a na všetkých úrovniach obsahuje tieto vzájomne prepojené prvky:

a) dostupnosť (*availability*),
b) prístupnosť (*accessibility*),
c) akceptovateľnosť (*acceptability*),
d) kvalita (*quality*).[32]

a) **Dostupnosť**

Dostupnosť okrem iného znamená, že fungujúce služby, zariadenia a programy verejného zdravia musia byť **dostupné v dostatočnej kvantite**. Musia tiež zahŕňať kľúčové determinanty zdravia (*underlying determinants of health*) ako napríklad adekvátne nemocnice, kliniky a iné budovy relevantné z hľadiska zdravia či dostatočne vzdelaný lekársky a iný odborný personál, ktorý dostáva vnútroštátne kompetitívne mzdy.[33]

b) **Prístupnosť**

Prístupnosť znamená, že zariadenia, tovary a služby týkajúce sa zdravia majú byť **prístupné každej osobe bez diskriminácie**. 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.[34]

[31] Tamtiež, bod 8.
[32] Tamtiež, bod 12.
[33] Tamtiež, bod 12 (a).
[34] Tamtiež, bod 12 (b) (i).

(ii) *Fyzická prístupnosť* (*physical accessibility*):

Zariadenia, tovary a služby týkajúce sa zdravia musia byť **v bezpečnom fyzickom dosahu** pre všetky segmenty spoločnosti, osobitne pre zraniteľné alebo marginalizované skupiny, ako napríklad etnické menšiny, ženy, deti, mladí ľudia, staršie osoby či osoby so zdravotným postihnutím. Fyzická prístupnosť tiež znamená prístupnosť budov osobám so zdravotným postihnutím.[35]

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

Zariadenia, tovary a služby týkajúce sa zdravia musia byť **finančne prístupné všetkým osobám.** Platby za služby zdravotnej starostlivosti musia byť založené na princípe spravodlivosti (*equity*) a, bez ohľadu na to, či sú poskytované na súkromnej alebo verejnej báze, musia byť dostupné všetkým vrátane znevýhodnených skupín. Princíp spravodlivosti požaduje, aby chudobnejšie domácnosti neboli, v porovnaní s majetnejšími domácnosťami, neprimerane zaťažené výdavkami na zdravie.[36]

(iv) *Informačná prístupnosť* (*information accessibility*):

Informačná prístupnosť zahŕňa **právo vyhľadávať, prijímať a rozširovať informácie a myšlienky týkajúce sa otázok zdravia**. Samozrejme, informačná prístupnosť by nemala porušovať právo na dôverné zaobchádzanie s osobnými údajmi týkajúcimi sa zdravia.[37]

c) **Akceptovateľnosť**

Prvok akceptovateľnosti vyžaduje, aby zariadenia, tovary a služby zdravotnej starostlivosti **rešpektovali zdravotnícku etiku, boli kultúrne vhodné** – t. j. rešpektovali kultúru jednotlivcov a jednotlivkýň, menšín, obyvateľstva a komunít – a aby boli **citlivé rodovo, ako aj k požiadavkám životného cyklu**. Komponent akceptovateľnosti tiež požaduje, aby zariadenia a služby zdravotnej starostlivosti boli nastavené tak, že budú **rešpektovať dôvernosť**.[38]

d) **Kvalita**

Prvok kvality požaduje, aby zariadenia, tovary a služby zdravotnej starostlivosti boli **po vedeckej a medicínskej stránke vhodné** a aby boli **dobrej kvality**.[39]

[35] Tamtiež, bod 12 (b) (ii).
[36] Tamtiež, bod 12 (b) (iii).
[37] Tamtiež, bod 12 (b) (iv).
[38] Tamtiež, bod 12 (c).
[39] Tamtiež, bod 12 (d).

Výbor pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva ďalej od štátov požaduje **odstránenie všetkých bariér**, ktoré bránia prístupu k službám, vzdelávaniu a informáciám v oblasti zdravia vrátane oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia. Výbor tiež pripomína dôležitosť preventívnych, osvetových a nápravných krokov, ktoré **ochránia ženy pred dopadmi škodlivých tradičných kultúrnych praktík a noriem**, ktoré im upierajú plné užívanie ich reprodukčných práv.[40]

Výbor vo svojom všeobecnom komentári k právu na najvyššie dosiahnuteľnú úroveň zdravia tiež zdôrazňuje, že štáty by mali „**podporovať ľudí v prijímaní informovaných rozhodnutí o svojom zdraví**".[41]

Aj Výbor pre odstránenie diskriminácie žien, ktorý monitoruje dodržiavanie dohovoru CEDAW jednotlivými štátmi a zabezpečuje jeho výklad, vydal všeobecné odporúčanie k právu na zdravie.[42] 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**".[43] Podľa výboru majú ženy „**právo byť plne informované**, a to riadne zaškoleným personálom, o ich možnostiach vzťahujúcich sa na súhlas s liečbou alebo výskumom vrátane pravdepodobných prínosov a možných nežiaducich účinkov navrhovaných postupov a dostupných alternatív".[44] Výbor štátom ďalej odporúča, aby mu podávali správy o opatreniach prijatých na zabezpečenie prístupu ku kvalitným službám zdravotnej starostlivosti (vrátane služieb spojených s tehotenstvom, pôrodom a popôrodným obdobím[45]), a to napríklad tak, že ich urobia pre ženy **akceptovateľnými**. Akceptovateľné služby sú podľa výboru „tie, ktoré sú poskytnuté spôsobom zabezpečujúcim, že žena dáva **plne informovaný súhlas, rešpektujúcim jej dôstojnosť, garantujúcim jej dôvernosť a citlivým k jej potrebám a perspektívam**".[46]

Výbor pre odstránenie diskriminácie žien zmluvné štáty zároveň upozorňuje, aby v súvislosti so službami zdravotnej starostlivosti **nedovolili žiadne formy donútenia, ktoré porušujú práva žien na informovaný súhlas a dôstojnosť**.[47] Štátom tiež pripomína potrebu „dať **rodovú perspektívu**[48] 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"[49]. Rovnako im odporúča „**odstránenie všetkých bariér** v prístupe žien k zdravotníckym službám, vzdelávaniu a informáciám vrátane oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia"[50]. Jednou z týchto bariér sú podľa výboru **vysoké poplatky** za tieto služby.[51]

---

[40] Tamtiež, bod 21.

[41] Tamtiež, bod 37.

[42] Všeobecné odporúčanie č. 24 Výboru pre odstránenie diskriminácie žien – Ženy a zdravie (čl. 12), 1999.

[43] Tamtiež, bod 31 (e).

[44] Tamtiež, bod 20.

[45] Tamtiež, bod 26.

[46] Tamtiež, bod 22.

[47] Tamtiež, bod 22.

[48] K definícii rodu pozri kapitolu 1.2.5.

[49] Tamtiež, bod 31 (a).

[50] Tamtiež, bod 31 (b).

[51] Tamtiež, bod 21.

Zdravie je základné ľudské právo nevyhnutné na uplatňovanie iných ľudských práv. Nie je iba absenciou choroby, ale stavom úplnej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody. Súčasťou práva na zdravie je právo každého človeka kontrolovať svoje zdravie a telo vrátane sexuálnej a reprodukčnej slobody a právo nebyť podrobená/podrobený zásahom ako napríklad právo nebyť podrobená/podrobený mučeniu, liečbe bez predchádzajúceho súhlasu či experimentovaniu. Zariadenia, tovary a služby týkajúce sa zdravia musia byť dostupné, prístupné, akceptovateľné a kvalitné. Štáty by mali odstrániť všetky bariéry, ktoré bránia prístupu k službám, vzdelávaniu a informáciám v oblasti zdravia. Všetky služby týkajúce sa zdravia musia byť v súlade s ľudskými právami žien vrátane práva na autonómiu, súkromie, dôvernosť, informovaný súhlas a slobodnú voľbu. Štáty v súvislosti so službami zdravotnej starostlivosti nesmú dovoliť žiadne formy donútenia, ktoré porušujú práva žien na informovaný súhlas a dôstojnosť. Štáty majú tiež povinnosť 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.

1.2.3. Právo na informácie a informovaný súhlas

Ako sme už naznačili (pozri kapitolu 1.2.2.), právo na ochranu zdravia a na zdravotnú starostlivosť je úzko späté s právom na informácie, resp. právom byť informovaná/informovaný, ktoré je integrálnou súčasťou práv v oblasti zdravotnej starostlivosti. **Iba dostatočné, kvalitné a zrozumiteľné informácie umožňujú autonómne a slobodné rozhodovanie sa v oblasti zdravia**. Právo na informácie je zároveň samostatným politickým právom.[52] Možnosť jednotlivcov a jednotlivkýň a iných subjektov prijímať a rozširovať informácie o poskytovanej zdravotnej starostlivosti všeobecne je tiež silným a potrebným nástrojom verejnej kontroly.

Osobitný spravodajca pre právo každej osoby na najvyššie dosiahnuteľnú úroveň fyzického a duševného zdravia (*Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*), vymenovaný Radou OSN pre ľudské práva (*Human Rights Council*), v jednej zo svojich správ, ktoré vyústili z tohto mandátu[53], venuje osobitnú pozornosť informovanému súhlasu ako kľúčovému faktoru pri rešpektovaní, ochrane a napĺňaní práva

[52] 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.

[53] *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://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/450/87/PDF/N0945087.pdf?OpenElement (posledná návšteva dňa 12. 03. 2015).

na zdravie.[54] V súvislosti s **poskytovateľmi a poskytovateľkami zdravotnej starostlivosti** osobitný spravodajca 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**.[55] Osobitný spravodajca tiež vo svojej správe viackrát upozorňuje na **mocenskú nerovnováhu** vo vzťahoch lekárov/lekárok a pacientov/pacientok, ktorá je spôsobená dôverou, ktorú pacientky a pacienti voči zdravotníckym pracovníkom a pracovníčkam prechovávajú, ale aj nerovnakou mierou vedomostí a skúseností, ktoré sprevádzajú lekársko-pacientsky vzťah.[56] Ako zdôrazňuje osobitný spravodajca, tieto skutočnosti predstavujú mimoriadnu výzvu pre efektívnu komunikáciu.[57] Situácia sa podľa neho ešte zhoršuje, ak sú mocenské nerovnosti výsledkom triednych, rodových, etnických alebo iných socioekonomických faktorov.[58]

Okrem požiadaviek na informovaný súhlas, resp. informované rozhodovanie, ktoré vyplývajú z Medzinárodného paktu o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach a z dohovoru CEDAW a ktoré sú načrtnuté vyššie, právo na informovaný súhlas upravuje napríklad aj Dohovor o ľudských právach a biomedicíne.

Čl. 5 tohto dohovoru hovorí, že „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".

Dohovor o ľudských právach a biomedicíne tiež obsahuje osobitné ustanovenia týkajúce sa možností vykonať určitý zásah v oblasti zdravia v núdzových situáciách, resp. v situáciách, keď pacient alebo pacientka nie sú v stave, v čase potreby zásahu, vyjadriť svoje priania.[59]

Európsky súd pre ľudské práva zdôrazňuje, že vykonávanie zdravotnej starostlivosti v rozpore so želaniami pacienta alebo pacientky je zásahom do jeho alebo jej práva na rešpektovanie súkromného života.[60] ESĽP osobitne vyzdvihuje dôležitosť prístupu k informáciám pre tie osoby, ktoré sú vystavené zdravotnému riziku, aby mohli toto riziko, v kontexte svojho práva vysloviť súhlas alebo nesúhlas so zdravotnou starostlivosťou, vyhodnotiť.[61]

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".[62] Zdravotnícky zásah bez

---

[54] Tamtiež, bod 5.

[55] Tamtiež, bod 7.

[56] Pozri tamtiež, bod 17, 6 a 26.

[57] Tamtiež, bod 17.

[58] Tamtiež, bod 17.

[59] Dohovor o ľudských právach a biomedicíne, čl. 8 a 9.

[60] 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.

[61] Pozri napríklad prípad *Guerra and Others v. Italy*, sťažnosť č. 14967/89, ods. 60 rozsudku, prípad *Roche v. the United Kingdom*, sťažnosť č. 32555/96, ods. 155 rozsudku, prípad *Codarcea v. Romania*, sťažnosť č. 31675/04, ods. 104. rozsudku

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

informovaného súhlasu môže predstavovať aj neľudské a ponižujúce zaobchádzanie.[63]

V kontexte práva na informovaný súhlas ESĽP 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**".[64] Vidíme teda, že ESĽP naznačuje **rovnocennú participáciu 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).

Podobný koncept naznačuje aj Výbor pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva, keď pripomína štátom ich povinnosť „**podporovať ľudí v prijímaní informovaných rozhodnutí o svojom zdraví**".[65] Aj osobitný spravodajca pre právo každej osoby na najvyššie dosiahnuteľnú úroveň fyzického a duševného zdravia (pozri skôr) zdôrazňuje, že „[i]nformovaný súhlas **nie je len akceptovaním medicínskeho zásahu, ale je dobrovoľným a dostatočne informovaným rozhodnutím**, ktoré chráni právo pacienta alebo pacientky byť súčasťou rozhodovania o medicínskych postupoch a ktoré ukladá s tým súvisiace povinnosti a záväzky poskytovateľom a poskytovateľkám zdravotnej starostlivosti. […] Etické a normatívne odôvodnenia [pre informovaný súhlas] pramenia z jeho potenciálu presadzovať pacientovu alebo pacientkinu **autonómiu, sebaurčenie, telesnú integritu a duševnú pohodu**".[66]

Zákon o zdravotnej starostlivosti zakotvuje právo každej osoby, za podmienok ustanovených týmto zákonom, na informácie týkajúce sa jej zdravotného stavu[67] a na „informácie o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti…"[68]. Rovnako má každá osoba právo na „odmietnutie poskytnutia zdravotnej starostlivosti okrem prípadov, v ktorých podľa tohto zákona možno poskytnúť zdravotnú starostlivosť bez informovaného súhlasu…"[69].

V zmysle § 4 ods. 4 zákona č. 576/2004 Z. z. 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 č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti:

---

[63] 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.

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

[65] Všeobecný komentár č. 14 Výboru pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva – Právo na najvyššie dosiahnuteľnú úroveň zdravia (čl. 12 Medzinárodného paktu o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach), 2000, E/C.12/2000/4, bod 37.

[66] *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. Dostupné na: http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/450/87/PDF/N0945087.pdf?OpenElement (posledná návšteva dňa 12. 03. 2015).

[67] Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov, § 11 ods. 9 písm. b).

[68] Tamtiež, § 11 ods. 9 písm. c).

[69] Tamtiež, § 11 ods. 9 písm. d).

„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 anestéze alebo lokálnej anestéze**,

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

[…]

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**.

[…]."

Podrobnejšie k právu na informácie v oblasti zdravia a k právu na informovaný súhlas/ informované rozhodovanie pri prijímaní zdravotnej starostlivosti pozri aj kapitoly 2.2.1. a 2.2.2.,

právne komentáre v kapitolách 3.2.1., 3.2.6., 3.3.1., 3.3.3. a 3.4.3. a kapitoly 4.1. a 4.2. tejto publikácie.

Právo na ochranu zdravia a na zdravotnú starostlivosť je úzko späté s právom na informácie. Iba dostatočné, kvalitné a zrozumiteľné informácie umožňujú autonómne a slobodné rozhodovanie sa v oblasti zdravia. 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. V kontexte práva na informovaný súhlas treba skúmať, či dotknutý jednotlivec alebo jednotlivkyňa boli zapojení do rozhodovacieho procesu ako celku. Vykonávanie zdravotnej starostlivosti v rozpore so želaniami pacienta alebo pacientky je zásahom do jeho alebo jej práva na rešpektovanie súkromného života. Nanútenie lekárskej starostlivosti bez súhlasu mentálne spôsobilého dospelého pacienta alebo pacientky zasahuje do jeho alebo jej práva na fyzickú integritu. Môže predstavovať aj neľudské a ponižujúce zaobchádzanie.

1.2.4. Právo na ochranu súkromného a rodinného života

Právo na ochranu súkromného a rodinného života je vo všeobecnosti upravené v čl. 17 Medzinárodného paktu o občianskych a politických právach a v čl. 8 Dohovoru o ochrane ľudských práv a základných slobôd. Všeobecná úprava práva na ochranu súkromného a rodinného života je tiež obsiahnutá v Ústave SR, v zmysle ktorej „[k]aždý má právo na ochranu pred neoprávneným zasahovaním do súkromného a rodinného života“[70]. V zmysle Ústavy SR má tiež každá osoba „právo na zachovanie ľudskej dôstojnosti, osobnej cti, dobrej povesti a na ochranu mena“[71] a tiež „právo na ochranu pred neoprávneným zhromažďovaním, zverejňovaním alebo iným zneužívaním údajov o svojej osobe“[72].

Na zákonnej úrovni je všeobecná právna úprava niektorých komponentov práva na ochranu súkromného života obsiahnutá v tzv. ustanoveniach na ochranu osobnosti, ktoré sú súčasťou

[70] Ústava SR, čl. 19 ods. 2.
[71] Tamtiež, čl. 19 ods. 1.
[72] Tamtiež, čl. 19 ods. 3.

Občianskeho zákonníka.[73] V zmysle § 11 tohto zákona 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.

Špecificky v oblasti práva na zdravie, resp. na zdravotnú starostlivosť sú niektoré aspekty práva na ochranu súkromného a rodinného života upravené napríklad v Dohovore o ľudských právach a biomedicíne, v Dohovore o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien a v zákone o zdravotnej starostlivosti. Vo veľkej miere sa im, na podnety jednotlivcov a jednotlivkýň, ktorých práva boli porušené, venuje vo svojej rozhodovacej činnosti aj ESĽP. Platí pritom, že **súčasťou práva na súkromie je aj koncept informovaného súhlasu**, tak ako sme ho popísali skôr.

Ako sme uviedli v kapitole 1.2.1. k právu na ľudskú dôstojnosť, v zmysle čl. 1 Dohovoru o ľudských právach a biomedicíne majú štáty povinnosť „chrániť **dôstojnosť a identitu** všetkých ľudských 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)[74].

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[75],

b) informácie týkajúce sa jej zdravotného stavu[76],

c) rozhodnutie o svojej účasti na výučbe alebo na biomedicínskom výskume[77],

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)[78],

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

[74] Čl. 10 ods. 2 Dohovoru o ľudských právach a biomedicíne.

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

[76] Tamtiež, § 11 ods. 9 písm. b).

[77] Tamtiež, § 11 ods. 9 písm. e).

[78] Tamtiež, § 11 ods. 9 písm. g).

e) humánny, etický a dôstojný prístup zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok[79].

V zmysle rozhodovacej činnosti ESĽP je **súkromný život**, ktorý je chránený čl. 8 Dohovoru o ochrane ľudských práv a základných slobôd, **veľmi široký pojem**, ktorému nie je možné priradiť vyčerpávajúcu definíciu.[80] Je to koncept, ktorý zahŕňa **fyzickú aj morálnu integritu osoby vrátane jej sexuálneho života**[81], pričom ESĽP zdôrazňuje, že **ľudské telo predstavuje najintímnejší aspekt súkromného života**[82] a každý zdravotnícky zásah, aj keď je nepatrnej dôležitosti, predstavuje zásah do tohto práva[83].[84] Súkromný život podľa ESĽP ďalej zahŕňa **aspekty fyzickej a sociálnej identity** jednotlivca alebo jednotlivkyne **vrátane práva na osobnú autonómiu**, pričom osobná autonómia je podľa ESĽP základným princípom, na ktorom je postavená interpretácia záruk obsiahnutých v čl. 8 dohovoru.[85]

Právo na rešpektovanie súkromného života v sebe podľa ESĽP zahŕňa aj **právo týkajúce sa rozhodnutia stať sa rodičom, v ktorom je obsiahnuté právo zvoliť si okolnosti pôrodu**.[86] Toto právo rovnako zahŕňa aj **právo na vytváranie a rozvíjanie vzťahov s inými ľudskými bytosťami** a s okolitým svetom[87] (čo má v kontexte pôrodov relevanciu napríklad vo vzťahu k právu žien na prítomnosť sprevádzajúcich osôb či vo vzťahu k ich právu na budovanie si vzťahovej väzby so svojím novorodeným dieťaťom od momentu narodenia). Do ochrany v rámci práva na rešpektovanie súkromného života v zmysle rozhodovacej činnosti ESĽP ďalej spadá **ochrana osobných údajov vrátane informácií o zdravotnom stave**.

Súd zdôraznil, že rešpektovanie dôvernosti informácií o zdravotnom stave je základným princípom v právnych systémoch všetkých zmluvných strán Dohovoru o ochrane ľudských práv a základných slobôd a „je **zásadné nielen pre rešpektovanie pocitu súkromia pacienta/pacientky, ale aj pre zachovanie dôvery v zdravotnícku profesiu a v zdravotnícke služby vo všeobecnosti**".[88] V kontexte práva na rešpektovanie súkromného života ESĽP tiež povedal, 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.[89]

V kontexte práva na ochranu súkromného a rodinného života je relevantné aj ustanovenie čl. 16 ods. 1 písm. e) dohovoru CEDAW. V zmysle tohto ustanovenia majú ženy **právo**, na rovnocennej

---

79 Tamtiež, § 11 ods. 9 písm. i).

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

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

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

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

84 Rozhodovacej činnosti ESĽP v súvislosti s právom na ochranu súkromného života v kontexte práva na informovaný súhlas so zásahmi v oblasti zdravia sa venujeme v kapitole 1.2.3., ako aj v ďalších kapitolách tejto publikácie.

85 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.

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

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

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

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

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.

Podrobnejšie k právu na ochranu súkromného a rodinného života pozri aj kapitoly 2.2.1., 3.3.4., 3.4.1. a 3.4.2. a právne komentáre v kapitolách 3.2.1., 3.4.3. a 3.4.4.

Súkromný život je veľmi široký pojem, ktorému nie je možné priradiť vyčerpávajúcu definíciu. Zahŕňa fyzickú aj morálnu integritu osoby vrátane jej sexuálneho života. Ľudské telo predstavuje najintímnejší aspekt súkromného života a každý zdravotnícky zásah predstavuje zásah do práva na jeho ochranu. Súkromný život ďalej zahŕňa aspekty fyzickej a sociálnej identity jednotlivca alebo jednotlivkyne vrátane práva na osobnú autonómiu. Právo na ochranu súkromného života v sebe zahŕňa aj právo týkajúce sa rozhodnutia stať sa rodičom, v ktorom je obsiahnuté právo zvoliť si okolnosti pôrodu. Súčasťou práva na súkromie je aj právo na vytváranie a rozvíjanie vzťahov s inými ľudskými bytosťami a s okolitým svetom. Do ochrany v rámci práva na rešpektovanie súkromného života 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/pacientky, ale aj pre zachovanie dôvery v zdravotnícku profesiu a v zdravotnícke služby vo všeobecnosti.

1.2.5. Právo na rovnosť a nediskrimináciu

Právo na rovnosť a nediskrimináciu je **východiskovým princípom ochrany ľudských práv** v medzinárodnom aj vnútroštátnom meradle. Právo na rovnosť a nediskrimináciu sa väčšinou uplatňuje v spojení s ďalšími právami ako napríklad právom na ochranu zdravia/na zdravotnú starostlivosť či právom na ochranu súkromného a rodinného života.

Dohovor CEDAW, ktorý je jediným relatívne uceleným katalógom ľudských práv žien s medzinárodnoprávnou záväznosťou, 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**".[90]

Zjednodušene teda možno povedať, že **diskriminácia žien je znevýhodňovanie žien v rôznych oblastiach života vo vzťahu k ich možnostiam uplatňovať si svoje práva, ktoré sa im deje preto, že sú ženami**. Vo vzťahu k právu na najvyššie dosiahnuteľnú úroveň zdravia sa Výbor pre odstránenie diskriminácie žien jednoznačne vyjadril, že „odopretie alebo zanedbanie intervencií v oblasti zdravotnej starostlivosti, ktoré potrebujú iba ženy, je formou diskriminácie žien"[91]. 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 a pre konkrétnu ženu akceptovateľná.

Hoci dohovor CEDAW, a všeobecne aj iné medzinárodné ľudskoprávne dohovory, ale aj vnútroštátna legislatíva, konštatovanie diskriminácie žien v princípe podmieňujú existenciou znevýhodnenia v porovnaní s mužmi, nie je tomu tak situáciách, kde k situácii žien neexistuje porovnateľná situácia – príkladom čoho je tehotenstvo. 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)**"[92]. Aj antidiskriminačný zákon[93] – 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**.[94]

„Pohlavím" sa však nerozumie iba „biologické" pohlavie, teda fakt, že žena je ženou z biologického hľadiska. Výbor pre odstránenie diskriminácie žien zdôrazňuje, že dohovor CEDAW sa týka aj **rodovo podmienenej (*gender-based*)** diskriminácie žien. Pojem **„rod" (*gender*)** označuje „**sociálne konštruované identity, vlastnosti a roly žien a mužov a sociálne a kultúrne vnímanie týchto biologických rozdielov 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".[95] Výbor pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva pripomína, že „rodovo podmienené predpoklady a očakávania vo všeobecnosti znevýhodňujú ženy vo vzťahu ku skutočnému uplatňovaniu práv z ich strany, **konkrétne napríklad vo vzťahu k slobode konať a byť vnímané ako**

---

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

[91] 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.

[92] Všeobecný komentár č. 20 Výboru pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva – Nediskriminácia v hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach (čl. 2 ods. 2 Medzinárodného paktu o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach), 2009, E/C.12/GC/20, bod 10 (a).

[93] 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).

[94] 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).

[95] Pozri Všeobecné odporúčanie č. 28 Výboru pre odstránenie diskriminácie žien o základných povinnostiach zmluvných štátov podľa článku 2 Dohovoru o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien, 2010, CEDAW/C/GC/28, bod 5.

autonómne, plne spôsobilé dospelé osoby, vo vzťahu k právu plne participovať na hospodárskom, spoločenskom a politickom rozvoji a **vo vzťahu k ich možnosti robiť rozhodnutia** týkajúce sa ich [vlastných] okolností a podmienok".[96] 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. Aj slovenský antidiskriminačný zákon zakazuje diskrimináciu, resp. iné formy porušovania zásady rovnakého zaobchádzania, nielen z dôvodu pohlavia, ale aj z dôvodu rodu.

Výbor pre odstránenie diskriminácie žien upozorňuje, že 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".[97] 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".[98] 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.[99]

Ako sme už uviedli, **povinnosť dodržiavať zásadu rovnakého zaobchádzania v zmysle antidiskriminačného zákona sa vzťahuje aj na oblasť zdravotnej starostlivosti**[100] (a povinnosť dodržiavania tejto zásady explicitne zakotvuje aj zákon o zdravotnej starostlivosti[101]). 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.[102]

Antidiskriminačný zákon zároveň ako osobitnú formu diskriminácie definuje aj **obťažovanie** (opäť v spojení so všetkými zakázanými dôvodmi diskriminácie). Považuje zaň „také správanie, v dôsledku ktorého dochádza alebo môže dôjsť k vytváraniu zastrašujúceho, nepriateľského, zahanbujúceho, ponižujúceho, potupujúceho, zneucťujúceho alebo urážajúceho prostredia a ktorého

---

[96] Všeobecný komentár č. 16 Výboru pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva – Rovné právo mužov a žien na uplatňovanie všetkých hospodárskych, sociálnych a kultúrnych práv (čl. 3 Medzinárodného paktu o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach), 2005, E/C.12/2005/4, bod 14.

[97] Všeobecné odporúčanie č. 28 Výboru pre odstránenie diskriminácie žien o základných povinnostiach zmluvných štátov podľa článku 2 Dohovoru o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien, 2010, CEDAW/C/GC/28, bod 18.

[98] Tamtiež.

[99] 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 alebo z dôvodu oznámenia kriminality alebo inej protispoločenskej činnosti".

[100] Pozri § 5 ods. 1 a § 5 ods. 2 písm. c) antidiskriminačného zákona.

[101] Pozri § 11 ods. 2 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.

[102] 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".

úmyslom alebo následkom je alebo môže byť zásah do slobody alebo ľudskej dôstojnosti“[103]. 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**.[104]

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[105]), **ale aj opomenutia vo vzťahu k zákonnej povinnosti „prijímať opatrenia na ochranu pred diskrimináciou**“[106] – teda systémové a preventívne kroky na to, aby k diskriminácii v niektorej z jej foriem nedochádzalo.

K právu na rovnosť a nediskrimináciu v súvislosti s pôrodmi pozri aj právne komentáre v kapitolách 3.2.10., 3.4.4. a 3.5. (úvod).

Diskriminácia žien je znevýhodňovanie žien v rôznych oblastiach života vo vzťahu k ich možnostiam uplatňovať si svoje práva, ktoré sa im deje preto, že sú ženami. Odopieranie alebo zanedbávanie zdravotnej starostlivosti v takej podobe, v akej je potrebná a pre konkrétnu ženu akceptovateľná, je formou diskriminácie žien. Na Slovensku diskrimináciu v oblasti zdravotnej starostlivosti zakazuje aj antidiskriminačný zákon. Na konštatovanie diskriminácie v súvislosti s tehotenstvom a pôrodom nie je potrebné a ani možné porovnávanie s mužmi. Znevýhodňovanie žien z dôvodu tehotenstva alebo raného materstva sa teda za diskrimináciu žien považuje automaticky. Diskriminácia sa ženám nedeje iba z dôvodu ich biologického pohlavia, ale aj z dôvodu rodu. Rod je súbor vlastností a rolí, ktoré sú od žien (ale

[103] § 2a ods. 4 antidiskriminačného zákona.

[104] 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“.

[105] 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.

[106] Pozri § 2 ods. 3 antidiskriminačného zákona.

od mužov) očakávané, resp. sú im pripisované, a ktoré nie sú podmienené biologicky, ale kultúrne a spoločensky. 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 prieniku týchto dôvodov. V súvislosti s pôrodnou starostlivosťou sú najrelevantnejšími formami diskriminácie priama diskriminácia a obťažovanie, prípadne sexuálne obťažovanie. Porušením zásady rovnakého zaobchádzania je však aj absencia realizácie systémových a preventívnych krokov na to, aby k diskriminácii nedochádzalo.

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

Výbor pre odstránenie diskriminácie žien vo svojom všeobecnom odporúčaní k násiliu na ženách uvádza, že „**definícia diskriminácie zahŕňa 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**. Rodovo podmienené násilie môže byť v rozpore s konkrétnymi ustanoveniami dohovoru [CEDAW] bez ohľadu na to, či sa násilie v týchto ustanoveniach výslovne uvádza."[107]

Výbor pre odstránenie diskriminácie žien v citovanom všeobecnom odporúčaní podotýka, že „[t]radičné 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."[108]

Výbor sa v tomto všeobecnom odporúčaní osobitne vyjadruje k násiliu aj v kontexte práva na zdravotnú starostlivosť a podotýka, že násilie na ženách ohrozuje ich zdravie a životy. V tejto súvislosti tiež poznamenáva, že v niektorých štátoch pretrvávajú zvyklosti, podmienené tradíciami a kultúrou, ktoré sú škodlivé pre zdravie žien a detí. Ako výbor uvádza, medzi takéto zvyklosti patrí napríklad

[107] Všeobecné odporúčanie č. 19 Výboru pre odstránenie diskriminácie žien – Násilie na ženách, 1992, bod 1.

[108] Tamtiež, bod 6.

mrzačenie pohlavných orgánov.[109] V kontexte reprodukčného zdravia výbor odporúča zmluvným štátom, aby „**zabezpečili prijatie opatrení, ktoré zabránia nátlaku/donucovacím praktikám v súvislosti s plodnosťou a reprodukčným správaním**...".[110]

Zákaz mučenia a iného krutého, neľudského alebo ponižujúceho zaobchádzania je obsiahnutý vo viacerých dohovoroch medzinárodného práva, v Ústave SR a explicitne alebo fakticky aj **vo viacerých ustanoveniach vnútroštátneho práva** vrátane viacerých trestnoprávnych ustanovení. Na pôde OSN je zákazu mučenia a iného 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"[111]. 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 v čl. 16 ods. 2 Ústavy SR.

Keďže mučenie a iné kruté, neľudské alebo ponižujúce zaobchádzanie je fakticky **vždy aj zásahom do fyzickej a/alebo duševnej integrity osoby a jej dôstojnosti, viaceré podstatné prvky** zákazu tohto typu zaobchádzania **sú** fakticky **obsiahnuté aj v zákone o zdravotnej starostlivosti**. Sú vyjadrené napríklad v práve každej osoby, v kontexte jej práva na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, na zaobchádzanie v súlade so zásadou rovnakého zaobchádzania v zmysle antidiskriminačného zákona[112], v práve na ochranu dôstojnosti, rešpektovanie telesnej a psychickej integrity[113], v práve na zdravotnú starostlivosť poskytovanú na báze informovaného súhlasu[114], v práve rozhodovať sa o svojej účasti na výučbe alebo biomedicínskom výskume[115], v práve na zmiernenie utrpenia[116] či v práve na humánny, etický a dôstojný prístup zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok[117]. Rovnako Trestný zákon, ale aj viaceré ďalšie predpisy právneho poriadku SR obsahujú ustanovenia, ktoré explicitne alebo fakticky zakazujú mučenie alebo iné formy krutého, neľudského alebo ponižujúceho zaobchádzania. Patrí medzi ne napríklad ustanovenie definujúce trestný čin mučenia a iného neľudského alebo krutého zaobchádzania[118], trestný čin týrania zverenej

---

109 Tamtiež, bod 14 a 15.

110 Tamtiež, bod 18 písm. m).

111 Pozri čl. 7 tohto paktu.

112 Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, § 11 ods. 2.

113 Tamtiež, § 11 ods. 9 písm. a).

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

115 Tamtiež, § 11 ods. 9 písm. e).

116 Tamtiež, § 11 ods. 9 písm. h).

117 Tamtiež, § 11 ods. 9 písm. i).

118 Pozri § 300 zákona č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon. V zmysle tohto ustanovenia sa tohto trestného činu dopustí ten, „[k]to 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 Ministerstvo zdravotníctva SR, ako samo tvrdí, „nedisponuje informáciami" o niektorých praktikách uplatňovaných pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti, ktoré môžu predstavovať mučenie alebo iné kruté, neľudské či ponižujúce zaobchádzanie (podrobnejšie pozri napríklad kapitoly 3.2.6., 3.2.7., 3.2.10. a kapitolu 4.3.4.).

osoby[119] či ustanovenia definujúce trestný čin ublíženia na zdraví[120].

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**...".[121]

Dohovor proti mučeniu „iné kruté, neľudské alebo ponižujúce zaobchádzanie alebo trest" osobitne nedefinuje, avšak z jeho textu vyplýva, že takéto zaobchádzanie nemusí byť úmyselné.[122] 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[123]) 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[124] (aj keď výbor sa zmieňuje, že hrubé zaobchádzanie sa v porovnaní s mučením môže líšiť v miere bolesti[125]). 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.[126]

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.[127]

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[128] (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

---

119 Tamtiež, § 208.

120 Tamtiež, §§ 155 – 158.

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

122 Tamtiež, čl. 16. Pozri aj Všeobecný komentár č. 2 Výboru proti mučeniu – Dohovor proti mučeniu a inému krutému, neľudskému alebo ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestu – Implementácia článku 2 zmluvnými stranami, 2008, CAT/C/GC/2, bod 10.

123 Pozri Všeobecný komentár č. 2 Výboru proti mučeniu – Dohovor proti mučeniu a inému krutému, neľudskému alebo ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestu – Implementácia článku 2 zmluvnými stranami, 2008, CAT/C/GC/2, bod 3.

124 Tamtiež, bod 3.

125 Tamtiež, bod 10.

126 Tamtiež, bod 3.

127 Tamtiež, bod 5.

128 Tamtiež, bod 15.

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**“[129].

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.[130] Štát to zároveň nezbavuje ani zodpovednosti za zlyhania v plnení si povinností v zmysle Dohovoru proti mučeniu – pričom 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.[131]

Výbor proti mučeniu vo svojom všeobecnom komentári k mučeniu a hrubému zaobchádzaniu osobitne zdôrazňuje práve rodový kontext. Pripomína, že jedným z definičných znakov mučenia je práve diskriminačné uplatnenie duševného alebo fyzického násilia či iného zlého zaobchádzania a že **práve existencia diskriminačných prvkov je rozhodujúcim faktorom na určenie, či dochádza k mučeniu**.[132] Prízvukuje, že v kontexte implementácie Dohovoru proti mučeniu je „**rod [...] kľúčový faktor**“.[133] 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“.[134] Výbor túto časť svojho všeobecného komentára uzatvára konštatovaním, že „**muži aj ženy a chlapci a dievčatá môžu byť vystavení a vystavené porušeniam [...] [d]ohovoru [proti mučeniu] na základe ich skutočnej alebo vnímanej nekonformnosti so spoločensky predpísanými rolami**“.[135]

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**.[136] Od neľudského a ponižujúceho zaobchádzania ho odlišuje najmä skutočnosť, že **mučenie je páchané úmyselne**, a tiež skutočnosť, že **spôsobuje „veľmi závažné**

---

[129] Tamtiež, bod 15.

[130] Tamtiež, bod 17.

[131] Tamtiež, bod 18.

[132] Tamtiež, bod 20.

[133] Tamtiež, bod 22.

[134] Tamtiež, bod 22.

[135] Tamtiež, bod 22.

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

a kruté utrpenie"[137]. ESĽP však upozornil, že Dohovor o ochrane ľudských práv a základných slobôd je „živý nástroj, ktorý musí byť vykladaný vo svetle dnešných podmienok"[138] 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".[139]

Mučenie, neľudské a ponižujúce zaobchádzanie zakázané čl. 3 Dohovoru o ochrane ľudských práv a základných slobôd sú **zakázané „absolútne, [...] bez ohľadu na okolnosti a správanie obete"**.[140] 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**".[141]

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**".[142] Hrubé zaobchádzanie v zmysle čl. 3 dohovoru pritom podľa ESĽP **nemusí byť iba fyzické, ale môže mať aj podobu psychického násilia**.[143]

Vo svojej skoršej rozhodovacej činnosti ESĽP viac rozlišoval medzi neľudským a ponižujúcim zaobchádzaním, pričom 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)[144] alebo určité zaobchádzanie súčasne označí za neľudské aj ponižujúce[145].[146]

ESĽP definoval neľudské zaobchádzanie ako zaobchádzanie, ktoré osobe, ktorá mu je podrobená, spôsobuje buď „priame ublíženie na zdraví", alebo „intenzívne fyzické alebo duševné utrpenie".[147]

---

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

[138] Prípad *Selmouni v. France*, sťažnosť č. 25803/94, ods. 101 rozsudku.

[139] Tamtiež, ods. 101 rozsudku.

[140] Prípad *Labita v. Italy*, sťažnosť č. 26772/95, ods. 119 rozsudku.

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

[142] Pozri napríklad tamtiež, ods. 48 rozsudku, s odkazom na ďalšie rozsudky.

[143] 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.

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

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

[146] V kontexte prípadov, ktoré ESĽP nateraz rozhodoval v súvislosti s pôrodnou starostlivosťou, ESĽP za neľudské a ponižujúce zaobchádzanie označil vykonanie sterilizácie bez informovaného súhlasu. 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.

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

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**"[148], a tiež také zaobchádzanie, ktoré „**ponižuje alebo degraduje jednotlivca alebo jednotlivkyňu, preukazujúc jej nedostatok rešpektu**, alebo také, ktoré **znižuje** jeho alebo jej **ľudskú dôstojnosť**"[149]. Ponižujúcim zaobchádzaním bolo podľa súdu aj „také [zaobchádzanie], **ktoré viedlo osobu ku konaniu, ktoré bolo v rozpore s jej vôľou** alebo svedomím".[150] Pri ponižujúcom zaobchádzaní podľa súdu **postačuje, aby osoba** dotknutá takýmto zaobchádzaním **bola ponížená vo svojich očiach, aj keď to tak iné osoby nevnímajú**.[151] Tiež **nie je nevyhnutné, aby k poníženiu došlo na verejnosti** – pričom však práve verejnosť zaobchádzania je faktorom, ktorý zvyšuje jeho závažnosť.[152]

Definícia diskriminácie žien zahŕňa 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. V kontexte reprodukčného zdravia Výbor pre odstránenie diskriminácie žien odporúča zmluvným štátom, aby zabezpečili prijatie opatrení, ktoré zabránia nátlaku/donucovacím praktikám v súvislosti s plodnosťou a reprodukčným správaním.

V zmysle medzinárodného aj vnútroštátneho práva nikoho nemožno mučiť alebo podrobovať krutému, neľudskému alebo ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestu. Mučenie a iné kruté, neľudské alebo ponižujúce zaobchádzanie je fakticky vždy aj zásahom do fyzickej a/alebo duševnej integrity osoby a jej dôstojnosti. Tieto formy zaobchádzania nemusia mať iba podobu fyzického, ale môžu mať aj podobu psychického násilia.

Mučenie je definované ako akékoľvek konanie, ktorým je osobe úmyselne spôsobovaná silná bolesť alebo telesné alebo duševné utrpenie napríklad

148 Tamtiež, ods. 167 rozsudku.

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

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

151 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.

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

s cieľom zastrašiť alebo prinútiť ju 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. Od iných foriem hrubého zaobchádzania (kruté, neľudské a ponižujúce zaobchádzanie) sa mučenie odlišuje najmä tým, že je páchané úmyselne a tým, že spôsobuje veľmi vážne a kruté utrpenie.

Zákaz mučenia a iných foriem hrubého zaobchádzania je absolútny a nemôže byť ospravedlňovaný napríklad správaním sa obete. Štáty musia zabezpečiť, aby k týmto typom zaobchádzania nedochádzalo zo strany nijakého subjektu.

Podľa Výboru proti mučeniu by miesta, kde sú osoby v ústavnej kontrole alebo ústavnej starostlivosti, mali byť pod osobitným drobnohľadom. Ženy a dievčatá sú osobitne ohrozené formami mučenia a iného hrubého zaobchádzania aj v kontexte lekárskej starostlivosti – osobitne ak táto starostlivosť zahŕňa rozhodovanie v oblasti reprodukcie.

Ak má byť nejaké zaobchádzanie považované za neľudské a ponižujúce v zmysle rozhodovacej činnosti ESĽP, musí dosahovať minimálnu mieru závažnosti. Posúdenie takejto minimálnej miery závisí od všetkých okolností prípadu, ako napríklad od povahy a kontextu hrubého zaobchádzania, jeho trvania, jeho fyzických a duševných dôsledkov a tiež napríklad od pohlavia osoby. ESĽP za ponižujúce zaobchádzanie považuje napríklad také zaobchádzanie, ktoré určitú osobu ponižuje alebo degraduje, preukazujúc jej nedostatok rešpektu, alebo také, ktoré znižuje jej ľudskú dôstojnosť. Ponižujúcim zaobchádzaním bolo podľa súdu aj také zaobchádzanie, ktoré viedlo osobu ku konaniu, ktoré bolo v rozpore s jej vôľou alebo svedomím. Pri ponižujúcom zaobchádzaní podľa súdu postačuje, aby osoba dotknutá takýmto zaobchádzaním bola ponížená vo svojich očiach, aj keď to tak iné osoby nevnímajú.

1.2.7. 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**".[153] Podľa Dohovoru o ľudských právach a biomedicíne musí byť každý zásah v oblasti zdravia vykonaný „**v súlade s relevantnými odbornými povinnosťami a štandardmi**".[154] 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**".[155]

V súvislosti so skôr uvedenými ustanoveniami v kontexte pôrodnej starostlivosti, ale aj v kontexte zdravotnej starostlivosti všeobecne, 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 (ale aj v akejkoľvek inej krajine, ktorá je zmluvným štátom citovaných medzinárodných dohovorov) majú ženy právo profitovať aj z vedeckých poznatkov týkajúcich sa pôrodnej starostlivosti, ktoré boli vygenerované subjektmi zahraničnej alebo medzinárodnej proveniencie (v tejto súvislosti pozri aj kapitolu 2, ktorá prezentuje niektoré odborné štandardy pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti z dielne WHO, FIGO a NICE). 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.[156]

> Vedecký pokrok a jeho využitie a poznatky lekárskej vedy 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.

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

154 Čl. 4 Dohovoru o ľudských právach a biomedicíne.

155 § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.

156 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 Všeobecný komentár č. 16 Výboru pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva – Rovné právo mužov a žien na uplatňovanie všetkých hospodárskych, sociálnych a kultúrnych práv (čl. 3 Medzinárodného paktu o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach), 2005, E/C.12/2005/4, bod 31.

2. Medzinárodne uznávané zdravotnícke štandardy pri poskytovaní starostlivosti v súvislosti s pôrodmi

Zuzana Krišková

2.1. Úvod

Tehotenstvo a pôrod sú fyziologické procesy. Napriek tomu je pre zdravie žien a ich detí dôležité, aby im bola v tehotenstve, pri pôrode aj v šestonedelí poskytovaná zdravotná starostlivosť. V starostlivosti o ženy sa prepájajú a navzájom spolupracujú rôzne odbory z oblasti medicíny a ošetrovateľstva – gynekológia a pôrodníctvo, pôrodná asistencia, neonatológia, pediatria, intenzívna medicína a iné. Tieto odbory zohrávajú dôležitú úlohu najmä v prípadoch, keď sa inak fyziologický proces mení na rizikový až patologický.[157] Vďaka zdravotnej starostlivosti je možné znížiť nielen materskú a novorodeneckú úmrtnosť a chorobnosť, ale dosiahnuť aj najvyššiu možnú úroveň zdravia pre ženy a deti.

> „Každá žena má právo na najvyššiu dosiahnuteľnú úroveň zdravia, k čomu patrí právo na dôstojnú a rešpektujúcu zdravotnú starostlivosť."
>
> **WHO, 2014**[158]

V snahe nájsť najlepšie odporúčania s cieľom dosiahnuť najvyššiu úroveň zdravia pre ženy a ich

[157] Modely spolupráce týchto odborov sú v jednotlivých krajinách rozdielne. Jeden zo základných modelov je taký, kde primárnu zdravotnú starostlivosť poskytujú pôrodné asistentky. Ideálne jedna pôrodná asistentka sprevádza ženu počas tehotenstva, pôrodu a šestonedelia. Podľa potreby dochádza k spolupráci s lekármi a lekárkami z ďalších odborov. V prípade fyziologického pôrodu zdravého novorodenca pôrodná asistentka poskytuje zdravotnú starostlivosť aj dieťaťu. V druhom modeli, ktorý máme aj na Slovensku, primárne poskytujú zdravotnú starostlivosť lekári-pôrodníci. Pôrodná asistencia je len doplnkovou starostlivosťou. Je nutné dodať, že na Slovensku úplne absentuje ošetrovateľská zdravotná starostlivosť o ženy v šestonedelí. Tieto dva modely môžu mať rôzne kombinácie a v niektorých krajinách môže úplne absentovať niektorá zložka systému – napr. neexistuje pôrodná asistencia alebo, naopak, môžu byť nedostupní lekári a lekárky v prípade patológií. S rôznymi modelmi sa líšia aj používané metódy a intervencie, a to v spôsobe aj intenzite.

[158] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Stanovisko Svetovej zdravotníckej organizácie: Prevencia a odstránenie nerešpektujúceho a hrubého zaobchádzania pri pôrodoch v zdravotníckych zariadeniach*. Geneva, 2014, s. 1. Dostupné na: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/en/ (posledná návšteva dňa 28. 02. 2015).

deti sa organizujú odborníčky a odborníci z oblasti medicíny, pôrodnej asistencie, zástupkyne a zástupcovia komunít a spotrebiteliek, tvorkyne a tvorcovia zdravotných politík a aj samotné vlády. Spoločne skúmajú rôzne modely a spôsoby starostlivosti, intervencie, ich účinnosť aj riziká. Na lokálnych, národných, ale aj medzinárodných úrovniach tak vznikajú odporúčania, odborné postupy a niekedy aj právne záväzné pravidlá. V tomto texte sa zameriavame na tie postupy a odporúčania, ktoré zostavili medzinárodne rešpektované organizácie: Svetová zdravotnícka organizácia (WHO), Medzinárodná federácia pre gynekológiu a pôrodníctvo (FIGO) a Národný inštitút pre zdravie a excelentnosť v starostlivosti (NICE).

Svetová zdravotnícka organizácia (***World Health Organization*** – **WHO**) bola založená v roku 1948 ako špecializovaná agentúra Organizácie spojených národov (OSN). Podľa Ústavy Svetovej zdravotníckej organizácie je hlavnou úlohou WHO pomáhať vládam pri podpore, ochrane a rozvoji zdravia svojich obyvateľov a obyvateliek za aktívnej účasti širokej verejnosti. Podľa WHO je zdravie definované ako stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody, a nielen ako neprítomnosť choroby alebo postihnutia. WHO je ako riadiaca a koordinujúca autorita zodpovedná za iniciatívy v globálnych záležitostiach týkajúcich sa zdravia. Podieľa sa na tvorbe výskumných programov, stanovuje normy a štandardy a formuluje dátami overené možnosti postupov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. WHO taktiež poskytuje jednotlivým krajinám technické zabezpečenie a monitoruje a vyhodnocuje trendy v oblasti zdravia.[159]

V roku 1996 vydala WHO publikáciu *Care in Normal Birth: a practical guide*[160] (*Starostlivosť pri normálnom pôrode: Praktický sprievodca*). Tento dokument predstavuje univerzálne odporúčania pre rutinnú starostlivosť o ženy počas nekomplikovaného pôrodu, vypracované na základe konsenzu medzinárodnej skupiny expertov a expertiek. V dokumente nájdeme vyjadrenia k praktikám, ktoré sú rozšírené tak v rozvinutých, ako aj rozvojových krajinách a ktoré sú realizované na vyvolanie, urýchlenie, posilnenie, regulovanie alebo monitorovanie fyziologického procesu pôrodu. Odporúčania sú založené na kritickom preskúmaní výskumu efektivity a bezpečnosti 59 bežne používaných procedúr a praktík.[161]

Okrem tejto publikácie vydala WHO aj ďalšie, zamerané na starostlivosť poskytovanú ženám v tehotenstve, pri pôrode a v šestonedelí. Niektoré z nich poskytujú detailný odporúčaný postup priamo pre zdravotníkov a zdravotníčky, ďalšie sú určené pre tvorcov a tvorkyne politík a nastavujú základné štandardy, ktoré by mali byť dodržané pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

V roku 2014 vydala WHO stanovisko s názvom *Prevencia a odstránenie nerešpektujúceho*

---

[159] Viac informácií o WHO je dostupných na http://www.who.sk/ (posledná návšteva dňa 27. 01. 2015) a na http://www.who.int/about/en/ (posledná návšteva dňa 15. 02. 2015).

[160] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : 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. 12. 2014). Český preklad je možné nájsť napríklad na: http://normalniporod.cz/dokumenty/doporuceni-who-v-prubehu-normalniho-porodu/ (posledná návšteva dňa 15. 02. 2015).

[161] V tomto dokumente sú praktiky pri pôrode rozdelené do 4 základných kategórií:
A. Praktiky, ktoré sú preukázateľne prospešné a mali by byť podporované.
B. Praktiky, ktoré sú jednoznačne škodlivé alebo neefektívne a mali by byť eliminované.
C. Praktiky, ktoré nie je možné jednoznačne odporučiť, pretože neexistuje dostatok dôkazov o ich prospešnosti a mali by byť používané obozretne až do doby, kým ich objasní ďalší výskum.
D. Praktiky, ktoré sú často používané nevhodne.

a hrubého zaobchádzania pri pôrodoch v zdravotníckych zariadeniach[162], v ktorom jasne označuje rešpektujúcu zdravotnú starostlivosť za súčasť ľudských práv žien pri pôrode. Upozorňuje na niekoľko zásadných porušení práv žien, medzi ktoré patria fyzické násilie, ponižovanie a slovné napádanie, liečebné postupy vykonané bez súhlasu alebo pod nátlakom, málo dôverné prostredie, nemožnosť dať plne informovaný súhlas, odmietnutie poskytnúť lieky proti bolesti, hrubé porušovanie súkromia a iné. Jednou z prvých organizácií, ktoré toto stanovisko podporili, bola aj Medzinárodná federácia pre gynekológiu a pôrodníctvo.[163]

> „Stále viac výskumov zameraných na skúsenosti žien počas tehotenstva a predovšetkým počas pôrodu nám […] predkladá nelichotivý obraz. Veľa žien na celom svete sa počas pôrodu v zdravotníckych zariadeniach stretáva s nerešpektujúcim, hrubým či ľahostajným správaním.[164] Toto predstavuje narušenie dôvery medzi ženou a jej poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a môže byť prekážkou toho, že žena vyhľadá a bude využívať služby zdravotnej starostlivosti o matku.[165] Aj keď k nerešpektujúcemu a hrubému správaniu k ženám môže dochádzať kedykoľvek v priebehu tehotenstva, pôrodu či šestonedelia, ženy sú zvlášť citlivé najmä počas pôrodu. Takéto postupy môž u mať priame negatívne následky pre ženu aj dieťa."
>
> **WHO, 2014**[166]

***Medzinárodná organizácia pre gynekológiu a pôrodníctvo (International Federation of Gynecology and Obstetrics* – FIGO)** bola založená v roku 1954 v Ženeve. Jej zakladateľmi bolo 42 odborných spoločností z celého sveta, medzi ktorými nechýbala ani Česko-Slovenská chirurgicko-gynekologicko-pôrodnícka spoločnosť. V súčasnosti tvorí FIGO 125 odborných spoločností z celého sveta vrátane Slovenskej gynekologicko-pôrodníckej spoločnosti.

Cieľom tejto profesijnej organizácie je zlepšiť zdravie a kvalitu života žien a novorodencov na

---

[162] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Stanovisko Svetovej zdravotníckej organizácie: Prevencia a odstránenie nerešpektujúceho a hrubého zaobchádzania pri pôrodoch v zdravotníckych zariadeniach*. Geneva, 2014, s. 4. Dostupné na: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/en/ (posledná návšteva dňa 28. 02. 2015).

[163] Ku dňu 15. 02. 2015 podporilo toto stanovisko WHO viac než 80 organizácií z celého sveta. Aktuálny zoznam je aktualizovaný na mesačnej báze a je dostupný na stránkach WHO: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/en/ (posledná návšteva dňa 28. 02. 2015).

[164] SILAL, S. P. – PENN-KEKANA, L. – HARRIS, B. – BIRCH, S. – McINTYRE, D.: Exploring inequalities in access to and use of maternal health services in South Africa. In: *BMC Health Serv Res*, vol. 12:120, 2012. SMALL, R. – YELLAND, J. – LUMLEY, J. – BROWN, S. – LIAMPUTTONG, P. Immigrant women's views about care during labor and birth: an Australian study of Vietnamese, Turkish, and Filipino women. In: *Birth*, vol. 29, 2002, No. 4, pp. 266 – 277. d'OLIVEIRA AFPLA – DINIZ SG – SCHRAIBER LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. In: *Lancet*, vol. 359, 2002, No. 9318, pp. 1681 – 1685. Citované v: WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Stanovisko Svetovej zdravotníckej organizácie: Prevencia a odstránenie nerešpektujúceho a hrubého zaobchádzania pri pôrodoch v zdravotníckych zariadeniach*. Geneva, 2014, s. 4. Dostupné na: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/en/ (posledná návšteva dňa 28. 02. 2015).

[165] BOHREN, M. – HUNTER, E. C. – MUNTHE-KAAS, H. M. – SOUZA, J. P. – VOGEL, J. P. – GÜLMEZOGLU, A. M.: Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: A systematic review of qualitative evidence. In: *Reproductive Health*, vol. 11, 2014, No. 71. Citované v: WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Stanovisko Svetovej zdravotníckej organizácie: Prevencia a odstránenie nerešpektujúceho a hrubého zaobchádzania pri pôrodoch v zdravotníckych zariadeniach*. Geneva, 2014, s. 4. Dostupné na: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/en/ (posledná návšteva dňa 28. 02. 2015).

[166] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Stanovisko Svetovej zdravotníckej organizácie: Prevencia a odstránenie nerešpektujúceho a hrubého zaobchádzania pri pôrodoch v zdravotníckych zariadeniach*. Geneva, 2014, s. 1. Dostupné na: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/en/ (posledná návšteva dňa 28. 02. 2015).

celom svete, zvýšiť status žien, aby si mohli aktívne uplatňovať svoje práva spojené s reprodukciou a sexualitou počas celého životného cyklu. Cieľom FIGO je ďalej zlepšovať poskytované služby v gynekológii a pôrodníctve prostredníctvom vzdelávania, tréningov a výskumu s dôrazom na udržiavanie vysokého štandardu profesionality a zachovania etiky.

FIGO svoje ciele napĺňa okrem iného aj vydávaním etických stanovísk a odborných usmernení a viacerými významnými iniciatívami zameranými na zlepšenie zdravia žien a novorodencov. Jednou z takýchto iniciatív je aj iniciatíva „mother-baby friendly birthing facility"[167], teda pôrodníc priateľských k matkám a deťom. Táto iniciatíva je inšpirovaná programom tzv. „baby-friendly" pôrodníc – teda pôrodníc priateľských k deťom – z dielne UNICEF a WHO. Vznikla v dôsledku stúpajúcich dôkazov o násilí a chýbajúcom rešpekte k rodiacim ženám v pôrodníckych zariadeniach, nízkej kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti a stále vysokej materskej úmrtnosti – a to všetko napriek faktu, že neustále narastá počet pôrodov v zdravotníckych zariadeniach. Spoločne s WHO, Medzinárodnou konfederáciou pôrodných asistentiek (*International Confederation of Midwifes* – ICM), Medzinárodnou pediatrickou asociáciu (*International Pediatric Association* – IPA) a Alianciou bielej stužky (*White Ribbon Alliance* – WRA), ktorá sa zameriava na práva žien pri pôrode, vytvorili kritériá pre nemocnice priateľské k matkám.[168]

Národný inštitút pre zdravie a excelentnosť v starostlivosti (*The National Institute for Health and Care Excellence* – NICE) je nezávislý orgán zabezpečujúci špeciálny dozor pre oblasť zdravotnej a sociálnej starostlivosti vo Veľkej Británii. NICE vzniklo 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 tri ďalšie vlády a medzi odbornou verejnosťou 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 dôkazoch o tom, čo funguje pri zohľadňovaní nákladov;
- postupy a odporúčania tvoria komisie, ktorých členmi a členkami sú nezávislí a nepredpojatí experti a expertky;
- členkami a členmi všetkých komisií sú vždy aspoň dvaja laici 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 jednotlivcom 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.[169]

---

[167] FIGO, WHO, WRA, ICM, IPA: Mother-baby friendly birthing facilities. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 128, 2015, s. 95 – 99. Dostupné na: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013 (posledná návšteva 21. 02. 2015).

[168] Viac informácií o FIGO je dostupných na: http://www.figo.org/figo-history (posledná návšteva dňa 16. 02. 2015).

[169] Viac informácií o NICE je dostupných na: https://www.nice.org.uk/about/who-we-are (posledná návšteva dňa 14. 02. 2015).

Odporúčania, postupy a odborné stanoviská WHO, FIGO a NICE týkajúce sa predpôrodnej, pôrodnej a popôrodnej starostlivosti sú pomerne rozsiahle. Okrem všeobecných odporúčaní zahŕňajú aj veľmi konkrétne odborné postupy určené poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. V tomto texte sme sa zamerali len na vybrané aspekty poskytovanej zdravotnej starostlivosti súvisiacej s pôrodmi:

1. Poskytovanie informácií ženám, sprevádzajúca osoba, súkromie a intimita.
2. Informovaný súhlas.
3. Voľný pohyb a slobodná voľba polohy.
4. Epiziotómia, šitie pôrodných poranení a anestézia.
5. Podpora kontaktu koža na kožu medzi matkou a dieťaťom a podpora dojčenia.

2.2. Medzinárodne uznávané zdravotnícke štandardy pre vybrané aspekty pôrodnej starostlivosti

2.2.1. Poskytovanie informácií ženám, sprevádzajúca osoba, súkromie a intimita

K tomu, aby sa ženy počas pôrodu cítili byť v bezpečí, jednoznačne napomáha dobrá komunikácia s personálom. Personál, ktorý žene vysvetľuje, čo sa práve deje, aktívne zisťuje jej potreby a priania a intervencie robí len s jej výslovným súhlasom, napomáha tomu, že sa žena cíti byť aktívnou a plnohodnotnou účastníčkou pôrodného procesu, rovnocennou partnerkou zdravotníckemu personálu, a najmä svojprávnou bytosťou rozhodujúcou o svojom vlastnom pôrode a tele.

> „Pôrod je život meniaca udalosť. Starostlivosť, ktorá je žene poskytnutá počas pôrodu, má potenciál ovplyvniť ju – fyzicky aj emocionálne, s krátkodobým aj dlhodobým dopadom – aj zdravie jej dieťaťa. Dobrá komunikácia, podpora a empatia personálu, rešpektovanie jej prianí jej môže pomôcť, aby cítila, že kontroluje to, čo sa deje, a prispieva k tomu, aby bol pôrod pozitívnou skúsenosťou pre ženu a osoby, ktoré ju sprevádzajú."
>
> **NICE, 2014**[170]

[170] *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. 20. Dostupné na: http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/cg190-intrapartum-care-full-guideline3 (posledná návšteva dňa 11. 02. 2015).

Podľa WHO „jednou z podporujúcich úloh profesionála je poskytovať žene také množstvo informácií a vysvetlení, aké ona vyžaduje a potrebuje“[171]. Nedostatok informácií o tom, čo sa deje, zvyšuje stres a nepohodlie ženy. Ak sa navyše dejú veci bez jej súhlasu alebo napriek jej nesúhlasu, žena stráca pocit kontroly nad situáciou. Zvyšuje sa napätie, strach o vlastné zdravie a o zdravie dieťaťa. Toto sú zároveň faktory, ktoré môžu negatívne ovplyvniť nielen priebeh pôrodu, ale prispievajú aj k vzniku posttraumatického stresu alebo až posttraumatickej stresovej poruchy.[172]

WHO tiež odporúča, aby rodiaca žena bola sprevádzaná „ľuďmi, ktorým dôveruje a pri ktorých sa cíti príjemne – môže to byť napríklad jej partner, najlepšia priateľka, dula alebo pôrodná asistentka“[173].

Už len zo samotného faktu, že pôrod sa týka intímnych častí tela ženy a je celkovo veľmi osobnou a intímnou záležitosťou, je dôležité, aby mali ženy pocit súkromia a intimity. Podľa WHO „rodiaca žena potrebuje vlastnú izbu, kde počet asistujúcich osôb má byť obmedzený na nevyhnutné minimum“[174].

2.2.2. Informovaný súhlas

Podľa FIGO je získavanie informovaného súhlasu nevyhnutou súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti.[175]

> „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,

---

171 WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 13. Dostupné na: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1 (posledná návšteva dňa 16. 12. 2014).

172 Viac o posttraumatickej stresovej poruche po pôrode pozri napríklad:
BAILHAM, D. – JOSEPH, S.: Post-traumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice. In: *Psychology, health and medicine*, vol. 8, 2003, No. 2, s. 10.
AYERS, S. – JOSEPH, S. – McKENZIE-McHARG, K. – SLADE, P. – WIJMA, K.: Post-traumatic stress disorder following childbirth: Current issues and recommendations for future research. In: *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, vol. 29, 2008, No. 4, s. 240 – 250. Dostupné na: http://dx.doi.org/10.1080/01674820802034631 (posledná návšteva 22. 02. 2015).

173 WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 13. Dostupné na: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1 (posledná návšteva dňa 16. 12. 2014).

174 Tamtiež.

175 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, ods. 1. Dostupné na: http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/ethics/English%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%20and%20Gynecology.pdf (posledná návšteva dňa 31. 3. 2015).

> d) možnej bolesti alebo ťažkostiach, rizikách a vedľajších účinkoch navrhovanej liečby."
>
> **FIGO, 2012**[176]

Povinnosť získať informovaný súhlas ženy pred vykonaním akéhokoľvek lekárskeho zákroku je odvodená od povinnosti dodržiavať jej základné ľudské práva. Výbor FIGO pre etické aspekty ľudskej reprodukcie a zdravia žien v dokumente *Odporúčaný postup týkajúci sa informovaného súhlasu* zdôrazňuje, že informovaný súhlas nie je podpis, ale proces komunikácie a interakcie. Informovaný súhlas môže žena kedykoľvek odvolať (podrobnejšie k informovanému súhlasu pozri aj kapitolu 1.2.3. a právne komentáre v kapitolách 3.2.6., 3.3.1. a 3.3.3.).[177]

2.2.3. Voľný pohyb a slobodná voľba polohy

Počas pôrodu dochádza k niekoľkým vzájomne prepojeným dejom. Kontrakcie, teda sťahy maternice, spôsobujú, že sa krčok maternice postupne otvára. Súčasne posúvajú dieťa do pôrodného kanála (prvá doba pôrodná). Dieťa tiež robí sériu pohybov a záklonov, ktorými napomáha pôrodnému procesu. Podľa odborných postupov NICE táto fáza začína, keď je krčok maternice otvorený na viac ako 4 centimetre a sú prítomné bolestivé kontrakcie.[178] Prvá doba pôrodná podľa dostupných štúdií trvá u prvorodičiek v priemere 8 hodín a zvyčajne nepresiahne 18 hodín. U druho- a viacrodičiek táto doba priemerne trvá 5 hodín a zvyčajne nie je dlhšia ako 12 hodín.[179] Prvá doba pôrodná je najdlhšou časťou pôrodu. Možnosť voľného pohybu, najmä v prvej dobe pôrodnej, považuje WHO za účinný nástroj úľavy od pôrodných bolestí. To znamená, že žena by nemala byť obmedzená pobytom na lôžku a určite nie polohou v ľahu. Mala by mať slobodu pohybu a možnosť zaujať zvislé pozície, ako napríklad sedenie, státie alebo kráčanie, a to bez zasahovania poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.[180]

Počas druhej doby pôrodnej dochádza k samotnému pôrodu dieťaťa. Táto časť pôrodu sa často označuje ako vypudzovacia fáza alebo tlačiaca fáza. Žena by mala začať aktívne tlačiť vtedy, keď pocíti nutkanie na tlačenie. NICE uvádza, že za normálne považuje u prvorodičiek tlačenie v dĺžke 0,5 až 2,5 hodiny. U druho- a viacrodičiek sa za normálne považuje, ak tlačenie netrvá dlhšie ako 2 hodiny.[181]

---

[176] Tamtiež, s.14, ods. 2.

[177] Tamtiež, s. 14 – 15, ods. 4 – 5.

[178] V prípade, ak sú prítomné bolestivé kontrakcie, ale krčok maternice nie je otvorený na viac ako 4 cm, sa táto fáza podľa štandardov NICE označuje za latentnú prvú dobu pôrodnú. Podľa dostupných štúdií sa u prvorodičiek dĺžka latentnej prvej doby pôrodnej môže pohybovať od 1,7 hod. do 19,4 hod. Nie sú dostupné štúdie, ktoré by skúmali dĺžku latentnej prvej doby pôrodnej u viacrodičiek.

[179] *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. 536. Dostupné na: http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/cg190-intrapartum-care-full-guideline3 (posledná návšteva dňa 11. 02. 2015).

[180] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : 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. 12. 2014).

[181] *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. 599.

> „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**[182]

V súčasnosti platí, že za najvhodnejšiu polohu sa považuje taká, ktorú si sama žena zvolí. FIGO aj NICE zhodne odporúčajú, aby personál odrádzal ženy od polohy v ľahu alebo v poloľahu a naopak, aby ich povzbudzoval k tomu, aby zaujali takú pozíciu, ktorá im je najviac príjemná. FIGO ako príklady uvádza drep alebo sed ako protiklady k ležaniu na posteli.[183]

2.2.4. Episiotómia, šitie pôrodných poranení a anestézia

Nástrih hrádze (episiotómia) je chirurgický zákrok, ktorý robí lekár/lekárka alebo pôrodná asistentka počas druhej doby pôrodnej, teda v čase, keď hlavička dieťaťa nalieha na vaginálny otvor. Hrádzu tvorí koža, svaly, nervy a cievy a je to tá časť tela, ktorá sa nachádza medzi vaginálnym a análnym otvorom. V minulosti sa predpokladalo, že nástrih hrádze chráni hrádzu pred ťažkými poraneniami hrádze a konečníka. Rozsiahlymi štúdiami boli tieto teórie vyvrátené a dokonca sa dokázalo, že obmedzené vykonávanie nástrihov vedie k nižšiemu riziku vážnych poranení hrádze oproti rutinnému vykonávaniu nástrihov.[184] NICE uvádza, že nástrih sa má robiť len z klinických dôvodov, akým je napríklad inštrumentálny pôrod, alebo ak sa dieťa nachádza v ohrození života.[185]

Dostupné na: http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/cg190-intrapartum-care-full-guideline3 (posledná návšteva dňa 11. 02. 2015). Uvedené údaje platia pre rodičky, ktoré rodili bez epidurálnej analgézie. V prípade, ak ide o rodičky, ktoré rodili s epidurálnou analgéziou, sa limity predlžujú. U prvorodičiek je to od 1 do 3 hodín a u druhorodičiek sú to 2 hodiny.

[182] 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, s. 111 – 116. Dostupné na: www.odondevice.org/press/FIGO-second-stage.pdf (posledná návšteva dňa 11. 02. 2015).

[183] FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee: Management of the second stage of labor. In: *Internation Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 119, 2012, s. 111 – 116. Dostupné na: www.odondevice.org/press/FIGO-second-stage.pdf (posledná návšteva dňa 11. 02. 2015).
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: http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/cg190-intrapartum-care-full-guideline3 (posledná návšteva dňa 11. 02. 2015).

[184] Pozri napríklad metaanalýzu databázy Cochrane: CARROLI, G. – MIGNINI, L.: Episiotomy for vaginal birth (Review). In: *The Cochrane Collaboration*, 2012. Dostupné na: http://summaries.cochrane.org/CD000081/episiotomy-for-vaginal-birth (posledná návšteva dňa 10. 02. 2015).

[185] *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. 612. Dostupné na: http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/cg190-intrapartum-care-full-guideline3 (posledná návšteva dňa 11. 02. 2015).

> „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[186], by malo byť cieľom."
>
> **WHO, 1996**[187]

Rovnako FIGO uvádza, že rutinná epiziotómia je poškodzujúca a nemala by sa praktizovať. Taktiež upozorňuje, že politika rutinnej epiziotómie je zbytočne nákladná. Šitie epiziotómie alebo natrhnutia hrádze sa má vykonať za použitia adekvátnej anestézie.[188]

Pri pôrode môže dôjsť k rôzne závažným poraneniam hrádze: cez odreniny, malé poranenia kože až po závažné poranenia zvieračov konečníka a hrubého čreva. Taktiež môže dôjsť aj k poraneniam vnútorných vaginálnych stien a/alebo krčka maternice.[189]

Podľa NICE by šitie poranení hrádze malo byť vykonané krátko po pôrode, aby sa minimalizovalo riziko infekcie a krvná strata. Je možné s ním začať až po aplikácii efektívnej analgézie adekvátnej poraneniu a po tom, čo žena potvrdí, že analgézia zabrala. Ak v priebehu šitia žena slovne alebo rečou tela vyjadrí, že cíti bolesť, treba ponúknuť dodatočnú analgéziu a pokračovať, až keď zaúčinkuje. Komplikované poranenia si vyžadujú regionálnu alebo celkovú anestéziu.[190]

---

[186] 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 : 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. 12. 2015).

[187] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 29. Dostupné na: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1 (posledná návšteva dňa 16. 12. 2014).

[188] 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, s. 111 – 116.
Dostupné na: www.odondevice.org/press/FIGO-second-stage.pdf (posledná návšteva dňa 11. 02. 2015).

[189] Vo svete nie je jednotná kategorizácia týchto poranení. V odbornej literatúre je možné nájsť klasifikáciu poranení rozdelenú na tri alebo štyri stupne, kde 1. stupeň predstavujú tie najmenšie povrchové poranenia, 2. stupeň poranenia, pri ktorých sú zasiahnuté svaly hrádze, ale nie konečník a 3. stupeň a 4. stupeň predstavujú poranenia, pri ktorých je zasiahnutý zverač konečníka, prípadne je prítomné aj poranenie čreva. Jednotlivé stupne niekedy majú ešte podrobnejšie podkategórie. Nástrih je vždy poranenie, ktoré je v rozsahu minimálne poranenia 2. stupňa, a teda svalov hrádze. Klasifikáciu možno nájsť napríklad v FERNANDO, R. – SULTAN, A. H. – KETTLE, C. – THAKAR, R. – RADLEY, S.: Methods of repair for obstetric anal sphincter injury (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 2013. Dostupné na: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002866.pub3/pdf (posledná návšteva dňa 15. 03. 2015), a v ZWINGER, A. et al.: *Porodnictví*. Praha : Galén a Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2004, s. 316.

[190] *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. 760 – 765. Dostupné na: http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/cg190-intrapartum-care-full-guideline3 (posledná návšteva dňa 11. 02. 2015). Analgetiká sú prostriedky určené na stratu bolesti a anestetiká sú prostriedky určené na stratu citlivosti. V závislosti od typu zákroku dochádza k použitiu analgetík a/alebo anestetík. Vo Veľkej Británii sa na šitie pôrodných poranení zvykne používať inhalačné analgetikum (*inhalational analgesia*), pričom tento spôsob tíšenia bolesti sa na Slovensku používať nezvykne. Na Slovensku sa zvyčajne používa niektorá z foriem lokálneho anestetika, ktoré sa zväčša aplikuje injekčne. Anestetikum spôsobí, že daná oblasť znecitlivie a tým sa zabezpečí bezbolestnosť zákroku.

2.2.5. Podpora kontaktu koža na kožu a podpora dojčenia

Podľa NICE má personál podporiť ženy v kontakte koža na kožu tak skoro po pôrode, ako je to len možné. Dieťa má byť osušené a prikryté teplou, suchou prikrývkou, pričom má byť zachovaný kontakt koža na kožu. Je potrebné vyhnúť sa separácii matky a dieťaťa počas prvej hodiny po pôrode. Rutinné popôrodné procedúry, ako je napríklad váženie, meranie a kúpanie, majú byť odložené na neskôr. Výnimkou je situácia, ak si ich vyžiada sama žena alebo si to vyžaduje zdravotný stav dieťaťa.[191]

Zároveň platí, že okamžitý a neprerušovaný kontakt koža na kožu medzi matkou a dieťaťom po pôrode má jednoznačne pozitívny a štatisticky významný vplyv na úspešné začatie dojčenia. Bol zaznamenaný aj behaviorálny efekt. Matky, ktoré boli po pôrode s dieťaťom v neprerušenom kontakte, mali posilnené svoje materské kompetencie.[192] Životné funkcie dieťaťa, ako teplota, akcia srdca, dýchanie, saturácia kyslíkom a regulácia spánkových cyklov, sú pri kontakte koža na kožu s matkou stabilnejšie. Neboli zaznamenané žiadne nežiaduce účinky, ktoré by vyplývali z nerušeného kontaktu koža na kožu.[193]

2.3. Záver

V tomto texte sme predstavili vybrané štandardy poskytovania zdravotnej starostlivosti ženám pri pôrode v kontexte odporúčaní WHO, FIGO a NICE. Tieto odporúčania považujeme za normu dobrej praxe a súčasť rešpektujúcej zdravotnej starostlivosti. Cieľom našich výskumných a monitorovacích aktivít, ktoré popisujeme v ďalších kapitolách, bolo zistiť, do akej miery je zdravotná starostlivosť poskytovaná ženám na Slovensku pri pôrode rešpektujúca a napĺňa ich ľudské práva, pričom uvedené štandardy sme považovali za východiskový referenčný rámec.

> „FIGO je presvedčené, že každá žena má právo na pozitívnu pôrodnú skúsenosť a empatickú starostlivosť od vzdelaných, skúsených poskytovateľov, ktorí uznávajú, že každá žena, rodina a novorodenec sú jedineční a zaslúžia si individualizovanú dôstojnú starostlivosť. Publikované dôkazy o porušovaní ľudských práv žien sú šokujúce

[191] Tamtiež, s. 758.

[192] Pozorovania zo 70. – 80. rokov minulého storočia dokumentujú, že ženy, ktoré mali po pôrode svoje dieťa koža na kožu aspoň 15 minút, boli vo svojich materských kompetenciách sebaisté, na rozdiel od žien, ktoré dieťa po pôrode videli iba krátko. Ženy, ktoré mali dieťa pri sebe, nemali strach dotýkať sa ho, pestovať ho, prebaľovať či kúpať. Nemali problémy s bolestivým naliatím prsníkov a celkovo mali menej problémov s dojčením. (CHATEAU, P. de – WIBERG, B.: Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. I. First observation at 36 hours. In: *Acta Paediatr Scand.*, vol. 66, 1977, No. 2, s. 137 – 143.) Tieto pozorovania však nie je možné interpretovať tak, že ženy, ktoré neboli po pôrode v kontakte koža na kožu podporené, sú menej dobrými matkami. Vypovedajú o tom, že rodičovské začiatky žien, ktoré ho zažili, sú uľahčené. (RAŠMANOVÁ, M. – JANOVIČOVÁ, G.: *Bonding – matkina náruč po pôrode*. Ženské kruhy, 2014, s. 28. Dostupné na: http://www.zenskekruhy.sk/temy/e-booky/e-book-bonding (posledná návšteva 21. 02. 2015)).

[193] MOORE, E. R. – ANDERSON, G. C. – BERGMAN, N.: Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). In: *The Cochrane Library*, 2012, No. 5, s. 112. Dostupné na: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10..1002/14651858.CD003519.pub2/pdf/ (posledná návšteva dňa 08. 02. 2015).

> a znepokojujúce, ale taktiež môžu slúžiť ako impulz k akcii. Profesionálne asociácie a zariadenia by mali poskytovať nielen najlepšiu a na dôkazoch založenú kvalitu starostlivosti, ale aj zabezpečovať napĺňanie nedotknuteľných práv každej ženy na dôstojnosť, súkromie, informácie, podporujúcu starostlivosť, prístup k farmakologickým aj nefarmakologickým úľavám od bolesti a výber sprevádzajúcej osoby, a to bez násilia, finančného vykorisťovania alebo rozlišujúcej starostlivosti v závislosti od veku, rodinného stavu, HIV statusu, finančného statusu, etnicity alebo iných faktorov."
>
> **FIGO, 2014**[194]

[194] FIGO, WHO, WRA, ICM, IPA: Mother-baby friendly birthing facilities. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 128, 2015, s. 95 – 99. Dostupné na: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013 (posledná návšteva 21. 02. 2015).

3. Pôrodná skúsenosť v zdravotníckom zariadení na Slovensku optikou ľudských práv žien

Martina Sekulová – Miroslava Hlinčíková – Janka Debrecéniová – Zuzana Krišková*

> *A ako keby fakt v tej pôrodnici platili* [iné pravidlá]. *Ako keby sa v tej pôrodnici všetci zmenili. Že … prejdem cez tieto dvere a už nič neplatí. Žiadna slušnosť, žiadna intimita, nič. Tam sú úplne iné pravidlá a úplne iný svet. A kto tam vojde, tak sa tam, tak funguje proste inak. /Rozhovor 1/*

3.1. Úvod a niekoľko metodologických poznámok

Kapitola *Pôrodná skúsenosť v zdravotníckom zariadení na Slovensku optikou ľudských práv žien* predstavuje výskumné zistenia kvalitatívneho výskumu. V spracovaní výskumných zistení sa koncentrujeme na podoby nerešpektujúceho zaobchádzania a porušovania ľudských práv žien počas pôrodov. Hlavným cieľom výskumu bolo pilotne zmapovať skúsenosti žien s pôrodmi v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku. Primárny dôraz sme pritom venovali vnímaniu prístupu a postupov zdravotníckeho personálu voči rodiacim ženám počas pôrodu a v období po pôrode počas hospitalizácie v nemocnici.

Pri výskume sme použili metódu hĺbkových semištruktúrovaných rozhovorov. Dôraz v rozhovore sme kládli na perspektívu žien, ich vlastné kategórie, jazyk, pojmy, reflexiu aj interpretáciu. Rozhovory so

* Martina Sekulová a Miroslava Hlinčíková sú hlavnými autorkami tejto kapitoly, navrhovali koncepciu výskumu, výskumné nástroje a realizovali aj zber a spracovanie dát, ktoré pre kapitolu predstavovali východiskový podklad. Janka Debrecéniová a Zuzana Krišková sa podieľali na tvorbe koncepcie tejto kapitoly a koncepcie výskumu, ktorý jej predchádzal, a kapitolu niekoľkokrát pripomienkovali. Janka Debrecéniová je autorkou právnych komentárov obsiahnutých v texte, Zuzana Krišková zas autorkou komentárov týkajúcich sa medzinárodne uznávaných štandardov pri poskytovaní starostlivosti v súvislosti s pôrodmi. Zuzana Krišková je tiež spoluautorkou interného materiálu združenia Ženské kruhy, ktorý zosumarizoval existujúce poznatky o porušovaní ľudských práv žien pri pôrodoch v nemocničných zariadeniach s aplikovaním na situáciu na Slovensku a ktorý predstavoval jeden z podkladov na nastavenie samotného výskumu spracovaného v tejto kapitole. Na tvorbe koncepcie výskumu a na pripomienkovaní tejto kapitoly sa podieľali aj Šarlota Pufflerová a Sylvia Šumšalová.

ženami sa viedli v časovom rade – ako spätné prerozprávanie prípravy na pôrod, chronologického priebehu pôrodu a pobytu v zdravotníckom zariadení. Výskum realizovali výskumníčky so skúsenosťou s kvalitatívnym výskumom a so znalosťou oblasti ľudských práv vrátane ľudských práv žien. Z metodologického hľadiska rozhovory zahŕňali rovinu deskriptívnu, keď respondentky bez hodnotenia popisovali priebeh svojich pôrodov, a zároveň nás zaujímali aj ich predstavy o pôrode, ako aj spätné hodnotenia pôrodnej skúsenosti. Výskumný scenár rozhovoru s rodiacou ženou uvádzame v prílohe č. 1 tejto publikácie.

Všetky rozhovory boli anonymné, dobrovoľné a bez nároku na honorár, nahrávané na audiozáznam so súhlasom respondentiek. Celkovo sme realizovali 15 rozhovorov s respondentkami, ktoré boli vyberané na základe stanovených kritérií kvalitatívneho výskumu[196]. V celkovom súbore bolo 11 prvorodičiek a 4 ženy, ktoré rodili opakovane. Veková škála respondentiek bola od 26 do 39 rokov. Väčšina respondentiek patrila k strednej vrstve a mala lepší vzdelanostný kapitál (stredné a vysokoškolské vzdelanie). Vo výskumnej vzorke nemali zastúpenie ženy z etnických minorít. Jedna respondentka bola matka-samoživiteľka.

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 posledných troch rokoch (jún 2011 – jún 2014) a pôrod sa konal v niektorej z nemocníc v bratislavskom alebo trnavskom okrese. Vybrané ženy mali skúsenosť s maximálne dvomi pôrodmi, pričom nás primárne zaujímal ich posledný pôrod, ktorý v interview porovnávali s prvou skúsenosťou. Ide o pilotnú výskumnú sondu a výskum nemal ambíciu reprezentatívneho zastúpenia.

Východiskom analýzy a interpretácie výskumných zistení boli predovšetkým odporúčania WHO pre dobrú prax starostlivosti v priebehu normálneho pôrodu[197], smernice a štandardy FIGO a NICE (bližšie pozri kapitolu 2)[198] a ľudskoprávne štandardy upravujúce práva žien pri pôrodoch, ktoré sú predstavené v kapitole 1, konkrétne právo na ľudskú dôstojnosť, právo na ochranu zdravia 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 a právo užívať plody vedeckého pokroku a jeho využitia. Tieto práva sú vzájomne prepojené a nedajú sa od seba oddeliť, a preto musia byť vykladané a aplikované spoločne. V praxi budú zahŕňať aj viaceré ďalšie čiastkové práva, napríklad právo na ohľaduplné, rešpektujúce a dôstojné zaobchádzanie bez nátlaku, manipulácie, zastrašovania a celkovo fyzického a psychického násilia, právo na rešpektovanie osobnej voľby

---

196 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. Účelom tohto výberu bolo získať výskumnú vzorku, ktorá odráža rôznorodé názorové spektrum.

197 WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : World Health Organization, Department of Reproductive Health & Research, 1996. Dostupné na: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1 (posledná návšteva dňa 16. 12. 2014).

198 FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee: Management of the second stage of labor. In: *Internation Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 119, 2012, s. 111 – 116. Dostupné na: www.odondevice.org/press/FIGO-second-stage.pdf (posledná návšteva dňa 11. 02. 2015).

a na odmietnutie navrhovaného postupu alebo odvolanie predtým udeleného súhlasu, právo na ochranu súkromia a zachovanie intimity, dôvernosť a ochranu osobných údajov, právo slobodne si zvoliť okolnosti pôrodu a právo na podporu vytvárania vzťahovej väzby medzi matkou a dieťaťom. Pri analýze sme venovali pozornosť najmä uplatňovaniu týchto práv.[199]

Pri posudzovaní niektorých postupov vychádzame aj z definície normálneho pôrodu podľa WHO, ktorý sa chápe ako „fyziologický proces, ktorý sa začal spontánne, s nízkym rizikom na počiatku pôrodu, ktoré sa nemení počas celej prvej a druhej doby pôrodnej. Dieťa sa narodí v pozícii hlavou dopredu v období medzi 37. a 42. týždňom tehotenstva. Po pôrode sú matka i dieťa v dobrom stave".[200] WHO zverejnilo štandardy pre dobrú starostlivosť počas celého procesu normálneho pôrodu, keďže v celosvetovom rozsahu existujú obrovské rozdiely týkajúce sa miesta a úrovne poskytovanej starostlivosti. Potreba definovania štandardov bola založená aj na skutočnosti, že vhodnosť a užitočnosť niektorých postupov nebola dostatočne empiricky podložená. Pretrváva používanie praktík a intervencií, v prípade ktorých chýbajú dôkazy o ich prospešnosti pre matku a dieťa (bližšie pozri kapitolu 2).[201]

V analýze sa opierame o naratívne aspekty v pôrodných príbehoch žien, ktoré reflektujú postupy a ponúkanú starostlivosť zo strany zdravotníckych zariadení. Samotná analýza primárne sleduje nerešpektujúce zaobchádzanie a porušovanie ľudských práv žien pri pôrodoch. Venujeme sa vybraným aspektom priebehu pôrodu od príchodu do pôrodnice až po pobyt na oddelení šestonedelia, s osobitným a prierezovo kladeným dôrazom na:

a) nerešpektujúce a mocenské zaobchádzanie,

b) rutinné postupy,

c) porušenia ľudských práv žien.

Tieto aspekty zaobchádzania so ženami pri pôrodoch sa často prelínajú, pričom ústredným je práve nerešpektujúce zaobchádzanie. Takéto zaobchádzanie väčšinou predstavuje aj porušenia ľudských práv žien a nezriedka je sprevádzané aj rutinnými postupmi, z ktorých niektoré sú v rozpore s dobrou praxou odporúčanou štandardmi odborných organizácií.

V nasledujúcej analýze prierezovo kladieme dôraz na percepciu niektorých aspektov pôrodu samotnými rodiacimi ženami.

---

[199] Práva žien pri pôrode nepredstavujú osobitný súbor práv, ale sú súčasťou ich základných ľudských práv obsiahnutých v medzinárodných i vnútroštátnych právnych dokumentoch a v rozhodovacej činnosti súdnych i kvázisúdnych orgánov. Napriek tomu sa objavujú snahy rôznych odborných organizácií vytvoriť osobitné katalógy ľudských práv žien pri pôrode, ktoré sú zrozumiteľné širokej verejnosti, ale predovšetkým ženám a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Cieľom týchto katalógov je čo najlepšie vystihnúť a popísať podstatu rešpektujúcej zdravotnej starostlivosti, poskytovanej bez násilia a nátlaku. V súčasnosti sa WHO aj FIGO odvolávajú predovšetkým na katalóg zostavený organizáciou Aliancia bielej stužky (*White Ribbon Alliance*, http://whiteribbonalliance.org/), ktorý je obsiahnutý v jej publikácii s názvom *Respectful Maternity Care*. Pozri WINDAU-MELMER, T.: A *Guide for Advocating for Respectful Maternity Care*. Washington, DC : Futures Group, Health Policy Project, 2013. Dostupné na: http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/RMC-Guide_FINAL.pdf (posledná návšteva dňa 15. 03. 2015).

[200] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 7. Dostupné na: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1 (posledná návšteva dňa 16. 12. 2014).

[201] Tamtiež, s. 5.

3.2. Pôrodné skúsenosti v nemocničných zariadeniach na Slovensku optikou ľudských práv žien

V nasledujúcej podkapitole sa budeme venovať celému priebehu pôrodu a nerešpektujúcemu zaobchádzaniu zdravotníckeho personálu s rodiacimi ženami počas neho. Nerešpektujúce zaobchádzanie je možné pozorovať vo výpovediach žien vo forme rozličných úkonov a postupov, ktoré im boli vykonané počas poskytovania zdravotnej starostlivosti, ale aj v prístupe zdravotníckeho personálu k ženám počas pôrodu. Nerešpektujúce zaobchádzanie sa objavovalo už od prvého momentu príchodu do nemocnice, počas jednotlivých fáz pôrodu až po koniec pobytu v nemocnici po pôrode na oddelení šestonedelia.

3.2.1. Príjem do pôrodnice a niektoré aspekty prvej doby pôrodnej

Pri opise pôrodnej skúsenosti sme respondentky vyzvali, aby začali deskripciou od nástupu pôrodných bolestí cez príjem do nemocnice až po samotný pôrod. Možno konštatovať, že spôsob prijatia ženy v nemocničnom zariadení ovplyvnil skúsenosť a dôveru, ktorú mali ženy následne k nemocničnému personálu.

Ženy boli po príchode do pôrodnice zväčša zdravotnými sestrami vyzvané k vypĺňaniu informačného dotazníka, pričom im boli kladené otázky súvisiace s osobným a rodinným stavom a zdravotnou anamnézou. Tento dotazník neobsahoval otázky na preferencie, žiadosti a priania žien. Súčasťou prijatia v nemocničnom zariadení bolo aj gynekologické vyšetrenie. Viaceré respondentky **príjem do nemocnice reflektovali ako nepríjemnú skúsenosť**. Negatívne vnímali najmä vykonávanie rutinných postupov, ako napríklad vypĺňanie dotazníkov **bez rešpektovania pociťovanej bolesti** – kontrakcií – u rodiacich žien, bez ohľadu na pohodlie žien a ich iné fyziologické pocity (chlad, teplo, smäd, únava). Ženy opisovali správanie sa zdravotníckeho personálu ako neempatické.

Rodiace ženy sa stretli s tým, že im bolo zdravotníckym personálom povedané, že prišli v nevhodný čas – napríklad v čase striedania sa pracovných zmien alebo cez víkend. Túto **úvodnú fázu prijatia do nemocnice vnímali ženy negatívne aj vzhľadom na nedostatok informácií** o tom, čo sa bude diať, aký bude ďalší postup atď. Ženy reflektovali prijatie do nemocnice ako vstúpenie do pasívnej roly, v ktorej musia plniť priania a žiadosti zdravotníckeho personálu.

> *Bol úplne hrozný ten príjem od tej sestričky…, že čo tam ja robím v nedeľu o piatej, lebo jej práve končila služba… a ona sa už zberala…, že oni prijímajú ráno a nie večer. Potom mala podobné takéto žvásty… Tam* [v tehotenskej knižke] *mala vlastne všetky tie moje termíny aj očakávaný termín pôrodu, aj prvé pohyby bábätka, ale aj tak sa na všetko pýtala nanovo, vôbec si to nepozerala…* /Rozhovor 4/

> *A odoberali odo mňa anamnézu, takže stále nejaké otázky, stále ma vyrušovali z toho pôrodného procesu, nemohla som sa ponoriť do seba a, hm, potom ja som sa sťažovala, že nebolí ma brucho, že bolia ma strašne kríže. A tá poloha…* /Rozhovor 1/

> *Trošku ma zarazil ten príjem – to správanie bolo také zvláštne... Mne počas tehotenstva bolo zima, a... som sa musela vyzliecť. Ma tam vyšetrovala a potom mi povedala, že ani sa neobliekajte, že tu si sadnite a že proste spíšeme tie veci. Že ja som sa tam cítila úplne zle, že teraz tam mám sedieť na tej stoličke..., ale akože zima mi tam bola proste. Akože cítila som sa úplne proste jak v nejakej škôlke, že: tuto si sadni, poslúchaj. Akože, že nejaké pocity, že alebo rešpektovanie nejakej ženy, že má proste nejaký jednak výnimočne náročný deň...* /Rozhovor 5/

> *To už bol dosť nepríjemný prístup personálu, pretože mne tá plodová voda praskla, keď som bola v sprche..., a čo som nechala veci doma a sa prezliekla. A keď som prišla, chceli vzorku tej plodovej vody, čo som ja nemala... A oni mi neverili... No a tiež to vypisovanie dotazníkov, to je ako nonsens. Keďže som tam chodila aj na prípravu, tak vedeli, že tam idem rodiť, treba tam chodiť každý týždeň k doktorovi... a už dávno tie informácie mohli byť vyplnené a oni to nechajú ľudí v kontrakciách vypisovať. ... On* [lekár] *sa ma stále spytuje, a tak čaká, klopkajúc nohou. Ja: „Počkajte, predýcham kontrakciu a poviem vám," a on sa obzerá a čaká...* /Rozhovor 8/

Prvá pôrodná doba prebiehala u žien rozlične – záležalo i od dĺžky času čakania na druhú dobu pôrodu, od pociťovaných bolestí, prítomnosti blízkej osoby a i. Po prijatí do nemocnice zahŕňala príprava na pôrod viacero „rutinných" postupov: meranie tlaku a teploty, u niektorých žien klystír, holenie ochlpenia a meranie oziev dieťaťa.

Niektoré ženy sa cítili počas čakania na druhú pôrodnú dobu opustené, bez informácií a podpory. Pociťovali **nedostatočný záujem zo strany zdravotníckeho personálu**. Podľa WHO môžu negatívne ovplyvniť proces pôrodu viaceré faktory: rutinné postupy, ktoré sú pre ženy neznáme, prítomnosť cudzích ľudí a osamelosť. Tieto faktory spôsobujú ženám stres a môžu mať vplyv na predĺženie pôrodu alebo naštartovanie procesu, ktorý bol popísaný ako „kaskáda intervencií"[202].

Klystír bol jednou z vykonávaných rutinných intervencií. Rutinné aplikovanie klystíru pritom patrí medzi praktiky, ktoré WHO označila ako jednoznačne škodlivé alebo neefektívne a ktoré by mali byť eliminované.[203]

> *Nebola som ešte tak extrémne otvorená, tak mi dali klystír. Ale ja som mala už silné kontrakcie, čiže v tých najsilnejších kontrakciách som v podstate nemohla ich predýchavať ani robiť polohy, ale musela som proste tlačiť polhodinu nad záchodom..., čo bolo pre mňa hrozné. No a nechali ma vlastne po tom klystíre hodinu samú v nejakej miestnosti, kde potom prišiel aj manžel, bez toho, že by ho personál inštruoval, bol vo vedľajšej miestnosti a počul ma plakať, teda vedel, že mi je zle, tak prišiel za mnou...* /Rozhovor 8/

Väčšina žien, s ktorými sme uskutočnili rozhovory, veľmi negatívne reflektovala **meranie srdcovej frekvencie plodu** (resp. oziev dieťaťa). S elektronickým monitoringom oziev bolo totiž spojené nehybné ležanie na chrbte. Práve táto poloha bola rodiacim ženám nepohodlná. Iba jednej rodičke bola ponúknutá iná alternatívna forma ich merania vyšetrením posluchom. Túto fázu rodiace ženy popisovali ako bolestivú, nepríjemnú a nerešpektujúcu momentálne pocity žien.

---

[202] Tamtiež, s. 10.

[203] Tamtiež, s. 35.

> *Ja som prestala cítiť tie kontrakcie, nedovolili mi ležať na boku, lebo že sa strácali ozvy, lebo tam majú prístroje z roku pána a ako som sa dala na bok, tak dieťaťu nebolo počuť srdiečko, takže som musela stále ležať – celý čas… Tú bolestivosť a hlavne to, že mi bolo nepríjemné ležať na tom chrbte. Ja som sa stále nadvihovala, ja som sa snažila odlepiť tie kríže od tej podložky, lebo fakt mi to bolo veľmi nepríjemné…* /Rozhovor 2/

> *Oni ma dali, aby som ležala na posteli, lebo chceli monitorovať ozvy. No ako mi pichli ten oxytocín, tak mi prišli kontrakcie a veľmi silné, ako bolo to krajne nepohodlné na tej posteli byť, keď vlastne ja som mala tie kontrakcie a nemohla som robiť nič, aby sa mi uľavilo.* /Rozhovor 7/

> *Oni ma položili na takú tú posteľ… a odišli a vlastne mi nepovedali nič. … To je proste veľmi nepríjemné, to vám povie každá žena, pretože poloha v ľahu, keď máte kontrakcie…, ktoré sú silnejšie, je vylúčená. Je to ten najhorší zážitok, ktorý sa vám vlastne môže stať, že vás niekde položia do ľahu v takom momente… To bolo nepríjemné z viacerých hľadísk, … tá poloha je zlá, z druhého hľadiska kvôli tomu, že mi nič nepovedali, z tretieho hľadiska kvôli tomu, že tam so mnou nikto nebol, s kým by som sa aspoň mohla rozprávať… a za štvrté preto, že … mala som taký pocit, že keby som aj niečo potrebovala alebo niečo by som proste pociťovala, že niečo sa deje, že krvácam, čokoľvek, tak, no, na koho by som kričala, tam nikto nebol…* /Rozhovor 11/

I keď ženy pociťovali silné **pôrodné bolesti**, zväčša im nebolo dovolené, aby si zvolili akúkoľvek inú polohu, ktorá by im vyhovovala. Aj z tohto hľadiska ženy negatívne vnímali čakanie na druhú dobu pôrodu, keď boli zdravotníckym personálom inštruované, aby ležali, aj keď to pre ne bolo v danom momente nepohodlné a bolestivé. Podľa odporúčaní WHO by v tomto štádiu pôrodu ženy nemali byť pripútané na lôžko, a určite nie v polohe v ľahu, ale mali by mať možnosť zaujať zvislé pozície, ako napríklad státie, chôdza alebo sedenie, bez toho, aby do toho poskytovatelia starostlivosti zasahovali[204].

V zmysle rozhodovacej činnosti Európskeho súdu pre ľudské práva v Štrasburgu (ďalej aj „ESĽP") je súkromný život, ktorý je chránený článkom 8 Dohovoru o ochrane ľudských práv a základných slobôd (ďalej aj ako „dohovor"), veľmi široký pojem. Je to koncept, ktorý zahŕňa fyzickú aj psychickú integritu osoby[205], pričom ESĽP zdôrazňuje, že ľudské telo predstavuje najintímnejší aspekt súkromného života[206] a každý zdravotnícky zásah, aj keď je nepatrnej dôležitosti, predstavuje zásah do tohto práva[207]. Súkromný život podľa ESĽP ďalej zahŕňa aspekty fyzickej a sociálnej identity jednotlivca alebo jednotlivkyne vrátane práva na osobnú autonómiu, pričom osobná autonómia je podľa ESĽP základným princípom, na ktorom je postavená interpretácia záruk obsiahnutých v čl. 8 dohovoru.[208] Právo na rešpektovanie súkromného života v sebe podľa ESĽP zahŕňa aj právo zvoliť si

[204] Tamtiež, s. 14.

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

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

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

[208] 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.

okolnosti pôrodu.[209]

Ak si žena počas fyziologického pôrodu (bez ohľadu na jeho fázu) nemôže zvoliť pôrodnú polohu, respektíve nemôže nasledovať potreby svojho tela v širšom zmysle, ide o porušenie jej práva na osobnú autonómiu, integritu a práva zvoliť si okolnosti svojho pôrodu, a teda o porušenie jej práva na rešpektovanie súkromného života. Každý zásah v oblasti zdravia – vrátane drobných a neinvazívnych činností zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti – je navyše podmienený informovaným súhlasom dotknutej osoby.[210] Tento súhlas musí spĺňať prísne právne náležitosti vrátane existencie možnosti slobodne sa preň rozhodnúť.[211]

> *Neumožnili mi zmeniť polohu, keď som chcela, hoci som na nich nástojila, že naozaj mi je takto zle. Mne prichádzalo až zle, až sa mi točila hlava, na vracanie mi bolo z toho... Naveľa mi dali zdvihnúť trošku tú polohovaciu časť chrbta... Ale vaše dieťa – musíme mu sledovať ozvy, či je to v poriadku, a strácalo sa. A ja som nevedela, že čo sa strácalo, a prečo... A keď som chvíľu nepočula to ťukanie srdca, tak som upadala do jemnej paniky. Ale hlavne to, že som bola sama, tak z toho mám taký nepríjemný pocit...* /Rozhovor 2/

> *V podstate mne sa pri tých kontrakciách ... nedalo nehybne ležať a vlastne, keď oni chcú mať záznam z toho prístroja, aké sú ozvy, tak som musela ležať a tak. ... Keď ja som to nevydržala uležať, tak boli potom trošku aj nervóznejšie aj také... že čo vymýšľam. Ale keď prišla taká kontrakcia, keď som ja ležala na tej posteli, tak to sa proste nedalo predýchať tak, že budem nehybne ležať, aby sa ten monitor nepohol... Ako, bola by som rada, keby to nabudúce bolo v takom slobodnejšom duchu, lebo ja som si pripadala tak trošku pri tom pôrode ako na vojne. Že proste toto máte, musíte ležať, musíme vás monitorovať, jedno s druhým, a sem-tam ma teda pustili na záchod a sa trošku prejsť, teda nech mám nejakú prestávku.* /Rozhovor 7/

---

[209] Prípad *Ternovszky v. Hungary*, sťažnosť č. 67545/09, ods. 22 rozsudku.

[210] Všeobecne pozri napr. čl. 5 Dohovoru o ľudských právach a biomedicíne a § 6 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov. Pozri aj bod 34 Vysvetľujúcej správy k Dohovoru o ľudských právach a biomedicíne, ktorej zverejnenie schválil Výbor ministrov Rady Európy dňa 17. decembra 1996 (*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*, dostupné na: http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Reports/Html/164.htm; posledná návšteva dňa 20. 03. 2015). Pozri tiež široko koncipovanú definíciu zdravotnej starostlivosti obsiahnutú v § 2 ods. 1 zákona o zdravotnej starostlivosti (zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti), v spojení s § 4 ods. 4 tohto zákona, ktorý ustanovuje, že „na poskytovanie zdravotnej starostlivosti sa vyžaduje informovaný súhlas...". V tejto súvislosti Šustek a Holpaček uvádzajú, že pod „starostlivosťou o zdravie" [teda zdravotnou starostlivosťou – pozn. aut.] sa myslí „**akákoľvek činnosť, ktorá sa nejakým spôsobom cielene dotýka zdravia človeka**. Teda nielen jednotlivá operácia alebo liečba konkrétneho ochorenia nejakého pacienta, ale **všetko, čo sa s pacientovou osobou v zdravotníckom zariadení, či už ambulantnom, alebo lôžkovom, deje**" (Pozri ŠUSTEK, P. – HOLPAČEK, T.: *Informovaný súhlas*. Praha : ASPI, 2007, s. 62 [zvýraznené autorkami]).

[211] Pozri § 6 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov a § 37 ods. 1 zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.

> „Záverom, pre obe, prvú aj druhú dobu pôrodnú, toto znamená, že ženy môžu zaujať hociktorú pozíciu, ktorá im vyhovuje, pričom preferované je, aby sa vyhli dlhodobému ležaniu na chrbte. Mali by byť povzbudzované, aby experimentovali, kedy sa cítia najviac pohodlne a mali by byť podporené vo svojej voľbe."
>
> **WHO, 1996**[212]

Zároveň si rodiace ženy spomínali na rutinné **vypisovanie anamnézy a vyplňovanie dotazníka** ako na bolestivé „vyrušovanie v pôrodnom procese".

> *A tak ja som nevládala v podstate, … a ja som už čupela pri tom lôžku, som sa zvíjala. A ona po mne tak chcela vedieť, že aké mám rodné číslo, a ja neviem čo a takéto sprostosti. Takže ja som nemala pochopenie, ona nemala pochopenie, takže sa tak prišlo trošku k takému stretu. /*Rozhovor 12*/*

> *No a potom tam v tých najväčších kontrakciách štyrikrát tie isté formuláre som musela vyplňovať… A teraz už som mala naozaj silné tie kontrakcie, že som ich ťažko predýchavala, a najskôr ma nechali ležať na monitore samú dvadsaťpäť minút, manžela nevpustili dovnútra. No naňho zabudli na chodbe, on sa potom už aj dobíjal, no nikto mu neotváral. Mňa tam nechali, odišli a nechali ma na monitore, že sa nemám hýbať, čo ma dosť otravovalo. Potom prišli a vyplňovala som sama dotazníky, jeho stále nezavolali, nechali ho vonku na chodbe, čo on v podstate mohol za mňa ten druhýkrát vyplniť, ten dotazník, čiže to bolo veľmi nepríjemné, v kontrakciách to vyplňovať… Keďže som tam chodila aj na prípravu, tak vedeli, že tam idem rodiť, treba tam chodiť každý týždeň k doktorovi vlastne na prehliadky. Som tam tehotná čakala 4 hodiny na chodbách a už dávno tie informácie mohli byť vyplnené. /*Rozhovor 8*/*

Mnohé respondentky pri opise pôrodu v prvej dobe pôrodnej spomenuli, že zdravotnícky personál nerešpektoval ich pocity a priania, čo podľa nich následne narušilo priebeh pôrodu. Ako narušenie vnímali napríklad **napichovanie kanyly**. V rámci úvodných vyšetrení po príjme do nemocnice bola väčšine žien do žily na ruke zavedená kanyla. Podľa vysvetlenia zdravotníckeho personálu im bola aplikovaná ako prevencia pre prípad, že by žene počas pôrodu museli byť aplikované medikamenty. Na viaceré rodiace ženy však vpichovanie kanyly pôsobilo vyrušujúco, a aj preto si niektoré takúto skúsenosť interpretovali ako príčinu následného spomalenia pôrodu a vzniknutých komplikácií. Aj 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.[213]

> *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 naviedli 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*

[212] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 27. Dostupné na: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1 (posledná návšteva dňa 16. 12. 2014).

[213] Tamtiež, s. 35.

tú infúziu pripoja alebo čo, proste, stále je tam tá ihla pripojená, prilepená. Iba dbajú na to, čo potrebujú. /Rozhovor 8/

Rodiace ženy sa stretávali s rozdielnym prístupom k **primeranému oblečeniu počas pôrodu**. Nutnosť nosiť tzv. erárne – teda nemocničné – oblečenie počas pôrodu bola niektorými ženami považovaná za nátlak a praktiku znižujúcu dôstojnosť. Respondentky približovali všetky typy prístupov – úplnú voľnosť v rozhodovaní sa o oblečení počas pôrodu, povinnosť obliecť si nemocničnú nočnú košeľu, ako aj možnosť rozhodnúť sa pre nemocničné alebo vlastné oblečenie podľa svojho uváženia. Pre niektoré respondentky bola možnosť erárnej košele pozitívom, keďže sa po pôrode mohli prezliecť do košele vlastnej.

> *Dali mi hentú hrúzu bielu. To som úplne bola, že „To v tomto mám byť?!", lebo ja som fyzioterapeut, čiže ja som v tej nemocnici robila. Ja poznám skoro všetky oddelenia. Čiže mňa keď navliekli do tej bielej... do tej bielej nočnej košele, tak ja že... z tohto už len tak nevykľučkujem.* /Rozhovor 9/

> *Mala som nemocničnú nočnú košeľu, lebo vlastne keď sme prišli, tak manžel išiel ešte zaparkovať auto a on zobral aj môj kufor, takže som nemala svoje veci, ale vzhľadom na to, že teda ako ten pôrod prebiehal, tak som bola aj rada, že som mala nemocničnú košeľu, lebo vlastne tú som si potom mohla hneď prezliecť a do čistého sa dať po tom pôrode.* /Rozhovor 7/

> *No to som bola prekvapená, ja som myslela, že to mi oni dajú niečo a potom povedali oblečte sa do nočnej košele, ja som musela rýchlo hľadať košeľu, čo manžel musel bežať, čiže svoju nočnú košeľu.* /Rozhovor 8/

3.2.2. Presun na pôrodnú sálu

Vo výskume sme sa podrobne venovali i druhej dobe pôrodnej. Z rozhovorov vyplýva, že ďalšou z rutinných praktík vykonávaných v nemocniciach je prevoz rodiacej ženy z tzv. „čakačky" do inej miestnosti. Tento prevoz patrí podľa WHO k praktikám, ktoré sa často používajú nevhodne (pre opis pôrodných miestností pozri kapitolu 3.4.2.).

> „V niektorých nemocniciach je zvykom previesť ženu na začiatku druhej doby pôrodnej z pôrodnej miestnosti na špeciálnu pôrodnú sálu. Pôrodná sála je zvyčajne vybavená veľkými jasnými reflektormi, nástrojmi a pôrodnou posteľou s opierkami pre nohy alebo so strmeňmi. Aj keď takéto vybavenie je pohodlnejšie pre poskytovateľa v prípade, ak zamýšľa operatívny pôrod, pre ženu je akýkoľvek nepotrebný presun nepríjemný. Počas normálneho pôrodu nie je potrebné presúvať ženu na špeciálnu pôrodnú sálu. Starostlivosť je možné poskytovať v jednej miestnosti počas prvej aj druhej doby pôrodnej."
>
> **WHO, 1996**[214]

[214] Tamtiež, s. 23.

3.2.3. Použitie oxytocínu

Viacerým ženám bol počas pôrodu aplikovaný cez vopred napichnutú kanylu oxytocín. Vo väčšine prípadov však rodiace ženy o tejto intervencii neboli informované a nebol od nich vyžiadaný osobitný súhlas s touto procedúrou. Podľa WHO je urýchlenie pôrodu oxytocínom zásadným zásahom a malo by byť vykonané na základe vážnej indikácie.[215]

> *Oni mi tam aj tuším pichli oxytocín, lebo tie ozvy začali padať...* (V: A o tomto ste vy dostali informáciu?) *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...* /Rozhovor 2/

> *A potom, samozrejme, začalo presviedčanie na oxytocín, to trvalo asi tak hodinu, kým som povedala, že dobre, už mi ho dajte, no a potom vlastne tie kontrakcie boli silné.* /Rozhovor 6/

3.2.4. Pôrodná poloha

Takmer všetky ženy participujúce na výskume rodili v **polohe poležiačky**. Zo všetkých žien bola umožnená iná pôrodná poloha iba jednej rodiacej žene. Hoci k predstavám žien o želanej podobe pôrodu patril i slobodný výber pôrodnej polohy, táto voľba im nebola umožnená.

> *Tá poloha, to som vyslovene, normálne cítila, že telo to chcelo už úplne inak, to bolo zvláštne, že som prvýkrát cítila tak, ako to má byť, a úplne to zastavili a musela som robiť to napichovanie žily, vyväzovanie nôh a tak, že to bolo vyslovene proti* [Vám]. /Rozhovor 8/

> „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**[216]

Podľa odporúčaní WHO je dôležité umožniť žene počas prvej aj druhej doby pôrodnej akúkoľvek polohu, ktorá jej bude vyhovovať, či už v posteli, alebo inde. Nemala by byť pripútaná na lôžko a ženy by mali byť povzbudzované, aby si vyskúšali, čo je pre ne najpohodlnejšie, a ich voľba by mala byť podporená.[217] Vnucovanie iba jednej konkrétnej pôrodnej polohy je zároveň porušením

---

[215] Tamtiež, s. 23.

[216] FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee: Management of the second stage of labor. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vo. 119, 2012, s. 111 – 116. Dostupné na: www.odondevice.org/press/FIGO-second-stage.pdf (posledná návšteva dňa 11. 02. 2015).

[217] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 27. Dostupné na: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1 (posledná návšteva dňa 16. 12. 2014).

práva slobodne si zvoliť okolnosti pôrodu, ktoré je ľudským právom žien.[218]

Viaceré respondentky poukazovali vo vzťahu k pôrodnej polohe aj na skutočnosť, že zdravotnícke zariadenia poskytujú zavádzajúce informácie. Niektoré z respondentiek sa rozhodovali o výbere pôrodného zariadenia aj na základe možnosti rodiť v polohovateľnom pôrodnom kresle. Aj napriek dožadovaniu sa tejto možnosti im nebolo vyhovené.

> *Aj keď deklarujú, že ich umožňujú viac* [polôh]*, v skutočnosti ich neumožňujú.* /Rozhovor 9/

> *Ono vlastne tá pôrodnícka stolička s otvorom na pôrod v sede, tú nemajú k dispozícii. Čiže majú ju napísanú, ale tá nie je k dispozícii. Potom tam majú jednu zvlášť sálu, ako individuálnu miestnosť za príplatok, kde je iné kreslo. A pri tom kresle sú nakreslené polohy, v ktorých sa dá rodiť, ale oni ich nedovolia tie polohy využívať, čiže aj tak treba v tej istej polohe rodiť, a to som nevyužila, tak som potom na to kreslo nešla. Už keď som sa vopred bola informovať v pôrodnici, že ako to tam funguje, tak tá sestrička, čo ma tam sprevádzala, hovorila, že tak tuto máme to kreslo, ale ma odrádzala od toho viac-menej, no tuto si priplácajú, že ale to sa ešte horšie polohuje a nie sú tam také dobré polohy a tak. Ale zrejme to bolo kvôli tomu, že oni to nechcú dovoliť, aby sa v iných polohách rodilo.* /Rozhovor 8/

> „Dôkazy vysokej úrovne (*high level of evidence*) preukázali, že zostávať v ľahu počas druhej doby pôrodnej zvyšuje mieru inštrumentálnych vaginálnych pôrodov, zvyšuje bolesť a môže zvýšiť výskyt abnormalít fetálnych srdcových oziev, aj keď nie sú k dispozícii informácie o tom, ako ženy tlačili [t. j. či riadeným, alebo spontánnym tlačením]. […] Taktiež existuje niekoľko vysoko kvalitných dôkazov o tom, že poloha v kľaku počas druhej doby pôrodnej znižuje mieru bolestivosti uvádzanú ženami a nemá žiadne nežiaduce účinky na matku a dieťa."
>
> **NICE, 2014**[219]

Výskumné zistenia kvalitatívneho výskumu nemožno generalizovať na celé Slovensko, avšak iba jeden prípad umožnenia slobodnej voľby pôrodnej polohy naznačuje systémové porušovanie práva na slobodnú voľbu okolností pôrodu. K rovnakému záveru možno dospieť aj na základe zistení z monitoringu poskytovania informácií pôrodnicami opísaného v kapitole 4, kde viaceré nemocnice dokonca priamo deklarovali nemožnosť zvoliť si pôrodnú polohu (podrobnejšie pozri kapitolu 4.3.3.).

> *No ja som chcela v gravitačnej – čiže čupieť. Ja som bola na tom veľkom kresle a čupela som, vlastne ono je široké možno ako tento stôl… To sa dalo a bola som vlastne, čo sú na nohy, tak som sa tam rukami držala. No a bol v pohode, už som akože mohla tlačiť všetko bolo okej.* /Rozhovor 6/

---

[218] Pozri prípad ESĽP *Ternovszky v. Hungary*, sťažnosť č. 67545/09, ods. 22 rozsudku.

[219] *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: http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/cg190-intrapartum-care-full-guideline3 (posledná návšteva dňa 11. 02. 2015).

Rozhovory so ženami však poukazujú aj na to, že v súvislosti s výberom pôrodnej polohy sa stretávajú nielen s odmietavým postojom k výberu pôrodnej polohy, ale aj so znevažujúcim, dehonestujúcim správaním a s posmievaním, ako bude popisované neskôr. Zneužívanie mocenskej pozície pôrodníkov a pôrodníčok vystupovalo do popredia v niektorých rozhovoroch aj v súvislosti s požiadavkou o mierne polohovanie počas tlačenia. Niektoré rodiace ženy sa nevedeli domôcť zmeny polohy na pôrodnom kresle napriek opakovaným výzvam, že poloha ležmo je pre ne bolestivá, vysiľujúca a šikmejšie polohovanie by im tlačenie uľahčilo.

3.2.5. Výzvy na tlačenie

Vo všeobecnosti začínal proces tlačenia v druhej dobe pôrodnej od okamihu, keď bolo lekárom/lekárkou diagnostikované úplné alebo takmer úplné otvorenie maternicového hrdla. Dialo sa tak často bez toho, aby rodiaca žena pociťovala potrebu tlačiť.

V rámci druhej doby pôrodnej boli ženami v rozhovoroch zdôrazňované aktívne výzvy zdravotníckeho personálu na tlačenie. Rodiace ženy opisovali, že pri samotnom pôrode ich zdravotnícky personál usmerňoval, ako a kedy majú tlačiť bez ohľadu na ich vlastné fyziologické pocity. Tieto **pokyny boli niektorými ženami vnímané ako vyrušujúce**, keďže boli často v rozpore s ich vlastnými pocitmi. Ako obzvlášť nepríjemné ženy pociťovali, ak boli tieto pokyny komunikované ako príkazy, prípadne zvýšeným tónom, pričom **nerešpektovali ich vlastné pocity**.

> *Som si ľahla a 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… nohy mi dohora začali dávať, čím mi prešli také tie prirodzené, že som cítila, že teraz idem rodiť, takéto, že telo úplne to chcelo. A oni mi to zastavili viac-menej a dohora mi dali nohy a už sa mi nedalo tlačiť, už to bolo úplne horšie potom.* /Rozhovor 8/

> *To bol ten problém, za ktorý na mňa aj trošku navrieskala doktorka, že ja som tlačila do hrdla a vydávala som taký hrdelný zvuk a to mi ona vravela, že to mi odoberá síl a neviem tlačiť tým pádom. Ale ja som fakt nevedela, kedy mám tlačiť. Ja… som nevedela, že, aha, teraz dačo ide, a tak telo si povie samo… To ma upozorňovala, že to nie je dobre, že to mi môže práve ublížiť… Mám z toho pocit – agresívnejším spôsobom to hovorili…* /Rozhovor 2/

> *Skôr to bolo také, že oni ma dirigovali… Nebola to spolupráca. Oni nespolupracovali s mojím telom. Ja som sa musela prispôsobovať im. Možnože to bolo tým spôsobené, že ja som vlastne necítila tú kontrakciu kvôli tomu epidurálu. Ale oni boli, že bum ruky, bum nohy a nádych, zatvoríte oči a ideme raz, dva, tri a budete tlačiť. Čiže oni ma fakt že nadirigovali, že takto to má byť.* /Rozhovor 9/

> *A ja som sa snažila tlačiť, tlačiť, tlačiť, ale mi stále hovorili, že: „Zle tlačíte, a málo tlačíte, nedobre tlačíte, a viac tlačte, a zle to robíte, a takto to nikdy neskončí, a takto to neurobíme." Že v podstate nebola to veľmi no veľká podpora. … Prišla ešte taká pôrodná asistentka a myslím, že sa opýtala, že: „A čo ste čakali?"* [smiech] *Že čo som čakala, že to nebude bolieť alebo čo.* /Rozhovor 12/

Rodiace ženy súčasne opisovali, že sa cítili **pod časovým tlakom**, pričom ak pôrod trval podľa predstáv zdravotníckeho personálu dlhšie než mal, pristupoval k ďalším intervenciám (Kristellerova expresia, aplikovanie oxytocínu atď.). Podľa odporúčaní WHO „ak je stav matky a plodu dobrý a ak pokračuje pôrod, nie je žiadny dôvod sa rigidne 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 k intervencii"[220].

> *Keď teda podľa nich pôrod trval už dlho, že dieťa bolo v pôrodných cestách už dvadsať minút a ono malo byť len dvadsať minút a oni už pri dvadsiatej prvej minúte, že to už je dlho, a tak začala mi tlačiť na brucho. A to som nejako že stopla… Jednak je to nebezpečné pre dieťa a jednak ja som nebola vôbec schopná tlačiť počas toho. Takže to bolo podľa mňa kontraproduktívne. Našťastie akože to akceptovala, že ako síce sa snažila prehovárať, ale… potom teda prestala.* /Rozhovor 5/

> „Pokiaľ je tlačenie neefektívne alebo ak si to žena vyžiada, ponúknite stratégie, ktoré podporia pôrod, ako je napríklad zmena polohy, vyprázdnenie mechúra a povzbudenie."
>
> **NICE, 2014**[221]

> *Pri každej kontrakcii sa mi dve mladé pôrodné asistentky hodili na brucho a vlastne týmto spôsobom mi akože pomáhali… Á, bolo mi to, bolo mi to strašne nepríjemné, ťažko sa mi dýchalo, ale hlavne som sa bála, že niečo je s malým… A nakoniec pri poslednej kontrakcii mi jedna pôrodná asistentka skočila na brucho celým tým predlaktím, vlastne z tejto strany takto mi tlačila* [názorne ukazuje]*, dovtedy mi tlačili dve po bokoch, ale naposledy takto sa na mňa zvalila.* /Rozhovor 1/

3.2.6. Kristellerova expresia/tlak na brucho

Tzv. Kristellerova expresia/tlak na fundus – tlačenie na brucho niektorým z členov/členiek zdravotníckeho personálu s cieľom urýchlenia pôrodu – bola v rozprávaniach žien pomerne častou intervenciou do pôrodu. **Tlačenie na brucho sa často dialo aj bez súhlasu rodiacej ženy**. Podľa opisov žien bola táto intervencia vykonávaná rutinne, bez predchádzajúcej komunikácie s rodiacou ženou a vysvetlenia potreby jej vykonania.

> *„V mnohých krajinách je časté používanie praktiky tlaku na fundus počas druhej doby pôrodnej. Cieľom je urýchliť pôrod, niekedy je urobená krátko pred porodením dieťaťa, niekedy sa robí od začiatku druhej doby pôrodnej. Okrem toho, že zvyšuje diskomfort matiek, je podozrenie, že táto praktika môže byť poškodzujúca pre maternicu, hrádzu a pre plod, ale žiadne výskumné dáta nie*

---

[220] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 26. Dostupné na: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1 (posledná návšteva dňa 16. 12. 2014).

[221] *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. 596. Dostupné na: http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/cg190-intrapartum-care-full-guideline3 (posledná návšteva dňa 11. 02. 2015).

> *sú dostupné. Máme dojem, že táto metóda je prinajmenšom používaná pričasto, bez dôkazov o jej prospešnosti."*

WHO, 1996[222]

No a potom niekde v procese tohto tlačenia, keď mi to teda nešlo, tak tá veľká pani sestrička povedala, že tak ja vám zatlačím na to brucho. Samozrejme, to čoho som sa výslovne bála, že to teda nie, a ja že, preboha, nie, nerobte to... Tak na to tá sestrička na mňa nahučala a sa urazila, ... že ona to nerobí len tak sama, že zo svojvôle, že ona proste to tiež už dneska robila trikrát, a ona to tiež nepotrebuje a ma tam ohučala... A potom nejakým spôsobom teda ma 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, a ja som už nevedela, že čo mám robiť. Už naozaj, že to bolo, no to bolo hrozné. /Rozhovor 12/

Som zistila, že tá druhá doba pôrodná trvala pätnásť minút a pri každej kontrakcii sa mi dve mladé pôrodné asistentky hodili na brucho... Bolo mi to strašne nepríjemné, ťažko sa mi dýchalo, ale hlavne som sa bála, že niečo je s malým, že je to strašne vážne s ním. Pretože som vedela, že... pri vaginálnom pôrode po cisárskom je Kristellerova expresia, že je kontraindikovaná a ja som si myslela, ... keď už to teda použili, tento spôsob pomoci, že naozaj, že malý je v ohrození života, a bol to obrovský strach... /Rozhovor 1/

Len viem, že som nevedela, kedy mám tlačiť, keď to už prišlo, takže mi pôrodné asistentky ležali a tlačili na brucho a vraveli mi: „Teraz tlač!..." a povedali mi, že ide kontrakcia, asi aj podľa toho prístroja, čo tam majú, ale keď to už išlo, tak dve pôrodné asistentky – jedna z jednej strany, druhá z druhej strany – sa mi hruďou dali na brucho... /Rozhovor 2/

Pôrodná sestrička sa mi položila na brucho a vytláčala mi rukou. ... Ale pri jednom tlaku mi zatlačila tak, že som myslela, že vyletím z kože a cítila som, že toto nie je bolesť, ktorú mám cítiť, pretože dovtedy som cítila len tlak a potom niekde tam dala len lakeť alebo niečo zle potlačila a cítila som reálnu bolesť. Kričala som, že dajte tú ruku preč alebo ju posuňte, ale oni sa snažili, samozrejme, dostať to dieťa čím skôr, že to nie, to je normálne, to je v pohode. Nie, proste bolí to! Druhýkrát, tretíkrát mi neverili. A doteraz mám problém. Lekárka vravela, že sa to nedá ani presne zistiť, či to je bránica alebo sval natrhnutý. /Rozhovor 14/

[222] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 25 – 26. Dostupné na: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1 (posledná návšteva dňa 16. 12. 2014).

Vykonávanie Kristellerovej expresie/tlaku na fundus je bezpochyby zásahom do autonómie a integrity žien, a teda ich práva na ochranu osobnosti a súkromného života, a to bez toho, že by bolo vedecky dokázané, že ide o zásah „nevyhnutný v demokratickej spoločnosti v záujme ochrany zdravia…" – tak ako to pri obmedzovaní práva na rešpektovanie súkromného života vyžaduje Dohovor o ochrane ľudských práv a základných slobôd[223].

Ak ide o praktiku, ktorá je počas vaginálnych pôrodov vykonávaná bez súhlasu, resp. proti nesúhlasu dotknutých žien, vo väčšine prípadov ide o protizákonnú praktiku. Zákon o zdravotnej starostlivosti ustanovuje len niekoľko (prísne vymedzených) výnimiek, keď sa na poskytovanie zdravotnej starostlivosti nevyžaduje informovaný súhlas.[224] Jednou z týchto výnimiek sú prípady „**neodkladnej starostlivosti**, ak **nemožno včas získať informovaný súhlas**, ale ho **možno predpokladať**"[225]. Hoci § 2 ods. 3 zákona o zdravotnej starostlivosti považuje zdravotnú starostlivosť poskytovanú pri pôrode za neodkladnú starostlivosť, toto ustanovenie v žiadnom prípade nemožno vykladať tak, že akýkoľvek úkon, ktorý chce zdravotnícky personál vykonať počas pôrodu, je neodkladnou starostlivosťou. Zo všeobecného zákonného vymedzenia pojmu neodkladná zdravotná starostlivosť totiž jasne vyplýva, že medzi parametre „neodkladnosti" jednoznačne patria napríklad bezprostredné ohrozenie života alebo niektorej zo základných životných funkcií dotknutej osoby.[226] 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**.[227] Podľa vysvetľujúcej správy k tomuto dohovoru sa za takúto núdzovú situáciu (*emergency situation*) považuje, ak je dotknutá osoba napríklad v kóme.[228] Aj pri splnení podmienky nevyhnutnosti medicínskeho zákroku a jeho prospešnosti pre dotknutú osobu však musia byť splnené ďalšie právne požiadavky spomínané vyššie – 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.[229] 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

[223] Pozri čl. 8 ods. 2 dohovoru.

[224] Pozri § 4 ods. 4 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, druhá časť vety, v spojení s § 6 ods. 9 tohto zákona.

[225] Pozri § 6 ods. 9 písm. a) zákona o zdravotnej starostlivosti.

[226] Pozri § 2 ods. 3 zákona o zdravotnej starostlivosti, prvá veta.

[227] Pozri čl. 8 tohto dohovoru.

[228] 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. 03. 2015).

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

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 (núdzová situácia, nevyhnutnosť zákroku), 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.

Z uvedeného teda vyplýva, že **ak je rodiaca žena pri vedomí a je spôsobilá na právne úkony**[230] (a nejde o osobu, ktorá v dôsledku duševnej choroby alebo s príznakmi duševnej poruchy ohrozuje seba alebo svoje okolie[231]), **neexistuje zákonný spôsob, ako by na nej bolo možné vykonať akýkoľvek úkon zdravotnej starostlivosti bez jej informovaného súhlasu**.

Spôsobovanie fyzickej bolesti, obzvlášť v kontexte zdravotnej starostlivosti poskytovanej bez súhlasu, resp. proti nesúhlasu, môže navyše predstavovať aj porušenie ústavného a medzinárodnými dohovormi garantovaného práva nebyť podrobená krutému, neľudskému či ponižujúcemu zaobchádzaniu[232]. V niektorých prípadoch môže v princípe napĺňať aj skutkovú podstatu trestného činu týrania zverenej osoby, ktorého sa dopúšťa fyzická osoba, ktorá „týra […] osobu, ktorá je v je[j] starostlivosti […], spôsobujúc jej fyzické utrpenie alebo psychické utrpenie a) […] spôsobením rán rôzneho druhu, […] vyvolávaním strachu alebo stresu alebo iným správaním, ktoré ohrozuje jej fyzické alebo psychické zdravie alebo obmedzuje jej bezpečnosť"[233].

---

[230] Aj osobe pozbavenej spôsobilosti na právne úkony a osobe s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony (pričom pri obmedzení spôsobilosti na právne úkony by sa toto obmedzenie malo vzťahovať na úkony vzťahujúce sa na rozhodovanie v súvislosti s prijímaním zdravotnej starostlivosti – inak je vo vzťahu k možnosti vykonať zákrok zdravotnej starostlivosti bez informovaného súhlasu dotknutej osoby irelevantné) však musí byť, v zmysle § 6 ods. 1 písm. b) zákona o zdravotnej starostlivosti, zo strany ošetrujúceho zdravotníckeho pracovníka alebo pracovníčky **„vhodným spôsobom" poskytnuté poučenie** (tzn. informácie o „účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti" v zmysle § 6 ods. 1 zákona o zdravotnej starostlivosti), pričom **informovaný súhlas v jej mene dáva súdom ustanovený opatrovník**. V tejto súvislosti je však potrebné podotknúť, že 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 pozbavených tejto/obmedzených v tejto spôsobilosti v súvislosti s ich zdravotným postihnutím v **rozpore s medzinárodnými záväzkami SR**. Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím, ktorý SR ratifikovala a ktorý je súčasťou jej právneho poriadku (a ktorý má dokonca 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** samotnými osobami so zdravotným postihnutím, legislatíva SR v rozpore s týmto dohovorom uplatňuje koncept **substitučného rozhodovania** (t. j. rozhodovania inou osobou namiesto dotknutej osoby).

[231] V zmysle § 6 ods. 9 písm. d) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti sa informovaný súhlas nevyžaduje ani v prípade, „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".

[232] Pozri čl. 16 ods. 2 zákona č. 460/1992 Zb. Ústava Slovenskej republiky. Pozri tiež napr. čl. 3 Dohovoru o ochrane ľudských práv a základných slobôd.

[233] Pozri § 208 ods. 1 písm. a) zákona č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon v znení neskorších predpisov.

V rámci monitoringu nemocníc (pozri kapitolu 4) boli kontaktované všetky z nemocníc, v ktorých rodili respondentky nášho výskumu. Týmto nemocniciam bola prostredníctvom písomnej žiadosti o informácie položená otázka, či sa v ich zariadení používa praktika, keď sa počas druhej doby pôrodnej na brucho rodiacej ženy vyvinie cielený tlak. Každá z týchto nemocníc sa vyjadrila, že cielený tlak na brucho neaplikuje. Výpovede žien a opisy pôrodov však poukazujú na nesúlad medzi oficiálnymi tvrdeniami nemocníc a zaužívanou praxou. Vo všetkých z týchto pôrodníc totiž rodiace ženy zažili nejakú z podôb tlaku na brucho.

3.2.7. Nástrih hrádze a šitie pôrodných poranení

Citlivo vnímanou súčasťou pôrodu bol nástrih hrádze (tzv. epiziotómia), resp. jeho následné šitie (ako aj šitie ďalších pôrodných poranení). Hoci spätne je mimoriadne ťažké vyhodnotiť, či bol nástrih u konkrétnej ženy vykonaný z klinických dôvodov alebo či išlo o rutinný výkon, súhrnné štatistiky dokazujú, že nástrihov hrádze je na Slovensku vykonávaných niekoľkonásobne viac než je odporúčaná horná hranica WHO (10 %[234]). V roku 2012 bola priemerná miera nástrihov na počet vaginálnych pôrodov na Slovensku 65 %. Rozdiely vo frekvencii epiziotómií medzi krajmi sa pohybovali od 56 % v Prešovskom do 81 % v Nitrianskom kraji. Ešte výraznejšie rozdiely sú medzi jednotlivými pôrodnicami. Na počet vaginálnych pôrodov mal najnižšiu frekvenciu epiziotómií Ružomberok, kde bola nastrihnutá každá tretia žena (34 %), a najvyššiu frekvenciu II. gynekologicko-pôrodnícka klinika UPJŠ LF a UN LP v Košiciach, kde bola nastrihnutá absolútna väčšina žien (95 %).[235] Z uvedených údajov možno vyvodiť, že nástrih hrádze sa na Slovensku vykonáva rutinne. Svetová zdravotnícka organizácia zaradila rutinný nástrih hrádze k praktikám, ktoré sa často používajú nevhodne[236], Medzinárodná federácia pre gynekológiu a pôrodníctvo zas hovorí, že rutinná epiziotómia je škodlivá a nemala by sa praktizovať.[237]

> „Početné štúdie (*reviews*) dokázali, že politika reštriktívnej epiziotómie (epiziotómie, len keď je nevyhnutná) má lepšie zdravotné výsledky pre matky ako politika rutinnej epiziotómie, bez nežiaducich účinkov na novorodencov.[238] Taktiež nie sú dôkazy, že politika rutinnej epiziotómie vedie k významnému zníženiu závažnosti natrhnutí, bolestivosti alebo prolapsu orgánov v porovnaní s politikou reštriktívnej epiziotómie.[239]

---

234 WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 29. Dostupné na: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1 (posledná návšteva dňa 16. 12. 2014).

235 KORBEĽ, M. – BOROVSKÝ, M. – DANKO, J. – NIŽŇANSKÁ, Z. – KAŠČÁK, P. – KRIŠTÚFKOVÁ, A.: Analýza materskej morbidity v Slovenskej republike v roku 2012. In: *Gynekológia pre prax*, roč. 12, 2014, č. 1, s. 13 – 19.

236 WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 37. Dostupné na: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1 (posledná návšteva dňa 16. 12. 2014).

237 FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee: Management of the second stage of labor. In: *Internation Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 199, 2012, s. 111 – 116. Dostupné na: www.odondevice.org/press/FIGO-second-stage.pdf (posledná návšteva dňa 11. 02. 2015).

238 CARROLI, G. – MIGNINI, L.: Episiotomy for vaginal birth. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, No. 1.; HARTMAANN, K. – VISWANATHAN, M. – PALMIERI, R. – GARTLEHNER, G. – THORP, J. – LOHR, K. N.: Outcomes of Routine Episiotomy: A Systematic Review. In: *JAMA*, vol. 293, 2005, No. 17, s. 2141 – 2148. Citované v: 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, s. 111 – 116. Dostupné na: www.odondevice.org/press/FIGO-second-stage.pdf (posledná návšteva dňa 11. 02. 2015).

239 HARTMANN, K. – VISWANATHAN, M. – PALMIERI, R. – GARTLEHNER, G. – THORP, J. – LOHR, K. N.: Outcomes of

> Navyše politika rutinnej epiziotómie je viac nákladná.[240] […] Keď sa epiziotómia robí na báze ‚nevyhnutnosti', mala by sa vždy vykonať za použitia anestézie, buď už zavedenej, z dôvodu tlmenia pôrodných bolestí ako napr. epidurál, alebo podaním lokálnej infiltrácie. Šitie epiziotómie a natrhnutí by sa malo robiť vždy za použitia adekvátnej anestézie, vhodnej na šitie hrádze."
>
> **FIGO, 2012**[241]

Viaceré respondentky nášho výskumu 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 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, u iných mu táto otázka predchádzala alebo mu predchádzalo upozornenie, že je potrebný. V niektorých prípadoch bol nástrih vykonaný aj bez vedomia rodiacej ženy.

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. Miera, v ktorej sa na Slovensku oproti odporúčanej hornej hranici WHO nástrihy hrádze vykonávajú, naznačuje, že podmienka nevyhnutnosti tohto úkonu „v záujme ochrany zdravia" (ako to požaduje Dohovor o ochrane ľudských práv a základných slobôd) pravdepodobne nie je vždy splnená – čo môže súčasne naznačovať aj porušenie práva na ochranu zdravia. O protiprávnosti tejto intervencie zároveň hovoríme vždy, ak je vykonaná bez informovaného súhlasu.[242] Podobne ako pri Kristellerovej expresii, aj tento zásah do integrity žien môže byť zároveň krutým, neľudským a ponižujúcim zaobchádzaním. 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.

Routine Episiotomy: A Systematic Review. In: *JAMA*, vol. 293, 2005, No. 17, s. 2141 – 2148. Citované v: 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, s. 111 – 116. Dostupné na: www.odondevice.org/press/FIGO-second-stage.pdf (posledná návšteva dňa 11. 02. 2015).

[240] BORGHI, J. – FOX-RUSHBY, J. – BERGEL, E. – ABALOS, E. – HUTTON, G. – CARROLI, G.: The cost-effectiveness of routine versus restrictive episiotomy in Argentina. In: *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 186, 2002, No. 2, s. 221 – 228. Citované v: 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, s. 111 – 116. Dostupné na: www.odondevice.org/press/FIGO-second-stage.pdf (posledná návšteva dňa 11. 02. 2015).

[241] 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, s. 111 – 116. Dostupné na: www.odondevice.org/press/FIGO-second-stage.pdf (posledná návšteva dňa 11. 02. 2015).

[242] Podrobnejšie pozri aj právny komentár v kapitole 3.2.6.

> *Nedalo sa mi dieťa vytlačiť, čo potom naliehali na nástrih. Tak som povedala, že nie, ale potom už asi na tretíkrát začala* [lekárka], *že dieťa bude mať šišatú hlavu a... že budeme ho musieť kliešťami vyberať alebo pumpou. A proste začala strašiť, tak som si povedala, že akože to nie, tak radšej teda nástrih.* /Rozhovor 5/

> *Pri mne bola len jedna pôrodná asistentka a len lekárka... a tá sa ma presne pýtala na nástrih, že vidí, že už to tá hrádza nezvláda, že vidí, že je veľmi napnutá a že bolo by to treba asi nastrihnúť a že či mi nebude vadiť, keď tomu jemne pomôže. Tak to som jej povedala, že jasné, keď to ona tak vníma... Pri tom šití, to ani neviem, či mi to znecitlivela, tuším, že nejaký sprej alebo niečo také... ona mi hovorila a teraz to môže pichnúť a teraz to môže pichnúť viacej a bude to nepríjemné trošku, ospravedlňujem sa...* /Rozhovor 2 – 2. pôrod/

> *Robili mi nástrih. To sa tiež nepýtal..., či s tým súhlasím či nie.* /Rozhovor 9/

> *... [D]oktorka ma nastrihla bez môjho vedomia, strašne to štípalo a ja som vtedy otvorila oči, že čo sa deje, som sa opýtala, no nastrihla som vás, s úsmevom na tvári, to akože z toho som bola strašne sklamaná a tie negatívne pocity tam boli...* /Rozhovor 1/

Viacero žien sa po pôrode dožadovalo od zdravotníckeho personálu informácií o tom, „na koľko sa roztrhli", či bude potrebné šitie a aké veľké sú pôrodné poranenia. **Mnohé ženy sa necítili dostatočne informované**, stretávali sa s vyhýbavými odpoveďami. Súčasne rodičky pociťovali šitie ako bolestivé, na čo lekári reagovali napríklad aj zahriaknutím a nerešpektovaním ich pocitov.

> *Stále som sa pýtala..., že aké veľké mám to poranenie, chcem to vedieť, a koľko stehov a kedy bude posledný a stále som jej* [lekárke] *hovorila, že to cítim a ona mi povedala, že mám sa uvoľniť, že sa nemám hýbať, lebo keď mi to zle zašije, tak mi to budú musieť znovu prešiť. ... Ja som sa zmohla len na to, že som kričala, že všetko cítim, strašne som kričala, plakala, ... ale nepodala mi, nedopichla mi žiadne analgetikum, žiadne utišujúce slová ani od tej doktorky, ani od tých pôrodných asistentiek..., takže ja som tam bola sama na to.* /Rozhovor 1/

> *To šitie bolo asi najhoršie, aspoň teda pre mňa subjektívne to bolo najnepríjemnejšie z celého pôrodu. Oni síce dali nejakú anestéziu lokálne, ale povedal, že zvnútra sa to nedá nejako v podstate umŕtviť. Takže som to vlastne cítila celý čas.* (V: A keď bolo po pôrode, informoval vás lekár o rozsahu poranení?) *Nie, povedal mi, že teraz ide šiť, to je všetko... bolo to nepríjemné veľmi.* /Rozhovor 3/

Šitie pôrodných poranení vnímali ženy veľmi bolestivo – niektoré práve túto časť pôrodu označili za najbolestivejšiu a najhoršiu. Pri zašívaní pôrodných poranení sa respondentky stretli s rozličnými prístupmi vrátane tých, keď zdravotnícky personál nereagoval na ich bolesť empaticky, prípadne nereagoval vôbec. Zároveň sa opakovali reflexie nedostatočnej komunikácie a informovania žien lekármi o ich zdravotnom stave a hojení prípadných pôrodných poranení.

„Počas šitia poranení hrádze sa uistite, že je použitá analgézia efektívna […]. Pokiaľ žena vyjadrí, že pociťuje nedostatočnú úľavu od bolesti, okamžite reagujte."

NICE, 2014[243]

Šitie pôrodných poranení bez použitia, resp. adekvátneho použitia prostriedkov na tíšenie bolesti možno považovať za osobitne kruté a neľudské zaobchádzanie, ktoré v sebe zahŕňa veľmi vysokú mieru fyzického aj psychického utrpenia. Nezriedka môže preto naplniť aj skutkovú podstatu trestného činu týrania zverenej osoby.

A čo sa týka šitia alebo nastrihnutia, tak on mi, teda tak mi to pôrodník zreferoval, že stihol som vás nastrihnúť len na centimeter, ostatné ste sa roztrhli… Ale ako stále sa niečo pýtal a robil tam srandy, že ako sa bude malý volať, niečo o oslave hovoril… Cítila som každý ten šev, asi tá epidurálka nezaberala až tak. /Rozhovor 4/

Povedala mi, že teraz bude ešte pár štichov a najskôr vnútorné, potom vonkajšie šitie a to bude len pár. Ja som mala pocit, že ich tam je asi desať, tým, že to nekončí, že to bolo dlhšie. Akože chápem, že snažila sa ma tak utišovať a tak, myslím, že ich nebolo veľa, ale bolelo ma to. /Rozhovor 5/

Mňa potom dlho šili, manžel prišiel za mnou, držal ma za ruku, ale to bola asi najhoršia bolesť, potom zo všetkého. No a nič mi nepovedali, koľko štichov, ani nič, ako dlho ma budú šiť a hrozne to bolelo, to bolo nepríjemné a boli dve lekárky, jedna druhú zaúčala… /Rozhovor 8/

3.2.8. Priloženie dieťaťa – podpora bondingu

Jedným z často zdôrazňovaných okamihov pôrodu bol čas, keď sa dieťa narodilo. To súviselo s **deklarovaným želaním žien, aby im bolo ihneď po pôrode priložené a aby boli podporené v kontakte s dieťaťom koža na kožu bezprostredne po pôrode**. Skorý telesný kontakt medzi matkou a dieťaťom je podľa odporúčaní WHO dôležitý z viacerých hľadísk: je kľúčový napríklad pre úspešné zahájenie dojčenia, nadviazanie vzťahu, prenos baktérií z kože matky a nie poskytovateľov starostlivosti; stabilizuje viaceré životné funkcie novorodenca, ako sú napr. teplota, saturácia kyslíkom a akcia srdca. Súčasne by malo byť podporované skoré dojčenie/satie v prvej hodine po pôrode.[244]

[243] 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: http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/cg190-intrapartum-care-full-guideline3 (posledná návšteva dňa 11. 02. 2015). Štandardy NICE odporúčajú ako jednu z foriem tíšenia bolesti inhalačnú analgéziu (*inhalational analgesia*).

[244] WORLD HEALTH ORGANIZATION: Care in Normal Birth: a practical guide. Geneva : World Health Organisation, 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. 12. 2014).

Ženy sa stretli s rozličným prístupom zdravotníckeho personálu k podpore bondingu. Niektoré respondentky opisovali, že im dieťa nebolo hneď ukázané a neboli informované o jeho zdravotnom stave. Ako problémové označili mnohé respondentky aj to, že nemocnice často deklarujú „baby-friendly"[245] prístup pri starostlivosti počas pôrodu a podporu bondingu ako prirodzenú súčasť pôrodu – v realite však konajú v rozpore s týmto prístupom a dieťa po niekoľkých minútach od matky odoberajú bez ohľadu na jej priania.

Okamihom narodenia dieťaťa sa dieťa stáva subjektom práv a matka jeho zákonnou zástupkyňou. V súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti tomuto dieťaťu sa teda na každý jeden zásah do jeho integrity – aj ten najminiatúrnejší – vyžaduje informovaný súhlas matky (prípadne otca ako ďalšieho zákonného zástupcu alebo, výnimočne, súhlas iného zákonného zástupcu[246]). Zároveň musia byť splnené všetky právne náležitosti pre tento typ súhlasu (t. j. musí mu napríklad predchádzať poučenie, ktoré je zrozumiteľné, ohľaduplné a bez nátlaku s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť).[247] Dieťa sa teda narodením nestáva „majetkom" štátu alebo nemocnice, ktorá s ním môže svojvoľne „nakladať", ale ľudskou bytosťou s plnou spôsobilosťou na práva, ktoré vzhľadom na jeho nespôsobilosť na právne úkony v jeho mene a v jeho záujme uplatňujú jeho rodičia (resp. výnimočne iné osoby).

Právo na podporu vzťahovej väzby matky a jej novorodeného dieťaťa má oporu v koncepte práva na rešpektovanie súkromného a rodinného života oboch. Podľa Európskeho súdu pre ľudské práva právo na rešpektovanie súkromného života zahŕňa okrem iných práv aj právo na vytváranie a rozvíjanie vzťahov s inými ľudskými bytosťami.[248] Moment narodenia je nepochybne momentom začatia vytvárania medziľudského vzťahu dvoch bytostí, ktoré nie sú prepojené len právne, ale medzi ktorými je v čase bezprostredne po pôrode aj unikátny biologický vzťah.

> *A hneď mi ju teda dali na hruď, na brucho a začali ma zašívať. A chceli teda dieťa odniesť a ja som si teda, ja som ich prehovorila, že nech ju neodnášajú, že ja už by som ju chcela mať pri sebe, kým ma teda zašijú... Ale bola som sklamaná, že teda*

[245] Iniciatíva pôrodníc priateľských k deťom, tzv. Baby-friendly Hospital Initiative, je spoločnou iniciatívou WHO a UNICEF. Nemocnica, ktorá chce titul získať, musí splniť prísne kritériá a zaviaže sa ich dodržiavať. Slovenský výbor pre UNICEF sumarizuje „10 krokov, ako sa stať Nemocnicou priateľskou k deťom", takto: „1. Všetci zdravotnícki pracovníci majú k dispozícii koncepciu laktačného programu, ktorý je platný v ich zdravotníckom zariadení. 2. Na dodržiavanie tejto koncepcie je nevyhnutné, aby boli zdravotnícki pracovníci dôkladne poučení o význame dojčenia. 3. Všetky tehotné ženy majú byť poučené o výhodách materského mlieka a o prednostiach dojčenia. 4. Novorodenci majú byť priložení k prsníku už v prvej polhodine po narodení. 5. Matky musia byť inštruované o správnom spôsobe dojčenia a o tom, ako si majú udržať laktáciu, ak sú dočasne odlúčené od dieťaťa. 6. Dojčeným novorodencom nedávať inú výživu okrem materského mlieka (s výnimkou medicínskych indikácií). 7. Matky nemajú byť odlúčené od svojich novorodencov vo dne ani v noci (systém „matka s dieťaťom" – rooming-in). 8. Dieťa má byť dojčené podľa vlastnej potreby (vždy, keď sa „hlási"). 9. Dojčenému dieťaťu sa nesmie dávať cumlík. 10. Treba podporovať zakladanie spolkov a združení, ktoré stimulujú a podporujú dojčenie. Odporučiť matkám, aby po prepustení z pôrodnice nadviazali kontakt s týmito inštitúciami." SLOVENSKÝ VÝBOR PRE UNICEF: *10 krokov, ako sa stať nemocnicou priateľskou k deťom*. Dostupné na: http://www.unicef.sk/dokumenty/materialy-na-stiahnutie/bfhi/10-krokov-programu-bfhi.pdf (posledná návšteva dňa 16. 03. 2015).

[246] Pozri § 6 ods. 1 písm. b) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.

[247] Pozri § 6 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.

[248] Pozri prípad *V. C. v. Slovakia*, sťažnosť č. 18968/07, ods. 138 rozsudku, odkazujúci na ďalšie rozsudky.

presne na tom stretnutí som sa ešte pýtala, či môže dieťa ostať celý čas [pri mne] *a oni hovorili, že áno, však to je úplne normálne, u nás sa to tak robí. Ale proste ho dajú síce na tri minúty, ale potom ho odnesú, aby ho umyli, takže to bolo také sklamanie pre mňa.* /Rozhovor 10/

> *A ja som zdvihla hlavu a ja som videla len chrbátik krvavý, ja som ho nevidela, nevidela som jeho tvár – nič. Ja som videla len krvavé malé čosi, hej a sestrička ho hneď zakryla a odniesla ho. Takže toľko bonding, o ktorý som prosila, ehm, a hneď ho odniesli, lebo že bude mu zima a musia ho odvážiť…* /Rozhovor 1/

> *A keď vybrali malého, tak ho hneď brali. Malý nezaplakal, takže… manžel nevedel, že či môže isť za ním alebo nie, tak sa opýtal. A že jasné, bežte za ním. A potom som už aj ja počula až neskôr, že plače, že ho už riešia. Doniesli mi ho už zabaleného, keď som si ho chcela priložiť na prsník, tak ma vysmiali, že aj tak tam nebudem mať mlieko, ale že skúsiť môžeme. Samozrejme, že to trvalo tak zopár sekúnd a zobrali ho na novorodenecké oddelenie bez nejakého bondingu, bez toho, aby mi ho na chvíľočku nechali.* /Rozhovor 2/

> *Tam si ho zobrali, ale hneď mi ho doniesli holého… Reči boli typu, že však vám prechladne, mamička. Na čo som sa ja zasmiala, že však ja si ho zohrejem, ja som mala pripravenú vlastnú červenú deku, ktorou som ho prikryla… Akože povedali mi, že to robím na vlastné riziko, že oni by mi to neodporúčali. A ja som povedala, že rozbaľte a dajte mi ho. A malý sa aj normálne sám prisal, že všetko to prebehlo podľa knižky, normálne sal.* /Rozhovor 2 – 2. pôrod/

„Krok 4 [Iniciatívy Baby-friendly Hospital] je zo všetkých najdôležitejší. Ustanovuje priložiť osušené novorodeniatko k matke „kožou na kožu" bezprostredne po pôrode a šetrnom zhodnotení jeho stavu, a to najmenej na hodinu. Význam dôležitosti uplatňovania tohto kroku vychádza z poznatkov, že práve prvá hodina, označovaná ako „zlatá hodina" pokojnej bdelosti novorodeniatka, poskytuje najlepší predpoklad na opätovné spojenie s rodičkou. Bezprostredný kontakt s matkou mu najlepšie napomáha adaptovať sa na radikálne zmeny prostredia: znížia sa hladiny stresových hormónov, stabilizujú sa telesné funkcie, udržuje si dobrú teplotu, menej plače. Za takýchto okolností sa s väčšou pravdepodobnosťou a bez pomoci prisaje k prsníku, s väčšou pravdepodobnosťou nebude mať aj neskôr problémy s prisatím, dojčením a v priaznivom hormonálnom prostredí vzniká u matky s pocitmi šťastia hlboká vzťahová väzba k dieťaťu s dosahom na celý život. Preto treba u všetkých fyziologických novorodencov odložiť všetky úkony (aj meranie, váženie) na neskorší čas a približne po 2 hodinách rodičku a jej dieťa odviesť na spoločnú izbu."

Slovenský výbor pre UNICEF, 2012[249]

[249] MAGYAROVÁ, G. – BAUER, F. – HAĽAMOVÁ, V.: Ako je u nás organizovaná zdravotná starostlivosť o novorodené dieťa? In: HAĽAMOVÁ, V. (ed.): *Sprievodca matky v starostlivosti o dieťa.* Slovenský výbor pre UNICEF, 2012, s. 21. Dostupné na: http://www.unicef.sk/dokumenty/materialy-na-stiahnutie/bfhi/2012_unicef_sprievodca_bfhi_a5_web_dvojstrany.pdf (posledná návšteva dňa 21. 02. 2015).

> *A hneď mi malú vlastne priložili… Čo bolo veľmi príjemné, kvôli tomu, že ja som si to vlastne nepýtala, nič som s ním neriešila, tak napriek tomu to urobili.* /Rozhovor 9/

> *A tiež taká empatická sestra – no, tu máte, no vyskúšame kojenie. Akože ok. Tak, dajte dole košeľu. Tak som si nejako vyhrnula košeľu. No vidíte, nepije, dobre. No akože ona ešte ani nevedela, kde je, chúďa maličké. A vidíte – celé to trvalo asi dve minúty, možno bola pri nás, že dobre, že nám ju ukázali.* /Rozhovor 12/

> *Vlastne sme si ho rozbalili, lebo, samozrejme, nám ho doniesli zabalené. Zabudli, že som im povedala, že rozbalené majú doniesť. Dala som si ho na hruď a dve hodiny sme tam vlastne boli.* /Rozhovor 14/

3.2.9. Pôrod placenty a čakanie na prevoz na oddelenie šestonedelia

Rutinným postupom v nemocniciach je, že ženy zostávajú po pôrode dve hodiny na pôrodnej sále. V tomto čase dochádza k pôrodu placenty, šitiu a následne je žena na pozorovaní, kde sa sleduje jej celkový zdravotný stav, ale predovšetkým primeranosť krvnej straty. Respondentky tento čas „čakania" hodnotili rozlične. Niektoré ženy opisovali, že bol pri nich prítomný manžel, resp. sprevádzajúca osoba a dieťa, iné ostali samy, čo vnímali negatívne. Zároveň sa aj úkony počas tohto času čakania rôznili – niektoré ženy boli požiadané, aby si tlačili na brucho (kvôli zavinovaniu maternice), iné mohli tento čas stráviť s dieťaťom (popôrodný bonding). Viaceré ženy opisovali, že pociťovali v tejto fáze strach, keďže neboli informované o svojom zdravotnom stave – či je všetko v poriadku, kde je ich dieťa atď.

> *Takže to bolo také, že som tam bola sama stále s vyloženými nohami, otvorená, nikto tam nebol, ja som nevedela, čo sa deje. A potom ma odviezli hore na oddelenie a malého mi dali až po nejakom ďalšom čase, po nejakých ďalších dvoch hodinách asi.* /Rozhovor 8/

> *Takže som tam zostala sama tie dve hodiny bez malého, bez manžela, dve hodiny som tam ležala sama neuveriteľne smädná, strašne ubolená, strašne, plná negatívnych emócií, že čo som to dopustila a že čo sa mi vlastne stalo, že celé zle, že tak to byť nemalo…* /Rozhovor 1/

> *Ma vyhostili z pôrodnej sály a s roztiahnutými nohami, zakrytú mojím županom, ma dali na chodbu pred pôrodné sály, pretože išla ďalšia rodička… A tam sa prechádzali ženy so svojimi mužmi a ja tam s rozčapenými nohami čakala dve hodiny, aby ma potom mohli odniesť na novorodenecké…* /Rozhovor 2/

Rodiace ženy mali skúsenosť s nerešpektujúcimi praktikami i v dobe po pôrode dieťaťa – pri čakaní na **vypudenie placenty**. Zdravotnícky personál sa snažil urýchliť tento proces umelým zásahom (ťahaním za placentu) – bez predchádzajúceho súhlasu ženy.

> *No akože už mala ísť tá placenta. To akože začali tiež tak popoťahovať, ja že čo to je šak, oni, že no šak nejako to nejde a tak, a hovorím, ale to má čas, nie? Šak kam sa ponáhľa s tým… Potom tú placentu, tiež som ju chcela, aby ju nechali, aby to*

nejako prirodzene išlo, ale potom akože niečo to tam štuchala do toho brucha. Ja som napríklad cítila, že keď mi to ťahala, tak skúšala tak, aby sa to rýchlejšie uvoľňovalo. A ja som, bolelo ma to trošku, hej, že cítila som proste, že to neni samovoľné, že to proste robí ona. No potom som zistila, že prečo to robila, lebo sa ponáhľala a mama ju čakala s nedeľným obedom. /Rozhovor 5/

> *Medzitým ešte niekde vyšla placenta – toto si ja až tak nepamätám. Viem, že tiež s tým išla, že ona mi tak tlačila na to brucho a potom mi ťahali tú placentu, aby nejako vyšla. Potom ešte na konci toho celého som sa mala vycikať a ja som tam nič necítila, tak mi ešte dali cievku.* /Rozhovor 12/

> *Proste kázali, akonáhle ma zašili, tak… povedali manželovi, že mi musí tlačiť na brucho, aby, proste, hej, tá krv rýchlejšie vyšla vonku. A tak si predstavte situáciu, ja som sa veľmi ani akože nevedela hýbať, lebo jak ma zašili, mi povedali, že sa nemám hýbať. Malého som mala na sebe… sme sa snažili ho mať zabaleného pod tým uteráčikom, no a do toho mi mal manžel tlačil proste na to brucho. Čiže celá tá situácia bola hotová, že on mal mega stres, či to robí dobre, že ja som akože dosť krvácala a malý proste bol hej tak, že ja som ho nevedela nejako si nasmerovať, nijak pohodlne som neležala…* /Rozhovor 6/

3.2.10. Fyzické potreby počas pôrodu – jedenie a pitie

Dovolenie alebo zákaz požívania jedla a nápojov počas pôrodu sa veľmi rôznili z nemocnice na nemocnicu, ale aj vzhľadom na jednotlivé zdravotnícke tímy a prijímajúce zdravotné sestry alebo lekárky/lekárov.

Väčšina respondentiek popisovala nenaplnené fyzické potreby ako smäd a v prípade dlhšie trvajúcich pôrodov aj hlad. V súvislosti s fyzickými pocitmi rozhovory poukazujú na rozdielne postupy rôznych zdravotníckych zariadení. Niektoré pitie počas pôrodu umožňujú, v iných to možné nie je.

> *A ešte počas pôrodu si teraz spomínam, že vlastne ja som mohla piť, aj som chcela, aj jesť. Ale jesť mi nechutilo veľmi, som sa najedla doma, som vedela, čo ma čaká. A piť teda dával mi muž. Aj keď teda mali blbé pripomienky, že nemala by som, ale teda pila som podľa toho, koľko som mala.* /Rozhovor 6/

> *Smädná som bola veľmi… Dovolili. To som tiež veľmi oceňovala. Práve kvôli tomuto, že tam bol môj partner a on mi vlastne dával iba tak po dúškoch piť. Bola to ako keby taká jeho rola vtedy. A úloha pri tom, pri tom pôrode.* /Rozhovor 9/

V niektorých nemocniciach je pitie počas pôrodu možné, v iných nie. K rôznorodým skúsenostiam patrilo, že rodiaca žena mohla síce piť, ale len na „čakačke". Na sále už podávanie nápojov nebolo možné. V iných nemocniciach (a niekedy aj v tej istej nemocnici, avšak pri inom personáli) to možné bolo. Jedenie bolo vo všeobecnosti zakázané, v niektorých prípadoch však zdravotnícky personál povolil žene dať si napr. čokoládu. Aj prístup k zabezpečovaniu fyzických potrieb teda poukazuje na **veľkú mieru subjektivizmu na strane nemocníc**, ale aj na strane konkrétneho tímu zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok, **pri nastavovaní podmienok pôrodov**.

Nemožnosť jesť alebo piť bola ženami vnímaná veľmi negatívne, najmä ak sa žene spustili pôrodné bolesti skôr a do nemocnice bola prijatá niekoľko hodín pred samotným pôrodom. Podľa WHO je výživa veľmi dôležitým aspektom pôrodu, a preto by sa malo ku každému pôrodu a „zásahu" do pôrodu pristupovať diferencovane. Obmedzovanie príjmu potravy a tekutín v priebehu pôrodu zároveň 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.[250]

> „[Nemocnica priateľská k matkám a deťom] ponúka počas pôrodu všetkým ženám možnosť jesť, piť, chodiť, stáť a pohybovať sa a počas druhej a tretej doby pôrodnej zaujať polohu podľa ich výberu/v ktorej sa cítia pohodlne, pokiaľ to nie je medicínsky kontraindikované."
>
> **FIGO, 2014**[251]

> *Nechali si ma tam na tej chodbe pred pôrodnými sálami... a obzerať tam, ako tam odchádzajú detičky narodené. Nedali mi nič jesť, nemohla som ani piť... Potom, keď som už bola ... dosť hladná, tak sa nado mnou nejaká sestrička zľutovala... A potom ma dali spať na izbu čakateliek s ďalšou stonajúcou matkou a prehadzovali si nás občas z postele na posteľ, podľa toho, ktorá bola voľná...* /Rozhovor 2/

> *Hladná som bola, lebo ja som nemohla jesť, už ako mi začali pôrod vyvolávať, tak som nejedla. Čiže od pondelka* [respondentka porodila v utorok večer]. *A piť mi všetky tie sestričky na tom oddelení, čo boli, kým som čakala na samotný pôrod, tak ony mi zakázali piť do konca... Ale myslím, že potom pondelok večer mi dovolili len niečo také ľahké, myslím, že jogurt alebo niečo také, že nech nezomriem od hladu.* [smiech] *Ale to potom zase mi zakázali jesť, že nemôžem nič jesť ani piť. Asi tak.* /Rozhovor 4/

Problematicky možno vnímať i niektoré skúsenosti rodiacich žien s prístupom k strave po pôrode, ak rodili vo večerných hodinách. V tom prípade zmeškali večeru a nebola im ponúknutá iná náhrada stravy.

> *Spomínam si, že nie, ale bola som z toho prekvapená. Spomínam si, že som to tak riešila pred pôrodom, že vlastne, že vlastne nie je počas pôrodu dovolené piť ani jesť. Takže som bola z toho nešťastná, že to budem chcieť asi. Hm, ale bola som prekvapená, že nechcem, že som nepociťovala ani hlad, ani smäd. Ale čo bolo blbé, že keď som porodila, tak potom som bola fakt hladná a smädná a nemala som so sebou žiadne jedlo, nebola som na to pripravená a ani som nerátala s tým, lebo vlastne sme tam išli o tej štvrtej, piatej, a to kebyže to ide tak, ako má, tak ešte stihnem večeru. Ale ani mi to nenapadlo, taká vec. Tak teraz radím všetkým, nech si do pôrodnice zoberú so sebou nejaké jedlo...* /Rozhovor 10/

---

[250] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : 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. 12. 2014).

[251] FIGO, WHO, WRA, ICM, IPA: Mother-baby friendly birthing facilities. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 128, 2015, s. 95 – 99. Dostupné na: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013 (posledná návšteva dňa 21. 02. 2015).

Úplné odopieranie jedla a pitia, ktoré nie je medicínsky indikované, možno v princípe považovať za nehumánnu a nedôstojnú praktiku, ktorá popiera o. i. právo na humánny, etický a dôstojný prístup zdravotníckych pracovníkov[252]. Okrem toho predstavuje nepriaznivé zaobchádzanie, ktoré v spojení so skutočnosťou, že sa deje ženám v súvislosti s pôrodmi, môže byť interpretované aj ako priama diskriminácia na základe pohlavia v zmysle antidiskriminačného zákona[253] (a rovnako môžu byť ako priama diskriminácia interpretované aj niektoré ďalšie pre ženy nepriaznivé praktiky popísané skôr). V zmysle tohto zákona – ale aj v zmysle medzinárodného práva – sa totiž za diskrimináciu z dôvodu pohlavia považuje aj diskriminácia z dôvodu tehotenstva a materstva.[254] V niektorých prípadoch môže toto nepriaznivé zaobchádzanie predstavovať aj porušenie ústavného a medzinárodnými dohovormi garantovaného práva nebyť podrobená krutému, neľudskému či ponižujúcemu zaobchádzaniu.[255]

3.2.11. Pobyt na oddelení šestonedelia

Po pôrode ženy previezli z pôrodnej sály na oddelenie šestonedelia, pričom **dieťa bolo pri prevoze od matky oddelené a prinesené na izbu až neskôr**. Väčšina žien požadovala, aby bolo dieťa prevážané s nimi, teda nebolo od nich oddelené bezprostredne po pôrode. Napriek ich žiadosti nebolo žiadnej žene vyhovené, keďže oddelený prevoz matky a dieťaťa je rutinnou praktikou v nemocniciach, kde ženy rodili.

> *Chcela som sa na oddelenie šestonedelia presunúť spolu s bábom. A dokonca aj s manželom, toho poslali preč... že bábätko, ma uistili, že hneď, ja beriem proste bábätko tadeto cez toto oddelenie, hore pôjdeme výťahom, a vás odnesie sanitár. A proste tam sa stretnete, ale bol medzitým časový úsek dve hodiny.* /Rozhovor 6/

> *A potom mi ju zobrali až pri prevoze, ale to ináč tiež nerozumiem, že prečo musia tie deti brať inokadiaľ, keď idú do tej istej destinácie.* /Rozhovor 10/

Napriek žiadosti väčšiny žien, aby im bolo dieťa prinesené na izbu v čo najkratšom čase, sa stretávali s odmietaním tejto požiadavky. Možno povedať, že tým bolo **porušované právo na podporu vytvárania vzťahovej väzby medzi matkou a dieťaťom** (bližšie pozri aj kapitolu 1.2.4. a právny komentár v kapitole 3.2.8.). Rodiace ženy zároveň pociťovali stres a strach, keďže neboli informované o stave ich dieťaťa.

> *A ešte som chcela, aby mi, keď už budem na tej šestonedelí, aby mi to bábätko tam*

[252] Pozri § 11 ods. 9 písm. i) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.

[253] Zákon č. 365/2004 Z. z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou a o zmene a doplnení niektorých zákonov (antidiskriminačný zákon). Antidiskriminačný zákon upravuje povinnosť dodržiavať zásadu rovnakého zaobchádzania aj v oblasti zdravotnej starostlivosti (pozri § 3 ods. 1 a § 5 tohto zákona).

[254] Pozri § 2a ods. 11 písm. a) antidiskriminačného zákona.

[255] Pozri čl. 16 ods. 2 zákona č. 460/1992 Zb. Ústava Slovenskej republiky. Pozri tiež napr. čl. 3 Dohovoru o ochrane ľudských práv a základných slobôd.

doniesli hneď. … Mi, samozrejme, povedali, že to je samozrejmé, ale teda trvalo im to dve hodiny. Pretože v podstate o vás sa starajú, ako o mamičky, sestričky z gynekológie alebo teda šestonedelia a o bábätko sa starajú novorodenecké sestričky. To sú dve rôzne oddelenia, hoci sú na jednom oddelení, ale akože to sú dve separátne. Ak vy poviete jednej, tá zakričí druhej, ale tá, – tej to je jedno. Komunikácia trvala dve hodiny, kým sa to proste podarilo to dieťatko naozaj doniesť. /Rozhovor 5/

> *A potom ešte akože strašne dlho im to trvalo toto, že kým mi doniesli to bábätko po tom teda, čo som o to žiadala.* /Rozhovor 5/

> *Dosť dlho trvalo, kým ho doviezli, ja som nevedela, kde je … mňa vyviezli vlastne na to novorodenecké oddelenie, … a to bolo ešte asi ďalšie dve hodiny, kým mi ho doviezli.* /Rozhovor 8/

Niektoré ženy sa stretli s rozporuplnými reakciami zdravotných sestier – napríklad na spanie v posteli s dieťaťom, odmietnutie cumlíka atď. Ich vlastné priania a žiadosti boli často zdravotníckym personálom spochybňované a ženy museli o nich vyjednávať. Takéto konanie tiež **možno považovať za nerešpektujúce** a za porušujúce práva žien ako právnych zástupkýň dieťaťa.

> *A spala som s dieťaťom, z toho boli úplne všetci hotoví, ma tam strašili, že keď toto uvidí primár, že mi nedovolia mať dieťa na izbe. A ja som sa ich pýtala, a čie je to dieťa – primárovo alebo moje?* /Rozhovor 2 – 2. pôrod/

> *Samotné vstávanie bolo bolestivé, pre mňa bolo jednoduchšie zobrať si to dieťa do postele. A za to som dostala strašný spucung potom, „že ako si to predstavujete, veď ho priľahnete, veď vám spadne z postele, veď vám vypadne a, mamička, vy ste nezodpovedná"…* /Rozhovor 10/

> *Malý mal strčený dudel v puse. Keď som povedala, že toto si neprajem, že nechcem mať dudlíkové dieťa a bojím sa, aby nám to nepokazilo kojenie, tak ma vysmiali, že mamička, a chcete, aby to dieťa vrieskalo a plakalo, keď nie ste pri ňom? … Keďže som nechcela, aby mi ho prikrmovali, tak som tiež bola citovo vydieraná, že je hladný, že plače, pretože je hladný, že ja nemám mlieko, tak som dovolila, aby mu dali sunar…* /Rozhovor 2/

Viaceré respondentky referovali o podľa nich **mätúcom usporiadaní zdravotníckeho tímu**, keďže prichádzal zdravotnícky personál ako z oddelenia gynekológie, tak aj z novorodeneckého. Podľa respondentiek to pôsobilo mätúco, keďže, ako opisovali, dostávali rozličné informácie a inštrukcie z rôznych oddelení.

> *Iba tiež to bolo také mätúce, lebo boli zvlášť sestričky, … čo mne hovorili, čo mám robiť, a tie detské sú zvlášť, a tie, čo mne hovorili, že si nemám ani sadnúť, ale to sa nedalo…* /Rozhovor 8/

> *Každá mala inú metódu. Som sa dožadovala laktačnej poradkyne, ktorú tam mali napísanú. Mali prefotený proste taký obrázok… Ja som síce vedela, akú polohu chcem, a bola aj na obrázku. Keď mi vynadali, že čo mám takú polohu, že prečo ju nemám do perinky – a že tam máte takú polohu na obrázku – no, dobre. Akože strašne sa tvárili*

tak baby-friendly, ale každá mi poradila úplne ináč, ako sa bábätko prikladá, akože iný štýl. /Rozhovor 5/

> *Ja som tam mala také to pípatko na izbe. Ale to* [bolo] *pípatko na gynekologickú sestru, keby som ja mala nejaké problémy. Ale keď mi napríklad plakalo dieťa a nevedela som prečo, nevedela som ju utíšiť, tak proste som to nemohla použiť, lebo to bolo na gynekologickú sestru a kvôli dieťaťu mala prísť detská sestra. Takže keď ona plakala, tak ja som ju musela nechať na izbe plačúcu a ísť si zavolať sestričku nejakú detskú, aby mi pomohla…* /Rozhovor 7/

Viaceré ženy reflektovali, že **strava v pôrodniciach nebola prispôsobená odporúčaniam stravovania sa pre dojčiace matky** – nezohľadňovala ich špecifické stravovacie potreby.

> *Ešte som chcela niečo povedať, no napríklad s jedlom to bolo tiež smiešne, lebo dávali všetko to, čo by nemali dávať. Po pôrode sú problémy aj s tým, že treba ísť na záchod a tak, stále sme mali nejaký no knedlík a také nezdravé, nič celozrnné, biele rožky. A keď sú nejaké tie knihy o výžive dojčiacich matiek, tak všetko, čo by sa nemalo, viac-menej dávali.* /Rozhovor 8/

3.2.12. Pomoc pri dojčení

Viaceré ženy žiadali počas pobytu na oddelení šestonedelia o pomoc pri dojčení, pričom aj tu sa skúsenosti odlišovali. Niektorým ženám bola pomoc odmietnutá, prípadne nebola podľa nich poskytnutá odborne.

> *Oni nevedeli, ako kojím, lebo nikto sa na to nebol pozrieť. Ani nikto mi nič nevysvetlil, … keby som nemala nejaké veci preštudované, že ako čo, tak tam absolútne nikto nebol taký ústretový, že by mi to vysvetlil.* /Rozhovor 4/

> *Ako bola pri mne aj detská doktorka, tá vlastne bola pozrieť malú. Tá sa zaujímala o to, ako kojím vlastne, v akej polohe ju držím, ako nám to ide… Tá bola veľmi milá v tomto… No a s tými sestričkami to už bolo také trochu horšie väčšinou. Možno kvôli sviatkom, že ich bolo málo, neviem. Občas som si tam pripadala jak sekírované malé dieťa.* /Rozhovor 7/

> *Keď som tam ležala, tak táto sestrička prišla a pýtala sa, či chcem pomôcť s priložením dieťaťa k prsníku, a potom mi s tým pomáhala. Zjavne sa snažila pomôcť… To bolo fajn.* /Rozhovor 10/

> *A ináč laktačné poradkyne, čo tam boli, boli príjemné a ocenila som to, že tam boli v každej izbe ja neviem nejaké články o kojení, že tam boli také ilustrácie, ako aké sú polohy na kojenie, prišla tá pani a ukázala. Boli aj príjemné tie sestry, aj by som povedala, že dobre radili, pričom ale bola to trošku taká dezinformácia, pretože jedna laktačná prišla a povedala niečo, druhá prišla a povedala niečo, druhá prišla z novorodeneckého, teda stará škola, a povedala, že nie, dávajte jej kľudne umelé mlieko. Čiže tam tie informácie sa rôznili…* /Rozhovor 12/

Na druhej strane sa ženy v niektorých prípadoch cítili pod nátlakom zdravotníckeho personálu, keď boli tlačené do dojčenia, i keď cítili, že nemajú dostatok mlieka.

> *A akože toto sa mi možno tak nepáči, že sestričky tvrdia, že máte to mlieko... a pritom ako každá matka si myslím, že vie, či má, či nemá... ale keď som aj hovorila, že nemám dosť, načo to dieťa, akože tak to nebrali, niektoré, že skúšajte, veď treba, a na druhú stranu boli tam sestričky, ktoré mi dovolili dať tej malej to umelé mlieko.* /Rozhovor 3/

3.2.13. Zhrnutie

Počas rozhovorov so ženami o ich skúsenostiach s pôrodom v nemocničnom zariadení bola veľmi silne prítomná normalizácia nerešpektujúceho správania sa zdravotníckeho personálu. Ženy, s ktorými sme uskutočnili hĺbkové rozhovory, opisovali viaceré skúsenosti a situácie z pôrodnice, ktoré považovali za nerešpektujúce a dehonestujúce. Zároveň však možno konštatovať, že si ženy v niektorých prípadoch neboli dostatočne vedomé svojich práv ako pacientok, resp. klientok zdravotníckych zariadení, resp. že bolo pre ne extrémne ťažké si v situácii prebiehajúceho pôrodu tieto práva uplatňovať. K nerešpektujúcemu správaniu veľmi silne prispievalo aj popieranie autonómie žien, resp. tlačenie žien do roly pasívnych prijímateliek predstáv, požiadaviek a postupov zdravotníckeho personálu, hierarchizácia postavenia žien – pacientok/klientok a jednotlivých osôb zdravotníckeho personálu a symbolická aj reálna moc v rukách zdravotníckeho personálu v situácii extrémnej zraniteľnosti a odkázanosti žien na tento personál.

3.3. Právo na informácie a informovaný súhlas

3.3.1. Podpis formulára informovaného súhlasu

Dostupnosť informácií počas procesu pôrodu značne ovplyvňuje pohodlie, istotu a pocit bezpečia rodiacej ženy. Z uskutočneného výskumu vyplýva, že po príchode žien do nemocnice im bol pri prijatí predložený na podpis **formulár informovaného súhlasu**, ktorého podpisom rodiaca žena dáva súhlas s tým, že zdravotnícky personál môže vykonať zákroky, ktoré počas pôrodu vyhodnotí ako potrebné. Podpísaniu súhlasu by však malo predchádzať dôkladné poučenie o tom, čo žena podpisuje a s čím konkrétne svojím podpisom vyjadruje súhlas. Aj písomne daný súhlas možno kedykoľvek odvolať.

Na základe uskutočneného výskumu možno povedať, že je značne rozšírená absencia aktívneho informovania rodiacich žien. Zároveň je podpísanie tzv. informovaného súhlasu zdravotníckym personálom vnímané ako rutinný úkon bez potreby bližšieho vysvetľovania jeho obsahu rodiacej žene. Týmto je jasne **porušované právo žien na informácie, informovaný súhlas, odmietnutie navrhovaného postupu a rešpektovanie osobnej voľby**.

Všetky respondentky, s ktorými sme uskutočnili rozhovory, sa vyjadrili, že si neboli vedomé, na čo dávajú svojím podpisom súhlas a čo presne podpisujú. Zároveň opisovali, že nemali čas sa venovať podrobnejšiemu čítaniu predloženého formulára, keďže im bol daný v čase, keď prebiehala už prvá (bolestivá) pôrodná doba. Niektoré ženy si na podpísanie informovaného súhlasu nepamätali, keďže sa práve sústredili na prežívanú bolesť. Podpisovanie informovaného súhlasu ženy opisovali ako formalizované podpísanie dokumentu, ktorý nepoznali a ktorého obsah im nebol priblížený.

> *Počas kontrakcie, jak som tam ležala na posteli, tak mi sestrička dala podpísať asi tri papiere, že tu to podpíšte, že súhlasíte s pôrodom.* /Rozhovor 1/

> *Teda, neviem, či si to niektoré ženy pamätajú, ale akože ja v tom, že idem rodiť, ja som to rýchlo podpisovala, snažila som sa čo najskôr dostať tam do tej pôrodnej sály.* /Rozhovor 3/

> *To mi dávala s tým, že rýchlo, už toto je, tuto vás prijíma, toto podpíšte, tuto podpíšte. Nemala som čas vôbec si to preštudovať. Bolo to fakt len také rýchlo, rýchlo, rýchlo.* /Rozhovor 4/

> *Niečo som podpisovala, ale ani som nevedela, čo to je.* /Rozhovor 5/

> *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.* /Rozhovor 8/

V zmysle zákona o zdravotnej starostlivosti sa na poskytovanie zdravotnej starostlivosti vyžaduje informovaný súhlas.[256] Podobne Európsky súd pre ľudské práva zdôrazňuje, 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"[257].[258] ESĽP 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**"[259].

To, čo je v praxi spôsobilé zabezpečiť zapojenie rodiacich žien (ale aj akýchkoľvek iných osôb pri prijímaní zdravotnej starostlivosti) do rozhodovacieho procesu tak, aby boli v dostatočnej miere zabezpečené ich záujmy a práva, je vyjadrené v koncepte poučenia a informovaného súhlasu obsiahnutého v slovenskom zákone o zdravotnej starostlivosti. V zmysle tohto zákona je informovaný súhlas „preukázateľný súhlas

[256] Pozri § 4 ods. 4 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.

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

[258] K možnostiam a právnym náležitostiam poskytovania zdravotnej starostlivosti bez informovaného súhlasu pozri právny komentár v kapitole 3.2.6.

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

s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, ktorému predchádzalo poučenie podľa […] zákona [o zdravotnej starostlivosti]"[260], prípadne odmietnutie tohto poučenia[261]. Povinnosť poskytnúť poučenie znamená, že „[o]šetrujúci 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"[262]. Poučenie musí byť poskytnuté „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"[263]. Informovaný súhlas by mal tiež spĺňať aj všeobecné náležitosti pre platnosť právnych úkonov zakotvené v Občianskom zákonníku[264], konkrétne najmä slobodu a vážnosť vôle osoby, ktorá tento súhlas dáva[265], neexistenciu omylu na jej strane[266] a určitosť a zrozumiteľnosť tohto súhlasu[267]. Každý, kto má právo dať informovaný súhlas, má aj právo tento súhlas kedykoľvek slobodne odvolať.[268]

Aj zo skôr uvedených náležitostí pre informovaný súhlas s jednotlivými úkonmi pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti jasne vyplýva, že na to, aby takýto súhlas mohol byť skutočne informovaný a celkovo platný, nepostačuje získanie podpísaného formulára bez toho, aby jednotlivé aspekty zdravotnej starostlivosti boli s jej prijímateľkou dostatočne, zrozumiteľne a ohľaduplne komunikované a aby bol poskytnutý potrebný čas a priestor na jej slobodné rozhodnutie, ale aj na prípadné následné slobodné odvolanie skoršie daného súhlasu. Dostatočnou komunikáciou pritom zďaleka nie je iba poskytnutie možnosti prečítať si predpripravený formulár (ktorý je navyše paušálne pripravený pre širší okruh potenciálnych prijímateliek zdravotnej starostlivosti a nezohľadňuje individuálne priania a potreby), ale najmä interakcia a nepretržitá komunikácia, ktorá sa vstupom na pôrodnícke oddelenie nekončí, ale iba začína, a ktorá nie je jednosmerná a mocensky nevyvážená, ale dvojsmerná a rovnocenná. Inými slovami, princípom informovaného súhlasu – obzvlášť pri fyziologickom vaginálnom pôrode, ktorý nie je procesom s exaktným šablónovito vymedzeným medicínskym postupom, resp. medicínskymi intervenciami – nie je pasívne prijímanie návrhov alebo „hotových riešení" predostretých zdravotníckym personálom, ale možnosť aktívne a slobodne sa rozhodovať s kvalifikovanou a rešpektujúcou asistenciou tohto personálu. Ak je získavanie „informovaného súhlasu" obmedzené na získanie podpisu na predpripravenom formulári, často bez toho, že by dotknutá osoba vedela, čo podpisovala a čo to pre ňu znamená, alebo bez toho, že by s tým bola stotožnená a/alebo mala nad tým v priebehu pôrodu kontrolu, nejde o zákonný a práva rešpektujúci postup.

---

260 § 6 ods. 4 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.

261 Pozri tamtiež.

262 § 6 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.

263 § 6 ods. 2 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.

264 Pozri napríklad aj ŠUSTEK, P. – HOLPAČEK, T.: *Informovaný súhlas*. Praha : ASPI, 2007, s. 27 – 28.

265 § 37 ods. 1 zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník.

266 § 49a zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník.

267 § 37 ods. 1 zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník.

268 § 6 ods. 8 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.

3.3.2. Informovanie rodiacich žien počas pôrodu

Vo všeobecnosti rodiace ženy pociťovali nedostatok informácií počas celého procesu pôrodu. Absencia informácií bola sprevádzaná aj nerešpektujúcim správaním zdravotníckeho personálu. Možno povedať, že v tomto ohľade sa **zdravotnícky personál k ženám správal ako k objektom bez schopnosti samostatne konať a rozhodovať o sebe, svojom tele a postupoch, ktoré boli navrhnuté**. Ženy sa často stretávali s reakciami, ktoré spochybňovali ich úsudok, priania a pocity. Súčasne je dôležité poznamenať, že ani v jednom prípade rodiacej ženy zdravotnícky personál iniciatívne nezisťoval, aké predstavy o pôrode žena má a aké úkony preferuje, resp. nechce.

> *… [U]ž aj keď som bola na prehliadke tej pôrodnice, tak som sa pýtala nejaké otázky tej sestričky, ale ona len tak prevrátila vtedy očami a pozrela sa na môjho muža a povedala niečo také, že to bude ťažké. Proste že mám veľa zbytočných otázok a … čo ma do toho.* /Rozhovor 11/

> *Našťastie som narazila na takých dobrých špecialistov, že oni boli príjemní, ale žeby nejako ma informovali, čo bude nasledovať a čo sa bude diať, tak to nie.* /Rozhovor 4/

> *Ony sa v podstate ani veľmi nestarali, nechali ma tam aj dosť dlhú dobu samú. Nemala som pocit, že by ma nejako často chodili kontrolovať. Skôr sa mi stalo, že som párkrát na nich musela kričať, keď sa mi niečo nezdalo alebo keď som mala nejaké problémy. Lebo sestričky si tam trkotali a doktorka za mnou chodila ma pozrieť, že ako sa mám, ale nekomunikovala so mnou o tom, čo sa bude diať a ako sa bude diať počas pôrodu.* /Rozhovor 2/

> *… [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…* /Rozhovor 11/

> „Je dôležité mať na pamäti, že informovaný súhlas nie je podpis, ale proces komunikácie a interakcie."
>
> **FIGO, 2012**[269]

[269] *ETHICAL ISSUES IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY by the FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health*. London : FIGO, 2012, s. 15 ods. 5. Dostupné na: http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/ethics/English%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%20and%20Gynecology.pdf (posledná návšteva dňa 31. 3. 2015)

Diskomfort a strach aj vďaka nedostatku informácií o procese pôrodu opisovalo viacero žien – najmä prvorodičiek, ktoré nevedeli, čo sa deje, v akom štádiu je pôrod a koľko bude ešte trvať. Súčasne nevedeli, či to, čo pociťujú a prežívajú, je „normálne" alebo sa deje niečo vážne. Aj to podľa ich slov narúšalo ich pokoj a komfort počas pôrodu. Viaceré ženy zároveň očakávali od zdravotníckeho personálu podporu a pomoc pri pôrode – mnohé však opísali komunikáciu s pôrodníkom/pôrodníčkou a pôrodnými asistentkami ako neľudskú a neempatickú.

> *Ja som stále čakala nejakú takú motiváciu, ktorá nedošla … že mi povie tá doktorka, že už vidí hlavičku… To negatívne bolo všetko, a úplne najviac bol ten strach, nevedela som, čo sa deje, tá neinformovanosť v tej fáze tlačenia, ten obrovský strach … o synov život, o môj.* /Rozhovor 1/

> *Oni tú najširšiu časť hlavičky nevedeli dostať a prišiel tam aj ďalší lekár, museli ho teda aj vákuovkou povytiahnuť… Bol vcelku veľký stres, lebo po sebe aj kričali, ona* [lekárka] *kričala na toho druhého lekára… Takže môj muž bol zídený z krvi…, on mi hovoril, že to bolo úplne strašné preňho… z toho pôrodu mám pocitovo taký zážitok, že nevedela som vôbec, či je moje dieťa v poriadku, … ja som nevedela, či žije, … to som tam v podstate aj vykríkla, že či je v poriadku. Nepovedali mi, že či sa ide vákuovkou ťahať, to som absolútne nevedela, že aký vysávač to tam berú. Nepovedali mi, že ma idú nastrihnúť, že mi pichli oxytocín. Neupozornila ma na to, že môžu byť silnejšie – teda tie sťahy maternice, že mám byť na to pripravená…* /Rozhovor 2/

> „Každá žena má právo na pozitívnu pôrodnú skúsenosť a dôstojnú empatickú starostlivosť počas pôrodu, a to aj v prípade, ak nastanú komplikácie."
>
> **FIGO, 2014**[270]

Nedostatok informácií o pôrode pociťovali ženy nielen počas pôrodu, ale aj po pôrode. Niektoré respondentky opisovali, že sa informácie o priebehu pôrodu dozvedeli od druhej osoby – od partnera, inej sprevádzajúcej osoby alebo z rozhovoru zdravotníckeho personálu, prípadne až po pôrode z vlastnej zdravotnej dokumentácie, prepúšťacej správy.

> *Malého som nevedela dobre vytlačiť a povedala mi gynekologička potom, vlastne mojej mame to povedala, ani nie mne, že sa mi zasekol do pôrodných ciest, takže sa nevedel stadiaľ dostať.* /Rozhovor 2/

> *Ako mňa nastrihli, ešte potom som sa dodatočne roztrhla, potom dcéru nemohli dostať von. Najprv išlo vákuum, nešlo to, tak potom použili kliešte, o ničom z toho mi nepovedali. Ja som o ničom z toho nevedela, toto viem vlastne len vďaka tomu, že som si prečítala potom prepúšťaciu správu a jedna sestrička manžela aj informovala…* /Rozhovor 7/

[270] FIGO, WHO, WRA, ICM, IPA: Mother-baby friendly birthing facilities. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 128, 2015, s. 95 – 99. Dostupné na: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013 (posledná návšteva dňa 21. 02. 2015).

> *A informácie, veľa som získala, čo sa rozprávali oni medzi sebou, aj o tom šití… Lebo oni sa medzi sebou o tom rozprávali … nie mne.* /Rozhovor 8/

> *Som hovorila, však skúsme ešte počkať dva-tri dni… ale on* [lekár] *už nechcel… On mi ani nepovedal, že prečo nechce, aby som šla domov, ale kamoška mi prečítala vlastne tú jeho lekársku správu a tam bolo napísané, že som mala prezretú placentu…* /Rozhovor 9/

> „Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti pri pôrode musia byť oboznámení s podpornými aj medicínskymi úlohami a vykonávať oba druhy týchto úloh kompetentne a citlivo. Jednou z podporujúcich úloh profesionála je poskytovať žene také množstvo informácií a vysvetlení, aké ona vyžaduje a potrebuje."
>
> **WHO, 1996**[271]

3.3.3. Úkony bez informovaného súhlasu

V nemocniciach možno pozorovať **všeobecný sklon k intervenciám do priebehu pôrodu**, a to aj v prípadoch, resp. v miere, ktoré sa nejavia ako nevyhnutné.

Ženy v rozhovoroch navyše zdôrazňovali, že v súvislosti s intervenciami pri pôrode pociťovali **nedostatok informácií počas samotného priebehu pôrodu**. Išlo teda o zásadné intervencie vykonané **bez informovaného súhlasu rodiacich žien**, obzvlášť za okolnosti, že rodiace ženy o týchto úkonoch neboli informované ani pri podpise formulára tzv. informovaného súhlasu po príchode do nemocnice a ani v nijakom inom štádiu. O viacerých úkonoch, ktoré boli zdravotníckym personálom vykonané (prepichnutie vaku blán, nastrihnutie hrádze, aplikovanie oxytocínu atď.), sa rodiace ženy dozvedeli až spätne po ich vykonaní. Viaceré rodičky tiež potvrdili, že informácie v súvislosti s týmito úkonmi im boli podávané veľmi selektívne.

Informovaný súhlas je nevyhnutnou podmienkou na každý zásah počas pôrodu, resp. všetky činnosti zdravotníckeho pracovníka alebo pracovníčky – vrátane drobných a neinvazívnych.[272] Podmienka informovaného súhlasu s **každou** intervenciou, resp. činnosťou vykonávanou v rámci zdravotnej starostlivosti vyplýva jednak zo všeobecných zákonných požiadaviek na informovaný súhlas s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a na poučenie, ktoré mu musí predchádzať[273], ale aj zo všeobecných právnych požiadaviek na platnosť právnych úkonov zakotvených v Občianskom zákonníku. Jednou z týchto všeobecných požiadaviek na platnosť právnych úkonov je aj ich určitosť. V oblasti

---

[271] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 13. Dostupné na: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1 (posledná návšteva dňa 16. 12. 2014).

[272] Pozri napríklad aj ŠUSTEK, P. – HOLPAČEK, T.: *Informovaný súhlas*. Praha : ASPI, 2007, s. 39. K možnostiam a právnym náležitostiam poskytovania zdravotnej starostlivosti bez informovaného súhlasu pozri právny komentár v kapitole 3.2.6.

[273] Pozri § 4 ods. 4 a § 6 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.

zdravotnej starostlivosti požiadavka určitosti znamená jednak to, že osoba prijímajúca túto starostlivosť vedela, s čím konkrétne dáva svoj súhlas, a jednak, že z prejavu jej vôle možno odčítať, že s konkrétnym úkonom, ktorý sa má vykonať, súhlasí (resp. že zo súhlasu osoby je možné jednoznačne vyvodiť, na ktoré úkony sa vzťahuje).[274] Hoci pri niektorých zásahoch postačuje konkludentný súhlas (t. j. taký, ktorý nemusí byť písomný ani výslovný, ale zo všetkých okolností jasne vyplýva, že dotknutá osoba súhlasí), mnohé zásahy, najmä invazívne, si vyžadujú písomnú formu. Samotná existencia „súhlasu", resp. podpisu dotknutej osoby na formulári, však pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti na zákonnosť získavania súhlasu a tým pádom jeho platnosť nestačí. Podstatné totiž je, či boli splnené všetky náležitosti pre tento súhlas – t. j. či mu predchádzalo adekvátne informovanie („poučenie"), či na jeho získanie nebol vyvíjaný nátlak, či mala dotknutá osoba dostatočný čas a priestor sa preň slobodne rozhodnúť, či jej boli ponúknuté alternatívy atď.[275] Pri prijímaní zdravotnej starostlivosti navyše platí, že každý, kto má právo dať informovaný súhlas, má právo tento súhlas aj kedykoľvek slobodne odvolať[276] (pričom toto odvolanie možno v princípe urobiť aj konkludentne). Zákon na odvolanie súhlasu nevyžaduje nijakú konkrétnu formu (a ani nemôže, pretože napríklad požiadavka písomnosti by predstavovala neprekonateľnú bariéru pre odmietnutie nežiaducich zásahov a iných činností pri práve prebiehajúcej zdravotnej starostlivosti – čo pri pôrodoch, kde sú ženy v obzvlášť zraniteľnej pozícii a nemajú možnosť jednotlivé úkony „odložiť", resp. zmeniť poskytovateľa, platí obzvlášť vypuklo). Práve preto by sa zdravotnícki pracovníci a pracovníčky mali pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (nielen) pri pôrodoch po celý čas uisťovať, že túto starostlivosť poskytujú so súhlasom svojich klientok – a to aj v prípade, že si dôsledne splnili svoju povinnosť poskytnúť o poskytovanej zdravotnej starostlivosti dostatok informácií („poučenie") a že na poskytnutie zdravotnej starostlivosti získali hneď na začiatku jej poskytovania písomný súhlas.

> *Ona* [lekárka] *to tak brala, že sú informácie, ktoré poviem, a sú informácie, ktoré už tá mama nemá počuť, proste tak selektívne to brala, taký som z toho mala pocit no.* /Rozhovor 5/

> *... [C]hodila ma doktorka pozerať, o nejakej tretej bola už z toho taká nervóznejšia, tak mi skúsila ten Hammiltonov hmať*[277]*, to bolo veľmi, ehm, nepríjemná skúsenosť, akože nepovedala mi, že to bolo ono, nemám to ani nikde potvrdené, ale z toho, ako mi to opisovali, ako sa to robí a ako to veľmi bolí, tak som bola presvedčená, že to bolo to. Ale ona so mnou nekomunikovala, že čo sa bude diať.* (V: Vôbec vám to nepovedala, že čo, aký má zámer?) *Nie, len že tomu pomôžeme. Pomôžeme, aby sa to rozbehlo, lebo to nejde tak, ako by som si predstavovala, takže tomu pomôžeme, v ambulancii*

[274] Pozri aj ŠUSTEK, P. – HOLPAČEK, T.: *Informovaný súhlas*. Praha : ASPI, 2007, s. 35.

[275] Pozri najmä § 4 ods. 4 a § 6 ods. 1, 2, 4 a 5 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.

[276] § 6 ods. 8 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.

[277] Hammiltonov hmat/manéver patrí medzi chirurgické metódy vyvolania pôrodu. Robí sa počas vaginálneho vyšetrenia, jedným alebo dvoma prstami, krúživým pohybom a cieľom je porušiť spojenie dolného segmentu maternice s plodovými obalmi. Predpokladá sa, že kontrakcie (vzápätí alebo do niekoľko 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, 2004, s. 172.

*na stole… /*Rozhovor 2*/*

> *On* [syn] *mal veľkú hlavičku, tak on akoby nebol úplne v panve umiestnený. Ten pôrodník sa stále snažil ten krčok roztiahnuť až tak, aby mu vlastne natiahol ten krčok na jeho hlavičku. A to bolo najhroznejšie, asi ešte hroznejšie ako pôrod. … Ale hovoril teda, že to musí robiť, aby to teda urýchlil. … Ja som myslela, že to asi už nezvládnem, asi by bola najlepšie pre mňa sekcia… A vtedy mi prišiel strašne taký, že aj tie slová predtým, čo hovorila tá gynekologička, keď som bola v tej poradni, že mladí pôrodníci radi rodia veľké deti prirodzene. A mne to potom už stále v hlave rezonovalo, že niečo si dokazuje… Takže ja som bola úplne vynervovaná. … Neviem, na nič sa nepýtali. Všetko robili bez môjho súhlasu a súhlas si ani nepýtali, všetko to bolo také, že robíme to podľa seba. /*Rozhovor 4*/*

Absentujúce informovanie rodiacej ženy sa týkalo aj **aplikácie rozličných medikamentov počas pôrodu**. Viaceré ženy nevedeli, či im počas pôrodu bolo niečo aplikované alebo nie, resp. aký medikament a z akého dôvodu.

> *A v momente infúzka, analgetiká, nehovorili mi dopredu, čo mi dávajú. Ja som sa ich pýtala, ale stále tam do mňa niečo len hučali a stále niečo riešili. /*Rozhovor 1*/*

> *Sestrička mi dávala infúzku bez toho, že by mi hovorila, čo to je, tak som sa ohradila, tak bola na mňa taká, že čo si to dovoľujem zase, že to všetkým dávame. To bola jej odpoveď. /*Rozhovor 14*/*

Aj **počas gynekologického vyšetrenia** boli podľa opisov žien vykonávané úkony, s ktorými neboli oboznámené a ktoré **boli taktiež vykonané bez ich súhlasu**.

> *Ja som povedala, že nechcem epidurál a že nechcem vyvolávačku… Tak tam bola taká sestrička, ktorá sa na mňa tak pozrela: „Ja by som bez epidurálu rodiť nešla!" To bola taká prvá vec, ktorá ma tak vlastne prekvapila. A potom on* [lekár] *zavolal nejakej lekárke, aby … skontrolovala, že či je to vhodné na vyvolávačku. … A to bolo dosť nepríjemné. … Ja si myslím, že ona tak nejako chcela pomôcť – že chcela spraviť Hammiltonov hmat… bolo to veľmi bolestivé. /*Rozhovor 9*/*

> *Tak som povedala sestričke, že buď teda začínam rodiť, alebo potrebujem ísť na záchod. A ona mi ešte vlastne povedala, keď mi pichli tú epidurálku, tak on* [lekár] *mi vlastne pretrhol vak. To je taká dosť dôležitá informácia, ktorú so mnou nediskutoval. Iba to urobil, na nič sa ma nepýtal, urobil to. /*Rozhovor 9*/*

Veľmi častým a opakovaným úkonom bez informovaného súhlasu bol i **nástrih hrádze**, ktorý sa podľa dostupných štatistík na Slovensku vykonáva rutinne (bližšie pozri kapitolu 3.2.7.) a, ako potvrdili aj rozhovory s respondentkami, aj bez súhlasu rodiacich žien.

> *Doktorka ma nastrihla bez môjho vedomia, strašne to štípalo a ja som vtedy otvorila oči, že čo sa deje, som sa opýtala, no nastrihla som vás, s úsmevom na tvári… /*Rozhovor 1*/*

> *No, napríklad ani to šitie, veď som nevedela, že ma nastrihli. Nebola tam taká tá informovanosť, že ideme toto spraviť. Ani ten oxytocín si na sto percent nepamätám, že by mi povedali, že idú zaviesť. Automaticky všetko robili. /*Rozhovor 15*/*

3.3.4. Úkony proti vôli a nesúhlasu žien

Viaceré ženy pri prijímaní do nemocnice deklarovali smerom k zdravotníckemu personálu svoj postoj k niektorým úkonom počas pôrodu, ktorých vykonanie si jednoznačne neželajú. Napriek tomu sme v rozhovoroch zaznamenali **viacero praktík, ktoré boli uskutočnené proti vôli a nesúhlasu žien**. Takýto postup možno označiť za **porušenie práv žien** na informovaný súhlas, odmietnutie navrhovaného postupu a rešpektovanie osobnej voľby. Takýto postup je navyše nerešpektovaním integrity žien a ich práva na súkromie. Pri invazívnejších zásahoch – ako napríklad tzv. Hammiltonovom hmate či nástrihu hrádze – navyše vykazuje znaky krutého a neľudského zaobchádzania.

> *Napríklad mala som tam, že by som tam, že si neželám, aby mi praskli tie plodové obaly. A to v podstate 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, že to by aj tak samotné prasklo… /*Rozhovor 5*/*

V prípade aplikovania kanyly výskumné rozhovory ukazujú, že ženám bola často aplikovaná kanyla aj proti ich vyslovenému nesúhlasu.

> *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. /*Rozhovor 10*/*

Na rodiace ženy bol často **vytvorený tlak**, keď napriek ich vyslovenému nesúhlasu im boli vykonané úkony ako napichnutie kanyly, nastrihnutie atď.

> *Doktorka ma vyhrešila, lebo som povedala, že nechcem napichovať kanylu do žily, že nepotrebujem, že chcem už rodiť. /*Rozhovor 8*/*

3.3.5. Zhrnutie

Opisy pôrodných skúseností žien prierezovo poukazujú na porušovanie práva žien na informácie, informovaný súhlas, odmietnutie navrhovaného postupu a rešpektovanie osobnej voľby. Rodiace ženy pociťovali nedostatok informácií počas celého procesu pôrodu a aj po ňom. Absencia informácií bola sprevádzaná aj nerešpektujúcim správaním zdravotníckeho personálu. V rozhovoroch bola značne rozšírená absencia aktívneho informovania rodiacich žien. Podpisovanie formulára tzv. informovaného súhlasu vnímali ženy ako rutinný úkon zo strany zdravotníckeho personálu bez potreby bližšieho vysvetľovania jeho obsahu rodiacej žene.

Ženy v rozhovoroch zdôrazňovali, že pri pôrode pociťovali nedostatok informácií aj v súvislosti s intervenciami do priebehu pôrodu. Išlo o intervencie vykonané bez informovaného súhlasu rodiacich

žien. Rodiace ženy o týchto úkonoch neboli informované ani pri podpise formulára tzv. informovaného súhlasu po príchode do nemocnice a ani v nijakom inom štádiu. Výskumné rozhovory zaznamenali aj praktiky a intervencie, ktoré boli uskutočnené proti vôli a nesúhlasu žien – a to aj napriek tomu, že viaceré ženy svoj odmietavý postoj k niektorým úkonom počas pôrodu pri prijímaní do nemocnice smerom k zdravotníckemu personálu deklarovali.

3.4. Právo na súkromie a na ľudskú dôstojnosť

S právom na súkromie, resp. na ochranu súkromného a rodinného života sú neoddeliteľne späté aj ďalšie ľudské práva žien, najmä právo na dôstojné zaobchádzanie, ktoré je charakterizované o. i. aj tým, že rešpektuje a podporuje osobnosť, subjektivitu, autonómiu a integritu žien vo všetkých fázach pôrodu. 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 by malo patriť k jej základným komponentom. 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.[278] Podľa odporúčaní WHO pre dobrú prax starostlivosti v priebehu normálneho pôrodu je zabezpečenie súkromia rodiacej žene jedným z kľúčových postupov, a to pred aj v priebehu pôrodu. 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.[279] 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 najperifémejšej možnej úrovni, na ktorej je pôrod uskutočniteľný a bezpečný a kde sa žena cíti iste a bezpečne, za praktiky kategórie A, teda praktiky, ktoré sú jednoznačne prospešné a ktoré by mali byť podporované.[280]

> „Každá žena má právo, aby sa k nej personál zariadenia správal dôstojne a s rešpektom, a to bez ohľadu na jej zázemie, zdravotný alebo sociálny status. Toto zahŕňa, ale nie je limitované na ženy, ktoré sú mladé, staršie, osamelé, chudobné, nevzdelané, HIV pozitívne alebo členky minority vo svojich komunitách."
>
> **FIGO, 2014**[281]

Výskumné zistenia naznačujú, že v prostredí Slovenska patria nedostatky v rešpektovaní práva na súkromie a ľudskej dôstojnosti k negatívnym aspektom pôrodnej starostlivosti v nemocniciach, a teda aj pôrodnej skúsenosti rodiacich žien.

---

[278] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : 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. 12. 2014).

[279] Tamtiež, s. 10.

[280] Tamtiež, s. 34.

[281] FIGO, WHO, WRA, ICM, IPA: Mother-baby friendly birthing facilities. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 128, 2015, s. 95 – 99. Dostupné na: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013 (posledná návšteva 21. 02. 2015).

Nedostatočné zabezpečenie práva na súkromie, aj v spojení s právom na dôstojné zaobchádzanie, sa vo výskumných rozhovoroch objavilo vo všetkých fázach pôrodu od prvej doby pôrodnej až po obdobie bezprostredne po pôrode, ktoré trávia ženy s novorodencom v nemocničnom zariadení. Je možné konštatovať, že každá z nemocníc zastúpených vo výskumnej vzorke vytvárala vo vzťahu k súkromiu a intimite rodiacim ženám rozdielne podmienky a ponúkala iný štandard. V tejto súvislosti je preto pomerne komplikované hovoriť o nejakom „bežnom štandarde podmienok", keďže to, čo bolo v jednej pôrodnici považované za štandard, bolo v inej nadštandardom. Zároveň sa v každom rozhovore objavili z hľadiska práva na súkromie a odporúčaní WHO neuspokojivé podmienky – aspoň v niektorej z fáz pôrodu.

> „Schopnosť ženy zdravo porodiť a starať sa o svojho novorodenca je významne ovplyvnená pozitívnym pôrodným prostredím."
>
> **FIGO, 2014**[282]

Typologicky mali limity v dodržiavaní práva na súkromie podobu fyzických a materiálnych podmienok, ktoré nemocnice rodiacim ženám (ne)vytvárali, a zároveň mali podobu súkromie porušujúceho prístupu zdravotníckeho personálu k ženám. V nasledujúcej podkapitole sa pozrieme na limity v prístupe k súkromiu v porovnaní so štandardmi definovanými WHO a s ľudskoprávnymi štandardmi, a to chronologicky podľa jednotlivých fáz pôrodu.

3.4.1. Právo na súkromie v prvej dobe pôrodnej

V prvej dobe pôrodnej sa v rozhovoroch so ženami **objavovali limity v prístupe k súkromiu počas času stráveného na „čakačke"**. V tejto fáze pôrodu **pôsobila** na ženy **rušivo prítomnosť iných žien**, ktoré prežívali kontrakcie, ale **negatívne pôsobila aj miestnosť** vo všeobecnosti – jej rozmery, vybavenie. Ženy zdôrazňovali aj to, že im **chýbala možnosť prítomnosti sprevádzajúcej osoby** počas celej tejto fázy (viac k sprevádzajúcim osobám pozri v kapitole 3.4.3.). Celkový rušivý dojem z prvej fázy pôrodnej bol umocňovaný spôsobom monitorovania oziev dieťaťa (pozri kapitolu 3.2.1.).

> *Počas pôrodu mi chýbalo súkromie, presne takého toho vnútorného nastavenia. Pretože keď ste na tej „vzdychárni" s ďalšími štyrmi ženami, nemáte šancu sa na seba nejako sústrediť. Už ste vtedy v takom tom strese, že čo sa bude diať, že teraz bude toto a teraz bude hento. A už je vám zle, proste potrebujete buď ležať, alebo spať, alebo sa sprchovať, to je jedno. Proste nemáte tam na to priestor.* /Rozhovor 9/

Táto skúsenosť sa opakovala aj u iných rodiacich žien.

> *Spätne to hodnotím, že som vôbec nebola zosynchronizovaná, nevedela som sa ukľudniť.* (V: Viem, že ste mali aj nejaký pocit paniky.) *Hej, pretože keď som bola na tej čakačke, tak najprv som bola sama, potom tam prišla jedna alebo dve a to bola miestnosť... Ja si neodvažujem povedať rozmery, ale na šírku to bola posteľ, ulička, posteľ a na dĺžku to boli dve postele a možno stolík a potom už bola sprcha. To bola*

[282] Tamtiež, s. 95 – 99.

jediná výhoda, že tam bol sprchovací kút, ale proste stiesnené priestory. Ja nie som typ človeka, niektoré ženy sa tam prechádzali po tej malej chodbičke. Ale ja zase sa hanbím pred cudzími nejako, lebo tam bolo ticho, tie ženy boli úplne ticho. A boli bez epidurálky a akože ja si potrebujem zavzdychať, som taký typ človeka. Takže ja som sa hanbila a držala v tej miestnosti, takže aj ten pocit stiesnenosti z tej miestnosti. /Rozhovor 14/

Nepostačujúca miera súkromia a intimity počas prvej doby pôrodnej vyúsťovala aj do snáh žien prežiť prvú dobu pôrodnú radšej v domácom prostredí a prísť do nemocnice až bezprostredne pred začiatkom druhej pôrodnej doby. Túto praktiku opisovali ženy, ktoré už za sebou mali jeden pôrod, ktorý bol pre ne negatívnym zážitkom, a preto chceli ďalší pôrod zažiť inak.

> *Ostala som do poslednej chvíle doma a nemuseli sme nikam utekať, nič závažné sa nedialo a v podstate som si to ukočírovala sama. Ešte som kopu vecí stihla cez deň, keď už som mala v podstate tie prvé kontrakcie, a večer som všetko nachystala dcére na dva dni a manželovi a ešte som sa snažila vyspať, čo už sa nedalo, a potom, keď už fakt som to nezvládala, tak som zavolala dule a boli sme tu a už v podstate, ako sa hovorí, o päť minút dvanásť sme utekali do nemocnice len vytlačiť dieťa.* /Rozhovor 14, opis druhého pôrodu/

Niektoré rozhovory ukázali, že vybavenie pôrodníc bolo v rozpore s informáciami, ktoré nemocnice deklarovali na webových stránkach. Aj napriek deklarovanému vybaveniu čakacích miestností nemali rodiace ženy k dispozícii také vybavenie a pomôcky, ktoré by im pomohli uľaviť od bolestivých kontrakcií v tejto fáze pôrodu.

> *No tvrdili, že budú, ale tým, že nás tam nechali samých, tak sme ich ani nemali od koho vypýtať. Čiže nás tam nechali úplne bez toho, že tam nebola ani na zem podložka, čo nám hovorili, že majú k dispozícii, aj fitloptu tvrdili, že majú k dispozícii, ale nikto tam nebol, a neviem, či sa to tam ako, vieš.. Boli sme nechaní sami.* /Rozhovor 7/

Za obmedzenie súkromia a intimity je možné považovať aj chýbajúci priestor na uloženie si osobných vecí, na vyšetrovanie žien s ohľadom na zabezpečenie súkromia a intimity a podobne.

> *Absencia akýchkoľvek prípravných tých paravanov alebo niečo, keď človek dorazí na to oddelenie, tam už pomaly aby polonahý behal. Nemám si ani kde odložiť nohavičky, papuče... Akože to bolo také divné.* (V: Kam ste si ich [nohavičky] potom odložili? Na zem? Alebo vedľa boxu?) *Keď som išla na vyšetrovňu v podstate na šľapky* [na zemi]. /Rozhovor 14/

Niektoré ženy v rozhovoroch poukazovali aj na skutočnosť, že s nimi počas prvej doby pôrodnej celý čas nemohli byť sprevádzajúce osoby (napríklad partner/manžel a iné sprevádzajúce osoby). V niektorých prípadoch mohla byť sprevádzajúca osoba prítomná iba v určitej časti tejto fázy, v iných prípadoch vôbec. Toto pravidlo je v úzkej súvislosti s priestorovými možnosťami pôrodnice, ako aj s internými postupmi a organizačnou kultúrou daného zariadenia. Respondentky ho vnímali ako narušenie intimity a práva na súkromie v kontexte rodinného života.

> *Najskôr ma nechali ležať na monitore samú 25 minút, manžela nevpustili dovnútra. No naňho zabudli na chodbe, on sa potom už aj dobíjal, no nikto mu neotváral. Mňa tam nechali, odišli a nechali ma na monitore, že sa nemám hýbať, čo ma dosť otravovalo.*

Potom prišli a vyplňovala som sama dotazníky, jeho stále nezavolali, nechali ho vonku na chodbe... A až potom neskôr poňho poslali a on povedal, že zvonil tam polhodinu a nikto mu neotváral. /Rozhovor 8/

Môj doprovod, moja mama, ktorá ale keď chcela ísť za mnou na to vyšetrenie a zobrať mi veci dajme tomu, tak bola odtiaľ vyhnaná, že tam nesmie ísť. /Rozhovor 10/

> „[Nemocnica priateľská k matkám a deťom] umožňuje všetkým rodiacim ženám podporu aspoň jednej osoby podľa jej voľby (napr. otec, partner/partnerka, rodinný príslušník/príslušníčka, priateľka alebo tradičná pôrodná asistentka, ak je to kultúrne vhodné), aby s ňou bola počas pôrodu."
>
> **FIGO, 2014**[283]

Pokiaľ sprevádzajúca osoba prítomná byť mohla, bolo to respondentkami zhodne vnímané ako veľké pozitívum tejto fázy pôrodu.

Tak manžel mohol byť so mnou, aj pri tej predpôrodnej dobe, takže to bola jediná taká pozitívna vec. /Rozhovor 7/

3.4.2. Právo na súkromie v druhej dobe pôrodnej

V druhej dobe pôrodnej identifikoval výskum **obmedzenia v prístupe k súkromiu v organizácii pôrodnej sály, v otočení pôrodných kresiel** smerom do uličky alebo k dverám, v **súkromí obmedzujúcom prístupe zo strany zdravotníckeho personálu** a v podobe **vstupovania neželaných osôb** do priestoru, kde sa pôrod odohrával.

Organizácia pôrodných miestností nezabezpečovala dôstojnú starostlivosť a právo na súkromie. Otvorenosť priestoru, v ktorom sa nachádzalo pôrodné kreslo, orientácia kresla smerom k dverám, ktoré boli navyše často otvorené, nezatiahnuté závesy, niekedy voľne priechodný charakter pôrodných miestností, kde bolo pôrodné kreslo orientované smerom do chodby, a teda rodiaca žena bola priamo viditeľná pre akúkoľvek prechádzajúcu osobu, voľná viditeľnosť rodiacej ženy zdravotníckym aj nezdravotníckym personálom, prístup osôb, ktoré neboli pri pôrode nevyhnutné alebo si ich rodiaca žena nepriala – sú jednoznačnými porušeniami práva na súkromie a na ľudskú dôstojnosť rodiacich žien. Zároveň môžu predstavovať aj obťažovanie na základe antidiskriminačného zákona ako osobitnej formy diskriminácie žien (bližšie pozri právny komentár v úvodnej časti kapitoly 3.5.). Napriek tomu sú najbežnejšou praxou.

(V: Popíšte, prosím, pôrodnú miestnosť, v ktorej ste rodili). *Klasika, okno bolo za hlavou, kolenami a prirodzením k dverám. Bola to najstaršia miestnosť...* /Rozhovor 14/

Mne sa zdalo, že tá pôrodná miestnosť bola prechodná, pretože vedľa bola ďalšia rodička, ktorú som počula, v podstate cez dvere, ak chodili cez moju pôrodnú sálu tam, kde som ja rodila... Tam boli otvorené dvere, z jednej aj druhej strany boli nonstop

283 Tamtiež, s. 95 – 99.

otvorené… Ono to bolo taký úzky slíž v podstate, slížovitá miestnosť a na konci bolo okno. Ja som vlastne mala pri okne hlavu a ten pôrodný stôl bol pozdĺž tej miestnosti a dvere boli na konci z tejto a z tejto strany a takto sa vlastne chodilo. /Rozhovor 2/

Niektoré výpovede žien ukazujú, že zdravotnícke zariadenie môže mať možnosť ovplyvniť rozsah súkromia a intimity rodiacich žien, keďže disponuje niektorými (aj keď vo viacerých prípadoch stále nepostačujúcimi) prvkami ako závesy či dvere, ktoré je možné zatvoriť. Pôrodný personál nemá žiaden legitímny dôvod tieto nástroje na ochranu súkromia nevyužívať. Nasledujúca výpoveď ukazuje, že hoci bol pri danom pôrode súčasťou pôrodného boxu aj záves, bol často odtiahnutý.

> *Je tam neviem, či štyri, päť alebo šesť tých boxov, ja si nepamätám, nie som si úplne istá. A je to fakt,* [sú to] *také koterce, sú to také vykachličkované. A všetko je tam vykachličkované. A takto ako máte tie boxy, tak sú pozaťahované takými závesmi – závesmi do sprchy. Ten záves je tam asi fakt, že len pro forma, lebo drvivú väčšinu toho času je odtiahnutý… Tam je pred tými kotercami taká chodbička. A jak je tá chodbička, tam je potom tiež vykachličkovaný taký ako keby taký pult a tam za ním sedia tí lekári a sestry. Čiže všetci vidia do týchto boxov. Čiže, ak tam nie je zatiahnutý záves, občas sa, jasné,* [meno manžela] *to zvykol zatiahnuť, ale väčšinou tam sa ľudia premávali a nechávali tie závesy. Čiže súkromie to nebolo také nejaké extrémne. Prijemné to nebolo, to bolo nemocničné prostredie.* /Rozhovor 12/

V tomto kontexte rozhovory ukazujú aj na ďalšie závažné aspekty porušovania práva na súkromie, a síce, že mnohé ženy si ho musia vynegociovať. Zdravotnícky personál totiž prístup k súkromiu často nepovažuje za podstatný a priania rodiacich žien v súvislosti s ním nevníma ako prioritu. Rodiace ženy, ktoré mali pred pôrodom spísané pôrodné priania, ako aj tie bez pôrodných prianí, museli často vyjednávať so zdravotníckym personálom zatvorenie otvorených dverí na chodbu, zatiahnutie závesu a podobne. Niekedy im bolo vyhovené, nebolo to tak však vždy. Pôrodný príbeh respondentky ukazuje, že si musela zatvorenie dverí „vybojovať".

> *Sestrička mi tam kázala vyskočiť na kozu pri otvorených dverách. Tak som jej povedala, že to snáď nie. Prišla a povedala, že toto ako nechápala, že čo si to dovoľujem. Prišla doktorka, tak som sa jej spýtala, že či to bežne robia. Samozrejme, že nie, zatvárame dvere. Sestrička okamžite, že no jasné, že to nerobíme, takže tak…* (V: Ale zatvorili tie dvere?) *Zatvorili tie dvere. Ja by som tam inak nevyliezla, neexistuje. Aj keď tam nikto nebol, ale je to absolútne nepríjemný pocit, ešte tá stolička bola otočená rovno k dverám.* /Rozhovor 14/

Pôrodná miestnosť, jej vybavenie či počet pôrodných kresiel v miestnosti záviseli aj od konkrétnej nemocnice, ako aj od toho, či si rodiaca žena priplácala tzv. nadštandardnú starostlivosť s tzv. nadštandardným pôrodným boxom, ktorý bol v samostatnej miestnosti. Túto nadštandardnú starostlivosť si respondentky želali z dôvodu zabezpečenia súkromia a väčšej intimity počas pôrodu. Medzi kritériami výberu konkrétnej pôrodnice, ktoré sa v rozhovoroch s respondentkami objavovali najčastejšie, bola napríklad možnosť priplatenia si nadštandardnej starostlivosti. Je možné konštatovať, že ak si mohli respondentky z finančného hľadiska nadštandard dovoliť, objavovala sa snaha vyhnúť sa „*štandardu*", ktorý pozostával z viacerých pôrodných boxov, spoločných izieb s dvomi a viac ženami v období po pôrode, spoločných toaliet na chodbách a podobne. Hoci nemali respondentky úplne jasnú predstavu o samotnom pôrode, mali predstavu o primeranej starostlivosti počas pôrodu a po pôrode. Ponúkaný štandard zväčša nebol považovaný za vyhovujúci (aj keď aj toto hľadisko sa

menilo vzhľadom na rôzne nemocnice a ich rôzne úrovne ponúkaného štandardu).

> *A celkovo som si* [pri výbere pôrodnice] *pozerala, že boli tam tie nadštandardné izby. Čo sa týka procedúr, všetky nemocnice to mali približne rovnaké, takže tam sa nedalo nejako medzi tým vyberať. Takže ten doktor a tie izby.* /Rozhovor 15/

> *Najviac mi odporúčali súkromné, najlepšie skúsenosti mali, ale to bolo drahé na moje pomery, tam je to celé platené v plnej sume, čiže som si vybrala tú, kde podľa odporúčaní a internetu by mali najviac vyjsť v ústrety mojim predstavám.* /Rozhovor 8/

Situácia, keď rodiacej žene, ktorá si vyslovene nadštandardné pôrodné lôžko z dôvodu súkromia želá a to je z kapacitných dôvodov v čase daného pôrodu voľné, vyhovené nie je, nebola v rozhovoroch výnimočná. Aj napriek prianiu, ochote a možnosti priplatiť si nadštandardné pôrodné lôžko teda žene vyhovené nemusí byť.

> *... Boli predelené plachtou. Neviem, či tam bola stena, možno tam boli steny, ale z tej chodby tam bolo vidieť. Akože neboli to samostatné izby, bola to jedna veľká miestnosť a tie pôrodné postele boli niečím... Možno aj stenou, a potom tam z tej prednej strany bola len nejaká plachta, ktorá sa dala zatiahnuť... A ja som povedala niekoľkokrát, že ja chcem ten nadštandardný pôrodný box, a tá odpoveď bola taká, že nie. Že im sa tam zle rodí a aj mne by sa tam zle rodilo. A stojí to peniaze. A ja že, ale ja to chcem! A stále bola tá odpoveď nie, že im sa tam zle rodí a aj mne by sa tam zle rodilo. A mám radšej niečo kúpiť malému, takže to som sa nechala.* /Rozhovor 1/

3.4.3. Súkromie v kontexte osôb prítomných počas pôrodu

Na súkromie a intimitu pôrodu má výrazný vplyv aj počet osôb, ktoré sú počas neho prítomné, a zároveň aj ich typológia – najmä z pohľadu, či ide o nevyhnutný asistujúci personál potrebný pre bezpečný priebeh pôrodu, alebo o prítomnosť osôb, ktoré by pri pôrode nemuseli byť. Odporúčania WHO pre dobrú a štandardnú starostlivosť počas pôrodov venujú tomuto aspektu pomerne veľkú pozornosť. Rodiaca žena potrebuje také prostredie, ktoré jej zabezpečuje súkromie a kde je počet asistujúcich osôb obmedzený na minimum.[284]

Na základe uskutočnených rozhovorov možno konštatovať, že pôrodov v zdravotníckych zariadeniach sa zúčastňuje široký okruh rôznorodých osôb. Ich celkový počet a typológia sa individuálne líšia pri každom konkrétnom pôrode, avšak pre každý sledovaný prípad bola typická prítomnosť minimálne pôrodníka či pôrodníčky a pôrodnej asistentky. Prítomnosť alebo neprítomnosť jednotlivých osôb reprezentujúcich zdravotnícky personál ženy v zásade nemohli ovplyvniť – okrem prípadov, ak si dopredu dohodli pôrodníka či pôrodníčku, a okrem niektorých prípadov účasti študentov a študentiek medicíny pri pôrode. V niektorých prípadoch však museli ženy akceptovať aj prítomnosť týchto osôb, keďže sa ich na ich súhlas nik priamo nepýtal a ani ich neinformoval.

V súčasnosti je už bežnou praxou mnohých nemocničných zariadení prítomnosť **sprevádzajúcich**

[284] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 13. Dostupné na: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1 (posledná návšteva dňa 16. 12. 2014).

osôb. Ide o sprevádzanie osobami, ktoré si rodiaca žena zvolí, s ktorými sa cíti dobre a ktoré jej poskytujú podporu. Takmer všetky rodiace ženy, ktoré sa zúčastnili výskumu – s výnimkou jedného pôrodu –, si prizvali k pôrodu sprevádzajúcu osobu: manžela/partnera, dulu alebo matku. Prítomnosť sprevádzajúcej osoby je však podmienená poplatkom, ktorý je nutné uhradiť nemocnici. Z hľadiska ľudských práv je tento postup diskriminačný voči všetkým ženám, keďže podmieňuje napĺňanie ich práva (na prítomnosť sprevádzajúcej osoby) v situácii, ktorá sa týka iba žien (pôrody) zaplatením poplatku. Tento postup zároveň osobitne diskriminuje hlavne ženy z ekonomicky znevýhodnených prostredí, pričom tieto ekonomické znevýhodnenia môžu byť zároveň podmienené alebo sprevádzané ďalšími znevýhodňujúcimi statusmi (príslušnosť k etnickej menšine, status migrantky, status samoživiteľky a pod.). Ženy s ekonomickými znevýhodneniami následne nemajú prístup k dôstojnej, primeranej a štandardnej zdravotnej starostlivosti počas pôrodu, spočívajúcej v umožnení prítomnosti sprevádzajúcej osoby.

Celkovo bola prítomnosť sprevádzajúcej osoby počas pôrodu v rozhovoroch hodnotená respondentkami pozitívne.

> *Bolo to určite veľmi dobré, z toho psychického hľadiska. Bol mi* [manžel] *veľkou oporou. Už len to, že v tom cudzom prostredí a v takých časoch, že človek, keď je v bolestiach a keď niekde je, ja som predtým nikdy v živote v nemocnici nebola, operáciu som nemala, takže pre mňa to bolo všetko strašne nové a hrozné. Takže určite bolo veľmi dobré, že tam bol, že sa o mňa staral, že mi trebárs len ruku držal alebo hocičo.* /Rozhovor 12/

> *No ja veľmi pozitívne. Mňa veľmi upokojil. Proste. Veľmi sa mi páčilo, že proste on prišiel a vlastne ja som povedala, že choď, prosím ťa, zaplatiť ten epidurál. A on naozaj. Si si istá, že to chceš? Že on už bol nastavený na ten prirodzený pôrod a vedel, že pre mňa to znamená veľmi veľa. Čiže on bol tam naozaj taká moja opora. Čiže keď som sa rozhodla pre to, a povedala som mu – choď ho zaplatiť, tak bol naozaj tam bez akýchkoľvek nejakých proste diskusií.* /Rozhovor 9/

Prítomnosť sprevádzajúcej osoby však nemusí byť vždy iba podpornou a pozitívnou skúsenosťou. Aj počas pôrodu vystupuje zo psychologického hľadiska do popredia dynamika intímnych či rodinných vzťahov, ktorá môže byť pre pôrod problematická alebo v ktorej sa môžu vyskytovať prvky násilia. **Malo by byť preto vždy na slobodnom rozhodnutí ženy, koho si podľa svojho slobodného uváženia ako sprevádzajúcu osobu prizve.** V jednom prípade rodiaca žena opisovala negatívny vplyv prítomnosti manžela, ktorý sa počas priebehu pôrodu správal sexisticky, mocensky a násilne a prispel tak k traumatickému zážitku z pôrodu.

Hoci sprevádzajúca osoba bola prítomná pri takmer každom z pôrodov, ani v jednom prípade nemohla byť s rodiacou ženou po celý čas. Sprevádzajúce osoby napríklad „vybavovali" administratívne záležitosti (napríklad úhradu epidurálnej analgézie), sprostredkúvali komunikáciu žien s personálom či nemohli byť prítomné pri vstupnom vyšetrení alebo počas prvej doby pôrodnej.

> *A pýtali sa ma, či mám zaplatený epidurál. Takže som ešte musela zavolať* [manželovi], *nech zbehne dole, nech zaplatí epidurál. Pre prípad, keby som to chcela. A ja už v tom stave som to aj chcela, lebo už som nevládala. Takže vtedy mi to nemohli pichnúť, až kým on nedoniesol účet preukázaný, že máme to uhradené.* /Rozhovor 12/

Takéto bariéry prítomnosti sprevádzajúcej osoby počas celého pôrodu, ak si nepretržitú prítomnosť želá samotná rodiaca žena, sú porušením jej práv.

Právo na prítomnosť sprevádzajúcej osoby alebo osôb podľa slobodného výberu rodiacej ženy je jedným zo spôsobov napĺňania jej práv vrátane práva na ochranu súkromného a rodinného života. Ak si takúto prítomnosť rodiaca žena želá po celý čas a neexistujú okolnosti, ktoré by ju vylučovali (napríklad ochrana práva na súkromie iných žien), nemožno nájsť legitímny dôvod na odmietnutie takejto prítomnosti. Nemocnice by sa mali zároveň snažiť čo najviac eliminovať dôvody, ktoré prítomnosť sprevádzajúcich osôb počas pôrodov vylučujú alebo obmedzujú, a svoje vlastné priestorové či systémové nastavenia (napr. neexistencia stavebne oddelených miestností, v ktorých prebiehajú pôrody, nutnosť zaplatiť poplatok počas priebehu pôrodu) by nemali používať ako dôvody legitimizujúce obmedzovanie práva žien na prítomnosť sprevádzajúcej osoby. Zároveň je vhodné mať po celý čas na zreteli, že sprevádzajúce osoby slúžia primárne potrebám rodiacich žien ako ich nepretržitá podpora. Prítomnosť týchto osôb počas pôrodov je navyše nástrojom veľmi potrebnej verejnej kontroly – keďže pri pôrodoch sú dotknuté mnohé práva žien a detí, ženy sú počas pôrodu v osobitne zraniteľnej pozícii a pôrody sa na Slovensku dejú takmer výlučne v štátom regulovaných a fakticky uzavretých, resp. zvonku veľmi ťažko dostupných inštitúciách.

Na strane zdravotníckeho zariadenia sú počas pôrodu prítomní zdravotnícki a nezdravotnícki pracovníci a pracovníčky nemocničného zariadenia. Niektorí/niektoré z nich sa zúčastnili len časti pôrodu, prípadne boli prítomní/prítomné krátko po ňom.

> *V podstate videla som, že veľa ľudí tam je a premáva sa. Bola som jediná, čo vtedy rodila, a v podstate tam je to otvorené a všetci chodili tam, ako som ja mala tie nohy. Prechádzali sa. V podstate tam bolo plno ľudí, čo chodilo dookola… A potom, ako ma zašili, ja som tam ešte ostala sama asi hodinu alebo koľko, iba pani upratovačka tam spoza mňa utierala a tak, čiže to bolo také smutné.* /Rozhovor 8/

> *Súkromie počas pôrodu… Nie. Keď sa mi tam nahrnul milión ľudí, ja som s tým nerátala. Proste som si myslela, že sa bábätko narodí a bude na mne. Potom do nejakej pol hodiny prídu z novorodeneckého, mrknú ho, že je fajn, a nie proste, že tam bude celé oddelenie. To nebolo dobré.* /Rozhovor 6/

Z hľadiska prístupu k súkromiu bol pre rodiace ženy **väčší počet osôb prítomných pri pôrode rušivým komponentom**. Veľký počet členov a/alebo členiek zdravotníckeho tímu vrátane študentov a študentiek medicíny či prítomnosť nezdravotníckeho personálu môže pôsobiť rušivo, zneisťujúco a stresujúco a celkovo negatívne na psychiku rodiacich žien. Prítomnosť viacerých osôb teda môže mať negatívne dôsledky aj na samotný priebeh a výsledok pôrodu. Vo vzťahu k študentom a študentkám medicíny niektoré rozhovory ukazujú, že pokiaľ si ich prítomnosť rodiace ženy explicitne neželali, bola táto požiadavka rešpektovaná.

> *No a potom sa dovalila proste strašná skupina ľudí, neviem, koľko ich bolo, veľa, že z novorodeneckého, bol to lekár, ten prišiel s tým, rozrazil dvere… Proste bolo to šialené.*

Mne sa, samozrejme, zastavili kontrakcie, čiže všetci odišli, lebo doktorka povedala, že no tak z toho nič nevytlačíme. Ale ja som bola už psychicky rozhodená totálne. Akože netvrdím spätne, že za to môže len ten lekár, ale určite tomu dodal tú esenciu poslednú. A celkovo tá nemocnica, všetko, ten prístup, hneď zažali svetlá, ktoré som si želala mať stlmené. Všetko proste fičalo, kým neprišiel ten tím ľudí, že už sa ide rodiť. A už tam prídu, a tým vlastne všetky plány pôrodné sú v zabudnutí… A tá vykĺzovacia fáza, ktorá trvá desať-pätnásť až dvadsať minút, teda mne trvala prosím pekne tri hodiny. /Rozhovor 6/

Takí ako medici a tak, to nie, to som nechcela, ale z toho novorodeneckého to bolo strašné kvantum ľudí. To bol lekár, nejaká tá vrchná sestra, hlavná, plus nejakí pomocníci dvaja-traja, no proste aspoň 5-6 ich tam bolo z novorodeneckého. /Rozhovor 6/

Rozhovory ukázali, že problémom pre ženy nebola v niektorých prípadoch samotná prítomnosť konkrétnych osôb – či už zdravotníckeho, nezdravotníckeho personálu, alebo študentov a študentiek –, **ale skutočnosť, že vo vzťahu k účasti týchto osôb na pôrode nebola zisťovaná a následne uplatňovaná vôľa a priania rodiacich žien** (najmä tam, kde prítomnosť niektorých osôb zjavne nebola opodstatnená osobitnými okolnosťami) a kde ženy dokonca o prítomnosti týchto osôb neboli ani informované (či už v predstihu, alebo aspoň formou predstavenia sa zúčastnených osôb, s uvedením dôvodu a opodstatnenia ich prítomnosti). Je možné konštatovať, že „chronické" porušovanie práva na plný informovaný súhlas sa pretavovalo aj do prístupu k súkromiu a nerešpektovania vôle rodiacich žien ohľadom osôb prítomných počas pôrodov. Pre rodiace ženy, ktoré sa zúčastnili výskumu, bol rozrušujúci a stresujúci predovšetkým postup, keď sa zdravotnícky personál rodiacej ženy na názor ohľadom prítomnosti študentov a študentiek medicíny neopýtal a ani ju o tejto skutočnosti neinformoval.

V zmysle zákona o zdravotnej starostlivosti má „každý právo […] na rozhodnutie o svojej účasti na výučbe".[285] Aj Európsky súd pre ľudské práva sa v súvislosti s prítomnosťou študentov a študentiek medicíny počas pôrodu odvoláva na potrebu možnosti voľby rodiacej ženy a jej informovaného rozhodnutia.[286] Aj v prípade súhlasu rodiacich žien s takouto účasťou by však zdravotnícky personál a zdravotnícke zariadenia mali mať na zreteli ľudské práva rodiacich žien a zásahy do týchto práv minimalizovať v maximálnej možnej miere, napríklad čo do počtu prítomných študentov a študentiek či dĺžky ich prítomnosti. Prítomnosť pre ženu cudzích a nežiaducich osôb, ktoré nepredstavujú zdravotnícky personál, alebo prítomnosť neprimeraného počtu zdravotníkov a zdravotníčok bez opodstatneného a legitímneho dôvodu tejto prítomnosti je neakceptovateľným a neospravedlniteľným porušením práva na súkromie.

A proste pri finálnej fáze toho šitia som zistila, že sa tam na mňa pozeralo asi tých desať medikov, ktorí tam stáli. Nikto sa ma, samozrejme, nespýtal, či tam môžu byť prítomní tí medici, neopýtali sa ma, či mi to vadí, ani mi neoznámili, že tam prídu. Ani sa ma neopýtali, ani mi neoznámili, že prídu, proste zrazu tam boli! Ja rozumiem, že

[285] § 11 ods. 9 písm. e) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.

[286] Pozri prípad *Konovalova v. Russia*, sťažnosť č. 37873/04, ods. 46, 47.

na základe toho oni musia získať prax, ale rozhodne mi to mali oznámiť… Ale tí ľudia tam boli, tie decká tam boli asi dva metre alebo tri metre odo mňa a podľa mňa oni nevideli nič. Ja som za to, aby sa robili takéto veci, možno by mi to nevadilo, keby tam stáli jeden-dvaja ľudia. Ale určite nie také množstvo ľudí. Čiže tie množstvá ľudí nie sú normálne. Ja chápem, že áno. Vtedy, keď tam sú, tak dobre, ale malo by sa to rozumne robiť po menej ľuďoch. A mali by tým, že by ich bolo menej, mohli byť kľudne bližšie a aj by videli, že čo sa deje. A nie z desiatich metrov sa pozerať, ako tam niekto zašíva. Môžem vám ukázať, ako šiť rukavice, a budú mať z toho rovnaký efekt. /Rozhovor 11/

Ako už bolo skôr naznačené, súčasťou nedostatočného uplatňovania práva na súkromie je aj skutočnosť, že **zdravotnícky personál sa rodiacim ženám predstavoval iba zriedka**, v dôsledku čoho ženy nemali vedomosť o tom, kto asistuje pri ich pôrode. Do procesu pôrodu vstupovali viacerí členovia a členky zdravotníckeho personálu z rôznych oddelení (gynekologicko-pôrodnícke, novorodenecké). **Väčšina žien** v rozhovoroch **nevedela, kto boli jednotlivé osoby, ktoré s nimi komunikovali, starali sa o ne a v jednotlivých fázach pôrodu k nim pristupovali**. Majorita žien teda mala skúsenosť s tým, že sa im jednotliví členovia zdravotníckeho tímu nepredstavili – ženy nepoznali ani meno, ani funkciu danej osoby. Nevedeli, ktoré oddelenie reprezentujú, čo majú na starosti. A teda, aká je ich rola pri pôrode, ale zároveň nepoznali ani osobnú identitu konkrétnej osoby, čo im sťažovalo napríklad vzájomné oslovovanie sa či celkovú komunikáciu. Súčasne nevedeli, na koho sa môžu obrátiť, ak niečo napríklad potrebujú.

> *Išli sme do nemocnice, … boli tam vlastne tri pôrodné asistentky a mladá doktorka, jak ma vyšetrovala, tak všetky štyri na mňa pozerali a ja som ani nevedela, ktorá z nich je vlastne doktorka. A ona povedala, že ja som doktorka, nevyzerám na to? Tak bolo mi veľmi nepríjemné a som sa veľmi hanbila, keď ma doktorka vyšetrovala, … a vlastne ďalšie tri ženy mi pozerali s prepáčením medzi nohy. Takže štyri osoby, ktoré som nepoznala… Ja som hanblivá a bolo to pre mňa ponižujúce, to ma vyviedlo… z rovnováhy.* /Rozhovor 1/

> *Čo mi bolo pri tom prvom pôrode vyslovene nepríjemné, že som nevedela, kto ma vyšetruje. Absolútne to nepovažovali za dôležité, nepovedali ani „dobrý, ja som službukonajúca doktorka… a pozrieme sa teda, že čo je s bábätkom alebo že ako ste sa otvorili". Ja som nemala predstavu, či to robí pôrodná asistentka alebo lekárka, a keď som sa jej na to spýtala, že kto je, čo je, povedala, že doktorka.* /Rozhovor 14/

Zároveň z rozhovorov jasne vyplýva, že pokiaľ sa rodiace ženy s pôrodníčkou alebo pôrodníkom či pôrodnou asistentkou poznali, boli s priebehom pôrodu spokojnejšie.

S týmto súvisí aj skutočnosť, že mnohé z osôb vstupujúcich do priestoru, kde sa odohráva pôrod, vchádzali do miestnosti bez zaklopania a následného predstavenia sa, a celkovo bez brania ohľadov na rodiacu ženu. Tento postup patrí k nerešpektujúcemu správaniu odporujúcemu právu na súkromie, intimitu, dôvernosť a dôstojnosť, ktoré sú jedným z pilierov ľudských práv žien pri pôrode.

Pôrodné príbehy žien zapojených do výskumu ukazujú, že v **zdravotníckych zariadeniach bola prítomnosť veľkého počtu osôb pri pôrodoch pomerne bežná, ako aj frekvencia ich prichádzania k pôrodnému kreslu**. Prítomnosť rôznych osôb počas pôrodov zároveň úzko súvisí s organizáciou pôrodných miestností i nemocníc. Práve otvorenosť priestoru, viditeľnosť rodiacej ženy aj pre osoby, ktoré nemajú s jej pôrodom bezprostrednú spojitosť, môže mať negatívne vplyvy

na psychický stav žien a priebeh pôrodu. Pre mnohé nemocničné zariadenia môžu byť potrebné zmeny v organizácii nemocničného a pôrodného priestoru ťažko realizovateľnými, keďže kapacitné a priestorové možnosti nie sú systémovo prispôsobené na zabezpečovanie takého súkromia, ako by bolo z hľadiska práva na súkromie primerané. **Chýbajúce kapacity, priestorové možnosti a zdroje však nie sú ospravedlnením pre hrubé zásahy do práva na súkromie a dôstojnú starostlivosť počas pôrodov.**

Rozhovory s rodiacimi ženami odrážajú aj ďalšie hrubé zásahy do súkromia a ľudskej dôstojnosti žien pri pôrodoch. V niektorých prípadoch boli ženy po pôrodoch umiestňované na nemocničnú chodbu, kde mal prístup aj nezdravotnícky personál, a to z dôvodu preťaženosti kapacít pôrodných sál. Rozhovory ukazujú aj také praktiky, keď žena dve hodiny po pôrode strávila obnažená a viditeľná pre rôzne návštevy iných žien vrátane mužov. Aj iné respondentky popisovali prístup, kde žena bezprostredne po pôrode nebola chránená pred zrakom nezdravotníckeho personálu a návštev.

> *A potom prišla tá „najkrajšia" časť, keď ma vyhostili z pôrodnej sály a s roztiahnutými nohami, zakrytú mojím županom. Dali ma na chodbu pred pôrodné sály, pretože išla ďalšia rodička. A tam sa prechádzali chlapi, ženy so svojimi mužmi. A ja tam s rozčapenými nohami som čakala dve hodiny, aby ma potom mohli odniesť na novorodenecké. A tlačila som si to, čo sa potom vracia. Tá ľadvinka plechová, tú mi vložili, aby som si tlačila na brucho. A potom som chcela ísť na malú, to ma, samozrejme, nepustili, takže dali podo mňa ten kovový…, nejakú vec, ktorá ma tlačila, čo som ja nevedela… To bolo na chodbe, to bolo všetko na chodbe. Aj tá kovová vec bola na chodbe a tam vzadu proste nejaký chlap. Ale nevedela som ten moč nejako riešiť, len som mala stále proste nutkanie a tým, že som mala epi, tak mi to nejakým spôsobom nešlo. Tak to potom zabalili a dali to preč. Po tých desiatich minútach, čo som tam na tom sedela, teda ležala. A potom vlastne, po tých dvoch hodinách, ma dali na gynekologické oddelenie, pretože nebolo dosť miesta, či už na nadštandarde, alebo na nenadštandarde, proste nebolo miesto.* /Rozhovor 2/

> „Každá žena a každé novorodené dieťa by mali byť chránené pred nepotrebnými intervenciami, praktikami a procedúrami, ktoré nie sú založené na dôkazoch, a všetkými praktikami, ktoré nerešpektujú ich kultúru, telesnú integritu a dôstojnosť."
>
> **FIGO, 2014**[287]

Miera (ne)zabezpečenia súkromia, intimity a dôvernosti rodiacich žien je teda v úzkej korelácii s priebehom pôrodnej skúsenosti a psychickým rozpoložením rodiacich žien. WHO uvádza, že rutinné postupy, prítomnosť cudzích osôb, osamelosť počas I. a II. pôrodnej doby spôsobujú stres, ktorý môže mať vplyv na predĺženie pôrodu a naštartovanie procesu, ktorý je popisovaný ako „kaskáda intervencií"[288], teda takej situácie, keď sú potrebné ďalšie intervencie do pôrodu.

---

[287] FIGO, WHO, WRA, ICM, IPA: Mother-baby friendly birthing facilities. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 128, 2015, s. 95 – 99. Dostupné na: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013 (posledná návšteva dňa 21. 02. 2015).

[288] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 10. Dostupné na: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1 (posledná návšteva dňa 16. 12. 2014).

3.4.4. Právo na súkromie po pôrode

V období po pôrode, keď je žena ešte hospitalizovaná v zdravotníckom zariadení, identifikoval kvalitatívny výskum porušovanie práva na ochranu súkromia a zachovanie intimity, dôvernosti a ochranu osobných údajov. Podobne ako v druhej dobe pôrodnej, aj v čase po pôrode **vstupoval zdravotnícky personál do izieb neohlásene**[289]**, rušiac tak súkromie a intimitu žien**. Ešte problematickejším aspektom bol **prístup zdravotníckeho personálu porušujúci princíp dôstojnosti, intimity a rešpektu**. Príkladom takéhoto prístupu boli hromadné vizity, počas ktorých boli ženy vyšetrované v prítomnosti nielen viacerých lekárov a lekárok, prípadne ďalšieho zdravotníckeho personálu, ale aj iných žien v danej miestnosti. Tento postup bol bežný a objavoval sa v rozhovoroch pomerne často.

> *Na tie vizity to prišla celá tá tlupa, bolo ich tam desať – pätnásť možno. … Ale strašne ponižujúce bolo to, že vtedy sme vlastne mali mať vyhrnuté pyžamá a nemohli sme mať nohavičky, iba tú popôrodnú vložku …a vlastne oni tam obklopili celú tú posteľ všetci tí lekári. A ona takými, vyzeralo to len také hrozné kliešte dlhé, len tak akože nechutne chytila tú vložku, odsunula ju, a všetci sa tam pozerali. … Som sa cítila strašne tak ponížene…* /Rozhovor 4/

> *Táto lekárka, čo chodí tak často, akože ma raz totálne sfúkla, že som neni pripravená. Akože mne už vtedy prišlo …do revu, lebo hormóny, jedno s druhým, a ešte ja som jej chcela povedať: tak viete čo, ja sa snažím, že každý deň som pripravená jak v pionierskom tábore, a raz proste nestíham, lebo neviem čo, a dieťa mi tu plače… Akože je to katastrofa podľa mňa v tomto. Akože prístup absolútne neľudský…* /Rozhovor 5/

S týmto súvisí aj **informovanie o zdravotnom stave pred inými ženami a osobami**, ktoré možno chápať ako porušenie práva na dôvernosť a ochranu osobných údajov. V rozhovoroch sa ako problematické opakovane objavovalo vyšetrovanie lekármi/lekárkami po pôrode priamo na nemocničných izbách.

V zmysle Dohovoru o ľudských právach a biomedicíne má každý právo na rešpektovanie súkromného života vo vzťahu k informáciám o jeho alebo jej zdraví.[290] V zmysle zákona o zdravotnej starostlivosti má pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti každá osoba právo na zachovanie mlčanlivosti o všetkých údajoch týkajúcich sa jej zdravotného stavu a o skutočnostiach súvisiacich s jej zdravotným stavom[291], okrem zákonom ustanovených výnimiek[292] (napríklad postúpenie zdravotnej dokumentácie

[289] Z rozhovorov okrajovo vyplynula ako rušivá aj skutočnosť, že dochádzalo k „rozdrobenému" a nekoordinovanému navštevovaniu žien lekármi a lekárkami počas kontrol. Pre respondentky by bol akceptovateľnejšou alternatívou koordinovaný postup lekárov a lekárok zo všetkých oddelení prichádzajúcich v čo najmenšom počte počas jednej spoločnej vizity.

[290] Pozri čl. 10 ods. 1 tohto dohovoru.

[291] Pozri § 11 ods. 9 písm. g) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.

[292] Tamtiež.

medzi lekármi/lekárkami poskytujúcimi zdravotnú starostlivosť[293]). Informovanie o zdravotnom stave pred spolubývajúcimi na nemocničnej izbe alebo inými nepovolanými osobami je teda porušením právnych pravidiel vzťahujúcich sa na dôvernosť poskytovania zdravotnej starostlivosti.

> *No tam už to potom bolo také zvláštne v podstate, lebo keď prišiel gynekológ ako skontrolovať tie popôrodné zranenia, ako sa hoja, aj čo sa týka šitia, tak nás vyšetrovali, jak sme tam boli dve… Tak nás v podstate vyšetroval na tej izbe aj za prítomnosti tej druhej. Ako ja som mala lepšie orientovanú posteľ, tak povedzme, že mne to až tak veľmi nevadilo. Ale keď vyšetroval tú druhú mamičku, tak tam, kebyže sa chcem pozerať, tak tam v podstate vidím všetko. To si myslím, že už nebolo celkom v poriadku.* /Rozhovor 7/

Nielen zdravotnícky, ale **aj nezdravotnícky personál prítomný v nemocničných zariadeniach nerešpektoval právo žien na súkromie a intimitu**. Aj v období hospitalizácie po pôrode dochádzalo k porušovaniu práva na súkromie, keďže osoby vstupujúce do miestnosti sa neohlasovali, neklopali a nerešpektovali priania a vôľu žien – a v niektorých prípadoch dokonca nebolo jasné ani to, ako sa do izieb dostali.

> *Po pár dňoch ona* [fotografka] *prišla v čase, keď som sa sprchovala, a otvorila mi dvere. Tiež ako cudzia osoba mi vliezla do sprchy, kde ja som bola úplne nahá, a pýtala sa ma, ako má toho malého odfotiť. A ja že osprchujem sa a hneď jej poviem. A ona že nie, že mám jej to hneď povedať, tak nahá som v tej sprche jej povedala, že ako to chcem a som sa osprchovala. A keď som tam prišla do tej izby, tak malý, no zobrala moje dieťa z postieľky s tou mojou spolubývajúcou, vyzliekli ho donaha, dala ho na nejakú deku, kam dáva všetky deti.* /Rozhovor 1/

Takýto prístup nevyníma ani tzv. nadštandardné izby, ktoré síce poskytujú vyššiu mieru súkromia z pohľadu menšieho počtu osôb v nemocničných izbách, avšak nezabezpečujú ženám „imunitu" pred nerešpektujúcimi zásahmi do súkromia a intimity zo strany nemocničného personálu.

> *Aj keď to bola súkromná izba, tak to až také súkromie nebolo. Upratovačky tam vchádzali, čo mi dosť vadilo, a dosť aj búchali a také to bolo celé, že malý tam vedľa mňa spal… Vôbec nezaklopala s tým, že som raz bola aj v sprche… nechala som si otvorené dvere… a vozík* [s dieťaťom] *som mala hneď tam pri dverách a vlastne tam sa aj vstupovalo. A oni v pohode došli, ja som sa sprchovala, a akože dosť to bolo také, že súkromie tam ozaj nebolo… Aj tie sestričky tam vchádzali hocikedy, keď sa im chcelo. A neklopal nikto.* /Rozhovor 4/

Nadštandardné izby počas hospitalizácie na oddelení šestonedelia po pôrode patrili z pohľadu žien k vhodnejšej alternatíve. Pokiaľ si takúto starostlivosť mohli dovoliť a bola im z hľadiska kapacitných možností prístupná, inklinovali k nej.

[293] Bližšie pozri § 80 ods. 2 – 6 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

> *Potom možno na tom oddelení šestonedelia som mala ten nadštandard a naozaj nám tam nikto nelozil ani akože, to bolo fajn, a čokoľvek som akože chcela, mi vyšli v ústrety.* /Rozhovor 6/

> *Tým, že som mala nadštandardnú izbu, tak sme mali vlastnú kúpeľňu a bolo to fajn. Perfektné bolo, že nám jedlo nosili až na izbu. Nepociťovala som žiadne extra ani narušenie, ani že, jéj, je mi tu fajn ako doma. Som bola v nemocnici, to som čakala, boli sme dve na izbe, sme si pomohli, porozprávali sa a nemala som pocit, že by som potrebovala nejaké ešte väčšie súkromie.* /Rozhovor 14/

Súkromie počas šestonedelia by však nemalo byť voľbou podmienenou osobitným peňažným plnením, ale štandardom, ktorý je prístupný všetkým ženám. Dôstojná starostlivosť v tomto období je však z dôvodu finančnej náročnosti, resp. v niektorých prípadoch nedostatku nadštandardných izieb, poskytujúcich o niečo lepší štandard rešpektovania súkromia a intimity než bežné izby, neprístupná mnohým skupinám žien – čo možno považovať za osobitne diskriminačné.

Mnohé z nemocničných zariadení v štandardnom vybavení nemajú na izbách hygienické zariadenia – toalety či sprchy, a to nemožno považovať za rešpektujúce a dôstojné podmienky. Na strane rodiacich žien, ktoré sa zúčastnili výskumu, opakovane zaznievala potreba dôstojného vybavenia izieb pre matky s deťmi po pôrode.

> *Nie, to* [toalety] *bolo v rámci izby. Si neviem predstaviť na tom normálnom oddelení, že by som musela ísť na chodbu. Často sme chodili, ešte čakať a tak…* /Rozhovor 15/

Rozhovory so ženami v tejto súvislosti ukazujú aj ďalšie dimenzie, ktoré sú systémovým zlyhaním a je možné ich považovať za porušenie práva na dôstojnú zdravotnú starostlivosť. Niektoré pôrodné zariadenia nevenujú dostatočnú pozornosť základným podmienkam a vybaveniu, ktoré nielenže nespĺňa kritériá dôstojnej starostlivosti, ale ani kritériá elementárnej starostlivosti. Viaceré respondentky sa sťažovali napríklad na nemožnosť úplne zatvoriť okná či dvere, na zlé hygienické podmienky ako pleseň v sprche či na nedostatočnú starostlivosť o posteľnú bielizeň.

> *Človek je hlavne v obrovskej eufórii. To je naozaj zážitok, ktorý budete takto vnímať celý život. Ja som proste v hlave vedela, že si to nemôžem urobiť škaredé. Nechcela som si to urobiť škaredé. Boli tam veci, napríklad pleseň v sprche. Nedali sa zatvoriť okná. Nefungoval televízor. Niežeby sme ho potrebovali. Ale proste je to nadštandardná izba, za ktorú platíte… To sú ale také detaily, ktoré proste človek nevníma nejako negatívne. Ja som si ich všímala, lebo som zdravotník. Toto boli veci, čo ma prekvapili… Až mi vadili. Hlavne teda tá pleseň. Tá hygiena. To bolo pre mňa akože… Nemyslia toto vážne. Alebo že bola špinavá posteľ a oni nevymenili tú plachtu. My sme sa starali, aby sme spali v čistom.* /Rozhovor 9/

Z pohľadu prístupu k súkromiu po pôrode sa v rozhovoroch ukazovala ako **pomerne problematická aj možnosť prístupu otca k matke s dieťaťom**, pričom sa v skúsenostiach žien veľmi líšila. Rôzne variácie pozostávali z možnosti návštevy ženy a dieťaťa na izbe, možnosti vyjsť na „chodbu" aj s dieťaťom v návštevných hodinách, ale aj prístup, kde sa druhé osoby môžu s dieťaťom dostať do kontaktu až po prepustení z nemocnice, resp. počas pobytu, ale iba cez ochranné sklo. Príbehy žien ukazujú, že kým **niektoré nemocnice umožňovali osobný kontakt matky a novorodenca s otcom**, prípadne návštevu na izbách, **pre iné bol tento postup neprípustný**.

> *Možno to, že manžel nemohol za mnou chodiť na izbu. Že proste to nie je štandardný postup. Ja som mala zaplatenú nadštandardnú izbu, nehovoriac o tom, že televízor nefungoval napríklad, ako to už v podstate ma až tak veľmi netrápilo. Ale to, že ani on sám jediný nemohol chodiť za mnou na izbu. Že proste ten nadštandard spočíval v tom, že sme boli len dve na izbe, namiesto troch – štyroch, a mali sme vlastné sociálne zariadenie, čo teda bolo super. Až na to, že si myslím, že by to malo byť v každej izbe, ale to, že on nemohol za mnou prísť na tú izbu. Lebo ja som bola po tom pôrode veľmi stále unavená, a aj tie dve hodiny, mimo tej izby som si nemohla trebárs sadnúť trebárs na mäkšiu stoličku, na posteľ si ľahnúť, tak to bolo pre mňa náročné. A keby on mohol ísť na tú izbu, vlastne by mohol byť s bábätkom a so mnou a pre mňa by to bolo tiež príjemnejšie.* /Rozhovor 7/

> *Ďalšia veľmi negatívna vec a negatívna skúsenosť, že nemohol ísť k nám na izbu. Mohol prísť počas návštevných hodín, ja neviem odkedy, od tretej do siedmej, akurát, že sedel vonku na chodbe a malá bola za sklom, v tej klietke strašnej. Takže on ju prvýkrát držal na rukách až doma. Aj toto vnímame ako negatívnu vec… Chýbalo* [mi]*, že on* [partner] *nemohol prísť hocikedy za nami. Ja som chcela, aby on videl tie prvé, keď otvorila oči, toto, aby si ju zobral na ruky, aby mi pomohol s tým kojením. Aby bol s ňou, keď ja sa pôjdem osprchovať. Toto naozaj sú veci, ktoré sú veľmi dôležité a tam nie sú a nefungujú.* /Rozhovor 9/

V tomto kontexte vystúpilo ako **pomerne sporné, že pre ženy v nadštandardnej izbe môžu platiť iné pravidlá ako pre ženy v „štandardných" izbách** v tej istej nemocnici. V niektorých prípadoch mali otcovia do nadštandardných izieb prístup, kým v „klasických" izbách návštevy povolené neboli. Okrem toho, že ide o porušovanie práv matiek a detí na ochranu súkromného a rodinného života, ktorý separuje niektorých otcov od prístupu k ich deťom a naopak, ide zároveň o osobitné znevýhodňovanie skupín žien a detí, ktoré možnosť kontaktu s partnerom a otcom počas hospitalizácie v nemocnici nemajú, resp. je obmedzená, pretože si nemôžu dovoliť nadštandardnú izbu.

> *Tam nie sú povolené návštevy. A to je také tiež absurdné podľa mňa, že mamička musí vyjsť von a dieťa musí ostať vo vnútri. Takže to je také, ale tak s tým som ja rátala. Čiže tiež som si povedala, však nejdem z toho a bola som rada, že aspoň ja môžem mať tie návštevy, ale áno, to je tiež taká absurdná vec trochu, hm, a tiež je to tak, že pokiaľ si človek nezaplatí a ak si zaplatí, tak potom tam zrazu na to oddelenie môže prísť. A ich argument je, že nesmie sa chodiť na oddelenie, lebo keby všetci prišli na oddelenie, tak sa tam prinesú nejaké vírusy a neviem čo. A teraz akože tí ľudia, ktorí si zaplatia, tak nemajú vírusy?* /Rozhovor 10/

V súvislosti s návštevami otcov je relevantná aj ochrana súkromia žien a detí, ktoré sú na izbách s navštevovanými osobami – ako možný argument nemožnosti týchto návštev z kapacitných dôvodov. Ani kapacitné či iné príčiny však samy osebe nie sú dostatočným dôvodom pre absolútnu nemožnosť bezprostredného kontaktu otca so svojím dieťaťom (a naopak) po pôrode a nemocnice by mali hľadať uspokojivé alternatívne riešenia, ako tento kontakt aspoň čiastočne umožniť.

Ani jedna zo skúmaných nemocníc neumožnila hospitalizáciu partnerov alebo iných blízkych osôb žien, ktoré porodili, spolu s týmito ženami, aj keď si to niektoré z nich želali. Takáto hospitalizácia by okrem iného umožnila otcom detí, resp. iným blízkym osobám žien poskytovať

deťom bezprostrednú starostlivosť, čo by odbremenilo samotné ženy a umožnilo im lepšiu regeneráciu po pôrode. Otcom by to zas umožnilo budovanie vzťahovej väzby s dieťaťom a zodpovedného rodičovstva založeného na rovnocennej starostlivosti. Zároveň by to všetkým zúčastneným pomáhalo napĺňať právo na súkromie a ochranu rodinného života. Možnosť partnerov, resp. iných blízkych osôb žien byť hospitalizovaní/hospitalizované spolu s matkou a dieťaťom je bežnou praxou v zahraničí, ale v obmedzenej miere už aj v niektorých zdravotníckych zariadeniach na Slovensku.

Dohovor o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien ukladá štátom prijať „všetky príslušné opatrenia […] na zmenu spoločenských a kultúrnych zvyklostí, pokiaľ ide o správanie mužov a žien, s cieľom dosiahnuť odstránenie predsudkov a zvykov a všetkých iných praktík založených na myšlienke podradenosti a nadradenosti niektorého z pohlaví alebo na stereotypných úlohách mužov a žien"[294]. Všeobecne rozšírená a monopolne inštitucionalizovaná prax pôrodníckej starostlivosti, ktorá nielenže neumožňuje otcom detí rovnocenne sa podieľať na ich starostlivosti už od ich narodenia, ale dokonca im v niektorých prípadoch neposkytuje ani minimálny osobný kontakt s nimi (a naopak), odráža a zároveň posilňuje stereotyp ženy-matky a primárnej, ba niekedy až výlučnej poskytovateľky starostlivosti. Fakt, že otcovia detí sú na oddeleniach, kde sa poskytuje popôrodná starostlivosť, iba „návštevníkmi" (ak vôbec), má významné symbolické, ale aj praktické dopady napríklad na budúcu deľbu práce medzi rodičmi dieťaťa. Napríklad „náskok" v rodičovských kompetenciách získaný počas prvých dní života dieťaťa strávených v pôrodnici, navyše pod „supervíziou" zdravotníckeho personálu, môže často vytvárať zdanie „prirodzenosti" a/alebo realitu primárnosti poskytovania rodičovskej starostlivosti matkou. Tá má potom ďalekosiahle konzekvencie na životy a práva žien v mnohých oblastiach, napríklad na trhu práce, v podobe ekonomickej závislosti na svojich životných partneroch či v nemožnosti podieľať sa na správe vecí verejných v rovnakej miere ako muži.

Uvedený príklad však ani zďaleka nie je jediným príkladom systémového a inštitucionálneho nastavenia v pôrodníckom systéme SR, ktoré stereotypne nahliada na ženy (ale aj na mužov), a tým porušuje ich práva, pričom toto porušovanie má často aj mnohé ďalšie negatívne presahy (napríklad aj na fyzické a duševné zdravie žien). Aj náš výskum poskytuje viaceré ďalšie príklady stereotypného nahliadania na ženy – napríklad ako na osoby, ktorých primárnou rolou a výlučnou identitou je materstvo (príkladom je oslovenie „mamička" – pozri kapitolu 3.5.1.), alebo ako na osoby v podriadenej pozícii, neschopné samostatného rozhodovania (nerešpektovanie autonómie žien a masívne porušovanie ich práva na informovaný súhlas pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti) –, ktoré sprevádza a/alebo spôsobuje porušovanie ich ľudských práv.

[294] Čl. 5 písm. a) Dohovoru o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien.

3.4.5. Zhrnutie

Na základe analýzy rozhovorov s rodiacimi ženami je možné konštatovať, že uplatňovanie ľudských práv žien pri pôrodoch z hľadiska práva na ochranu súkromia a rodinného života, zachovania intimity, dôvernosti a ochranu osobných údajov, v spojení s právom na rešpektovanie ľudskej dôstojnosti, nie je uspokojivé. K porušovaniu týchto práv dochádza vo všetkých fázach pôrodu, ako aj v období hospitalizácie bezprostredne po pôrode. Porušovanie práva na súkromie, intimitu a dôvernosť má dvojakú podobu – má podobu fyzickej organizácie priestoru a nevyhovujúcich kapacitných možností pôrodníc, pôrodných miestností či vybavenia pre ženy po pôrode a zároveň nadobúda podobu nerešpektujúceho prístupu zo strany personálu nemocníc. Tieto podoby sa navzájom posilňujú vo svojich prejavoch aj účinkoch. Aj v situáciách, keď podmienky nemocníc umožňujú lepší prístup k súkromiu, nemocnice kvôli nerešpektujúcemu prístupu personálu uplatňovanie týchto práv ženám znemožňujú. O absentujúcom akcente na právo na súkromie hovorí aj skutočnosť, že iba štyri nemocnice s pôrodnicami na Slovensku uvádzajú na svojej webovej stránke zmienku o súkromí (podrobnejšie pozri kapitolu 4.3.1.). Výskumné zistenia naznačujú, že súkromie, zachovanie intimity a dôvernosti patrí pretrvávajúco k prehliadaným a marginalizovaným aspektom pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku.

3.5. Mocenské zaobchádzanie

Podoba či spôsoby, akými sú v súvislosti s pôrodmi komunikované (alebo nekomunikované) informácie či postupy, respektíve akými vo všeobecnosti prebieha komunikácia v súvislosti s pôrodnou starostlivosťou, patria k neoddeliteľným komponentom poskytovanej starostlivosti, ktoré sa nedajú oddeliť od fyzických podmienok vytváraných nemocnicami. V nasledujúcej kapitole sa nezameriavame na dimenziu poskytovania informácií či na informačné bariéry[295], ale na pôrodnú starostlivosť nahliadame v širších systémových a symbolických súvislostiach. Svoju pozornosť v nej koncentrujeme na porušovanie ľudských práv žien pri pôrode z dôvodu nerovnej mocenskej pozície medzi jednotlivými aktérmi a aktérkami, na spôsoby komunikácie, ktorá nerešpektuje dôstojnosť a znevýhodňuje jednu stranu na úkor druhej – konkrétne rodiace ženy na úkor zdravotníckeho personálu.

Komunikácia je nielen prostriedkom výmeny informácií, ale aj prostriedkom presadzovania vôle, ktorý odráža mocenské usporiadanie medzi jednotlivými aktérmi. Znevýhodnené postavenie rodiacich žien vyplýva z mocenskej hierarchie medzi aktérkami a aktérmi prítomnými počas pôrodov. Z pohľadu ľudských práv žien pri pôrodoch je postavenie týchto aktérov a aktérok problematické, keďže inštitúcia (nemocnica) a jej reprezentanti a reprezentantky (personál) disponujú z tohto pohľadu väčšou symbolickou mocou kvôli vedomostnému a vzdelanostnému kapitálu (moc) a statusu (reálna možnosť prijímať rozhodnutia).[296] Moc v zmysle faktických rozhodovacích možností a prevahy pri určovaní pravidiel a postupov je v rukách zdravotníckeho personálu nemocnice. Poskytovateľ

[295] K tomu pozri bližšie kapitolu 3.2. a k niektorým aspektom poskytovania informácií nemocnicami/pôrodnicami pozri aj kapitolu 4.

[296] Pre viac informácií o vzájomnej súvislosti medzi poznaním a mocou pozri napríklad FOUCAULT, M.: *Dozerať a trestať*. Bratislava : Kalligram, 2004.

zdravotnej starostlivosti môže vytvárať (priamy aj nepriamy) nátlak na ženy, aby sa podvolili navrhovanej procedúre, s ktorou ženy nesúhlasia, avšak podvolia sa jej z dôvodu obáv z autorít a ďalšieho priebehu pôrodu, ale často aj z dôvodu obáv o zdravotný stav seba alebo dieťaťa. To následne vedie k uplatňovaniu takých postupov, praktík a intervencií, s ktorým nie sú rodiace ženy stotožnené a zároveň neboli v danej situácii nevyhnutné. V tejto súvislosti upozorňuje aj WHO na pretrvávanie používania praktík a intervencií, pri ktorých chýbajú dôkazy o ich prospešnosti pre matku a dieťa.[297]

Sociologické[298] a antropologické[299] výskumy z prostredia českých nemocníc upozorňujú na faktor inštitucionálnej moci a na nerovnováhu moci v pozíciách zdravotníckeho personálu a rodiacich žien. Podľa sociologičky Daniely Rendl na poli starostlivosti pred pôrodom, pri pôrode a po ňom je prítomná snaha o prijatie obrazu tehotenstva a pôrodu ako procesov, ktoré sa odchyľujú od zdravia a ku ktorým je normálne pristupovať ako k chorobám s trvalou prítomnosťou rizika, pričom pre minimalizáciu rizika je potrebné podriadiť sa pravidlám, ktoré stanovuje expertný systém.[300] V tomto systéme je pôrodný personál ako nositeľ expertných vedomostí v symbolickom zmysle v prevahe, keďže primeranosť postupov zvažuje práve on a expertná pozícia je manifestovaná ako vedecká a nadradená laickému alebo menej vedeckému pohľadu. Na jednej strane teda lekári/lekárky z expertnej vedeckej pozície aktívne bojujú proti prirodzeným procesom, ovplyvňujú ich a snažia sa ich ovládnuť a na druhej strane má tehotná a rodiaca žena tieto aktivity pasívne prijímať, lebo ona sama sa nemôže o svojom stave rozhodovať, pretože nedisponuje expertnými vedomosťami, ale len prežívaním vlastnej telesnosti a emocionalitou.[301] Súčasťou znevýhodnenia žien pri pôrodoch je aj skutočnosť, že sú v súvislosti s tehotenstvom a pôrodom v obzvlášť zraniteľnej pozícii – z dôvodu obáv o svoje zdravie a zdravie plodu a tiež dôvodu fyzických a psychických aspektov (hormonálne zmeny, bolesť...) – a v moci inštitúcie a pôrodného personálu, ktorý pôrod ovplyvňuje a znemožňuje ženám slobodne konať a ovplyvňovať, čo sa s nimi deje. Implicitná tendencia zohľadňovať riziká môže zároveň viesť aj k používaniu medicínskych zásahov v situáciách, kde nie sú nevyhnutné. Pôrod sa takto stáva medikalizovaným. Koncept medikalizácie označuje prílišnú tendenciu medicíny definovať ako medicínsky problém aj tie javy, ktoré majú sociálnu povahu, teda definovať aj normálne procesy v životoch žien ako patologické a vyžadujúce lekársku pozornosť.[302]

Sociálnovedný výskum aj feministická kritika upozorňujú aj na sociálnu a kultúrnu podmienenosť pôrodu a zdravia celkovo. „Ženské skúsenosti týkajúce sa reprodukčného zdravia, pôrodu a vlastného tela vôbec sú predovšetkým sociálne a kultúrne konštruované, nie sú teda určované iba biológiou alebo materialitou ženského tela."[303] Antropológia pôrodu poukazuje na to, nakoľko sú medicínske

---

297 WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : World Health Organization, Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 5. Dostupné na: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1 (posledná návšteva dňa 16. 12. 2014).

298 RENDL, D.: *Moc nad porodem*. [Bakalářská práce.] Brno : Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, 2013.

299 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, s. 63 – 74.

300 RENDL, D.: *Moc nad porodem*. [Bakalářská práce.] Brno : Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, 2013, s. 16.

301 Tamtiež, s. 26.

302 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, s. 10.

303 Tamtiež, s. 9.

systémy, prístupy a postupy počas pôrodov sociálne a kultúrne konštruované. Primeranosť niektorých postupov a aj pôrod celkovo sa výrazne líšia a vo vzťahu k viacerým postupom aplikovaným počas pôrodov existujú aj na poli expertov a expertiek medicíny diskusie. Príkladom toho sú nielen rozdiely v pôrodnej starostlivosti v rôznych častiach sveta, ale aj pri porovnaní pôrodnej starostlivosti v Čechách a na Slovensku, a dokonca aj v rôznych pôrodniciach a u rôznych pôrodníkov a pôrodníčok v rámci Slovenska[304].

V tejto súvislosti nesmieme opomenúť otázku systému vedenia pôrodov, ku ktorému je možné pristupovať rôznorodo. V prostredí slovenského pôrodníckeho systému patrí oprávnenie vedenia pôrodov v praxi do rúk pôrodníkov a pôrodníčok za asistencie pôrodných asistentiek.[305] V komparatívnom pohľade je to však len jednou z možností. V zahraničí bežne odvádzajú fyziologické pôrody kvalifikované pôrodné asistentky (k takýmto krajinám patrí napríklad Holandsko, Veľká Británia, Írsko, Austrália a Nový Zéland)[306]. Vedenie pôrodu kvalifikovanou pôrodnou asistentkou patrí aj k odporúčaniam WHO, ktoré uvádza, že pôrodná asistentka je najvhodnejšou a vzhľadom k vynaloženým nákladom aj najefektívnejšou poskytovateľkou starostlivosti, ktorej by mala byť zverená starostlivosť o normálne tehotenstvo a pôrod vrátane zhodnotenia rizika a rozpoznania komplikácií.[307]

Nielen sociálne a kultúrne konštruovanie pôrodov, ale aj nemocničné zariadenia samotné môžu výrazne ovplyvňovať pozíciu rodiacich žien a zohľadňovanie ich práv počas pôrodov a hospitalizácie v nemocniciach. Aj z výskumných zistení vyplýva, že postupy, ktoré budú definované ako štandard, má do značnej miery možnosť ovplyvňovať napríklad primár alebo primárka.[308] Ema Hrešanová v tejto súvislosti hovorí o organizačnej kultúre pôrodníc v Čechách.[309] Podľa nej „organizačná kultúra" a „štýl riadenia" sú výsledkom celkového systémového nastavenia v konkrétnej pôrodnici a charakteru expertných vedomostí a presvedčení jednotlivých aktérov a aktérok – vedenia pôrodníc a aj jednotlivých členov a členiek odborného pôrodníckeho tímu – v tomto systéme. Každá pôrodnica má svoj poriadok, zavedený spôsob organizácie vecí a aplikovania určitých praktík, ale aj predstáv, noriem, presvedčení a hodnôt, ktoré sú do istej miery spoločné, ale rovnako aj vyjednávané.[310]

Postavenie rodiacich žien je však formálne rovnocenné a rodiace ženy disponujú mnohými právami, ktoré by im rovnocennosť pozícií voči zdravotníckemu personálu mali pomôcť prakticky zabezpečiť. Majú napríklad právo na dôstojné a rešpektujúce zaobchádzanie bez nátlaku, manipulácie

---

304 Podľa predbežných zistení kvalitatívneho výskumu medzi pôrodníkmi a pôrodníčkami na Slovensku, ktorý realizovalo združenie Občan, demokracia a zodpovednosť a združenie Ženské kruhy v mesiacoch december 2014 – marec 2015.

305 Hoci majú pôrodné asistentky na Slovensku oprávnenie odvádzať fyziologické pôrody (pozri § 4 ods. 3 písm. f) vyhlášky 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 v znení neskorších predpisov), v praxi ostáva primárne zodpovedným za odvádzanie pôrodov lekár alebo lekárka.

306 SANDALL, S. – SOLTANI, H. – GATES, S. – SHENNAN, A. – DEVANE, S.: Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013, No. 8. Dostupné na: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub3/full (posledná návšteva dňa 31. 3. 2015).

307 WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : World Health Organization, Department of Reproductive Health & Research, 1996, s. 7. Dostupné na: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1 (posledná návšteva dňa 16. 12. 2014).

308 Podľa predbežných zistení kvalitatívneho výskumu medzi pôrodníkmi a pôrodníčkami na Slovensku, ktorý realizovalo združenie Občan, demokracia a zodpovednosť a združenie Ženské kruhy v mesiacoch december 2014 – marec 2015.

309 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, s. 10.

310 Tamtiež, s. 33.

a zastrašovania, právo na informácie, právo na informovaný súhlas, resp. informované rozhodovanie, v ktorých je obsiahnuté aj právo na odmietnutie navrhovaného postupu, odvolanie predtým daného súhlasu a rešpektovanie osobnej voľby, či právo na rovnosť, nediskrimináciu a nezaujatú starostlivosť. Výskumné zistenia však jednoznačne ukazujú, že počas pôrodov v nemocničných zariadeniach dochádza k porušovaniu týchto práv, a teda aj k výraznému nerovnému postaveniu rodiacich žien voči zdravotníckemu personálu.

Skúsenosť žien s pôrodnými zariadeniami z pohľadu mocensky nerovnocenného postavenia do veľkej miery ovplyvnila úroveň a kvalita komunikácie zo strany zdravotníckeho personálu. V rozhovoroch sme sa preto zamerali špecificky na reflexiu prístupu zdravotníckeho personálu k rodiacim ženám v jednotlivých fázach pôrodu a v období po pôrode. Zaujímalo nás, ako so ženami komunikovali jednotliví členovia a členky zdravotníckeho tímu (pôrodník/pôrodníčka, pôrodná asistentka, zdravotná sestra), pričom sme „komunikáciu" chápali nielen ako informovanie, vedenie dialógu, resp. monológu, ale aj tón hlasu, pocity, celkový dojem z rozprávania sa a správania sa vrátane neverbálnych prejavov.

Spoločným menovateľom mnohých reflexií žien bola absencia empatického a povzbudzujúceho prístupu, komunikácie, ktorá patrí podľa odporúčaní WHO ku kľúčovým komponentom dobrej štandardnej starostlivosti počas pôrodu. Asistujúce osoby by mali okrem zdravotnej starostlivosti poskytovať kontinuálnu empatickú a telesnú podporu, ktorá, ako dokladá výskum, prináša mnoho výhod vrátane kratšieho trvania pôrodu, podstatne nižšej miery medikácie a epidurálnej analgézie, zníženia počtu prípadov s Apgarovej skóre nižším ako 7 či menej operatívnych pôrodov.[311] Nedostatok komunikácie a empatie zo strany zdravotníckeho personálu patril v rozhovoroch so ženami k problémovým aspektom pôrodnej skúsenosti vo všetkých fázach pôrodu.

V našej analýze sme sa zameriavali na nerešpektujúce správanie sa v komunikácii a na následné zneužívanie mocenskej pozície na úkor žien. Výskum identifikoval niekoľko podôb mocenského zaobchádzania a komunikácie bez rešpektu:

1. symbolická objektifikácia a znevažovanie žien v diskurze (jazyk, ktorý sa používa a ktorý označuje, pomenúva a kategorizuje prístup k ženám);
2. spochybňovanie vnímania, pocitov a dojmov, prežívania pôrodu a bolesti žien;
3. manipulácia (splníme niektoré vaše želanie, keď budete „poslúchať") a zastrašovanie;
4. zosmiešňovanie a posmievanie sa ako reakcia na vyjadrenie prianí ženami;
5. prehováranie: donucovanie a argumentácia proti legitímnym požiadavkám žien;
6. vnucovanie vôle personálu na úkor vôle žien s úmyslom uľahčiť si asistenciu pri pôrode namiesto zohľadnenia prianí rodiacich žien;
7. donucovanie k niektorým intervenciám direktívnymi príkazmi;

[311] 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. 12. 2014).

8. nepovzbudzovanie a vyvolávanie pocitov zlyhania a viny.

Všetky prejavy nerešpektujúceho a mocenského správania zo strany zdravotníckeho personálu sú zároveň nerešpektovaním ľudskej dôstojnosti dotknutých žien.

Jednou z foriem diskriminácie, ktorú zakazuje aj slovenský antidiskriminačný zákon[312] a následne zákon o zdravotnej starostlivosti[313], je obťažovanie. Obťažovanie je „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".[314] Obťažovanie sa v zmysle antidiskriminačného zákona vždy musí diať v spojení s niektorým zo zakázaných dôvodov diskriminácie, medzi ktoré patrí aj pohlavie a rod[315] – pričom za diskrimináciu z dôvodu pohlavia sa považuje aj diskriminácia z dôvodu tehotenstva a materstva[316]. Ak sú teda ženy počas pôrodu (alebo v súvislosti s ním) zastrašované, znevažované, zosmiešňované, zahanbované, ponižované, urážané alebo vystavované potupujúcim alebo zneucťujúcim aktom – pričom tieto akty sa nemusia diať iba verbalizovanými prejavmi zdravotníckeho personálu, ale môžu mať napríklad aj podobu zanedbania určitých aspektov súkromie a dôstojnosť rešpektujúceho zaobchádzania (napríklad nevhodné usporiadanie priestoru alebo zanedbanie iných komponentov práva na súkromie) –, takéto zaobchádzanie predstavuje aj porušenie antidiskriminačného zákona. Ak má obťažovanie sexualizovanú povahu (napríklad v podobe sexualizovaných narážok), môže ísť zároveň aj o sexuálne obťažovanie, ktoré je antidiskriminačným zákonom rovnako zakázané.[317] V zmysle zákona o zdravotnej starostlivosti má navyše každý právo na ochranu dôstojnosti, rešpektovanie svojej telesnej a psychickej integrity a na humánny, etický a dôstojný prístup zdravotných pracovníkov a pracovníčok.[318] V niektorých prípadoch môže ponižovanie, pohŕdavé zaobchádzanie, vyvolávanie strachu alebo stresu, citové vydieranie alebo iné správanie, ktoré ohrozuje psychické zdravie žien, napĺňať aj skutkovú podstatu trestného činu týrania zverenej osoby.[319]

[312] Zákon č. 365/2004 Z. z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou a o zmene a doplnení niektorých zákonov (antidiskriminačný zákon). Antidiskriminačný zákon upravuje povinnosť dodržiavať zásadu rovnakého zaobchádzania aj v oblasti zdravotnej starostlivosti (pozri § 3 ods. 1 a § 5 tohto zákona).

[313] Pozri § 11 ods. 2 zákona č. 576/2004 Z. z o zdravotnej starostlivosti.

[314] § 2a ods. 4 antidiskriminačného zákona.

[315] Pozri § 2 ods. 1 antidiskriminačného zákona.

[316] Pozri § 2a ods. 11 písm. a) antidiskriminačného zákona.

[317] Pozri § 2a ods. 5 antidiskriminačného zákona.

[318] Pozri § 11 ods. 9 písm. a) a i) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.

[319] Pozri § 208 ods. 1 písm. a) zákona č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon v znení neskorších predpisov.

3.5.1. Jazyk a symbolická objektifikácia

Ako už identifikovali aj skoršie analýzy[320], nerovné mocenské postavenie počas pôrodnej skúsenosti sa pretavuje do vzájomnej interakcie medzi aktérmi a aktérkami aj na symbolickej rovine. Odrážajú sa v jazyku a spôsobe, akým sú označované rodiace ženy a aký sa o nich vedie diskurz. Na symbolickej rovine teda nielen diskurz, ale aj prístup k ženám poukazujú na veľkú mieru objektifikácie žien v nemocniciach – žena sa z individuálneho subjektu disponujúceho plnými právami stáva objektom medicíny, voči ktorému nie je uplatňovaný rešpektujúci prístup.

Diskurz, ktorý sa o ženách vedie, odráža tento posun zo subjektu na objekt. Bežnou súčasťou diskurzu je napríklad vyjadrenie „pôrodník ju odrodil". Žena nie je považovaná za aktívnu a autonómnu aktérku pôrodu, ale, naopak, za pasívnu prijímateľku „starostlivosti", čo má aj ďalšie konzekvencie. Z pohľadu analýzy diskurzu ide o reflexiu symbolických a často nevedomých princípov, ktoré sa niekedy pretavujú aj do preberania tohto diskurzu samotnými ženami.

> *Lekár, čo ma odrodil.* /Rozhovor 2/

Jazyk a komunikácia odrážajú aspekty nerovnosti aj v skutočnosti, že sa zdravotnícky personál rodiacim ženám zvyčajne nepredstavuje. Rozhovory ukazujú, že je pomerne bežnou praxou, že rodiace ženy nemajú vôbec predstavu, kto im počas pôrodu asistuje a aká je jeho/jej funkcia (pozri bližšie aj kapitolu 3.4.3.).

> *No doteraz neviem ako* [sa zdravotnícky personál volá]*, 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.* /Rozhovor 11/

Na nerovnú pozíciu v ich vzťahu poukazuje aj skutočnosť, že rodiace ženy oslovujú pôrodníka/pôrodníčku zvyčajne titulmi „pán doktor/pani doktorka".

> *Na šestonedelí, to som bola mamička, doktorka mi hovorila menom... Vtedy mi to neprišlo až také nepríjemné, lebo ona sa ma opýtala, či mi môže hovoriť menom a ja že áno. A som si myslela, že to bude taký pozitívny krok. Boli sme v takom rovnakom veku, ona možno o niečo mladšia. Akože že si tak sadneme a že to bude fajn ten pôrod. Lenže ona pre mňa bola stále pani doktorka, ja som pre ňu bola ...* [meno respondentky v zdrobnenej forme]*. A keď sa pozerám na to s odstupom, tak si hovorím, že to bola chyba z mojej strany, že som mala trvať na tom, že nech mi hovorí pani ...* [priezvisko respondentky]. /Rozhovor 1/

[320] Pozri bližšie 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.; RENDL, D.: *Moc nad porodem*. [Bakalářská práce.] Brno : Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, 2013.

> *Vždycky pani …* [priezvisko] *ma oslovovali. Teda najmä ten pôrodník na mňa hovoril. A tá sestra mi hovorila vždy…, menom, čo bolo teda fajn. A pôrodník teda pani …, on bol v pohode celý čas, aj ten tón hlasu, aj všetko.* /Rozhovor 4/

> *Mamička* [ma oslovovali], *myslím. 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.* /Rozhovor 6/

Ženy boli teda pôrodným personálom oslovované krstným menom, zdrobneninami krstného mena, zdrobneninami odzrkadľujúcimi súčasné alebo budúce materstvo („mamička") či titulom s pohŕdavým tónom. Vo viacerých prípadoch bolo teda možné identifikovať správanie sa k žene ako k nesvojprávnej, ako k dieťaťu. Nerovnocenný vzťah reflektovali kriticky aj samotné respondentky.

Do kategórie jazyka patrí aj komunikácia o rodiacej žene v tretej osobe, keď nie je zdravotníckym personálom, napríklad pôrodníkom, oslovovaná priamo, ale zdravotnícky personál sa o nej rozpráva, ako by tam v danom okamihu ani nebola.

> *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…* /Rozhovor 8/

3.5.2. Iné mocenské aspekty v komunikácii

Jednou z častých podôb mocenského správania voči rodiacim ženám, ktoré sa v rozhovoroch objavovali, bolo spochybňovanie ich vnímania, dojmov, ale aj prežívania a pocitov, ako napríklad bolesti. Toto spochybňovanie – a následne pokyny, ktoré museli ženy akceptovať, sa objavovali vo všetkých fázach pôrodu. Napríklad pri príjme do nemocnice či po príchode na oddelenie pôrodnice zdravotnícky personál často nepovažoval identifikovanie pokročilej fázy pôrodu ženou či pociťovanie nutkania na tlačenie z jej strany za správne, resp. legitímne, nedôveroval, že žene odtiekla plodová voda a podobne.

> *To už bol dosť nepríjemný prístup personálu, pretože mne tá plodová voda praskla, keď som bola v sprche… A keď som prišla, chceli vzorku tej plodovej vody, čo som ja nemala… A oni mi neverili.* /Rozhovor 8/

> *No a ja som mala kontrakcie a … ale na tom monitore, to ešte nevyzeralo, že idem rodiť. Čiže oni: „Ó, to ešte nič nemáte, môžete ísť domov"… Potom aj ten prístup bol taký, že som prišla a hneď prvé ma: „No to uvidíme, to sa ešte veľmi usmievate na to, že rodíte." Tak to bol taký prístup, že ako keby som doslova simulovala niečo, tak som si hovorila, že asi vedia… som prišla domov, praskla mi plodová voda a utekali sme naspäť. Zase ma dali na ten monitor a zase na tom monitore to nevyzeralo, že idem rodiť, čo ma to prekvapilo, lebo už som sa proste počas chôdze pri každej kontrakcii každú minútu už iba zohýnala a už som nevedela, čo mám robiť… A oni brali do úvahy iba proste to, čo vidia na tom monitore. A to, čo som ja hovorila, nejako, vôbec ako keby nebrali do úvahy. Ich nezaujímalo, čo ja hovorím…* /Rozhovor 8/

> *Bolo leto vonku, tuším 35 stupňov alebo koľko. Oni tam síce mali pustenú klímu, ale na*

30, menej to nemohlo chladiť. Ja som sa klepala, drkotala zubami, nohy sa mi triasli. Ja nie som lekár a ani som to nikdy neštudovala, ale ja som im inštinktívne povedala, že zakryte ma, mne je zima. Však teplo, ja mám šok z tej bolesti, síce necítim, ale moje telo na ňu reaguje. „Nie, to je Vám len zima z tej klímy." Hovorím, to nie je zima z klímy, to je reakcia na bolesť. Ja tu sedím, 2 hodiny sa usmievam, robím si srandu a zrazu mi to prestalo účinkovať. Tak nikto ma nebral vážne, samozrejme. /Rozhovor 14/

Niektoré ženy jasne vyjadrili, že im v komunikácii so zdravotníckym personálom chýbala empatia a osobný, „ľudský" prístup. Súčasne viaceré reflektovali, že v komunikácii cítili hierarchické nazeranie na vzťah pacientka – lekár/lekárka a direktívnu komunikáciu.

> *Taká tá empatia tam určite chýba, akože tá lekárka je predsa len v práci, robí tú vec, ktorú robí denne, robí ju rutinne, … ja som možno potrebovala taký ústretovejší prístup, že milšie na mňa rozprávať, potichšie. Alebo proste hneď zapli to svetlo tak proste, že mohli by ste, prosím vás, vypnúť to svetlo, mám to tam v pláne. „Nó, ale my musíme vidieť na bábätko, mamička." … Oni sú proste v tej svojej rutine tak zaškatuľkovaní…* /Rozhovor 6/

> *Mala som taký pocit ako vždy… u doktorov, že tak trošku zvrchu na mňa pozerali.* /Rozhovor 7/

V rozhovoroch sa opakovane objavovala skutočnosť, že od spísania či prípravy pôrodného plánu respondentky upustili kvôli očakávaniu, že tento plán nebude zdravotníckym personálom rešpektovaný, alebo dokonca z dôvodu obáv zo zhoršenia prístupu zdravotníckeho personálu voči rodiacej žene, pokiaľ má „nadštandardné požiadavky".

> *Čítala som o tom, ale keď som sa potom pýtala v nemocnici konkrétnych doktorov, tak na to pozerali, no však môžete si spraviť, ale že nejako extra na to neprihliadajú… Spravte si, ale potom tá realita* [je] *trošku iná, no.* /Rozhovor 15/

> *Nie* [nespísala som pôrodný plán], *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, že urobím si po svojom a im budem pritakať. Budem iba vyžadovať slušnosť, profesionalitu a vysvetlenia, ale ako nebudem ich tam rozčuľovať s nejakými pre nich utopickými vecami. Takže preto som aj tú dulu zvolila, aby som v tej nemocnici nemusela takéto žabomyšie vojny viesť.* /Rozhovor 14/

Viaceré respondentky boli zdravotníckym personálom presvedčené na iné postupy, než ktoré si definovali vo svojich pôrodných plánoch.

> *Ja som… to nejako neriešila, že som bola v takom mode, že som nemohla otvoriť tie ústa, neviem prečo som to vtedy neriešila, možno preto, že to bola … známa osoba pre mňa, aj keď sprostredkovane, že nemôžem jej v ničom protirečiť, že som len mladá šťanda a že ona musí vedieť lepšie. Tak som bola nejako nastavená vtedy.* /Rozhovor 2/

> *Oni sa ma pýtali, ale hovorím, bolo to všetko na základe takého presviedčania…* /Rozhovor 6/

> *Napríklad mala som tam* [v pôrodnom pláne], *… že si neželám, aby mi praskli tie plodové obaly. A to v podstate 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, že to by aj tak samotné prasklo.* /Rozhovor 5/

Mocenské správanie malo v rozhovoroch aj podobu zosmiešňovania a posmievania sa pri vyjadrení prianí ženami.

> *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 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?* /Rozhovor 14/

Ako ukázali aj predchádzajúce kapitoly, zastrašovanie a manipulácia sa v rozhovoroch objavovali najmä vtedy, keď rodiaca žena nesúhlasila s navrhovanými postupmi, napríklad s aplikáciou rutinných postupov ako zavedenie kanyly. Špecifikom mocenského prístupu bol aj nátlak na „poslušnosť" a „spoluprácu" rodiacich žien (ktorej absencia vo vnímaní zdravotníckeho personálu sa potom pretavovala aj do označenia „nespolupracujúca rodička" zdravotníckym personálom). Viaceré ženy konštatovali, že im bolo povedané, že zdravotnícky personál vyhovie niektorým ich požiadavkám, len keď budú „poslúchať" a nasledovať pokyny.

> *Tak začala by som doktorkou, mladšia než ja, veľmi taká direktívna, … veľmi sebavedomá, nepríjemná… Ona sa síce na mňa usmievala, ale to bol taký nepríjemný úsmev. … Keď som ju poprosila, že by malého dala potom na brucho, tak: „Áno, keď budeš poslúchať." Ona mi hovorila …* [menom], *„keď budeš poslúchať, tlačiť, ako ti poviem, tak možno hej."* /Rozhovor 1/

> *Že budem tlačiť, keď mi povedia. Ale nakoľko som bola označená nakoniec ako nespolupracujúca rodička, tak neviem, či som to robila zle… No, ale keď som sa potom pýtala doktora aj na tom popôrodnom oddelení, že prečo som bola označená ako nespolupracujúca rodička, v podstate jediné, čo mi k tomu povedal, utešoval ma, že to bol komplikovaný pôrod, aby som si to nebrala tak, že niečo som robila zle alebo nedostatočne, ale že proste oni majú nejako vo zvyku to takto označovať.* /Rozhovor 7/

Samostatným typom „argumentácie" zdravotníckeho personálu, ktorá vystupovala do popredia, bolo vnucovanie prianí personálu ženám a prispôsobovanie priebehu pôrodu zdravotníckemu personálu, špecificky pôrodníkom a pôrodníčkam tak, aby to bolo pre nich jednoduchšie. Vzťahovalo sa napríklad na výber pôrodnej sály (nadštandardnej), ktoré síce poskytuje rodiacej žene väčšie súkromie, ale zdravotníckemu personálu sa tam „zle rodí", alebo na obmedzovanie výberu pôrodnej polohy ženám, keďže „doktorka nič neuvidí".

> *A ja som povedala niekoľkokrát, že ja chcem ten nadštandardný pôrodný box, a tá odpoveď bola taká, že nie. Že im sa tam zle rodí a aj mne by sa tam zle rodilo. A stojí to peniaze. A ja že, ale ja to chcem! A stále bola tá odpoveď nie, že im sa tam zle rodí a aj mne by sa tam zle rodilo. A mám radšej niečo kúpiť malému, takže to som sa nechala.* /Rozhovor 1/

> *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". /*Rozhovor 8/

Prehováranie rodiacej ženy a „argumentovanie" proti jej prianiam je mocenským a manipulatívnym správaním, ktoré je jednoznačným porušením práva na dôstojné a rešpektujúce zaobchádzanie bez nátlaku a zastrašovania, a to v kontexte ľudských práv celkovo, ako aj v osobitnom kontexte poskytovania zdravotnej starostlivosti. Mocenské zaobchádzanie často fakticky vedie k porušovaniu ďalších práv, ako napríklad práva na slobodný výber okolností pôrodu vrátane výberu pôrodnej polohy či práva na informovaný súhlas, resp. informované rozhodovanie.

Aj zastrašovanie, ako prvok mocenského zaobchádzania, zdravotnícky personál používal s cieľom presvedčiť rodiacu ženu k určitému úkonu. V rozhovoroch sa objavovali výpovede o negatívnych príkladoch a scenároch, na základe ktorých sa rodiaca žena následne podvolila, hoci s takýmto postupom nesúhlasila.

> *Ja som sa sťažovala, že nebolí ma brucho, ale že bolia ma strašne kríže. A tá poloha. Ja som povedala, že by som si chcela sadnúť. A doktorka stále, že nie, nemôžem sedieť, že by som poškodila dieťa, že by som sadla na jeho hlavu. Čo je akože podľa mňa nezmysel. No stále mali také poznámky, že nemôžem sedieť a vždy to nejako takto odôvodnili. Takže ja som tam hodinu a pol ležala a tie bolesti boli oveľa väčšie a oni to riešili tak, že mi dali analgetiká. /*Rozhovor 1/

Mnohé respondentky vyjadrovali, ako cítili, že bol na ne vyvíjaný nátlak. Následkom absentujúcej podpory a povzbudenia a zároveň vyvíjania nátlaku v nich prístup personálu vyvolával pocity viny z nenaplnenia očakávaní a pokynov (napríklad pri tlačení). Túto skúsenosť interpretovali aj ako vlastné osobné zlyhanie a neschopnosť.

> *Doktorka mi stále hovorila, že teraz už musí ísť von! … Žiadna motivácia, len takáto kritika… Musí ísť teraz von! A ja som si pripadala strašne neschopná, že na tú kontrakciu som to nedala a že to trvalo tak dlho. /*Rozhovor 1/

> *Keď som tlačila, tak tá hlavná sestra … sa mi snažila pomáhať a hovorila: „Tak, teraz dýchaj, teraz tlač." Držala ma za ruku, toto bola podpora z jej strany. Ale tak tie dve lekárky… so mnou veľmi nekomunikovali, ak aj áno, že „tlačte a zle ste potlačili"! Až potom zistili, že má malý namotanú šnúru. Ja som bola dosť dlho v depresii z toho, že som ho nevedela vytlačiť, ale v podstate to tak ani moja chyba nebola… /*Rozhovor 8/

Svoju znevýhodnenú pozíciu si ženy plne uvedomovali. Opakovane definovali pocit strachu z obhajovania si svojich požiadaviek, teda z komunikácie, v ktorej sa necítili byť rovnocennými partnerkami.

> *Som typ človeka, ktorý potrebuje podporu, že ja to v sebe mám, vraj sa to volá syndróm bieleho plášťa, že voči nim si neotvorím ústa, pretože som zažila ten pocit, že ja som úplný blbec, takže a vtedy mi dôjdu slová a ja práve som potrebovala niečo také, aby som mala tú istotu, že nie som v tom sama. /*Rozhovor 14/

Táto skutočnosť u niektorých žien následne ústila do postojov, že pri ďalšom pôrode v budúcnosti sa rozhodnú pre iný typ pôrodu, napríklad v zahraničnom pôrodníckom zariadení či pre pôrod v domácom prostredí. Teda pre taký spôsob pôrodu, ktorý bude vo väčšej miere garantovať zohľadňovanie ich potrieb, rešpektovať ich dôstojnosť a bude minimalizovať počet intervencií.

3.5.3. Zhrnutie

Pri sledovaní ľudskoprávnych aspektov pôrodov v nemocniciach je neoddeliteľnou súčasťou skúmania aj mocenský a hierarchický charakter vzťahov medzi inštitúciou (nemocnicou), jej zástupcami a zástupkyňami (zdravotnícky personál) a rodiacimi ženami. Táto skutočnosť sa pretavuje do rôznej úrovne a kvality komunikácie zo strany zdravotníckeho personálu a následne do veľkej miery ovplyvňuje celkovú úroveň a kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti a skúsenosť žien s pôrodnými zariadeniami. Opisy pôrodných skúseností žien prierezovo odrážali aj porušovanie práva na dôstojnosť a dôstojné zaobchádzanie – teda spôsoby konania, ktoré nerešpektujú osobnú integritu žien. Rozhovory túto nerešpektujúcu a dôstojnosť narúšajúcu/popierajúcu komunikáciu detailne ilustrujú a pomáhajú lepšie identifikovať podoby mocenského zaobchádzania, ako napríklad: opakovaná symbolická objektifikácia a znevažovanie žien v diskurze, spochybňovanie ich vnímania, pocitov a dojmov; prehováranie, manipulácia a nátlak, podmieňovanie napĺňania legitímnych požiadaviek žien „protiplneniami" z ich strany; zosmiešňovanie a posmech pri vyjadrení prianí žien, vnucovanie vôle personálu na úkor vôle žien s úmyslom uľahčiť prácu personálu pri pôrode namiesto zohľadnenia prianí rodiacich žien či donucovanie k niektorým intervenciám direktívnymi príkazmi. Rozhovory rovnako odhalili nedostatok podpory a povzbudzovania rodiacich žien zo strany zdravotníckeho personálu, ale aj vyvolávanie pocitov zlyhania i viny.

3.6. Záver

Cieľom výskumu bolo pilotne zmapovať skúsenosti žien s pôrodmi v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku optikou ľudských práv žien. Chceli sme zistiť, či sa rodiace ženy stretávajú s nerešpektujúcim zaobchádzaním a porušovaním ľudských práv.

Na základe opisov pôrodných skúseností žien je možné konštatovať, že respondentky sa stretávali s porušovaním ľudských práv vo všetkých fázach pôrodu od príjmu do nemocnice až po obdobie hospitalizácie po pôrode. Rôzne nemocnice, kde ženy rodili, vytvárali odlišné podmienky pre pôrody a zároveň sa líšil aj prístup a konanie zdravotníckeho personálu. Napriek tomu porušovanie ľudských práv žien a nerešpektujúce zaobchádzanie sprevádzalo pôrodnú skúsenosť všetkých žien vo všetkých nemocniciach, a to nielen v podobe prístupu zdravotníckeho personálu k nim, ale aj vo forme fyzických a materiálnych podmienok v nemocniciach. Ako naznačujú aj právne komentáre, ktoré sprevádzajú jednotlivé naratívy žien, pri týchto pôrodoch dochádzalo k mnohým porušeniam vnútroštátnych i medzinárodných ľudskoprávnych štandardov.

Mnohé z porušení majú aj širší systémový a štrukturálny základ – sú integrovanou súčasťou inštitucionálnej štruktúry a ako také sa aj ďalej reprodukujú (napríklad nezohľadňovanie práva na súkromie, na informovaný súhlas a ďalšie). Sú nielen výsledkom dedičstva pôrodníckeho systému, ako

bol zavedený v druhej polovici 20. storočia, ale aj toho, že súčasné štandardy ani každodenná prax pôrodníckeho systému nezohľadňujú dostatočne ľudskoprávny kontext. Dochádza tak k reprodukcii a negatívnym konzekvenciám rodovej stereotypizácie žien – mnohé z nerešpektujúceho správania je aj výsledkom stereotypov, ktoré pripisujú ženám vopred definované podoby percepcie, správania, prežívania či predstáv a noriem o ženskosti. Práve predstavy súvisiace s materstvom sú pritom často nosným pilierom definujúcim ženskosť ukotvenú v stereotypoch.

Z opisov pôrodných skúseností žien vyplynulo, že pri ich pôrodoch dochádzalo napríklad k porušeniam práva na ohľaduplné, rešpektujúce a dôstojné zaobchádzanie bez nátlaku, manipulácie, zastrašovania a celkovo fyzického a psychického násilia; práva na informácie, informovaný súhlas, resp. informované rozhodovanie; práva na rešpektovanie osobnej voľby a na odmietnutie navrhovaného postupu alebo odvolanie predtým udeleného súhlasu; práva na ochranu súkromia a zachovanie intimity, dôvernosť a ochranu osobných údajov; práva na rovnosť a nediskrimináciu; práva slobodne si zvoliť okolnosti pôrodu; práva na podporu vytvárania vzťahovej väzby medzi matkou a dieťaťom, ako aj práva nebyť podrobená krutému, neľudskému a ponižujúcemu zaobchádzaniu. V kontexte týchto porušení a v spojení s tým, ako je definované právo na ochranu zdravia a na zdravotnú starostlivosť (pozri kapitolu 1.2.2.), možno konštatovať, že v niektorých prípadoch dochádzalo aj k porušovaniu práva na ochranu zdravia a na zdravotnú starostlivosť.

Výskumné zistenia naznačujú, že ženy si v niektorých prípadoch neboli vedomé svojich práv ako pacientok, resp. klientok zdravotníckych zariadení. To môže čiastočne vysvetľovať relatívne vysokú mieru normalizácie nerešpektujúcich a práva porušujúcich praktík ako na strane rodiacich žien, tak aj na strane zdravotníckeho personálu, ktorá sa objavovala v rozhovoroch. Súčasne bolo pre ženy extrémne ťažké si v situácii prebiehajúceho pôrodu svoje práva uplatňovať. K nerešpektujúcemu správaniu prispievala aj často chýbajúca percepcia žien ako autonómnych bytostí zo strany zdravotníckeho personálu, ktorý ich tlačil do roly pasívnych prijímateliek svojich predstáv, požiadaviek a postupov. V tomto prístupe sa prejavovala silná inštitucionálna hierarchia, ktorá vyúsťovala do znevýhodneného postavenia žien v tejto štruktúre. Symbolická aj reálna moc bola v rukách zdravotníckeho personálu v situácii extrémnej zraniteľnosti a odkázanosti žien na personál.

Z perspektívy žien je teda zjavné, že pôrodnícky systém a aj konceptuálny rámec uvažovania o pôrodoch vrátane zvnútornenia si štandardov ľudských práv na strane slovenskej spoločnosti si vyžadujú širokú odbornú diskusiu, rozsiahle zmeny a scitlivovanie. Cieľom by malo byť nielen zlepšenie kvality poskytovaných služieb, ale aj uplatňovanie ľudských práv žien – pričom tieto dva komponenty pôrodnej starostlivosti od seba ani nemožno oddeliť. Ide o fundamentálne ľudskoprávne princípy, ktoré nie sú na strane štátu, jeho inštitúcií (nemocníc) a ich reprezentantov a reprezentantiek otázkou dobrej vôle, ale povinnosťou. Sú to zároveň princípy, ku ktorým sa Slovensko zaviazalo a hlási sa k nim.

Oblasť nedostatočného uplatňovania ľudských práv žien pri pôrodoch nie je len deficitom nemocníc v Slovenskej republike, ale prebieha aj v širšom globálnom kontexte. Kým však systémy v zahraničí poskytujúce zdravotnícku starostlivosť pri pôrodoch mnohé z diskutovaných problémov už riešia, u nás sa táto diskusia ešte iba začína.

3.7. Opisy respondentiek

Respondentka 1, 33 rokov, VŠ vzdelanie, 2 deti, Bratislavský kraj

Respondentka mala skúsenosť s dvomi rozdielnymi pôrodnicami. Prvý pôrod prebehol cisárskym rezom, druhý vaginálne. Rodila v sprievode manžela, nemala zazmluvneného pôrodníka. Pôrod začal spontánne. Mala pripravený pôrodný plán, ktorý však, na základe jej reflexie, nebol vôbec zdravotníckym personálom nasledovaný. Priebeh druhého pôrodu vnímala veľmi negatívne, po pôrode mala dlhodobejšie zdravotné problémy. Bola nastrihnutá a následne šitá, mala skúsenosť s tlačením na brucho.

Respondentka 2, 32 rokov, VŠ vzdelanie, 2 deti, Bratislavský kraj

Respondentka porodila svoje deti v dvoch rozličných pôrodniciach. Pri druhom pôrode mala pôvodne zazmluvneného lekára, ale nestihol prísť k pôrodu. Pri oboch pôrodoch ju sprevádzal manžel. Respondentka si zaplatila epidurálnu analgéziu, pričom sa chcela až počas priebehu pôrodu rozhodnúť, či ju použije. Pri prvom pôrode rodila s epidurálnou analgéziou, pri druhom napokon bez. Svoju prvú pôrodnú skúsenosť reflektuje ako negatívnu, a aj preto sa rozhodla porodiť druhé dieťa v inej nemocnici, pričom s lekárom konzultovala svoje predstavy. Bola nastrihnutá a šitá v oboch prípadoch. Pri prvom pôrode mala skúsenosť s tlačením na brucho. Na druhý pôrod si spomína pozitívne, čo pripisuje aj tomu, že sa správala „asertívnejšie". Pôrod sa začal spontánne. Respondentka pozitívne vnímala, že bola zdravotníckym personálom informovaná o jednotlivých krokoch, ktoré sa diali.

Respondentka 3, 39 rokov, VŠ vzdelanie, 1 dieťa, Bratislavský kraj

Respondentka rodila spontánne bez epidurálnej analgézie a neabsolvovala žiadnu pôrodnú prípravu. Mala vopred zazmluvneného lekára-pôrodníka. Počas pôrodu bola nastrihnutá a následne šitá. Mala skúsenosť s „jemným tlačením na brucho" počas pôrodu. Respondentka rodila bez prítomnosti partnera. Vo všeobecnosti bola spokojná s prístupom zdravotníckeho personálu – u niektorých členov/členiek zdravotníckeho personálu však reflektovala nedostatočnú snahu informovať ju o jednotlivých krokoch pôrodu.

Respondentka 4, 27 rokov, VŠ vzdelanie, 1 dieťa, Trnavský kraj

Respondentka mala rizikové tehotenstvo, takže napriek tomu, že pôvodne plánovala rodiť v inom meste (hľadala viac „baby-friendly" nemocnicu), rodila v spádovej nemocnici svojho bydliska. Nemala vopred zazmluvneného pôrodníka/pôrodníčku (vzhľadom na finančné náklady), pri pôrode ju sprevádzal manžel. Respondentka si pôvodne plánovala pripraviť pôrodný plán, ale keďže mala v pôrodnici dohodnutú pomoc od pôrodnej asistentky, svoje plány s ňou konzultovala verbálne. Priebeh pôrodu spätne hodnotí ako negatívnu skúsenosť vzhľadom na to, že jej priania neboli rešpektované. Pôrod bol vyvolaný, respondentka si zvolila epidurálnu analgéziu kvôli silným bolestiam, ktoré pociťovala (napriek jej pôvodnému želaniu rodiť bez medikalizácie a zásahov do priebehu pôrodu). Počas pôrodu bola nastrihnutá a následne šitá. Respondentka reflektovala správanie lekárov

ako „príjemné", negatívne hodnotila komunikáciu s pôrodnými asistentkami a zdravotnými sestrami. Súčasne sa necítila byť informovaná o priebehu pôrodu.

Respondentka 5, 36 rokov, VŠ vzdelanie, 1 dieťa, Bratislavský kraj

Respondentka pri výbere pôrodnice hľadala kompromis medzi finančnou dostupnosťou, blízkosťou k miestu bydliska a čo „najprirodzenejším pôrodom", t. j. pôrodom bez zásahov a medikamentov. Rodila v nemocnici, v ktorej si vopred zazmluvnila pôrodníčku a pripravila pôrodný plán. Pôrod sa spustil spontánne, pri pôrode bola sprevádzaná partnerom a nemala aplikovanú epidurálnu analgéziu. Počas pôrodu bola nastrihnutá, neskôr šitá, zároveň mala skúsenosť s tlačením na brucho, ktoré však odmietla. Jej prianie bolo zdravotníckym personálom rešpektované. Správanie zdravotníckeho personálu hodnotila vo všeobecnosti pozitívne, pričom v skorších fázach rozhovoru upozornila na arogantné správanie niektorých členov/členiek personálu. Respondentka sa cítila pôrodníčkou informovaná a jej priania boli z väčšej časti rešpektované. Negatívne hodnotila to, že pôrodníčka praskla pôrodné obaly napriek jej vyslovenému nesúhlasu.

Respondentka 6, 28 rokov, VŠ vzdelanie, 1 dieťa, Bratislavský kraj

Respondentka si vybrala pôrodnicu podľa odporúčania na jednu z lekárok-pôrodníčok. Chcela čo „najprirodzenejší pôrod" bez intervencií a medikamentov, na ktorý sa počas tehotenstva pripravovala. Pôrod sa začal spontánne, ale na urýchlenie jej bola „prepichnutá plodová voda". Na posilnenie kontrakcií jej bol tiež aplikovaný oxytocín. Pri pôrode ju sprevádzal manžel. Počas pôrodu bola nastrihnutá a následne zašitá. Mala pripravený pôrodný plán, ktorý bol počas pôrodu s lekárkou komunikovaný, ale bol zohľadnený iba čiastočne. Prístup zdravotníckeho personálu označila vo všeobecnosti za neempatický.

Respondentka 7, 32 rokov, VŠ vzdelanie, 1 dieťa, Bratislavský kraj

Respondentka si vybrala pôrodnicu vzhľadom na blízkosť k jej bydlisku. Nemala zazmluvneného pôrodníka, rodila bez epidurálnej analgézie a pri pôrode ju sprevádzal partner. Po príchode do pôrodnice sa jej zastavili kontrakcie, po istom čase jej bol aplikovaný oxytocín na rozbehnutie pôrodu. Počas pôrodu boli použité kliešte a „vákuum". Respondentka bola počas pôrodu nastrihnutá a šitie pôrodných poranení pociťovala ako veľmi bolestivé, takže pôrodník pri šití následne použil celkovú anestéziu. Počas pôrodu sa cítila neinformovaná, nevedela o jednotlivých krokoch, ktoré pôrodník a pôrodníčka zvolili.

Respondentka 8, 32 rokov, VŠ vzdelanie, 1 dieťa, Bratislavský kraj

Respondentka si nevybrala spádovú nemocnicu, ale zariadenie, ktoré na základe recenzií vyzeralo, že je najviac naklonené „prirodzeným pôrodom" bez intervencií a medikamentov. Nemala zazmluvnenú pôrodníčku ani pôrodníka a mala pripravený pôrodný plán. Pri pôrode respondentku sprevádzal partner a rodila bez epidurálnej analgézie. Pôrod začal spontánne, dieťa však malo okolo hlavy omotanú pupočnú šnúru, respondentka bola preto počas pôrodu nastrihnutá a následne šitá. Zároveň bol počas pôrodu zdravotníckym personálom použitý tlak na brucho. Šitie považovala za veľmi bolestivé.

Respondentka 9, 30 rokov, SŠ vzdelanie, 1 dieťa, Bratislavský kraj

Respondentka pôvodne plánovala, že bude rodiť doma. Keďže však prenášala, vybrala si nemocnicu podľa pôsobiska svojho gynekológa. Nepripravila si pôrodný plán, bola pripravená na to, že bude pôrod postupovať podľa pokynov pôrodníka. Týždeň po stanovenom termíne pôrodu jej lekár bez bližšieho vysvetlenia oznámil, aby prišla do pôrodnice na vyvolanie pôrodu. Po príchode do pôrodnice jej boli aplikované medikamenty na vyvolanie pôrodu a bol jej prepichnutý „vak blán". Respondentka opisovala pôrodné bolesti ako veľmi veľké, aj preto si zvolila epidurálnu analgéziu (aj keď ju pôvodne neplánovala). Bola nastrihnutá a následne šitá. Pri pôrode bola sprevádzaná svojím partnerom.

Respondentka 10, 27 rokov, VŠ vzdelanie, 1 dieťa, Bratislavský kraj

Respondentka si vybrala pôrodnicu podľa odporúčaní, ale aj na základe finančnej dostupnosti. Nemala pripravený pôrodný plán, ale niekoľko bodov, ktoré pri príjme komunikovala s prijímajúcou lekárkou. Respondentka chcela čo „najprirodzenejší pôrod" bez „utišujúcich liekov" a intervencií do pôrodu. Pôrod jej začal spontánne, pri pôrode ju sprevádzala mama. Kontrakcie neskôr ustúpili, bol jej ponúknutý oxytocín, respondentka ho však odmietla a jej žiadosť bola rešpektovaná. Respondentka opisovala pôrod ako veľmi náročný a dlhý. Bola nastrihnutá a následne šitá. Po pôrode mala dlhodobejšie zdravotné problémy a bolesti v kostrči.

Respondentka 11, 30 rokov, VŠ vzdelanie, 2 deti, Bratislavský kraj

Respondentka si vyberala nemocnicu aj pôrodníčku pre svoj prvý pôrod na základe odporúčaní známych, keďže chcela čo „najprirodzenejší priebeh pôrodu" bez použitia medikamentov a zásahov do pôrodu. Nemala pripravené pôrodné priania, ale lekárke ako hlavnú prioritu pôrodu zdôraznila popôrodný bonding. Respondentka prišla do pôrodnice, keď jej doma začali kontrakcie. Pri pôrode ju sprevádzala dula. Rodila bez epidurálnej analgézie. Po pôrode jej bolo dieťa nechané v kontakte koža na kožu na dve hodiny podľa jej prianí. Respondentka bola nastrihnutá a šitá. Druhé dieťa rodila v pôrodnici v blízkom zahraničí.

Respondentka 12, 32 rokov, VŠ vzdelanie, 1 dieťa, Bratislavský kraj

Nemocnicu si respondentka vybrala podľa dostupnosti, ale aj podľa recenzií a odporúčaní na internete. Mala pripravený pôrodný plán, rodila sprevádzaná partnerom. Pôvodne nechcela využiť epidurálnu analgéziu, ale mala ju zaplatenú a kvôli bolestiam si ju dala aplikovať. Následne bol respondentke pichnutý aj oxytocín. Počas pôrodu nastali ťažkosti pri vytlačení dieťaťa a bol použitý vákuumextraktor aj tlak na brucho. Respondentka bola nastrihnutá a šitá.

Respondentka 13, 31 rokov, SŠ vzdelanie, 2 deti, Bratislavský kraj

Pôrodnicu si respondentka vybrala podľa odporúčania svojho gynekológa-pôrodníka. Oba pôrody prebehli v tej istej nemocnici bez vopred zazmluvneného lekára a podľa respondentky mali rýchly priebeh. Pri prvom pôrode jej pôrodník tlačil na brucho, pri druhom pôrode túto skúsenosť nemala. Pri druhom pôrode si dala pichnúť epidurálnu analgéziu. Pri pôrodoch ju sprevádzal partner. Pri druhom pôrode rodila respondentka bez nástrihu.

Respondentka 14, 39 rokov, VŠ vzdelanie, 2 deti, Bratislavský kraj

Respondentka si vyberala miesto pôrodu podľa pôsobenia pôrodníka, ktorý jej bol odporučený. Po negatívnej skúsenosti z prvého pôrodu (hlavne zo správania zdravotníckeho personálu) sa pri druhom pôrode rozhodla pre dulu ako sprevádzajúcu osobu. Nemala pripravené pôrodné priania ani pri jednom pôrode, keďže si myslela, že je nereálne, aby jej ich splnili. Pri oboch pôrodoch bola nastrihnutá a šitá. Pri druhom pôrode kladne hodnotila komunikáciu so zdravotníckym personálom. Mala skúsenosť s vyvíjaním tlaku na brucho počas prvého pôrodu a tento tlak vnímala veľmi bolestivo. Veľmi pozitívne vnímala prítomnosť duly pri pôrode, ktorá podľa nej pôsobila ako „katalyzátor" medzi ňou a zdravotníckym personálom.

Respondentka 15, 30 rokov, VŠ vzdelanie, 1 dieťa, Bratislavský kraj

Pôrodnicu si vybrala podľa miesta pôsobenia svojho gynekológa-pôrodníka. Počas pôrodu ju sprevádzal partner a bola jej aplikovaná epidurálna analgézia a následne oxytocín. Počas pôrodu bola nastrihnutá a šitá. Pôrod vnímala pozitívne – aj prístup zdravotníckeho personálu. Kriticky vnímala rozsah poskytnutých informácií o jednotlivých krokoch počas pôrodu.

4. Informovanie pred pôrodom v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku

Janka Debrecéniová – Sylvia Šumšalová – Kristína Babiaková*

4.1. Úvod

Právo na ochranu zdravia a na zdravotnú starostlivosť je úzko späté s právom na informácie. Pri realizácii práva na ochranu zdravia, kam patrí aj prijímanie zdravotnej starostlivosti, nie je možné rozhodovať sa o jednotlivých krokoch bez informácií. Musia byť dostupné v dostatočnom množstve i kvalite. Aj Charta práv pacienta v Slovenskej republike[322], prijatá vládou Slovenskej republiky v roku 2001[323], k všeobecnému prístupu k informáciám o zdravotnej starostlivosti jasne uvádza, že „informácie o poskytovaných zdravotníckych službách a dostupnej liečbe sú verejné, aby ich mohol využívať každý".[324] Právo na informácie teda klientka alebo klient nemá iba bezprostredne pred úkonom zdravotníckeho pracovníka alebo pracovníčky. Je oprávnená/oprávnený prijímať a vyhľadávať informácie o poskytovanej zdravotnej starostlivosti všeobecne, teda aj pri rozhodovaní sa o samotnom poskytovateľovi.

Právo každej osoby na výber poskytovateľa zdravotnej starostlivosti vyslovene zakotvuje aj zákon o zdravotnej starostlivosti[325]. Poskytovateľa zdravotnej starostlivosti by sme si len ťažko mohli vyberať slobodne a v súlade so svojimi potrebami a predstavami, ak by sme nemali informácie, na základe ktorých by sme tak mohli urobiť. Právo na výber poskytovateľa a s ním súvisiace právo na informácie o tomto poskytovateľovi je teda vyjadrením širšie koncipovaného práva na slobodu voľby, ktoré je

---

* Na koncipovaní monitoringu opísaného v tejto kapitole, ako aj kapitoly samotnej sa podieľala tiež Šarlota Pufflerová, Zuzana Krišková, Martina Sekulová a Miroslava Hlinčíková. Na zbere a spracovaní dát sa podieľali aj Šarlota Pufflerová a Michaela Dénešová.

322 Text charty je dostupný na: http://www.rokovania.sk/Rokovanie.aspx/BodRokovaniaDetail?idMaterial=6512 (posledná návšteva dňa 26. 02. 2015).

323 Uznesenie vlády Slovenskej republiky č. 326 z 11. apríla 2001. Dostupné na: http://www.rokovania.sk/Rokovanie.aspx/GetUznesenia/?idRokovanie=387 (posledná návšteva dňa 22. 12. 2014).

324 Čl. 3 Charty práv pacienta v Slovenskej republike.

325 § 11 ods. 6 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov. V zmysle tohto ustanovenia sa právo na výber poskytovateľa nevzťahuje na osoby vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody (§ 11 ods. 6 písm. a)) a na žiadateľov a žiadateľky o azyl (§ 11 ods. 6 písm. b)).

jedným z nosných pilierov ochrany sexuálneho a reprodukčného zdravia i ochrany práva na zdravie a na zdravotnú starostlivosť všeobecne.

Všeobecný prístup k informáciám o poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa odlišuje od povinnosti informovať pacienta alebo pacientku priamo pred jednotlivými úkonmi a počas nich, pričom ale spolu nevyhnutne súvisia. Ak má byť súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, tak ako je vyjadrený v požiadavkách medzinárodného práva aj slovenskej legislatívy[326] (podrobnejšie pozri kapitolu 1.2.3. a kapitolu 3.3. tejto publikácie), skutočne slobodným a informovaným súhlasom, potom aj súhlas s jednotlivými úkonmi zdravotnej starostlivosti musí v sebe nevyhnutne a neoddeliteľne obsahovať aj súhlas s jej poskytovateľom.

Pôrod patrí k tým úkonom zdravotnej starostlivosti, ktoré sa dajú predvídať, a teda je možné ich rámcovo vopred naplánovať. Dostatok informácií pred týmto úkonom je pre prijímateľku zdravotnej starostlivosti nevyhnutný, a to nielen vo vzťahu k samotným úkonom zdravotnej starostlivosti, o ktorých by sa rozhodovala a s ktorými by potenciálne vyjadrovala svoj súhlas, ale aj vo vzťahu ku skôr spomínanému právu na výber poskytovateľa. To, že informácie o zdravotnej starostlivosti majú byť poskytované v dostatočnom predstihu pred tým, než nastávajú jednotlivé úkony, napokon vyplýva aj zo samotného textu zákona o zdravotnej starostlivosti. V zmysle tohto zákona „[o]šetrujúci zdravotnícky pracovník je povinný poskytnúť poučenie [ktoré musí predchádzať získavaniu súhlasu s poskytnutím zdravotnej starostlivosti – dopl. aut.] 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“[327]. Poskytovanie informácií v dostatočnom predstihu je teda nevyhnutnou podmienkou, ktorú musia ošetrujúci zdravotnícki pracovníci a pracovníčky (a teda aj zdravotnícke zariadenia, v ktorých tieto osoby pracujú) splniť, aby nimi získavaný súhlas s poskytovaním zdravotnej starostlivosti mohol byť považovaný za informovaný a slobodný. Pri dobrom nastavení mechanizmov môže včasné a kvalitné informovanie zároveň slúžiť aj na lepší a efektívnejší manažment poskytovania zdravotnej starostlivosti vo všeobecnosti.

Poskytovanie informácií o zdravotnej starostlivosti a napĺňaní práv s ňou súvisiacich je tiež nástrojom verejnej kontroly. Nemocnice majú na Slovensku faktický monopol na poskytovanie pôrodnej starostlivosti, a preto sa musia zodpovedať aj verejnosti. Táto potreba je o to akútnejšia, že ženy sú v súvislosti s tehotenstvom a pôrodom v mimoriadne zraniteľnej situácii. Pri pôrodnej starostlivosti dochádza nielen k napĺňaniu, ale aj k faktickému obmedzovaniu, a niekedy aj porušovaniu ich práv. V súvislosti s pôrodnou starostlivosťou sú navyše dotknuté aj práva novorodencov a ich rodičov. Hlavným zodpovedným subjektom za dodržiavanie ľudských práv všeobecne je štát a jeho orgány (pričom štát je v medzinárodnom práve definovaný veľmi široko a zahŕňa aj inštitúcie zriadené či financované štátom alebo orgánmi územnej samosprávy). Aj zdravotnícke zariadenia v SR ako subjekty, ktorých činnosť v súvislosti s pôrodmi má vážne dopady na práva žien a detí a ktorých činnosť a povinnosti štát pomerne podrobne – aj keď nie úplne dokonale – reguluje (a z ktorých mnohé sú navyše zriadené alebo založené štátom, obcami alebo vyššími územnými celkami), však musia mať neustále na pamäti ľudskoprávne aspekty svojej činnosti a v tomto kontexte vnímať aj svoju zodpovednosť v najširšom zmysle.

Už počas rozhovorov so ženami o ich pôrodnej skúsenosti, ktoré sú podrobne popísané

---

[326] Zákonné požiadavky na informovaný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti sú obsiahnuté v § 4 ods. 4 a v § 6 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.

[327] § 6 ods. 2 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti. Zvýraznené autorkami.

v kapitole 3, sme sa stretávali s tým, že ženy často uvádzali akútny nedostatok informácií, ktorý ich nezriedka sprevádzal od príchodu do pôrodnice až do konca pôrodu, ba často až do konca hospitalizácie v súvislosti s pôrodom. Monitoringom, ktorý sme uskutočnili v mesiacoch júl až október 2014, sme sa teda 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 týchto nemocniciach zabezpečovaná pôrodná starostlivosť a ako sú v nich napĺňané ľudské práva žien. Zaujímalo nás, aký druh informácií môžu ženy získať ešte pred samotným pôrodom, aby sa mohli kvalifikovane a slobodne rozhodnúť pri výbere pôrodnice i druhu starostlivosti, a tiež to, ako sú pôrodnice pripravené (a ochotné) napĺňať priania a potreby žien v súvislosti s ich pôrodmi. Identifikovali sme teda oblasti a otázky, ktoré sú pre ženy v súvislosti s pôrodmi dôležité (podrobnejšie pozri ďalej v texte a v prílohe 2 až 5 tejto publikácie). Možnosť získať odpovede na tieto otázky sme potom zisťovali viacerými metódami monitoringu.

Prvou z týchto metód bolo preskúmanie webových stránok všetkých pôrodníc na Slovensku. Chceli sme zistiť, do akej miery nemocnice aktívne zverejňujú jednotlivé informácie týkajúce sa pôrodov. Druhý z nástrojov, ktorý sme použili, bolo zaslanie (v zásade rovnakých) listov do všetkých pôrodníc v SR napísaných ženami, ktoré mali v blízkej budúcnosti rodiť. Ženy tak *de facto* zasielali jednotlivým nemocniciam svoje pôrodné priania a žiadali ich, aby sa k nim vyjadrili. Tým by nemocnice zároveň odpovedali aj na otázky o možnostiach, ktoré v súvislosti s pôrodmi poskytujú. Treťou formou monitoringu bolo oficiálne zaslanie žiadosti o informácie alebo prosby o informácie (rozlíšenie a dôvody preň pozri nižšie v texte) do každej pôrodnice. Žiadateľom bolo v tomto prípade združenie Občan, demokracia a zodpovednosť, pričom naším zámerom bolo zistiť, ako nemocnice napĺňajú pri pôrodoch niektoré ľudskoprávne štandardy, aké možnosti ženám poskytujú a ako sú pripravené a ochotné napĺňať ich priania a požiadavky. Štvrtým nástrojom použitým v rámci monitoringu bolo zaslanie žiadosti o informácie na Ministerstvo zdravotníctva SR. Žiadateľom bolo opäť združenie Občan, demokracia a zodpovednosť. Chceli sme zistiť, či má ministerstvo zdravotníctva ako ústredný orgán štátnej správy pre túto oblasť celkový prehľad o napĺňaní ľudskoprávnych štandardov súvisiacich s pôrodmi, či zbiera a systematizuje dáta o praktikách používaných pri pôrodoch v jednotlivých zariadeniach a, celkovo, ako napĺňa niektoré svoje originárne zodpovednosti v tejto oblasti.

Sme si vedomé toho, že použité metódy neposkytujú úplne vyčerpávajúci obraz o tom, aké sú reálne možnosti žien pred pôrodom získať všetky informácie potrebné pre ich slobodné rozhodovanie sa o poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti a následne o jej jednotlivých úkonoch. Nezameriavali sme sa napríklad na to, ako prebieha (či neprebieha) poskytovanie informácií v rámci tzv. psychoprofylaktickej prípravy realizovanej niektorými pôrodnicami alebo či a do akej miery sú takéto informácie poskytované jednotlivými ošetrujúcimi lekármi či lekárkami alebo ďalším personálom počas tehotenstva (napríklad v rámci tzv. tehotenských poradní). Pôrody na Slovensku sa však dejú takmer výhradne v inštitúciách a tieto inštitúcie majú zároveň veľkú regulačnú, supervíznu a kontrolnú moc nad všetkými priamo zainteresovanými subjektmi, t. j. nastavujú prostredia, určujú „pravidlá hry", vysielajú signály o tom, čo je žiaduce, dovolené, akceptované, tolerované, podporované a čo nie. Práve preto sú prístupy nemocníc, ich reakcie a spôsob ich celkovej komunikácie určujúce pre zisťovanie, v akej miere sú tieto inštitúcie pripravené a ochotné poskytovať informácie o svojej činnosti. Použité metódy navyše do veľkej miery odrážajú možnosti, ktoré má „bežná" (potenciálna) prijímateľka zdravotnej starostlivosti (bez nadštandardných možností, kontaktov či prebytku času), a ktorá ako prvú a najdostupnejšiu metódu zisťovania konkrétnych informácií o konkrétnom zariadení často použije práve návštevu jeho webovej stránky či písomné oslovenie. Informácie (ne)získané na základe použitých metód a celkový spôsob (ne)reagovania zdravotníckych zariadení na naše priame oslovenia tiež dobre ozrejmujú (ne)vnímanie vlastnej zodpovednosti zo strany inštitúcií zodpovedných

za napĺňanie a dodržiavanie práv v súvislosti s pôrodmi – a to bez ohľadu na to, či tieto subjekty boli alebo neboli formálne a explicitne povinné odpovedať na jednotlivé formy priameho oslovenia (listy žien, oficiálne žiadosti o informácie zo strany MVO, oficiálne listy s prosbami o informácie zo strany MVO).

V nasledujúcich častiach tejto kapitoly sa podrobnejšie pozrieme na vybrané právne štandardy, ktoré bližšie ozrejmujú niektoré súvislosti medzi právom na zdravie, resp. na zdravotnú starostlivosť a právom na informácie o tejto starostlivosti. Pomáhajú tak lepšie porozumieť dôležitosti tohto prepojenia, ako aj parametrom adekvátneho informovania. Vo vzťahu k všeobecnému právu na informácie na Slovensku ďalej ponúkneme podrobnejší prehľad o tom, aké sú možnosti získavať a povinnosti poskytovať informácie v zmysle zákona o slobode informácií a ako do tohto rámca zapadajú zdravotnícke zariadenia na Slovensku (v závislosti od ich zriaďovateľa či zakladateľa). Kapitola ďalej poskytne i podrobný prehľad o našich zisteniach v rámci uskutočneného monitoringu.

4.2. Právne štandardy prístupu k informáciám o zdravotnej starostlivosti

4.2.1. Vybrané medzinárodné štandardy

Výbor pre odstránenie diskriminácie žien, zriadený pri Dohovore OSN o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien, vo svojom *Všeobecnom odporúčaní č. 24 – Ženy a zdravie (článok 12)*[328] prízvukuje, že povinnosť členských štátov tohto dohovoru zabezpečiť, na princípe rovnosti žien a mužov, prístup k službám zdravotnej starostlivosti, ako aj k informáciám a vzdelávaniu týkajúcich sa tejto starostlivosti znamená rešpektovať, chrániť a napĺňať ľudské práva žien na zdravotnú starostlivosť.[329] Výbor tiež v tomto všeobecnom odporúčaní zdôrazňuje, že štáty musia ženám zabezpečiť prístup ku kvalitným službám zdravotnej starostlivosti, a to aj tým, že tieto služby budú pre ženy akceptovateľné. Za akceptovateľné služby zdravotnej starostlivosti považuje Výbor pre odstránenie diskriminácie žien tie služby, ktoré sú poskytnuté „spôsobom, ktorý zabezpečuje, že žena dáva svoj **plne informovaný súhlas**, že tieto služby rešpektujú jej dôstojnosť, garantujú jej dôvernosť, a sú **citlivé k jej potrebám a stanoviskám**"[330]. Výbor tiež odporúča štátom, aby „zabezpečili odstránenie všetkých bariér v prístupe žien k službám zdravotnej starostlivosti a k vzdelávaniu a informáciám v oblasti zdravia, vrátane oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia[…]"[331] a aby od všetkých služieb zdravotnej starostlivosti vyžadovali „dôsledné dodržiavanie ľudských práv žien vrátane práva na autonómiu, súkromie, dôvernosť, **informovaný súhlas a na možnosť voľby**"[332].

Aj Výbor pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva, zriadený pri Medzinárodnom pakte OSN

[328] Všeobecné odporúčanie č. 24 Výboru pre odstránenie diskriminácie žien – Ženy a zdravie (čl. 12), 1999.

[329] Tamtiež, bod 13.

[330] Tamtiež, bod 22. Zvýraznené autorkami.

[331] Tamtiež, bod 31 písm. b).

[332] Tamtiež, bod 31 písm. e).

o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach, vo svojom *Všeobecnom komentári č. 14 – Právo na najvyššie dosiahnuteľnú úroveň zdravia*[333] zdôrazňuje, že právo na zdravie je veľmi úzko späté s realizáciou ďalších ľudských práv vrátane práva na prístup k informáciám a závislé na spôsobe tejto realizácie. Právo na informácie, spolu s ďalšími právami vymenovanými v tomto všeobecnom komentári, je podľa výboru úzko späté s jednotlivými zložkami práva na zdravie.[334] Výbor pripomína, že právo na zdravie interpretuje ako inkluzívne právo, ktoré sa netýka iba včasnej a primeranej zdravotnej starostlivosti, ale aj tzv. „na prvý pohľad skrytých determinantov zdravia" (*underlying determinants of health*), medzi ktoré patrí aj prístup k vzdelávaniu a informáciám týkajúcim sa zdravia vrátane sexuálneho a reprodukčného zdravia.[335] Výbor ďalej uvádza, že „dostupnosť informácií zahŕňa právo vyhľadávať, prijímať a rozširovať informácie a myšlienky týkajúce sa zdravia"[336], pričom však prístup k informáciám nesmie zasiahnuť do práva jednotlivcov na dôvernosť ich zdravotnej dokumentácie[337]. Aj tento výbor zdôrazňuje, že 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.[338] Odporúča štátom, aby sa „uistili, že tretie strany [teda napríklad aj zdravotnícke zariadenia – pozn. aut.] nebudú obmedzovať právo ľudí na prístup k informáciám a službám týkajúcich sa zdravia"[339]. Výbor tiež v tomto komentári pripomína štátom, že medzi ich povinnosti patrí okrem iného 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.[340]

Významným dokumentom medzi európskymi štandardmi v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti je Európska charta práv pacientov[341], ktorá bola sčasti premietnutá aj do slovenského zákona o zdravotnej starostlivosti. Hoci ide o právne nezáväzný dokument, má veľkú autoritu, pretože vznikol na pôde viacerých občianskych organizácií pôsobiacich v rôznych štátoch EÚ, ktoré sa zaoberajú pacientskymi právami.[342] V zmysle bodu 3 tejto charty „každý jednotlivec má právo na prístup k všetkým druhom informácií týkajúcich sa jeho zdravotného stavu, zdravotníckych služieb a ich využívania a všetkého, čo je dostupné na základe vedeckého výskumu a technickej inovácie". Právo na prijímanie informácií sa teda netýka len priamo zdravotného stavu prijímateľa či prijímateľky zdravotnej starostlivosti, ale aj informácií o využívaní zdravotníckych služieb. Podľa sprievodného textu k charte, ktorý vydali jej tvorcovia, musia služby zdravotnej starostlivosti, poskytovatelia týchto služieb a odborní pracovníci a pracovníčky poskytovať informácie prispôsobené potrebám pacienta či pacientky, zvlášť s ohľadom na ich náboženské, etnické alebo jazykové špecifiká. **Zdravotnícke služby sú povinné sprístupňovať všetky informácie v ľahko dostupnej forme, a to odbúravaním byrokratických prekážok**, poučovaním a zaškoľovaním poskytovateľov zdravotníckej starostlivosti

---

333 Všeobecný komentár č. 14 Výboru pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva – Právo na najvyššie dosiahnuteľnú úroveň zdravia (čl. 12 Medzinárodného paktu o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach), 2000, E/C.12/2000/4.

334 Tamtiež, bod 3.

335 Tamtiež, bod 11.

336 Tamtiež, bod 12 písm. b) (iv).

337 Tamtiež.

338 Tamtiež, bod 21.

339 Tamtiež, bod 35.

340 Tamtiež, bod 37.

341 Slovenská verzia Európskej charty práv pacientov je dostupná na: http://www.health.gov.sk/Clanok?europska-charta-prav-pacientov (posledná návšteva dňa 22. 12. 2014).

342 Charta vznikla v roku 2002 na pôde Active Citizenship Network (www.activecitizenship.net), európskej siete občianskych, spotrebiteľských a pacientskych organizácií, v spolupráci s ďalšími 12 organizáciami z viacerých krajín EÚ.

a **prípravou a distribúciou informačných materiálov**.[343]

4.2.2. Vnútroštátna právna úprava

Podľa článku 26 ods. 1 Ústavy SR „[s]loboda prejavu a právo na informácie sú zaručené". Článok 26 ods. 2 prvá veta Ústavy SR uvádza, že „[k]aždý má právo vyjadrovať svoje názory slovom, písmom, tlačou, obrazom alebo iným spôsobom, ako aj slobodne vyhľadávať, prijímať a rozširovať idey a informácie bez ohľadu na hranice štátu".

Povinnosť orgánov verejnej moci a niektorých ďalších subjektov poskytovať verejnosti informácie o svojej činnosti upravuje vo všeobecnosti **zákon č. 211/2000 Z. z. o slobodnom prístupe k informáciám** (ďalej len „zákon o slobode informácií"). Špeciálnu právnu úpravu prístupu k informáciám v niektorých špecifických situáciách obsahujú aj iné právne predpisy, medzi ktoré nepochybne patrí zákon o zdravotnej starostlivosti[344]. Ten v § 6 upravuje povinnosť informovať prijímateľku alebo prijímateľa zdravotnej starostlivosti o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Aj tu možno vidieť, ako je právo na zdravotnú starostlivosť úzko späté s právom na informácie, resp. že za niektorých okolností je poskytovanie informácií priamo súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Zákon o slobode informácií je postavený na princípe „čo nie je tajné, je verejné". Tento princíp znamená, že orgány verejnej moci, resp. iné povinné osoby musia verejnosti sprístupniť všetky informácie, ktoré majú k dispozícii, okrem tých, ktoré je potrebné chrániť vo verejnom záujme a ktoré zákon zo sprístupnenia výslovne vylučuje. Tento princíp otvorenosti verejnej správy zabezpečuje možnosť jej kontroly zo strany občanov a občianok, a tým prispieva k dobrému fungovaniu verejnej správy a zodpovednému nakladaniu s verejnými prostriedkami.

Zákon o slobode informácií pozná dva spôsoby sprístupňovania informácií. Prvým spôsobom je sprístupňovanie informácií na základe žiadosti (pričom žiadateľom alebo žiadateľkou môže byť ktokoľvek). Druhým spôsobom je aktívne zverejňovanie informácií, kedy musí povinná osoba zverejniť informácie bez toho, aby ju o to niekto vopred požiadal.

Medzi osoby povinné sprístupňovať informácie o svojej činnosti v zmysle zákona o slobode informácií patria aj niektoré nemocnice. Uvedená povinnosť sa týka nemocníc, ktoré sú zriadené štátnym orgánom, vyšším územným celkom alebo obcou ako príspevkové alebo rozpočtové organizácie.[345] Informačná povinnosť je samozrejme obmedzená tak, aby nedošlo k zásahu do súkromia osôb a porušeniu ochrany osobných údajov.

Aj nemocnice založené inými osobami povinnými postupovať podľa zákona o slobode informácií majú povinnosť sprístupňovať informácie, ale len informácie o hospodárení s verejnými prostriedkami alebo nakladaní s majetkom štátu, majetkom vyššieho územného celku alebo majetkom

---

343 Pozri ACTIVE CITIZENSHIP NETWORK: *European Charter of Patients' Rights: Basis Document*. Rome : Active Citizenship Network, 2002, s. 4. Dostupné na: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf (posledná návšteva dňa 26. 02. 2015).

344 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.

345 Pozri § 2 ods. 2 zákona o slobode informácií.

obce.[346] Ide väčšinou o akciové spoločnosti alebo neziskové organizácie, ktoré sú založené alebo spoluzaložené Ministerstvom zdravotníctva SR, Ministerstvom vnútra SR alebo obcou. Na základe formálneho výkladu tejto zúženej informačnej povinnosti sa informácie o poskytovaní zdravotnej starostlivosti medzi informácie o hospodárení s verejnými prostriedkami nezaraďujú. Avšak vzhľadom na neodškriepiteľný fakt, že tieto nemocnice boli založené z verejných prostriedkov, zdravotná starostlivosť sa poskytuje za verejné financie a ide o realizáciu práva na zdravotnú starostlivosť pacientov a pacientok, sa obmedzenie zákona o slobode informácií javí ako nadmieru zužujúce prístup k informáciám a sťažujúce verejnú kontrolu v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Zákon o slobode informácií tiež upravuje povinnosť sprístupňovať informácie fyzickým osobám alebo právnickým osobám, ktorým zákon zveruje právomoc rozhodovať o právach a povinnostiach fyzických osôb alebo právnických osôb v oblasti verejnej správy – avšak iba v rozsahu tejto ich rozhodovacej činnosti.[347] Uvedené obmedzenie sprístupňovať informácie len v rozsahu rozhodovacej činnosti sa aplikuje bez ohľadu na to, či právnická alebo fyzická osoba bola zriadená alebo založená z verejných financií alebo či s takýmito prostriedkami pri svojej činnosti fakticky nakladá. Rozhodovacou činnosťou sa však rozumie iba rozhodovanie v rámci zákonom stanoveného procesu zväčša ukončené rozhodnutím. Hoci nemocnice každodenne fakticky rozhodujú o realizácii práva pacientov a pacientok na zdravotnú starostlivosť, uvedené ustanovenie sa ich netýka, lebo proces rozhodovania nie je zákonom formalizovaný. Ak by sa uvedené ustanovenie týkalo aj nemocníc, teda akéhokoľvek rozhodovania o právach, všetky nemocnice bez ohľadu na to, kým boli založené a či nakladajú s verejnými prostriedkami, by v rámci svojej rozhodovacej činnosti boli povinné informácie sprístupňovať.

Nemocnice založené súkromnými spoločnosťami nie sú povinnými osobami v zmysle zákona o slobode informácií, preto nemajú povinnosť sprístupňovať informácie na žiadosť. Tiež nemajú povinnosť určité informácie zverejňovať aktívne. Informovať však musia, podobne ako všetky ostatné nemocnice bez ohľadu na svojho zakladateľa alebo zriaďovateľa, v súlade so zákonom o zdravotnej starostlivosti.

Je nepochybné, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa takmer vždy nakladá s verejnými prostriedkami (či už vo forme úhrad z verejného zdravotného poistenia, alebo, pri nemocniciach zriadených/založených alebo spoluzaložených orgánmi verejnej moci, aj v iných formách). Ako sme už uviedli, nie vždy sú však subjekty poskytujúce zdravotnú starostlivosť povinné sprístupňovať informácie v zmysle zákona o slobode informácií. Pri ich každodennej činnosti navyše dochádza k stretu s právom pacientov a pacientok na zdravotnú starostlivosť (a k početným stretom s ďalšími právami, napríklad právom na súkromie, právom na ľudskú dôstojnosť a na nediskrimináciu), a teda k faktickému rozhodovaniu o týchto právach. Toto však samo osebe nie je v súčasnosti dôvodom na existenciu zákonnej povinnosti zdravotníckych zariadení sprístupňovať informácie (tá nastupuje len pri rozhodovaní o právach a povinnostiach „v oblasti verejnej správy"). V tejto súvislosti by preto bolo namieste zvážiť úpravu zákona o slobode informácií tak, aby v záujme ochrany práva na zdravotnú starostlivosť nemocnice mali povinnosť informácie o poskytovanej zdravotnej starostlivosti poskytovať bez ohľadu na to, kým boli založené alebo zriadené, keďže často nakladajú s verejnými financiami, ich činnosť je hradená z verejného zdravotného poistenia a v nie poslednom rade každodenne fakticky rozhodujú o realizácii práva na zdravotnú starostlivosť a ďalších práv pacientov a pacientok. Ochrana súkromia a osobných údajov pacientov a pacientok by, samozrejme, musela byť zachovaná.

---

346 Pozri § 2 ods. 3 a § 3 ods. 2 zákona o slobode informácií.

347 Pozri § 2 ods. 1 zákona o slobode informácií.

4.3. Zistenia z monitoringu

4.3.1. Aktívne zverejňovanie informácií pôrodnicami

Nemocnice, ktoré patria medzi povinné osoby v zmysle zákona o slobode informácií, majú povinnosť zverejňovať určitý okruh údajov aktívne („povinné zverejňovanie informácií"), teda bez konkrétnej žiadosti.[348] Okrem všeobecných informácií o nemocnici, spôsobe vybavovania podaní či zverejňovania zmlúv je nemocnica povinná zverejniť prehľad predpisov, pokynov, inštrukcií a výkladových stanovísk, podľa ktorých táto osoba koná a rozhoduje (§ 5 ods. 1 písm. e) zákona o slobode informácií). Uvedené inštrukcie či pokyny by mohli obsahovať práve informácie o poskytovanej zdravotnej starostlivosti pred pôrodom, pri pôrode a po ňom. Ak takéto existujú, odkaz na ne musí byť prístupný.

Tiež v zmysle skôr citovaných medzinárodných či vnútroštátnych štandardov by mali byť informácie o poskytovanej zdravotnej starostlivosti verejné a prístupné v ľahko dostupnej a zrozumiteľnej forme. Toto odporúčanie sa týka aj nemocníc s obmedzenou informačnou povinnosťou a tiež nemocníc založených súkromnými spoločnosťami.

Vzhľadom na uvedené sme preskúmali webové stránky všetkých pôrodníc na Slovensku (spolu 54) a zisťovali sme, aké informácie týkajúce sa zdravotnej starostlivosti pri pôrode sú verejne dostupné (pričom sme podrobne neanalyzovali obsah zverejnených informácií).

Faktografický opis: monitoring webových stránok gynekologicko-pôrodníckych oddelení

V priebehu mesiacov september a október 2014 sme sa zamerali na webové stránky jednotlivých nemocníc s gynekologicko-pôrodníckymi oddeleniami a na to, aké informácie tam ženy pripravujúce sa na pôrod môžu nájsť. Celkovo sme monitorovali 52 nemocníc a 54 oddelení – teda všetky pôrodnice na Slovensku.

Zameriavali sme sa na informácie, ktoré boli vopred špecifikované a boli do veľkej miery obsahovo zhodné s odoslanými listami žien do pôrodníc (pozri kapitolu 4.3.2.) a so žiadosťami/prosbami o informácie zaslanými združením Občan, demokracia a zodpovednosť (pozri kapitolu 4.3.3.). Išlo teda o informácie, ktoré sa týkali napr. priebehu pôrodu, informovaného súhlasu, prítomnosti sprevádzajúcich osôb pri pôrode, možnosti voľby pôrodnej polohy atď. (zoznam otázok pozri v prílohe č. 2 tejto publikácie). Celkovo bolo hľadaných 39 informácií, pričom mnohé z nich sa dopĺňali postupne, aby bola pokrytá nielen tá časť informácií, na ktoré sme sa primárne zameriavali my, ale zároveň aj informácie, ktoré v našom zozname uvedené neboli, no jednotlivé oddelenia ich poskytovali (napr. história oddelenia, lekársky tím). Prostredníctvom tohto

[348] Pozri § 5, § 5a, § 5b a § 6 zákona o slobode informácií.

kroku sme sa snažili o vytvorenie celistvejšieho obrazu o informáciách, ktoré nemocnice a pôrodnice ponúkajú.

Pri hľadaní informácií sme sa nezameriavali na konkrétny obsah informácie (t. j. napríklad na to, či je možná účasť sprevádzajúcich osôb pri pôrode a za akých podmienok, ako konkrétne v skúmanej nemocnici prebieha pôrod v jeho jednotlivých fázach), ale na fakt, či je hľadaná informácia vôbec poskytnutá, t. j. či sa nami sledované informácie nachádzajú na webových stránkach nemocníc a podstránkach pôrodníc.

Hľadané informácie sme rozčlenili podľa obsahovej podobnosti do šiestich oblastí:

I. Informácie týkajúce sa získavania informácií od rodiacich žien pred pôrodom.

II. Informácie týkajúce sa informovania rodiacich žien pred pôrodom/počas pôrodu a po pôrode.

III. Informácie týkajúce sa získavania informovaného súhlasu pred pôrodom/počas pôrodu a po pôrode.

IV. Informácie týkajúce sa súkromia pred pôrodom/počas pôrodu a po pôrode a sprevádzajúcich osôb.

V. Informácie týkajúce sa samotného pôrodu – zaužívaných postupov a praktík.

VI. Informácie týkajúce sa spätnej väzby/hodnotenia od rodiacich žien.

V nasledujúcom texte prinášame stručný prehľad výsledkov monitoringu internetových stránok nemocníc s gynekologicko-pôrodníckymi oddeleniami.

Zistenia:

I. Informácie týkajúce sa získavania informácií od rodiacich žien[349] pred pôrodom

Priania žien pred pôrodom (akým spôsobom môžu ženy komunikovať svoje pôrodné priania, resp. ako a s kým môžu prediskutovať svoj pôrodný plán) sú podľa internetových stránok sledované len v 5 z 54 pôrodníckych zariadení.

[349] Pod „rodiacimi ženami" nemáme na účely tohto monitoringu na mysli iba ženy, ktoré aktuálne rodia, ale aj tehotné ženy, ktoré si vyberajú konkrétne zdravotnícke zariadenie pre svoj pôrod.

II. Informácie týkajúce sa informovania rodiacich žien pred pôrodom/počas pôrodu a po pôrode

Informácie o samotnej pôrodnici nie sú úplne bežnou súčasťou webových stránok pôrodníc:

- Popis priestorov pôrodnice – štandard (priestor, v ktorom žena strávi jednotlivé pôrodné doby vrátane samotného pôrodu a doby po pôrode) a jeho vybavenia sa nachádza na webových stránkach 10 pôrodníc (14 pôrodníc má na webovej stránke fotografiu zariadenia).
- Popis priestorov pôrodnice – nadštandard sa nachádza na webovej stránke 3 pôrodníc (fotografie sú na 4 webových stránkach).
- Popis priestorov šestonedelia – štandard (vybavenie izieb, sociálna infraštruktúra ako napr. WC, sprchy atď. – aby ženy vedeli, čo môžu očakávať a najmä, ako bude zabezpečené ich súkromie) možno nájsť na 9 webových stránkach (fotografie sú na 9 webových stránkach).
- Popis priestorov šestonedelia – nadštandard sa nachádza na 26 webových stránkach z celkového počtu 54 monitorovaných pôrodníc (fotografie sú na 19 webových stránkach pôrodníc).
- Informácie z histórie pôrodnice (informácia o tom, čo bolo v minulosti, ako sa pôrodnica vyvíjala, kto bol v minulosti primárom a pod.) sú súčasťou 11 webových stránok.
- O svojom tíme pôrodníkov informuje prostredníctvom internetu 28 pôrodníc.
- O presnom počte narodených detí (ročne) možno nájsť informáciu na 9 webových stránkach.
- O tom, či je zariadenie nositeľom titulu „baby-friendly", informuje na svojich webových stránkach 14 z 54 sledovaných pôrodníc.
- Informácie o právach pacientov sú prístupné na webových stránkach 19 pôrodníc, resp. nemocníc, pod ktoré tieto pôrodnice patria. O ľudských právach žien špecificky neinformuje ani jedna z webových stránok sledovaných pôrodníc.

O predpôrodnej príprave organizovanej nemocnicou/pôrodnicou možno nájsť informácie na internetových stránkach približne polovice sledovaných pôrodníc – konkrétne na 28 internetových stránkach.

Informácie o priebehu pôrodu (od jeho začiatku až po ukončenie, resp. od príchodu

do zdravotníckeho zariadenia až po odchod z neho) sú prístupné na 3 webových stránkach z celkového počtu 54 pôrodníc.

Odkaz na ďalšie zdroje informácií, z ktorých možno čerpať spoľahlivé informácie o pôrode (napr. internetová stránka WHO), je prítomný na webovej stránke jedinej pôrodnice (ktorej zriaďovateľom je ministerstvo zdravotníctva).

III. Informácie týkajúce sa získavania informovaného súhlasu pred pôrodom/počas pôrodu a po pôrode

Informácia o tom, akým spôsobom pôrodnica informuje ženy o jednotlivých úkonoch počas samotného pôrodu, resp. akým spôsobom získava od nich informovaný súhlas s týmito úkonmi, je prístupná na webovej stránke jedinej pôrodnice (ktorej zriaďovateľom je samosprávny kraj) a samotný formulár informovaného súhlasu je voľne dostupný na webovej stránke tiež jedinej (ale inej, ministerstvom zdravotníctva zriadenej) pôrodnice.

IV. Informácie týkajúce sa súkromia pred pôrodom/počas pôrodu a po pôrode a sprevádzajúcich osôb

Na informácie týkajúce sa súkromia rodiacej ženy (resp. zmienka o súkromí) je vyčlenený priestor iba na 4 z celkového počtu 54 monitorovaných webových stránok pôrodníc.

Informácia o možnosti a okolnostiach prítomnosti sprevádzajúcich osôb pri vaginálnom pôrode je prítomná až na 43 webových stránkach pôrodníc (z tohto počtu ale 4 stránky o tejto možnosti informujú nepriamo – napr. prostredníctvom cenníka služieb, a nie v samostatnej časti webovej stránky).

Informáciu o výške poplatku za sprevádzajúce osoby pri vaginálnom pôrode je možné nájsť na 35 z 54 sledovaných internetových stránok pôrodníc.

Informácia o možnosti prítomnosti sprevádzajúcich osôb (ako aj poplatku za takúto službu) v prípade pôrodu cisárskym rezom nie je dostupná ani na jednej zo sledovaných webových stránok.

V. Informácie týkajúce sa samotného pôrodu – zaužívaných postupov a praktík

Prípadné osobitné interné postupy pôrodníc týkajúce sa pôrodu nie sú k dispozícii na žiadnej z monitorovaných webových stránok pôrodníc, resp. o ich existencii neinformuje

ani jedna z pôrodníc.

Informácie o epidurálnej analgézii (možnosť využitia, podmienky využitia) sú k dispozícii na 40 sledovaných webových stránkach pôrodníc (pričom 4 pôrodnice informujú nepriamo). O jej cene informuje 33 pôrodníc.

O možnosti tzv. zazmluvnenia pôrodníka/pôrodníčky informuje 21 pôrodníc (pričom 7 z nich nepriamo). Podrobnejšie informácie o spôsobe zazmluvnenia sú dostupné na 6 webových stránkach; o cene zazmluvnenia pôrodnice informujú na 20 webových stránkach. Veľmi málo pôrodníc na svojej internetovej stránke informuje aj o možnosti zazmluvnenia pôrodnej asistentky – konkrétne len 3 (z toho 2 nepriamo), ako aj o spôsobe poskytnutia (len 1) a cene takejto služby (len 2 pôrodnice).

O tom, či je klystír a/alebo oholenie pubického ochlpenia rodiacej ženy štandardnou súčasťou pôrodu, informujú len 3 webové stránky pôrodníc.

O možnosti, resp. nemožnosti rodiacej ženy voľne sa pohybovať počas celého pôrodu neinformuje ani jedna z internetových stránok pôrodníc. Podobne nie sú na týchto stránkach dostupné ani informácie o možnostiach rodiacej ženy jesť či piť počas fyziologického pôrodu.

O možnosti voľby polohy počas pôrodu (informácia o tom, či môžu ženy rodiť v polohe, ktorú si samy zvolia, resp. o tom, v akých polohách môžu rodiť) informuje 20 webových stránok pôrodníc. Táto informácia sa však zväčša (v 17 prípadoch z 20) týka prvej doby pôrodnej; v rámci druhej pôrodnej doby sa poskytnuté informácie týkajú maximálne tzv. polohovacieho pôrodného kresla.

O prikladaní dieťaťa bezprostredne po narodení na telo matky spôsobom koža na kožu informuje na svojej internetovej stránke 8 pôrodníc. Informácia o tom, aký čas toto prikladanie trvá, však nie je dostupná ani na jednej z týchto stránok.

O šití pôrodných poranení (ako prebieha) informuje len 1 z internetových stránok pôrodníc. Podobne nie sú na internete dostupné ani informácie o nástrihoch hrádze počas pôrodu (za akých okolností a ako často k nim dochádza, prípadne informácie o ich počtoch) či o cielenom tlaku na brucho rodiacej ženy počas druhej doby pôrodnej. Výnimkou je internetová stránka 1 pôrodnice, kde je možné nájsť poslednú informáciu.

O možnosti „rooming-in", teda o tom, ako prebieha hospitalizácia matky spoločne s novorodencom po jeho narodení, aké má špecifiká (napríklad či sú deti odnášané/je možné ich odniesť na noc, či deti dokrmujú glukózou a umelým mliekom a pod.), informuje na svojej internetovej stránke 29 pôrodníc (z toho 2 nepriamo).

Zoznam vecí potrebných počas hospitalizácie v pôrodnici možno nájsť na 20 webových stránkach pôrodníc.

VI. Informácie týkajúce sa spätnej väzby/hodnotenia od rodiacich žien

Podobne ako pôrodnice príliš nesledujú priania žien pred pôrodom, podľa ich internetových stránok sa veľmi nesnažia ani o získavanie spätnej väzby od žien po pôrode. Konkrétne takáto spätná väzba vo forme informácie od rodičky o uskutočnenom pôrode zaujíma len 2 sledované pôrodnice.

Všetky ostatné „komunikačné" snahy zo strany zariadení, ktoré možno vnímať aj ako snahy o získavanie spätnej väzby, sú všeobecného charakteru. Oslovenia typu „napíšte nám", „zavolajte", „príďte sa informovať" možno nájsť na webových stránkach 28 zariadení. Tieto sa navyše vzťahujú na poskytovanú zdravotnú starostlivosť v danom zariadení všeobecne, nie špecificky na pôrod.

Celkové hodnotenie

Z hľadiska užívateľskej náročnosti monitorovaných internetových stránok gynekologicko-pôrodníckych oddelení slovenských nemocníc možno konštatovať, že ich internetové stránky sú užívateľsky priateľské, nenáročné z hľadiska vyhľadávania informácií. Priemerná známka na 5-bodovej školskej známkovacej stupnici dosahuje úroveň 1,2 a žiadna z pôrodníc nezaznamenala známku horšiu ako 2.

Oveľa horšie vychádza hodnotenie celkového obsahu týchto webových stránok. Z hľadiska množstva nami sledovaných informácií na jednej strane a internetovými stránkami poskytovaných informácií na druhej strane dosahuje priemerná známka na 5-bodovej školskej známkovacej stupnici úroveň 4,4. Len dve pôrodnice pritom dosiahli známku 3 (dobrý), všetky ostatné mali hodnotenie známkami 4 alebo 5 (dostatočný alebo nedostatočný).

Hoci zákon o slobode informácií či zákon o zdravotnej starostlivosti výslovne neukladajú nemocniciam povinnosť aktívne zverejňovať všetky informácie týkajúce sa poskytovania zdravotnej starostlivosti pri pôrode, bolo by vhodné, aj v zmysle skôr uvedenej argumentácie, aby nemocnice takéto informácie aktívne zverejňovali. Ak by informácie o spôsobe poskytovania zdravotnej starostlivosti boli vopred verejne prístupné, ženy pred pôrodom by mohli vopred a bez stresu prijímať informované rozhodnutia o okolnostiach svojho pôrodu a výbere zdravotníckeho zariadenia a napĺňať tak svoje právo na informovaný súhlas s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou, resp. na informované rozhodovanie sa o nej. Aktívne zverejňovanie informácií v súvislosti s pôrodmi by napokon malo byť aj v záujme samotných nemocníc.

Na webových stránkach nemocníc môžu ženy v súvislosti s pôrodmi nájsť iba niektoré informácie, pričom ich rozsah a kvalitu možno vo všeobecnosti označiť za pomerne úsporné a obmedzené. Z vykonaného monitoringu ďalej vyplýva, že ide skôr o informácie organizačného, personálneho či procesného charakteru pri prebiehajúcom pôrode či pred ním (napr. opis oddelenia šestonedelia a najmä nadštandardných ubytovacích služieb, za ktoré si možno priplatiť, možnosť sprievodu pri pôrode, možnosť podania epidurálnej analgézie a jej cena, možnosť zazmluvnenia lekára a cena, zoznam vecí potrebných na hospitalizáciu pri pôrode, možnosti predpôrodnej prípravy). Otázky

samotného výkonu zdravotnej starostlivosti pri pôrode (napr. poloha pri pôrode, výkon Kristellerovej expresie, výkon nástrihu hrádze, aplikovanie klystíru) nie sú na webových stránkach prítomné vôbec alebo len v nepatrnej miere. Podobne je to s informáciami o tom, čo sa deje po pôrode.

4.3.2. Zasielanie listov pôrodniciam ženami individuálne

Aj vzhľadom na to, že informácie o spôsobe výkonu zdravotnej starostlivosti pri pôrode sú na Slovensku z verejne dostupných zdrojov veľmi obmedzené, ženy – spolupracovníčky a/alebo sympatizantky združenia Ženské kruhy a/alebo združenia Občan, demokracia a zodpovednosť – ako fyzické osoby pripravujúce sa na pôrod oslovili listami 53 pôrodníc. Primárnym cieľom zaslaných listov bolo zistiť, či a do akej miery sú pôrodnice ochotné komunikovať so ženami – potenciálnymi prijímateľkami pôrodnej starostlivosti – v čase pred samotným pôrodom a poskytovať im informácie, ktoré požadujú. Cieľom bolo zistiť aj to, či sú pôrodnice ochotné napĺňať konkrétne požiadavky žien, ktoré sú pre ne kľúčové najmä z hľadiska dodržiavania ich práv pri pôrode a ktoré sú pre ne zároveň nevyhnutným podkladom pre rozhodovanie sa o poskytovateľovi pôrodnej starostlivosti. Listy ženy adresovali primárom a primárkam oddelení doporučenou poštou s doručenkou.

Otázky týkajúce sa poskytovanej starostlivosti a služieb v súvislosti s pôrodom, ktoré boli spoločne vyhotovené vyššie uvedenými združeniami pre všetky zapojené ženy, boli vo všetkých listoch identické. V listoch sa líšili iba úvodné odseky oslovujúce vedenia pôrodníc (vzor listu pozri v prílohe 3). Každá pisateľka si tento úvodný odsek individualizovala. Jedna žena vždy posielala listy do viacerých pôrodníc, ktoré boli v relatívnej blízkosti jej bydliska.

V záujme neformálneho nadviazania kontaktu s pôrodnicou a snahy o čo najväčšiu autenticitu neboli listy zasielané vo forme žiadostí o informácie v zmysle zákona o slobode informácií, resp. vo forme oficiálnych žiadostí. Hoci listy neobsahovali všetky náležitosti stanovené zákonom pre žiadosť o informácie[350], nemocnice, ktoré sú povinnými osobami v zmysle zákona o slobode informácií, boli v zmysle tohto zákona povinné ich ako žiadosť o informácie vybaviť. V zmysle § 14 ods. 3 zákona o slobode informácií je totiž povinná osoba, ak žiadosť nemá predpísané náležitosti, povinná bezodkladne vyzvať žiadateľa/žiadateľku, aby v určenej lehote, ktorá nesmie byť kratšia ako sedem dní, neúplnú žiadosť doplnil/doplnila. Nemocnice boli zároveň povinné žiadateľky poučiť, ako treba doplnenie urobiť. Až v prípade, že žiadateľ/žiadateľka žiadosť nedoplní a informáciu nemožno pre tento nedostatok sprístupniť, povinná osoba žiadosť odloží. Žiadna z nemocníc, ktoré sú povinnými osobami, však nepožiadala o doplnenie listu, aby spĺňal náležitosti žiadosti o informácie. Navyše, absencia explicitného uvedenia požadovaného spôsobu sprístupnenia informácie nebola v tomto prípade nedostatkom, pre ktorý by nebolo možné informácie sprístupniť. Všetky odosielateľky listov v nich totiž uviedli aj svoju poštovú adresu a zároveň listy poslali poštou, takže nemocnice mali minimálne jednu praktickú možnosť, ako požadované informácie sprístupniť aj bez výslovného uvedenia spôsobu tohto sprístupnenia – a to nakoniec niektoré nemocnice aj urobili (aj keď odpovede boli vo väčšine prípadov len strohé a viac-menej formálne – pozri ďalej). Absencia výslovného uvedenia spôsobu sprístupnenia požadovaných informácií teda nemocniciam fakticky a ani formálne

[350] Zo žiadosti o sprístupnenie informácií musí byť zrejmé, ktorej povinnej osobe je žiadosť určená, meno, priezvisko a adresa pobytu žiadateľa/žiadateľky, ktorých informácií sa žiadosť týka a aký spôsob sprístupnenia informácií žiadateľ/žiadateľka navrhuje (§ 14 ods. 2 zákona o slobode informácií). V odoslaných listoch chýbalo uvedenie spôsobu, akým má byť informácia sprístupnená.

nebránila tieto informácie sprístupniť, a v prípade, že by si nemocnice mysleli opak, mali povinnosť žiadateľky vyzvať, aby požadovaný spôsob sprístupnenia spresnili.

V súlade s vyššie citovanými štandardmi a odporúčaniami je zároveň odpoveď na takýto druh listu jedným zo spôsobov napĺňania práva žien na informácie o zdravotnej starostlivosti. Toto právo má každá žena bez ohľadu na spôsob zriadenia alebo založenia nemocnice, ktorá jej v končenom dôsledku poskytuje zdravotnú starostlivosť.

Faktografický opis monitoringu: listy žien adresované primárom/primárkam gynekologicko-pôrodníckych oddelení

Listy s pôrodným plánom, resp. pôrodnými prianiami tehotnej ženy boli rozoslané do všetkých 54 pôrodníc na Slovensku v priebehu mesiacov júl až október 2014. Listy boli adresované primárom/primárkam jednotlivých gynekologicko-pôrodníckych oddelení.[351]

Všetky listy obsahovali 16 identických otázok zameraných na rôzne oblasti a úkony týkajúce sa obdobia pred pôrodom, pôrodu a popôrodnej starostlivosti. Ženy upravovali len úvod listu na základe vlastnej skúsenosti, „vlastného príbehu".

Odpovede na listy žien prichádzali postupne a vo veľmi malom počte. Nakoniec sa podarilo získať celkovo 17 odpovedí (9 z odpovedajúcich pôrodníc/nemocníc možno označiť ako osoby povinné informovať v zmysle zákona o slobode informácií a 8 ako osoby v zmysle tohto zákona nepovinné).

Odpovede prišli z pôrodníc v týchto mestách (uvádzame v abecednom poradí): Bratislava (Kramáre; Ružinov), Banská Bystrica, Brezno, Čadca, Dunajská Streda, Galanta, Košice, Košice Šaca, Kráľovský Chlmec, Krompachy, Lučenec, Martin, Piešťany, Poprad, Stará Ľubovňa, Žilina.

Prehľad získaných informácií

Z celkového počtu 17 odpovedajúcich pôrodníc až 12 odpovedá na list ženy iba niekoľkými (všeobecnými) vetami a chýbajú v nich odpovede na konkrétne otázky žien. V týchto listoch:

- 5 nemocníc sa v odpovedi jednoznačne vyjadrilo, že sú pre ne želania ženy nesplniteľné, nevedia im vyhovieť (či už, ako tvrdili, kvôli platnej legislatíve, podmienkam vo vlastnom zariadení, alebo pre „veľký rozsah a obsah požiadaviek"), resp. navrhujú im nájsť si iné zariadenie.

[351] Spolu bolo odoslaných 53 listov, keďže dve pôrodné oddelenia v jednej nemocnici mali v čase odosielania listov spoločného primára.

- Len 1 z pôrodníc sa vyjadrila k požiadavkám ženy viac-menej ústretovo, a to v zmysle „pokiaľ priebeh pôrodu bude fyziologický, sme schopní a ochotní Vám splniť všetky Vaše požiadavky".
- Vo väčšine ostatných listov prevažujú také odpovede, ktorých zmyslom je, že požiadavky žien sú „nesplniteľné" či „nadštandardné", a len menšina z nich je pre pôrodnicu splniteľná.
- V ostatných odpovediach na listy žien sa viackrát opakujú výzvy na osobné stretnutie (4-krát), ako aj odkaz na kolegov/kolegyne zo zariadenia, ktorí/ktoré poskytnú bližšie odpovede (4-krát). Jednotlivo sa v odpovediach objavil odkaz na webovú stránku zariadenia, na pravidelné stretnutia lekárov-špecialistov so záujemkyňami o pôrod či profylaktickú prípravu organizovanú pôrodnicou.

V zostatku odpovedí nemocníc na listy žien možno nájsť konkrétne odpovede na jednotlivé otázky/želania žien. Spolu takto odpovedalo 5 nemocníc, pričom 2 listy s odpoveďami sú formulované spôsobom „splniteľná/nesplniteľná", resp. „bezproblémová" požiadavka.

Celkové hodnotenie

Výsledky monitoringu v podobe rozposielania listov žien s konkrétnymi pôrodnými plánmi/prianiami a zberu odpovedí na ne sú neuspokojivé. Na 53 takýchto listov žien prišla odpoveď len tretine z nich, a aj väčšina z týchto odpovedí bola všeobecná alebo priamo zamietavá. V tomto kontexte možno tento spôsob informovania rodiacich žien/verejnosti považovať za úplne nepostačujúci. Navyše, aj keď návratnosť odpovedí bola veľmi nízka, samotné odpovede pôrodníc naznačujú neochotu napĺňať predstavy žien o ich vlastných pôrodoch.

Hoci medzinárodné, ale aj vnútroštátne dokumenty týkajúce sa práva na zdravotnú starostlivosť jasne uvádzajú, že má byť zabezpečený prístup k informáciám o poskytovanej zdravotnej starostlivosti, nemocnice na Slovensku o poskytovanej starostlivosti odmietajú informovať. Ak len 17 nemocníc z 53 opýtaných na listy vôbec zareagovalo, svedčí to o nezáujme nemocníc informovať o poskytovanej zdravotnej starostlivosti a do istej miery tiež o nepochopení ich roly vo vzťahu k ženám ako (potenciálnym) prijímateľkám zdravotnej starostlivosti a zároveň platiacim klientkam (aj keď poskytnutú zdravotnú starostlivosť väčšinou neuhrádzajú priamo, ale prostredníctvom zdravotného poistenia) a nositeľkám práv.

4.3.3. Zasielanie žiadostí a prosieb o informácie pôrodniciam mimovládnou organizáciou

Vzhľadom na to, že až 36 z oslovených 53 pôrodníc na zaslané listy žien ani nezareagovalo, rozhodli sme sa na dosiahnutie prístupu k informáciám výslovne využiť zákon o slobode informácií

(tam, kde to bolo možné). Žiadosti a prosby o informácie (pozri nižšie) adresované všetkým nemocniciam s pôrodnicami na Slovensku podávalo združenie Občan, demokracia a zodpovednosť ako právnická osoba.

Obsahovo sa žiadosti/prosby o informácie zameriavali na tie isté otázky, ktoré boli obsiahnuté v listoch žien do pôrodníc a ktoré sú pre ženy dôležité pri výbere poskytovateľa pôrodnej starostlivosti. Žiadosti/prosby o informácie teda opäť obsahovali otázky týkajúce sa informovania žien o postupoch v súvislosti s konkrétnym pôrodom a spôsobu získavania informovaného súhlasu, možnosti slobody pohybu a možnosti voľby polohy pri pôrode, možnosti prítomnosti sprevádzajúcich osôb, otázky týkajúce sa súkromia, otázky týkajúce sa zaužívaných postupov a intervencií pri pôrode, otázky týkajúce sa kontaktu s novorodencom pri pôrode atď. (celé znenie žiadosti/prosby o informácie pozri v prílohe 4). Odpovede na tieto otázky, podobne ako odpovede na listy žien, sú zároveň jedným z indikátorov toho, či jednotlivé zdravotnícke zariadenia dodržiavajú práva žien pri pôrodoch vrátane toho, či o tejto starostlivosti poskytujú dostatočné informácie.

Faktografický opis monitoringu: žiadosti/prosby o informácie

Monitoring v podobe zasielania žiadostí a prosieb o informácie prebiehal v mesiacoch september až október 2014.

Nemocniciam, ktoré musia postupovať podľa zákona o slobode informácií, občianske združenie Občan, demokracia a zodpovednosť zaslalo žiadosti o sprístupnenie informácií. Žiadosti o sprístupnenie informácií boli zaslané **23 pôrodniciam** v 22 nemocniciach[352], ktorých zriaďovateľom je Ministerstvo zdravotníctva SR, Ministerstvo obrany SR alebo samosprávny kraj a ktoré majú plnú informačnú povinnosť v zmysle zákona o slobode informácií. Ide väčšinou o fakultné alebo univerzitné nemocnice zriadené ako príspevkové organizácie. Dve z nemocníc, ktorým bola odoslaná žiadosť o sprístupnenie informácií, v súčasnosti figurujú ako neziskové organizácie. V minulosti však mali formu príspevkovej organizácie a obe tieto nemocnice na svojich webových stránkach deklarujú postup v súlade so zákonom o slobode informácií, a preto sme žiadosti o informácie poslali aj im.

Ostatných 30 nemocníc s pôrodnicami nemá v zmysle zákona o slobode informácií povinnosť sprístupňovať informácie o poskytovanej zdravotnej starostlivosti alebo má len čiastočnú informačnú povinnosť týkajúcu sa nakladania s verejnými financiami. Niektoré z nich sú založené alebo spoluzaložené obcou, vyšším územným celkom alebo orgánom štátu (ministerstvo). Ich právna forma je rôznorodá: 14 neziskových organizácií (n. o.), 13 akciových spoločností (a. s.), 3 spoločnosti s ručením obmedzeným (s. r. o.).

Týmto nemocniciam však bola združením Občan, demokracia a zodpovednosť požiadavka o sprístupnenie informácií tiež odoslaná, aby boli využité všetky dostupné

[352] Nemocnica v Prešove má dve pôrodnice a žiadosť o informácie bola poslaná každej z nich osobitne. Dve pôrodnícke oddelenia má aj nemocnica v Košiciach, avšak v čase nášho monitoringu mali tieto oddelenia jedného primára, a preto sme do tejto nemocnice poslali iba jednu žiadosť o informácie.

prostriedky na získanie informácií. Vzhľadom na vyššie uvedené sa však požiadavka neopierala o zákon o slobode informácií, keďže tieto nemocnice nemali zákonnú povinnosť na ňu odpovedať. Žiadosti boli zaslané vo forme prosby o informácie, s vysvetlením, že združenie zbiera tieto informácie ako organizácia angažujúca sa v oblasti ľudských práv žien s cieľom mapovania podmienok pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti.

Pôrodnice, ktoré sú povinnými osobami v zmysle zákona o slobode informácií, boli povinné vybaviť žiadosť bez zbytočného odkladu, avšak najneskôr v lehote 8 pracovných dní od podania žiadosti.[353] V tejto lehote **z 23 povinných osôb žiadosť vybavilo 22 pôrodníc**. Spôsob vybavenia bol rôzny:

Až **16 pôrodníc požadované informácie sprístupnilo** tak, že odpovedali na položené otázky **v zákonnej lehote**. **Dve pôrodnice predĺžili lehotu** v zmysle § 17 ods. 2 zákona o slobode informácií, pričom **v predĺženej lehote informácie sprístupnili**. **Spolu teda 18 pôrodníc**, ktoré sú povinným osobami, **požadované informácie sprístupnilo**. Okrem Fakultnej nemocnice s poliklinikou Nové Zámky 17 pôrodníc odpovedalo na všetky otázky položené v žiadosti. Fakultná nemocnica s poliklinikou Nové Zámky sprístupnila iba časť požadovaných informácií a v ostatných bodoch odkázala žiadateľa na už zverejnené informácie na webovej stránke nemocnice.

Zvyšné **4 pôrodnice sprístupnenie požadovaných informácií v zákonom stanovenej lehote odmietli**. V zmysle zákona o slobode informácií, ak povinná osoba žiadosti nevyhovie hoci len sčasti, vydá o tom v zákonom stanovenej lehote písomné rozhodnutie.[354] Nemocnice, ktoré žiadosti nevyhoveli, museli o tom teda vydať písomné rozhodnutie.

Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta Banská Bystrica odpovedala len listom bez toho, aby vydala o nesprístupnení informácií rozhodnutie. Skonštatovala, že „väčšinu informácií ani nesledujeme, nemáme o nich evidenciu, nemáme ich teda k dispozícii, aby sme boli povinní ich sprístupniť". Aj keby povinná osoba informácie naozaj nemala k dispozícii, musí o tom vydať rozhodnutie so zákonom predpísanými náležitosťami. Uvedený list nemá teda žiadnu právnu váhu a v zmysle zákona o slobode informácií platí, že nemocnica svojou nečinnosťou vydala rozhodnutie o odmietnutí informácií (tzv. fiktívne rozhodnutie).

Pôrodnice pri Fakultnej nemocnici s poliklinikou J. A. Reimana Prešov (1. a 2. Gynekologicko-pôrodnícke oddelenie) o nesprístupnení informácií vydali identické rozhodnutia. Informácie nemocnica nesprístupnila paušálne z toho dôvodu, že požadované informácie „nemá k dispozícii už spracované" a „nie je povinná vytvárať novú informáciu". Uvedený dôvod na nesprístupnenie však považujeme za nezákonný.

[353] § 17 ods. 1 zákona o slobode informácií.

[354] § 18 zákona o slobode informácií.

Informáciami, ktoré má povinná osoba „k dispozícii", sú totiž informácie, ktoré povinná osoba pri svojej činnosti používa, s ktorými narába, resp. ktoré uchováva. Podľa rozsudku Krajského súdu v Bratislave sp. zn. 19 S 31/02 zo dňa 16. mája 2002 „povinná osoba disponuje požadovanými informáciami, okrem iného, aj vtedy, ak s požadovanými informáciami pri svojej činnosti pracuje, resp. ak sú predmetom jej činnosti". Otázky obsiahnuté v žiadosti sa jednoznačne týkali predmetu činnosti nemocníc. Hoci nemocnica nemala priamo vopred vypracované odpovede na otázky žiadateľa na nejakom nosiči, informáciami disponovala a bola povinná ich sprístupniť. Nešlo ani o vytváranie novej informácie, keďže požadované informácie sú predmetom každodennej činnosti nemocnice a žiadateľ žiadal ich popis.

Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice o nesprístupnení informácií vydala riadne rozhodnutie, ktoré odôvodnila o. i. tým, že má povinnosť sprístupňovať informácie iba o hospodárení s verejnými prostriedkami v zmysle § 3 ods. 2 zákona o slobode informácií. Vzhľadom na to, že Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice je príspevkovou organizáciou Ministerstva zdravotníctva SR, patrí medzi povinné osoby podľa § 2 ods. 2 zákona o slobode informácií, ktoré majú povinnosť sprístupňovať všetky informácie, „ktoré majú k dispozícii" (§ 3 ods. 1 zákona o slobode informácií), teda všetky informácie o svojej činnosti. Táto nemocnica, ako aj všetky ostatné, preto bola povinná v súlade so zákonom o slobode informácií požadované informácie sprístupniť.

Paradoxom je, že Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice a Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta Banská Bystrica patria medzi 4 nemocnice, ktoré dobrovoľne odpovedali na všetky otázky žien, ktoré nemocniciam zaslali list.

Nemocnica s poliklinikou Trstená na žiadosť o informácie vôbec neodpovedala. V zmysle zákona o slobode informácií sa takáto nečinnosť považuje za odmietnutie sprístupnenia požadovaných informácií.

Spomedzi **30 nemocníc, ktoré nie sú povinnými osobami** v zmysle zákona o slobode informácií a na ktoré sa združenie Občan, demokracia a zodpovednosť obrátilo s prosbou o sprístupnenie informácií, požadované **informácie poskytlo 7 nemocníc** (Brezno, Dunajská Streda, Humenné, Komárno, Michalovce, Poprad, Skalica). **Ostatné** nemocnice na žiadosť **vôbec nereagovali**.

Prehľad poskytnutých odpovedí

V nasledujúcom texte prinášame stručný prehľad odpovedí nemocníc na žiadosti a prosby o informácie zasielané na ich adresu. Všetky nemocnice s pôrodnicami zahrnuté do monitoringu boli požiadané o tie isté informácie (pozri prílohu 4).

Ako bolo spomenuté vo faktografickom opise monitoringu, z oslovených 53 zdravotníckych zariadení zabezpečujúcich pôrody odpovedalo 25 zariadení. Z tohto počtu bolo 18 tzv. povinnou osobou v zmysle zákona o slobode informácií

a, naopak, 7 nemocníc nebolo. Vzhľadom na početnosť odpovedí v ďalšom texte nerozlišujeme zariadenia podľa toho, či boli alebo neboli povinnou osobou v zmysle zákona o slobode informácií. Ďalším dôvodom pre toto nerozlišovanie je fakt, že ani pri preskúmavaní webových stránok sa medzi týmito typmi pôrodníc neukázali signifikantné rozdiely pri hodnotení rozsahu informovania.

Odpovede sme, podobne ako pri monitorovaní webových stránok pôrodníc, opäť rozčlenili podľa obsahovej podobnosti do šiestich oblastí:

I. Odpovede na otázky týkajúce sa získavania informácií od rodiacich žien pred pôrodom.

II. Odpovede na otázky týkajúce sa informovania rodiacich žien pred pôrodom/počas pôrodu a po pôrode.

III. Odpovede na otázky týkajúce sa získavania informovaného súhlasu pred pôrodom/počas pôrodu a po pôrode.

IV. Odpovede na otázky týkajúce sa súkromia pred pôrodom/počas pôrodu a po pôrode a sprevádzajúcich osôb.

V. Odpovede na otázky týkajúce sa samotného pôrodu – zaužívaných postupov a praktík.

VI. Odpovede na otázky týkajúce sa spätnej väzby/hodnotenia od rodiacich žien.

I. Odpovede na otázky týkajúce sa získavania informácií od rodiacich žien pred pôrodom

Spôsob zisťovania potrieb a prianí rodiacich žien

Z 25 nemocníc, z ktorých prišli odpovede na žiadosti alebo prosby o informácie, sa v polovici zariadení (13) dopytujú na potreby a priania rodiacej ženy pri prijatí do nemocnice, teda tesne pred pôrodom.

V 9 zariadeniach považujú písomný pôrodný plán za spôsob zisťovania potrieb a prianí rodiacich žien.

V 6 nemocniciach dávajú priestor na zisťovanie potrieb a prianí rodiacich žien v rámci konzultácií a rozhovorov (s personálom oddelenia), v 5 aj v rámci poradne, ambulancie kliniky.

2 nemocnice zisťujú potreby a želania rodiacich žien aj v rámci profylaktickej prípravy, 1 tiež „cielenými otázkami".

(Súčet odpovedí nemocníc nedáva 25, odpovede mohli súčasne obsahovať viac možností.)

II. Odpovede na otázky týkajúce sa informovania rodiacich žien pred pôrodom/počas pôrodu a po pôrode

Spôsob informovania žien o postupoch/úkonoch počas pôrodu

V rámci odpovedí na otázku „Akým spôsobom sú ženy, ktoré sa chystajú rodiť a/alebo ktoré rodia vo Vašom zariadení, informované o postupoch/úkonoch vykonávaných v súvislosti s ich pôrodom?" bolo popísaných viacero rozmanitých spôsobov, akými nemocnice o pôrode rodiace ženy informujú.

Z 25 nemocníc, z ktorých prišli odpovede na žiadosti alebo prosby o informácie, sa v polovici zariadení (13) rodiace ženy informujú o pôrode v rámci profylaktickej prípravy, cvičenia.

Ďalším významným informačným zdrojom sú gynekologické ambulancie/poradne v rámci nemocnice, kam chodia rodiace ženy mesiac pred pôrodom (uviedlo 12 zariadení).

V 12 nemocniciach sú rodiace ženy informované (aj) po prijatí do nemocnice, resp. na pôrodnej sále počas pôrodu.

V 2 zariadeniach popísali možnosť prehliadky pôrodnej sály, oddelenia pre rodiace ženy; v ďalších 2 sa realizujú aj konzultácie s rodiacimi ženami (za prítomnosti lekárov – špecialistov, pôrodných asistentiek).

2 nemocnice informovali o možnosti individuálnych stretnutí s rodiacou ženou, v 2 odkázali aj na, resp. iba na vlastnú webovú stránku.

(Súčet odpovedí nemocníc nedáva 25, odpovede mohli súčasne obsahovať viac možností.)

V rámci odpovedí na druhú časť otázky v znení „Kto ich informuje a v akom časovom predstihu pred pôrodom sú informované?" sa odpovede prevažne koncentrovali na osobu lekára – špecialistu (gynekológ, pôrodník, anesteziológ, neonatológ) alebo klinického psychológa[355] (uviedlo 19 nemocníc). Pomerne často bola menovaná aj pôrodná asistentka (12 nemocníc). Menej často sú informácie podávané sestrou (staničnou sestrou) – (5 zariadení) či vrchnou sestrou oddelenia (1 nemocnica).

Osoby poskytujúce informácie o postupoch/úkonoch vykonávaných v súvislosti s pôrodom nemenovali 4 nemocnice.

[355] Nemocnice vo svojich odpovediach používali na označovanie lekárov a lekárok výlučne mužský rod.

(Súčet odpovedí nemocníc nedáva 25, odpovede mohli súčasne obsahovať viac možností.)

III. Odpovede na otázky týkajúce sa získavania informovaného súhlasu pred pôrodom/počas pôrodu a po pôrode

Spôsob získavania informovaného súhlasu týkajúceho sa pôrodnej starostlivosti od rodiacich žien

Z 25 nemocníc, z ktorých prišli odpovede na žiadosti alebo prosby o informácie, sa vo viac ako polovici zariadení (15) informovaný súhlas týkajúci sa pôrodnej starostlivosti získava v čase prijatia do nemocnice (prípadne po príchode na pôrodnú sálu), a to v podobe tzv. poučenia rodiacej ženy a následného podpisu formulára nemocnice z jej strany.

V 7 ďalších nemocniciach prebieha získavanie súhlasu žien tiež podpisom formulára zo strany rodiacej ženy, ale v týchto prípadoch nemáme informáciu, kedy, resp. za akých okolností k podpisu dochádza.

Z 2 nemocníc prišli nejasné odpovede a 1 nemocnica odkázala v súvislosti s touto otázkou na svoju webovú stránku.

Existencia štandardizovaného formulára na získavanie informovaného súhlasu týkajúceho sa pôrodnej starostlivosti

Z 25 nemocníc, z ktorých prišli odpovede na žiadosti alebo prosby o informácie, existuje vo väčšine zariadení (20) štandardizovaný formulár na získavanie informovaného súhlasu týkajúceho sa pôrodnej starostlivosti.

V 3 nemocniciach nemajú štandardizovaný formulár, z 1 prišla nejasne formulovaná odpoveď a 1 odkázala vo vzťahu k tejto otázke na svoju webovú stránku.

Na prosbu o zaslanie štandardizovaného formulára na získavanie informovaného súhlasu týkajúceho sa pôrodnej starostlivosti – ak v nemocnici takýto formulár majú – zareagovali 4 nemocnice jeho zaslaním, 5 odmietlo zaslanie s odôvodnením, že ide o interný materiál nemocnice, a ostatné nemocnice takéto formuláre nezaslali a ani toto nezaslanie neodôvodnili.

IV. Odpovede na otázky týkajúce sa súkromia pred pôrodom/počas pôrodu a po pôrode a sprevádzajúcich osôb

Garancia súkromia a zachovania intimity rodiacich žien

Z 25 nemocníc, z ktorých prišli odpovede na žiadosti alebo prosby o informácie, je v polovici zariadení (13) zabezpečené súkromie v podobe priestorovo oddelených čakacích izieb, ako aj pôrodných boxov či pôrodných sál. V 5 zariadeniach sú priestory čakacej izby, resp. pôrodnej sály rozdelené závesom, resp. murovanými zástenami.

V ďalších 5 zariadeniach sú samostatné pôrodné boxy, ale v týchto nemocniciach sa údajne o zachovanie intimity rodiacich žien starajú navyše aj v podobe „rešpektovania etického kódexu", „klopania personálu pred vstupom na izbu" alebo tým, že „rodička prichádza do kontaktu len s lekárskym personálom, prípadne so svojou sprevádzajúcou osobou", ako aj tým, že „v prípade, že si rodička nepraje podieľať sa na výučbovom procese medikov a pôrodných asistentiek, je jej vyhovené a nepríde so študentmi do kontaktu".

Z 2 nemocníc prišli nejasné odpovede v znení „súkromie a intimita rodiacich žien sa zachováva v rámci možností zariadenia".

Garancia pôrodu bez prítomnosti ďalšej rodiacej ženy a jej sprevádzajúcich osôb

Z 25 nemocníc, z ktorých prišli odpovede na žiadosti alebo prosby o informácie, je v polovici zariadení (13) deklarovaná garancia pôrodu bez prítomnosti ďalšej rodičky a jej sprevádzajúcich osôb.

V 6 nemocniciach to nie je vždy možné vzhľadom na kapacitné obmedzenia zariadenia – majú otvorené priestory na pôrodnej sále (takže ak sú napr. na pôrodnej sále dve rodiace ženy súčasne, ich sprevádzajúce osoby nemôžu byť prítomné, resp. stretnú sa aj samotné rodiace ženy, keďže sú oddelené iba závesom).

V ďalších šiestich zariadeniach tiež môže dôjsť k situácii, že samostatné miestnosti sú obsadené a ostatné rodiace ženy nemajú garantované súkromie pri pôrode (na sále ich je viac).

Možnosť prítomnosti sprevádzajúcej osoby počas celej doby pôrodu vrátane vstupného vyšetrenia

Z 25 nemocníc, z ktorých prišli odpovede na žiadosti alebo prosby o informácie, je možná prítomnosť sprevádzajúcej osoby počas celého pôrodu vrátane vstupného vyšetrenia v 15 zariadeniach (odpovede „áno", „áno, po celý čas", „áno, pri vstupnom vyšetrení, tiež podľa žiadosti rodičky").

V ďalších 2 zariadeniach je tiež možná prítomnosť sprevádzajúcej osoby, „ale v závislosti od kapacitných možností nemocnice" (teda napr. nie na sále, ak je tam ďalšia rodiaca žena).

V 7 nemocniciach nie je možná prítomnosť sprevádzajúcej osoby počas vstupného vyšetrenia, najčastejšie z kapacitných, priestorových dôvodov, resp. kvôli ochrane osobných údajov ženy.

1 z nemocníc nás odkázala na svoju webovú stránku.

Možnosť prítomnosti sprevádzajúcej osoby aj pri pôrode sekciou

Z 25 nemocníc, z ktorých prišli odpovede na žiadosti alebo prosby o informácie, nie je možná prítomnosť sprevádzajúcej osoby počas pôrodu sekciou priamo na operačnej sále v 14 zariadeniach (odpovede „čaká na chodbe", „je v priestoroch pôrodnej sály", „je zabezpečený prvý kontakt sprevádzajúcej osoby s novorodencom hneď v novorodeneckom boxe"). Odôvodňuje sa to hygienickými, resp. prevádzkovými predpismi nemocnice.

Zo 7 ďalších nemocníc prišli tiež negatívne odpovede, ale bez bližšieho odôvodnenia tejto praktiky.

V 2 nemocniciach deklarovali možnosť prítomnosti sprevádzajúcej osoby aj v prípade pôrodu sekciou.

1 z nemocníc odkázala na svoju webovú stránku a z 1 nemocnice prišla iná odpoveď, v ktorej sa hovorí o individuálnom posudzovaní prítomnosti sprevádzajúcej osoby – „závisí to od dohody s operatérom a od aktuálneho zdravotného stavu rodičky a bábätka".

Existencia a výška poplatku za sprevádzajúcu osobu pri pôrode

Z 25 nemocníc, z ktorých prišli odpovede na žiadosti alebo prosby o informácie, sa vo všetkých platí poplatok za sprevádzajúcu osobu.

V 10 zariadeniach je jeho výška 20 eur, v 5 nemocniciach 30 eur a 3 nemocnice si účtujú 15 eur.

V ďalších 7 nemocniciach sa výška poplatku za sprevádzajúcu osobu pohybuje v rozmedzí od 16,74 eur po 33 eur.

V. Odpovede na otázky týkajúce sa samotného pôrodu – zaužívaných postupov a praktík

Existencia interných štandardizovaných postupov týkajúcich sa pôrodnej starostlivosti

Z 25 nemocníc, z ktorých prišli odpovede na žiadosti alebo prosby o informácie, existujú interné štandardizované postupy týkajúce sa pôrodnej starostlivosti v 10 zariadeniach.

V ďalších 12 nemocniciach, naopak, nemajú interné štandardizované postupy týkajúce sa pôrodnej starostlivosti (odpovede „nie", ďalej „nie, pristupujeme individuálne", ako aj odpovede „nie, ale riadime sa odporúčaniami MZ SR, SLS, Slov. gynekologicko-pôrodníckou spoločnosťou, odborných spoločností na úrovni Evidence based Medicine" a podobne).

Z 2 nemocníc prišli nejasné odpovede, 1 z nemocníc odkázala na svoju webovú stránku.

Na žiadosť/prosbu o zaslanie interných štandardizovaných postupov týkajúcich sa pôrodnej starostlivosti – ak v nemocnici takéto majú – nereagovala žiadna nemocnica.

Možnosť voľne sa pohybovať počas celého pôrodu

Z 25 nemocníc, z ktorých prišli odpovede na žiadosti alebo prosby o informácie, sa v štyroch pätinách (20) deklaruje možnosť voľne sa pohybovať – t. j. nebyť „pripútaná" na lôžko – počas celého pôrodu (zväčša strohá odpoveď „áno").

V 3 nemocniciach je voľnosť pohybu garantovaná počas prvej doby pôrodnej.

V 2 nemocniciach je deklarovaná voľnosť pohybu „okrem času, keď je treba spraviť kardiotografický záznam" alebo „pokiaľ nie je nutný kontinuálny CTG monitoring".

Prijímanie jedla a tekutín počas celého fyziologického pôrodu

Z 25 nemocníc, z ktorých prišli odpovede na žiadosti alebo prosby o informácie, sa len v 5 vyjadrili, že rodiace ženy majú štandardne možnosť prijímať jedlo, ako aj tekutiny počas celého pôrodu.

V polovici nemocníc (12) je možné počas celého pôrodu prijímať iba tekutiny a v 3 nemocniciach tekutiny, ako aj med, hroznový cukor, resp. energetické nápoje.

V 4 nemocniciach nie je možnosť prijímať jedlo ani tekutiny a z 1 z nemocníc prišla iná odpoveď – „je to podľa priebehu pôrodu".

Možnosť rodiacich žien voliť si počas pôrodu polohu (vrátane polohy mimo kresla)

Otázka „Majú ženy rodiace vo Vašom zariadení štandardne možnosť počas pôrodu – dieťaťa i placenty – rodiť v polohe, ktorú si samy zvolia (vrátane zvolených polôh mimo kresla)? Ak nie, uveďte, aké sú obmedzenia a prečo." nebola zo strany nemocníc jednoznačne pochopená. Svedčia o tom viaceré kladné odpovede nemocníc aj v prípadoch, keď je voľba polohy fakticky obmedzená len na polohu/polohy na pôrodnom kresle.

11 z 25 nemocníc, z ktorých prišli odpovede na žiadosti alebo prosby o informácie, považuje za možnosť voliť si polohu počas pôrodu už skutočnosť, že ich zariadenie disponuje nastaviteľným/polohovacím pôrodným kreslom (a teda rodiace ženy podľa nich majú možnosť voľby polohy).

11 nemocníc priznáva absenciu slobodnej voľby polohy počas pôrodu zo strany rodiacich žien, a to najmä z dôvodu, že nemajú potrebné technické vybavenie (polohovacie kreslo, vaňa), resp. nepovažujú pôrod na zemi za bezpečný či priestorovo realizovateľný.

3 nemocnice jednoducho deklarujú možnosť slobodného výberu polohy počas pôrodu (odpoveď „áno"), 3 zariadenia naopak vymenovali dôvody, prečo „to nejde" (prvoradá je bezpečnosť rodičky a novorodenca atď.).

2 nemocnice poskytli nejasné odpovede a 1 nemocnica v súvislosti s touto otázkou odkazuje na svoju webovú stránku.

(Súčet odpovedí nemocníc nedáva 25, odpovede mohli súčasne obsahovať viac možností.)

Nástrih hrádze

Z 25 nemocníc, z ktorých prišli odpovede na žiadosti alebo prosby o informácie, sa polovica – 13 nemocníc – jednoznačne dištancovala od nástrihu hrádze ako štandardného postupu vedenia pôrodu (odpoveď „nie").

V 7 nemocniciach vykonanie nástrihu závisí od rozhodnutia lekára – pôrodníka[356],

v 10 nemocniciach sa k nemu pristupuje podľa aktuálneho priebehu pôrodu (stavu dieťaťa, rodičky, možného ohrozenia atď.).

Nástrih hrádze ako štandardný postup sa objavil v odpovediach 5 nemocníc

[356] Opäť pripomíname, že nemocnice vo svojich odpovediach používali na označovanie lekárov a lekárok výlučne mužský rod.

(odpovede ako „nástrih hrádze patrí k bežným pôrodníckym operáciám", „áno, nástrihy hrádze sú štandardným postupom pri vedení pôrodu, hlavne u prvorodičiek, u viacrodičiek podľa stavu").

(Súčet odpovedí nemocníc nedáva 25, odpovede mohli súčasne obsahovať viac možností.)

Cielený tlak na brucho počas druhej doby pôrodnej

Z 25 nemocníc, z ktorých 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 (odpoveď „nie").

V 11 nemocniciach je však táto praktika (výnimočne) aplikovaná na základe rozhodnutia lekára – pôrodníka[357], resp. „po zvážení rizík súvisiacich s nepostupovaním pôrodu".

V 7 nemocniciach je technika cieleného tlaku na brucho rodiacej ženy použitá, „ak rodička nespolupracuje" (napr. „netlačí a je ohrozený život dieťaťa").

V 1 z nemocníc odkázali na webovú stránku a z 1 nemocnice prišla iná odpoveď, v ktorej sa hovorí o používaní „lege artis expresie v niektorých indikovaných prípadoch".

Popôrodný bonding – prikladanie dieťaťa bezprostredne po narodení spôsobom „koža na kožu"

Z 25 nemocníc, z ktorých prišli odpovede na žiadosti alebo prosby o informácie, sú deti bezprostredne po narodení prikladané spôsobom „koža na kožu" v 15 zariadeniach (odpoveď „áno", resp. „je tomu tak, ak si to matka želá"). V ďalších 5 nemocniciach je táto praktika tiež prítomná – a to v 3 „na niekoľko minút", resp. „10 až 35 minút", a v 2 je to „počas celej IV. doby pôrodnej", resp. „dve aj tri hodiny".

Z 5 nemocníc prišla odpoveď, že prikladanie je tiež možné, ale „až podľa posúdenia neonatológa", resp. „po ošetrení dieťaťa", „individuálne – podľa stavu novorodenca".

[357] Opäť pripomíname, že nemocnice vo svojich odpovediach používali na označovanie lekárov a lekárok výlučne mužský rod.

Šitie pôrodných poranení bez prostriedku na tlmenie bolesti

Z 25 nemocníc, z ktorých prišli odpovede na žiadosti alebo prosby o informácie, sa 22 nemocníc vyjadrilo, že u nich neexistujú prípady, keď sa pri šití pôrodných poranení pri vaginálnych pôrodoch neaplikuje ženám žiadny prostriedok na tlmenie bolesti (odpoveď „nie", „nikdy", „v žiadnom prípade", „vždy sa použije anestézia – lokálna alebo inhalačná").

V 2 nemocniciach pripustili opačný postup – ale za podmienky, ak by o nepoužitie prostriedkov na tlmenie bolesti požiadala sama rodička.

V 1 z nemocníc odkázali na webovú stránku.

VI. Odpovede na otázky týkajúce sa spätnej väzby/hodnotenia od rodiacich žien

Mechanizmy získavania spätnej väzby od žien, ktoré v zariadení rodili

Z 25 nemocníc, z ktorých prišli odpovede na žiadosti alebo prosby o informácie, vo väčšine zariadení získavajú spätnú väzbu od rodiacich žien prostredníctvom písomnej ankety, voľne prístupných anonymných dotazníkov – uvádza 20 nemocníc.

4 nemocnice za spôsob získavania informácií považujú aj knihu prianí a sťažností/pripomienok a námetov.

6 ďalších nemocníc popísalo aj iné spôsoby získavania spätnej väzby: telefonické dopytovanie sa u bývalých rodiacich žien, anonymná schránka pre pacientky, tlačivo „poďakuj sestre", možnosť adresovať vedeniu nemocnice svoje postrehy a odporúčania, informovať ambulantného gynekológa, pohovorom.

(Súčet odpovedí nemocníc nedáva 25, odpovede mohli súčasne obsahovať viac možností.)

Celkové hodnotenie

Nemocnice, ktoré sú povinnými osobami v zmysle zákona o slobode informácií, pri vybavovaní žiadosti právnickej osoby až na 1 nemocnicu formálne postupovali v zmysle zákona (aj keď nie všetky z nich požadované informácie sprístupnili). Na neformálny list konkrétnej potenciálnej prijímateľky zdravotnej starostlivosti, ktorý bol fakticky žiadosťou o sprístupnenie informácie, však reagovalo iba 6 nemocníc, ktoré sú v zmysle zákona o slobode informácií povinnými osobami. Hoci práve konkrétna osoba je priamou prijímateľkou zdravotnej starostlivosti pôrodnice a zároveň klientkou a nositeľkou práv, nemocnice uprednostnili formálne naplnenie povinnosti stanovenej zákonom pred dôsledným naplnením ich základného poslania poskytovať zdravotnú starostlivosť.

4.3.4. Zaslanie žiadosti o informácie Ministerstvu zdravotníctva SR mimovládnou organizáciou

Ministerstvo zdravotníctva SR je ústredným orgánom štátnej správy pre zdravotnú starostlivosť, ochranu zdravia, ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok, pre cenovú politiku v oblasti zdravotníctva a pre ďalšie otázky týkajúce sa zdravia a zdravotnej starostlivosti.[358] Zároveň je orgánom výkonnej moci štátu a ten nesie celkovú zodpovednosť za dodržiavanie práva na zdravie a zdravotnú starostlivosť (a aj za dodržiavanie všetkých ďalších práv), a teda aj za dodržiavanie ľudských práv žien pri pôrodoch. V rámci tejto zodpovednosti má štát, aj v kontexte medzinárodného práva, napríklad povinnosť prijímať adekvátnu legislatívu a ďalšie záväzné predpisy a zabezpečovať, aby boli v praxi dodržiavané práva a aby nedochádzalo k ich porušovaniu tretími osobami (t. j. napríklad nemocnicami alebo jednotlivými lekármi či lekárkami). V prípade, že sa takéto porušenia vyskytnú, má štát povinnosť zabezpečiť adekvátnu nápravu. V rámci celkovej zodpovednosti za dodržiavanie ľudských práv žien vrátane práv v oblasti zdravia má štát tiež cyklickú a nikdy nekončiacu povinnosť prijímať a realizovať politiky a opatrenia, ktoré budú vychádzať z poznania a analýz situácie a ktoré budú sprevádzané adekvátnymi implementačnými a monitorovacími mechanizmami, pričom všetky tieto aktivity musia byť adekvátne koordinované.[359]

Mnohé tieto povinnosti štátu sú premietnuté aj do zákonných povinností ministerstva zdravotníctva. Toto ministerstvo je v zmysle zákona o zdravotnej starostlivosti napríklad povinné vypracúvať návrhy zásadných smerov a priorít rozvoja štátnej zdravotnej politiky, odborne usmerňovať poskytovanie zdravotnej starostlivosti, vydávať štandardné diagnostické a štandardné terapeutické postupy, riadiť celoštátne programy zamerané na ochranu, zachovanie a navrátenie zdravia, koordinovať výskumnú činnosť v zdravotníctve a uplatňovanie výsledkov vedeckého výskumu v praxi, riadiť, kontrolovať a spravovať sieť študijných odborov, študijných programov a zdravotníckych vysokých škôl a univerzít, ktoré pripravujú zdravotníckych pracovníkov, a riadiť ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov. Vykonáva tiež dozor nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti podľa osobitného predpisu[360] a metodicky a koncepčne riadi Národné centrum zdravotníckych informácií (ktorého je zároveň zriaďovateľom).[361]

Aj z vyššie uvedeného výpočtu zákonných povinností ministerstva zdravotníctva jasne vyplýva, že ak chce ministerstvo tieto povinnosti zodpovedne realizovať, musí na ich realizáciu zbierať dáta, ktoré mu to fakticky umožnia. Aj preto sme sa v rámci uskutočneného monitoringu obrátili na toto ministerstvo, aby sme zistili, akými dátami týkajúcimi sa (ne)dodržiavania ľudských práv žien pri pôrode (ne)disponuje.

---

358 Pozri § 19 zákona č. 575/2001 Z. z. o organizácii činnosti vlády a organizácii ústrednej štátnej správy v znení neskorších predpisov.

359 Pozri napríklad Všeobecné odporúčanie č. 28 Výboru pre odstránenie diskriminácie žien o základných povinnostiach zmluvných štátov podľa článku 2 Dohovoru o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien, 2010, CEDAW/C/GC/28, body 24 a 39.

360 Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

361 Pozri § 45 ods. 1 písm. a), b), c), d), e), h), i), aa) a ods. 2 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov.

Faktografický opis monitoringu: žiadosť o informácie zaslaná Ministerstvu zdravotníctva SR

V októbri 2014 zaslalo združenie Občan, demokracia a zodpovednosť Ministerstvu zdravotníctva SR žiadosť o informácie (žiadosť v plnom znení je uvedená v prílohe 5 tejto publikácie). Požadované informácie sa týkali strategických a programových dokumentov, odborných usmernení a štandardných diagnostických a terapeutických postupov v oblasti pôrodnej starostlivosti vydaných Ministerstvom zdravotníctva SR (či v prípade strategických a programových dokumentov vládou SR), výskumov, ktoré by ministerstvo v tejto oblasti koordinovalo, či spôsobov, akými toto ministerstvo riadi ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok. Tiež sme žiadali o informáciu, či ministerstvo vydalo štandardizovaný formulár na získavanie informovaného súhlasu s poskytovaním pôrodnej zdravotnej starostlivosti, ako aj o informáciu, či ministerstvo vydalo nejaký typ odporúčania alebo iného opatrenia v súvislosti s platbami za prítomnosť sprevádzajúcich osôb pri pôrode alebo v súvislosti s inými platbami súvisiacimi s pôrodnou starostlivosťou. V osobitnej otázke sme sa ďalej ministerstva podrobne pýtali, či v súvislosti s pôrodnou starostlivosťou poskytovanou pôrodnicami v SR monitoruje jednotlivé skutočnosti, ktoré sú dôležité z hľadiska uplatňovania ľudských práv žien a ktoré sme zisťovali aj v prípade všetkých pôrodníc jednotlivo (prostredníctvom analýzy webových stránok, listov žien a zasielania žiadostí/prosieb o informácie popísaných skôr). Opäť sme sa teda pýtali napr. na otázky týkajúce sa poskytovania informácií a získavania informovaného súhlasu nemocnicami, na otázky týkajúce sa súkromia, možností žien byť sprevádzané blízkymi osobami, možnosti voľne sa pohybovať a zvoliť si pôrodnú polohu, možnosti prijímať jedlo a tekutiny, možnosti kontaktu koža na kožu s novorodencom a na niektoré praktiky – napr. vykonávanie cieleného tlaku na brucho, nástrih hrádze či šitie pôrodných poranení bez anestézie. Tiež sme sa pýtali na prípady materskej úmrtnosti v SR. Pri všetkých uvedených informáciách sme sa pýtali aj na spôsob ich monitorovania a tiež sme žiadali o všetky relevantné výstupy z tohto monitorovania. V zmysle zákona o slobode informácií sme žiadali o zaslanie všetkých požadovaných informácií na našu adresu aj v prípade, že informácie už boli zverejnené (napríklad na webovej stránke ministerstva).[362]

Odpoveď ministerstva

Hoci ministerstvo zdravotníctva na našu žiadosť o informácie odpovedalo (odpoveď ministerstva na žiadosť o informácie je uvedená v prílohe 6 tejto publikácie), viaceré požadované informácie nám neposkytlo, pričom o odmietnutí tohto sprístupnenia nevydalo písomné rozhodnutie tak, ako mu to ukladá zákon.

Na našu otázku k strategickým a programovým dokumentom ministerstva, resp. vlády

[362] Ak je, v zmysle § 7 zákona o slobode informácií, predmetom žiadosti získanie informácií, ktoré už boli zverejnené, povinná osoba môže bez zbytočného odkladu, najneskôr však do piatich dní od podania žiadosti, namiesto sprístupnenia informácií žiadateľovi oznámiť údaje, ktoré umožňujú vyhľadanie a získanie zverejnenej informácie. Ak však žiadateľ na sprístupnení takto zverejnených informácií trvá (čo bol v prípade tejto žiadosti o informácie prípad združenia Občan, demokracia a zodpovednosť), povinná osoba mu ich musí sprístupniť.

ministerstvo odpovedalo, že v termíne do 30. októbra 2015 má za úlohu predložiť na rokovanie vlády Národný program starostlivosti o ženy, bezpečné materstvo a reprodukčné zdravie. Na naše otázky k odborným usmerneniam ministerstva a ním vydaným odborným usmerneniam a štandardným diagnostickým a terapeutickým postupom nám ministerstvo poskytlo názvy 4 svojich dokumentov a dátumy ich vydania, spolu s odkazmi na dátumy vydania Vestníka MZ SR, v ktorých možno tieto dokumenty nájsť. Požadované dokumenty sme si napokon museli samy vyhľadať na webovej stránke ministerstva, resp. o tie, ktoré sme na tejto stránke nenašli, sme museli ministerstvo znova písomne požiadať. Podobným spôsobom – t. j. iba odkazom na názov a miesto a dátum zverejnenia svojho vydaného usmernenia – ministerstvo odpovedalo aj na našu otázku týkajúcu sa platieb súvisiacich s pôrodmi (pýtali sme sa na platby za prítomnosť sprevádzajúcich osôb a na všetky ostatné platby pri pôrodoch, ktoré nie sú hradené z verejného zdravotného poistenia). Odborné usmernenie, na ktoré nás ministerstvo odkázalo, sa však čiastočne týkalo iba platieb pri výbere lekára, sestry či pôrodnej asistentky a vzťahovalo sa len na zdravotnícke zariadenia, ktorých zriaďovateľom je ministerstvo.

V odpovedi na otázku o tom, ako ministerstvo riadi ďalšie vzdelávania zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok v oblasti pôrodnej starostlivosti, sa ministerstvo explicitne zaoberalo iba ďalším vzdelávaním pôrodných asistentiek.

Na našu otázku k výskumom v oblasti pôrodnej starostlivosti, ktoré by ministerstvo koordinovalo, ministerstvo odpovedalo, že „nedisponuje takýmito výskumami". Rovnako (t. j. že „nedisponuje takýmito materiálmi") odpovedalo aj v prípade otázky o tom, či vydalo štandardizovaný formulár na získavanie informovaného súhlasu.

Na našu poslednú otázku o tom, či ministerstvo monitoruje jednotlivé aspekty pôrodnej starostlivosti poskytovanej pôrodnicami v SR, ktoré sú dôležité z hľadiska dodržiavania ľudských práv žien (teda napríklad poskytovanie informácií a získavanie informovaného súhlasu, súkromie a intimita, možnosti žien byť sprevádzané blízkymi osobami, možnosť voľne sa pohybovať a zvoliť si pôrodnú polohu, možnosť prijímať jedlo a tekutiny, možnosť kontaktu koža na kožu s novorodencom, vykonávanie cieleného tlaku na brucho, nástrih hrádze, šitie pôrodných poranení bez anestézie, prípady materskej úmrtnosti; tieto aspekty boli podrobne vymenované a pre každý z nich sme žiadali samostatnú odpoveď, pričom sme sa zároveň pýtali aj na spôsob monitoringu a výstupy z neho), ministerstvo odpovedalo: „MZ SR nedisponuje takýmito informáciami, odporúčame Vám, aby ste oslovili profesijné organizácie a jednotlivé odborné spoločnosti alebo samotných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí prevádzkujú gynekologicko-pôrodnícke pracovisko."

Celkové hodnotenie

Z odpovede ministerstva zdravotníctva na otázky týkajúce sa dodržiavania ľudských práv žien v súvislosti s pôrodnou starostlivosťou je zjavné, že hoci ministerstvo prijalo v tejto oblasti niekoľko

odborných usmernení, situáciu v oblasti poskytovania pôrodnej starostlivosti v kontexte ľudských práv žien nesleduje a pre túto oblasť nemá prijatú ani žiadnu stratégiu či iný programový dokument. Pre ženy, ktoré sú tehotné alebo sa v blízkej budúcnosti chystajú na materstvo, je odpoveď ministerstva signálom, že ak chcú získať celostné informácie o svojich možnostiach vo vzťahu k pôrodom v SR a chcú porovnávať medzi jednotlivými zdravotníckymi zariadeniami (napríklad aj s cieľom výberu konkrétneho zariadenia), ministerstvo zdravotníctva ako ústredný orgán štátnej správy pre túto oblasť nie je v tejto súvislosti nijako nápomocné. Táto informácia je v spojení so skutočnosťou, že ženy majú minimálne možnosti získavať informácie o poskytovanej pôrodnej starostlivosti jednotlivými zdravotníckymi zariadeniami v dostatočnom predstihu pred pôrodom – ako o tom svedčia výsledky monitoringu webových stránok pôrodníc a monitoringu uskutočneného prostredníctvom listov žien – veľmi znepokojivá a signalizuje, že právo žien na informované rozhodovanie v súvislosti s ich vlastnými pôrodmi, aj v kontexte práva na výber poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, nie je na Slovensku ani zďaleka uplatňované dostatočne.

Záverečné zhrnutie

Popis kontextu vzniku publikácie a jej základných čŕt

Publikácia *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku* je prvou publikáciou na Slovensku, ktorá sa zaoberá pôrodnou starostlivosťou v tejto krajine z pohľadu ľudských práv žien. Keďže pôrodná starostlivosť na Slovensku je fakticky koncentrovaná takmer výlučne v zdravotníckych zariadeniach a poskytovaná pod vedením 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, monopolizovaný a inštitucionalizovaný aspekt tejto starostlivosti, v spojení s osobitnou zraniteľnosťou žien počas tehotenstva, pôrodu a šestonedelia, z nej robí špecifický fenomén s osobitnými mocenskými prvkami hodný dôkladného a kritického skúmania. Ľudskoprávny náhľad na túto starostlivosť je preto perspektívou, akú si zasluhuje – a zároveň aj vyžaduje.

Aj verejnému diskurzu týkajúcemu sa pôrodnej starostlivosti na Slovensku výrazne chýba ľudskoprávna perspektíva. Jej absencia ešte zvýrazňuje disonanciu medzi na jednej strane autoritatívnymi a v podstate nikým a ničím nespochybňovanými náhľadmi lekárskej vedy a praxe (vo verejnom priestore prezentovanými predovšetkým mužmi-pôrodníkmi), ktoré navyše v diskurze dostávajú oficiálny a vysokostatusový priestor (napríklad v mienkotvorných médiách, na odborných fórach a pod.), a na strane druhej autentickými skúsenosťami žien z rôznych spoločenských vrstiev, rôzneho veku, rôzneho vzdelania, rôznej etnicity či iných charakteristík, ktorých hlasy zatiaľ zostávajú vypočuté najmä na stránkach internetových diskusných fór a ženských časopisov či na fórach ženských organizácií a neformálnych zoskupení. Perspektívy žien a tých, ktorí rozhodujú o podobe pôrodnej starostlivosti na Slovensku, sa teda v reálnej a ani symbolickej rovine príliš nestretajú. Práve ľudskoprávny náhľad na túto starostlivosť – ktorý vychádza z konceptu, že ženy sú primárne nositeľkami práv a poskytovatelia zdravotnej starostlivosti a štát sú zas primárnymi nositeľmi povinností a zodpovedností – môže tomuto stretnutiu, následnej diskusii a do budúcnosti snáď aj rovnocennej, rešpektujúcej a pozitívne výsledky a vzájomné uspokojenie prinášajúcej spolupráci napomôcť.

Publikácia *Ženy – Matky – Telá: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku* sa snaží ponúknuť obe v súčasnosti chýbajúce perspektívy – t. j. perspektívu autentickej ženskej skúsenosti i perspektívu ľudskoprávnu –, pričom tieto perspektívy vzájomne dopĺňa a kombinuje. Publikácia je preto nielen prierezom vnútroštátnymi a medzinárodnými štandardmi ľudských práv žien, ktoré sa vzťahujú na pôrodnú starostlivosť, ale najmä spätnou väzbou od ich autentických nositeliek, poskytnutou a získanou práve cez optiku týchto ľudskoprávnych štandardov.

Publikácia je výsledkom viac ako dvojročného intenzívneho úsilia dvoch mimovládnych

organizácií zaoberajúcich sa ľudskými právami žien na Slovensku – združenia Občan, demokracia a zodpovednosť a združenia Ženské kruhy – a ich blízkych spolupracovníčok. Je tiež výstupom zo zberu, spracovania a analýzy dát rôzneho druhu – počnúc hĺbkovými autentickými výpoveďami žien s osobnou skúsenosťou s pôrodnou starostlivosťou v nemocniciach na Slovensku cez dáta obsiahnuté na stránkach nemocníc a pôrodníc, či získavané od nich priamo a adresne s rôznou mierou oficiálnosti, až po dáta oficiálne získavané od Ministerstva zdravotníctva SR ako hlavného zodpovedného subjektu na úrovni exekutívy za poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Všetky dáta boli zozbierané a spracované štandardnými metódami sociálnovedného výskumu a metódami ľudskoprávneho monitoringu. Na výskume, monitoringu a písaní tejto publikácie pracoval interdisciplinárny tím expertiek z viacerých oblastí vrátane oblasti práva, etnológie a antropológie, sociológie a psychológie. Projektový tím svoju prácu priebežne konzultoval aj s ďalšími expertkami a expertmi vrátane osôb so vzdelaním a praxou v oblasti gynekológie a pôrodníctva a pôrodnej asistencie. Viaceré aspekty našej práce sme tiež konzultovali s osobami, ktoré poskytujú rôzne formy poradenstva ženám pred pôrodom, ale aj po ňom (obzvlášť v prípadoch traumatizujúceho alebo inak ubližujúceho pôrodného zážitku), a tiež s dulami, ktoré sprevádzajú ženy počas pôrodov na Slovensku i v zahraničí.

Publikácia je rozdelená do štyroch kapitol. Prvá kapitola ponúka prehľad základných medzinárodných a vnútroštátnych štandardov v oblasti ľudských práv žien, ktoré musia byť napĺňané pri pôrode. Druhá kapitola sumarizuje medzinárodne uznávané zdravotnícke štandardy týkajúce sa pôrodnej starostlivosti, ktoré sú zároveň relevantné aj z pohľadu dodržiavania ľudských práv žien. Tieto ľudskoprávne štandardy a zdravotnícke štandardy boli zároveň východiskom konceptualizácie a spracovania tretej aj štvrtej kapitoly. Tretia kapitola prezentuje výskumné zistenia z kvalitatívneho výskumu o skúsenostiach žien s pôrodmi v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku spracované na základe 15 semištruktúrovaných rozhovorov. Štvrtá kapitola prezentuje výsledky monitoringu mapujúceho poskytovanie informácií pôrodníckymi zariadeniami na Slovensku pred pôrodom, a to najmä v kontexte potreby informácií zo strany rodiacich žien s cieľom rozhodnúť sa o poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti.

Prehľad a zhrnutie jednotlivých kapitol

1. Ľudské práva pri pôrode: základné medzinárodné a vnútroštátne štandardy

Prvá kapitola predstavuje základné medzinárodné a vnútroštátne štandardy ľudských práv týkajúce sa poskytovania a prijímania zdravotnej starostlivosti v súvislosti s pôrodmi. Keďže tieto práva sa týkajú reprodukčného zdravia žien, hovoríme o nich zároveň aj ako o reprodukčných právach. Ide najmä o tieto práva:

- právo na ľudskú dôstojnosť;
- právo na ochranu zdravia 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 konkretizované jednotlivými výbormi OSN či Európskym súdom pre ľudské práva. Spomedzi dohovorov OSN sú relevantné: Dohovor o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien, Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach, Medzinárodný pakt o občianskych a politických právach, Dohovor proti mučeniu a inému krutému, neľudskému alebo ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestaniu, Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím, Dohovor o odstránení všetkých foriem rasovej diskriminácie a Dohovor o právach dieťaťa. Spomedzi dohovorov prijatých na pôde Rady Európy sú relevantné najmä: Dohovor o ochrane ľudských práv a základných slobôd, Dohovor o ľudských právach a biomedicíne a Európska sociálna charta (revidovaná). Uvedené dohovory majú v zmysle Ústavy Slovenskej republiky v zásade prednosť pred zákonmi.

Vo vnútroštátnom meradle sú tieto práva explicitne alebo fakticky obsiahnuté vo viacerých právnych predpisoch rôznych odvetví. Významným prameňom, ktorý zakotvuje mnohé z práv dotknutých pri pôrodoch, je najmä 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 pôrode má štát a jeho orgány. Právnu zodpovednosť však zároveň vždy nesú aj inštitúcie a jednotlivci a jednotlivkyne poskytujúci zdravotnú starostlivosť.

2. Medzinárodne uznávané zdravotnícke štandardy pri poskytovaní starostlivosti v súvislosti s pôrodmi

Druhá kapitola sumarizuje medzinárodne uznávané zdravotnícke štandardy týkajúce sa pôrodnej starostlivosti, ktoré sú zároveň relevantné aj z pohľadu dodržiavania ľudských práv žien. V snahe nájsť najlepšie možné odporúčania s cieľom dosiahnuť najvyššiu úroveň zdravia pre ženy a ich deti sa organizujú odborníčky a odborníci z oblasti medicíny, pôrodnej asistencie, zástupkyne a zástupcovia komunít a spotrebiteliek, tvorkyne a tvorcovia zdravotných politík a aj samotné vlády. Spoločne skúmajú rôzne modely a spôsoby starostlivosti, intervencie, ich účinnosť aj riziká. Na lokálnych, národných, ale aj medzinárodných úrovniach tak vznikajú odporúčania, odborné postupy a niekedy aj právne záväzné pravidlá. V tejto kapitole sa zameriavame na vybrané postupy a odporúčania poskytovania zdravotnej starostlivosti ženám pri pôrode v kontexte odporúčaní medzinárodne rešpektovaných organizácií: Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO), Medzinárodnej federácie pre gynekológiu a pôrodníctvo (FIGO) a Národného inštitútu pre zdravie a excelentnosť v starostlivosti (NICE). Tieto odporúčania považujeme za normu dobrej praxe a súčasť rešpektujúcej zdravotnej starostlivosti. Za

východiskový referenčný rámec sme na základe uvedených štandardov považovali tieto skutočnosti a odborné postupy:

- Pôrod je intímna záležitosť. Ženy potrebujú mať zabezpečený dostatok súkromia, potrebujú mať možnosť byť sprevádzané blízkou osobou a zdravotnícky personál im má poskytnúť toľko informácií, koľko potrebujú a vyžadujú.
- Získavanie informovaného súhlasu je nevyhnutou súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti a vyplýva zo základných ľudských práv žien.
- Možnosť pohybu počas prvej a druhej doby pôrodnej je účinným nástrojom úľavy od bolesti. Najvhodnejšia poloha na pôrod je tá, ktorú si žena sama zvolí.
- Rutinná epiziotómia je poškodzujúca a je potrebné ju eliminovať. Šitie pôrodných poranení musí byť vykonané s adekvátnym použitím prostriedkov na tíšenie bolesti.
- Nerušený kontakt koža na kožu medzi matkou a jej dieťaťom má byť umožnený tak skoro, ako je to len možné. Rutinným postupom, ktoré separujú matku a dieťa (vrátane merania a váženia), je potrebné sa vyhnúť počas prvej hodiny po pôrode. Výnimkou je situácia, ak si ich vyžiada sama žena alebo si to vyžaduje zdravotný stav dieťaťa.

3. Pôrodná skúsenosť v zdravotníckom zariadení na Slovensku optikou ľudských práv žien

Tretia kapitola prezentuje výskumné zistenia z kvalitatívneho výskumu o skúsenostiach žien s pôrodmi v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku. Uskutočnený výskum si kládol za cieľ pilotne zmapovať skúsenosti žien s pôrodmi v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku. Primárny dôraz sme pritom venovali vnímaniu prístupu a postupov zdravotníckeho personálu voči rodiacim ženám počas pôrodu a v období po pôrode počas hospitalizácie v nemocnici. Metódou výskumu bol kvalitatívny výskum pozostávajúci zo semištruktúrovaných rozhovorov so ženami. Dôraz v rozhovore sme kládli na perspektívu žien, ich vlastné kategórie, jazyk, pojmy, reflexiu aj interpretáciu. Rozhovory so ženami sa viedli v časovom slede – ako spätné prerozprávanie prípravy na pôrod, chronologického priebehu pôrodu a pobytu v zdravotníckom zariadení. Výskum realizovali výskumníčky so skúsenosťou s kvalitatívnym výskumom a so znalosťou oblasti ľudských práv vrátane ľudských práv žien. Z metodologického hľadiska rozhovory zahŕňali rovinu deskriptívnu, keď respondentky bez hodnotenia popisovali priebeh svojich pôrodov, a zároveň nás zaujímali aj ich predstavy o pôrode, ako aj spätné hodnotenia pôrodnej skúsenosti. Výskumný scenár rozhovoru sa nachádza v prílohe č. 1 (dostupné aj na http://odz.sk/zeny-matky-tela/).

Všetky rozhovory boli anonymné, dobrovoľné a bez nároku na honorár, nahrávané na audiozáznam so súhlasom respondentiek. Celkovo sme realizovali 15 rozhovorov s respondentkami, ktoré boli vyberané na základe stanovených kritérií kvalitatívneho výskumu. V celkovom súbore bolo 11 prvorodičiek a 4 ženy, ktoré rodili opakovane. Veková škála respondentiek bola od 26 do 39 rokov. Väčšina respondentiek patrila k strednej vrstve a mala lepší vzdelanostný kapitál (stredné a vysokoškolské vzdelanie). Vo výskumnej vzorke nemali zastúpenie ženy z etnických minorít. Jedna respondentka bola matka-samoživiteľka. Rozhovory trvali od 70 do 120 minút. Terénny zber údajov

prebiehal od 15. júla 2014 do 15. augusta 2014. Do výskumnej vzorky sme zaradili ženy, ktoré rodili vaginálne v posledných troch rokoch (jún 2011 – jún 2014) a pôrod sa konal v niektorej z nemocníc v bratislavskom alebo trnavskom okrese. Vybrané ženy mali skúsenosť s maximálne dvomi pôrodmi, pričom nás primárne zaujímal ich posledný pôrod, ktorý v interview porovnávali s prvou skúsenosťou. Ide o pilotnú výskumnú sondu a výskum nemal ambíciu reprezentatívneho zastúpenia.

Východiskom analýzy a interpretácie výskumných zistení boli predovšetkým odporúčania WHO pre dobrú prax starostlivosti v priebehu normálneho pôrodu, štandardy a usmernenia FIGO a NICE a ľudskoprávne štandardy upravujúce práva žien pri pôrodoch. Výpovede pätnástich rodiacich žien o ich skúsenostiach s pôrodmi v nemocniciach poukazujú na viaceré porušenia ich práv. Celým priebehom pôrodu sa prelína porušovanie práva žien na informácie, informovaný súhlas, odmietnutie navrhovaného postupu a na rešpektovanie osobnej voľby. Zároveň vo všetkých pôrodných fázach (aj po pôrode) ženy pociťovali nedostatok informácií o postupoch, ktoré zdravotnícky personál vykonával, o celom procese pôrodu a zdravotnom stave seba i dieťaťa. 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.

Viaceré ženy reflektovali, že niektoré úkony pri pôrode boli vykonané bez ich súhlasu, a to napríklad pri intervenciách, ako sú aplikácia oxytocínu a iných medikamentov, nastrihnutie hrádze, prepichnutie vaku blán či tlačenie na brucho členom/členkou zdravotníckeho personálu s cieľom urýchliť pôrod. 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 súhlasu dotknutých žien, ale aj bez ich vedomia. V niektorých prípadoch tieto intervencie do pôrodu vykonal zdravotnícky personál proti vôli a nesúhlasu žien. Na základe uskutočneného výskumu teda možno povedať, že je značne rozšírená absencia aktívneho informovania rodiacich žien a následného poskytovania zdravotnej starostlivosti striktne na báze informovaného súhlasu. Všetky respondentky sa navyše v súvislosti s podpisom formulára informovaného súhlasu po príchode do pôrodnice vyjadrili, že si neboli vedomé, na čo dávajú svojím podpisom súhlas a čo presne podpisujú.

Výpovede žien opisujú porušovanie práva na súkromie a intimitu 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 „čakačke" (rušivá prítomnosť iných žien, ktoré prežívali kontrakcie, spôsob organizácie miestností, chýbajúca prítomnosť sprevádzajúcich osôb, stresujúci prístup zdravotníckeho personálu, 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 žien, a v podobe vstupovania neželaných osôb (z hľadiska typu a celkového počtu) do priestoru, kde sa pôrod odohrával. V období po pôrode, keď je žena ešte hospitalizovaná v pôrodníckom zariadení, kvalitatívny výskum identifikoval porušovanie práva na ochranu súkromia a zachovanie intimity, dôvernosť a ochranu osobných údajov, ako aj práva na dôstojný a rešpektujúci prístup bez nátlaku, manipulácie a zastrašovania. Zdravotnícky personál vstupoval do izieb neohlásene, rušiac súkromie a intimitu žien; ženy boli vyšetrované počas hromadných vizít nielen za prítomnosti viacerých lekárov a lekárok, ale aj 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.

Opisy pôrodných skúseností žien zároveň odrážajú rozšírenosť postupov a intervencií, ktoré vyvolávajú ďalšie vážne znepokojenia aj v kontexte povinností zdravotníckeho personálu a zdravotníckych zariadení dodržiavať ľudské práva žien vrátane práva nebyť podrobovaná násiliu, mučeniu a inému krutému, neľudskému a ponižujúcemu zaobchádzaniu. Pomerne častou intervenciou do pôrodu bola tzv. Kristellerova expresia/tlak na fundus – tlačenie na brucho niekým zo zdravotníckeho personálu s cieľom urýchliť pôrod. Tlačenie na brucho sa často dialo aj bez súhlasu rodiacej ženy. Podľa opisov žien bola táto intervencia vykonávaná rutinne, bez predchádzajúcej komunikácie s rodiacou ženou a vysvetlenia potreby jej vykonania. Podobné skúsenosti mali respondentky aj s tzv. epiziotómiou a následným šitím. Hoci spätne je mimoriadne ťažké vyhodnotiť, či bol nástrih u konkrétnej ženy vykonaný z klinických dôvodov alebo išlo o rutinný výkon, väčšina respondentiek počas pôrodu nastrihnutá bola. Viaceré z nich pritom v pôrodnom pláne alebo pri konzultácii s pôrodníkom/pôrodníčkou vyjadrili, že nechcú byť nastrihnuté. Nástrih hrádze 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, u iných mu táto otázka predchádzala alebo mu predchádzalo upozornenie, že je potrebný. V niektorých prípadoch bol nástrih vykonaný aj bez vedomia rodiacej ženy. Šitie pôrodných poranení vnímali ženy veľmi bolestivo – niektoré práve túto časť pôrodu označili za najbolestivejšiu a najhoršiu. Pri šití pôrodných poranení sa respondentky stretli s rozličnými prístupmi vrátane tých, keď zdravotnícky personál nereagoval na ich bolesť empaticky, prípadne nereagoval vôbec. Zároveň sa opakovali reflexie nedostatočnej komunikácie a informovania žien lekármi o ich zdravotnom stave a hojení pôrodných poranení.

Opisy pôrodných skúseností žien prierezovo odrážali aj porušovanie práva na dôstojnosť a dôstojné zaobchádzanie – teda spôsoby konania, ktoré nerešpektujú osobnú integritu žien. Rozhovory túto nerešpektujúcu a dôstojnosť narúšajúcu komunikáciu detailne ilustrujú a pomáhajú lepšie identifikovať podoby mocenského zaobchádzania, napríklad: opakovaná symbolická objektifikácia a znevažovanie žien v diskurze, spochybňovanie ich vnímania, pocitov a dojmov; prehováranie, manipulácia a nátlak, podmieňovanie napĺňania legitímnych požiadaviek žien „protiplneniami" z ich strany; zosmiešňovanie a posmech pri vyjadrení prianí žien, vnucovanie vôle personálu na úkor žien s úmyslom uľahčiť si prácu počas pôrodu namiesto zohľadnenia prianí rodiacich žien či donucovanie k niektorým intervenciám direktívnymi príkazmi. Rozhovory rovnako odhalili nedostatok podpory a povzbudzovania rodiacich žien zo strany zdravotníckeho personálu, ale aj vyvolávanie pocitov zlyhania a viny.

Výskumné zistenia naznačujú, že ženy si v niektorých prípadoch neboli vedomé svojich práv ako pacientok, resp. klientok zdravotníckych zariadení. To môže čiastočne vysvetľovať relatívne vysokú mieru normalizácie nerešpektujúcich a práva porušujúcich praktík ako na strane rodiacich žien, tak aj na strane zdravotníckeho personálu, ktorá sa objavovala v rozhovoroch. Súčasne bolo pre ženy extrémne ťažké si v situácii prebiehajúceho pôrodu svoje práva uplatňovať. K nerešpektujúcemu správaniu prispievala aj často chýbajúca percepcia žien ako autonómnych bytostí zo strany zdravotníckeho personálu, ktorý ich tlačil do roly pasívnych prijímateliek svojich predstáv, požiadaviek a postupov. V tomto prístupe sa prejavovala silná inštitucionálna hierarchia, ktorá vyúsťovala do znevýhodneného postavenia žien v tejto štruktúre. Symbolická aj reálna moc bola v rukách zdravotníckeho personálu v situácii extrémnej zraniteľnosti a odkázanosti žien na personál.

4. Informovanie pred pôrodom v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku

Štvrtá kapitola sa zameriava na poskytovanie informácií pôrodníckymi zariadeniami na Slovensku v širšom kontexte než len v kontexte získavania informovaného súhlasu s konkrétnymi úkonmi zdravotnej starostlivosti. Argumentuje, že dostatok informácií poskytovaných jednotlivými zariadeniami v dostatočnom predstihu pred pôrodom je nielenže nevyhnutným predpokladom na slobodný výber poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ale aj dôležitým predpokladom umožňujúcim verejnú kontrolu.

Východiskom monitoringu, ktorý sme uskutočnili v mesiacoch júl až október 2014 a ktorého výsledky sú prezentované v tejto kapitole, však zároveň bol aj akútny nedostatok informácií počas poskytovania pôrodnej starostlivosti, ktorý opisovali mnohé ženy v hĺbkových výskumných rozhovoroch bližšie popísaných v tretej kapitole. Monitoringom sme sa teda 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. Zaujímalo nás, aký druh informácií môžu ženy získať ešte pred samotným pôrodom, aby sa mohli informovane a slobodne rozhodnúť pri výbere pôrodnice i druhu starostlivosti, a tiež to, ako sú pôrodnice pripravené napĺňať priania a potreby žien v súvislosti s ich pôrodmi. Identifikovali sme oblasti a otázky, ktoré sú pre ženy v súvislosti s pôrodmi dôležité a ktoré boli predmetom monitoringu. Z hľadiska obsahu zisťovaných informácií sme sa zamerali na informácie týkajúce sa:

- získavania informácií od rodiacich žien pred pôrodom;
- informovania rodiacich žien pred pôrodom/počas pôrodu a po pôrode;
- získavania informovaného súhlasu pred pôrodom/počas pôrodu a po pôrode;
- súkromia pred pôrodom/počas pôrodu a po pôrode a sprevádzajúcich osôb;
- samotného pôrodu – zaužívaných postupov a praktík;
- spätnej väzby/hodnotenia od rodiacich žien.

Možnosť získať odpovede na tieto otázky sme potom zisťovali viacerými metódami monitoringu (pričom pri všetkých použitých metódach sme sa v zásade, do miery, v akej to táto metóda prakticky umožňovala, zameriavali na všetky skôr uvedené oblasti).

Prvou z použitých metód bolo preskúmanie webových stránok všetkých pôrodníc na Slovensku. Chceli sme zistiť, do akej miery nemocnice aktívne zverejňujú jednotlivé informácie týkajúce sa pôrodov. Zoznam sledovaných položiek sa nachádza v prílohe č. 2 (dostupné aj na http://odz.sk/zeny-matky-tela/).

Druhý z nástrojov, ktorý sme použili, bolo zaslanie (v zásade rovnakých) listov do všetkých pôrodníc v SR napísaných ženami, ktoré mali v blízkej budúcnosti rodiť. Ženy tak *de facto* zasielali jednotlivým nemocniciam svoje pôrodné priania a žiadali ich, aby sa k nim vyjadrili (čím by nemocnice zároveň odpovedali aj na otázky o možnostiach, ktoré v súvislosti s pôrodmi poskytujú). Vzor listu sa

nachádza v prílohe č. 3 (dostupné aj na http://odz.sk/zeny-matky-tela/).

Treťou formou monitoringu bolo oficiálne zaslanie žiadosti o informácie alebo prosby o informácie (v závislosti od toho, či išlo o povinnú osobu v zmysle zákona o slobode informácií alebo nie) do každej pôrodnice, pričom obsah žiadostí a prosieb o informácie sa nelíšil. Žiadateľom bolo v tomto prípade združenie Občan, demokracia a zodpovednosť. Vzor žiadosti/prosby o informácie sa nachádza v prílohe č. 4 (dostupné aj na http://odz.sk/zeny-matky-tela/).

Štvrtým nástrojom použitým v rámci monitoringu bolo zaslanie žiadosti o informácie na Ministerstvo zdravotníctva SR (žiadateľom bolo opäť združenie Občan, demokracia a zodpovednosť). Naším zámerom bolo zistiť, či má ministerstvo zdravotníctva ako ústredný orgán štátnej správy pre túto oblasť celkový prehľad o napĺňaní ľudskoprávnych štandardov súvisiacich s pôrodmi, či zbiera a systematizuje dáta o praktikách používaných pri pôrodoch v jednotlivých zariadeniach a, celkovo, ako napĺňa niektoré svoje originárne zodpovednosti v tejto oblasti. Žiadosť o informácie zaslaná na ministerstvo zdravotníctva sa nachádza v prílohe č. 5; odpoveď ministerstva na túto žiadosť je možné nájsť v prílohe č. 6 (dostupné aj na http://odz.sk/zeny-matky-tela/).

Objektom monitoringu bolo všetkých 54 gynekologicko-pôrodníckych oddelení nemocníc (ďalej len „pôrodnice") na Slovensku. V Bratislavskom kraji sa nachádzajú 4 pôrodnice, v Nitrianskom a Trnavskom kraji je po 5 pôrodníc, v Trenčianskom kraji funguje 6 pôrodníc, v Banskobystrickom a Košickom kraji je po 8 pôrodníc, v Žilinskom kraji je 7 pôrodníc a v Prešovskom kraji je 11 pôrodníc.

Výsledky pri jednotlivých spôsoboch monitorovania sa veľmi líšia efektivitou, resp. úspešnosťou získavania odpovedí. V súhrne však platí, že získať informácie o pôrodnici pred pôrodom, o tom, aké postupy a praktiky sú v nej zaužívané, a o tom, či je ochotná a schopná napĺňať priania a potreby rodiacich žien, je na Slovensku stále veľmi ťažké a v prípade niektorých nemocníc v podstate nemožné – a to aj pri použití kombinácie spôsobov získavania týchto informácií, ako sme ich použili aj my v monitoringu:

- Ako úplne neuspokojivé sa ukázali výsledky získané metódou zasielania listov žien so svojím pôrodným plánom (so 16 identickými želaniami ženy). Na takýto doporučený list odpovedalo len 17 pôrodníc (z celkového počtu 54). Až 12 z nich pritom odpovedalo na list ženy len niekoľkými (všeobecnými) vetami a chýbali v nich odpovede na konkrétne otázky žien (5 odpovedí je jednoznačne zamietavých, 1 viac-menej kladná a ostatné navrhujú zväčša osobné stretnutie, návštevu zariadenia).

- Na žiadosti a prosby o informácie občianskeho združenia Občan, demokracia a zodpovednosť zaslané všetkým pôrodniciam na Slovensku odpovedalo 18 pôrodníc, ktoré sú v zmysle zákona o slobode informácií tzv. povinnou osobou, a 7 takých pôrodníc, ktoré, naopak, povinnými osobami nie sú. Prišli aj 4 odpovede, resp. rozhodnutia o nesprístupnení informácií, v ktorých nemocnice odmietli poskytnutie akýchkoľvek informácií (napriek tomu, že sú v zmysle zákona povinnými osobami). Poskytnuté informácie sa líšia kvalitou aj rozsahom. Aj keď sa tento spôsob získavania informácií javí v porovnaní so získavaním informácií listami žien ako oveľa efektívnejší, treba mať na pamäti, že nie všetky ženy sú (z rôznych dôvodov) pripravené tento zákon použiť a, zároveň, že nie všetky nemocnice sú povinnými osobami v zmysle zákona o slobode informácií. Navyše, miera ochoty nemocníc odpovedať na žiadosti o informácie je nižšia v prípadoch, ak

o informácie žiada bežná prijímateľka zdravotnej starostlivosti (a, naopak, vyššia, ak o informácie žiada relatívne známa a dlhodobo etablovaná ľudskoprávna mimovládna organizácia, ako to bolo v našom monitoringu).

- Internetové stránky 54 monitorovaných pôrodníc sa vyznačujú rôznou kvantitou i kvalitou informácií, ktoré je možné na nich nájsť. Pri monitoringu sme sa zameriavali najmä na to, či sa nami sledované informácie na webových stránkach nachádzajú, a nie na ich obsah. Uskutočnený monitoring webových stránok nás priviedol k záveru, že hoci internetové stránky pôrodníc sú užívateľsky priateľské, z pohľadu nami vyhľadávaných informácií potrebných na informované rozhodovanie sa žien sú vybavené nedostatočne. Chýba na nich prevažná väčšina údajov vzťahujúcich sa na poskytovanie informácií rodiacim ženám (napríklad o priebehu pôrodu, o úkonoch vykonávaných počas pôrodu), ale aj na získavanie informácií od nich (napríklad na účely zistenia ich pôrodných prianí či na účely získania spätnej väzby od nich).

- Hoci ministerstvo zdravotníctva na našu žiadosť o informácie odpovedalo, viaceré požadované informácie nám neposkytlo. V odpovedi na otázku o tom, ako ministerstvo riadi ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok v oblasti pôrodnej starostlivosti, sa ministerstvo explicitne zaoberalo iba ďalším vzdelávaním pôrodných asistentiek. Na našu otázku k výskumom v oblasti pôrodnej starostlivosti, ktoré by ministerstvo koordinovalo, ministerstvo odpovedalo, že „nedisponuje takýmito výskumami". Na otázku, či monitoruje jednotlivé aspekty pôrodnej starostlivosti poskytovanej pôrodnicami v SR, ktoré sú dôležité z hľadiska dodržiavania ľudských práv žien (teda napríklad poskytovanie informácií a získavanie informovaného súhlasu, súkromie a intimita, možnosti žien byť sprevádzané blízkymi osobami, možnosť voľne sa pohybovať a zvoliť si pôrodnú polohu, možnosť prijímať jedlo a tekutiny, možnosť kontaktu koža na kožu s novorodencom, vykonávanie cieleného tlaku na brucho, nástrih hrádze, šitie pôrodných poranení bez anestézie, prípady materskej úmrtnosti; tieto aspekty boli podrobne vymenované a pre každý z nich sme žiadali samostatnú odpoveď, pričom sme sa zároveň pýtali aj na spôsob monitoringu a výstupy z neho), ministerstvo odpovedalo: „MZ SR nedisponuje takýmito informáciami, odporúčame Vám, aby ste oslovili profesijné organizácie a jednotlivé odborné spoločnosti alebo samotných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí prevádzkujú gynekologicko-pôrodnícke pracovisko." Z odpovede ministerstva zdravotníctva na otázky týkajúce sa dodržiavania ľudských práv žien v súvislosti s pôrodnou starostlivosťou je zjavné, že hoci ministerstvo prijalo v tejto oblasti niekoľko odborných usmernení, situáciu v oblasti poskytovania pôrodnej starostlivosti v kontexte ľudských práv žien nesleduje a pre túto oblasť nemá prijatú ani žiadnu stratégiu či iný programový dokument. Pre ženy, ktoré sú tehotné alebo sa v blízkej budúcnosti chystajú na materstvo, je odpoveď ministerstva signálom, že ak chcú získať celostné informácie o svojich možnostiach vo vzťahu k pôrodom v SR a chcú porovnávať medzi jednotlivými zdravotníckymi zariadeniami (napríklad aj s cieľom výberu konkrétneho zariadenia), ministerstvo zdravotníctva ako ústredný orgán štátnej správy pre túto oblasť nie je v tejto súvislosti nijako nápomocné. Táto informácia je v spojení so skutočnosťou, že ženy majú minimálne možnosti získavať informácie o poskytovanej pôrodnej starostlivosti jednotlivými zdravotníckymi zariadeniami v dostatočnom predstihu pred pôrodom – ako o tom svedčia výsledky monitoringu webových stránok pôrodníc a monitoringu uskutočneného prostredníctvom listov žien –, veľmi znepokojivá a signalizuje,

že právo žien na informované rozhodovanie v súvislosti s ich vlastnými pôrodmi, aj v kontexte práva na výber poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, nie je na Slovensku ani zďaleka uplatňované dostatočne.

Záver

Hoci predkladaná publikácia je iba prvou sondou do stavu dodržiavania ľudských práv žien pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku a zďaleka nepokrýva všetky otázky, ktoré sú pre túto oblasť relevantné, naznačuje, že v súvislosti s pôrodnou starostlivosťou na Slovensku dochádza k vážnym porušeniam ľudských práv žien, ktoré môžu mať navyše v mnohom systémovú povahu.

Možno zhrnúť, že porušenia sa týkajú všetkých ľudských práv, ktoré sú pri pôrodoch dotknuté, a že porušujúcimi subjektmi sú jednotliví zdravotnícki pracovníci a pracovníčky, zdravotnícke zariadenia, ale aj štát (v prípade nášho monitoringu priamo reprezentovaný ministerstvom zdravotníctva, najmä vo vzťahu k jeho regulačným, koordinačným a kontrolným zodpovednostiam). Znepokojenie vyvolávajú aj pomerne výrazné rozdiely medzi odbornými zdravotníckymi štandardmi, ktoré sú všeobecne akceptované na medzinárodnej úrovni, a zaužívanou praxou v mnohých zdravotníckych zariadeniach na Slovensku. Toto znepokojenie sa ešte posilňuje v spojení so skutočnosťou, že pôrody pod vedením lekárov a lekárok v nemocniciach, ako relatívne uzavretých inštitucionálnych systémoch, sú prakticky jedinou možnosťou, ako ženy môžu rodiť svoje deti a mať pri tom poskytovanú štátom garantovanú zdravotnú starostlivosť.

Pred situáciou s porušovaním ľudských práv žien v slovenských pôrodniciach nemožno ďalej zatvárať oči. Veríme, že táto publikácia pomôže všetkým zainteresovaným a zodpovedným porozumieť podstate problému, inšpiruje ich pri kladení si ďalších otázok a pri podrobovaní seba, iných aj celého systému pôrodníckej starostlivosti – ale i širších spoločenských štruktúr – kritickej reflexii a bude nápomocná pri nastavovaní krokov, programov a politík, ktoré budú viesť k zmene. K tejto zmene môže výrazne prispieť rovnocenný dialóg a partnerská spolupráca s tými, o ktoré v súvislosti s pôrodnou starostlivosťou primárne ide. Ak chce Slovensko svoje ľudskoprávne záväzky uplatňovať aj v realite a nie iba na papieri, potom sa nemôže nezaoberať porušovaním ľudských práv žien vo vzťahu k udalostiam, ktoré tak zásadne formujú ich životy.

Prílohy

Príloha 1 Výskumný scenár rozhovoru so ženami

Výskumný scenár[1] rozhovoru so ženami o pôrodnej skúsenosti v zdravotníckom zariadení na Slovensku

1) Úvod (predstavenie účelu rozhovoru, cieľov výskumu, požiadanie o súhlas s nahrávaním, vysvetlenie spôsobu použitia zistení, predstavenie sa výskumníčky a respondentky)

2) Výber pôrodného zariadenia

- Mohli by ste nám opísať, ako ste si vyberali konkrétne pôrodné zariadenie?
- Povedzte nám, čo všetko ste pri výbere nemocnice brali do úvahy.
- Ako ste získavali informácie o danej pôrodnici?
- Uvažovali ste nad výberom pôrodníka/pôrodníčky? Prosím, opíšte, prečo ste sa rozhodli/nerozhodli pre výber pôrodníka/pôrodníčky.

3) Pred pôrodom

- Mali ste pred pôrodom k dispozícii informácie o pôrode a jeho priebehu v slovenských pôrodných zariadeniach?
- Ak áno, aké to boli informácie a čoho sa týkali. Čo Vás v súvislosti s pôrodom najviac zaujímalo? Kde všade ste informácie vyhľadávali, koho ste kontaktovali, koho ste sa pýtali? Z akých to bolo zdrojov?
- Mali ste nejakú predstavu o tom, ako by mal Váš pôrod prebiehať?
- Pripravovali ste sa nejako na pôrod? Ak áno, prosím, opíšete ako. Ako spätne hodnotíte predpôrodnú prípravu (ak ste ju absolvovali)?

4) Detaily pôrodu[2]

---

[1] Výskumný scenár bol vzhľadom na publikovanie upravený a krátený. Nosné otázky a časti rozhovoru ostali zachované.

[2] Rozhovor sa týkal vždy jedného konkrétneho pôrodu, konkrétnej pôrodnej skúsenosti. Ak mala respondentka viac detí, rozhovor sa týkal vždy posledného pôrodu.

- Môžete nám v stručnosti priblížiť Váš pôrod v pôrodnici, jednotlivé fázy a ich priebeh? Ako dlho Váš pôrod trval?

- Bol niekto s Vami? Mali ste počas pôrodu pri sebe sprevádzajúcu osobu?

- Kto bol počas pôrodu prítomný (zdravotnícky personál, iné osoby)? V akom prostredí prebiehal pôrod (rodili ste sama, príp. rodilo viac žien naraz)? Boli prítomné aj osoby, ktorých prítomnosť ste si neželali?

Ak sa respondentka nezmieni, dopýtať sa:

- Aké kroky ste museli podstúpiť pri prijímaní do zariadenia? Podpisovali ste na príjme do zdravotníckeho zariadenia informovaný súhlas? Spomínate si, akú mal podobu/čo na ňom bolo uvedené? Aké informácie Vám poskytli pred podpisom informovaného súhlasu?

- Po nástupe do zdravotníckeho zariadenia: Bola Vám pred pôrodom aplikovaná do žily kanyla?

- Opíšte, prosím, ktoré zdravotné zákroky/zásahy boli súčasťou pôrodu.

- Využili ste počas pôrodu epidurálnu analgéziu? Bola počas šitia pôrodných poranení použitá anestézia?

- Čo ste mali počas pôrodu/po ňom oblečené?

- Pôrodná miestnosť: Skúste, prosím, v stručnosti popísať miestnosť, kde ste rodili, pôrodné kreslo a pod. Ako bolo otočené, kde bolo v miestnosti umiestnené...?

- Aké ste mali počas pôrodu fyzické pocity a potreby? Napríklad pocit hladu, smädu, chladu.

- Aké boli Vaše prvé chvíle s dieťaťom? Bolo Vaše dieťa prítomné počas šitia? (Ak nie, prečo, príp. kde sa nachádzalo.)

5) Reflexia/hodnotenie správania sa zdravotníckeho personálu[3]

- Akým spôsobom sa k Vám správali pri/po prijatí do zdravotníckeho zariadenia?

- Ako sa k Vám správal pôrodný personál počas pôrodu v jeho jednotlivých fázach?

- Predstavil sa Vám pôrodný personál asistujúci počas pôrodu?

- Kto všetko bol počas pôrodu prítomný? Bol pri pôrode prítomný partner/iná sprevádzajúca osoba (dula)? Ak áno, ako ste jeho/jej prítomnosť vnímali. Bol Váš partner nápomocný? Ako s ním komunikoval zdravotnícky personál? Bol pre Vás počas pôrodu v komunikácii Vašich potrieb/požiadaviek oporou?

- Vstupovali počas pôrodu do pôrodnej miestnosti aj iné osoby? Ako ste to vnímali?

[3] Výskumníčky sa dopytovali samostatne na správanie sa odlišných kategórií zdravotníckeho personálu: pomocného personálu, zdravotných sestier, pôrodných asistentiek, pôrodníkov a pôrodníčok či vedenia zariadenia.

- Mali ste potrebu verbálnych alebo neverbálnych prejavov (vrátane napr. kriku, vzdychov, a pod.)? Ak áno, ako na ne reagoval personál.

- Vyžadoval od Vás zdravotnícky personál počas pôrodu spoluprácu? Ak áno, akú mala podobu. Ako ste vnímali ich usmernenia?

- Pokiaľ bola rodiaca žena nastrihnutá: Ako prebiehalo šitie poranení po pôrode/nástrihu? Ako sa k Vám správal pôrodný personál? Bol prítomný manžel/partner/prípadne iná sprevádzajúca osoba? Akú úlohu pri tom zohrávali?

- Ako ste vnímali/ako na Vás pôsobila starostlivosť a prístup zdravotníckeho personálu po pôrode?

- Prosím, opíšte nám, ako prebiehal pobyt po pôrode a odchod z pôrodnice.

- Skúste z Vašej skúsenosti priblížiť/zhodnotiť rozsah poskytnutej starostlivosti, informácií, rešpektovania súkromia a podobne.

6) Reflexia/hodnotenie komunikácie[4] so zdravotníckym personálom

- Ako vnímate a hodnotíte kvalitu a spôsob komunikácie so zdravotníckym personálom počas pôrodu?

- Ako Vás počas pôrodu oslovovali, ako sa Vám prihovárali?

- Informovali Vás o priebehu pôrodu, o tom, čo sa bude diať, o situácii či úkonoch, ktoré sa diali?

- Mali ste pocit, že máte dostatok informácií? Ako ste sa, prípadne, dožadovali ďalších informácií? Informoval Vás zdravotnícky personál iniciatívne alebo až keď ste sa pýtali?

- Pýtali si Váš súhlas predtým, než sa Vás dotkli/previedli úkon? Ako hodnotíte priestor na vyjadrenie Vášho súhlasu/nesúhlasu s postupmi pri pôrode?

- Ako z Vášho pohľadu prebiehala komunikácia počas šitia popôrodných poranení?

- Pokiaľ ste sa na niečo pýtali, komunikovali s Vami priamo? Pozerali sa pri tom na Vás alebo boli otočení/otočené chrbtom?

- Ak by ste mali rozdeliť Vaše dojmy či pocity zo spôsobu komunikácie so zdravotným personálom na „dobré" a „zlé", ktoré by to boli. Uveďte teraz, prosím, najprv tie „pozitívne, dobré" stránky komunikácie a potom skúste tie „zlé, nepríjemné".

7) Očakávania od pôrodu v zdravotníckom zariadení a rozsah ich naplnenia (súkromie, informácie, predstavy o prvých chvíľach s dieťaťom, potreby/priania)

- Prosím, vedeli by ste posúdiť, do akej miery boli zákroky a postupy zdravotníckeho personálu počas pôrodu v súlade s Vašimi prianiami?

---

[4] Pod pojmom „komunikácia" sme chápali verbálne prejavy ako informovanie, vedenie dialógu/monológu, ale aj tón hlasu, pocity, celkový dojem z rozprávania sa, správania sa niekoho vrátane neverbálnych prejavov.

- Boli Vaše priania, prípadne odmietnutie niektorých postupov, zohľadnené?
- Ako by ste popísali Váš pôrod v kontexte pociťovanej bolesti? Aký spôsob tlmenia bolesti bol použitý? V čom sa líšila skutočnosť od Vašich očakávaní? Akým spôsobom ste vyjadrovali svoju ne/spokojnosť, únavu, bolesť a aké boli reakcie Vášho okolia, teda aj zdravotníckeho personálu, partnera či iných osôb?
- Ak to bolo potrebné, bola Vám počas šitia podaná aj ďalšia anestézia?
- Ako reagoval pôrodný personál na Vaše požiadavky, potreby, bolesť, priania alebo potreby?
- Do akej miery boli podľa Vás zohľadňované? Pociťovali/vnímali ste nejaké vlastné potreby?
- Čo Vás na reakciách zdravotníckeho personálu prekvapilo, príjemne potešilo alebo, naopak, rozčarovalo/zarmútilo/nahnevalo?

8) Záverečné hodnotenie

- Ak by ste chceli svoju skúsenosť z pôrodu v tejto pôrodnici prerozprávať úplne neznámej osobe, čo by ste zdôraznili, vyzdvihli?
- Dialo sa počas pôrodu niečo, čo pre Vás bolo „čudné", rušivé alebo nepríjemné? Čo ste nevedeli pomenovať? Čo Vám osobne intuitívne nesedelo?
- Naopak, vnímali ste nejaké intenzívne pozitívne skúsenosti s pôrodným zariadením? Aké?
- Ak by ste mali zostaviť „rebríček" dobrých a zlých stránok pôrodnej skúsenosti v konkrétnom nemocničnom zariadení pod vedením konkrétneho zdravotníckeho personálu, ktoré by to boli.
- Odporučili by ste toto pôrodné zariadenie iným rodičkám/Vašim kamarátkam?

Posledná otázka pre opakovane rodiace ženy

- Pokúste sa, prosím, o veľmi stručné porovnanie poslednej skúsenosti z pôrodu s tou predchádzajúcou. Aké sú hlavné odlišnosti, klady a zápory?

Ďakujeme za rozhovor!

Príloha 2 Zoznam sledovaných položiek na webových stránkach pôrodníc

Zoznam sledovaných položiek na webových stránkach pôrodníc

Otázkou je, či sú alebo nie sú (áno = 1, nie = 0) na webových stránkach jednotlivých nemocníc dostupné dané informácie (pričom nie je hodnotený ich obsah, iba to, či sú dané informácie dostupné):

1. **Priebeh pôrodu:** Celková (rámcová) informácia o priebehu pôrodu od jeho začiatku až po ukončenie (t. j. od príchodu do zdravotníckeho zariadenia až po odchod z neho).
2. **Priania:** Informácia o tom, akým spôsobom môžu ženy v pôrodnici komunikovať svoje pôrodné priania, resp. ako a s kým môžu prediskutovať svoj pôrodný plán.
3. **Informovaný súhlas (IS):** Informácia o tom, akým spôsobom pôrodnica informuje ženy o jednotlivých úkonoch počas samotného pôrodu, resp. akým spôsobom získava od nich informovaný súhlas s týmito úkonmi. Spôsob získavania informovaného súhlasu.
4. **Formulár IS:** Formulár pôrodnice, ktorým od žien získava tzv. „informovaný súhlas".
5. **Interné postupy:** Interné štandardizované postupy týkajúce sa pôrodnej starostlivosti.
6. **Popis zariadenia a vybavenia pôrodnice a oddelenia šestonedelia** – t. j. priestoru, v ktorom sa poskytuje pôrodná a popôrodná starostlivosť (priestor, v ktorom žena strávi jednotlivé pôrodné doby vrátane samotného pôrodu a doby po pôrode, a jeho vybavenie, vybavenie izieb, sociálna infraštruktúra, ako napr. WC, sprchy atď. – aby ženy vedeli, čo ich tam čaká, a najmä, ako bude zabezpečené ich súkromie).

   A) **Popis pôrodnice (štandard)**

   B) **Popis pôrodnice (nadštandard)**

   C) **Popis šestonedelia (štandard)**

   D) **Popis šestonedelia (nadštandard)**
7. **Súkromie:** Zmienka o súkromí – opatrenia na jeho zabezpečenie.
8. **Sprievod – vaginálny pôrod:** Možnosť byť sprevádzaná sprevádzajúcou osobou/osobami pri vaginálnom pôrode.
9. **Sprievod – pôrod cisárskym rezom:** Možnosť byť sprevádzaná sprevádzajúcou osobou/osobami pri pôrode sekciou.
10. **Výška poplatku:** Poplatky za sprevádzajúcu osobu/osoby a ich výška.
11. **Voľný pohyb počas pôrodu:** Informácia o tom, či sa môžu rodiace ženy voľne pohybovať počas celého pôrodu.
12. **Jedlo/tekutiny:** Informácia o tom, či majú ženy počas fyziologického pôrodu štandardne možnosť prijímať jedlo a tekutiny.

13. **Voľba polohy pri pôrode:** Informácia o tom, či môžu ženy rodiť v polohe, ktorú si samy zvolia, resp. o tom, v akých polohách môžu rodiť.

14. **Bonding (koža na kožu):** Informácia o tom, či je dieťa bezprostredne po narodení prikladané na kožu matky („koža na kožu") a na aký čas.

15. **Kristellerova expresia:** Informácia o tom, či sa počas druhej doby pôrodnej používa praktika, keď sa vyvíja na brucho rodiacej ženy cielený tlak, a ak áno, v ktorých prípadoch.

16. **Nástrih hrádze (v %):** Informácia o tom, v ktorých prípadoch dochádza v konkrétnej pôrodnici k nástrihom hrádze a aké majú percento nástrihov.

17. **Šitie:** Informácia o tom, akým spôsobom prebieha šitie pôrodných poranení.

18. **Spätná väzba:** Informácia o tom, ako môžu ženy rodiace v konkrétnom zdravotníckom zariadení poskytnúť tomuto zariadeniu spätnú väzbu o uskutočnenom pôrode – či je od žien žiadaná.

19. **Epidurálna analgézia:** Informácia o možnosti využiť epidurálnu analgéziu, o podmienkach tohto využitia.

20. **Cena epidurálnej analgézie.**

21. **Možnosť zazmluvnenia pôrodného lekára/lekárky:** Informácia o možnosti zazmluvniť si konkrétneho pôrodného lekára/lekárku.

22. **Spôsob zazmluvnenia.**

23. **Cena zazmluvnenia.**

24. **Možnosť zazmluvnenia pôrodnej asistentky:** Informácia o možnosti zazmluvniť si konkrétnu pôrodnú asistentku.

25. **Spôsob zazmluvnenia pôrodnej asistentky.**

26. **Cena zazmluvnenia pôrodnej asistentky.**

27. **Klystír:** Informácia o tom, či ženám štandardne aplikujú klystír.

28. **Vyholenie:** Informácia o tom, či od žien štandardne požadujú, aby mali vyholené pubické ochlpenie.

29. **Rooming-in:** Informácia o tom, ako prebieha hospitalizácia matky a novorodenca po jeho narodení (t. j. či je možný rooming-in, a ak áno, s akými „špecifikami", napr. či je možnosť odniesť dieťa na noc, či deti dokrmujú glukózou a umelým mliekom a pod.).

30. **Zoznam vecí:** Informácia o tom, čo si majú ženy priniesť do pôrodnice.

31. **Predpôrodná príprava:** Informácia o predpôrodnej príprave organizovanej nemocnicou/pôrodnicou.

32. **Ďalšie informácie:** Informácia o ďalších zdrojoch informácií, z ktorých možno čerpať spoľahlivé informácie (napr. webová stránka WHO).

33. **História pôrodnice:** Informácia o histórii nemocnice, ako sa nemocnica vyvíjala v minulosti, kto bol v minulosti primárom a pod.

34. **Pôrodný tím.**
35. **Počet narodených detí:** Informácie o počte detí narodených ročne v danej pôrodnici.
36. **Baby-friendly:** Informácia o tom, že je nemocnica nositeľom titulu „baby-friendly".
37. **Napíšte nám:** Akákoľvek výzva, aby ľudia napísali, aby sa ozvali, ak sú nespokojní, či opýtali, ak im je niečo nejasné.
38. **Informácia o právach pacienta.**
39. **Informácia (aspoň zmienka) o právach žien.**

Škála obťažnosti – nijako (0), ľahko (1), stredne (2), veľmi ťažko (3)

Stupnica vyjadruje mieru dostupnosti informácií týkajúcich sa pôrodov.

Príloha 3 Vzor listu žien o pôrodných prianiach zasielaný pôrodniciam

Vzor listu žien o pôrodných prianiach zasielaný pôrodniciam

meno primára/primárky
adresa zariadenia

meno odosielajúcej osoby
miesto
dátum

Dobrý deň, pán primár/pani primárka gynekologicko-pôrodníckeho oddelenia,

v tomto roku očakávam (očakávame s manželom/mužom/partnerom) narodenie dieťaťa (nášho druhého/tretieho dieťaťa. Predchádzajúce dieťa/dve deti som porodila počas nášho dlhodobého pobytu v zahraničí a bola som mimoriadne spokojná s priebehom a možnosťami, ktoré som mala k dispozícii). Mám preto potrebu vopred sa informovať o možnostiach, ktoré Vaše zariadenie poskytuje. Som presvedčená, že nepožadujem nič nadštandardné, a moje predstavy o priebehu pôrodu sa budú dať splniť.

Prosím o odpoveď na každú otázku samostatne. Ak je niektorá moja požiadavka nesplniteľná, prosím, uveďte ktorá a z akého dôvodu.

Moje požiadavky v súvislosti s očakávaným pôrodom môjho zdravého bábätka sú takéto:

1. Želám si byť informovaná vopred a s dostatočným predstihom o všetkých postupoch, ktoré majú byť vykonávané v súvislosti s mojím pôrodom s možnosťou odmietnuť ktorýkoľvek z navrhovaných postupov.

2. Vyhovuje mi intímna atmosféra. S prihliadnutím na moje súkromie si želám rodiť za asistencie jednej osoby, ideálne pôrodnej asistentky. Želám si, aby môj pôrod prebehol v osobitnej miestnosti bez prítomnosti ďalšej rodičky a jej sprevádzajúcich osôb.

3. Želám si, aby som mohla mať sprevádzajúce osoby pri sebe nepretržite počas celej doby pôrodu vrátane vstupného vyšetrenia. Chcela by som mať pri sebe ako podporu partnera aj dulu. V tejto súvislosti mám ďalšie dve otázky:

   - Aký je poplatok za sprevádzajúcu osobu/osoby?
   - Musia sprevádzajúce osoby absolvovať špeciálnu prípravu?

4. Neželám si vaginálne vyšetrovanie pred samotným pôrodom s výnimkou vstupu do pôrodnice. Želám si, aby ma počas celého pôrodu vyšetrovala jedna osoba, po mojom výslovnom súhlase. Želám si, aby prípadné vaginálne vyšetrenie bolo šetrné a citlivé a aby mi nebolo robené počas kontrakcií.

5. Neželám si urýchľovanie pôrodu akýmkoľvek spôsobom (prerušenie plodových obalov,

urýchľovanie syntetickými hormónmi a inými liekmi, ako aj tlačením na brucho a pod.).

6. Neplánujem využiť epidurálnu analgéziu, ale rada by som túto možnosť mala v zálohe. Je pre tento prípad potrebné absolvovať špeciálne poučenie, prípadne i vyšetrenie? Aký je poplatok za využitie tejto možnosti? Platí sa vopred alebo až keď ju využijem? V prípade, ak ju nebudem potrebovať, bude mi poplatok vrátený?

7. Počas celého pôrodu, od príjmu až po presun na oddelenie šestonedelia, chcem mať možnosť voľne sa pohybovať.

8. Počas samotného pôrodu – dieťaťa aj placenty – si želám rodiť v polohe, ktorú si sama zvolím. Predpokladám polohu mimo kresla.

9. Želám si, aby tlačenie prebiehalo v súlade s potrebami môjho tela, t. j. budem tlačiť vtedy, keď budem cítiť potrebu tlačiť, a spôsobom, pre ktorý sa sama rozhodnem – nepotrebujem k tomu inštrukcie alebo pomoc personálu.

10. Nesúhlasím s vykonaním nástrihu hrádze. Rovnako si neželám masírovanie hrádze, rozťahovanie a inú manipuláciu s vagínou počas pôrodu.

11. Po narodení dieťatka si želám jeho okamžité priloženie spôsobom „koža na kožu" ešte s tepajúcim pupočníkom. Zdravé dieťa som ochotná nechať premerať a zvážiť najskôr po jeho samoprisatí. S dieťaťom si želám byť v nepretržitom kontakte minimálne 2 hodiny po pôrode. Želám si, aby základné vyšetrenia dieťaťa boli vykonané na mojom tele.

12. Pupočník dieťaťa si želám nechať dotepať a prestrihnúť až po mojom výslovnom súhlase.

13. Pokiaľ nebudem po pôrode neprimerane krvácať, neželám si urýchľovať pôrod placenty akýmkoľvek spôsobom.

14. Priloženie dieťaťa si želám realizovať s pomocou personálu aj po prípadnom pôrode cisárskym rezom ešte na operačnej sále. V operačnej sále si želám prítomnosť mojej sprevádzajúcej osoby/mojich sprevádzajúcich osôb.

15. Pri šití prípadných poranení hrádze dávam prednosť skúsenému zdravotnému personálu pred študentom/študentkou. Šitie pôrodných poranení si želám výhradne s použitím anestézie, pričom žiadam počkať so šitím, až keď anestézia zaúčinkuje.

16. Na oddelenie šestonedelia si želám byť premiestnená spolu s dieťaťom v náručí (mojom, môjho partnera alebo inej sprevádzajúcej osoby).

Svojím podpisom potvrdzujem, že ide o moje požiadavky a za svoje rozhodnutia preberám zodpovednosť. Zároveň nemám problém počas samotného pôrodu od niektorých požiadaviek upustiť v prípade, že by si to situácia vyžadovala. Želám si byť o každej takejto relevantnej okolnosti riadne a včas informovaná.

Ďakujem za Váš čas, ktorý venujete odpovedi na môj list.

S pozdravom

XY

V ..... dňa .....

Príloha 4 Vzor žiadosti/prosby o informácie zaslanej pôrodniciam

Občan, demokracia a zodpovednosť

Vzor žiadosti/prosby o informácie* zasielanej pôrodniciam

MUDr. XY
Nemocnica YZ
Adresa

Občan, demokracia a zodpovednosť
Bratislava
17. septembra 2014

Žiadosť o informácie podľa zákona č. 211/2000 Z. z. o slobodnom prístupe k informáciám

V zmysle zákona č. 211/2000 Z. z. o slobodnom prístupe k informáciám Vás žiadame o sprístupnenie doleuvedených požadovaných informácií. Všetky z nich sa týkajú poskytovania pôrodnej starostlivosti vo Vašom zariadení. Žiadame, aby ste na každú otázku aj podotázku odpovedali samostatne. Požadované informácie žiadame zaslať na emailovú adresu sekretariat@odz.sk, a to aj v prípade, ak sú informácie zverejnené aj na iných miestach (v takomto prípade však žiadame aj o odkaz na konkrétne miesto, kde je požadovaná informácia zverejnená).

Žiadame o sprístupnenie týchto informácií:

1. Akým spôsobom sú ženy, ktoré sa chystajú rodiť a/alebo ktoré rodia vo Vašom zariadení, informované o postupoch/úkonoch vykonávaných v súvislosti s ich pôrodom? Kto ich informuje a v akom časovom predstihu pred pôrodom sú informované?
2. Ako zisťujete od žien, ktoré rodia alebo sa chystajú rodiť vo Vašom zariadení, aké sú ich potreby a priania v súvislosti s pôrodom?
3. Akým spôsobom získavate vo Vašom zariadení od rodiacich žien informovaný súhlas týkajúci sa pôrodnej starostlivosti?
4. Má Vaše zariadenie štandardizovaný formulár na získavanie informovaného súhlasu týkajúceho sa pôrodnej starostlivosti? Ak áno, žiadame o jeho zaslanie. Zároveň, prosím, uveďte, v akých prípadoch a ako často sa používa.
5. Existujú vo Vašom zariadení interné štandardizované postupy týkajúce sa pôrodnej starostlivosti? Ak áno, žiadame o ich zaslanie.

* Žiadosti o informácie sme zasielali nemocniciam, ktoré sú tzv. povinnými osobami v zmysle zákona o slobode informácií. Ostatným nemocniciam sme zaslali prosby o tie isté informácie s vysvetlením, že združenie zbiera tieto informácie ako organizácia angažujúca sa v oblasti ľudských práv žien s cieľom mapovania podmienok pri poskytovaní pôrodnej starostlivosti.

Občan, demokracia a zodpovednosť
Záhradnícka 52, 821 08 Bratislava, Tel.: +421-2-5292 0426, 5292 5568
odz@odz.sk, www.odz.sk, www.diskriminacia.sk

Občan, demokracia
a zodpovednosť

6. Ako je vo Vašom zariadení garantované súkromie a zachovanie intimity rodiacich žien? Popíšte konkrétne kroky a systémové nastavenia, ktoré Vaše zariadenie s týmto cieľom prijíma a realizuje.
7. Majú ženy vo Vašom zariadení za každých okolností možnosť, aby ich pôrod prebehol bez prítomnosti ďalšej rodičky a jej sprevádzajúcich osôb? Ak nie, uveďte, za akých okolností to nie je možné a ako často tieto okolnosti nastávajú.
8. Majú ženy rodiace vo Vašom zariadení možnosť, aby boli sprevádzané ich sprevádzajúcou osobou nepretržite počas celej doby pôrodu vrátane vstupného vyšetrenia?
9. Je prítomnosť sprevádzajúcich osôb počas samotného pôrodu možná aj pri pôrode sekciou?
10. Platí sa vo Vašom zariadení poplatok za sprevádzajúcu osobu pri pôrode? Ak áno, uveďte, v akej výške.
11. Majú ženy rodiace vo Vašom zariadení štandardne možnosť voľne sa pohybovať (t. j. nebyť „pripútaná" na lôžko) počas celého pôrodu?
12. Majú ženy rodiace vo Vašom zariadení štandardne možnosť prijímať jedlo a tekutiny počas celého (fyziologického) pôrodu?
13. Majú ženy rodiace vo Vašom zariadení štandardne možnosť počas pôrodu – dieťaťa i placenty – rodiť v polohe, ktorú si samy zvolia (vrátane zvolených polôh mimo kresla)? Ak nie, uveďte, aké sú obmedzenia a prečo.
14. Sú deti bezprostredne po narodení prikladané spôsobom „koža na kožu" na telo matky? Ak áno, na akú dlhú dobu? Ak nie, prečo?
15. Používa sa vo Vašom zariadení pri pôrodoch praktika, keď sa počas druhej doby pôrodnej na brucho rodiacej ženy vyvinie cielený tlak? Ak áno, v ktorých prípadoch/za akých okolností?
16. Patrí nástrih hrádze k štandardným postupom vedenia pôrodu vo Vašom zariadení? Ak áno, v ktorých prípadoch/za akých okolností?
17. Existujú u vás prípady, keď sa pri šití pôrodných poranení pri vaginálnych pôrodoch neaplikuje ženám žiadny prostriedok na tlmenie bolesti? Ak áno, uveďte, v ktorých prípadoch a prečo.
18. Existuje vo Vašom zariadení mechanizmus, prostredníctvom ktorého získavate od žien, ktoré vo Vašom zariadení rodili, spätnú väzbu na poskytnuté služby zdravotnej starostlivosti? Ak áno, popíšte ho, prosím.

Za požadované informácie zaslané v zákonnej lehote vopred ďakujeme.

S pozdravom

PhDr. Šarlota Puffleróvá, PhD.
výkonná riaditeľka
Občan, demokracia a zodpovednosť

Občan, demokracia a zodpovednosť
Záhradnícka 52, 821 08 Bratislava, Tel.: +421-2-5292 0426, 5292 5568
odz@odz.sk, www.odz.sk, www.diskriminacia.sk

Príloha 5 Žiadosť o informácie zaslaná na ministerstvo zdravotníctva

Občan, demokracia a zodpovednosť

Žiadosť o informácie zaslaná na ministerstvo zdravotníctva

Ministerstvo zdravotníctva SR
Limbová 2
P. O. BOX 52
837 52 Bratislava 37

Občan, demokracia a zodpovednosť
Záhradnícka 52
821 08 Bratislava

V Bratislave 10. októbra 2014

Žiadosť o informácie podľa zákona č. 211/2000 Z. z. o slobodnom prístupe k informáciám

V zmysle zákona č. 211/2000 Z. z. o slobodnom prístupe k informáciám Vás žiadame o sprístupnenie doleuvedených požadovaných informácií. Všetky z nich sa týkajú poskytovania pôrodníckej starostlivosti v Slovenskej republike z pohľadu pôsobnosti a zodpovedností Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky ako ústredného orgánu štátnej správy pre zdravotnú starostlivosť. Žiadame, aby ste na každú otázku aj podotázku odpovedali samostatne. Požadované informácie žiadame zaslať na emailovú adresu sekretariat@odz.sk, a to aj v prípade, ak sú informácie zverejnené aj na iných miestach (v takomto prípade však žiadame aj o odkaz na konkrétne miesto, kde je požadovaná informácia zverejnená).

Žiadame o sprístupnenie týchto informácií:

1. Všetky strategické a programové dokumenty MZ SR, resp. vlády SR týkajúce sa štátnej zdravotnej politiky v oblasti pôrodníckej starostlivosti o ženy a deti – a to starostlivosti pred pôrodom, počas pôrodu a po pôrode;
2. všetky odborné usmernenia MZ SR týkajúce sa poskytovania pôrodníckej starostlivosti o ženy a deti v rozsahu, ako je uvedené v bode 1;
3. všetky štandardné diagnostické postupy a štandardné terapeutické postupy vydané MZ SR týkajúce sa poskytovania pôrodníckej starostlivosti o ženy a deti v rozsahu, ako je uvedené v bode 1;
4. informácie o všetkých výskumoch, ktoré MZ SR koordinovalo v oblasti pôrodníckej starostlivosti o ženy a deti v rozsahu, ako je uvedené v bode 1 a výstupy z týchto výskumov;
5. informácie o tom, akým spôsobom MZ SR riadi ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok v súvislosti s poskytovaním pôrodníckej starostlivosti a ktoré konkrétne kroky v tejto oblasti realizuje, resp. realizovalo;
6. informáciu o tom, či MZ SR vydalo štandardizovaný formulár na získavanie informovaného súhlasu s poskytovaním pôrodníckej zdravotnej starostlivosti a informáciu o tom, o aký typ dokumentu (z hľadiska miery jeho záväznosti) ide; ak MZ SR takýto formulár vydalo, žiadame aj o jeho zaslanie;
7. informáciu o tom, či MZ SR vydalo nejaký typ odporúčania/iného opatrenia (uveďte, prosím, akého a v prípade jeho existencie žiadame aj o sprístupnenie relevantného dokumentu) v súvislosti s platbami za prítomnosť sprevádzajúcich osôb pri pôrode a inými platbami

Občan, demokracia a zodpovednosť
Záhradnícka 52, 821 08 Bratislava, Tel.: +421-2-5292 0426, 5292 5568
odz@odz.sk, www.odz.sk, www.diskriminacia.sk

Občan, demokracia
a zodpovednosť

súvisiacimi s pôrodníckou starostlivosťou, ktoré nie sú hradené z verejného zdravotného poistenia (napríklad epidurálna analgézia);

8. informáciu o tom, či MZ SR v súvislosti s predpôrodnou, pôrodnou a popôrodnou starostlivosťou **poskytovanou zdravotníckymi zariadeniami ústavnej starostlivosti v SR** monitoruje tieto skutočnosti (a pri tých z uvedených skutočností, ktoré MZ SR monitoruje, žiadame sprístupniť aj informácie o spôsobe tohto monitoringu, ako aj relevantné výstupy a dáta):
    a) spôsob poskytovania informácií súvisiacich s pôrodníckou starostlivosťou zdravotníckymi zariadeniami ústavnej starostlivosti,
    b) spôsob získavania informovaného súhlasu s výkonmi pôrodnej a popôrodnej starostlivosti zdravotníckymi zariadeniami ústavnej starostlivosti,
    c) interné štandardizované postupy jednotlivých zdravotníckych zariadení ústavnej starostlivosti týkajúce sa pôrodníckej starostlivosti,
    d) spôsob garantovania súkromia a zachovanie intimity žien rodiacich v zdravotníckych zariadeniach ústavnej starostlivosti,
    e) možnosti rodiacich žien byť pri pôrodoch v zariadeniach ústavnej starostlivosti sprevádzané blízkymi osobami vrátane okolností tohto sprevádzania (poplatok za prítomnosť sprevádzajúcej osoby, obmedzenia prítomnosti atď.),
    f) možnosti rodiacich žien voľne sa pohybovať pri samotnom pôrode (t. j. nebyť „pripútaná“ na lôžko), vrátane možnosti zvoliť si pôrodné polohy mimo kresla, a informácie o obmedzeniach týchto možností,
    g) možnosť rodiacich žien prijímať jedlo a tekutiny počas celého (fyziologického) pôrodu,
    h) možnosť bezprostredného nerušeného kontaktu dieťaťa a matky po pôrode spôsobom koža na kožu, trvanie neprerušeného kontaktu a jeho obmedzenia,
    i) používanie cieleného tlaku na brucho rodiacej ženy počas druhej doby pôrodnej, okolnosti používania tejto praktiky a spôsob jej zaznamenávania do zdravotnej dokumentácie,
    j) vykonávanie nástrihov hrádze, ich miera a okolnosti, za ktorých sa nástrihy v jednotlivých zariadeniach vykonávajú,
    k) postupy pri šití pôrodných poranení vrátane skutočnosti, či sa pri šití aplikujú prostriedky na tlmenie bolesti, a vrátane uvedenia dôvodov (okolností), pre ktoré sa prostriedky na tlmenie bolesti pri šití pôrodných poranení neaplikujú,
    l) prípady materskej úmrtnosti, miera a okolnosti jej výskytu v jednotlivých zariadeniach ústavnej starostlivosti,
    m) spôsob, akým zariadenia ústavnej starostlivosti získavajú od žien, ktoré rodili v týchto zariadeniach, spätnú väzbu na poskytnuté služby zdravotnej starostlivosti, a výstupy z tejto spätnej väzby.

Za požadované informácie zaslané v zákonnej lehote vopred ďakujeme.

S pozdravom

PhDr. Šarlota Pufflerová, PhD.
výkonná riaditeľka
Občan, demokracia a zodpovednosť

Občan, demokracia a zodpovednosť
Záhradnícka 52, 821 08 Bratislava, Tel.: +421-2-5292 0426, 5292 5568
odz@odz.sk, www.odz.sk, www.diskriminacia.sk

Príloha 6 Odpoveď ministerstva zdravotníctva na žiadosť o informácie

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky, Komunikačný odbor
Limbová 2, 837 52 Bratislava

Občan, demokracia a zodpovednosť
PhDr. Šarlota Pufflerová, PhD.
výkonná riaditeľka
Záhradnická 52
821 08 Bratislava

Váš list číslo/ zo dňa	Naše číslo	Vybavuje/ linka	Bratislava
	Z45865-2014-KO	Mgr. Zuzana Gulová/307	21. 10. 2014

Vec
Žiadosť o informácie - Zák. č. 211/2000 Z. z. - odpoveď

Vážená pani Pufflerová,

v súvislosti s Vašou žiadosťou o informácie v zmysle zákona č. 211/2000 Z. z. o slobode informácií, ktorú ste Ministerstvu zdravotníctva SR adresovali dňa 10. októbra 2014, si Vám dovoľujeme poskytnúť nasledujúce stanovisko:

Bod 1

Ministerstvo zdravotníctva SR má splniť úlohu uznesenia vlády SR č. 59 z 21. 1. 2009, a to predložiť na rokovanie vlády Národný program starostlivosti o ženy, bezpečné materstvo a reprodukčné zdravie. Vzhľadom na neprijatie konsenzu zainteresovaných strán vo všetkých aspektoch, má MZ SR súhlas splnenia uvedenej úlohy v termíne do 30. októbra 2015.

Body 2 a 3

Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre tvorbu, implementáciu a hodnotenie štandardov v ošetrovateľstve a pôrodnej asistencii, Vestník MZ SR, osobitné vydanie, zo dňa 30. 8. 2004, ročník 52;

Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre tvorbu, implementáciu a hodnotenie štandardov v ošetrovateľstve a pôrodnej asistencii, Vestník MZ SR, osobitné vydanie, zo dňa 15. 11. 2004, ročník 52;

Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre tvorbu, implementáciu a hodnotenie štandardov v neonatologickom ošetrovateľstve, Vestník MZ SR, osobitné vydanie, zo dňa 15. 12. 2009, ročník 72;

Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o podpore výživy dojčiat a batoliat dojčením, Vestník MZ SR, čiastka 54-55, zo dňa 20. 11. 2009, ročník 57.

Bod 4

MZ SR nedisponuje takýmito výskumami.

Bod 5

MZ SR reguluje ďalšie vzdelávanie pôrodných asistentiek prostredníctvom nariadenia vlády č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností a vyhlášky MZ SR č. 366/2005 Z. z. o kritériách a spôsobe sústavného vzdelávania v znení neskorších predpisov. Pôrodná asistentka má možnosť sa ďalej vzdelávať vo viacerých špecializačných odboroch a certifikovaných pracovných činnostiach ustanovených v citovanom nariadení vlády. Ďalšie vzdelávanie (špecializačné štúdium, certifikačná príprava, sústavné vzdelávanie) pôrodných asistentiek sa uskutočňuje prostredníctvom vzdelávacích ustanovizní, ktoré získali od MZ SR akreditáciu. Sústavné vzdelávanie ďalej zabezpečuje aj Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek formou školení, seminárov, kurzov, prednášok a pod. MZ SR taktiež prostredníctvom hlavného odborníka pre daný odbor ako aj prostredníctvom Akreditačnej komisie MZ SR na ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov, v ktorej je zástupca aj pre povolanie pôrodná asistentka, sa venuje podnetom z aplikačnej praxe pre zabezpečenie kvality poskytovania pôrodníckej starostlivosti.

Bod 6

MZ SR nedisponuje takýmito materiálmi.

Bod 7

Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorým sa upravuje postup pri výbere lekára, sestry, pôrodnej asistentky na žiadosť pacienta, Vestník MZ SR, čiastka 55-60, zo dňa 16. 12. 2005, ročník 53.

Bod 8

MZ SR nedisponuje takýmito informáciami, odporúčame Vám, aby ste oslovili profesijné organizácie a jednotlivé odborné spoločnosti, alebo samotných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí prevádzkujú gynekologicko-pôrodnícke pracovisko.

S pozdravom

Mgr. Zuzana Čižmáriková
riaditeľka

TEL.: 02/ 59373111 FAX: www.health.gov.sk

Summary

Description of publication context and its basic features

Women – Mothers – Bodies: Women's Human Rights in Obstetric Care in Healthcare Facilities in Slovakia is the first publication to discuss obstetric care in the country from the perspective of women's human rights. As obstetric care in Slovakia is concentrated almost exclusively in healthcare facilities and provided under the supervision of physicians – with no alternative options, for example, in the form of birthing houses led by midwives, or an official home-birth system organised by the state –, the monopolised and institutionalised aspect of this care, coupled with women being particularly vulnerable during pregnancy, birth, and puerperium, makes it a specific phenomenon demonstrating a power imbalance that deserves consistent and critical examination. In this context, obstetric care in Slovakia is a topic that deserves and requires consideration from a human rights perspective.

Public discourse regarding obstetric care in Slovakia also considerably lacks a human rights perspective. Its absence only highlights the dissonance between, on the one hand, the authoritative views of medical science and practice (represented mainly by male obstetricians in the public space) that remain unchallenged, and which, in addition, are granted both official and high-profile status within the public discourse (for example, by opinion-making media, expert forums, etc.) and, on the other hand, the authentic experience of women of varied social background, age, education, ethnicity, or other characteristics, whose voice can as yet only be heard on internet discussion fora and pages of women's magazines, or at the fora of women's organisations and informal groups. The views of these women and of those who actually make decisions governing obstetric care in Slovakia can hardly meet, neither in reality nor at a symbolic level. It is the human rights view of obstetric care – one that is based on the concept of women being the primary holders of rights, and healthcare providers along with the state being the primary holders of obligations and responsibilities – that can make these differing views eventually meet and facilitate subsequent discussion, and, perhaps, future cooperation based on equality and mutual respect that will bring satisfactory and positive results.

Women – Mothers – Bodies: Women's Human Rights in Obstetric Care in Healthcare Facilities in Slovakia is trying to present both perspectives that are currently missing in the public discourse in Slovakia – i.e., the perspective of an authentic women´s experience and the human rights perspective – while combining and complementing them at the same time. The publication not only provides insight into national and international standards on the human rights of women that govern obstetric care, but, especially, it describes feedback provided by and obtained from the authentic holders of these rights through the lens of these particular human rights standards.

The publication summarises the results of more than two years of intensive efforts of two non-governmental organisations that promote the human rights of women in Slovakia: Občan, demokracia

a zodpovednosť (Citizen, Democracy and Accountability), and Ženské kruhy (Women's Circles), as well as their close collaborators. It also delivers and describes the results of various kinds of data that we collected, processed, and analysed, beginning with in-depth authentic testimonies of women who have had a personal experience with maternity and obstetric care provided in Slovak hospitals, continuing with data published on hospitals' and birthing facilities' websites or obtained from them directly, with varying levels of formality, and, as the Ministry of Health of the Slovak Republic is the key governmental authority in charge of the provision of healthcare in Slovakia, the publication closes with data officially obtained from the Ministry of Health. All the data contained in the publication were collected and processed using standard methods of social scientific research, and methods used in human rights monitoring. The research, monitoring, and writing resulting in this publication were carried out by an inter-disciplinary team of experts in several fields, including law, ethnology and anthropology, sociology and psychology. The project team regularly consulted its work with other experts, including persons with education and experience in gynecology and obstetrics, and midwifery. We also consulted several aspects of our work with persons who provide various forms of consultancy to women before and after birth (especially where traumatising or otherwise harmful birthing experience is involved), as well as with doulas who accompany women during childbirth in Slovakia and abroad.

The publication is divided into four chapters. The first chapter provides an overview of basic international and national standards on the human rights of women that must be complied with during childbirth. The second chapter is a summary of internationally recognised medical standards and guidelines on obstetric care which are also relevant from the point of view of protection of, and compliance with women's human rights. These human rights standards and medical standards served as the basis for the conceptualisation and preparation of chapters three and four. Chapter three presents the findings of a qualitative research on women's birthing experience in Slovak healthcare facilities, prepared on the basis of fifteen semi-structured interviews. The fourth chapter describes the outcomes of the monitoring into the information provided by birthing facilities in Slovakia, with a particular focus on the information the expecting women need in order to choose a healthcare provider.

Overview and summary of individual chapters

1. Human rights at childbirth: basic international and national standards

Chapter one describes the basic international and national human rights standards applicable to the provision and receipt of healthcare services during childbirth. Since these rights concern the reproductive health of women, they are also known as reproductive rights and include, in particular:

- the right to human dignity;
- the right to the protection of health and the right 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 in the Council of Europe conventions, and further elaborated by individual UN committees and the European Court of Human Rights. The relevant UN conventions include the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, the International Covenant on Civil and Political Rights, the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, and the Convention on the Rights of the Child. Relevant conventions adopted by the Council of Europe are the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, the Convention on Human Rights and Biomedicine, and the European Social Charter (revised). Pursuant to the Constitution of the Slovak Republic, these conventions take precedence over Slovak national laws.

At the national level, these rights are explicitly or implicitly contained in a number of legislative regulations on various fields. An important piece of legislation that includes many of the rights related to childbirth is the Healthcare Act. Relevant provisions can also be found in other laws, such as the Antidiscrimination Act, the Civil Code, as well as the Criminal Code.

The duty to respect, protect, and fulfil the human rights of women is vested primarily with the State and its authorities. However, institutions and individuals providing healthcare are always also liable.

2. Internationally recognised medical guidelines on the provision of birth-related healthcare

The second chapter is a summary of internationally recognised medical standards on obstetric care which are also relevant from the point of view of the protection of, and compliance with women´s human rights. Experts in medicine and midwifery, community and consumer representatives, health policy-makers, and governments themselves are involved in activities the aim of which is to find and establish the best possible recommendations and guidelines for the attainment of the highest possible standard of maternal and newborn health. Together, they examine various models and methods of care, interventions, and their effects and risks. Clinical recommendations, guidelines, and, sometimes, legally-binding rules are then formed at the local, national, and international levels. This chapter focuses on selected procedures and recommendations concerning the provision of healthcare to women during birth in the context of recommendations published by internationally-renowned organisations: the World Health Organization (WHO), the International Federation of Gynecology

and Obstetrics (FIGO), and the National Institute for Health and Care Excellence (NICE). We consider these recommendations a good practice standard and essential part of respectful healthcare. Taking into account said standards, the following facts and guidelines served as our basic reference framework:

- Childbirth is an intimate affair. Women need to have their privacy ensured, they need to have the opportunity to be accompanied by a person of their own choosing, and medical personnel should give them as much information as they desire and need.
- Obtaining informed consent is essential in the provision of healthcare, with informed consent being one of women´s fundamental human rights.
- The freedom of movement during stage one and two of labour is an effective means of pain relief. The best position to give birth is the one a woman has freely chosen.
- A routinely-performed episiotomy is harmful and needs to be eliminated. Perineal suturing must be performed using adequate pain relief.
- Uninterrupted skin-to-skin contact between the mother and her child should be allowed as soon as possible. Routine procedures that separate the mother and her child (including measuring and weighing) should be avoided during the first hour after birth. Exceptions can be made if the woman herself requests it, or if her child's health conditions so require.

3. Birthing experience in a Slovak healthcare facility through the lens of women's human rights

Chapter three presents the findings of qualitative research whose aim was to explore women's birthing experience in Slovak healthcare facilities. We primarily focused on how the women perceived the medical personnel's style of care and practices used during labour and delivery and the immediate post-partum period in the hospital. Researchers experienced in qualitative research and human rights conducted semi-structured interviews in which women's point of view and their own research categories, language, concepts, reflection, and interpretation were explored. The interviews followed a chronological order: they held the form of a retrospective narration regarding preparations for childbirth and a chronological description of the birth, as well as the stay in the hospital. From the point of view of methodology, the interviews consisted of a descriptive component when the respondents described how their births had gone without giving any assessment, and, at the same time, we also wanted to know how they had imagined the birth would take place, as well as how they assess their birthing experience in retrospect. A research interview scenario is included in Annex 1 (also available at http://odz.sk/en/women-mothers-bodies/).

All interviews were anonymous, voluntary, unpaid, and recorded with the respondents' consent. A total of 15 interviews were conducted with the respondents selected based on the qualitative research criteria set in advance. 11 respondents were primiparous women; four women gave more than one birth. The respondents ranged in age from 26 to 39. The majority of respondents were middle-class

women with a higher-level education (secondary and university education). The respondents included no women from ethnic minorities. One respondent was a single mother. The interviews took between 70 and 120 minutes. The data were collected from 15 July 2014 to 15 August 2014. The research sample included women who had given a vaginal birth in the previous three years (June 2011 – June 2014) in a hospital in the Bratislava or Trnava district. The selected women had had not more than two childbirths; the primary interest focused in their most recent childbirth, which they compared with their first birthing experience during the interview. This was a pilot research that had no intention to be taken as a representative survey.

The findings were analysed and interpreted within the framework of WHO recommendations for good practice in normal birth, FIGO and NICE standards and guidelines, and human rights standards governing the women's rights during childbirth.

The testimonies of the 15 interviewed women about their birthing experience in a hospital setting indicate a number of violations of their rights. Throughout the entire birthing process, violations occurred with respect to the women's right to information, to informed consent, to refuse a proposed procedure, and to have their personal choice respected. In addition, during all stages of labour (and after birth as well), the women suffered from a lack of information regarding obstetric procedures, the entire birthing process, and their own and their newborn's health conditions. They described the communication by the medical personnel as insufficient. They mentioned in this respect that the medical personnel had treated them as objects incapable of autonomous expression and making their own decisions about themselves, their bodies, and proposed procedures.

Several women said some of the procedures during the birth had been carried out without their consent, for example, the administration of oxytocin and other medicines, episiotomy, breaking the waters, or fundal pressure applied by a member of the medical staff in order to speed up delivery. There were several procedures the medical personnel had used during the labour and delivery, of which the women learnt only afterwards. They were performed not only without women's consent, but even without their knowledge. In some cases, interventions were even performed against the will of these women. Our research indicates a widespread tendency to not actively provide information to birthing women, and to not provide healthcare solely on the basis of informed consent. In addition, as far as the signing of an informed consent form upon admission to a hospital is concerned, all respondents said they had had no idea what they had consented to, and what exactly they had signed.

The women expressed that their right to privacy and intimacy had been violated throughout all stages of labour. Moreover, dissatisfactory conditions occurred during some stage of labour in every childbirth described during the interviews. In the first stage of labour, women said their privacy had been restricted during the time they had spent in a "waiting room" (including the disturbing presence of other women experiencing contractions, the way the rooms were organised, the absence of companions, stressful treatment by medical personnel, and the lack of adequate information). During the second stage, the factors that restricted the women's right to privacy included the way a delivery room was organised, the inability to exercise the right to choose a birthing position, the positioning of birthing beds towards a door or aisle, the restricting of the women's right to privacy by medical personnel, and unwanted persons (in terms of both their type and total number) entering the area where the birth was taking place. During the postpartum period when a woman is still hospitalised in a birthing facility, violations of the right to the protection of privacy and intimacy were identified, as well as violations of the right to confidentiality and the protection of personal data, and the right

to decent and respectful treatment without coercion, manipulation, and intimidation. The medical personnel entered the hospital rooms unannounced, violating the privacy and intimacy of the women; the women were examined during doctor's visits not only in the presence of other doctors, but also in the presence of other women in the room; the confidentiality and the protection of personal data were violated during doctor visits in the room; information regarding health conditions was provided in the presence of other hospitalised women and other persons.

The birthing experience described by the women during our interviews further indicates a widespread use of procedures and interventions, which raises further serious concerns, in the light of the obligations of medical personnel and healthcare facilities to protect the human rights of women, including the right not to be subject to violence, torture and other cruel, inhuman, and degrading treatment. A relatively often-used intervention was the so-called Kristeller's expression/fundal pressure – pressure applied on the belly of a birthing woman by a member of the medical staff in order to speed up delivery. This procedure was used even in the absence of consent by the birthing woman. According to our respondents, the intervention was performed routinely, without prior communication with the woman and without any explanation why it was necessary. The women had a similar experience with episiotomy and suturing. Even though it is extremely difficult in retrospect to assess whether an episiotomy was clinically required or if it was done routinely, a majority of respondents had an episiotomy. An episiotomy was carried out even in cases where the women had specified in their birth plan and/or during consultations with an obstetrician that they did not wish to have one. The way the medical personnel communicated this intervention differed. In some cases, the episiotomy was performed without prior consent, or without the medical personnel asking the woman whether she agrees or disagrees with it; in other cases, the woman was asked in advance or was advised that the episiotomy was necessary. In some cases, the episiotomy was performed even without the knowledge of the birthing woman. The women said that the suturing of perineal tears had been very painful – some of them even described this part of childbirth as worst and most painful. They encountered differences in the treatment by the medical personnel during suturing, including instances when the personnel failed to empathetically respond to their feelings of pain, or did not respond at all. At the same time, the women repeatedly described a lack of communication and information provided by doctors about their health conditions and the healing of their perineal traumas.

The accounts of the birthing experience also included examples of violations of the right to human dignity and decent treatment, i.e., such behaviour that does not respect women's personal integrity. The interviews illustrate this disrespectful and dignity-harming way of communication in detail, helping to better identify the various forms of misuse of power, such as: recurring symbolic objectification and degradation of women in communication; doubting their perception, feelings, and impressions; manipulation and coercion; making the fulfilment of women's legitimate demands conditional upon "repayment" on their part; ridiculing and mocking women after expressing a wish; personnel imposing their will on women in order to make their work during birth easier instead of respecting the women's wishes; or forcing women through authoritative orders to undergo some procedures. The interviews also revealed the lack of support and encouragement provided to the women by medical personnel, as well as imposing feelings of failure and guilt.

The findings of our research indicate that in some cases, the women were not aware of their rights as patients and clients of healthcare facilities. This may serve as a partial explanation for the relatively high rate of normalisation of disrespectful and infringing practices seen during the interviews, both on the side of the birthing women and the medical personnel. At the same time, it was extremely difficult

for women to exercise their rights when they were in labour and delivery. The failure by the medical personnel to perceive birthing women as autonomous human beings, and trying to force them into a position of passive recipients of their concepts, demands, and procedures, also often contributed to disrespectful treatment. A strong institutional hierarchy was felt in these attitudes, which resulted in a disadvantaged status of women within this structure. With the women being extremely vulnerable and reliant on assistance in this particular situation, the symbolic as well as the real power was in the hands of the medical personnel.

4. Information provided by healthcare facilities in Slovakia before birth

The fourth chapter discusses the provision of information by birthing facilities in Slovakia in a wider context, one that goes beyond obtaining informed consent with particular healthcare interventions from patients/clients. We argue that the sufficient information provided by individual facilities well in advance of an actual childbirth is not only essential for freely choosing a healthcare provider, but it also is an important condition for effective public control.

The monitoring exercise, performed between July and October 2014, the results of which are presented in this chapter, was also based on the acute lack of information given during the provision of obstetric care, as described by a number of women during the in-depth research interviews, the details of which are given in the third chapter. 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 obstetric care, and how they fulfil the human rights of women. We wanted to find out what type of information women can obtain prior to the actual birth in order for them to make an informed and free decision about a birthing facility and model of care, as well as how the birthing facilities are prepared to accommodate the wishes and needs the women have with respect to childbirth. Therefore, we identified areas and issues relevant to women with respect to birthing, and made them the focus of our monitoring agenda. In terms of the content of the information provided, we focused on the information concerning:

- the obtaining of information from pregnant women before birth;
- the provision of information to women before, during, and after birth;
- the obtaining of informed consent before, during, and after birth;
- the women's privacy before, during, and after birth, and their companions;
- the actual labour and delivery – routinely applied procedures, practices, and interventions;
- feedback/assessment provided by the women who gave birth.

The actual possibilities to obtain answers to these questions were then examined through various monitoring methods (all the methods we applied focused, in principle and insofar as practically

possible in the context of each particular method used, on all of the aforementioned areas of concern).

The first method involved examining the websites of all birthing facilities in Slovakia. The goal was to pinpoint the extent hospitals actively publish information about births. The list of examined items is included in Annex 2 (also available at http://odz.sk/en/women-mothers-bodies/).

The second tool used involved correspondence with hospitals, and included the sending of (in principle identical) letters to all birthing facilities in Slovakia, written by women who were to give birth in the near future. The women *de facto* presented their birth-related wishes and demands, and requested a reply from the hospital (by replying to these letters, the hospitals would, in fact, also answer questions regarding the birthing options they offer). A sample letter is included in Annex 3 (also available at http://odz.sk/en/women-mothers-bodies/).

The third way of obtaining data for our monitoring was in the form of either official or informal requests for information (dependent on whether sent to an entity obliged to provide such information under the applicable Free Access to Information Act or not) to each birthing facility. The content of the official and the informal requests did not differ. Citizen, Democracy and Accountability was the entity requesting the information. Sample official/informal requests are included in Annex 4 (also available at http://odz.sk/en/women-mothers-bodies/).

The fourth form of obtaining data for monitoring purposes was an official request for information sent to the Ministry of Health of the Slovak Republic (the entity requesting the information was again Citizen, Democracy and Accountability). Our aim was to discover whether the Ministry of Health, in its capacity as a central governmental authority in charge of this agenda, has an overall overview of the fulfilment of birth-related human rights standards, whether it collects and systematically analyses the data on the childbirth practices applied by individual facilities, and, in general, how it carries out its primary responsibilities in this area. The official request for information sent to the Ministry of Health is included in Annex 5, the Ministry's reply can be found in Annex 6 (also available at http://odz.sk/en/women-mothers-bodies/).

The monitoring covered all 54 gynecologic and obstetric departments (hereinafter referred to as "birthing facilities") in hospitals in Slovakia. The Bratislava region has 4 birthing facilities, along with 5 each in both the Nitra and Trnava regions, 6 birthing facilities in the Trenčín region, 8 such facilities each in the Banská Bystrica and Košice regions, 7 in the Žilina region, and 11 in the Prešov region.

The effectiveness, or the success rate in obtaining replies, considerably differed across the individual methods used to collect data for the monitoring. Generally speaking, it remains extremely difficult to obtain information about a particular facility before a birth, about the birthing procedures and practices it routinely applies, as well as about its preparedness and ability to meet the wishes and needs of birthing women, even if several methods of obtaining such information are combined, as done within our monitoring exercise:

- The results obtained by sending letters with women's birth plans (containing 16 identical demands/wishes) were the least satisfactory. Only 17 out of a total 54 birthing facilities replied to the letter. Of these, 12 replied using a minimal number of (very general and vague) sentences that lacked answers to the particular questions asked by the women (5 replies were clearly negative, 1 was more or less positive, and the rest proposed consultations in person or a visit to the facility).

- The official and the informal requests for information sent by Citizen, Democracy and Accountability to all birthing facilities in Slovakia were answered by 18 birthing facilities which are so-called "obliged entities" under the Free Access to Information Act, and by 7 facilities that are not such entities. In addition, we received 4 official decisions in which the hospitals refused to provide any information (despite being "obliged persons" under the applicable legislation). The information received differed both in quality and scope. Even though this way of obtaining information seems much more effective compared to when the letters were written by the women themselves, one should keep in mind that not all women are (due to various reasons) prepared to make use of this legislative tool and, at the same time, that not all hospitals are "obliged entities" as defined in the Free Access to Information Act. Furthermore, the hospitals were less willing to respond to requests for information when the information is sought by an "ordinary" recipient of healthcare services (and, by contrast, more likely to respond if the information is requested by a renowned human rights non-governmental organisation, as was the case with our research).

- The quantity and quality of information one can find on the websites of the 54 birthing facilities covered by our monitoring varies. Our monitoring primarily focused not on the actual content of the information, but on whether the information we considered relevant to our research was contained on the websites. We have concluded that even though the birthing facilities have user-friendly websites, as far as the information we consider necessary in order for women to make informed decisions are concerned, the information provided is insufficient. They lack a great majority of data concerning the provision of information to birthing women (for example regarding the course of labour and delivery, procedures and practices used during labour and delivery), as well as information describing how the facilities obtain information from women (for example, in order to know their birth-related wishes or in order to obtain their feedback).

- While the Ministry of Health did respond directly to our request, it failed to provide much of the requested information. When asked how the Ministry regulates/manages the continuing education of healthcare personnel in the field of obstetric care, the Ministry expressly described the continuing education of midwives only. Regarding our question concerning research in obstetric care coordinated by the Ministry, the Ministry replied it has "no such research studies at its disposal". We also asked how the Ministry monitors individual aspects of obstetric care provided by birthing facilities in Slovakia that are relevant in terms of the protection of the human rights of women (i.e., for example, the provision of information and obtaining informed consent, the protection of privacy and intimacy, the possibilities for women to be accompanied by persons of their own choosing, the possibility of free movement and possibility to choose a birthing position, the possibility to eat and drink during labour and delivery, the possibility to have skin-to-skin contact with a newborn baby, the application of intentional fundal pressure to speed up delivery, the use of episiotomy, the suturing of perineal tears without anaesthesia, and maternal deaths – all these aspects were individually listed, with a separate answer required for each; we also asked how these aspects are monitored and what the outputs of such monitoring are). The Ministry replied: "The Ministry of Health has no such information at its disposal. We recommend that you contact professional organisations and individual professional associations or healthcare providers that operate gynaecological and obstetric units." The Ministry's response to the questions concerning the protection of women's human rights in

obstetric care indicates that even though the Ministry has adopted several guidelines in this area, it does not monitor the situation in the provision of obstetric care in the context of the human rights of women and has not adopted any strategy or other policy documents in this area. For pregnant women, or for those planning to become mothers in the near future, the response provided by the Ministry clearly shows that if prospective mothers want to obtain comprehensive information about birthing options in Slovakia and to compare individual healthcare facilities (for example, in order to choose a particular facility), the Ministry of Health in its capacity as a central government authority responsible for this agenda is of no help to them. This finding, coupled with the fact that women have only a minimum of options to obtain information regarding obstetric care provided by healthcare facilities well in advance before birth – as proved by the results of the monitoring of birthing facilities' websites and the monitoring conducted in the form of letters written by women –, is extremely alarming and indicates that the right of a woman to make informed birth-related decisions, including with respect to the right to choose a healthcare provider, is not sufficiently applied in Slovakia.

Conclusions

The present publication is only an initial probe into the current state of affairs in the protection of the human rights of women in Slovak birthing facilities, and by no means covers all relevant aspects. However, it implies that serious violations of the human rights of women occur in connection with the provision of obstetric care in Slovakia which, in addition, could be of a systemic nature in many aspects.

In conclusion, the violations involve all human rights affected during births, and are caused by individual healthcare professionals, healthcare facilities, as well as the State (in the case of our monitoring, directly represented by the Ministry of Health, especially with respect to its regulatory, coordination and control responsibilities). The relatively considerable differences between medical guidelines generally accepted at the international level and the common practice applied by many Slovak healthcare facilities are also alarming. All the more so when combined with the fact that births conducted by health professionals in hospitals (being relatively closed institutional systems) are virtually the only option for women to give birth and receive healthcare guaranteed by the state.

We shall no longer turn a blind eye to the fact that Slovak birthing facilities violate the human rights of women. We believe this publication will help all stakeholders and responsible authorities to understand the core of the problem, encourage them to ask further questions and to subject themselves, others, and the entire obstetric care system – as well as wider social structures – to a critical reflection, and that it will contribute to measures, programmes, and policies set and designed to bring about a desired change. The change can also be facilitated by a dialogue and cooperation in partnership with those for whom obstetric care is primarily intended. If Slovakia genuinely wishes to meet its human rights obligations and commitments in actual practice – not through formal declarations alone –, it must not ignore the violations of the human rights of women that occur in situations with such substantial impacts on their lives.

Annexes

Annex 1 A research interview scenario with women

A research interview scenario[1] with women on the birthing experience in a healthcare facility in Slovakia

1) Introduction (introducing the purpose of the interview, goals of the research, requesting consent to record the interview, explaining how findings will be used, introducing the researcher and the respondent)

2) Selecting a birthing facility

- Could you describe how you chose the particular birthing facility?
- Please specify all the aspects you considered when choosing the hospital.
- How did you obtain information about the particular maternity ward?
- Did you consider choosing a particular obstetrician? Please describe why you decided/did not decide to choose a particular obstetrician.

3) Before giving birth

- Before giving birth, did you have at your disposal any information about giving birth in Slovak birthing facilities?
- If yes, please describe what type of information it was and what the information was about. What particular information were you interested in before giving birth? Where did you look for the information, who did you contact, and who did you ask? Which sources did you use?
- Did you have any ideas regarding how your delivery should take place?
- Did you make any preparations before birth? If yes, please describe how you prepared. In retrospect, how would you assess your pre-birth training (if you took any)?

4) Details of the birth[2]

- Could you, please, briefly describe your birth in the birthing facility, its individual stages, and

[1] The research scenario has been abridged due to publication purposes. Key questions and portions of interviews have been preserved.

[2] The interview always asked about one particular birth, one particular birthing experience. If the respondent had several children, the interview always focused on her last childbirth.

how they took place? How long did the birth (labour and delivery) take?

- Did you have any company? Were you accompanied by anyone during the birth?
- Who was present in the birthing room during your birth (health professionals, other persons)? What were the conditions/in what setting did your birth take place (were you the only one giving birth in the birthing room, or were there other women giving birth at the same time)? Were there other persons present in the birthing room that you did not wish to be there?

If the respondent does not mention it, ask the following questions:

- What procedures did you have to follow during your admission to the birthing facility? Did they ask you to sign an informed consent during admission? Can you remember what form it had/what it contained? What information did you receive before signing the informed consent?
- Following your admission to the healthcare facility, did they give you an intravenous cannula before birth?
- Please describe the medical procedures/interventions applied during birth.
- Did you receive an epidural analgesia during birth? Did they administer anaesthesia during the suturing of perineal traumas (tears)?
- What did you wear during/after the birth?
- Birthing room: Please try and describe briefly the room in which you gave birth, the birthing bed, etc. How was the birthing bed positioned, and where in the room was it placed?
- What were your physical/physiological feelings and needs during the birth? For example, did you feel hungry, thirsty, cold?
- How were the first moments you spent with your baby? Was the baby with you during the suturing? (If not, say why, or where the baby was at that time.)

5) Reflecting on/evaluating medical personnel's behaviour[3]

- How did they treat you during/after your admission to the healthcare facility?
- How did the obstetric personnel treat you during individual stages of birth?
- Did they introduce themselves to you?
- Who was present in the room during your labour and delivery? Were you accompanied by your partner/another companion (doula)? If yes, how did you feel about their presence? Was your partner of any help to you? How did the medical personnel communicate with your partner? Was your partner instrumental to you in communicating your needs/wishes during the birth?
- Did any other persons enter the delivery room during your labour and delivery? If so, how did you feel about it?
- Did you feel an urge to express yourself verbally or non-verbally (including screaming, sighing,

[3] The researchers asked questions about the behaviour of individual categories of medical personnel separately: assistant personnel, nurses, midwives, obstetricians or hospital management.

etc.)? If yes, how did the medical personnel respond?

- Did medical personnel require your cooperation during labour and delivery? If yes, how did they want you to cooperate? How did you feel about their instructions?
- If an episiotomy was performed, how were your perineal tears sutured? How did the obstetric personnel treat you? Was your husband/partner/other companion present during the suturing? What role, if any, did they play?
- How did you feel about the care and treatment provided by medical personnel after the birth?
- Please describe your stay in the hospital after the birth, and your departure from the hospital.
- Based on your experience, how would you describe/assess the scope of care and information you received, the respect for your privacy, etc.?

6) Reflecting on/evaluating communication[4] with medical personnel

- How do you perceive and evaluate the method and quality of communication provided you by medical personnel during the birth?
- How did they address you/speak to you during the birth?
- Did they keep you informed about the course of the birth what was going to happen, about the current situation and procedures that were applied?
- Did you feel you received enough information? How did you ask for additional information, if any? Were you actively informed by the medical personnel on their own initiative, or only after you had asked for information?
- Did they ask for permission before they touched you/performed any procedure? How do you assess the possibilities you had to express your consent to/disapproval of any procedure applied during the birth?
- What is your opinion regarding personnel's communication with you during the suturing of perineal tears?
- When they were asking a question, did they communicate directly with you? Did they look at you, or were they standing with their backs turned to you?
- If you were asked to describe your impression or feelings concerning the way the medical personnel communicated with you as "good" and "bad", which ones would it be? Please specify first the "positive or good" aspects of the communication, and then give us those you consider "bad or unpleasant".

7) Expectations concerning childbirth in a healthcare facility and how they were met (privacy, information, how did you expect the first moments with your baby would look like, needs/ wishes)

- Could you please assess how closely the procedures and practices applied by the medical personnel during the childbirth complied with your wishes?

[4] For the purposes of this research, "communication" means verbal expressions, such as providing information, talking to/in front of a patient, as well as the tone of voice, feelings, overall impressions from communicating with the medical personnel, their behaviour, including non-verbal expressions.

- Did the personnel accept/take into consideration your wishes or your refusal, if any, to undergo particular procedures?
- How would you describe your childbirth as far as your feelings of pain are concerned? What means did they use to relieve your pain? How did the reality differ from your expectations? How did you express your (dis)satisfaction, tiredness, pain, and what were the reactions of others, i.e., the medical personnel, your partner, other persons?
- When necessary, were you given anaesthesia during the suturing?
- How did the medical personnel attending your birth respond to your requests, needs, pain, or wishes?
- To what extent do you think they took them into consideration? Did you feel/have any needs?
- What aspects of the medical personnel's responses surprised, pleased or, on the other hand, displeased/upset/angered you?

8) Final assessment

- If you wanted to describe your birthing experience in this particular facility to a completely unfamiliar person, what would you highlight, or draw their attention to?
- Was there anything "odd", disturbing or unpleasant for you during your labour and delivery? Were there any issues you felt, but couldn't quite identify? Was there anything you felt intuitively contrary to your expectations?
- On the other hand, did you have any strongly positive experiences concerning the birthing facility? What were they?
- If you were asked to make a list of good and bad aspects of your birthing experience in the particular hospital facility orchestrated by the particular medical personnel, what would they be?
- Would you recommend this birthing facility to other expecting mothers/your friends?

Final question for women who gave more than one birth

- Could you, please, briefly compare your last birthing experience with the previous one? What are the main differences, positive, and negative aspects?

Thank you for the interview!

Annex 2 Survey of Slovak maternity wards' websites – items assessed

Survey of Slovak maternity wards' websites – items assessed

The question asks whether the information is or is not (yes = 1, no = 0) available at the website of a particular hospital (content is not assessed, only whether the information is available):

1. **Childbirth:** General information on the course of childbirth, from start to end (i.e., from the arrival to the healthcare facility until the departure from the facility).

2. **Wishes:** The information on how women can communicate their birth-related wishes and requirements, with which they can discuss their birth plan in a maternity ward.

3. **Informed consent (IC):** The information on how a maternity ward provides information to women about individual procedures throughout the actual labour and delivery, and/or how the maternity ward obtains their informed consent to those procedures. How the informed consent is obtained.

4. **IC form:** A form the maternity ward uses to obtain so-called "informed consent" from women.

5. **Internal procedures:** Internal standardised procedures for obstetric care.

6. **Description of the facility and equipment of a maternity ward and postnatal ward** – i.e., the premises where birth and post-birth care is provided (areas where a woman stays during individual birthing stages including the actual delivery and the time after birth, their equipment, rooms and their furnishings, amenities such as WC, showers, etc. – so that women know what to expect and, most of all, how their privacy is ensured).

   A) **Description of a maternity ward (standard)**

   B) **Description of a maternity ward (extra standard)**

   C) **Description of a postnatal ward (standard)**

   D) **Description of a postnatal ward (extra standard)**

7. **Privacy:** Information about privacy – measures taken to guarantee the privacy.

8. **Accompanying persons – vaginal birth:** The possibility of being accompanied by a companion(s) during a vaginal birth.

9. **Accompanying persons – a caesarean delivery:** The possibility of being accompanied by a companion(s) during a caesarean delivery.

10. **Fee:** Fees for a companion(s) and their amount.

11. **Free movement during birth:** Information regarding whether women giving birth can move

around freely throughout the entire birth.

12. **Food/drinks:** Information regarding whether women can usually eat and drink throughout the physiological birth.

13. **Choice of a birthing position:** Information regarding whether women can give birth in a position of their choice, and/or what birthing positions are available to them.

14. **Bonding (skin-to-skin):** Information regarding whether skin-to-skin contact between a mother and her newborn baby is permitted immediately after birth, and for how long.

15. **Kristeller's expression:** Information regarding whether the practice of applying intentional pressure on the belly of a woman in labour is used; if yes, in which cases?

16. **Episiotomy (in %):** Information regarding the specific cases when episiotomies are performed in a particular facility, and their percentage.

17. **Suturing:** Information regarding how the suturing of perineal traumas (tears) is performed.

18. **Feedback:** Information regarding how the women who gave birth in a particular healthcare facility can provide their feedback to the facility about their delivery – whether the facility asks the women to provide such feedback.

19. **Epidural analgesia:** Information regarding the possibility to use epidural analgesia and under what conditions.

20. **Price of epidural analgesia.**

21. **Possibility to contract an obstetrician:** Information regarding the possibility to contract a particular obstetrician.

22. **How an obstetrician can be contracted.**

23. **Price of contracting an obstetrician.**

24. **Possibility to contract a midwife:** Information regarding the possibility to contract a particular midwife.

25. **How a midwife can be contracted.**

26. **Price of contracting a midwife.**

27. **Enema:** Information regarding whether an enema is routinely performed.

28. **Shaving:** Information regarding whether women are routinely required to have their pubic hair shaved.

29. **Rooming-in:** Information regarding how the hospitalisation of a mother and her newborn baby is organised after birth (i.e., whether rooming-in is possible; if yes, what are its "specifics", for example, whether there is the possibility of taking the baby away for a night, whether the newborn infants are supplementary fed by glucose and breast milk substitutes, etc.).

30. **List of personal items:** Information regarding what women should bring to the hospital with them.

31. **Prenatal classes:** Information regarding pre-birth training courses organised by the hospital/ maternity ward.

32. **Additional information:** Information regarding additional sources from which reliable information can be obtained (e.g. the WHO website).

33. **History of the hospital:** Information regarding the hospital's history, how the hospital has changed over time, who was its senior consultant, etc.

34. **Obstetric team.**

35. **Number of newborns:** Information regarding the number of babies born in a particular hospital each year.

36. **Baby-friendly:** Information regarding whether the hospital holds a "baby-friendly hospital" certificate.

37. **Contact us:** Any invitation for clients to submit complaints if they are not satisfied with the services provided, or to ask for an explanation if something is unclear to them.

38. **Information about patient's rights.**

39. **Information (at least brief) about women's rights.**

Scale of difficulty – none (0), easy (1), medium (2), very difficult (3)

The scale describes how difficult it is to obtain birth-related information.

Annex 3 Template of the Women's Letter to Maternity Wards Regarding Their Birth Wishes

Template of the Women's Letter to Maternity Wards Regarding Their Birth Wishes

name of department's head
address of the facility

sender's name
place
date

Dear head of the gynaecological and obstetrics ward,

this year, I am expecting (my partner/husband and I are expecting) a baby (our second/third baby). My first child/first two children was/were born during our long-term stay abroad where I was extremely satisfied with the birth procedure and options I had at my disposal there). Therefore, I would like to learn about the options your facility provides. I have no wish to overstep my bounds, but I am confident that expectations concerning my coming birth can be met.

Please answer each question separately. If any of my requirements cannot be met, please indicate which one and why.

My requirements concerning the birth of my healthy baby are as follows:

1. I wish to be informed well in advance of all procedures/practices to be applied in connection with my birth, including an option to refuse any of the proposed procedures/practices.

2. I prefer to give birth in an atmosphere of intimacy. To preserve my privacy, I wish to give birth with the assistance of a single person, ideally a midwife. I wish my childbirth to take place in a separate room, without the presence of another woman and her companions.

3. I wish to be accompanied by my companions throughout the entire process of the birth, including the initial examination. I wish to be accompanied by my partner and my doula to support me. I have two questions in this respect:

    - What is the fee for having a companion(s) with me?
    - Do they have to take any special training?

4. I want no vaginal examination prior to the actual birth, except for the one taken upon my admission to the hospital. I wish to be examined by a single person throughout the entire birth, with my expressed consent. I wish that a vaginal examination, if any, is considerate and sensitive, and is not done during contractions.

5. I don't wish my birth be accelerated in any way (artificial rupture of membranes, administering synthetic hormones and other drugs, applying pressure on the belly, etc. in order to speed up the birth).

6. I'm not planning to use epidural analgesia, but I would like to have it as an option if needed. Do I need to receive special instructions and/or undergo a special examination in that case? How much does an epidural cost? Is it paid in advance, or only after I use this option? If I won't need epidural analgesia, will I get a refund?

7. I wish to be allowed to move freely during the birth, from admission until transfer to a postnatal ward.

8. During the birth – of the child and the placenta – I wish to be in a position that I choose myself. I intend to deliver outside the obstetric chair.

9. I wish that any pushing be done as my body will need it, i.e. I will push when I feel an urge to push and the way I choose – I need no instructions or assistance from healthcare personnel.

10. I give no consent to an episiotomy. Also, I wish no perineal massaging, stretching or other manipulation of the vagina during the childbirth.

11. After the child is born, I wish he/she is immediately handed over to me skin-to-skin, with the umbilical cord still intact. If the baby is healthy, I do not wish to have him/her measured and weighed before he/she has crawled to the breast and self latched. I wish to be in permanent contact with the baby for at least 2 hours after the birth. I would like basic examinations to be performed with the baby on my body.

12. I want that the umbilical cord of my baby is let stop pulsating naturally and cut with my expressed consent only.

13. Unless I risk excessive bleeding after the birth, I do not want the delivery of the placenta be sped up in any way.

14. I want to have a skin-to-skin contact with my baby, assisted by healthcare personnel, even in the case of a caesarean delivery, directly in an operating room. I wish my companion(s) be present in the operating room.

15. I prefer that the suturing of any perineal trauma be performed by experienced medical personnel rather than by medical students. I wish any suturing of perineal and associated trauma is only done after anaesthesia has been administered, and must not start before it has taken effect.

16. I wish to be transferred to the postnatal ward along with the baby in my (my partner's or other companion's) arms.

By attaching my signature below, I hereby confirm these are my own requirements and decisions for which I take full responsibility. In addition, I pledge to make the assertion to waive any of these requirements during the actual birth if necessitated by circumstances. I wish to be notified of any such circumstances in a due and timely manner.

Thank you in advance for your reply.

Best regards,
XY

In ..... on .....

Annex 4 Template of the Request for Information Submitted to Maternity Wards

Občan, demokracia a zodpovednosť

Template of the Request* for Information Submitted to Maternity Wards

DM. XY
Name of hospital YZ
Address

Občan, demokracia a zodpovednosť
Bratislava
17 th September 2014

Request for information under Act No. 211/2000 Coll. on free access to information

Pursuant to Act No. 211/2000 Coll. on free access to information, we request that you to disclose the following information. All requested information relates to the provision of obstetric care at your facility. We ask that you provide a separate answer to each sub-question. The requested information is to be emailed to sekretariat@odz.sk, even if such information is also published elsewhere (in such a case, we request that you provide a reference/link to the published location of the requested information).

We request the disclosure of the following information:

1. How are the women who plan to have, and/or are having, a childbirth at your facility informed regarding individual procedures/practices performed in connection with a childbirth? Who provides such information to them, and how early before a childbirth?
2. How do you determine any childbirth-related needs and wishes of women who are having, and/or plan to have a childbirth at your facility?
3. How does your facility obtain informed consent from women in regards to obstetric/intrapartum care?
4. Does your facility have a standardised form for obtaining written consent with respect to obstetric/intrapartum care? If yes, please send us a sample. Also, please specify in which cases and how often it is used.
5. Does your facility have internal standardised obstetric/intrapartum care procedures in place? If yes, please send us a sample.

* We submitted requests for information to maternity wards, which are so-called "obliged persons", having the duty to reply pursuant to the Free Access to Information Act. To other maternity wards we submitted pleas for the same kind of information with the explanation that our civic association collects this information as an organization engaged in human rights protection with the objective of exploring conditions in providing obstetric/intrapartum care.

Občan, demokracia a zodpovednosť
Záhradnícka 52, 821 08 Bratislava, Tel.: +421-2-5292 0426, 5292 5568
odz@odz.sk, www.odz.sk, www.diskriminacia.sk

Občan, demokracia
a zodpovednosť

6. How does your facility guarantee privacy and intimacy to women giving birth? Please describe particular steps and system-level measures your facility has adopted and implemented for this purpose.
7. Does your facility provide women with a possibility in any circumstance to give birth without the presence of another birthing woman and her companions? If no, please specify the circumstances when it is not possible, and how often they occur.
8. Can women giving birth at your facility be accompanied by a companion throughout the entire process of birth, including an initial examination?
9. Can companions be present during the birth even in the case of caesarean section?
10. Does your facility charge a fee for a companion present during the birth? If yes, please specify its amount.
11. Can women giving birth at your facility usually move around freely (i.e., not being "confined" to bed) throughout the entire birth?
12. Can women giving birth in your facility usually eat and drink throughout the entire (physiological) birth?
13. Can women giving birth at your facility usually choose a position during the delivery – of a child as well as of the placenta – in which they want to give birth (including outside an obstetric chair)? If not, please specify how and why they are restricted to do so.
14. Do mothers have skin-to-skin contact with their child immediately after birth? If yes, for how long? If no, why not?
15. Does your facility employ the practice of applying an intentional pressure to the belly of a woman in labour during the second stage of childbirth? If yes, in what cases/under what circumstances?
16. Is an episiotomy a standard practice used at your facility? If yes, in what cases/under what circumstances?
17. Do you have cases where no painkillers are administered to women during the suturing of perineal and associated trauma after childbirth following vaginal delivery? If yes, please specify in which case and why.
18. Does your facility have a mechanism in place to obtain feedback from women who have given birth at your facility about the healthcare services that were provided to them? If yes, please describe this mechanism.

Thank you in advance for sending the information within the time limit set by law.

Yours sincerely,

PhDr. Šarlota Pufflerová, PhD.
Executive Director
Občan, demokracia a zodpovednosť

Občan, demokracia a zodpovednosť
Záhradnícka 52, 821 08 Bratislava, Tel.: +421-2-5292 0426, 5292 5568
odz@odz.sk, www.odz.sk, www.diskriminacia.sk

Annex 5 Request for Information Submitted to the Ministry of Health

Občan, demokracia a zodpovednosť

Request for Information Submitted to the Ministry of Health

Ministerstvo zdravotníctva SR
(Ministry of Health of the Slovak Republic)
Limbová 2
P. O. BOX 52
837 52 Bratislava 37

Občan, demokracia a zodpovednosť
Záhradnícka 52
821 08 Bratislava
In Bratislava, 10th October 2014

Request for information under Act No. 211/200 Coll. on free access to information

Pursuant to Act No. 211/2000 Coll. on free access to information, we request that you disclose the following information. The requested information relates to the provision of obstetric care in the Slovak Republic in terms of competence and responsibility of the Ministry of Health of the Slovak Republic as the central government body in charge of healthcare. We ask that you provide a separate answer to each sub-question. The requested information are to be emailed to sekretariat@odz.sk, even if such information is also published elsewhere (in such a case, we request that you provide a reference/link to the published location of the requested information).

We request the disclosure of the following information:

1. All strategic and policy documents of the Ministry of Health and/or of the Slovak government on national health policy in the area of the obstetric care of women and children, covering the care before, during, and after the birth;
2. all guidelines of the Ministry of Health on the provision of obstetric care to women and children as specified above (point 1);
3. all standard diagnostic procedures and standard therapeutic procedures published by the Ministry of Health on the provision of obstetric care to women and children as specified above (point 1);
4. information about all research studies coordinated by the Ministry of Health in the field of the obstetric care of women and children as specified above (point 1), and their outputs;
5. information regarding how the Ministry of Health manages continuing education of healthcare professionals with respect to the provision of obstetric care and what the particular measures are, or which have been implemented in this field;
6. information regarding whether the Ministry of Health has issued a standard form for obtaining informed consent to the provision of obstetric care, and what type of document it is (how binding the document is); if the Ministry of Health has issued such a form, we also request its sample be delivered to us;
7. information regarding whether the Ministry of Health has issued any clinical recommendations/other measures (please specify, and if yes, we request the relevant document be provided to us) concerning the payments for persons accompanying women during birth and other payments related to obstetric care that are not covered by the public health insurance scheme (such as epidural analgesia);

Občan, demokracia a zodpovednosť
Záhradnícka 52, 821 08 Bratislava, Tel.: +421-2-5292 0426, 5292 5568
odz@odz.sk, www.odz.sk, www.diskriminacia.sk

Občan, demokracia
a zodpovednosť

8. information regarding whether the Ministry of Health monitors the care provided before, during, and after birth **by inpatient healthcare facilities in Slovakia**, specifically in regards to the following aspects (and where the Ministry of Health does monitor a particular aspect, we request access to information on how it is monitored, as well as to relevant monitoring outputs and data):
    a) the way inpatient healthcare facilities provide obstetric-care-related information;
    b) the way inpatient healthcare facilities obtain informed consent to healthcare procedures/practices performed during and after birth;
    c) internal standardised obstetric care procedures applied by individual inpatient healthcare facilities;
    d) how inpatient healthcare facilities guarantee the privacy and intimacy of women giving birth;
    e) the possibilities for women to be accompanied by their close persons during a childbirth in inpatient healthcare facilities, including applicable conditions (fees charged for the presence of a companion, restrictions on their presence, etc.);
    f) the possibilities for women to freely move during the actual birth (i.e., not being "confined" to bed), including the options to choose birthing positions outside the birthing chair, and information about any restrictions on such options;
    g) possibilities for women to eat and drink throughout the entire (physiological) birth;
    h) the possibility for the mother to have uninterrupted skin-to-skin contact with her baby immediately after the birth, and the duration of the uninterrupted contact and its restrictions;
    i) the application of intentional pressure to the belly of a woman in labour during the second stage of childbirth, as well as the circumstances in which this practice is applied, and how it is recorded in medical records;
    j) the use of episiotomy, and the frequency and circumstances in which episiotomy is performed in individual healthcare facilities;
    k) guidelines regarding suturing perineal and associated trauma after childbirth, including whether painkillers are administered during their suturing and specifying reasons (circumstances) for not administering painkillers during the suturing of perineal and associated trauma after childbirth;
    l) maternal deaths, maternal mortality rate, and circumstances under which such deaths have occurred in individual inpatient healthcare facilities;
    m) how the inpatient healthcare facilities obtain feedback from the women who have given birth in such facilities in regards to the healthcare services that were provided to them, and outputs from this feedback.

Thank you in advance for sending the information within the time limit set by law.

Best regards,

PhDr. Šarlota Pufflerová, PhD.
Executive Director
Občan, demokracia a zodpovednosť

Občan, demokracia a zodpovednosť
Záhradnícka 52, 821 08 Bratislava, Tel.: +421-2-5292 0426, 5292 5568
odz@odz.sk, www.odz.sk, www.diskriminacia.sk

Annex 6 Response of the Ministry of Heath to the Request for Information

Response of the Ministry of Heath to the Request for Information

Ministry of Health of the Slovak Republic, Communication Department
Limbová 2, 837 52 Bratislava

Občan, demokracia a zodpovednosť
PhDr. Šarlota Pufflerová, PhD.
Executive Director
Záhradnícka 52
821 08 Bratislava

Your letter No./date	Our ref. No.	Responsible/line	Bratislava
	Z45865-2014-KO	Mgr. Zuzana Gulová/307	21. 10. 2014

Re:
Request for information – Act No. 211/200 Coll. – response

Dear Ms Pufflerová,

in response to your request for information pursuant to Act No. 211/2000 Coll. on free access to information submitted to the Ministry of Health of the Slovak Republic on 10th October 2014, I hereby provide the following opinion:

Ad 1

The Ministry of Health of the Slovak Republic has been commissioned to fulfil a task contained in Slovak government resolution No. 59 of 21st January 2009, which requires the Ministry to submit a National Programme for the Care of Women, Safe Motherhood and Reproductive Health. Since the stakeholders involved have failed to reach a consensus on all aspects of the document, the Ministry of Health has been granted consent to deliver the aforementioned task until 30th October 2015.

Point 2 and 3

Guideline of the Ministry of Health of the Slovak Republic for designing, implementing and evaluating standards in nursing and midwifery, Journal of the Ministry of Health, special edition, 30. 8. 2004, volume 52;

Guideline of the Ministry of Health of the Slovak Republic for designing, implementing and evaluating standards in nursing and midwifery, Journal of the Ministry of Health, special edition, 15. 11. 2004, volume 52;

Guideline of the Ministry of Health of the Slovak Republic for designing, implementing and evaluating standards in neonatology care, Journal of the Ministry of Health, special edition, 15. 12. 2009, volume 72;

Guideline of the Ministry of Health of the Slovak Republic on the promotion of breastfeeding of infants and toddlers, Journal of the Ministry of Health, issue 54 – 55 of 20. 11. 2009, volume 57.

Point 4

The Ministry of Health has no such research studies at its disposal.

Point 5

The Ministry of Health regulates continuing education for midwives through government regulation No. 296/2010 Coll. on the professional aptitude of health professionals, the method of further training for health professionals, the system of specialised fields of medicine and the system of certified work activities, and through Ministry of Health decree No. 366/2003 Coll. on the criteria and method of continuous training, as amended. Midwives can obtain further training and education in a number of specialised fields of medicine and certified working activities specified in the aforementioned government regulation. Further training (specialised studies, certification training, continuous training) is organised by educational and training institutions accredited by the Ministry of Health. Continuous training is also provided by the Slovak Chamber of Nurses and Midwives in the form of training courses, workshops, lectures, etc. Through a chief expert in the relevant field and the Ministry of Health's Accreditation Committee for further training of health professionals, the Ministry of Health also responds to the demands arising from practical experience in order to ensure quality in the provision of obstetric care.

Point 6

The Ministry of Health has no such materials at its disposal.

Point 7

Guideline of the Ministry of Health of the Slovak Republic governing the procedure to select a physician, nurse, midwife upon patient's request, Journal of the Ministry of Health, issue 55 – 60 of 16. 12. 2005, volume 53.

Point 8

The Ministry of Health has no such information at its disposal. We recommend that you contact professional organisations and individual professional associations or healthcare providers that operate gynaecological and obstetric units.

Yours sincerely,

Mgr. Zuzana Čižmáriková
Director

Prehľad použitej literatúry

ACTIVE CITIZENSHIP NETWORK: *European Charter of Patients' Rights: Basis Document*. Rome : Active Citizenship Network, 2002. Dostupné na: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf

AYERS, S. – JOSEPH, S. – McKENZIE-McHARG, K. – SLADE, P. – WIJMA, K.: Post-traumatic stress disorder following childbirth: Current issues and recommendations for future research. In: *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, vol. 29, 2008, No. 4. Dostupné na: http://dx.doi.org/10.1080/01674820802034631

BAILHAM, D. – JOSEPH, S.: Post-traumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice. In: *Psychology, health and medicine*, vol. 8, 2003, No. 2.

BOWSER, D. – HILL, K.: *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth. Report of a Landscape Analysis*. Boston : Harvard School of Public Health, 2011.

CARROLI, G. – MIGNINI, L.: Episiotomy for vaginal birth (Review). In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, No. 1. Dostupné na: http://summaries.cochrane.org/CD000081/episiotomy-for-vaginal-birth

CHATEAU, P. de – WIBERG, B.: Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. I. First observation at 36 hours. In: *Acta Paediatr Scand.*, vol. 66, 1977, No. 2.

COOK, R. J. – DICKENS, B. M. – FATHALLA, M. F.: *Reproductive Health and Human Rights*. New York : Oxford University Press Inc., 2003.

ETHICAL ISSUES IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY by the FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. London : FIGO, 2012. 148 p. Dostupné na: http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/ethics/English%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%20and%20Gynecology.pdf

FERNANDO, R. – SULTAN, A. H. – KETTLE, C. – THAKAR, R. – RADLEY, S.: Methods of repair for obstetric anal sphincter injury (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 2013, No. 12. Dostupné na: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002866.pub3/pdf

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. Dostupné na: www.odondevice.org/press/FIGO-second-stage.pdf

FIGO, WHO, WRA, ICM, IPA: Mother-baby friendly birthing facilities. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 128, 2015. Dostupné na: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013

FOUCAULT, M.: *Dozerať a trestať*. Bratislava : Kalligram, 2004.

HOLOMÁŇ, K. a kol.: *Vybrané kapitoly z pôrodníctva*. Bratislava : Univerzita Komenského Bratislava, 2004.

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.

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: http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/cg190-intrapartum-care-full-guideline3

KMEC, J. – KOSAŘ, D. – KRATOCHVÍL, J. – BOBEK, M.: *Evropská úmluva o lidských právech : Komentář*. Praha : Nakladatelství C. H. Beck, 2012.

KORBEĽ, M. – BOROVSKÝ, M. – DANKO, J. – NIŽŇANSKÁ, Z. – KAŠČÁK, P. – KRIŠTÚFKOVÁ, A.: Analýza materskej morbidity v Slovenskej republike v roku 2012. In: *Gynekológia pre prax*, roč. 12, 2014, č. 1.

MAGYAROVÁ, G. – BAUER, F. – HAĽAMOVÁ, V.: Ako je u nás organizovaná zdravotná starostlivosť o novorodené dieťa? In: HAĽAMOVÁ, V. (ed.): *Sprievodca matky v starostlivosti o dieťa*. Slovenský výbor pre UNICEF, 2012. Dostupné na: http://www.unicef.sk/dokumenty/materialy-na-stiahnutie/bfhi/2012_unicef_sprievodca_bfhi_a5_web_dvojstrany.pdf

MILLIEZ, J.: *Guidelines regarding informed consent*. Paris : FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, 2008. Dostupné na: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2008.02.002

MOORE, E. R. – ANDERSON, G. C. – BERGMAN, N.: Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). In: *The Cochrane Library*, 2012, No. 5. Dostupné na: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub3/pdf

RAŠMANOVÁ, M. – JANOVIČOVÁ, G.: *Bonding – matkina náruč po pôrode*. Ženské kruhy, 2014. Dostupné na: http://www.zenskekruhy.sk/temy/e-booky/e-book-bonding

RENDL, D.: *Moc nad porodem*. [Bakalářská práce.] Brno : Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, 2013.

SANDALL, S. – SOLTANI, H. – GATES, S. – SHENNAN, A. – DEVANE, S.: Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013, No. 8. Dostupné na: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub3/full

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE: *Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka*. Ženeva : Odbor reprodukčního zdraví a výzkumu, 1999. Dostupné na: http://normalniporod.cz/wp-content/uploads/2012/08/pece-u-porodu-WHO.pdf

ŠUSTEK, P. – HOLPAČEK, T.: *Informovaný súhlas*. Praha : ASPI, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva : World Health Organization, Department of Reproductive Health & Research, 1996. Dostupné na: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1

WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Stanovisko Svetovej zdravotníckej organizácie: Prevencia a odstránenie nerešpektujúceho a hrubého zaobchádzania pri pôrodoch v zdravotníckych zariadeniach*. Geneva, 2014. Dostupné na: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/en/

ZWINGER, A. et al.: *Porodnictví*. Praha : Galén a Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2004.

Prehľad použitých právnych predpisov

Medzinárodné dohovory

Dohovor o ochrane ľudských práv a dôstojnosti človeka v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny – Dohovor o ľudských právach a biomedicíne (1997)

Dohovor o ochrane ľudských práv a základných slobôd (1950)

Dohovor o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien (1979)

Dohovor proti mučeniu a inému krutému, neľudskému alebo ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestaniu (1984)

Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím (2006)

Dohovor o odstránení všetkých foriem rasovej diskriminácie (1965)

Dohovor o právach dieťaťa (1989)

Európska sociálna charta (revidovaná) (1996)

Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach (1966)

Medzinárodný pakt o občianskych a politických právach (1966)

Viedenský dohovor o zmluvnom práve (1969)

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 v znení neskorších predpisov

Zákon č. 460/1992 Zb. Ústava Slovenskej republiky v znení neskorších predpisov

Zákon č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov

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. 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 (antidiskriminačný zákon) v znení neskorších predpisov

Zákon č. 575/2001 Z. z. o organizácii činnosti vlády a organizácii ústrednej štátnej správy 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 v znení neskorších predpisov

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 (*Všeobecný komentár č. 2 Výboru proti mučeniu – Dohovor proti mučeniu a inému krutému, neľudskému alebo ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestu – Implementácia článku 2 zmluvnými stranami*). Dostupné na:
http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=1&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 (*Všeobecný komentár č. 14 Výboru pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva – Právo na najvyššie dosiahnuteľnú úroveň zdravia (čl. 12 Medzinárodného paktu o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach)*). 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 (*Všeobecný komentár č. 16 Výboru pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva – Rovné právo mužov a žien na uplatňovanie všetkých hospodárskych, sociálnych a kultúrnych práv (čl. 3 Medzinárodného paktu o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach)*). Dostupné na:
http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=9&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 (*Všeobecný komentár č. 20 Výboru pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva – Nediskriminácia v hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach (čl. 2 ods. 2 Medzinárodného paktu o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach)*). Dostupné na:
http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=9&DocTypeID=11

Committee on the Elimination of Discrimination against Women: General Recommendation No. 24 – Women and Health (Article 12), 1999 (*Všeobecné odporúčanie č. 24 Výboru pre odstránenie diskriminácie žien – Ženy a zdravie (čl. 12)*). Dostupné na:
http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom24http://

Committee on the Elimination of Discrimination against Women: General Recommendation No. 19 – Violence against women, 1992 (*Všeobecné odporúčanie č. 19 Výboru pre odstránenie diskriminácie žien – Násilie na ženách*). Dostupné na: http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom24http://

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 (*Všeobecné odporúčanie č. 28 Výboru pre odstránenie diskriminácie žien o základných povinnostiach zmluvných štátov podľa článku 2 Dohovoru o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien*). Dostupné na: http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G10/472/60/PDF/G1047260.pdf?OpenElement

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. 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://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/450/87/PDF/N0945087.pdf?OpenElement

Uznesenie vlády Slovenskej republiky č. 326 z 11. apríla 2001 k návrhu Charty práv pacienta v Slovenskej republike

Prehľad použitých súdnych a iných rozhodnutí

Európsky súd pre ľudské práva

Codarcea v. Romania, sťažnosť č. 31675/04

Eremia v. the Republic of Moldova, sťažnosť č. 3564/11

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

Guerra and Others v. Italy, sťažnosť č. 14967/89

I. G. and others v. Slovakia, sťažnosť č. 15966/04

Ireland v. the United Kingdom, sťažnosť č. 5310/71

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

Roche v. the United Kingdom, sťažnosť č. 32555/96

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

Vasilev v. Bulgaria, sťažnosť č. 48130/99

X and Y v. the Netherlands, sťažnosť č. 8978/80

Y. F. v. Turkey, sťažnosť č. 24209/94

Súdy SR

Rozsudok Krajského súdu v Bratislave sp. zn. 19 S 31/02 zo dňa 16. mája 2002

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

Webové stránky nemocníc s pôrodnicami v SR

www.bs.svetzdravia.com

www.donsp.sk

www.fnnitra.sk

www.fntn.sk

www.fnspbb.sk

www.fnsppresov.sk

www.fnsppresov.sk

www.fnspza.sk

www.fntt.sk

www.forlife.sk

www.he.svetzdravia.com

www.hospital-bojnice.sk

www.kysuckanemocnica.sk

www.lcnsp.sk

www.mi.svetzdravia.com

www.nemkrompachy.sk

www.nemzvolen.sk

www.nemocnicabn.sk

www.nemocnicads.sk

www.nemocnica-galanta.sk

www.nemocnicapb.sk

www.nemocnicapiestany.sk

www.nemocnicapp.sk

www.nemocnicasaca.sk

www.nemocnicasnina.sk

www.nkk.sk

www.nsp-bardejov.sk

www.nspbr.sk

www.nspkch.sk

www.nsplevice.sk

www.nsplm.sk

www.nspmyjava.sk

www.nspnz.sk

www.nsprevuca.sk

www.nspskalica.sk

www.nspsl.sk

www.nsptopolcany.sk

www.nsptrstena.sk

www.old.uvn.sk

www.pe.svetzdravia.com

www.rimavska.nemocnica.com

www.rv.svetzdravia.com

www.sanatoriumkoch.sk

www.sn.svetzdravia.com

www.sk.svetzdravia.com

www.tv.svetzdravia.com

www.unb.sk

www.unlp.sk

www.unm.sk

www.vt.svetzdravia.com

www.ziar.nemocnica.com

Webové stránky pôrodníc v SR

www.bs.svetzdravia.com/oddelenia/P25705009102-gynekologicko-porodnicke-oddelenie

www.donsp.sk/donsp/?page_id=34

www.fnnitra.sk/fnnitra/index.php/kliniky/gynekologicko-porodnicka-klinika/

www.fntn.sk/kliniky-a-oddelenia/gynekologicko-porodnicka-klinika

www.fnspbb.sk/index.php/nemocnica/kliniky/47-gynekologicko-porodnicka-klinika.html

www.fnsppresov.sk/nemocnica/0041/

www.fnsppresov.sk/nemocnica/0042/

www.fnspza.sk/sk/oddelenia/gynekologicko-porodnicke-odd-/kontakty

www.fntt.sk/kliniky_gynporod_klinika.php

www.forlife.sk/oddelenia/gynekologia.html

www.he.svetzdravia.com/oddelenia/N51499009101-gynekologicko-porodnicke-oddelenie

www.hospital-bojnice.sk/index.php?str=oddelenia&nazov_odd=Gynekologicko%20%96%20p%F4rodn%EDcke%20oddelenie

www.kysuckanemocnica.sk/oddeleniedet.php?c=1

www.lcnsp.sk/web/gynekologicko-porodnicke-oddelenie

www.mi.svetzdravia.com/oddelenia/P66599009201-gynekologicko-porodnicke-oddelenie

www.nemkrompachy.sk/oddelenia/gyn-por.html

www.nemzvolen.sk/oddelenia/gyn-por.html

www.nemocnicabn.sk/oddelenia/15-gynekologicko-porodnicke-oddelenie

www.nemocnicads.sk/index.php?option=com_content&task=view&id=18&Itemid=71&lang=iso-8859-2

www.nemocnica-galanta.sk/gyn.html

www.nemocnicapb.sk/zdravotna-starostlivost/lozkove-oddelenia/gynekologicko-porodnicke-oddelenie.html?page_id=2552

www.nemocnicapiestany.sk/oddelenie_gynekologicko_porodnicke.html

www.nemocnicapp.sk/?p=1632

www.nemocnicasaca.sk/lekarske-pracoviska/lozkova-cast/gynekologicko-porodnicka-klinika/porodnictvo/

www.nemocnicasnina.sk/stranky/gynekologia.html

www.nkk.sk/?q=gynekologicko-porodnicke-oddelenie

www.nsp-bardejov.sk/gynekologicko-porodnicke-oddelenie/

www.nspbr.sk/?clanok=oddelenia&nazov_oddelenia=gpo

www.nspkch.sk/ups

www.nsplevice.sk/oddelenia/oddelenie-gynekologie-a-porodnictva-vratane-jis

www.nsplm.sk/index.php?s=1po

www.nspmyjava.sk/pracoviska/pracoviska-gynekologie-a-porodnictva.html?page_id=2196

www.nspnz.sk/odd-gyn.html

www.nsprevuca.sk/ZdrSluzby/GynPorOdd.html

www.nspskalica.sk/pracovisk%C3%A1/oddelenia/gynekologicko-p%C3%B4rodn%C3%ADcke-oddelenie

www.nspsl.sk/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=79

www.nsptopolcany.sk/?page_id=334

www.nsptrstena.sk/main.php?sID=73&kID=2&strankaID=91

www.old.uvn.sk/main.php?id=44

www.pe.svetzdravia.com/oddelenia/P52515009101-gynekologicko-porodnicke-oddelenie

www.rimavska.nemocnica.com/odd_gynekologicke.php

www.sanatoriumkoch.sk

www.rv.svetzdravia.com/oddelenia/P85363009477-gynekologicko-porodnicke-oddelenie

www.sn.svetzdravia.com/oddelenia/P36605009801-gynekologicko-porodnicke-oddelenie

www.sk.svetzdravia.com/oddelenia/N82049009101-gynekologicko-porodnicke-oddelenie

www.tv.svetzdravia.com/oddelenia/P81577009101-gynekologicko-porodnicke-oddelenie

www.unb.sk/i-gynekologicko-porodnicka-klinika-lf-uk-a-unb/

www.unb.sk/i-gynekologicko-porodnicka-klinika-szu-a-unb/

www.unb.sk/nemocnica-ruzinov/

www.unlp.sk/index.php?option=com_content&task=view&id=60&Itemid=112

www.unlp.sk/index.php?option=com_content&task=view&id=121&Itemid=112

www.unm.sk/index.php?m=806

www.vt.svetzdravia.com/oddelenia/N86107009101-gynekologicko-porodnicke-oddelenie

www.ziar.nemocnica.com/odd_gynekologicke.php

Iné webové stránky

www.activecitizenship.net

www.cochrane.org

www.conventions.coe.int

www.echr.coe.int

www.figo.org

www.glosar.aspekt.sk

www.health.gov.sk

www.hudoc.echr.coe.int

www.ncbi.nlm.nih.gov

www.nice.org.uk

www.normalniporod.cz

www.orsr.sk

www.radaeuropy.sk

www.rodinka.sk

www.unicef.sk

www.whiteribbonalliance.org

www.who.int

www.who.sk

www.zenskekruhy.sk

O členkách autorského tímu

Mgr. Kristína Babiaková vyštudovala právo na Právnickej fakulte Trnavskej univerzity. Od roku 2007 je advokátka. Už ako študentka, od roku 2001, spolupracovala s občianskym združením Občan, demokracia a zodpovednosť na projekte právnej pomoci a tiež na programe Právo na každý deň, v rámci ktorého vyučovala právo formou interaktívneho učenia v stredných školách a v diagnostickom ústave. Neskôr na Právnickej fakulte Trnavskej univerzity viedla kurz právna klinika pre komunity a pôsobila aj ako supervízorka študentov a študentiek. Je spoluautorkou viacerých publikácií týkajúcich sa ochrany ľudských práv. Od roku 2009 bližšie spolupracuje so združením VIA IURIS. V rámci tejto spolupráce realizuje analytické práce, poskytuje právnu pomoc verejnosti, vytvára právne manuály a podieľa sa na tvorbe a presadzovaní legislatívnych zmien najmä v oblasti výberu sudcov a sudkýň.

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. Od roku 2000 pôsobí v združení Občan, demokracia a zodpovednosť, v súčasnosti ako zástupkyňa výkonnej riaditeľky, a podieľa sa na realizácii advokačných, publikačných, vzdelávacích a výskumných projektov najmä v oblasti antidiskriminácie a rovného zaobchádzania, ľudských práv žien a rodovej rovnosti vrátane otázok reprodukčných práv. V týchto 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. Od roku 2009 je členkou Európskej siete právnych expertiek a expertov pre oblasť rodovej rovnosti a nediskriminácie.

Mgr. Miroslava Hlinčíková, PhD., vyštudovala etnológiu na Univerzite sv. Cyrila a Metoda v Trnave a v roku 2013 získala titul PhD. v Ústave etnológie SAV v Bratislave. Vo svojej dizertačnej práci sa zaoberala výskumom sociálnej integrácie migrantov a migrantiek z Vietnamu v Bratislave. Od roku 2010 pôsobí ako výskumná analytička v neziskovej organizácii Inštitút pre verejné otázky a od roku 2014 ako vedecká pracovníčka v Ústave etnológie SAV. Spolupracovala na viacerých výskumných projektoch, pričom sa zameriava najmä na tému migrácie, integrácie, inklúzie, rovnosti, diskriminácie a multikulturalizmu.

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 do založenia občianskeho združenia Ženské kruhy, ktorého je spoluzakladateľkou a od roku 2015 aj predsedníčkou. Podieľa sa na komunitných, advokačných, výskumných a publikačných aktivitách občianskeho združenia. Je absolventkou viacerých seminárov zameraných na traumu a posttraumatickú stresovú poruchu po pôrode. V rokoch 2013 – 2014 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.

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. 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 zameraných na možnosti implementácie politík v oblasti rovného zaobchádzania a rodovej rovnosti. Je autorkou správ a analýz v oblasti ochrany, monitoringu a presadzovania ľudských práv, antidiskriminácie, rodovej rovnosti a ľudských práv žien.

Mgr. Martina Sekulová, PhD., vyštudovala etnológiu a kultúrnu antropológiu na Filozofickej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave, kde v júli 2013 obhájila dizertačnú prácu. Venovala sa v nej dopadom 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, kultúrnou diverzitou, integráciou migrantov a migrantiek do spoločnosti a na ľudské práva a rodové súvislosti vo všetkých týchto oblastiach. Pôsobí ako výskumníčka v mimovládnej organizácii Inštitút pre verejné otázky (od 2006), spolupracuje s *Migration Policy Group* v Bruseli (od 2010) na pozícii národnej koordinátorky a členky redakčnej rady Európskej webovej stránky o integrácii a ako výskumníčka spolupracuje 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.

Mgr. Sylvia Šumšalová vyštudovala sociológiu na Filozofickej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave. V rokoch 1993 – 1995 pracovala v Sociologickom ústave SAV, od roku 1995 s menšími prestávkami v agentúre FOCUS. Ako analytička a projektová manažérka sa zúčastnila na príprave, realizácii a vyhodnocovaní mnohých sociálnych a marketingových výskumov. Spolupracovala s Inštitútom pre verejné otázky na viacerých výskumných projektoch. Editorsky a autorsky sa podieľala aj na jeho publikáciách zameraných na problematiku postavenia žien na trhu práce a rodovej rovnosti. V rámci národného projektu Stratégia aktívneho starnutia (realizovaného MPSVR SR) sa podieľala na príprave Analýzy exogénnych a endogénnych faktorov ovplyvňujúcich účasť starších na trhu práce.

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: Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku*** je prvou publikáciou zaoberajúcou sa pôrodnou starostlivosťou z pohľadu ľudských práv žien. Okrem toho, že vypĺňa prázdne miesto v poznaní problémov, ktorým ženy v súvislosti s pôrodmi čelia, je tiež inovatívna po stránke metodologickej.

Publikácia je výsledkom viac ako dvojročného intenzívneho úsilia dvoch mimovládnych organizácií zaoberajúcich sa ľudskými právami žien na Slovensku, ktoré realizovali pilotný výskum a monitoring. Pri zbieraní a spracovaní dát rôzneho druhu skĺbil interdisciplinárny tím expertiek štandardné metódy sociálnovedného výskumu s metódami ľudskoprávneho monitoringu. Medzi ne patrí napríklad využívanie zákona o slobodnom prístupe k informáciám. Autorky tak v publikácii dokázali ponúknuť mnohé kľúčové perspektívy, ktoré v pôrodníctve na Slovensku chýbajú – okrem iného perspektívu autentickej ženskej skúsenosti a perspektívu ľudských práv žien.

V súčasnosti je pôrodná starostlivosť na Slovensku monopolizovaná a inštitucionalizovaná. Je koncentrovaná takmer výlučne v zdravotníckych zariadeniach a poskytovaná pod vedením lekárov a lekárok bez existencie alternatív, čo v spojení so zvýšenou zraniteľnosťou žien počas tehotenstva a pôrodu predstavuje fenomén s osobitnými mocenskými prvkami. Ako taký si vyžaduje nielen dôkladné kritické a nezávislé skúmanie, ale aj skúmanie reflektujúce nesúlad medzi autentickými skúsenosťami žien a doposiaľ nespochybňovanými autoritatívnymi náhľadmi reprezentantov lekárskej vedy a praxe. Jednou z ambícií tejto publikácie je preto bližšie zaostriť pozornosť na verejné politiky, ktorých existencia (či neexistencia) udržiava a podporuje status quo a nepriaznivo vplýva na ženy a ich rodiny.

Publikácia tiež otvára priestor na verejný diskurz, v ktorom rovnako dlhodobo absentuje ľudskoprávny náhľad na otázky súvisiace s pôrodnou starostlivosťou. Práve odborná diskusia odvíjajúca sa od konkrétnych výskumných zistení môže do budúcna napomôcť rovnocennej, rešpektujúcej a efektívnej spolupráci všetkých zainteresovaných vrátane tých, o ktoré pri tejto starostlivosti primárne ide. Diskusia a následná spolupráca na zmene spôsobu poskytovania pôrodnej starostlivosti bude o to efektívnejšia, o čo viac sa do nej premietnu ľudskoprávne perspektívy. V rámci nich sú ženy nositeľkami práv a majú právo rozhodovať o veciach, ktoré sa ich týkajú. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti a štát sú zas primárnymi nositeľmi povinností a zodpovedností tieto práva napĺňať. I to je posolstvom predkladanej publikácie.

Občan, demokracia a zodpovednosť

9 788089 140237

ŽENSKÉ KRUHY