

razem

KARTA PRAW REPRODUKCYJNYCH

8 marca 2016
partiarazem.pl

Spis treści

Wstęp	3
Dlatego Razem postuluje	5
Edukacja seksualna	8
Antykoncepcja	11
Aborcja	13
In vitro	16
Ciąża i poród	18

Wstęp

Podstawą praw reprodukcyjnych jest uznanie prawa wszystkich par i jednostek do decydowania swobodnie i odpowiedzialnie o liczbie dzieci oraz momencie sprowadzenia ich na świat, do pełnej informacji na temat tego, w jaki sposób można regulować swoją płodność, dostępu do bezpiecznych metod mogących to zapewnić, a także prawa do najwyższych standardów opieki nad zdrowiem seksualnym i reprodukcyjnym. Prawa te implikują również prawo każdej osoby do podejmowania decyzji dotyczących reprodukcji w sposób wolny od dyskryminacji, przymusu i przemocy. Uważamy, że obecnie te prawa nie są przestrzegane, co więcej – wiele wskazuje na to, że rządy Prawa i Sprawiedliwości mogą wprowadzić jeszcze dalej idące represje, godzące w zdrowie seksualne oraz godność Polek i Polaków.

Prawa reprodukcyjne należy traktować całościowo – jako pakiet. Składają się na niego zarówno dostęp do edukacji seksualnej i związanej z nią profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową (które mogą powodować niepłodność), jak i dostęp do nowoczesnej antykoncepcji oraz poradnictwa na temat zapobiegania ciąży. W skład tego pakietu wchodzi także wiedza na temat metod wspomagania zajścia w ciążę, dbania o swoje zdrowie przed ciążą, w trakcie jej trwania, w okresie menopauzy i po niej¹. Świadome rodzicielstwo wyrasta na fundamencie wiedzy o planowaniu własnej płodności i na rzeczywistym, bezpłatnym dostępie do poradnictwa, antykoncepcji oraz aborcji. Jedynym skutecznym środkiem zmniejszającym skalę nieplanowanych ciąż jest powszechna edukacja seksualna oraz refundacja środków i metod antykoncepcyjnych nowej generacji, włączając w to również chirurgiczne zabiegi ubezpłodnienia (podwiązanie/przecięcie jajowodów u kobiet i podwiązanie/przecięcie nasieniowodów u mężczyzn). Elementem pakietu praw reprodukcyjnych jest także wspieranie leczenia niepłodności metodami o udowodnionej skuteczności – są nimi in vitro oraz inseminacja domaciczna².

Opracowanie:

Katarzyna Kowalska,

Anna Krawczak,

Ewa Marczyńska-Goldstein,

Katarzyna Paprota,

Justyna Samolińska

– we współpracy z komisją ds. równościowych Rady Krajowej RAZEM.

Dokument przyjęty przez Radę Krajową RAZEM w dn. 07.03.2016.

1 Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego 2004.

2 NICE 2013, Algorytmy w leczeniu niepłodności PTMR 2011

Dlatego Razem postuluje:

- wprowadzenie do programów nauczania na wszystkich poziomach obowiązkowej edukacji seksualnej prowadzonej przez wyspecjalizowane kadry według programów zgodnych ze współczesną wiedzą medyczną oraz dostosowanych do wieku odbiorców i odbiorczyń. Program powinien obejmować takie zagadnienia jak budowa ciała, w tym układu rozrodczego, przeciwdziałanie dyskryminacji, przemocy seksualnej i przemocy ze względu na płeć, a także sposoby zapobiegania ciąży i ochrony przed chorobami przenoszonymi drogą płciową;
- zapewnienie dziewczętom w wieku 15–18 lat dostępu do opieki ginekologicznej oraz antykoncepcji bez udziału i zgody opiekuna prawnego;
- pełną refundację farmakologicznych środków antykoncepcyjnych oraz wkładek wewnątrzmacicznych (tzw. spirali);
- powstanie programów zajmujących się dystrybucją prezerwatyw wśród młodzieży i osób potrzebujących, które nie mają do nich dostępu ze względu na trudną sytuację materialną i/lub życiową;
- powszechny i bezpłatny dostęp badań w trakcie trwania ciąży, w tym badań prenatalnych; w uzasadnionych sytuacjach proponujemy zastąpienie niebezpiecznej dla zdrowia płodu amniopunkcji testami NIFTY;
- powszechny i bezpłatny dostęp do szkoły rodzenia oraz do pełnej informacji na temat różnych technik porodu i możliwych form znieczulenia, a także ich konsekwencji;
- poszanowanie praw ciężarnych, rodzących i położnic, zapewnienie posiłków również w trakcie porodu, dostępu do wybranej formy znieczulenia, konsultowanie z pacjentką przeprowadzonych zabiegów medycznych, badań i podawanych środków farmakologicznych, umożliwienie obecności wybranej osoby towarzyszącej, poszanowanie podmiotowości oraz zapewnienie intymności;

- zapewnienie dostatecznej obsady na oddziałach porodowych i poporodowych;
- zapewnienie położnicom pomocy, zwłaszcza w zakresie opieki nad noworodkiem, w tym profesjonalnej opieki laktacyjnej; zapewnienie realnej pomocy ze strony położnych środowiskowych;
- traktowanie kobiet po poronieniach z poszanowaniem ich godności – zapewnienie im dostępu do wybranej formy znieczulenia oraz prawa do obecności bliskiej osoby, pozostawienie matce decyzji o ewentualnym pochówku płodu, odseparowywanie w szpitalach kobiet po stracie ciąży od ciężarnych i położnic, zapewnienie im dostępu do opieki psychologicznej;
- zapewnienie wszystkim kobietom dostępu do aborcji na żądanie do 12. tygodnia ciąży;
- zapewnienie dostępu do aborcji powyżej 12. tygodnia ciąży w przypadku, gdy ciąża jest wynikiem czynu zabronionego (tj. gwałtu, współżycia z osobą poniżej 15. roku życia, kazirodztwa), stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety lub kiedy płód jest obciążony poważnymi wadami rozwojowymi, określanymi według tworzonych centralnie wytycznych;
- traktowanie z szacunkiem kobiet, które intencjonalnie przerwały ciążę – zapewnienie im dostępu do opieki psychologicznej i prawnej oraz instytucjonalnej ochrony przed mową nienawiści;
- dostęp do refundowanej procedury zapłodnienia pozaustrojowego dla wszystkich kobiet po 18. roku życia i przed naturalną menopauzą bez względu na status związku lub jego brak, orientację psychoseksualną i sytuację ekonomiczną;
- uznanie praw dawców materiału genetycznego do decyzji o losach ich materiału genetycznego i powstałych z niego zarodków (przechowy-

wanie, mrożenie, transferowanie zarodków, przekazanie niewykorzystanych zarodków do tzw. adopcji prenatalnej, oddanie zarodków na potrzeby badań naukowych lub ich zniszczenie);

- dostęp do zabiegu ubezpłodnienia na życzenie zarówno dla mężczyzn, jak i kobiet.

Edukacja seksualna

W Polsce funkcję edukacji seksualnej pełni przedmiot szkolny o nazwie Wychowanie do życia w rodzinie (WDŻ). Realizowany jest w klasach V i VI szkół podstawowych, w gimnazjach, liceach ogólnokształcących, zasadniczych szkołach zawodowych, klasach I-III techników, w wymiarze 14 godzin lekcyjnych rocznie. Zajęcia te nie są obowiązkowe – rodzice podejmują decyzję, czy ich dzieci będą na nie uczęszczali.

Nie we wszystkich szkołach jednak takie zajęcia są organizowane, a często – jeśli nawet są – odbywają się wcześniej rano, przed rozpoczęciem innych zajęć, lub późno wieczorem – po zakończeniu lekcji. Często zajęcia z WDŻ prowadzone są przez nauczycielki i nauczycieli innych przedmiotów – biologii, wiedzy o społeczeństwie, historii czy religii. Takim pedagogom brakuje właściwych kompetencji i przygotowania w ramach specjalistycznych kursów z tego zakresu.

Uczniowie i uczennice skarżą się na niską jakość prowadzonych zajęć, skrępowanie dorosłych poruszaniem tematami, nieaktualną i niekompletną wiedzę, zakaz wyrażania własnego zdania oraz przekazywanie przez nauczycieli szkodliwych mitów i stereotypów dotyczących seksualności.

Niewystarczające są też pomoce dydaktyczne. Uczniowie i uczennice często mają styczność z przestarzałymi, nieadekwatnymi do wieku uczniów i uczennic filmami oraz pomocami. Niepokojące jest także częste przywoływanie przy okazji zajęć z WDŻ filmu „Niemy krzyk”, który zawiera drastyczne obrazy i zmanipulowane, nieprawdziwe informacje. Zdarza się, że pokazuje się go uczniom i uczennicom szkół podstawowych. Fatalny jest także standard dopuszczonych przez MEN podręczników do tego przedmiotu. Najbardziej popularne z nich pochodzą z serii wydawniczej pod tytułem „Wędrując ku dorosłości”, która szerzy homofobię i seksizm, opiera się na przestarzałych, dawno skorygowanych źródłach oraz nauczaniu Kościoła Katolickiego.

Z raportów na temat prowadzenia zajęć WDŻ³ wyłania się niepokojący obraz lekcji, na których szerzona jest propaganda antyaborcyjna, powielane bywają stereotypy związane z płcią, orientacją seksualną czy chorobami przenoszonymi drogą płciową. W kwestii antykoncepcji promowane są głównie naturalne metody planowania rodziny. Inne metody bywają pomijane lub wręcz przedstawiane jako szkodliwe i/lub nieskuteczne, a jako remedium na wszystkie bóle przedstawia się zachowanie abstynencji seksualnej. Rodzina ukazywana jest wyłącznie z heteronormatywnego, tradycyjnego punktu widzenia, z wyraźnym podziałem na role płciowe.

Tymczasem, jak wynika z raportu Instytutu Badań Społecznych⁴, zarówno rodzice, jak i dzieci czy młodzież wyrażają chęć i potrzebę wprowadzenia zajęć, które edukowałyby o nowoczesnych metodach antykoncepcyjnych czy chorobach przenoszonych drogą płciową. Dla wielu dzieci i młodych ludzi szkoła może być jedynym źródłem rzetelnej wiedzy o seksualności człowieka. W wielu domach te ważne tematy są tabuizowane, a rolę „edukacyjną” – zwłaszcza w przypadku chłopców – odgrywa powszechnie dostępna pornografia. Dzieci i młodzież uczą się z niej przedmiotowego traktowania kobiet oraz nierealnych oczekiwań co do wyglądu i możliwości ludzkiego ciała. Bohaterowie tych filmów rzadko używają prezerwatyw, przekazują też szkodliwe wzorce odnoszenia się do granic innych osób, nie uwzględniają konieczności uzyskania pełnej zgody partnera lub partnerki na podjęcie aktywności seksualnej.

Jesteśmy przekonani i przekonane, że brak rzetelnej, świeckiej edukacji seksualnej prowadzi do powielania stereotypów płciowych, a co za tym idzie – do kształtowania i utrwalania wzorców opartych na dyskryminacji i przemocy. Brak wiedzy o skutecznej i bezpiecznej antykoncepcji i meto-

3 http://ponton.org.pl/sites/ponton/files/pdf/2014/PONTON_raport_jaka_edukacja_2014.pdf

4 https://men.gov.pl/wp-content/uploads/2015/07/ekd_20minut_men_20150708_1023-tylko-do-odczytu.pdf

dach zabezpieczania się przed chorobami przenoszonymi drogą płciową ma negatywny wpływ na zdrowie całego społeczeństwa. Dlatego postulujemy wprowadzenie obowiązkowych zajęć o ujednoliconym programie w szkołach każdego stopnia; ich treść musi być dostosowana do wieku oraz wiedzy dzieci i młodzieży.

Antykoncepcja

Środki antykoncepcyjne, mimo że dozwolone prawnie, w Polsce są trudno dostępne. Główną barierą jest ich cena. Paczka prezerwatyw (trzy sztuki) kosztuje ok. 10-12 zł, antykoncepcja hormonalna to ok. 20-50 zł miesięcznie, wkładka wewnątrzmaciczna to jednorazowy koszt od ok. 500 do 1500 zł (na 5 lat). Bardzo wysokie są koszty antykoncepcji postkoitalnej, czyli tzw. pigułki po – preparat Escapelle, dostępny tylko na receptę, kosztuje od 40 do 100 zł, a możliwa do kupienia bez recepty ellaOne nawet do 150 zł. Dodatkowo wielu ginekologów w publicznych placówkach nie chce wypisywać recept na antykoncepcję hormonalną, szczególnie postkoitalną, zastaniając się tzw. klauzulą sumienia. Niewiele osób wie, że NFZ refunduje założenie wkładki wewnątrzmacicznej – lekarze nie informują o tym swoich pacjentek, zapraszając je na zabieg do swoich prywatnych gabinetów.

Dostępność antykoncepcji – zwłaszcza postkoitalnej – spada również dlatego, że farmaceuci bezprawnie powołują się na klauzulę sumienia. Jest to sytuacja szczególnie trudna dla mieszkanki małych miejscowości, w których znajduje się tylko jedna apteka. Każda upływająca godzina pomiędzy stosunkiem a zażyciem „pigułki po” obniża skuteczność tego leku.

Osobną kwestią jest dostęp do antykoncepcji dziewcząt w wieku 15-18 lat. Zgodnie z prawem lekarz nie może wypisać pacjentce w tym wieku środków antykoncepcyjnych bez zgody jej prawnego opiekuna. Sprawę pogarsza bardzo niski poziom wiedzy nastolatków o metodach zapobiegania ciąży i chorobach przenoszonych drogą płciową. W efekcie Polska ma jeden z najwyższych w Europie wskaźnik cięż wśród nastolatek.

Jesteśmy przekonani, że sprzedaż preparatu ellaOne – a być może także innych, tańszych środków tego typu – bez konieczności konsultacji z lekarzem jest absolutną koniecznością. Celem wprowadzenia możliwości nabycia tzw. antykoncepcji awaryjnej bez recepty było ograniczenie liczby niechcianych ciąży oraz potencjalnych aborcji. Przepisy dopuszczające sprzedaż tego preparatu bez recepty zostały wprowadzone w Polsce

zgodnie z zaleceniem Komisji Europejskiej. Upowszechnienie dostępu do antykoncepcji postkoitalnej tłumaczono przede wszystkim faktem, że jej skuteczność spada wraz z każdą kolejną godziną upływającą od stosunku, a dostanie się do państwowego lekarza-ginekologa bywa trudne – zwłaszcza w Polsce, gdzie wielu specjalistów w placówkach publicznych odmawia wypisywania pacjentkom recept na antykoncepcję postkoitalną. Gdy lekarze zatrudnieni przez NFZ odmawiają pomocy, trzeba udać się na wizytę do prywatnego gabinetu, co jest dodatkowym wydatkiem, a przede wszystkim zabiera – szczególnie cenny w tej sytuacji – czas.

Polityka prowadzona obecnie przez państwo polskie w tym zakresie sprawia, że im trudniejsza jest sytuacja materialna i życiowa kobiety, tym trudniej jest jej zdobyć antykoncepcję i tym większe ciąży na niej ryzyko niechcianej ciąży.

Jesteśmy przekonani, że państwo powinno lepiej zadbać o powszechny dostęp do antykoncepcji każdego typu dla wszystkich osób podejmujących współżycie oraz aktywnie zwalczać bariery wynikające z wieku, miejsca zamieszkania czy statusu ekonomicznego.

Aborcja

Jak pokazują dostępne dane, wprowadzenie zakazu przerywania ciąży nie obniża liczby wykonywanych aborcji, a jedynie znacznie pogarsza ich jakość, co zagraża życiu i zdrowiu kobiet będących w niechcianej ciąży. Według szacunków w Polsce wykonuje się ok. 100 tys. takich zabiegów rocznie, z czego legalnie odbywa się mniej niż 2 tys.

Obowiązujące obecnie przepisy szczególnie uderzają w kobiety znajdujące się w trudnej sytuacji materialnej. Dla osób zamożnych przeprowadzenie legalnej, bezpiecznej i godnej aborcji nie stanowi problemu – swoje usługi oferuje im szereg klinik za niemiecką, czeską czy słowacką granicą. Cena zabiegu wynosi ok. 300 euro, czyli 1200 zł. Zgodnie z danymi GUS połowa Polaków nie jest w stanie pokryć nagłego wydatku tej wysokości. Mniej zamożne kobiety, które często podejmują decyzję o przerwaniu ciąży właśnie z przyczyn ekonomicznych, są więc zmuszane do szukania tańszych (a więc mniej bezpiecznych dla ich zdrowia i życia) rozwiązań czy do zapożyczania się na lichwiarski procent u instytucji udzielających kredytów krótkoterminowych, tzw. chwilówek. Dokonując zabiegu w podziemiu aborcyjnym, nie mogą liczyć na zastosowanie nowoczesnych i bezpiecznych metod aborcji, potrzebne w tej trudnej dla wielu sytuacji wsparcie psychologiczne czy choćby rzetelną informację medyczną.

Fakt, że przerywanie ciąży jest w Polsce nielegalne, powoduje ostracyzm społeczny, czyli napiętnowanie kobiet, które się na taki zabieg decydują. Podsycia to atmosferę nagonki i sprawia, że aborcja – którą zgodnie z badaniami CBOS ma za sobą co czwarta żyjąca Polka – staje się tematem tabu, jest porównywana do zbrodni czy morderstwa.

Brak dostępu do legalnych zabiegów przerywania ciąży może powodować wzrost liczby niechcianych dzieci. Coraz silniej promowanym rozwiązaniem tego problemu stają tak zwane „okna życia”, powstające w większości przy instytucjach wyznaniowych – klasztorach i kościołach. Rozwiązanie to godzi w ustawowe prawo kobiety do sześciotygodniowego okresu ochronnego, kiedy może jeszcze zmienić zdanie co do adopcji

adopcji. Jest to rozwiązanie narażające zdrowie i prawa matki poprzez odebranie jej dostępu do poradnictwa socjalnego i prawnego. Stoi ono także w sprzeczności z Art. 8 Konwencji o prawach dziecka⁵, który gwarantuje każdemu dziecku prawo do wiedzy o własnej tożsamości. Poprzez popularyzację „okien życia” obniża się zaufanie Polek i Polaków do systemu adopcyjnego, który funkcjonuje od ponad 50 lat. System ten zapewnia wszystkim stronom anonimowość, bezpieczeństwo zdrowotne oraz prawne, a także jest kontrolowany instytucjonalnie – czego nie można powiedzieć o „oknach życia”, które istnieją bez podstawy prawnej.

Odbierając kobietom dostęp do edukacji seksualnej, darmowego poradnictwa antykoncepcyjnego i środków antykoncepcyjnych, legalnych zabiegów przerywania ciąży naraża się je na podejmowanie ważkich decyzji życiowych bez instytucjonalnego wsparcia i bez niezbędnych informacji prawnych, w tym informacji o nieodwracalności procedury przekazania dziecka poprzez „okno życia”. Należy także zwrócić uwagę, iż w przypadku „okna życia” przekazanie dziecka może się odbyć bez wiedzy i woli matki, ponieważ nikt nie weryfikuje personaliów osoby pozostawiającej dziecko w „oknie życia”. Może być to również osoba niespokrewniona z dzieckiem i jego rodzicami, co tworzy przestrzeń do poważnych nadużyć.

Członkinie i członkowie Razem chcą wyrazić głębokie zaniepokojenie pojawiającymi się regularnie propozycjami dalszej radykalizacji zakazu aborcji. Skazują one na niechciane macierzyństwo także kobiety, u których w trakcie ciąży odkryto poważne uszkodzenia płodu, oraz te, które zaszły w ciążę w wyniku czynu zabronionego (gwałtu lub współżycia z osobą poniżej 15. roku życia – w praktyce stosowane w zasadzie tylko ze względu na tę drugą przesłankę).

Jesteśmy przekonane i przekonani, że zamiast restrykcyjnego prawa antyaborcyjnego państwo powinno zagwarantować rzetelną edukację seksualną społeczeństwa oraz powszechny dostęp do taniej i bezpiecznej

5 Dz. U. z dnia 23 grudnia 1991 r.

antykoncepcji. Według światowych danych to właśnie te czynniki, a nie polityka zakazów i kar, prowadzą do zmniejszenia nie tylko liczby niechcianych ciąży, lecz także wykonywanych aborcji.

In vitro

Zgodnie z danymi Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego trudności prokreacyjnych doświadcza ok. 1,5 miliona polskich par w wieku prokreacyjnym. Rocznie około 40 tysięcy z nich będzie wymagać zaawansowanych metod leczenia niepłodności (in vitro), a kolejne dziesiątki tysięcy zostaną rodzicami dzięki zabiegom inseminacji domacicznej i leczeniu farmakologicznemu, endoskopowemu, chirurgicznemu etc. Dzięki prowadzonemu w latach 2013-2016 Narodowemu Programowi Leczenia Niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego, z którego skorzystało ok. 17 tysięcy par, przyszło na świat ponad 3700 dzieci i kolejne są w drodze⁶. Średnia skuteczność zapłodnienia in vitro mierzona uzyskaniem ciąży klinicznej (potwierdzeniem bijącego serca płodu) wynosi 33,2% na jeden cykl zakończony transferem zarodka⁷, zaś uśredniona skuteczność procedury in vitro w ramach polskiego programu refundacyjnego wyniosła 31%⁸, co czyni tę procedurę najskuteczniejszą formą leczenia niepłodności.

Niepłodność jest jedną z najsilniej społecznie oddziałujących chorób, nie tylko przez to, że skazuje ludzi na bezdzietność, ale również ze względu na związane z tym skutki społeczne. Ponad połowa par doświadczających niepłodności trwającej dłużej niż dwa lata mierzy się z depresją, wycofuje się z życia towarzyskiego i rodzinnego bądź doświadcza trudności w pracy z powodu przedłużającego się leczenia i związanej z nim konieczności urlopów zdrowotnych⁹. Tym ważniejsze jest zatem, aby niepłodność leczyć jak najefektywniej i bez narażania osób niepłodnych na wieloletnią terapię metodami o niskiej skuteczności i bez oparcia w badaniach naukowych. Koszt komercyjnej procedury in vitro oscyluje wokół 12 tys. zł za pełny cykl. Taka cena jest poważną przeszkodą ekonomiczną

6 Dane Ministerstwa Zdrowia, wrzesień 2015.

7 Dane europejskie, ESHRE 2011.

8 Dane Ministerstwa Zdrowia, 2015.

9 Shabsavari 2012, Cousineau 2007.

dla wielu bezdzietnych par, które w ostatnich trzech latach mogły skorzystać z refundacji. Należy podkreślić, iż rezygnacja z tego programu odbiera obywatelom możliwość korzystania w ramach ubezpieczenia zdrowotnego z tej nowoczesnej i skutecznej formy leczenia niepłodności. W konsekwencji będziemy mierzyć się z utrwaleniem nierówności społecznej w dostępie do świadczenia zdrowotnego; pary w trudnej sytuacji ekonomicznej lub pozbawione zdolności kredytowej będą skazane na trwałą bezdzietność lub uporczywe i nieskuteczne leczenie metodami niższego rzędu.

Ciąża i poród

Standard opieki nad kobietą w ciąży i w trakcie porodu wyznaczony jest w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem z dnia 4.10.2012. Obejmuje ono m.in. zalecenia dotyczące terminów i zakresu przeprowadzanej w trakcie ciąży diagnostyki oraz sposobu prowadzenia porodu, które mają na celu jak najlepszy stan zdrowia matki i dziecka.

Z punktu widzenia przepisów ciężarna ma m.in.: prawo do pełnej informacji o stanie zdrowia swoim i płodu, opartej na badaniach wykonywanych według kalendarza świadczeń profilaktycznych i diagnostycznych, prawo do dostępu do poszerzonego zakresu badań w razie nieprawidłowości w przebiegu ciąży, prawo do decydowania o sposobie przebiegu porodu (tzw. plan porodu), prawo do traktowania z szacunkiem oraz prawo do pełnej informacji na temat personelu biorącego udział w opiece nad nią oraz do obecności wybranej osoby bliskiej. Wszystkie te elementy, a także inne wskazania zawarte w rozporządzeniu, mają zmaksymalizować komfort rodzącej oraz jakość opieki nad nią, co w efekcie powinno wpłynąć dodatnio zarówno na stan zdrowia fizycznego, jak i psychicznego pacjentki.

Ze względu na niedobór personelu, brak odpowiedniej świadomości co do obecnie obowiązujących standardów oraz braki w infrastrukturze szpitalnej, wiele z tych elementów jest zaniedbywanych i pomijanych, co można usłyszeć w relacjach kobiet, które doświadczyły niskiej jakości opieki w trakcie porodu. Również opieka nad ciężarnymi nie wszędzie spełnia warunki opisane w rozporządzeniu ministra zdrowia – począwszy od niepełnych lub opóźnionych badań, przez brak informacji na temat stanu zdrowia, a skończywszy na braku informacji o uprawnieniach pacjentki jako takich.

Jednocześnie rozporządzenie opisuje w pełni jedynie poród fizjologiczny, wraz z minimalizacją interwencji medycznej, a do tych zalicza się znieczulenie farmakologiczne. W połączeniu z występującym niekiedy brakiem dostatecznej opieki nad rodzącą i ignorowaniem przedstawionych planów porodu i/lub bieżących zgłoszeń często powoduje to przedłużone, niepotrzebne cierpienie u rodzącej, zmuszonej do prób radzenia sobie z bólem bez pomocy lekarza. W wielu szpitalach występuje sytuacja niejawnego lub wręcz całkiem oficjalnego pobierania opłaty za znieczulenie bez wskazań medycznych, co powoduje niemal całkowitą niedostępność znieczulenia dla kobiet w gorszej sytuacji materialnej.

Opieka poporodowa w wielu ośrodkach jest niedostateczna ze względu na niedobór personelu na oddziałach położniczych, co może prowadzić do problemów w zakresie stanu psychicznego matki, zaniedbania noworodka w przypadku gdy matka nie radzi sobie z opieką nad nim, problemów z karmieniem piersią i innych. W przypadku ciąży mnogich, porodu niefizjologicznego i innych problemów zdrowotnych (niezwiązanych z samym porodem) ryzyko wynikające z niedostatecznej opieki wzrasta.

Należy także zwrócić uwagę na fatalny standard opieki nad kobietami w trakcie i po poronieniu, którym nie zapewnia się dostępu do wybranego rodzaju znieczulenia. Nie mają także możliwości stałego kontaktu z bliską osobą, nie bierze się pod uwagę ich potrzeb psychicznych i emocjonalnych. Wiele z nich jest leczonych na oddziałach, na których znajdują się także kobiety w ciąży i po porodzie. Szpitale często nie biorą pod uwagę woli pacjentek dotyczącej postępowania z płodem i przeżywania własnego poronienia – niektóre kobiety zmusza się do pogrzebu i żałoby, mimo że tego nie oczekują i nie chcą, innym, które mają taką potrzebę, odmawia się tej możliwości.

