

ALEKSANDRA NOWAKOWSKA-KUTRA 
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

AGNIESZKA JERAN 
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

OPOWIEŚCI Kobiet O PRZEMOCY LEKARSKIEJ I POŁOŻNICZEJ – WSTĘPNE USTALENIA NA PODSTAWIE ANALIZY WYPOWIEDZI RESPONDENTEK BADAŃ „GŁOS MATEK” Z LAT 2020–2021

Streszczenie

Celem artykułu jest prezentacja wyników jakościowej analizy treści wybranych opowieści, którymi podzieliły się kobiety wypełniające w latach 2020–2021 kwestionariusz ankiety „Głos Matek”. Badanie jest realizowane w sposób ciągły od 2000 roku przez Fundację Rodzic po Ludzku. W kwestionariuszu obok pytań zamkniętych znajdują się pytania otwarte, które stały się przestrzenią do opowiedzenia przez kobiety własnych historii porodowych. Wiele z tych wypowiedzi to wstrząsające opowieści o przemoc, jakiej doznały kobiety rodzące w Polsce. Wykorzystując najważniejsze ustalenia na temat prawidłowego przebiegu porodu oraz przepisy dotyczące praw pacjentek, dokonano analizy przejawów przemocy lekarskiej i położniczej, tworząc propozycję jej typów.

Słowa kluczowe: opowieści, storytelling, przemoc lekarska i położnicza, poród

Aleksandra Nowakowska-Kutra, dr, Instytut Komunikacji Społecznej i Mediów UKW;
e-mail: ola.nk@ukw.edu.pl; <https://orcid.org/ORCID 0000-0003-0932-5760>

Agnieszka Jeran, prof. UAM dr hab., Wydział Socjologii UAM; e-mail: jeran@amu.edu.pl;
<https://orcid.org/ORCID 0000-0002-9670-8585>

WSTĘP

Przemoc lekarska i położnicza jest zjawiskiem, które analizować można z wielu perspektyw: prawnej, bioetycznej, antropologicznej, filozoficznej, psychologicznej i socjologicznej. Chociaż sama przemoc jest zagadnieniem dobrze opisanym w literaturze przedmiotu, to jednak nadal istnieją ukryte przestrzenie, w których do niej dochodzi, a zadaniem socjologów jest je zdemaskować.

Sądzymy, że przemoc stosowana przez personel medyczny w stosunku do kobiet rodzących w Polsce jest problemem niebywale istotnym i nadal jest to temat tabu ze względu na wysoką pozycję społeczną lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz liczne bariery stojące na drodze upubliczniania tego procederu. Nie jest to zjawisko nowe. Istnieją doniesienia opisujące rzeczywistość bezdusznego, „betonowego położnictwa” z czasów PRL i czasów transformacji ustrojowej [Podgórska 2005]. Opowieści kobiet, które rodziły dzieci w tamtym okresie, to często narracje o przedmiotowym traktowaniu, obskurnych oddziałościach, nieposzanowaniu intymności, medykalizacji, nieposzanowaniu praw pacjentek, całkowitym braku możliwości odwiedzin przez ojca dziecka, krzykach, przemocy fizycznej czy samotności. Dane na ten temat zebrano po raz pierwszy w 1993 roku, kiedy to Ośrodek Edukacji Ekologicznej EKO-OKO i wydawane od 1951 roku czasopismo „Twoje Dziecko” zaprosiły kobiety do podzielenia się ich opowieściami porodowymi (zaproszenie nie zamykało granic czasowych opowieści, dlatego wiele z nich było relacjami doświadczeń z okresu PRL).

W 1994 roku „Gazeta Wyborcza” dołączyła do akcji „Rodzić po Ludzku” – zebrano wówczas 15 tysięcy opinii, na których podstawie opracowano pierwszy monitoring porodówek [Fundacja Rodzić po Ludzku b.d.]. Krótco po tym wydarzeniu powstała Fundacja Rodzić po Ludzku, która od 27 lat działa na rzecz poprawienia jakości opieki okołoporodowej w Polsce. Jednym z największych sukcesów jest instytucjonalizacja Dekalogu Rodzenia po Ludzku, którego wszystkie zasady zostały ujęte w Standardzie Organizacyjnym Opieki Okołoporodowej. Jest on zawarty w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 16 sierpnia 2008 roku, które szczegółowo określa warunki, w jakich ma przebiegać poród w Polsce, i jest powszechnie obowiązującym prawem w Polsce. Fundacja podejmuje także liczne interwencje w poszczególnych placówkach i udziela wsparcia¹.

¹ W roku 2020: 23 interwencje i 350 porad udzielonych kobietom w ciąży i matkom małych dzieci; w roku 2021: 49 interwencji wobec placówek medycznych i 9 interwencji i inicjatyw systemowych oraz 983 porady prawne; w roku 2022: 85 interwencji, 546 porad prawnych, monitorowano 147 skarg [BIP Fundacji Rodzić po Ludzku b.d.]

PORÓD

Kontekst medyczny

W literaturze medycznej znaleźć można wiele definicji porodu, na przykład: „poród prawidłowy to szereg kolejno po sobie następujących procesów, które powodują wydalenie z macicy wszystkich elementów jaja płodowego, tj. płodu, płynu owodniowego i popłodu” [Bręborowicz 2008: 336]. Światowa Organizacja Zdrowia wyróżnia kilka kryteriów, które muszą być spełnione, by poród uznany został za prawidłowy. Są to: „spontaniczny początek porodu pomiędzy ukończonym 37 a 42 tygodniem ciąży; małe ryzyko na początku porodu i przez cały czas jego trwania; spontaniczne urodzenie dziecka z położenia główkowego; matka i dziecko są po porodzie w dobrym stanie” [Simkin, Ancheta 2015: 15]. Debby Gould rozszerzyła tę definicję o wyężony wysiłek fizyczny matki; ruch matki, który sprzyja jej komfortowi i postępowi porodu oraz przemieszczanie się płodu w kanale rodny. Ponadto „zdrowa matka i zdrowe dziecko gotowi są razem dostosowywać się do nowych ról w kontynuowaniu cyklu życia kobiety i rodziny” [Simkin, Ancheta 2015: 15]. Poród nieprawidłowy jest pojęciem szerokim, przywołuje się w jego opisie aż 65 określeń na ten proces [Simkin, Ancheta 2015: 22].

Z perspektywy psychologicznej trzeba poród uznać za silny czynnik stresogenny – wiąże się on z wysiłkiem, bólem, niepewnością, stawia rodzającą w obliczu ważnego wyzwania [Kuryś 2010] i jednocześnie w niemal wszechmocnej władzy instytucjonalnej (co wynika z medykalizacji porodu) [Doroszewska, Nowakowski 2017: 173], oddziałuje zarówno na ciało, jak i na psychikę. Tym istotniejsze jest jego pozytywne doświadczanie. Jak zauważają Sharon Moloney i Susan Gair [2015], w łagodzeniu tego stresu istotne jest wsparcie ze strony otoczenia – emocjonalne, instrumentalne, informacyjne czy wreszcie duchowe. Doświadczane podczas porodu emocje – silne i zazwyczaj trudne, jak lęk, złość, upokorzenie czy wstyd – często wyrażane są przez rodzące bardzo ekspresyjnie, niemniej częścią wsparcia powinno być umożliwienie ich swobodnego wyrażenia – ograniczanie go nie wpływa pozytywnie na przebieg porodu [Eichelberger, Stanisławska 2017].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) rekomenduje wspieranie kobiet w ich decyzjach i wyborach w trakcie porodu, aby poprawić jego przebieg i zwiększyć tym samym zadowolenie rodzących [WHO 2015; 2016]. Wynika to z ustalenia, iż „zapewnianie kobietom wsparcia podczas porodu wpływa korzystnie na fizjologiczny przebieg porodu oraz zwiększa u kobiet poczucie kontroli i zaufania

do własnych zasobów, w tym zaufania do własnej zdolności urodzenia dziecka” [Bohren i in. 2017 za: Matecka, Baum 2023: 121–122].

W socjologii i antropologii bardzo często poród uznaje się za swoisty rytuał przejścia do nowej roli społecznej, jaką jest rola matki [Lichtenberg-Kokoszka 2016]. Katarzyna Oleś w pracy *Poród naturalny* określa go mianem bramy prowadzącej do kolejnego etapu życia [Oleś 2018: 190]. W dyskursie publicznym wątek ten jest coraz częściej obecny poprzez używanie sformułowania „rodzi się matka”, które akcentuje rolę matki w tym procesie [Oleś 2018: 189–195]. Rozważania na temat porodu jako rytuału przejścia są podejmowane w literaturze przedmiotu [Reed 2021]. Istnieją także prace z zakresu psychologii na temat wpływu depresji poporodowej lub zespołu stresu pourazowego na realizację roli matki. Magdalena Chrzan-Dętkoś pisze, że zaburzenia depresyjne u kobiety nasilają stres rodzicielski i zwiększają ryzyko podejmowania negatywnych praktyk rodzicielskich [Chrzan-Dętkoś 2023], a wśród czynników ryzyka znajdują się „negatywne doznania związane z porodem” [Chrzan-Dętkoś 2023: 38]. W niniejszym artykule nie odnosimy się szerzej do tych zagadnień, skupiając się na opowieściach o doświadczanej przemocy, nie zaś na jej długofalowych konsekwencjach.

Kontekst prawny

W Standardzie Organizacyjnym Opieki Okołoporodowej [Karkowska i in. 2023: 237–306], szczególne znaczenie ma następujący fragment: „Rodzącą traktuje się z szacunkiem oraz umożliwia się jej udział w podejmowaniu decyzji związanych z porodem. Osoby sprawujące opiekę potrafią nawiązać dobry kontakt z rodzącą i mieć świadomość, jak ważne są: postawa, słowa kierowane do rodzącej oraz ton głosu podczas rozmowy. Należy zapytać rodzącą o jej potrzeby i oczekiwania, a pozyskane informacje wykorzystać do wspierania i kierowania rodzącą podczas porodu” (VI, pkt.1). Nie jest to jednak wskazanie na wyjątkowość porodu, a jedynie przypomnienie, że sytuacja porodu nie unieważnia zapisów Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej – w art. 30 czytamy, że: „przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela”, w art. 31, ust. 2: „Każdy jest obowiązany szanować wolności i prawa innych. Nikogo nie wolno zmuszać do czynienia tego, czego prawo mu nie nakazuje”, natomiast art. 40. wprowadza zakaz stosowania tortur, poniżającego traktowania i karania oraz kar cielesnych.

Istotne jest także odniesienie do niektórych zapisów w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, która gwarantuje pacjentowi prawo do

świadczeń zdrowotnych (art. 6), w tym związanych z porodem. Ustawa gwarantuje pacjentom liczne prawa. Jednak z punktu widzenia tematu naszego artykułu najistotniejsze jest przywołanie przepisów zapewniających prawo do poszanowania intymności i godności (art. 20) oraz prawo do leczenia bólu (art. 20a), prawo do obecności osoby bliskiej (art. 21) i opisujący standard relacji pacjenta z osobami wykonującymi zawód medyczny: „W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 20, ust. 1, osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta” (art. 22, ust. 1) [Kubiak 2019: 77–95]. Ponadto: „Pacjent ma prawo do wyrażania zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody” (art. 15) oraz prawo do wyrażenia zgody na świadczenia (art. 16) i przeprowadzenie badania (art. 17).

Również akty korporacyjne osób wykonujących zawody medyczne (lekarze, położne i pielęgniarki) wyraźnie akcentują konieczność wykonywania tych zawodów zgodnie z zasadami etyki zawodowej, które podkreślają dobro chorego jako najwyższy nakaz etyczny (art. 2 Kodeks Etyki Lekarskiej), a także szanowanie godności pacjenta i inne jego prawa (art. 12, art. 14, art. 15 KEL; art. 11 Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej; Część I, pkt. 1–5; Część II, pkt 11, Część V, pkt 2 Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej RP) [Kubiak 2019: 559, 575]. Warto dodać, że w kodeksie karnym, na przykład w art. 191 opisano sankcje za stosowanie przemocy: art. 191 „§ 1. Kto stosuje przemoc wobec osoby lub groźbę bezprawną w celu zmuszenia innej osoby do określonego działania, zaniechania lub znoszenia, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

Przemoc

Stosowania przemocy zabrania Konstytucja, a penalizuje Kodeks karny. Mimo to przemoc w wielu formach jest obecna w życiu społecznym. W dosyć podstawowej definicji Irena Pospiszyl wskazuje, że przemoc „to wszelkie i nieprzypadkowe akty godzące w osobistą wolność jednostki lub przyczyniające się do fizycznej, a także psychicznej szkody osoby, wykraczające poza społeczne zasady wzajemnej relacji” [Pospiszyl 1994: 14]. Jako zjawisko przemoc analizowana jest przez wiele dyscyplin: psychologię, socjologię, pedagogikę, prawo, wiktymologię czy kryminologię. Ta lista dyscyplin wskazuje na tyleż wieloaspektowość przemocy, co jej wszechobecność. W zależności od charakteru czynności przemocowych i cech podmiotów je podejmujących można wyróżnić wiele jej form: fizyczną, psychiczną, werbalną, seksualną, pomocową, ekonomiczną, przez zaniedbanie, strukturalną, symboliczną, instytucjonalną, wychowawczą, medyczną, prawną,

duchową, polityczną, religijną czy domową. Uznanie zachowania za przemoc wymaga z jednej strony intencjonalności, z drugiej – rozpoznania skutków jako krzywdy. Ponieważ objęty analizami materiał pochodzi z wypowiedzi rodzających, poznajemy jednostronny, subiektywny opis sytuacji – jej odbiór, a dla uznania zachowania za przemocowe kluczowy jest aspekt skutków. Intencjonalność odnosi się tu natomiast do samych działań personelu (zakładamy, że działa świadomie), nie zaś do intencjonalności czynienia krzywdy (ta jest zapewne, jak mamy nadzieję, czyniona nieintencjonalnie – takie są zresztą interpretacje samego środowiska lekarzy i położnych [por. Ayres-de-Campos i in. 2024]). Przedstawiona dalej analiza odwołuje się zatem do tzw. perspektywy pacjenta. Dane gromadzone w tym kontekście są niezbędne nie tylko w procesie diagnozowania i leczenia pacjentów, projektowania polityk w zakresie ustalania priorytetów zdrowia publicznego, ale także podnoszenia jakości opieki zdrowotnej zgodnie z uwzględnieniem najwyższych standardów etycznych [Randi i in. 2019].

W sytuacji porodu przemocy doświadczają rodzące, a sprawcami są przede wszystkim osoby z personelu medycznego. Przy czym pojęcia przemocy położniczej i ginekologicznej oraz przemocy lekarskiej są na tyle kontrowersyjne, że – najprawdopodobniej z powodu możliwej ostrej reakcji środowiska lekarskiego – rzadko używane są w dyskursie publicznym w Polsce. Jednak w literaturze medycznej funkcjonują jako *obstetric and gynecological violence* i stanowią od lat przedmiot naukowej oraz praktycznej refleksji. W Polsce rozpoznanie zjawiska okazuje się słabsze, a gromadzenie danych na jego temat jest motywowane aktywistycznie i pragmatycznie – dążeniem do monitorowania, przeciwdziałania i interweniowania. Z taką intencją relacje poporodowe gromadzi wspomniana już Fundacja Rodzić po Ludzku. Uznaje ona za przemoc położniczą i ginekologiczną „nadużycia, których dopuszczają się osoby sprawujące opiekę wobec kobiety w okresie okołoporodowym lub w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu ginekologii” [Kwiątek-Kucharska, Nowakowska-Kutra, Pietrusiewicz 2022]. Do najważniejszych przejawów przemocy ginekologicznej i położniczej według raportu monitoringu oddziałów położniczych *Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle doświadczeń kobiet* Fundacji Rodzić po Ludzku z 2018 roku [Doroszewska i in. 2018: 35–37] należą: systemowa medykalizacja porodu [Doroszewska 2017], wykonywanie procedur oraz świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjentki, nieprzestrzeganie prawa do intymności, dyskryminacja, wymuszenia, przemoc fizyczna oraz przemoc psychiczna, w tym przemoc werbalna. Ze względu na formę można więc mówić o przemocy [por. Helios, Jedlecka 2017]: psychicznej (w tym werbalnej oraz w postaci okazywania lekceważenia), fizycznej oraz seksualnej, a także o naruszaniu przysługujących

rodzącej praw – przede wszystkim prawa do zgody na podejmowane procedury medyczne oraz do informacji. Biorąc pod uwagę kontekst pandemiczny, można wskazać także na przemoc prawną rozumianą jako wdrażanie przez instytucje (szpitale) krzywdzących dla pacjentek reguł prawnych.

Jak ilustruje to powyższy przegląd kontekstów, poród jest zjawiskiem wielowymiarowym. W powszechnej świadomości jawi się przede wszystkim jako proces fizjologiczny zakończony urodzeniem dziecka. Ponieważ większość porodów odbywa się w szpitalu, akcentowany jest jego kontekst medyczny, związany z szeregiem procedur biurokratycznych i medycznych. Jednak pogłębione studia i refleksja humanistyczno-społeczna ukazują poród w innych perspektywach. Prawo do godnego porodu zostało ujęte w dedykowanych aktach prawnych, a wyniki badań z zakresu psychologii dostarczają wiedzy o procesach zachodzących w psychice rodzącej kobiety, a także o konsekwencjach negatywnych doświadczeń, takich jak stres, oraz zdarzeń, takich jak przemoc, które mogą mieć miejsce podczas porodu, oraz ich wpływu m.in. na zdrowie psychiczne kobiety, prawidłową realizację roli matki, podjęcie obowiązków rodzicielskich, jakość połogu i fizjologię laktacji, samoocенę, poczucie sprawczości, satysfakcję z macierzyństwa. Naszym celem było ukazanie doświadczenia porodu z perspektywy socjologicznej w odniesieniu do szczególnego aspektu, jaki stanowi przemoc stosowana przez personel medyczny podczas porodu. Postanowiłyśmy zatem poszukać odpowiedzi na pytanie: „jak było” od tych kobiet, które tej przemocy doświadczyły i które zechciały o tym opowiedzieć. Okazało się, że materiał badawczy, jaki miałyśmy szansę analizować, zawierał tysiące bardzo krótkich, lecz wymownych opowieści.

OPOWIEŚCI

Okoloprodowe opowieści polskich kobiet

Ankieta „Głos Matek”, którą co roku wypełnia kilkanaście tysięcy kobiet, to przestrzeń, w jakiej kobiety mogą bezpiecznie opowiedzieć o swoim porodzie. Kwestionariusz² jest wypełniany z zastosowaniem metody samodoboru, a Fundacja prowadzi stałą kampanię zachęcającą rodzące w Polsce do wzięcia udziału w badaniu poprzez zamieszczanie postów w mediach społecznościowych, na stronie internetowej oraz dodawanie linków do kwestionariusza w artykułach znajdujących się w bazie wiedzy na stronie internetowej. Ponadto wolontariuszki zachęcają kobiety do wypełnienia kwestionariusza w zamkniętych grupach

² Kwestionariusz dostępny jest na stronie: <https://ankieta.rodzicpoludzku.pl>.

macierzyńskich na Facebooku. Dodatkowym sposobem na pozyskanie nowych respondentek jest dystrybucja w szpitalach naklejek z kodem QR do ankiety, którą kobiety otrzymują na sali poporodowej i mogą nakleić na otrzymaną Książeczkę Zdrowia Dziecka. Zaproszenie do udziału w badaniu kierowane jest do kobiet także podczas wywiadów telewizyjnych, prasowych i radiowych. Pytania otwarte w kwestionariuszu dają możliwość podzielenia się doświadczeniem porodu – szczególnie jeśli było to doświadczenie niełatwe czy wręcz traumatyczne. Trudne sytuacje porodowe, w tym umniejszanie emocji kobiety w porodzie lub przemoc, sprawiają, że „powstają dramatyczne opowieści porodowe, które w rzeczywistości są często wołaniem matki o to, aby zwrócić uwagę na jej potrzebę podzielenia się swoimi przeżyciami” [Oleś 2018: 191]. Opowiadanie, tworzenie opowieści jest procesem „nadawania znaczenia doświadczeniu – angażuje percepcję, jak i wyobraźnię” [Soroko 2013].

Opowiadanie pełni liczne funkcje [Pennebacker 2011] – od kreowania tożsamości, ponieważ „[narracja] pozwala doświadczać siebie, poczuć się podmiotem, sprawcą własnego życia” [Krawczyk-Bocian 2023: 11], po rozumienie siebie (własnej tożsamości narracyjnej) [Filutowska 2018] i innych, gdyż „za sprawą aktu opowiadania i poprzez język uczestnicy kultury tworzą więzi i określają relacje między sobą. Narrację można zatem postrzegać jako narzędzie i sposób organizowania rzeczywistości społecznej” [Wierciński 2015: 65], które pozwala na zrozumienie i interpretację świata społecznego [Filutowska 2018] oraz na autoprezentację – stanowiąc „podstawową formę ucieleśnienia naszego rozumienia świata, doświadczenia i ostatecznie nas samych” [Wierciński 2015: 65].

Badając opowieści porodowe, które są formą autonarracji, korzystamy z narracji, która „jest retrospektywnym tworzeniem znaczenia – sposobem rozumienia działań własnych oraz podejmowanych przez inne osoby, organizowania zdarzeń i obiektów w znaczącą całość oraz łączenia ze sobą i przyglądania się konsekwencjom działań i zdarzeń na przestrzeni czasu [...]. Narracje wyrażają emocje, myśli i interpretacje” [Chase 2009: 24].

Katarzyna Wasilewska podaje, że w licznych badaniach udowodniono pozytywne skutki opisu własnych doświadczeń w różnorodnych sytuacjach dotyczących radzenia sobie zarówno z doświadczeniami przeszłymi, jak i aktualnymi, m.in. u osób po traumie, rodziców chorych dzieci. „Ujęcie trudnych sytuacji w formę opowieści modyfikuje sposób rozumienia i akceptację przeszłych trudnych zdarzeń, ale też wpływa na postrzeganie aktualnych wyzwań, ułatwiając konstruowanie planów, zwiększając poczucie kompetencji i kontroli nad sytuacją” [Wasilewska 2016: 171]. Badania wskazują także wyraźnie, że opisywanie ważnych wydarzeń sprzyja poprawie jakości życia. Kluczowym procesem jest

„refleksja narracyjna, umożliwiająca jednostce poznawczą rekonstrukcję wydarzeń i własnej ich roli” [Wasilewska 2016: 171], co przekłada się na ułatwienie adaptacji do nowej roli. Jak zauważa Jerzy Trzebiński: „im silniejsza jest u danej osoby tendencja do narracyjnego interpretowania życiowego zadania lub roli, tym rzadsze są wypadki odczuwania przez nią dezorientacji co do własnych działań po podjęciu ważnych decyzji” [Trzebiński 2002: 48]. Autonarracja zatem dostarcza „jednostce sensownego kontekstu dla podejmowanych przez nią decyzji, a także monitorowania bieżącego toku zdarzeń” [Trzebiński 2002: 48].

Amelia Krawczyk-Bocian wyraża pogląd, że: „narracja jest szczególną formą spotkania [...]. Dla narratora takie spotkanie może przybrać postać terapeutyczną” [2011: 205]. Perspektywa badacza, który zbiera przykładowo historie życiowe zgrupowane wokół wspólnych tematów, by dokonać ich analizy realizowanej „w celu wypracowania ugruntowanej teorii” [Denzin 1990: 68], jest zatem znacząco odmienna, choć niesprzeczna, z perspektywą narratora lub narratorki wzmacniających poprzez swoją opowieść własną podmiotowość, wspierających się w rozumieniu świata, doświadczeń i innych ludzi czy wreszcie prezentujących się innym. Dlatego też dla narracyjności kluczowe są funkcje opowieści, nie zaś sama jej długość.

Źródła danych i sposób analizy

Nazwa ankiety „Głos Matek” zainspirowała nas do tego, by przyjrzeć się tym wypowiedziom, a zwłaszcza opowiedzianym za pośrednictwem kwestionariusza, historiom. Nie badałyśmy zatem klasycznych narracji, materiału badawczego nie stanowią wywiady narracyjne, a wywołane pytaniami ankietowymi opowieści o doświadczeniach porodu. Wiele z nich to opowieści o porodzie pięknym, przebiegającym zgodnie z wytycznymi Standardu. Jednak są wśród nich także opowieści dramatyczne i wstrząsające – ich przedstawienie jest dla nas wypełnieniem obowiązku socjologii rozumianej jako służba publiczna, czyli zdemaskowania tych ukrytych wymiarów życia społecznego. Chcemy poniższą analizą wydobyć to, co zostało wyjawione w opowieściach o porodach, którymi rodzące podzieliły się w ankiecie. Dziękujemy jednocześnie zespołowi Fundacji za wyrażenie zgody na prowadzenie badań i udzielenie dostępu do wybranych odpowiedzi respondentek.

Z perspektywy badawczej na podkreślenie zasługują następujące kwestie:

1) odpowiadające kobiety ze swojej perspektywy nie tyle biorą udział w badaniu, ile w interwencji. Podstawowym celem, dla którego Fundacja gromadzi dane, jest bowiem bezpośrednio oddziaływanie na praktykę oddziałów położni-

czych i neonatologicznych w Polsce. Oznacza to, że kobiety wypełniają ankietę, kierując się innym celem, niż udział w badaniu naukowym, a ich uczestnictwo ma charakter samodoboru;

2) wypełniając ankietę, wszystkie respondentki zaznaczały zgodę na wykorzystanie przekazanych danych empirycznych do celów naukowych, a jako autorki mamy zgodę Fundacji na analizę odpowiedzi na pytania otwarte i publikację jej wyników. Otrzymany materiał jest w pełni zanonimizowany i tożsamość respondentek nie jest ujawniona w żadnym miejscu. W materiale zdarzały się nazwiska lekarzy i położnych, ale zostały usunięte w procesie wstępnego porządkowania danych. Materiał nie zawiera też informacji o lokalizacji szpitali (jeśli pojawiały się w wypowiedziach, to także były usuwane) – takie dane, niezbędne dla prowadzenia interwencji, posiada tylko Fundacja;

3) analizowane przez nas narracje są opowieściami tyleż dramatycznymi, co krótkimi – pisemna forma odpowiadania sprzyja budowaniu zaufania co do poufności danych, pozwala na elastyczność w ich gromadzeniu, ale jednocześnie przekłada się na skrótowość, często wręcz enigmatyczność wypowiedzi. Jednak choć nie są to tradycyjnie rozumiane narracje, są to jednak swobodne wypowiedzi niosące duży ładunek emocji (często trudnych) i informacji – są to więc opowieści, nawet jeśli opowiadane z dużą oszczędnością środków wyrazu i wyrazów w ogóle. Wypełniają one przytoczone właściwości narracji, jednak ze względu na skrótowość stanowią raczej „mikronarracje” niż pełnowymiarowe narracje wykorzystywane w analizie narracyjnej.

Przedstawiona analiza ma charakter analizy tematycznej i miała na celu rozpoznanie przypadków skrajnych, które wykorzystujemy do zbudowania typologii i jednocześnie do zweryfikowania (1) faktu uświadamiania sobie przez rodzące doświadczania przemocy w sytuacji porodu oraz (2) trafności obecnych w analizach (przytoczonych wcześniej) kategoryzacji tej przemocy. Nie ma zatem charakteru systematycznego i ilościowego, ale opiera się na analizie treści, a ukierunkowana była na identyfikację głównych form przemocy położniczej i ginekologicznej (lekarskiej), o jakich opowiadają w swoich mikronarracjach badane kobiety. Wykorzystując cytaty, wskazujemy na numer pytania i rok udzielenia odpowiedzi, nie zaś na identyfikację kwestionariusza, przytoczone opowieści pochodzą od różnych badanych. Treści pytania podajemy w formie przypisu przy pierwszym jego wystąpieniu. Jak wskazywałyśmy, ankietę zawiera wiele pytań otwartych i mają one zróżnicowaną zdolność wywołania odpowiedzi, co oczywiście zależy od doświadczeń odpowiadającej, ale też od jej indywidualnych skojarzeń z treścią pytania – wrażliwością, znajomością norm, wcześniejszymi doświadczeniami. Na przykład pytanie 92 brzmi: „Co takiego wydarzyło się na izbie przyjęć, na co nie

wyraziła Pani zgody lub naruszyło Pani poczucie bezpieczeństwa?” – odwołuje się zatem przede wszystkim do osobistej definicji/doświadczenia bezpieczeństwa, ale też przekonań co do tego, w jakim stopniu i zakresie personel medyczny potrzebuje do swoich działań jakiegokolwiek zgody pacjentki. Odpowiedzi przywołujemy bez korekt edycyjnych, tak jak zostały wpisane w kwestionariusz. Poza wskazaną już ingerencją usuwającą dane personelu lub placówki nasza korekta ograniczyła się do wykropkowania słów niecenzuralnych.

Ankieta „Głos Matek” zawiera szereg pytań zamkniętych i otwartych. W roku 2021 wypełniło ją 13 845 kobiet, w 2020 roku 17 110 kobiet. Materiał badawczy, który stanowią odpowiedzi na pytania otwarte, obejmował w 2021 roku 876 481 wyrazów, a w 2020 roku 763 504 wyrazy. Analiza obejmowała lekturę odpowiedzi i wylanianie kategorii (tematów), następnie do każdej z nich wybierano przykłady oddające przebieg zdarzenia i jego odbiór, a więc mikronarracje przedstawiające subiektywnie odebrane doświadczenie przemocy. Ilościowe zestawienie odnoszące się do prekategoryzowanych typów, zawarte w pytaniu ilościowym odnoszącym się do danego aspektu sytuacji okołoporodowej, można odnaleźć chociażby w raportach Fundacji Rodzic po Ludzku [np. Adamska i in. 2021], w tym w ujęciu dynamicznym. Nasza analiza ma przy tym wstępny charakter – odnosi się do wypowiedzi z wskazanych dwóch lat, nie zaś do całości materiału gromadzonego od pierwszej edycji badania.

OKOŁOPORODOWE DOŚWIADCZENIA PRZEMOCY I JEJ FORMY

Wśród form przemocy psychicznej przede wszystkim zidentyfikowałyśmy opowieści o przemocy werbalnej. Personel medyczny krzychał na rodzące w różnych okolicznościach podczas pobytu w szpitalu. Obrazują to wybrane cytaty z opowieści:

Gdy spytałam przy porodzie czy z dzieckiem wszystko ok bo jestem już po jednym wysokim poronieniu pani położna krzyknęła, że ja denerwuje. [115³/2021]

Podczas badania położna wrzasnęła na mnie, ponieważ kiedy rozbraiałam się pozwoliłam majtkom z zakrwawioną podpaską zsunąć się na posadzkę. „Na ziemi tego mi nie kładź”. Potem wrzasnęła na ojca dziecka, bo powiesił mój szlafrok na stojaku od kroplówki. [115/2021]

Gdy krzychałam podczas skurczu (13h porodu) pielęgniarka na mnie krzychała czemu się drę. [115/2021]

[...] podczas parcia położna krzychała na mnie, że znajduję się w niewygodnej DLA NIEJ pozycji, że odsuwam miednicę i składam kolana. [115/2021]

³ Pytanie o treści: Proszę opisać sytuację, gdy personel podnosił głos/krzychał na Panią.

Inną formą przemocy psychicznej jest zawstydzanie. Respondentki opowiadają o rażących przypadkach naruszenia ich intymności oraz braku szacunku dla nich podczas badań ginekologicznych i porodu, co odbierają jako upokorzenie.

Ze względu na dynamikę porodu musiałam przejść z izby przyjęć od razu na sale porodową bez bielizny, bez ubrania (czyli naga od pasa w dół). [92⁴/2021]

Lekarz pozostawił mnie na fotelu ginekologicznym z otwartymi drzwiami i szukał czegoś. Ja rozebrana z nogami rozszerzonymi tylko modliłam się, żeby nikt nie przechodził. To było upokarzające. [92/2021]

Podczas badania wewnętrznego wszedł nagle pan sprząający, a fotel ginekologiczny nie był osłonięty parawanem. [92/2021]

Na izbie przyjęć, w czasie badania ginekologicznego na fotelu, jakiś pan wszedł na chwilę i pytał którędy do wyjścia. [156⁵/2021]

Niezastłonięte okna naprzeciw rusztowania, na którym pracowali robotnicy. [156/2021]

Dostawca jedzenia wszedł w czasie badania intymnego przez fizjoterapeutkę. [156/2021]

Badane zwracają też uwagę na to, że podczas badania rozmowy prowadzone są w taki sposób, jakby ich (pacjentek) nie było. Jest to zatem przejaw lekceważenia, co zalicza się do odmian przemocy psychicznej.

Podczas badania lekarskiego doktor mówił nie w moją stronę lecz do studentów a mnie traktował jakby mnie nie było na tej Sali. [114⁶/2021]

Rozmawiano jakby mnie nie było w pokoju. [114/2021]

Lekceważenie pacjentki w jednej z opowieści, miało ekstremalny przebieg:

Kazano mi czekać na lekarza w sali obok. Zostałam zostawiona bez opieki i gdyby nie mój krzyk, że wychodzi już główka dziecka to urodziłabym sama, na podłodze bez żadnej fachowej asysty. [92/2021]

Przemoc fizyczna także przyjmuje różne formy. Kobiety opisują fizyczną przemoc lekarską, której doświadczyły podczas agresywnych, niedelikatnych, bolesnych badań, z których wychodziły poranione:

Lekarka nie potrafiła mnie zbadać, ani oszacować wagi dziecka. Poprosiła o pomoc koleżankę, która również była niedelikatna i również nie umiała określić wagi dziecka. [92/2021]

2 osoby (prawdopodobnie uczące się) sprawdzały rozwarcie wyjątkowo długo i boleśnie, olewając moje jęki i mówienie wyraźnie, jak bardzo bolało ich badanie i żeby przestali. [92/2021]

Lekarz, starszy pan, okropny gbur, myślałam że rozerwie mi pochwe podczas badania. [92/2021]

⁴ Pytanie o treści: Co takiego wydarzyło się na izbie przyjęć, na co nie wyraziła Pani zgody lub naruszyło Pani poczucie bezpieczeństwa?

⁵ Pytanie o treści: Z jakiego powodu miała Pani poczucie, że personel nie zadbał o Pani prywatność czy intymność?

⁶ Pytanie o treści: Proszę opisać sytuację, gdy personel używał niezrozumiałego języka.

Przemoc fizyczna miewała też charakter bicia czy szarpania:

W czasie porodu, przy mocnym skurczu widziałm tylko ciemność, wystraszyłam się i wtedy położna mnie spoliczkowała i krzyczała, że mam się ogarnąć. [115/2021]

Pani Anestezjolog – blok operacyjny. Nie mogłam ze względu na trwające skurcze zrobić „kocięgo grzbietu”, na co lekarka szarpała mną i krzyczała, że nie potrafię wykonywać prostych czynności. [115/2021]

Do porodu zaproponowano mi pozycję na plecach, na pytanie, czy nie ma innej, wygodniejszej pozycji jeden z lekarzy odpowiedział że nie, chyba że chce rodzić jak murzynka pod drzewem. Krzyczał trzymaj te nogi i szarpał moje nogi. [117⁷/2020]

Niektóre przejawy przemocy fizycznej związane z wykonywaniem badania były przez kobiety odbierane wprost jako gwałt, stanowiły wobec tego przejaw przemocy seksualnej.

Jeden z lekarzy był szczególnie nieprzyjemny wobec mojej osoby. Krzyczał i wykonał bardzo bolesne badanie. Poczulałam się jak zgwałcona. Po tym badaniu akcja porodowa mi się zatrzymała, dostałam ataku paniki. [117/2021]

Podczas wieczornej wizyty pani doktor [...] zamiast wytłumaczyć co chce zrobić (sprawdzić niedostateczne obkurczenie macicy) rzuciła się na mnie, siłą przytrzymując nogi i wkładając głęboko rękę, „grzebiąc”, na moje pytanie, co robi, odpowiedziała „gwałcę cię, bo mogę”. [115/2020]

Bardzo bolesne i nieprzyjemne badanie wykonane przez lekarza dyżurnego. Mówiąc krótko, miałam wrażenie, że jestem gwałcona ręką. [92/2020]

Opowieści dotyczą też wykonywania procedur medycznych bez zgody pacjentek oraz traumatycznych doświadczeń związanych z obecnością dużej liczby studentów podczas porodu, nawet gdy rodzące nie wyrażały na to zgody. Ta forma przemocy to naruszanie praw przysługujących pacjentkom, a jednocześnie przejaw lekceważenia, czyli jedna z form przemocy psychicznej.

Badanie było dokonywane przez studenta/osobę uczącą się specjalizacji, bez uprzedniego pytania o moją zgodę. [92/2021]

Podczas badania ginekologicznego przyszło dużo studentów, na które nie wyraziłam zgody, ciągle słuchałam niestosownych komentarzy ze strony położnych i lekarzy. [92/2021]

Zostałam badana przez rezydentki mimo że nikt nie zapytał mnie czy wyrażam na to zgodę. Lekarz na izbie przyjęć nie okazał mi szacunku. Mimo że byłam cała zapłakana i bałam się ze stracę ciążę, bo wody odeszły mi w 35 tyg, chciał zaimponować dwóm młodym rezydentkom, które oprowadzał po oddziale. Zapytał je czy chcą poczuć jak nisko jest główka, a Panie bezprecedensowo (bez umycia rąk), założyły rękawiczki i wsadziły we mnie palce. Najpierw jedna, potem druga. Czulałam się okropnie. [92/2021]

⁷ Pytanie o treści: Proszę opisać sytuację, gdy personel wypowiadał niestosowne według Pani komentarze związane z Pani osobą, Pani sytuacją.

W odniesieniu do naruszania praw pacjenta (w tym przypadku – prawa do informacji) w badanych opowieściach obecne są także relacje wskazujące na nieprawidłową komunikację w relacji lekarz–pacjent–położna:

Podczas całego mojego pobytu na izbie przyjęć nie byłam słuchana, nie było miejsca na wytłumaczenie mojej sytuacji. Nie mogłam nic powiedzieć położnej w dyżurce, bo od razu opryskliwie kazała mi czekać. [92/2021]

Personel w niemiły sposób komentował mój brak karty ciąży, czekałam aż mąż ja dowiezie ale kilkakrotnie usłyszałam jaka jestem nieodpowiedzialna że nie mam jej przy sobie. [92/2021]

Szczególną formą przemocy, związaną z instytucjonalnym osadzeniem relacji pacjentka–personel medyczny, jest przemoc prawna, którą stanowi egzekwowanie przez przedstawicieli instytucji ustanowionych przez nią praw. W badanym okresie były to przede wszystkim zasady dotyczące przeciwdziałaniom zakażaniu wirusem SARS-CoV-2⁸:

Zostałam rozdzielona z dzieckiem, nie pozwolono mi się z nim pożegnać przed jego odjazdem do innego szpitala na ciężką operację w 3 dobie życia. Ze względu na dodatni wynik covid (bezobjawowy) musiałam sama usunąć sobie szwy po CC. [169/2021]

Personel bardziej zwracał uwagę na nie prawidłowo założoną maseczkę niż na samopoczucie pacjentek. [169/2020]

Poród w maseczce pomimo astmy. [169/2020]

PODSUMOWANIE

Analiza uzyskanych narracji potwierdza występowanie różnorodnych form przemocy podczas opieki okołoporodowej, często mającej złożony charakter – w jednej, krótkiej opowieści, kobiety przekazują opis swojego złożonego, wielowarstwowego i traumatycznego doświadczenia. Bez wątplenia podstawę stanowi naruszenie praw pacjentek – Standard Organizacyjny Opieki Okołoporodowej jest aktem prawnym i obowiązuje każdego lekarza, położną, pielęgniarkę czy salową w placówce medycznej. Istotne jest także przywołanie praw pacjenta gwarantowanych w Ustawie o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

⁸ Sytuację rodziców rozdzielonych podczas pandemii z dziećmi, również tymi umierającymi, ukazuje film dokumentalny *Głos zza szyby (Behind the glass wall)*, reż. Gloria Kurnik, www.youtube.com/watch?v=0WD-b-UFIXM [dostęp: 21.04.2024]

⁹ Pytanie o treści: Czy w związku z pandemią wirusa SARS-Cov-2 zdarzyła się Pani któraś z poniższych sytuacji (proszę zaznaczyć wszystkie odpowiedzi, które pasują do Pani sytuacji)?

Zidentyfikowane przez nas w opowieściach rodzących formy przemocy lekarskiej to:

- przemoc psychiczna – w tym werbalna i wyrażająca lekceważenie;
- przemoc fizyczna – w tym czynności związane z prowadzeniem badania czy interwencji medycznej oraz z używaniem siły fizycznej do wymuszenia określonych (oczekiwanych przez personel medyczny – lekarzy bądź położne) zachowań pacjentki;
- przemoc seksualna;
- przemoc związana z naruszeniem praw przysługujących pacjentce – w tym brak uzyskiwania zgody na prowadzone procedury oraz niezapewnienia dostępu do informacji;
- przemoc prawna wynikająca z egzekwowania zasad przeciwpandemicznych.

W przypadku porodu – jak wskazują ustalenia medyczne – przemoc, stanowiąc przeciwieństwo wsparcia, przekłada się na gorszy jego przebieg i zwiększa stresogenność sytuacji. Jednocześnie przemoc ta (zwana też strukturalną) ma charakter instytucjonalny i jest definiowana jako „każde zamierzone działanie instytucji, które ujemnie wpływa na zdrowie, rozwój fizyczny lub psychospołeczny [Bragiel 2005: 296]. Joanna Helios i Wioletta Jedlecka [2017: 29] uważają, że może się ona przejawiać w normach społecznych, hierarchii zawodowej oraz regulaminach wewnętrznych, a także że zjawisko przemocy instytucjonalnej występuje w instytucjach posiadających cechy instytucji totalnej. W literaturze przedmiotu można znaleźć dowody na to, że szpital spełnia te założenia [Goffman 2011; Zbyrad 2012; Stasiuk-Krajewska 2014; Jedlecka 2021]. Z pewnością instytucjonalne osadzenie przemocy porodowej wymaga dalszych analiz uwzględniających perspektywę personelu medycznego. Przeprowadzone metaanalizy badań [Bohren i in. 2015] wskazują na powszechność zjawiska w skali całego świata – przejawy tej przemocy są obecne w różnych systemach ochrony zdrowia [Amorim, de Silva Bastos, Katz 2020; O’Brian, Rich 2022] i polskich szpitalach od wielu lat. Analiza literatury przedmiotu, interdyscyplinarny charakter problemu (m.in. prawny, socjologiczny, psychologiczny, medyczny, demograficzny, ekonomiczny, lingwistyczny), dyskusje naukowe [Pickles 2023] prowadzone przez specjalistów, pozwalają stwierdzić, że jest to znaczące zjawisko społeczne. Świadczą o tym wyniki badań prowadzonych na świecie [Perrotte, Chaudhary, Goodman 2020], raporty WHO [2015] oraz dane zawarte w raporcie *Obstetric and gynaecological violence in the EU – Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination* [Brunello i in. 2024]. W Polsce szczególnie cennym źródłem danych są raporty Fundacji

Matecznik (dostępne na: <https://fundacjamatecznik.pl/publikacje/raporty>), ale przede wszystkim 9 raportów Fundacji Rodzic po Ludzku (dostępnych na: <https://rodzicpoludzku.pl/co-robimy/raporty>), w których systematycznie publikowane są dane na temat różnych aspektów jakości opieki okołoporodowej w Polsce, w tym na temat przemocy ginekologicznej i położniczej. Efektem uzyskania wiedzy na temat istnienia przemocy położniczej i ginekologicznej były działania podjęte na rzecz zmian w powszechnie obowiązującym prawie. W 2018 roku opublikowany został *Standard Organizacyjny Opieki Okołoporodowej*. Monitoring jego realizacji, liczne skargi wpływające do Fundacji (dane na ten temat znajdują się w sprawozdaniach Fundacji) oraz do Rzecznika Praw Pacjenta doprowadziły do złożenia 14 lutego 2024 roku 38 postulatów na ręce Ministra Zdrowia. Wśród nich znajdują się przeciwdziałanie przemocy ginekologicznej i położniczej oraz nowelizacja Ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (wprowadzenie rozdziału dotyczącego prawa do godnego porodu i godnej opieki okołoporodowej). W kwietniu 2024 roku zapowiedziano powołanie w Ministerstwie Zdrowia interdyscyplinarnego zespołu ds. opieki okołoporodowej, co może wskazywać na uznanie przez instytucje centralne problemu, jakim jest przemoc ginekologiczna i położnicza.

Należy zwrócić uwagę, że wokół przejawów naruszania w porodzie praw człowieka i praw pacjenta, nadużyć o różnym charakterze, stosowania przemocy położniczej i ginekologicznej toczy się rodzaj walki o językowe opisywanie badanych zjawisk – swego rodzaju tworzenie przez przedstawicieli personelu medycznego „językowego obrazu rzeczywistości”. Przykładem jest używanie pojęć takich jak: „niespełniająca norm i lekceważąca opieka”. W stanowisku kilku istotnych organizacji zrzeszających ginekologów i położne wprost wyrażana jest opinia, że nie należy stosować pojęcia przemocy położniczej, ponieważ wywołuje ono negatywne reakcje emocjonalne profesjonalistów medycznych, nie buduje zaufania i umniejsza rolę ginekologów oraz położnych [Ayres-de-Campos i in. 2024]. Analizowany przez nas materiał badawczy wyraźnie wskazuje na stosowanie przemocy wobec rodzących i to zaprzestanie jej stosowania może być fundamentem do budowania zaufania do przedstawicieli zawodów medycznych oraz ich prestiżu, a nie unikanie nazywania jej wprost przemocą.

Powszechność i trwałość zjawiska można wyjaśniać, odwołując się do różnorodnych ujęć. Świat społeczny instytucji medycznych z ich podziałami na personel i pacjentów, z wewnętrzną hierarchią statusów i władzy wytwarza normalizację dyscyplinarne, o których pisał Michel Foucault. Jego zdaniem „coraz bardziej kolidują [one] z prawnym systemem suwerenności, że coraz wyraźniej ukazują się ich wzajemna nieprzystawalność [...]”. Rozwój medycyny, ogólna

medykalizacja zachowań, dyskursów, pragnień itd., powstaje na froncie, na którym ścierają się dwa heterogeniczne bloki dyscypliny i suwerenności” [Foucault 2006: 521]. Bardzo wyraźnie zaobserwowałyśmy w badanych opowieściach to zderzenie między autonomią pacjenta, jego prawami a dyscyplinowaniem i paternalizmem lekarskim oraz położniczym, wyrażanymi poprzez przemoc stosowaną w różnych formach [Łuków 2005: 98–165]. Z analizy literatury dotyczącej przemocy lekarskiej i położniczej wynika jednak, że jest ona przejawem szerszego problemu, jaki stanowi przemoc wobec kobiet w ogóle, ale też kultura przemocy instytucjonalnej podmiotów leczniczych, opresyjna wobec personelu medycznego i pacjentek hierarchia szpitalna, mobbing, niedostateczna edukacja w zakresie komunikacji medycznej [Zaborowski 2013], brak wsparcia dla personelu medycznego w zakresie radzenia sobie ze stresem i profilaktyki wypalenia zawodowego [Iwanowicz-Palus, Kicia, Makara-Studzińska 2009: 46–80].

Podsumowując, chcemy wskazać, że badane opowieści są jednoznacznym świadectwem istnienia świata poza certyfikatami jakości, poza tytułami naukowymi, formalną pozycją społeczną, jaką cieszy się personel medyczny. Mimo lat starań nadal w niektórych placówkach łamane są prawa pacjenta, nie jest przestrzegany *Standard Organizacyjny Opieki Okołoporodowej*, stosowana jest przemoc fizyczna i psychiczna wobec rodzających. Wiedzę na ten temat otrzymujemy od kobiet, które chciały się podzielić swoją opowieścią – występując w nich jako sygnalistki, poszkodowane i świadkinie. Jak wskazywałyśmy, zaproszenie do badania ma przede wszystkim charakter interwencji, ale nie pełni wyłącznie takiej funkcji. Warto też podkreślić, że wiele (większość) odpowiedzi na pytania zamknięte i opowieści zawartych w odpowiedziach na pytania otwarte to relacje porodów pięknych, zgodnych ze standardami, ułatwiających wejście w rolę matki. Na podstawie wyników badania „Głos Matek” powstają nie tylko listy placówek wymagających interwencji, ale także publikowane są regularnie rankingi porodówek, w których warunki opieki okołoporodowej są – zdaniem rodzających – najlepsze. W ten sposób badane przyczyniają się do dostarczenia innym kobietom informacji o tym, który szpital warto wybrać, by urodzić w nim dziecko. Konsekwencją tej działalności stała się migracja porodowa. Kobiety coraz częściej rodzą dziecko w starannie wybranej pod względem jakości placówce, nie kierując się miejscem zamieszkania (turystyka porodowa). Jednak kluczowa dla poprawy sytuacji jest każda opowieść, która ujawnia i definiuje jako patologię to, co dla niektórych nadal jest normą.

W warstwie metodologicznej chcemy podkreślić znaczenie opowieści krótkich. Chociaż badania narracyjne ukierunkowane są na opowieści długie, to nasze analizy wskazują na wartość naukowej refleksji i analizy skierowanej

na opowieści krótkie, mikronarracje. Ich powstanie związane jest oczywiście z konstrukcją narzędzia, jednak z jednej strony jako badacze powszechnie korzystamy z pytań otwartych w kwestionariuszach, z drugiej – współczesny przekaz często ma charakter skrótowy – najpierw SMS-y, potem tweety, w międzyczasie ogólniejszy wpływ nadmiaru przekazów i niedoboru zasobów do ich przetwarzania przyczyniają się do owej skrótowości. Długie opowieści są cenne – ale i krótkie niosą ważne treści i warto poddawać je analizie – jeśli nie spełniają one wymogów prowadzenia analizy narracyjnej, to przynajmniej sprzyjają tematycznej analizie treści, która pozwala na porządkowanie, budowanie typologii i eksplorację zjawiska. Ponadto warto zwrócić uwagę na to, że pozyskanie informacji na temat zjawisk trudnych, traumatycznych, może się okazać niemożliwe lub bardzo ograniczone ze względu na niechęć badanych do wyrażenia zgody na pogłębiony, narracyjny wywiad. Badanie „Głos Matek” ze względu na w pełni anonimowy charakter, może być nawet jedynym miejscem, w którym kobieta jest gotowa opowiedzieć w formie pisemnej o swojej krzywdzie. Fundacja Rodzić po Ludzku przez swoją działalność zdobyła zaufanie kobiet, czego dowodem jest regularny, corocznie wysoki poziom odpowiedzi na zaproszenie do udziału w badaniu.

Zastosowane narzędzie pozwala także na zbieranie danych w masowy sposób. Dotąd w latach 2000–2023 (stan na 15.10.2023 r.) kwestionariusz ankiety „Głos Matek” wypełniło łącznie 119 168 kobiet, co pozwala mówić o swoistym fenomenie badawczym. Na przykład na pytanie nr 115: „Proszę opisać sytuację, gdy personel podnosił głos/krzyczał na Panią” dotąd odpowiedziało 11 975 kobiet. Badacz, ale też i nikt inny, nie może zlekceważyć takiego zbioru informacji.

W tym artykule analizowałyśmy dane z lat 2020–2021, jednak tych krótkich opowieści są tysiące. Sądzymy, że dzięki temu projektowi można zbierać opowieści, mikronarracje – a nie „zwykłe” odpowiedzi ankietowe, jednak robiąc to niezależnie od miejsca zamieszkania respondentki, efektu ankietarskiego i barier, jakie mogą się pojawiać w trakcie wywiadu na tematy wymagające podzielenia się intymnymi historiami z obcą osobą. Dzięki temu, że badanie jest realizowane już od wielu lat i na dużej próbie, trudno nie uznać kilku-kilkunastu tysięcy opowieści na taki sam temat za opisujące problemy społeczne, które występują uniwersalnie niezależnie od miejsca i czasu. Ogromna liczba opowieści oddających dokładnie takie same praktyki społeczne i schematy językowe, identyczne opisy układów interakcji społecznych, zinstytucjonalizowane formy traktowania pacjentek i ich partnerów oraz nowo narodzonych dzieci – rysuje dosyć wyraźny obraz sytuacji w skali kraju. Jest to wartość dodana tego interwencyjnego projektu, ponieważ dostarcza istotnych, często pogłębionych opowieści o sytuacji, w jakiej

znalazła się kobieta rodząca dziecko. Warto podkreślić, że wypowiedzi te są pełne emocjonalnej głębi, bywają skargą, są formą radzenia sobie z bezradnością w chwili, którą opisują, nadają przeżyciom narracyjny porządek, umożliwiając zrozumienie sytuacji i odzyskanie sprawczości. W tym sensie spełniają kryteria narracji. Niektóre z opowieści są krótkie, ale – jak wiersz – opowiadają o wszystkim, co (z perspektywy autorek) ważne.

BIBLIOGRAFIA

- Adamska Iwona, Barbara Baranowska, Antonina Doroszevska, Joanna Pietrusiewicz, Maria Godlewska, Dominika Kuźnicka-Błaszowska, Anna Kwiatek-Kucharska.** 2021. Raport. Opieka okołoporodowa podczas pandemii COVID-19 w świetle doświadczeń kobiet i personelu medycznego. <https://rodzicpoludzku.pl/raporty/raport-opieka-okoloporodowa-podczas-pandemii-covid-19-w-swietle-doswiadczen-kobiet-i-personelu-medycznego> [dostęp: 28.09.2023].
- Amorim Melania M., Maria Helena de Silva Bastos, Leila Katz.** 2020. "Mistreatment during childbirth". *Lancet* 396(10254): P816. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31563-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31563-4).
- Ayres-de-Campos Diogo, Frank Louwen, Victoria Vivilaki, Chiara Benedetto, Neena Modi, Mirosław Wielgos, Melania-Elena Pop Tudose, Susanna Timonen, Marlene Reyns, Branka Yli, Pernilla Stenback, Inês Nunes, Burcu Yurtsal, Christophe Vayssière, Georges-Emmanuel Roth, Maria Jonsson, Petra Bakker, Enrico Lopriore, Stefan Verlohren, Bo Jacobsson.** 2024. "European Association of Perinatal Medicine (EAPM), European Board and College of Obstetricians and Gynaecologists (EBCOG), European Midwives Association (EMA). Joint position statement: Substandard and disrespectful care in labour – because words matter". *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 296: 205–207. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.02.048>.
- BIP Fundacji Rodzić po Ludzku** b.d. <https://bip.rodzicpoludzku.pl> [dostęp: 18.04.2024]
- Bohres Meghan A., Joshua P. Vogel, Erin C. Hunter, Olha Luciw, Suprita K. Makh, João Paulo Souza, Karolina Aguiar, Fernando Saraiva Coneglian, Alex Luiz Araújo Diniz, Özge Tunçalp, Dena Jawadi, Olufemi T. Oladapo, Rajat Khosla, Michelle J. Hindin, A. Metin Gülmezoglu.** 2015. "The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review". *PLOS Medicine* 12(6): e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>.
- Bręborowicz Grzegorz H.** 2008. *Położnictwo i ginekologia*. Warszawa: PZWL.
- Brağiel Józefa.** 2005. *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*. Toruń: Adam Marszałek.
- Brunello Silvia, Magali Gay-Berthomieu, Beth Smiles, Eneidia Bardho, Clémence Schantz, Virginie Rozee.** 2024. Obstetric and gynaecological violence in the EU – Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination. [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/IPOL_STU\(2024\)761478](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/IPOL_STU(2024)761478) [dostęp: 19.04.2024].
- Chase Susan E.** 2009. Wywiad narracyjny. Wielość perspektyw, podejść, głosów. W: *Metody badań jakościowych. Tom 2*. K.N. Denzin, Y.S. Lincoln (red.), 15–55. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Chrzan-Dętko Magdalena.** 2023. *Pod powierzchnią. Emocjonalne wyzwania macierzyństwa.* Warszawa: Scholar.
- Denzin Norman K.** 1990. Reinterpretacja metody biograficznej w socjologii: znaczenie a metoda w analizie biograficznej. W: *Metoda biograficzna w socjologii.* J. Włodarek, M. Ziółkowski (red.), 50–61. Warszawa, Poznań: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Doroszevska Antonina.** 2017. *Medykalizacja porodu w Polsce. Raport z monitoringu oddziałów położniczych,* Warszawa: Fundacja Rodzic po Ludzku.
- Doroszevska Antonina, Michał Nowakowski.** 2017. „Medykalizacja opieki okołoporodowej w Polsce”. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 15(2): 172–177.
<https://www.doi.org/10.4467/20842627OZ.17.019.6789>.
- Doroszevska Antonia, Iwona Adamska-Sala, Barbara Baranowska, Monika Piekarek, Joanna Pietrusiewicz.** 2018. Raport z monitoringu oddziałów położniczych. Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle doświadczeń kobiet. Warszawa: Fundacja Rodzic po Ludzku.
<https://rodzicpoludzku.pl/raporty/raport-z-monitoringu-oddzialow-poloznicznych-opieka-okoloporodowa-w-polsce-w-swietle-doswiadczen-kobiet> [dostęp: 4.10.2023].
- Eichelberger Wojciech, Irena A. Stanisławska.** 2017. *Być lekarzem, być pacjentem. Rozmowy o psychologii relacji.* Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Filutowska Katarzyna.** 2018. *Tożsamość narracyjna jako empiryczna podmiotowość – MacIntyre, Taylor, Ricoeur.* Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Foucault Michel.** 2006. Trzy typy władzy. W: *Współczesne teorie socjologiczne.* Tom 1. A. Jasińska-Kania, L.M. Nijakowski, J. Szacki, M. Ziółkowski (red.), 512–536. Warszawa: Scholar.
- Fundacja Rodzic po Ludzku.** b.d. Historia.
<https://rodzicpoludzku.pl/o-nas/historia> [dostęp: 4.10.2023].
- Goffman Erving.** 2011. *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych.* Gdańsk: GWP.
- Helios Joanna, Wioletta Jedlecka.** 2017. *Współczesne oblicza przemocy. Zagadnienia wybrane.* Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Helios Joanna, Wioletta Jedlecka.** 2020. *Przemoc instytucjonalna wobec dzieci. Kulturowe uzasadnienie przemocy instytucjonalnej.* Warszawa: Difin.
- Iwanowicz-Palus Grażyna, Mariola Kicia, Marta Makara-Studzińska.** 2009. Stres w pracy położnej. W: *Psychologia w położnictwie i ginekologii.* M. Makara-Studzińska, G. Iwanowicz-Palus (red.), 46–80. Warszawa: PZWL.
- Jedlecka Wioletta.** 2021. „Szpital psychiatryczny jako przykład instytucji totalnej”. *Studia nad Autorytaryzmem i Totalitaryzmem* 43(2): 241–248.
<https://doi.org/10.19195/2300-7249.43.2.14>.
- Lichtenberg-Kokoszka Emilia.** 2016. *Humanistyczny wymiar opieki okołoporodowej.* Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Łuków Paweł.** 2005. *Granice zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta.* Warszawa: Scholar.
- Karkowska Dorota, Izdebski Zbigniew, Janik Anna, Baum Ewa.** (red.). 2023. *Godna prokreacja, ciąża, poród i połóg. Prawa kobiet.* Warszawa: Wolters Kluwer.
- Konstytucja RP.** 2.04.1997. www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/kon1.htm [dostęp: 4.10.2023].
- Krawczyk-Bocian Amelia.** 2011. „Narracja jako spotkanie”. *Przegląd Pedagogiczny* 1(25): 199–205.
- Krawczyk-Bocian Amelia.** 2023. *Biograficzne istnienie w opowieści.* Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW.

- Kwiatek-Kucharska Anna, Aleksandra Nowakowska-Kutra, Joanna Pietrusiewicz.** 2022. Przemoc położnicza i ginekologiczna. <https://rodzicpoludzku.pl/baza-wiedzy/wiesci-ze-swiatea/przemoc-poloznicza-i-ginekologiczna> [dostęp: 25.09.2023].
- Kubiak Rafał.** 2019. *Prawo medyczne*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
- Kuryś Karolina.** 2010. *Urodzenie pierwszego dziecka jako wydarzenie krytyczne w życiu kobiet i mężczyzn*. Kraków: Impuls.
- Matecka Monika, Ewa Baum.** 2023. Wsparcie społeczne jako czynnik ochronny w zaburzeniach zdrowia psychicznego okresu okołoporodowego. W: *Opieka okołoporodowa w kontekście zdrowia psychicznego*. W. Baum, M. Nowosadko, K. Wszolek, S. Sii Jónsdóttir (red.), 116–128. Poznań: Uniwersytet Medyczny.
- Moloney Sharon, Susan Gair.** 2015. “Empathy and spiritual care in midwifery practice: Contributing to women’s enhanced birth experiences. Women and birth”. *Journal of the Australian College of Midwives* 28(4): 323–328.
- O’Brian Elisabeth, Miriam Rich.** 2022. “Obstetric violence in historical perspective”. *Lancet* 399(10342): 2183–2185. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01022-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01022-4).
- Oleś Katarzyna.** 2018. *Poród naturalny*. Szczecin: Natuli.
- Pennebaker James W., Cindy K. Chung.** 2011. Expressive writing and its links to mental and physical health. In: *The Oxford handbook of health psychology*. H.S. Friedman (ed.), 417–437. New York: Oxford University Press.
- Perrotte Violette, Arun Chaudhary, Annkathryn Goodman.** 2020. “«At least your baby is healthy». Obstetric violence or disrespect and abuse in childbirth occurrence worldwide: A literature review”. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* 10: 1544–1562. <https://doi.org/10.4236/ojog.2020.10110139>.
- Pickles Camilla.** 2023. “«Obstetric Violence», «mistreatment», and «disrespect and abuse»: Reflections on the politics of naming violations during facility-based childbirth”. *Hypatia. A Journal of Feminist Philosophy* 33(3): 628–649. <https://doi.org/10.1017/hyp.2023.73> [dostęp: 18.04.2024].
- Podgórska Joanna.** 2005. *Betonowe położnictwo*. Polityka 43. www.polityka.pl/archiwumpolityki/1866888,1,betonowe-poloznictwo.read [dostęp: 12.10.2023].
- Pospiszyl Irena.** 1994. *Przemoc w rodzinie*. Warszawa: WSiP.
- Rand Leah, Michalel Dunn, Ingrid Slade, Sheela Upadhyaya, Mark Sheehan.** 2019. “Understanding and using patient experiences as evidence in healthcare priority setting”. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 17: 20. <https://doi.org/10.1186/s12962-019-0188-1>.
- Reed Rachel.** 2021. *Reclaiming childbirth as a rite of passage*. Yandina: Word Witch Press.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia** z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. www.gov.pl/web/zdrowie/standardy-opieki-okoloporodowej [dostęp: 4.10.2023].
- Simkin Penny, Ruth Ancheta.** 2015. *Udany poród. Jak wcześniej zapobiec dystocji i ją leczyć*. Warszawa: PZWL.
- Stasiuk-Krajewska Karina.** 2014. „Szpital jako instytucja totalna – dyskursywne i instytucjonalne uwarunkowania komunikacji”. *Dziennikarstwo i Media* 5: 161–179.
- Soroko Emilia.** 2013. „Wybrane sposoby analizy autonarracji w diagnozie paranoicznego zaburzenia osobowości”. *Roczniki Psychologiczne* 16(1): 9–35.

- Trzebiński Jerzy.** (red.). 2002. *Narracja jako sposób rozumienia świata*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Wasilewska Katarzyna.** 2016. Ja w autonarracji o pierwszym macierzyństwie. W: *Narracje o życiu i o jednostce*. J. Wasilewski (red.), 171–195. Warszawa: Instytut Dziennikarstwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- WHO.** 2015. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Geneva.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf. [dostęp: 29.09.2023].
- WHO.** 2016. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/en [dostęp: 10.10.2023].
- WHO.** 2018. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en [dostęp: 2.10.2023].
- Wierciński Hubert.** 2015. *Rak. Antropologiczne studium praktyk i narracji*. Warszawa: WUW.
- Zaborowski Piotr.** 2013. Etyczny wymiar komunikacji z pacjentem. W: *Bioetyka*. J. Różyńska, W. Chańska (red.), 135–154. Warszawa: LEX a Wolters Kluwer Business.
- Zbyrad Teresa.** 2012. „Instytucje opieki totalnej jako forma zniewolenia i kontroli nad człowiekiem potrzebującym pomocy – na przykładzie domów pomocy społecznej”. *Roczniki Nauk Społecznych* 4(40/2): 51–69.

*Aleksandra Nowakowska-Kutra
Agnieszka Jeran*

WOMEN’S STORIES OF MEDICAL AND OBSTETRIC VIOLENCE – PRELIMINARY FINDINGS BASED ON THE ANALYSIS OF THE RESPONDENTS’ STATEMENTS IN THE 2020–2021 VOICE OF MOTHERS SURVEY

Abstract

The aim of this article is to present the results of a qualitative content analysis of selected stories shared by women who completed the “Mothers’ Voice” (“Głos Matek”) survey in 2020–2021. The survey was first conducted in 2000 by the Childbirth with Dignity Foundation (pol. *Fundacja Rodzić po Ludzku*) and it has been continued since. The questionnaire included both closed and open-ended questions, which gave the women space to tell their own childbirth stories. Many of these statements are shocking stories of violence suffered by women giving birth in Poland. Using key understandings on the appropriate course of childbirth and legislation on patients’ rights, the authors analysed various cases of medical and obstetric violence and proposed their classification.

Keywords: stories, storytelling, medical and obstetrics violence, childbirth