

ARTYKUŁY I R O Z P R A W Y

ALEKSANDRA NOWAKOWSKA-KUTRA

Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

AGNIESZKA JERAN

*Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu*WERBALNA PRZEMOC POŁOŻNICZA I LEKARSKA
WOBEK KOBIET RODZĄCYCH W POLSCE
ZAKRES I RÓŻNORODNOŚĆ DOŚWIADCZEŃ RODZĄCYCH
W UJĘCIU SOCJOLOGICZNYM

WSTĘP

Celem artykułu jest ukazanie problemu przemocy słownej stosowanej przez personel medyczny w stosunku do kobiet rodzących w Polsce. Dane wykorzystane w analizie uzyskałyśmy dzięki współpracy z Fundacją Rodzić po Ludzku (FRPL), która od 23 lat prowadzi ciągłe badanie o nazwie „Głos Matek”¹. Analiza objęła dane pochodzące z lat 2021 i 2022.

FRPL działa w Polsce od 27 lat, a jej celem jest: „aby każda kobieta mogła urodzić swoje dziecko w godnych warunkach, otoczona szacunkiem oraz troskliwą i uważną opieką ze strony personelu, przy wsparciu bliskich jej osób” (Misja FRPL). Jednym z jej najważniejszych osiągnięć jest doprowadzenie w 2018 roku do podpisania przez Ministra Zdrowia rozporządzenia dotyczącego standardów opieki okołoporodowej, które zawiera wszystkie elementy opracowanego przez FRPL Dekalogu Rodzenia po Ludzku.

Adresy do korespondencji: ola.nk@ukw.edu.pl; ORCID: 0000-0003-0932-5760; jeran@amu.edu.pl; ORCID: 0000-0002-9670-8585

¹ Zespół FRPL wyraził zgodę na przeprowadzenie analizy zebranego przez Fundację materiału badawczego oraz publikację wyników. Kobiety biorące udział w badaniu wyrażają zgodę na wykorzystanie danych do celów naukowych.

Poród, w świetle teorii krytycznych wydarzeń życiowych, po którą w swoich pracach i badaniach sięgają Richard S. Lazarus, Gerald Caplan, Erich Lindemann i Sigrun-Heide Filipp, to „kamień milowy”, wydarzenie wyjątkowe w życiu kobiet i mężczyzn (zob. Kuryś 2010, s. 33), życiowo doniosłe, mające ogromne znaczenie społeczne i psychiczne — rytuał przejścia zmieniający postrzeganie własnego ciała, samoocenę czy system wartości (Lichtenberg-Kokoszka 2016). Wydarzenie takie wywołuje potrzebę opowiadania i dzielenia się autonarracją o nim (Nowakowska-Kutra 2023). Jak jednak wynika z badań, w tym z ustaleń FRPL, co dziesiąta rodząca, zamiast uzyskać należne wsparcie, staje się ofiarą przemocy werbalnej (Adamska i in. 2021). Dotychczas prezentowano przede wszystkim dane statystyczne dotyczące przejawów przemocy, tutaj uzupełniamy je przywołaniem wypowiedzi rodzających i ich kategoryzacją.

Punkt wyjścia stanowią dla nas wytyczne opisujące właściwą (w świetle wyników badań i przepisów prawa) opiekę okołoporodową. Wyniki naszych badań przedstawiamy w kontraście do wynikającego z tych wytycznych obrazu pozytywnego doświadczenia okołoporodowego. Ilustrujemy przemoc, jakiej doświadczyły (i doświadczają) rodzące w polskich szpitalach, z zastrzeżeniem, że ograniczamy się do przemocy o charakterze werbalnym, głównie krzyku skierowanego do rodzącej. Uzyskane wyniki nie tylko dają obraz typowych przejawów i schematów przemocy (ich zakres i różnorodność, choć jednocześnie wyraźnie zauważalną powtarzalność), ale też stanowią punkt wyjścia tropów interpretacyjnych, które proponujemy jako możliwe wyjaśnienia mechanizmów kryjących się za ową przemocą i które mogą posłużyć za wyjaśnienie (choć nigdy usprawiedliwienie) nieskuteczności przepisów prawa. Nie twierdzimy przy tym, że do naruszeń dochodzi zawsze, jednak jesteśmy przekonane — podobnie jak FRPL — że choćby jedno jest już tym jednym za dużo (Misja FRLP).

WŁAŚCIWA OPIEKA OKOŁOPORODOWA

Wytyczne dotyczące właściwej, to jest poprawnej zarówno z medycznego (związanego z efektywnością i opartego na wynikach badań), jak i prawnego, społecznego oraz psychologicznego punktu widzenia, opieki okołoporodowej za wspólny mianownik mają troskę o dobrostan rodzącej i dziecka (dzieci). Najpełniejszy wyraz znajdują w dokumentach WHO, odnoszących się do pozytywnego doświadczenia porodowego.

Przepisy prawa odnoszące się do sytuacji okołoporodowej

Punkt wyjścia stanowią zapisy Konstytucji RP — wskazujące na godność człowieka (art. 30), nakazujące szanować wolność i prawa innych (art. 31, ust. 2), zakazujące stosowania tortur, poniżającego traktowania i karanía oraz kar cielesnych (art. 40). *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* gwarantuje pacjentowi prawo do świadczeń zdrowotnych (art. 6), w tym związanych z porodem, prawo do poszanowania intymności i godności (art. 20), prawo do leczenia bólu (art. 20a), prawo do obecności osoby bliskiej (art. 21) czy wreszcie prawo do „wyrażania zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody” (art. 15) (zob. Kubiak 2019, s. 77–117).

Istotne są także zapisy aktów korporacyjnych. W *Ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentystry* znajduje się zapis: „lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazanymi aktualnej wiedzy medycznej” (art. 4) (zob. Kubiak 2019, s. 149–253), a etyka lekarska jest szczegółowo opisana w akcie etyczno-deontologicznym, jakim jest *Kodeks etyki lekarskiej* — zgodnie z nim „najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego” (art. 2), od lekarza wymaga się szanowania godności osobistej pacjentów, ich prawa do intymności i prywatności (art. 12 ust. 1) (zob. Kubiak 2019, s. 559–573). Wykonywanie zawodu pielęgniarstwa i położnictwa reguluje *Ustawa o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa*, mowa w niej o wykonywaniu zawodu „z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej” (art. 11) (zob. Kubiak 2019, s. 296–353). Etykę zawodową pielęgniarstwa i położnictwa reguluje *Kodeks etyki zawodowej pielęgniarstwa i położnictwa RP* z dnia 9 grudnia 2003 r. i zapisy tego kodeksu są zbieżne z zasadami obowiązującymi lekarzy (zob. Kubiak 2019, s. 574–578).

Najważniejszym dokumentem określającym szczegółowo standard realizacji opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej jest wspomniane Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r., które określa „poszczególne elementy organizacji opieki mającej na celu zapewnienie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnych interwencji medycznych” (część I, pkt. 1). W standardzie znajdują się szczegółowe wytyczne określające warunki opieki, wsparcia, relacji z personelem medycznym, który ma szanować prawo do intymności i prywatności, udzielając informacji o przysługujących pra-

wach pacjenta, w tym o prawie do łagodzenia bólu i wyrażania potrzeb związanych z porodem.

Wytyczne medyczne i psychologiczne oraz zalecenia WHO

Aby poród postępował, konieczne jest współdziałanie wielu czynników fizjologicznych i psychoemocjonalnych odpowiedzialnych za prawidłowe wydzielanie hormonów (Simkin, Ancheta 2015). Są to: wygodna dla rodzącej pozycja (na przykład jedna z wertykalnych lub inna), możliwość poruszania się, kontrola bólu, poczucie bezpieczeństwa, adekwatne wsparcie, życzliwa obecność osoby bliskiej. Niespełnienie tych warunków obniża poczucie własnej wartości i sprawstwa, zaburza równowagę hormonalną i może „wywołać reakcję psychobiologiczną, która będzie zakłócała efektywny postęp porodu” (Simkin, Ancheta 2015, s. 28), wiąże się z depresją poporodową (Koszevska 2020) i traumą poporodową (Dąbrowska 2023). Ponadto „nieskrępowana ekspresja dźwiękowa (śpiewanie, jęki, krzyk) — pozwala rozładować napięcie, rozluźnić gardło i usta, dać wyraz emocjom i sprzyja produkcji endorfin” (Oleś 2018, s. 148). Zwracamy uwagę na powyższy opis, ponieważ w jego świetle przywołany wcześniej standard opieki okołoporodowej jest nie tylko wyrazem przełożenia praw zawartych w Konstytucji czy ustawach na konkretną sytuację, ale i ustaleń naukowych. Dla personelu medycznego jego wymogi powinny być więc szczególnie istotne jako oparte na trzech silnych uzasadnieniach — etycznym, prawnym i naukowym.

W ujęciu psychologicznym poród może być związany z doświadczeniem przez kobietę silnego stresu. Do jego łagodzenia niezbędne jest wielowymiarowe wsparcie ze strony otoczenia społecznego i personelu medycznego. Brak empatii prowadzi do doświadczenia traumatycznego lub zespołu stresu pourazowego oraz trudności w wejściu w rolę matki i budowaniu więzi z dzieckiem. Wiele kobiet w trakcie porodu doświadcza lęku, silnego bólu, wstydu i głośno wyraża swoje reakcje, a „[k]rzyk czy wyrażanie złości osłabia poczucie bólu, redukuje napięcie” (Matecka, Baum 2023, s. 122), dlatego niekorzystne dla przebiegu porodu jest oczekiwanie, by tę ekspresję ograniczyć.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO 2022) określiła szczegółowe wytyczne, których wdrożenie ma podnieść jakość opieki okołoporodowej na świecie. W centrum wytycznych znajduje się dobrostan kobiety i dziecka, których prawa człowieka w porodzie powinny być poszanowane, a celem proponowanego modelu jest osiągnięcie pozytywnego doświadczenia porodowego.

PRZEMOC GINEKOLOGICZNA (LEKARSKA) I POŁOŻNICZA

Przemoc to „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, s. 14). W literaturze wymienia się przemoc fizyczną, psychiczną, seksualną, pomocową, ekonomiczną, przez zaniedbanie, strukturalną, symboliczną, instytucjonalną, wychowawczą, medyczną, prawną, duchową, polityczną, religijną, domową. Badane przez nas zjawisko krzyku jest przejawem przemocy psychicznej (werbalnej) i wiąże się z naruszeniem godności osobistej ofiary (kobiety rodzącej), poprzez degradację o charakterze werbalnym. Jeśli poród, podczas którego personel medyczny krzyczy na kobietę, odbywa się w szpitalu, to krzyk stanowi także przejaw przemocy instytucjonalnej (strukturalnej — por. Kawula, Brągiel, Janke 2005; Helios, Jedlecka 2020).

Według FRPL „przemoc położnicza i ginekologiczna są to nadużycia, których dopuszczają się osoby sprawujące opiekę wobec kobiety w okresie okołoporodowym lub w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu ginekologii” (Kwiatek-Kucharska, Nowakowska-Kutra, Pietrusiewicz 2022). Majani M. Edward i Zakia Kibanda (2022) stwierdzają, że przemoc położnicza (w tym przemoc werbalna) jest czynnikiem zagrażającym zdrowiu publicznemu.

Do najważniejszych przejawów przemocy ginekologicznej i położniczej według Raportu FRPL z 2018 roku należą: systemowa medykalizacja porodu, wykonywanie procedur oraz świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjentki, nieprzestrzeganie prawa do intymności, dyskryminacja, wymuszenia, przemoc fizyczna oraz przemoc psychiczna, w tym przemoc werbalna (Doroszewska i in. 2018). Nie jest to zagadnienie nowe, przejawy tej przemocy są opisane (Diaz-Tello 2016; Perera i in. 2018; Simonovic 2019), także w odniesieniu do Polski (Oleś-Bińczyk 2011).

ŹRÓDŁA, SPOSÓB I CEL ANALIZY

Kwestionariusz ankiety online „Głos Matek” jest dostępny na stronie internetowej FRPL. Badanie to stanowi największy i najdłużej realizowany monitoring sytuacji w obszarze opieki okołoporodowej w Polsce. Kobiety wypełniają kwestionariusz w trybie ciągłym. Skorzystałyśmy z danych zgromadzonych w powstałej w ten sposób bazie wypowiedzi, jednak zastosowanie badawcze jest uboczne wobec monitorowania i interwencji, które stanowią główny cel działania FRPL.

Decyzja o opisanu przejawów przemocy w trakcie porodu, której sprawcami są przede wszystkim lekarze i położne, wymaga od kobiet odwagi i determinacji. Podejrzewamy, że ankieta FRPL może być jedynym miejscem, w którym niektóre kobiety podzieliły się swoim doświadczeniem. Zdajemy sobie sprawę z tego, że wiele kobiet nawet na taką formę podzielenia się swoją historią dotychczas się nie zdobyło, a motywacją tych, które o swoich doświadczeniach opowiedziały, nie było wspieranie rozwoju wiedzy, ale raczej ostrzeżenie innych kobiet, nadzieja na interwencję, „wyrzucenie” z siebie swojej opowieści, a czasem pochwała i wskazanie miejsc, w których rzeczywiście rodziły w dobrostanie (odpowiedzi nie zawierają wyłącznie doświadczeń negatywnych, choć przedstawiamy tylko ich analizy, ponieważ taki jest cel naszej pracy).

Dane w bazie wypowiedzi gromadzone są na zasadzie samodooboru, zatem nasza próba nie jest reprezentatywna w sensie statystycznym. Przedstawiamy tu wyniki uzyskane dzięki celowo dobranemu, jednemu pytaniu z kwestionariusza, które brzmi: „Proszę opisać sytuację, gdy personel podnosił głos/krzyczał na Panią”. Samodobór i psychologiczne wyzwanie, jakim jest podzielenie się opowieścią o trudnym doświadczeniu, oznaczają, że skala zjawiska krzyku w porodzie może być znacznie większa, i w naszej opinii dane są niedoszacowane.

Odpowiadając na to pytanie kobiety, zgodnie z własną gotowością do podzielenia się szczegółami (ale też pamięcią na temat tych doświadczeń), opisywały między innymi, kto na nie krzyczał, kiedy ta sytuacja miała miejsce, w którym momencie pobytu w szpitalu, opowiadały lub cytowały treść wypowiedzi i jej kontekst. Wypowiedzi te, pobrane z udostępnionej bazy jako korpus wypowiedzi (niestety, bez możliwości grupowania ze względu na cechy kobiet czy ośrodków, w których rodziły — co wynika z konstrukcją bazy), były przez nas kodowane w trzech etapach zgodnie z metodologią teorii ugruntowanej. W pierwszym etapie na podstawie 200 wylosowanych wypowiedzi przygotowaliśmy wstępną listę kodów — kategorii i wartości w ich obrębie, a identyfikując wypowiedzi wielowątkowe ustaliłyśmy, że przy ich kodowaniu każdy wątek będzie stanowił osobny opis, na przykład jeśli krzyk dotyczył akcji porodowej i kobieta zadeklarowała, że krzyczała na nią położna i anestezjolog, to z tej relacji powstawał opis dwóch sytuacji, różniących się podmiotem krzyczącym na rodzącą. Dlatego uzyskana liczba sytuacji przewyższa liczbę wypowiedzi. Wskazania procentowe odnoszą się każdorazowo do liczby sytuacji. W drugim etapie kodowałyśmy wszystkie wypowiedzi. W trzecim przeprowadziłyśmy obliczenia i wybrałyśmy cytaty obrazujące typowe (najczęstsze) kategorie sytuacji przemocy słownej (krzyku) wobec rodzących, ukazując w ten sposób jej zakres i zróżnicowanie.

WYNIKI

Z danych GUS (Szałys i in. 2023, s. 9) wynika, że w 2021 roku w Polsce urodziło się w 2021 roku 331,5 tys. dzieci, a w 2022 roku 305,1 tys. W 2021 roku ankietę „Głos Matek” wypełniło 13 845 kobiet, co stanowi 4,2% rodzących. Doświadczenie podniesienia na nie głosu/krzyku zadeklarowało 1315 kobiet, czyli 9,5% uczestniczek badania. Natomiast w 2022 ankietę wypełniło 11 918 kobiet (czyli 3,9% rodzących), z czego deklarację doświadczenia przekazały 820 kobiet (czyli 6,9% badanych). Przekłada się to na deklarację doświadczenia przemocy słownej w czasie okołoporodowym przez odpowiednio 0,4 i 0,3% rodzących. Istotność nie ma tu charakteru statystycznego, ale społeczny — w świetle wytycznych dotyczących opieki okołoporodowej, a także w świetle norm zachowania w interakcjach społecznych — każdy krzyk, podniesienie głosu, zruganie rodzącej czy matki opiekującej się w szpitalu noworodkiem, to coś, co nie powinno występować wcale.

W wyniku kodowania odpowiedzi 1315 kobiet z roku 2021 uzyskałyśmy 1489 sytuacji, z których 452 (30%) dotyczyło porodu siłami natury, a 111 (7,5%) porodu z wykorzystaniem cesarskiego cięcia. Dla danych z roku 2022 było to odpowiednio 807 odpowiedzi, 968 sytuacji, w tym 343 (35%) porodu siłami natury i 71 (7,3%) cesarskiego cięcia. Pozostałe opisywane sytuacje związane były z opieką nad noworodkiem (odpowiednio 243 i 16% oraz 300 i 31%) oraz innymi lub niesprecyzowanymi okolicznościami okołoporodowymi. W analizie skupiłyśmy się na przedstawieniu doświadczenia przemocy słownej w sytuacji porodu siłami natury.

W porodzie uczestniczy personel medyczny należący do ograniczonej liczby kategorii — przede wszystkim położne i lekarze. To oni stanowią główną grupę osób wskazanych jako krzyczące na rodzące kobiety. W obu badanych okresach udziały wskazań były bardzo podobne — w 41% przypadków (w 2021 roku) i 42% (w 2022 roku) były to położne, w 20% (identycznie w obu okresach) lekarze (ginekolodzy), w 2% i 3% (odpowiednio) lekarze anestezjologów — właśnie ze względu na wskazywanie anestezjologów zdecydowałyśmy się pisać o przemocy lekarskiej, a nie tylko położniczej. W około 1/3 przypadków (odpowiednio 36% i 32%) kobiety nie były w stanie określić dokładniej, kto na nie krzyczał — jest to w części wyraz powszechnej w szpitalach praktyki nieprzedstawiania się pacjentce i nieinformowania o zajmowanym stanowisku (stąd relacje ograniczające się do stwierdzenia, że krzyczała kobieta — czy była to położna, pielęgniarka czy lekarka — nie wiadomo, prawdopodobnie nie wiedziała też tego kobieta rodząca), a w części zapewne także konsekwen-

cja charakteru doświadczania porodu, w czasie którego identyfikacja osób z otoczenia może być dla rodzącej mało istotna.

Drugi aspekt ujawniony w opisach sytuacji dotyczył uwarunkowań komunikacyjnych — tego, czy podniesiony głos przedstawicieli personelu medycznego pojawia się samoistnie, czy też jest reakcją na wypowiedzi lub zachowania rodzącej. Najczęstszą zidentyfikowaną okolicznością była reakcja na zachowanie kobiety — w czasie samego porodu lub związanych z nim badań — taki krzyk pojawiał się w około połowie przypadków (52% w 2021 roku i 47% w 2022 roku). Kolejną okoliczność (około 1/5 przypadków) dotyczyła odpowiadania krzykiem na krzyk kobiety (przy czym w zdecydowanej większości był to krzyk związany z parciem — w 2021 roku reakcja na krzyk przy parciu to 18% sytuacji krzyku personelu, w 2022 roku — 15%). Personel reagował także krzykiem na prośby czy pytania pacjentek w czasie porodu (odpowiednio 4% i 3% w 2021 roku oraz 5% i 3% w 2022 roku).

Najobszerniejszą analizę wraz z przykładami przedstawiamy w odniesieniu do treści przekazów wyrażanych przez personel krzykiem lub podniesionym głosem. Najczęściej były to:

- krytyka odruchów fizjologicznych, przede wszystkim krzyku przy parciu (17% w 2021 i 16% w 2022 roku);
- podważanie kompetencji pacjentki do porodu (odpowiednio 13% i 16%);
- instrukcje lub informacje (odpowiednio 13% i 10%);
- generalizująca ocena pacjentki (odpowiednio 12% i 6%);
- krytyka domagania się własnych praw przez pacjentkę (odpowiednio 10% i 8%).

Najczęściej krzyczącymi na rodzącą okazują się położne — treści ich komunikatów dotyczyły przede wszystkim krytyki krzyku rodzącej w czasie parcia (17% w 2021 roku i 14% w 2022 roku), podważenia kompetencji rodzącej do porodu (odpowiednio 16% i 17%) oraz instruktażu i informowania (odpowiednio 13% i 11%). Ilustracyjnie przytaczamy opisy wypełniających kwestionariusz kobiet (wpisywały one albo parafrazy, albo cytaty — należy jednak wziąć pod uwagę okoliczności i upływ czasu. Nawet to, co zostało przy wpisie oznaczone jako cytowanie wypowiedzi, w wielu przypadkach zapewne nie jest cytatem w ścisłym rozumieniu).

Wyrażone krzykiem komunikaty położnych stanowiące krytykę krzyku rodzącej zawierają obok krytyki często także groźby/ostrzeżenia: szkodzenia dziecku (zabierania tlenu) i wyczerpywania sił rodzącej czy opuszczenia jej przez położną. Jednak w świetle badań medycznych krzyk nie zabiera ani tlenu (wręcz wymaga głębokiego oddechu), ani sił. Krytyka

jest więc bezpodstawna, zarazem jako krytyka fizjologicznego odruchu towarzyszącego parciu, jak i jako reakcja obudowana kontryfaktycznymi groźbami niekorzystnego wpływu na przebieg porodu.

Jedna z położnych przy skurczach partych... „nie drżysz się tak babo!” [2021_65]²

Podczas bóli porodowych, położna krzyczała, że zamiast się drzeć to mam oddychać, bo dziecko nie dostaje tlenu. I że tak się drę, że nie słyszę co ona do mnie mówi [2021_908]

Podczas pierwszej fazy porodu, gdy miałam skurcze położna przyszła i naskoczyła na mnie żebym się tak nie darła bo nie będę miała siły na poród [2022_661]

Wypowiedzi, które uznawałyśmy za podważanie kompetencji kobiety do rodzenia, odnosiły się przede wszystkim do parcia, ale także do innych reakcji, na przykład na podanie oksytocyny. Tu z kolei widoczny jest brak wsparcia informacyjnego poprzez instrukcję i jednocześnie krytyka za reakcję organizmu, na którą rodząca nie ma świadomego wpływu.

Gdy 6 godzin przed urodzeniem dziecka, w trakcie porodu w środku nocy położna kazała mi spać i zabrała kłg „trzeba było w domu z mężem zostać a nie przyjeżdżać! To jest zawracanie dupy! Niech śpi!” [2021_117]

Położna krzyczała, że nie umiem przeć, że robię to źle [2022_312]

W trakcie porodu, gdy bardzo męczyły mnie bóle i nie mogłam się rozluźnić, tylko drżałam, a poród nie postępował, Pani Położna podniesionym głosem powiedziała, że ja tu przyszłam urodzić, a nie się „pieścić”. Dodam, że przyczyną zakończenia go cesarskim cięciem był brak postępu, mój organizm tak reagował na oksytocynę, to nie było żadne „pieszczenie” z mojej strony [2022_532]

Wyrażone krzykiem instruowanie lub informowanie przez położne dotyczyło przede wszystkim parcia i oddechu, a także ogólniej — podporządkowania się oczekiwaniom personelu.

Przy parciu położna wymagała zupełnie innego zachowania niż uczono mnie w szkole rodzenia, miała dziwne instrukcje i nie wiedziałam co robić przez co się złościła [2021_417]

Podczas wywoływania porodu pani położna podniosła na mnie głos, „tłumaczac mi” sytuację, w której się znajduję. Byłam w szoku, rozpoczynały się skurcze, potrzebowałam wsparcia i dobrego słowa. Ta sytuacja doprowadziła mnie to do łez [2022_105]

² Opisujemy bez wprowadzania zmian czy korekt, tak jak zostały wpisane przez badane do kwestionariusza i pobrane przez nas do bazy na potrzeby tej analizy. Oznaczenia cytatów: rok, z którego pochodzi wypowiedź, oraz numer kolejny relacji. Niezależnie od liczby sytuacji opisanych w jednej odpowiedzi — numer relacji pozostaje stały.

Gdy przy skurczach poruszałam się na łóżku położna naskoczyła na mnie, że mam panować nad swoim ciałem, bo mam podłączone KTG [2022_751]

Analiza treści wypowiedzi lekarzy wyrażanych krzykiem prowadzi do wyników zbliżonych jak w przypadku położnych — jest to przede wszystkim podważanie kompetencji do rodzenia (głównie krytyka parcia — 14% sytuacji krzyku lekarzy w czasie porodu w 2021 roku i 19% w roku 2022), krzyk w reakcji na krzyk towarzyszący parciu (odpowiednio 11% i 18%), przekazywanie krzykiem instrukcji (odpowiednio 12% i 10%) oraz krytyka domagania się przez rodzącą przestrzegania jej prawa do decydowania (odpowiednio 13% i 7%).

Krzykiem (a czasem czynnie, zasłaniając usta) zakazuje się krzyku, nakazuje uspokojenie przy parciu. Jednocześnie uzasadnieniem dla uciszania bywa groźba (krzywdzenie dziecka), wskazanie typowości sytuacji porodu. Wydaje się to szczególnie niezrozumiałe — rodząca krzyczy, bo rodzi, ale właśnie dlatego ma nie krzyczeć.

A trakcie bóli partych Pani doktor podnosiła na mnie głos i wyśmiewała się. „No i po co się drzesz” „przyj dziecku krzywdę robisz” [2021_1052]

W trakcie porodu lekarka że mam nie krzyczeć bo to poród [2022_343]

Sytuacja miała miejsce podczas parcia, miałam zabranianie krzyczenia z bólu (zasłaniano mi nawet usta ręką, z czego nie mogłam oddychać) [2022_468]

Uwagi lekarzy i lekarek przyjmujących poród odnoszą się przede wszystkim do umiejętności związanych z parciem czy współpracy z lekarzem. Także i te wypowiedzi uzupełniane były groźbami szkodenia dziecku czy usunięcia z sali towarzyszącego rodzącej męża.

Podczas parcia lekarz powiedział podniesionym głosem, że źle prę i że za chwile wyprosi męża [2022_279]

W trakcie parcia lekarz zarzucał mi podniesionym głosem że nie umiem przeć tak jak mi każą i przez to moje dziecko się męczy [2021_525]

Sytuacja miała miejsce podczas parcia [...] personel (lekarz) przez cały poród krzyczał na mnie mówiąc, że NIE POTRAFIĘ RODZIĆ I MAM SIĘ OGARNAĆ [2022_468]

Kierowane do rodzących instrukcje — dotyczące oddychania czy parcia — także wyrażane bywają krzykiem i uzupełniane groźbą, że bez podporządkowania się im, kobieta nie urodzi, że ma się nie sprzeciwiać (analogia do wojska), a także wskazaniem na wygodę personelu.

W II okresie porodu, kiedy wydychalam powietrze podczas spontanicznego parcia, ginekolog krzyczał, że mam przeć na bezdechu [2021_146]

Podczas porodu, kiedy pomimo wskazań medycznych do cesarskiego cięcia, lekarz zdecydował, aby spróbować urodzić naturalnie. Kazał „przeć jak na kupę”, po pierwszej próbie stwierdził, że jak mam tak przeć to on porodu nie przyjmuje. Komentował, że na jego polecenie ma być, jak w wojsku. Krzyczał podczas robienia kleszczy, zostałam przywiązana do łóżka [2022_101]

W czasie porodu lekarka krzyczała żeby rozkładać nogi bo jej niewygodnie [2021_1228]

W przypadku lekarzy szczególnie istotne wątki ujawniły się w zakresie domagania się przez rodzące własnych praw — były one krzykiem negowane, a mogło to dotyczyć — jak pokazują przykłady — pozycji w czasie porodu, świadomej zgody czy żądania znieczulenia (z dodatkową stygmatyzacją).

Nie pozwolono mi przeć w wybranej przeze mnie pozycji (na czworaka) Kilkakrotnie powtarzałam, że ja nie będę rodzić na plecach. Pani doktor poirytowana i lekko podniesionym głosem kazała mi się słuchać położnej i położyć na plecach i przeć pod dyktando położnej [2021_767]

Podczas porodu lekarz powiedział podniesionym głosem, że nie będzie pytał o zgodę na oksytocynę oraz krzyczał, że niczego nie osiągnę swoim zachowaniem i muszę urodzić naturalnie [2021_799]

Lekarz prowadzący gdy poprosiłam o znieczulenie wyśmiał mnie mówiąc, że jestem psychiczną i może mi wezwać psychologa zamiast anestezjologa [2021_1222]

Z różnych przyczyn, co wskazano wcześniej, rodzące nie zawsze wskazują funkcję czy stanowisko osoby z personelu medycznego, od której usłyszały krzyk — zapewne były to położne, pielęgniarki lub lekarki albo lekarze. Te komunikaty co do treści okazują się zbieżne z typowymi dla położnych czy lekarzy — są krzykiem zakazującym krzyku (19% w roku 2021 i 17% w 2022), podważeniem kompetencji do rodzenia (odpowiednio 10% i 15%) albo instruktążem (odpowiednio 11% i 8%). Uderza, że sporo jest wypowiedzi o niesprecyzowanej treści — zawierają stosunkowo licznie reprezentowane (odpowiednio 14% i 24%) opisy sprowadzające się do uogólnionej relacji „Podczas porodu” [2022_393].

Reakcją na krzyk przy parciu w tych relacjach, w których kobiety nie wskazały autorki przywoływanych wypowiedzi, jest uciszanie uzasadnione ugrzecznianiem — matce nie wypada przeklinać, należy się lepiej zachowywać, a także potrzebami członków personelu (ich wrażliwością na krzyk). Podobnie jak we wcześniejszych przykładach w przywoływanych wypowiedziach obecne są także groźby.

Było mi „mówione” że nie mogę krzyczeć i przeklinać że mam być cicho po za tym przyszłej matce nie wypada przeklinać [2021_86]

Podczas porodu krzyczano na mnie że podczas ktg mam się nie ruszać bo zabiję swoje dziecko, krzyczano że mam nie płakać nie wydzierać się bo cały oddział mnie słyszy gdy prosiłam o znieczulenie odmawiano mi za każdym razem. Krzyczano że mam się tak nie drzeć bo pani nie słyszy swojej koleżanki [2022_754]

Gdy krzyczałam w trakcie porodu, krzyczono na mnie bym nie krzyczała bo bolą ich uszy [2022_167]

Podważanie krzykiem kompetencji do rodzenia związane było przede wszystkim z komentowaniem parcia — jako niewystarczająco efektywnego, a przez to sprowadzającego zagrożenie na dziecko.

Że się za bardzo spinam podczas porodu i hamuję przez to poród [2021_380]

Podczas porodu krzyczenie w trakcie parcia „jak przesz, jak nie przesz, nie potrafisz! To jak robienie kupy przecież!” [2022_169]

Instrukcje także formułowano krzycząc — jak to już ukazały wcześniej-sze przykłady. Dotyczyły one przede wszystkim parcia, współpracy z personelem, niezrozumienia przez rodzącą kierowanych do niej instrukcji.

W trakcie prawie całego porodu. Jestem pierworódką. Urodziłam w dwie godziny. Wśród wyzwisk, i odzywek w stylu „rodź szybciej tego bachora!”. Syn urodził się w 2 godziny w zamartwicy urodzeniowej. Do końca życia będzie mieć rehabilitację, bo pani się do domu spieszyło. Warunki rodem z PRL [2021_1004]

W trakcie parcia: 1. trzymaj żesz te nogi jak ci kazałam!!! 2. Gdzie idziesz?! Mówiłam nie wstawać!!! 3. Było się wcześniej zastanowić! (Czyli nie płodzić dziecka) [2021_1038]

W trakcie porodu, zamiast udzielić informacji i pokierować lub zapytać jak pomóc to Krzyki, że leżeć i się nie ruszać [2022_457]

Podsumowując, chcemy wskazać na kilka kluczowych ustaleń. Przede wszystkim analiza ujawnia podobieństwo wątków — niezależnie od tego, czy przemoc werbalną stosują położna czy lekarz, ich krzyk zasadniczo dotyczy tego samego — jest żądaniem ciszy lub posłuszeństwa albo krytyką. Drugi ważny wniosek dotyczy stosowanej przez personel medyczny argumentacji, która nawet nie tyle jest potoczna, co opozycyjna wobec ustaleń naukowych — skierowany do rodzącej krzyk nie motywuje jej, ale jest czynnikiem zwiększającym odczuwany przez nią stres, natomiast krzyk samej rodzącej stres ten obniża, zatem zakazywanie krzykiem krzyku jednoznacznie przekłada się na obniżenie dobrostanu i oddala od pozytywnego doświadczenia okołoporodowego. Analogicznie oddziałuje ograniczanie sprawczości i podmiotowości poprzez zakazywanie zmian pozycji czy oczekiwanie pełnego posłuszeństwa.

Jeśli zatem wytyczne dotyczące właściwej opieki okołoporodowej opierają się na przepisach prawa, etyce i nauce, to sytuacje przedstawione przez rodzące wskazują na wyraźny niedobór szacunku dla każdego z tych źródeł. Konkludując — doświadczenie badanych kobiet świadczy o poważnym rozdźwięku między codzienną praktyką i rzeczywistością okołoporodową a obowiązującym w Polsce prawem. Taki wniosek nasuwa się nawet, jeśli uwzględnimy skalę relacji i fakt zapośredniczenia opisu i przekazywania go po dłuższym czasie (co nie jest bez znaczenia dla jakości przedstawionej narracji). Jednocześnie ta wyraźna obecność przemocy werbalnej — przy bardzo mocnych i wielowątkowych przesłankach dla praktyk zgodnych z wytycznymi — wskazuje na celowość dalszych dociekań dotyczących personelu. Czym kieruje się krzycząca na rodzącą położna czy lekarz? W wymiarze psychologicznym możemy szukać wyjaśnień, odwołując się do doświadczania stresu, niekompetencji (np. komunikacyjnych) (Zaborowski 2013; Heszen-Celińska, Sęk 2020) czy wypalenia zawodowego (ściślej — jego aspektów związanych z depersonalizacją pacjentek), ale być może także frustracji, nawyku, braku refleksji, błędnych przekonań na temat mechanizmów motywowania (motywowanie strachem).

WNIOSKI:

PROPONOWANE TROPY INTERPRETACYJNE I TEORETYCZNE

Wyniki badania można interpretować w świetle różnych teorii socjologicznych czy psychologicznych. Jak wspomnieliśmy, nie można ich generalizować w sensie statystycznym, jednak poprzez ujawnienie przemocowych praktyk realizowanych w ramach interakcji między personelem a pacjentem staramy się realizować demaskatorską funkcję socjologii. Przemoc werbalna personelu wobec rodzących jest zjawiskiem, o którym dowiadujemy się nie tylko z licznych doniesień naukowych, raportów organizacji pozarządowych, takich jak przywołane wyżej Raporty FRLP, wytyczne WHO opracowane według standardów EBM (WHO 2015), ale także z opowieści, którymi dzielą się kobiety w zamkniętych grupach w mediach społecznościowych czy chociażby podczas spotkań kręgów porodowych. Także FRPL przyjmuje wiele skarg od pacjentek poprzez generator skarg. Doświadczana przez rodzące przemoc — w tym werbalna, którą analizujemy — budzi potrzebę dzielenia się, mówienia innym kobietom o doświadczonej krzywdzie.

Poza kwestiami naruszenia przez personel medyczny obowiązującego prawa i negatywnego wpływu, jaki takie zachowanie wywiera na dobrostan

rodzących, ważny socjologiczny trop interpretacyjny stanowi kontekst instytucjonalny — badane kobiety rodziły w szpitalu, w 2021 roku doświadczając dodatkowo wielu obostrzeń związanych z pandemią COVID-19 na tle innych już wcześniej istniejących przejawów instytucjonalizacji narodzin (Nowakowska 2016, s. 152). Michel Foucault w pracy *Narodziny kliniki* uznał szpital za miejsce sztuczne, które „rodzi choroby nie tylko w swojej zamkniętej i zaraźliwej przestrzeni, lecz również w przestrzeni społecznej” (Foucault 1999, s. 38). Krzyk personelu, którego doświadczają rodzące, jest przejawem patologii („choroby”) relacji między lekarzami, położnymi, pielęgniarkami, salowymi a pacjentkami i stanowi element kontroli nad ciążą i porodem przez sprawujących władzę (por. Nowakowska 2016). Analizując medykalityzacyjne praktyki władzy społeczeństwa dyscyplinarnego Ewa Bińczyk (2002, s. 187) pisze, że zdaniem Foucaulta „szpitale przypominają więzienia”. Przyrównanie szpitali do więzień nasuwa wnioski, że ważnym odniesieniem są tu instytucje totalne opisane przez Ervinga Goffmana (2011), z ich podziałem na personel (strażników) i podwładnych. Personel funkcjonuje w ramach wewnętrznej hierarchii: reprezentantami władzy są lekarze z uprawnieniami do wydawania poleceń pielęgniarkom i położnym, które mimo wysokich kwalifikacji zawodowych nadal określane są jako „średni personel”. Z badań nad dyskursem medycznym wynika, że położne doświadczają zawodowej marginalizacji (Nowakowska 2016, s. 154), a w systemie medycznym toczy się walka o wpływy (Nowakowska 2014, 2016). To może powodować frustrację, a ta może wywoływać skrajne reakcje emocjonalne.

Kolejny istotny trop to procesy medykalityzacji. Chociaż poród jest zjawiskiem fizjologicznym, które zwykle nie wymaga medycznych interwencji, to w wyniku procesów społecznych i uwarunkowań systemowych, finansowych czy organizacyjnych podlega wielu zabiegom, określanym jako medykalityzacja porodu (Doroszewska, Nowakowski 2017) i macierzyństwa (Domańska 2005). Jako refundowane świadczenie zdrowotne podlega także racjonalizacji, prowadzącej do dehumanizacji i biurokratyzacji, a wręcz makdonaldyzacji (Ritzer 2003).

Krzyk jako wyraz przewagi, władzy i wiedzy profesjonalnej personelu ma za zadanie między innymi: podporządkować, poinstruować, upokorzyć, odebrać sprawczość i przekonanie o posiadaniu kompetencji jako matka i kobieta zdolna do wydania dziecka na świat. Krzyk ma więc dyscyplinować ciało — w tym przypadku ciało rodzące. Foucault (2009, s. 133–134) pisał: „ciało ludzkie dostaje się w tryby maszynierii władzy”. Władza personelu medycznego, sprawującego hierarchiczny nadzór (Foucault 2009, s. 168–174), stosującego przemoc werbalną, normalizujące sankcje jako

sztukę karania (Foucault 2009, s. 174–180), jest tym silniejsza, że w porodzie kobieta jest właściwie bezbronna. Ból porodowy, strach, poczucie zależności od innych, chęć sprostania oczekiwaniom społecznym, a w przypadku kobiet rodzących po raz pierwszy brak doświadczenia porodowego, powodują, że ciało rodzącej jest przemocowo poddawane technikom ujarzmania i kontrolowania, co Foucault zwie tresurą i korekcją, wdrażaniem do posłuszeństwa (zob. Muszyński 2020). Przemoc werbalna w porodzie odbywa się w odizolowanej przestrzeni, a — jak zauważa Foucault (2009, s. 137) — dyscyplina wymaga „klauzury”. Ten trop łączy więc socjologię ciała i socjologię władzy.

Krzyk personelu w porodzie, jako forma przemocy słownej, może być uznany za błąd jatrogenny, prowadzący do zahamowania postępu porodu, może być przyczyną zespołu porodowego stresu pourazowego oraz narusza dobrostan psychiczny i fizyczny rodzącej. Przemoc werbalna stanowiąca formę przemocy ginekologicznej i położniczej jest przejawem szerszych problemów, takich jak przemoc wobec kobiet, kultura przemocy instytucjonalnej podmiotów leczniczych, opresyjna wobec personelu medycznego i pacjentek hierarchia szpitalna, niedostateczna edukacja w zakresie komunikacji medycznej, brak wsparcia dla personelu medycznego w zakresie radzenia sobie ze stresem i profilaktyki wypalenia zawodowego (Iwanowicz-Palus, Kicia, Makara-Studzińska 2009). Innymi słowy — świadectwa rodzących kobiet, wobec których personel medyczny stosował przemoc werbalną, stanowią potwierdzenie wyzwań, jakie stoją przed badaczami zjawiska, w tym zaangażowanymi socjologami i socjolożkami, i przed każdym, kto dąży do uczynienia praktyk opieki medycznej zgodnymi ze ideami etycznymi, przepisami prawa i ustaleniami nauki. Sytuacja tak skrajna (w sensie psychologicznym, a także zakresu wbudowanej nierówności i wewnętrznych napięć) jak poród stanowić może (powinna) wskaźnik jakości opieki medycznej jako takiej.

Podziękowania

Składamy wyrazy podziękowania całemu Zespołowi FRPL za wyrażenie zgody na przeprowadzenie analizy zebranego przezeń materiału badawczego. Dziękujemy tysiącom kobiet, które co roku wypełniają kwestionariusz ankiety „Głos Matek”, dzieląc się swoim doświadczeniem porodowym, przekazując osobiste opowieści, a tym samym bezcenne dane, i w ten sposób dostarczają wiedzy na temat jakości opieki okołoporodowej w Polsce i przyczyniają się do podejmowania różnorodnych działań służących poprawie sytuacji w tym obszarze.

BIBLIOGRAFIA

- Adamska Iwona, Baranowska Barbara, Doroszevska Antonina, Pietrusiewicz Joanna, Godlewska Maria, Kwiatek-Kucharska Anna, 2021, Raport: *Opieka okołoporodowa podczas pandemii COVID-19 w świetle doświadczeń kobiet i personelu medycznego*. Fundacja Rodzic po Ludzku. (<https://rodzicpoludzku.pl/raporty/raport-opieka-okoloporodowa-podczas-pandemii-covid-19-w-swietle-doswiadczen-kobiet-i-personelu-medycznego/> [dostęp: 28.09.2023]).
- Bińczyk Ewa, 2002, *Nieklasyczna socjologia medycyny Michela Foucault: praktyki medykalizacji jako praktyki władzy*, w: Włodzimierz Piątkowski, Anna Titkow (red.), *W stronę socjologii zdrowia*, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 181–193.
- Dąbrowska Justyna, 2023, *Przeprowadzę cię na drugi brzeg. Rozmowy o porodzie, traumie i ukojeniu*, Wydawnictwo Agora, Warszawa.
- Diaz-Tello Farah, 2016, *Invisible Wounds: Obstetric Violence in the United States*, „Reproductive Health Matters”, t. 24(47), s. 56–64 (<https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.004>).
- Domańska Urszula, 2005, *Medykalizacja i demedykalizacja macierzyństwa*, w: Włodzimierz Piątkowski, Włodzimierz A. Brodniak (red.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza, Tycyn, s. 311–322.
- Doroszevska Antonina, Adamska-Sala Iwona, Baranowska Barbara, Piekarek Monika, Pietrusiewicz Joanna, 2018, *Raport z monitoringu oddziałów położniczych. Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle doświadczeń kobiet*, Fundacja Rodzic po Ludzku (<https://rodzicpoludzku.pl/raporty/raport-z-monitoringu-oddzialow-poloznicznych-opieka-okoloporodowa-w-polsce-w-swietle-doswiadczen-kobiet/> [dostęp: 04.10.2023]).
- Doroszevska Antonina, Nowakowski Michał, 2017, *Medykalizacja opieki okołoporodowej w Polsce*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, nr 2, s. 172–177.
- Edward Majani M., Kibanda Zakia, 2022, *Obstetric Violence: A Public Health Concern*, „Health Science Reports”, „PubMed Central”, PMID: PMC9795374 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9795374/> [dostęp: 01.10.2023]).
- Foucault Michel, 1999, *Narodziny kliniki*, tłum. Paweł Pieniążek, Wydawnictwo KR, Warszawa.
- Foucault Michel, 2006, *Trzy typy władzy*, tłum. Małgorzata Kowalska, w: Aleksandra Jasińska-Kania, Lech M. Nijakowski, Jerzy Szacki, Marek Ziółkowski (red.), *Współczesne teorie socjologiczne*, Scholar, Warszawa, s. 512–536.
- Foucault Michel, 2009, *Nadzorować i karać*, tłum. Tadeusz Komendant, Aletheia, Warszawa.
- Goffman Erving, 2011, *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańców innych instytucji totalnych*, tłum. Olena Waśkiewicz, Jacek Łaszcz, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Helios Joanna, Jedlecka Wioletta, 2020, *Przemoc instytucjonalna wobec dzieci. Kulturowe uzasadnienie przemocy instytucjonalnej*, Difin, Warszawa.
- Heszen-Celińska Irena, Sęk Helena, 2020, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Iwanowicz-Palus Grażyna, Kicia Mariola, Makara-Studzińska Marta, 2009, *Stres w pracy położnej*, w: Marta Makara-Studzińska, Grażyna Iwanowicz-Palus (red.), *Psychologia w położnictwie i ginekologii*, PZWL, Warszawa, s. 46–80.
- Kawula Stanisław, Brągiel Józefa, Janke Andrzej W., 2005, *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.

- Koszewska Iwona, 2020, *O depresji w ciąży i po porodzie*, PZWL, Warszawa.
- Kubiak Rafał, 2019, *Prawo medyczne*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa.
- Kuryś Karolina, 2010, *Urodzenie pierwszego dziecka jako wydarzenie krytyczne w życiu kobiet i mężczyzn*, Impuls, Kraków.
- Kwiatk-Kucharska Anna, Nowakowska-Kutra Aleksandra, Pietrusiewicz Joanna, 2022, *Przemoc położnicza i ginekologiczna* (<https://rodzicpoludzku.pl/baza-wiedzy/wiesci-zeswiata/przemoc-poloznicza-i-ginekologiczna/> [dostęp: 25.09.2023]).
- Lichtenberg-Kokoszka Emilia, 2016, *Humanistyczny wymiar opieki okołoporodowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole.
- Matecka Monika, Baum Ewa, 2023, *Wsparcie społeczne jako czynnik ochronny w zaburzeniach zdrowia psychicznego okresu okołoporodowego*, w: Ewa Baum, Maria Nowosadko, Katarzyna Wszolek, Sigríður Sía Jónsdóttir (red.), *Opieka okołoporodowa w kontekście zdrowia psychicznego*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, s. 116–128.
- Muszyński Karol, 2020, *Michel Foucault*, w: Andrzej Kojder, Zbigniew Cywiński (red.), *Socjologia prawa. Główne problemy i postacie*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, s. 98–102.
- Nowakowska Luiza, 2014, *Refleksje nad ciążą i porodem. Perspektywa krytycznej analizy dyskursu*, „Kultura — Społeczeństwo — Edukacja”, nr 1, s. 9–24 (<https://doi.org/10.14746/kse.2014.5.1.01>).
- Nowakowska Luiza, 2016, *Ciąża, poród, macierzyństwo jako obszary ustanawiania i utrwalania społecznej marginalizacji kobiet* *Perspektywa feministyczna*, w: Kazimiera Wódz, Dorota Nowalska-Kapuścik, Grzegorz Libor (red.), *Peryferie społeczne w teorii i badaniach empirycznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, s. 149–157.
- Nowakowska-Kutra Aleksandra, 2023, *Niektóre społeczne i komunikacyjne znaczenia w autonarracjach o porodzie zamieszczonych przez matki w grupach wsparcia na Facebooku — ustalenia wstępne*, w: Antonina Doroszevska, Marta Chojnacka-Kuraś, Aldona K. Jankowska (red.), *Komunikacja medyczna — wyzwania i źródła inspiracji*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, s. 302–322.
- Oleś Katarzyna, 2018, *Poród naturalny*, Natuli, Szczecin.
- Oleś-Binczyk Zuzanna, 2011, *Medykalizacja ciąży i porodu w Polsce*, w: Alicja Pałęcka, Helena Szczodry, Marta Warat (red.), *Kobiety w społeczeństwie polskim*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 43–63.
- Perera Dinusha, Lund Ragnhild, Swahnberg Katarina, Schei Berit, Infanti Jennifer J., 2018, *‘When Helpers Hurt’: Women’s and Midwives’ Stories of Obstetric Violence in State Health Institutions, Colombo District, Sri Lanka*, „BMC Pregnancy and Childbirth”, t. 18: 211 (<https://doi.org/10.1186/s12884-018-1869-z>).
- Pospiszył Irena, 1994, *Przemoc w rodzinie*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
- Ritzer George, 2003, *Makdonaldyzacja społeczeństwa*, tłum. Ludwik Stawowy, Muza, Warszawa.
- Simkin Penny, Ancheta Ruth, 2015, *Udany poród. Jak wcześniej zapobiec dystocji i ją leczyć*, tłum. Marta Florea, PZWL, Warszawa.
- Simonovic Dubravka, 2019, *A Human Rights-Based Approach to Mistreatment and Violence against Women in Reproductive Health Services with a Focus on Childbirth and Obstetric Violence*, w: *Report of the Special Rapporteur on Violence against Women, Its Causes and*

Consequences on a Human Rights-Based Approach to Mistreatment and Violence against Women in Reproductive Health Services with a Focus on Childbirth and Obstetric Violence (<https://digitallibrary.un.org/record/3865936?ln=en> [dostęp: 29.09.2023]).

Szałys Dorota i in., 2023, *Sytuacja demograficzna Polski do roku 2022*, stat.gov.pl (<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-polski-do-roku-2022,40,3.html> [dostęp: 01.10.2023]).

Zaborowski Piotr, 2013, *Etyczny wymiar komunikacji z pacjentem*, w: Weronika Chańska, Joanna Różyńska (red.), *Bioetyka*, Wolters Kluwer, Warszawa, s. 135–152.



Fundacja Rodzic po Ludzku, 2020, *Zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia* (<https://rodzicopoludzku.pl/baza-wiedzy/wiedza-o-porodzie-baza-wiedzy/zalecenia-swiatowej-organizacji-zdrowia-opieka-okoloporodowa-porod/> [dostęp: 22.09.2023]).

Fundacja Rodzic po Ludzku, *Misja* (<https://rodzicopoludzku.pl/o-nas/misja/> [dostęp: 22.09.2023]).



Kodeks etyki lekarskiej (https://nil.org.pl/uploaded_images/1721304748_1574857770-kodeks-etyki-lekarskiej.pdf [dostęp: 21.10.2024]).

Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej RP z dnia 9 grudnia 2003 r. (<https://nipip.pl/prawo/samorzadowe/krajowy-zjazd-pielgniarek-i-poloznych/kodeks-etyki-zawodowej-pielgniarki-i-poloznej-rzeczypospolitej-polskiej/> [dostęp: 21.10.2024]).

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (<https://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/kon1.htm>).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001756/O/D20181756.pdf> [dostęp: 01.09.2023]).

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2009 Nr 52 poz. 417 (<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20090520417> [dostęp: 21.10.2024]).

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz.U. 2011 Nr 174 poz. 1039 (<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20111741039/U/D20111039Lj.pdf> [dostęp: 21.10.2024]).

Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, Dz.U. 1997 Nr 28 poz. 152 (<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970280152/U/D19970152Lj.pdf> [dostęp: 21.10.2024]).

WHO, 2015, *The Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse during Facility-Based Childbirth* (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf [dostęp: 29.09.2023]).

WHO, 2022, *Recommendations on Maternal and Newborn Care for a Positive Postnatal Experience* (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989> [dostęp: 30.11.2023]).

VERBAL OBSTETRIC AND MEDICAL VIOLENCE
AGAINST WOMEN GIVING BIRTH IN POLAND.
A SOCIOLOGICAL PORTRAYAL OF THE RANGE AND DIVERSITY
OF EXPERIENCES AMONG THOSE GIVING BIRTH

Aleksandra Nowakowska-Kutra (Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz),
Agnieszka Jeran (Adam Mickiewicz University in Poznań)

Abstract

Childbirth is a major experience, the course and quality of which are crucial for the mother's development, her assumption of the maternal role, and for the child(ren). Every year, tens of thousands of women share their childbirth experiences in the "Mothers' Voice" ["Głos Matek"] study conducted by the Foundation for Childbirth with Dignity [Fundacja Rodzić po Ludzku]. The article presents the results of an analyses of these accounts, focusing on verbal violence directed at women during childbirth by midwives and doctors in Poland in 2021–2022. An examination of the collected material (stories of violence) made it possible to determine who shouted at the women during labour, the language used in these violent statements, and the behaviour of the women that provoked such reactions from midwives and doctors. The findings are interpreted through, among other things, the lens of Michel Foucault's theory, compared with medical guidelines on the appropriate treatment of women during childbirth, and examined in relation to Polish legislation and WHO guidelines on a positive childbirth experience.

key words: verbal violence, obstetric and medical violence, childbirth, patient's rights, positive childbirth experience

słowa kluczowe: przemoc werbalna, przemoc położnicza i lekarska, poród, prawa pacjenta, pozytywne doświadczenie porodowe