2. Haavatavate rühmade seksuaal- ja reproduktiivõigused

Nagu kõikide inimõiguste puhul nii peab ka seksuaal- ja reproduktiivõiguste kaitsel pöörama tähelepanu nn haavatavatele rühmadele. Inimene võib kuuluda haavatavasse või marginaliseeritud rühma näiteks oma vanuse, nahavärvi, sotsiaalmajandusliku tausta, seksuaalse või sooidentiteedi, puude olemasolu või religioosse kuuluvuse tõttu. See ei ole suletud nimekiri, sest haavatavus on kontekstipõhine ja võib ajas muutuda.

Haavatavust ja marginaliseeritust võib põhjustada ka füüsiline ruum, kus inimene viibib. Näiteks võivad olla halvasti tagatud kinnipidamisasutuses, pagulaslaagris või kodutute varjupaigas elava või viibiva inimese seksuaal- ja reproduktiivõigused. Vanglates tuleb jälgida, et seal karistust kandvatele inimestele oleks tagatud juurdepääs vastavalt naiste- või meestearsti vastuvõtule (sh sõeluuringud), kus on muu hulgas kaitstud inimese privaatsus (st vanglaametnik ei viibi näiteks günekoloogilise läbivaatuse juures), piisav varu hügieenisidemeid või tampoone, vajaduse korral rasedusaegne jälgimine, juurdepääs tõenduspõhisele seksuaalharidusele ning vajalikele ravimitele, kontratseptsioonile ja uuringutele.[1] Arvesse tuleb võtta intersektsionaalsust ehk tunnuste lõimumist (*intersectionality*). Näiteks vanglas karistust kandev puudega inimene peab ka puudest sõltumata pääsema õigel ajal arsti vastuvõtule ja saama talle sobivas vormis teavet (nt punktkirjas, kui on tegu nägemispuudega).

Seksuaal- ja reproduktiivõiguste puhul on väga tähtsad seksuaalne ja sooidentiteet. Abordi kriminaliseerimine, rasestumisvastaste vahendite kättesaadavuse piiramine ja sünnitusabivägivald on naiste, meeste ja mittebinaarsete inimeste jaoks erinevate tagajärgedega. Seksuaal- ja reproduktiivõiguste terminoloogia ning seksuaal- ja reproduktiivtervise küsimustele tähelepanu pööramine on olnud pikka aega naiste õiguste valdkond ning feministlike liikumiste tähelepanu all.

Seksuaal- ja reproduktiivõiguste kaitsel tuleb aga kindlasti arvesse võtta, et sooidentiteet on mitmekesisem kui jaotus naised/mehed. Trans-kogukonda kuuluvad

ja mittebinaarse identiteediga inimesed[2] vajavad või võivad vajada juurdepääsu abordile, kunstliku viljastamise protseduuridele, sünnitusabile jm.[3] Kahjuks võivad need, kelle sooidentiteet ei vasta valdavale binaarsele jaotusele mees/naine, kogeda tervishoiusüsteemis häbimärgistamist, mikroagressioone (nt halvustavad märkused, invasiivsed ja asjassepuutumatud küsimused) ning tervishoiutöötaja teadmatusest põhjustatud ebakvaliteetset ravi ja nõustamist.[4]

Haavatavate rühmade seksuaal- ja reproduktiivõiguste kaitset mõjutavad ühiskondlikud stereotüüpsed hoiakud. Rebecca J. Cooki ja Simone Cusacki selgituse järgi tuleb stereotüüpi mõista kui „üldistatud hoiakut või eelarvamust konkreetsesse rühma kuuluvatel isikutel olevate omaduste või tunnuste või rollide kohta, mida kõnealused isikud täidavad või peaksid täitma“.[5] Näiteks on seksuaal- ja reproduktiivõiguste rikkumistel sageli keskne roll stereotüüpsetel hinnangutel naise keha, seksuaalsuse ja rollide suhtes: „kõik naised soovivad saada emaks“, „kõik naised, kes teevad aborti, kahetsevad seda“, „naiste seksuaalsus võrdub reproduktsiooniga“ jne.

Seksuaal- ja reproduktiivõiguste kaitset mõjutavad veel nahavärvusega seotud stereotüübid. Dorothy Roberts on kirjeldanud mustanahalise emaduse alaväärtustamist, mille ajaloolised juured ulatuvad orjaaega ning mille tõttu vaadeldakse mustanahalisi naisi kui „abiraha kuningannasid“, „ohtlikult üliviljakaid“, vaeseid, narkomaanidest normirikkujaid ja kokkuvõttes kui järglaste saamist mitteväärivaid isikuid.[6]

Puudega seotud eelarvamused põhjustavad arvamust, et puudega naised ei rasestu, ei sünnita ega saa emaks, et nad pole seksuaalsed, ning arvatakse, et teatud naistele peaks olema keelatud seksuaalseks olendiks olemine, rasestumine, sünnitamine ja lapsevanemaks saamise valiku tegemine.[7] Alexandra Gartrell, Klaus Baesel ja Cornelia Becker kirjeldavad, kuidas puuetega naised jäetakse kõrvale tegevustest, millega edendatakse juurdepääsu seksuaal- ja reproduktiivõigusi puudutavale teabele, asjaomastele uuringutele ning ennetus- ja hooldeteenustele, kuna puuet seostatakse ebaõigelt aseksuaalsusega ning suutmatusega kanda last ja vanemaks saada või vastava soovi puudumisega.[8]

Vaimse tervise probleemidega naisi vaadeldakse sageli kui n-ö ebapiisavaid või ohtlikke.[9] Kui nad on siiski emaks saanud, seisavad nad silmitsi täiendava ühiskondliku jälgimisega.[10] Claudia Malacrida kirjutab, et kuigi nn ideaalset emadust pole võimalik saavutada ja ideaalse ema standardi olemasolu kahjustab

kõiki naisi, mõjutab see eriti raskelt puuetega naisi: puuetega emad peavad rinda pistma paljude majanduslike, sotsiaalsete ja keskkonnast tulenevate takistustega, mille seas on näiteks vaesus, piiratud juurdepääs avalikele kohtadele, suurem väärkohtlemise oht ning töötust ja vägivalda puudutav haavatavus.11

Samuti pole puuetega naised kaitstud väärkohtlemise eest raseduse ajal (sünnituseelne abi) ja sünnitamisel (sünnitusabi).12 Sünnitusabis loetakse nad sageli automaatselt (ja stereotüüpselt) kõrge riskiga rasedate/sünnitajate hulka ning neile ei tagata sünnitusabis ja esmajoones sünnituse ajal otsustusõigust.13

Seksuaal- ja reproduktiivõiguste kaitset mõjutavad meditsiinis ja tervishoiuvaldkonnas levinud stereotüübid. Diane E. Hoffmann ja Anita J. Tarzian kirjutasid oma 2001. aasta artiklis naiste ebavõrdsest kohtlemisest valuravis, muu hulgas sellest, kuidas „naispatsiente kirjeldati sagedamini närviliste, valu mittetundvatena“ (mistõttu manustati neile valuvaigistite asemel tihti rahusteid) ja et naispatsiendid kogesid „esmasel kokkupuutel tervishoiuteenuse pakkujaga umbusklikku suhtumist või muid takistusi“.14 Selliste hoiakute tõttu ei võeta valu pärast arstiabi otsivate naiste kaebusi täie tõsidusega ning tõenäosus, et valu kannatavale naisele antakse asjakohast ravi, on samuti väiksem.15 Hoffmann ja Tarzian lisavad, et läänelikus meditsiinimudelis ületähtsustatakse objektiivseid ja bioloogilisi valunäitajaid ning alaväärtustatakse naiste subjektiivseid ja kogemuslikke hinnanguid.16

Sugu on ainult üks asjaoludest, mis tekitab eespool kirjeldatud eelarvamusi, sarnane mõju on rassil ja usulistel veendumustel.17 Näiteks Vania Smith-Oka kirjeldab paljude autorite töödele tuginedes mikroagressioone: need on „vaevu hoomatavad solvangud ja alavääristavad käitumisviisid, mis on üldjuhul suunatud teise nahavärviga inimeste (või […] „probleemsete teiste“[…]) vastu ning millega solvaja väljendab ja kinnistab oma üleolevat suhtumist“.18

Ka Derald Wing Sue jt selgitavad mikroagressioone rassikontekstis ning nimetavad mikroagressioonide kolm tüüpi: mikrorünnakud (alavääristavad verbaalsed või mitteverbaalsed avalikud teod), mikrosolvangud (ebaviisakad või tundetud väljaütlemised) ja mikrotühistamised (väljaütlemised või teod, millega eitatakse, eiratakse või vähendatakse olematuks mikroagressioonide sihtmärkide vastused, nt nimetades vastuvõtjat üleliia tundlikuks).19 Smith-Oka lisab neljanda tüübi: kehalised mikroagressioonid.20

Smith-Oka selgitab, kuidas stereotüüpsed hoiakud sotsiaalselt tõrjutud rühma kuuluvate inimeste suhtes võivad tuua tervishoiuvaldkonnas kaasa konkreetseid tegevusi: haiglatest ja kliinikutest saavad kohad, kus riik üritab kaudselt vormida nn õiget/ideaalset emadust ning kus narratiivid nn heade ja halbade emade kohta jõuavad ka meditsiiniala suhtlusesse: „Kui patsient näis arsti käske eiravat või käitus ootamatul viisil, vaadeldi teda üldjuhul kui koostööst keelduvat ja nõudeid mittejärgivat isikut. Selline ettekujutus patsiendist tundus sageli õigustusena nii verbaalsetele noomitustele kui ka karmile füüsilisele kohtlemisele ja sekkumisele, millel võis küll olla teatud meditsiiniline põhjendus, kuid mis näis kõrvalseisjatele ja patsiendile karistusena“.[21]

Üks konkreetne näide sellest, kuidas rassism mõjutab inimeste seksuaal- ja reproduktiivõigusi, on nii Ameerika Ühendriikides kui ka Suurbritannias mustanahaliste ja valgenahaliste naiste emade suremuse (*maternal mortality*) näitaja drastiline erinevus: Suurbritannias on mustanahalisel naisel neli korda suurem tõenäosus surra sünnituse või rasedusega seotud komplikatsioonide tõttu kui valgel naisel.[22]

Seksistlikud uskumused ja hoiakud on ühiskonnas nõnda juurdunud ning institutsionaliseeritud, et ka Euroopa Inimõiguste Kohus pole seksuaal- ja reproduktiivõiguste kaitset puudutavates lahendites alati lükanud ümber (soo)stereotüüpidel ja müütidel põhinevaid narratiive.[23] Näiteks ei ütle kohus, et „süütuse kontrollimine“ pole meditsiiniliselt vajalik protseduur, ehkki seda, kas keegi on olnud vaginaalses vahekorras, ei saa ükski tervishoiutöötaja tõendada, vaid tegu on naisi ja tüdrukuid häbistava praktikaga, millele annavad tähenduse kahjulikud stereotüübid naise nn puhtusest.[24] Raseduse katkestamise puhul on kohus kasutanud aborti vajanud ja soovinud avaldajast rääkides termineid *ema* või *tulevane ema*, mis viitab stereotüüpsele vaatele, et kõik naised soovivad saada emaks.[25]

Samuti, kuigi seksuaal- ja reproduktiivtervist puudutavat kui inimõiguste kaitse küsimusi hakati ÜRO tasandil mõistma juba 1990. aastate keskpaigas, pole Euroopa Inimõiguste Kohus kordagi sõnaselgelt kinnitanud, et seksuaal- ja reproduktiivõigused on Euroopa inimõiguste konventsiooni kaitsealasse kuuluvad inimõigused.

Olen koos Alicia Ely Yaminiga kirjutatud artiklis rõhutanud, et reproduktiivõiguste sõnaselge nimetamine inimõigusteks – mitte ainult kultuurilisteks, religioosseteks

või moraalseteks küsimusteks – on inimõiguste kaitsel kriitilise tähtsusega.26 Yamin selgitab, et inimõiguste jõud peitub „võimes mõjutada olemasolevaid ühiskondlikke suhteid ja võimustruktuure“ ning selles, kuidas inimõiguste abil on võimalik saavutada „tunduvalt teistsugune mõtteviis ühiskonnas esinevaid võimusuhteid ja ebavõrdsust puudutavas“.27 Seksuaal- ja reproduktiivõiguste kontekstis eeldab see, et seksuaal- ja reproduktiivtervist puudutavaid küsimusi nähakse kui inimõiguste kaitse küsimusi ning inimõiguste kaitse süsteem analüüsib võimusuhete ja stereotüüpsete hoiakute mõju inimese seksuaal- ja reproduktiivõigustele.

Euroopa Inimõiguste Kohtu praktikast leiab siiski ka näiteid, kus kohus on pööranud (soo)stereotüüpide negatiivsele mõjule tähelepanu. Need on näiteks lähisuhtevägivalda (koduvägivalda),28 vanemapuhkust,29 vägistamist30 ja naiste seksuaalsust puudutavad lahendid. Viimane neist, lahend Carvalho Pinto de Sousa Morais *vs*. Portugal, puudutas 50-aastast naist, kellel põhjustas nurjunud günekoloogiline operatsioon tugevat valu, uriinipidamatust, raskusi istumisel ja kõndimisel ning ta ei saanud olla seksuaalvahekorras.31 Portugali kõrgeim halduskohus vähendas talle alamas astmes määratud mittevaralise kahju hüvitist põhjendusega, et avaldajal oli juba kaks last ja et ta on vanuses, kus seks pole sama tähtis kui varem.32 Euroopa Inimõiguste Kohus leidis, et Portugal on rikkunud konventsiooni artikleid 8 (õigus eraelule) ja 14 (diskrimineerimise keeld), kui toetus stereotüüpsele eeldusele, et seksuaalsus pole 50-aastase ja kahe lapse ema jaoks tähtis.33 Kohus ütles, et see eeldus peegeldab traditsioonilist ideed naiste seksuaalsusest kui millestki, mis on peamiselt seotud lapse kandmise eesmärkidega ning eirab seega selle füüsilist ja psühholoogilist tähtsust naise kui lihtsalt inimese jaoks.34

ÜRO inimõiguste konventsioonide täitmist seiravate komiteede seisukohtadest leiab häid näiteid, millest tuleb lähemalt juttu järgmises alapeatükis.

- 1Enggist, S., Møller, L., Galea, G., Udesen, C. (eds.). Prisons and Health. WHO 2014; United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders (the Bangkok Rules). New York, United Nations 2011. – http://www.unodc.org/documents/ justice-and-prison-reform/crimeprevention/UN_ Rules_Treatment_Women_Prisoners_Bangkok_ Rules.pdf (09.01.2022).
- 2https://feministeerium.ee/mittebinaarne-sooidentiteet/.
- 3Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J., Sevelius, J. From erasure to opportunity: a qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and

recommendations for providers. – BMC Pregnancy Childbirth 2017.

- 4Vincent, B. Transgender Health: A Practitioner's Guide to Binary and Non-Binary Trans Patient Care. Jessica Kingsley Publishers 2018.
- 5Cook, R. J., Cusack, S. Gender Stereotyping: Transnational Legal Perspectives. University of Pennsylvania Press 2010, lk 9. Vt ka: Brems, E., Timmer, A. (toim). Stereotypes and human rights law. Antwerp, Cambridge: Intersentia 2016.
- 6Roberts, D. Killing the Black Body: Race, reproduction, and the meaning of liberty. Knopf Doubleday Publishing Group 1997.
- 7Vt nt: Tilley, E. et al. ‘The silence is roaring’: sterilization, reproductive rights and women with intellectual disabilities. – Disability & Society 2012/27 (3); Iezzoni, L. I. et al. ‘How did that happen?’ Public responses to women with mobility disability during pregnancy. – Disability and Health Journal 2015/8 (3).
- 8Gartrell, A., Baesel, K., Becker, C. ‘We do not dare to love’: women with disabilities’ sexual and reproductive health and rights in rural Cambodia. – Reproductive Health Matters 2017/25 (50), lk 32.
- 9Malacrida, C. Performing motherhood in a disablist world: dilemmas of motherhood, femininity and disability. – International Journal of Qualitative Studies in Education 2009/22 (1), lk 100.
- 10Vt nt: Grue, L., Tafjord Laerum, K. ‘Doing Motherhood’: Some experiences of mothers with physical disabilities. – Disability & Society 2010/17 (6).
- 11Malacrida, C. Performing motherhood in a disablist world: dilemmas of motherhood, femininity and disability. – International Journal of Qualitative Studies in Education 2009/22 (1), lk 100, 102.
- 12Vt nt: Gichane, M. W. ‘They must understand we are people’: Pregnancy and maternity service use among signing Deaf women in Cape Town. – Disability and Health Journal 2017/10 (3); Höglund, B. Midwives’ knowledge of, attitudes towards and experiences of caring for women with intellectual disability during pregnancy and childbirth: A cross-sectional study in Sweden. – Midwifery 2013/29 (8).
- 13Vt nt: Walsh-Gallagher, D. et al. Normalising birth for women with a disability: The challenges facing practitioners. – Midwifery 2013/29 (4).
- 14Hoffmann, D. E., Tarzian, A. J. The Girl Who Cried Pain: A Bias Against Women in the Treatment of Pain. – Journal of Law, Medicine & Ethics 2001, lk 17.
- 15Ibidem, lk 19 (viited C. Miaskowski tööle).
- 16Ibidem, lk 20.
- 17Vt nt: Lutfey Spencer, K., Grace, M. Social Foundations of Health Care Inequality and Treatment Bias. – Annual Review of Sociology Vol. 42 (2016);

Chapman, E. N. et al. Physicians and Implicit Bias: How Doctors May Unwittingly Perpetuate Health Care Disparities. – Journal of General Internal Medicine 2013, Vol. 28, Issue 11; Tong, R. Gender Justice in the Health Care System. An Elusive Goal. – Rhodes, R., Battin, M. P., Silvers, A. (toim). Medicine and Social Justice: Essays on the Distribution of Health Care 2012.

- 18Smith-Oka, V. Microaggressions and the reproduction of social inequalities in medical encounters in Mexico. – Social Science & Medicine 2015, lk 9. Vt ka Smith-Oka, V. „They Don't Know Anything": How Medical Authority Constructs Perceptions of Reproductive Risk among Low-Income Mothers in Mexico. – Fordyce, L., Maraesa, A. (toim). Risk, Reproduction, and Narratives of Experience 2012.
- 19Wing Sue, D. Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. – American Psychologist 2007/62 (4), lk 271–286. Vt ka: Friedlaender, C. On Microaggressions: Cumulative Harm and Individual Responsibility. – Hypatia 2018/33 (1).
- 20Smith-Oka, lk 9.
- 21Smith-Oka, lk 10, 14.
- 22Vt nt: Summers, H. Black women in the UK four times more likely to die in pregnancy or childbirth. – The Guardian 15.01.2021. – https://www.theguardian.com/global-development/2021/jan/15/black-women-in-the-uk-four-times-more-likely-to-die-in-pregnancy-or-childbirth (09.01.2022).
- 23Oja, L., Yamin, A. E. „Woman" in the European Human Rights System: How Is the Reproductive Rights Jurisprudence of the European Court of Human Rights Constructing Narratives of Women's Citizenship? – Columbia Journal of Gender and Law 2016/32 (1). Vt ka Havelková, B. Judicial Scepticism of Discrimination at the ECtHR. – Collins, H., Khaitan, T. (toim). Foundations of Indirect Discrimination Law 2018; Peroni, L., Timmer, A. Gender Stereotyping In Domestic Violence Cases An Analysis Of The European Court Of Human Rights' Jurisprudence. – Brems, E., Timmer, A. (toim). Stereotypes and human rights law 2016.
- 24Oja, L., Yamin, A. E. Vt ka Abel, M., Lippus, H., Oja, L. Miks on süütuse ja neitsilikkuse ülistamine ohtlik? – Feministeerium 13.11.2019. – https://feministeerium.ee/miks-on-suutuse-ja-neitsilikkuse-ulistamine-ohtlik/ (09.01.2022). Cinthio, H. 'You go home and tell that to my dad!' Conflicting Claims and Understandings on Hymen and Virginity. – Sexuality and Culture, 2015/19 (1); Cook, R. J., Dickens, B. M., Fathalla, M. F. Hymen Reconstruction. – Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics, and Law

(2003); Cook, R. J., Dickens, B. M. Hymen reconstruction: Ethical and legal issues. – International Journal of Gynecology and Obstetrics 2009/107 (3); Essen, B. et al. The experience and responses of Swedish health professionals to patients requesting virginity restoration (hymen repair). – Reproductive Health Matters 2010/18 (35); Juth, N., Lynöe, N. Zero tolerance against patriarchal norms? A cross-sectional study of Swedish physicians' attitudes towards young females requesting virginity certificates or hymen restoration. – Journal of Medical Ethics 2015/41 (3).

- 25Nt lahendis Tysiac vs. Poola (p 107) leidis kohus: „While the state regulations on abortion relate to the traditional balancing of privacy and the public interest, they must be in case of a therapeutic abortion be assessed against the positive obligations of the state to secure the physical integrity of mothers-to-be."
- 26Oja, Yamin.
- 27Engle Merry, S. Human Rights and Gender Violence. The University of Chicago Press 2009, lk 180.
- 28PSK § 18 kommentaar nr 39.
- 29Konstantin Markin vs. Russia, ECtHR Application No. 30078/06, Judgment of 22 March 2012.
- 30J. L. vs. Itaalia 21.05.2021. − https://www.riigiteataja.ee/kohtuteave/kohtulahendi_analyys/18789 (09.01.2022).
- 31Carvalho Pinto de Sousa Morais vs. Portugal, ECtHR Application No. 17484/15, Judgment of 25 July 2017.
- 32Ibidem, p 16.
- 33 Ibidem, p 52.
- 34Ibidem, p 52.