

SOJUSZNICY CZY PRZECIWNICY?



**Środowisko lekarskie
w debacie o prawie kobiet
do przerywania ciąży**



SOJUSZNICY CZY PRZECIWNICY?

**Środowisko lekarskie
w debacie o prawie kobiet
do przerywania ciąży**



Fundacja na rzecz Równości i Emancypacji STER

Raport powstał w ramach projektu
*Sojusznicy czy przeciwnicy? Jak przekonać środowisko lekarskie
w Polsce do wspierania praw reprodukcyjnych i seksualnych?*
*(Allies or Opponents? How to convince doctors
to support reproductive and sexual rights in Poland?),*
realizowanego przez
Fundację na rzecz Równości i Emancypacji STER
przy wsparciu Fundacji Open Society Institute
we współpracy z Human Rights Initiative of the Open Society Foundations.



Koordynatorki projektu:
Agnieszka Grzybek, Anna Czerwińska

Redakcja:
Agnieszka Grzybek, Magdalena Kicińska

Korekta:
Agnieszka Grzybek

Projekt okładki i opracowanie graficzne:
Grzegorz Laszuk

Skład i łamanie:
Grzegorz Laszuk, Anna Hegman

Publikacja bezpłatna.
Jest dostępna również na stronie internetowej wydawcy:
www.fundacjaster.org.pl

Wydanie I, Warszawa 2017
ISBN 978-83-944788-2-7

Wydawca:
Fundacja na rzecz Równości i Emancypacji STER
Adres biura: ul. Walecznych 26 m. 3, 03-916 Warszawa
tel. 660 631 400
faks: 22 628 20 03
e-mail: fundacjaster@fundacjaster.org.pl
www.fundacjaster.org.pl

Spis treści

Wstęp	7
Agnieszka Grzybek, Anna Czerwińska	
ROZDZIAŁ 1	13
Założenia metodologiczne badań jakościowych z lekarzami i lekarkami na temat prawa kobiet do przerywania ciąży	
Magdalena Grabowska	
ROZDZIAŁ 2	29
Zróżnicowanie, strach i konformizm. Lekarze w debacie na temat prawa kobiet do przerywania ciąży: wyniki badań jakościowych	
Magdalena Grabowska	
ROZDZIAŁ 3	95
Aborcja w Hiszpanii	
Claudia Snochowska-Gonzalez	
ROZDZIAŁ 4	121
Prawa reprodukcyjne w Irlandii	
Irmina Kotiuk	
ANEKS:	145
Kwestionariusz do badania jakościowego z lekarzami ginekologami i lekarkami ginekolożkami	
Biogramy autorek	155
Informacje o Fundacji na rzecz Równości i Emancypacji STER	159

Wstęp

AGNIESZKA GRZYBEK, ANNA CZERWIŃSKA

Dlaczego w polskiej debacie o aborcji nie słycać w ogóle głosu środowiska lekarskiego? Dlaczego w dyskusjach od lat przewijają się te same dwa, trzy nazwiska lekarzy, którzy mają odwagę krytykować podejmowane cyklicznie próby zaostrzenia i tak już restrykcyjnej ustawy antyaborcyjnej? Dlaczego ginekolodzy i ginekolożki w Polsce nie angażują się społecznie i politycznie w działania, które mogłyby doprowadzić do złagodzenia regulacji dotyczących przerywania ciąży? Dlaczego głos samorządu lekarskiego jest głosem konserwatywnym rzutującym na całe środowisko lekarskie i prowadzącym w konsekwencji do zaostrzenia regulacji?¹

Między innymi te właśnie pytania postawiłyśmy sobie, formułując założenia projektu *Sojusznicy czy przeciwnicy? Jak przekonać środowisko lekarskie w Polsce do wspierania praw reprodukcyjnych i seksualnych?*, który jest realizowany przy wsparciu Fundacji Open Society Institute we współpracy z Human Rights Initiative of the Open Society Foundations. Z jednej strony powszechne jest przekonanie o tym, iż środowisko lekarskie

1 To właśnie na wniosek Naczelnej Izby Lekarskiej Trybunał Konstytucyjny orzekł o prawie lekarza do odmowy świadczeń niezgodnych z jego sumieniem, wydając wyrok rozszerzający stosowanie tzw. klauzuli sumienia. Zob. wyrok nr K 12/14 z 7 października 2015 roku dostępny pod adresem: <http://trybunal.gov.pl/rozprawy/komunikaty-prasowe/komunikaty-po/art/8603-prawo-do-odmowy-wykonania-swadczenia-zdrowotnego-niezgodnego-z-sumieniem/> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

jest dość konserwatywne, skoro jego przedstawicielki i przedstawiciele nie angażują się w działania na rzecz złagodzenia przepisów dotyczących przerywania ciąży, z drugiej zaś każda i każdy z nas zna przecież lekarki i lekarzy, którzy mają liberalne poglądy i uważają, iż obowiązująca od 1993 roku ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży powinna zostać zmieniona. Dlaczego zatem nie słyszymy w ogóle głosu tych osób ze środowiska lekarskiego, które uważają, iż to kobiety powinny podejmować autonomiczne decyzje o kontynuowaniu bądź przerwaniu ciąży? Co mogłoby wpłynąć na modyfikację postaw lekarzek i lekarzy, zachęcić ich do aktywniejszego udziału w debacie publicznej na temat kwestii przerywania ciąży, a także społecznego i politycznego zaangażowania?

Idea projektu kształtowała się wiosną i latem 2015 roku, kiedy jeszcze nikomu się nie śniło, iż temat aborcji z takim impetem wróci do debaty publicznej i zdoła zmobilizować tysiące kobiet i mężczyzn do aktywnego sprzeciwu wobec prób wprowadzenia całkowitego zakazu przerywania ciąży niezależnie od przesłanek i indywidualnej sytuacji kobiety. Przez wiele lat temat aborcji pełzał bowiem gdzieś na obrzeżach debaty publicznej, mimo iż przecież środowiska ultra-konserwatywne wielokrotnie, w zasadzie w każdej kadencji Sejmu, podejmowały próbę wprowadzenia zakazu aborcji, żeby przypomnieć choćby tę najbardziej spektakularną w 2006-2007 roku, kiedy Liga Polskich Rodzin zgłosiła pomysł wprowadzenia całkowitego zakazu aborcji do polskiej Konstytucji. Wprawdzie na wezwanie Manueli Gretkowskiej, w postaci manifestu *Dość upokorzeń!* opublikowanego w „Przekroju” w 2006 roku, odpowiedziało wiele kobiet, które zbudowały ruch Polska jest Kobietą, przekształcony później w Partię Kobiet, jednak protesty przed Sejmem w dniach, kiedy ważyły się losy Konstytucji zgromadziły zaledwie garstkę osób. Wydawało się, że tak już będzie, że temat jakoś się wypalił, że nikt specjalnie (poza organizacjami feministycznymi od lat walczącymi z restrykcyjną ustawą) nie będzie się kwapił do aktywnego zaangażowania się w działania na rzecz zmiany złego prawa, ponieważ same kobiety i tak sobie „jakoś radzą” w przypadku, gdy przytrafi im się niechciana ciąża, korzystając z podziemia aborcyjnego, wyjeżdżając za granicę lub sprowadzając tabletki zza granicy umożliwiające im przeprowadzenie aborcji farmakologicznej.

Miałyśmy poczucie wyczerpania się dotychczasowych strategii działania na rzecz liberalizacji prawa do przerywania ciąży i konieczności wypracowania jakiejś nowej formuły, lecz przede wszystkim poszerzenia bazy dotychczasowych sojuszniczek i sojuszników sprawy.

Stąd głównym celem projektu *Sojusznicy czy przeciwnicy? Jak przekonać środowisko lekarskie w Polsce do wspierania praw reprodukcyjnych i seksualnych?* miało być zbadanie, w jakich okolicznościach i warunkach środowisko lekarskie w Polsce byłoby skłonne wesprzeć starania o liberalizację przepisów dotyczących przerywania ciąży, dostęp do antykoncepcji i edukacji seksualnej. Po pierwsze, chciałyśmy zidentyfikować bariery i przeszkody, które sprawiają, że polskie lekarki i lekarze, zwłaszcza o specjalizacji ginekologiczno-położniczej, nie wspierają zmian w zakresie praw reprodukcyjnych (mających na celu ich liberalizację). Po drugie, chciałyśmy poznać czynniki, które skłoniłyby lekarki i lekarzy do zmiany swego nastawienia i aktywnego włączenia się w działania na rzecz złagodzenia przepisów dotyczących przerywania ciąży. Poznaniu postaw środowiska lekarskiego miały służyć wywiady pogłębione. Punktem odniesienia były dla nas również doświadczenia innych krajów o kontekście kulturowym na pozór podobnym do polskiego ze względu na dominującą pozycję Kościoła katolickiego – Hiszpanii i Irlandii. Interesujący jest zwłaszcza przypadek Hiszpanii, gdzie w 2010 roku udało się doprowadzić do zliberalizowania przepisów dotyczących przerywania ciąży, lecz także Irlandii, gdzie zawiązała się koalicja organizacji (feministycznych i reprezentujących środowisko lekarskie) dążąca do zniesienia ósmej poprawki do Konstytucji, przyjętej w referendum w 1983 roku, całkowicie zakazującej aborcji.

Czy wyniki wywiadów pogłębionych z polskimi ginekologami i ginekolożkami są dla nas zaskakujące? Do pewnego stopnia potwierdzają nasze wcześniejsze intuicje dotyczące powodów bierności środowiska lekarskiego w zakresie praw reprodukcyjnych, z drugiej strony pokazują jednak, że jest całkiem spora grupa lekarzy i lekarek opowiadających się za liberalizacją prawa do przerywania ciąży, tyle że czekających, aż zmiana sama się dokona wraz z całkowitą wymianą klasy politycznej, co może przecież potrwać wiele lat. Nastawienie ginekologów i ginekolożek do kwestii przerywania ciąży trafnie zdiagnozowała dr Magdalena Grabowska, która opracowała wyniki badań

przedstawione w rozdziałach 1. i 2. niniejszego raportu, określając je jako „zróżnicowanie, strach i konformizm”. Z jednej strony opinie lekarek i lekarzy są niejednolite i bardzo zróżnicowane, z drugiej zaś w wielu wywiadach przewijał się strach przed utratą pracy, napiętnowaniem w środowisku zawodowym i konformistyczne dostosowywanie się do zaistniałych warunków, w jakim przyszło im pracować. Wyniki badań z lekarzami i lekarkami w Polsce były punktem wyjścia do dyskusji na temat strategii zwiększania aktywności środowiska lekarskiego w debacie i działaniach dotyczących liberalizacji przepisów w zakresie przerywania ciąży, przeprowadzonej w grupach fokusowych. Wydaje się, że istotnym elementem dalszych działań powinno być pozytywne wzmocnienie lekarek i lekarzy kierujących się podmiotowością pacjentek, uznających ich autonomię i popierających prawo do przerywania ciąży. Zmianie postaw lekarek i lekarzy mogłaby pomóc edukacja na poziomie studiów medycznych i edukacja osób wykonujących zawód ginekologa/ ginekolożki. Bardzo ważna jest również współpraca między środowiskami lekarskimi i organizacjami pozarządowymi oraz ruchami społecznymi opowiadającymi się za zmianą obecnego restrykcyjnego prawa dotyczącego przerywania ciąży.

Z tego względu ważne są doświadczenia hiszpańskie i irlandzkie. W tych dwóch krajach udało się bowiem nawiązać współpracę między lekarkami i lekarzami a środowiskami walczącymi o zniesienie ograniczeń w zakresie praw reprodukcyjnych i liberalizację prawa do aborcji, o czym piszą w naszym raporcie Claudia Snochowska-Gonzalez i Irmina Kotiuk. Jak pisze Claudia Snochowska-Gonzalez, po wprowadzeniu restrykcyjnej ustawy antyaborcyjnej w 1985 roku „pojawiły się grupy pracowników opieki zdrowotnej, którzy znaleźli w sobie siłę, by poradzić sobie z piętnem »aborcjonistów« i solidarnie wspierać kobiety w podejmowaniu decyzji o byciu lub niebyciu matką”. Z kolei w Irlandii powstała organizacja Lekarze za Wolnym Wyborem, jawnie wspierająca dążenia do zniesienia ósmej poprawki do Konstytucji całkowicie zakazującej aborcji. Z doświadczeń tych możemy czerpać, budując współpracę między środowiskami lekarskimi a organizacjami pozarządowymi i ruchami społecznymi dążącymi do liberalizacji prawa do przerywania ciąży w Polsce. Czynnikiem sprzyjającym może być ogromna mobilizacja społeczna, której wyrazem

były Czarne Protesty, jakie się przetoczyły przez Polskę jesienią 2016 i wiosną 2017 roku. Widząc tak silny sprzeciw wobec prób zaostrezenia prawa do aborcji, likwidacji antykoncepcji awaryjnej i wprowadzenia dalszych ograniczeń, lekarki i lekarze o poglądach zakładających autonomię kobiety w podejmowaniu decyzji dotyczących jej zdrowia reprodukcyjnego mogą aktywniej angażować się w debatę publiczną i konkretne działania na rzecz zmiany.

W imieniu Fundacji na rzecz Równości i Emancypacji STER dziękujemy ankieterkom, które przeprowadziły wywiady pogłębione z lekarkami i lekarzami na temat ich postaw dotyczących przerywania ciąży. Przede wszystkim zaś dziękujemy lekarkom i lekarzom, którzy zgodzili się na rozmowę.

Założenia metodologiczne badań jakościowych z lekarzami i lekarkami na temat prawa kobiet do przerywania ciąży

MAGDALENA GRABOWSKA

Dlaczego lekarze ginekolodzy w Polsce nie angażują się społecznie i politycznie w działania na rzecz złagodzenia przepisów dotyczących przerywania ciąży? Czy istnieje możliwość zmiany tej sytuacji? Co mogłoby wpłynąć na modyfikację postaw lekarzy? W przedstawionym poniżej raporcie, który jest rezultatem projektu *Sojusznicy czy przeciwnicy? Jak przekonać środowisko lekarskie w Polsce do wspierania praw reprodukcyjnych i seksualnych?*, pragniemy zastanowić się, jak polski kontekst kulturowy, społeczny i polityczny wpływa na postawy i praktyki lekarzy w zakresie przerywania ciąży. W oparciu o badania przeprowadzone w Polsce w 2017 roku z osiemdziesięcioma lekarzami i lekarkami oraz w odniesieniu do dwóch innych, choć w wielu aspektach przypominających polski, kontekstów kulturowych: hiszpańskiego i irlandzkiego, postaramy się zrekonstruować czynniki społeczne, polityczne, ekonomiczne i kulturowe, które kształtują postawy lekarzy. Sięgając do doświadczeń innych krajów i analizując krytycznie wyniki prowadzonych przez nas badań, chcemy jednak przede wszystkim zastanowić się, jak uaktywnić lekarzy w sferze publicznej. Sprawić, by – jako grupa o wysokim statusie społecznym i szerokim zakresie władzy – stali się sojusznikami ruchów na rzecz podmiotowości i praw kobiet.

Max Weber, jeden z twórców współczesnej socjologii, definiował etos jako sposób życia, postępowania i zachowywania się grup

społecznych, które działają rzetelnie w określonych celach. Lekarze, jako grupa społeczna i zawodowa o wysokim prestiżu, często uznawani są za jedną z kluczowych grup społecznych, definiujących i kształtujących postawy społeczeństwa. Jako grupa zawodowa lekarze, podobnie jak inne grupy społeczne, posiadają monopol wiedzy na określony temat oraz kapitał, który pozwala im na zawodową autonomię i uzyskanie zaufania opinii publicznej, a także legitymizuje ich autorytet w dziedzinie zdrowia¹. Jednocześnie wśród innych grup społecznych lekarzy wyróżnia charakter wykonywanej praktyki zawodowej. Kolektywna natura pracy lekarzy, uznanie za wartość najwyższą dobra pacjenta i postawienie go przed własnym zyskiem są często uznawane za ważną i nieodłączną część specyfiki wykonywania zawodu lekarskiego, przyczynek do postrzegania go jako profesji o dużym znaczeniu społecznym².

O ile klasyczna socjologia nie zajmuje się badaniami nad relacjami pomiędzy lekarzami a politykami (czy też szerszej pojętą sferą publiczną), o tyle niektórzy współcześni badacze i badaczki zadają dziś pytanie o zależności pomiędzy lekarzami a grupami posiadającymi wpływ na politykę społeczną. Podejmują oni refleksję na temat konsekwencji społecznych wzrastającej pozycji lekarzy w debacie publicznej, szczególnie w kontekście ważnych i wywołujących spory spraw dotyczących zdrowia i praw pacjentów, takich jak na przykład kwestia przerywania ciąży. W tym aspekcie badania społeczne zadają pytania dotyczące warunków blokujących i sprzyjających obecności lekarzy jako strony w debacie publicznej i o ich rolę w kształtowaniu warunków i kierunków tej debaty. Pojawia się w nich między innymi i taki argument, że zakres wpływu lekarzy na postawy społeczne zależy zarówno od stopnia wiedzy poszczególnych przedstawicieli tego zawodu, jak i od sposobu definiowania powinności lekarzy jako grupy zawodowej posiadającej ważną pozycję społeczną. Badania pokazują, że im większy jest zakres wiedzy eksperckiej lekarzy jako grupy zawodowej i im większa jest przepaść pomiędzy wiedzą lekarza a wiedzą pacjenta/pacjentki, tym większy jest zakres władzy lekarzy nad

-
- 1 Por. M. Weber, *Economy and Society: An Outline of Interpretive Sociology*, Berkley 1978.
 - 2 A. Anczyk, E. Anczyk, *Lekarski etos w relacjach z pacjentem*, w: „Medycyna Środowiskowa-Environmental Medicine”, 2010, t. XIII, s.124.

indywidualnymi pacjentami i społecznością jako całością³. Badacze i badaczki społeczni przyjmują, że w systemach demokratycznych świadomość publiczna i świadomość lekarzy oraz wpływ na politykę społeczną jest coraz większy⁴. Jednak w społeczeństwach kapitalistycznych ważnym aspektem definiującym interesy, pozycję i działania różnych grup społecznych, w tym lekarzy, jest także interes ekonomiczny. Zdaniem wielu badaczy lekarze, jako grupa społeczna, przechodzą ewolucję: ze zbiorowości, która w ujęciu historycznym powołana była do służby dla dobra ogółu, zmieniła się w taką, która służy dobru własnemu (dobru własnej grupy zawodowej)⁵.

Prowadzone na świecie badania dotyczące zaangażowania lekarzy w debatę na temat przerywania ciąży pokazują, że nie jest ono powszechne, mimo iż ma kluczowe znaczenie dla powodzenia procesów liberalizacji prawa do przerywania ciąży. W krajach Europy Zachodniej i w Stanach Zjednoczonych lekarze przyłączali się do działań na rzecz liberalizacji zarówno indywidualnie, jak również, choć rzadziej, jako zorganizowana grupa społeczna: Organizacje zawodowe lekarzy aktywizowały się przede wszystkim w końcowym etapie tych działań, a ich poparcie miało charakter przyłączenia się do już istniejących inicjatyw i pełniło rolę legitymizującą działania i postulaty sformułowane przez inne grupy społeczne, w tym organizacje kobiece i feministyczne⁶. W debatach na temat prawa do przerywania ciąży głównym punktem odniesienia dla lekarzy pozostawał własny interes grupowy i zachowanie autonomii organizacyjnej oraz ekonomicznej, a także unikanie konfliktu z innymi ważnymi aktorami społecznymi (takie podejście prezentują na przykład organizacje lekarskie w Polsce i Brazylii). Rzadkością, nie tylko w Polsce, były i są postawy pro-społeczne wśród lekarzy i organizacji lekarskich nastawione na poszanowanie

3 M. R. Haug, *The erosion of professional authority: A cross-cultural inquiry in the case of the physician*, w: „The Milbank Quarterly”, 1976, t. I, s. 383-106.

4 S.J. Holcombe, *Medical Societies and Contentious Policy Reform. The Ethiopian Society for Obstetricians & Gynecologist (ESOG and Ethiopia's 2005 reform of its Penal Code on abortion)*, artykuł dostępny: <http://paa2015.princeton.edu/abstracts/150265> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

5 S. Harrison, Ch. Pollit, *Controlling Health Professionals: The Future of Work and Organization in the NHS*, Open University Press, Buckingham 1994.

6 N. Aries, *The American College of Obstetricians and Gynecologists and the Evolution of Abortion Policy, 1951-1973: The Politics of Science*, w: „American Journal of Public Health”, 2003, t. 93/11, s. 31810-1819.

praw i interesów różnych grup społecznych, reprezentowane między innymi przez Global Doctors for Choice⁷: międzynarodową sieć lekarzy opowiadających się za szerokim dostępem do bezpiecznej, świadomej aborcji. Skupia ona przedstawicieli tego zawodu z Brazylii, Kolumbii, Ghany, Meksyku i Afryki Południowej.

Zdobycie odpowiedzi na pytanie, dlaczego polscy lekarze ginekolodzy o poglądach koncentrujących się na autonomii kobiet w procesie podejmowania decyzji o ciąży, poglądach zakładających autonomię kobiety w zakresie jej praw reprodukcyjnych nie angażują się w debatę publiczną dotyczącą przerywania ciąży, było głównym przyczynkiem do badań prowadzonych w ramach projektu Sojusznicy czy przeciwnicy? Jak przekonać środowisko lekarskie w Polsce do wspierania praw reprodukcyjnych i seksualnych?. Postawiliśmy sobie dwa zasadnicze cele. Po pierwsze, chcieliśmy zidentyfikować bariery i przeszkody, które sprawiają, że polscy lekarze i lekarki, w szczególności lekarze ginekolodzy i ginekolożki, nie wspierają zmian w zakresie praw reprodukcyjnych (mających na celu ich liberalizację). Po drugie, pragnęliśmy dowiedzieć się, co skłoniłoby lekarki i lekarzy do zaangażowania się w działania na rzecz liberalizacji prawa do przerywania ciąży. Wywiady pogłębione z lekarzami i lekarkami miały służyć poszerzeniu wiedzy na temat ich postaw dotyczących przerywania ciąży w Polsce oraz pokazaniu, jak istniejący kontekst społeczny i kulturowy na nie wpływa. Projektując badanie, odniosliśmy się do podobnych analiz prowadzonych na świecie, jak i wcześniejszych studiów poświęconych w Polsce temu tematowi.

Badania dotyczące możliwości zaangażowania się lekarzy ginekologów w działania na rzecz złagodzenia w Polsce przepisów dotyczących przerywania ciąży prowadzone były w nurcie badań społecznych, zaangażowanych⁸ oraz w odniesieniu do istniejących za granicą i w Polsce opracowań dotyczących tej kwestii. Prowadzone dotychczas

7 Zob. <https://globaldoctorsforchoice.org/> (data dostępu: 5 czerwca 2017).

8 M. Baer, *Między antropologią a aktywizmem. Użycia i nadużycia paradygmatu wielorakich płci*, w: „Zeszyty Etnologii Wrocławskiej”, 2004, t. 1, s. 323-35; *Badania w działaniu. Pedagogika i antropologia zaangażowane*, red. H. Červinkova, B. Gołębnik, Wrocław 2010; M. Grabowska, A. Kościańska, *Antropologia stosowana i zaangażowana wobec dyskryminacji ze względu na płeć i seksualność*, w: *Antropologia stosowana*, red. M. Ząbek, Warszawa 2011, s. 3272-293.

badania skupiają się na rozpoznaniu postaw lekarzy wobec istniejącego liberalnego prawa do przerywania ciąży w krajach, gdzie jest ono stosunkowo liberalne (kraje „zachodnie”, kraje „globalnej północy”) i/ lub wyszczególnienia czynników wpływających na możliwą zmianę postaw lekarzy w krajach, w których obowiązuje restrykcyjne prawo dotyczące przerywania ciąży (kraje „globalnego południa”). Dla naszego projektu ważna była zarówno pierwsza, jak i druga grupa badań, choć polski kontekst zbliżony jest raczej do sytuacji w krajach globalnego południa niż Europy Zachodniej i Stanów Zjednoczonych. W prowadzonych na świecie badaniach postaw lekarzy dominują metody ilościowe, nastawione na zgromadzenie jak największej liczby badanych i uzyskanie dzięki temu zestandaryzowanych wyników. Wydaje się, że – jako grupa – lekarze lepiej „odpowiadają” na tego typu metodologię, jest ona z ich punktu widzenia bardziej zrozumiała i mniej czasochłonna. Choć badania prowadzone w paradygmacie ilościowym pokazują ogólne trendy w postawach lekarzy, nie pozwalają one jednak w stopniu, w jakim umożliwiają to badania jakościowe, dotrzeć do źródeł i uwarunkowań tych postaw. W zaproponowanym przez nas badaniu przyjęliśmy zatem paradygmat jakościowy – zależało nam przede wszystkim na dotarciu do poglądów środowiska lekarskiego bardziej niż na uzyskaniu reprezentatywnego obrazu, mapy przekonań dużej grupy lekarzy w Polsce. Niemniej jednak w projektowaniu narzędzi badawczych przyglądałyśmy się zarówno istniejącym badaniom ilościowym, jak i jakościowym. Stanowiły one dla nas inspirację do stworzenia narzędzi badawczych, a także ważne źródło informacji na temat środowiska lekarskiego w różnych kontekstach kulturowo-społecznych i ekonomicznych.

POSTAWY LEKARZY WOBEC PRZERYWANIA CIĄŻY: BADANIA ILOŚCIOWE I JAKOŚCIOWE

Ilościowe badania nad postawami lekarzy wobec przerywania ciąży prowadzone są najczęściej metodami sondażowymi, skupiając się na odtworzeniu schematu myślenia lekarzy oraz trendów w ich postawach wobec prawa do przerywania ciąży oraz dopuszczalności przerywania ciąży w różnych przypadkach. Pokazują również wpływ

czynników, takich jak płeć, wiek oraz specjalizacja, na postawy i poglądy różnych grup lekarzy. Przykładowo, z badań prowadzonych w 1980 roku w Queensland w Australii⁹ wynikało, że 79 procent lekarzy opowiadało się za liberalizacją prawa do aborcji, a indywidualne charakterystyki, takie jak wiek, płeć i wyznanie, miały wpływ na opinię lekarzy dotyczącą prawa do aborcji. Postawy lekarzy kształtował także rodzaj specjalizacji: lekarze ogólni (interniści) częściej opowiadali się za liberalizacją prawa do przerywania ciąży niż lekarze specjaliści. Wpływ miało też miejsce wykonywania zawodu: posiadający prywatną praktykę częściej byli zwolennikami liberalizacji prawa do aborcji niż lekarze pracujący w szpitalach publicznych. W duńskim badaniu dotyczącym postaw wobec zabiegu przerywania ciąży, przeprowadzonym wśród 96 osób¹⁰, studentów genetyki i ginekologii, również wykazano, że stosunek do przerywania ciąży związany jest ze specjalizacją lekarską. Studenci genetyki w większym stopniu opowiadają się za przerywaniem ciąży niż studenci ginekologii, którzy podkreślali, iż wybrali tę specjalizację pomimo konieczności przeprowadzania tego zabiegu w pierwszym i drugim trymestrze ciąży. 21 procent studentów, którzy wzięli udział w badaniu, przyznało, że konieczność przeprowadzania zabiegu przerywania ciąży w drugim lub trzecim trymestrze ciąży negatywnie wpływa na ich zadowolenie z pracy. Z badania przeprowadzonego w amerykańskim stanie Filadelfia¹¹ wśród 310 rezydentów lekarskich wynikało z kolei, że poziom akceptacji lekarzy dla przerywania ciąży związany jest ze stopniem jej zaawansowania (większe przyzwolenie na aborcję w pierwszym niż w drugim trymestrze), przyczynami zabiegu przerywania ciąży (mniejsze przyzwolenie na tzw. „aborcję na życzenie” niż np. na tę powodowaną uszkodzeniami płodu). Na jeszcze inny, społeczny aspekt postaw lekarzy zwróciło uwagę badanie prowadzone w byłej

9 M.C. Sheehan, J.G. Munro, J.G. Ryan, *Attitudes of medical practitioners towards abortion: a Queensland study*, w: „Australian Family Physician”, 1980, tom. IX, s. 3565-570.

10 M.D. Ingerslev, B.R. Diness, M. Norup, *Attitudes towards abortion amongst trainees in obstetrics/gynecology and clinical genetics*, w: „Acta Obstet Gynecolo. Scan”, 2012, t. II, 256-259.

11 R.L. Fisher, K. Schaeffer, R. L. Hunter, *Attitudes of obstetrics and gynecology residents toward abortion participation: a Philadelphia area survey*, w: „Contraception”, 2005, t. III, s. 3200-205.

Czechosłowacji¹². Badanie, w którym udział wzięło 155 ginekologów, pokazało, że większość lekarzy odrzuca przerywanie ciąży jako możliwą „metodę antykoncepcji” oraz postrzega kobiety jako te, które częściej wybierają aborcję niż antykoncepcję, tj. stosują ją jako metodę kontroli swojej płodności (około 60 procent lekarzy uczestniczących w tym badaniu uznało, że przynajmniej niektóre z ich pacjentek są skłonne raczej poddać się aborcji, niż używać antykoncepcji). Badanie to pokazało jednocześnie, że wiedza samych lekarzy na temat antykoncepcji hormonalnej była wyrywkowa i niedostateczna, przece- niali oni również wiedzę pacjentek na temat antykoncepcji.

Jakościowe badania na temat postaw lekarzy wobec prawa do abor- cji pozwalają odpowiedzieć na pytania szczególnie istotne w kon- tekście polskiej debaty dotyczącej praw reprodukcyjnych i aborcji, w szczególności zaś na pytanie o to, dlaczego środowisko lekarskie unika angażowania się w publiczną debatę na temat dostępności za- biegu przerywania ciąży. Dociekania prowadzone w innych konteks- tach geopolitycznych i kulturowych, w tym w krajach afrykańskich, pokazują, że stowarzyszenia lekarskie nie są chętne do zaangażowa- nia się w konfliktogenny proces tworzenia polityki społecznej, z wy- jątkiem sytuacji, gdy podważane i/lub zagrożone są ekonomiczne in- teresy lekarzy¹³. Z prowadzonej w tym kontekście etiopskiej debaty na temat karalności przerywania ciąży i badań przeprowadzonych wśród lekarzy wysunąć można tezę dotyczącą wyznaczenia tego, co wpływa na udzielenie poparcia propozycji liberalizacji prawa przez profesjo- nalne organizacje lekarskie, wcześniej reprezentujące konserwatywne poglądy na temat aborcji. Z badań tych wynika, iż kluczowa była tu redefinicja założeń etiopskiej debaty: przejście od dyskusji na temat aborcji do rozmowy dotyczącej problemu wysokiej śmiertelności ko- biet¹⁴. Badania dotyczące hiszpańskiej debaty na temat prawa do abor- cji wskazują z kolei na wagę czynników politycznych, w szczególności zaś istnienia przeciwwagi dla sił konserwatywnych (reprezentowa- nych między innymi przez Kościół katolicki) w procesie pozyskiwania

12 A.Ph. Visser, R. Uzel, E. Ketting, N.Bruyniks, B.J Oddens, *Attitudes of Czech and Slovak gynecologists toward family planning*, w: „Advances in Contraception”, 1993, t. IV, s. 3351-362.

13 S.J. Holcombe, *Medical Societies and Continuous Policy Reform*, dz. cyt.

14 Tamże.

lekarzy jako grupy potencjalnie wspierającej liberalizację prawa do przerywania ciąży. W studium porównawczym dotyczącym portugalskiej debaty na temat przerywania ciąży¹⁵ Ana Maria Prata Amaral Pereira argumentowała, że dzięki oddolnym inicjatywom grupy feministyczne w sąsiedniej Hiszpanii były w stanie osiągnąć status ważnych aktorów społecznych, wywierających wpływ na opinię grup zawodowych, w tym lekarzy. Siła ruchu kobiecego wzmocniona była jednocześnie przez istnienie sprzyjających warunków politycznych (partii politycznych jawnie opowiadających się przeciwko zakazowi aborcji) i doprowadziła do sytuacji, w której istotne organizacje lekarskie opowiedziały się za liberalizacją prawa do aborcji. Proces ten nie odbył się w Portugalii, gdzie nie powstały sprzyjające warunki do zmiany postawy lekarzy. W konsekwencji hiszpańscy lekarze pozostali grupą aktywną w debacie dotyczącej aborcji, także w kolejnych jej odsłonach, w latach 2010 i 2014. Porównawcze badanie jakościowe prowadzone w Brazylii i Polsce w 2010 roku wskazało na potrzebę zacieśnienia współpracy pomiędzy lekarzami a ruchem feministycznym w obu krajach. Badanie dowiodło, że na postawy lekarzy wobec prawa do przerywania ciąży nie wpływają bezpośrednio poglądy religijne, postawy te są również kształtowane przez nieadekwatny do potrzeb pacjentek przebieg procesu edukowania w szkołach medycznych i strach przed byciem stygmatyzowanym i prześladowanym (szczególnie w Brazylii). Wywiady prowadzone w Polsce ujawniły brak dialogu pomiędzy ruchem społecznym opowiadającym się za prawem do przerywania ciąży a lekarzami oraz nieobecność w sferze publicznej dyskursu na rzecz prawa do przerywania ciąży¹⁶.

15 A.M. P. A. Pereira, *Women's movements, the state, and the struggle for abortion rights: Comparing Spain and Portugal in times of democratic expansion (1974-1988)*, Minnesota 2007, s.1-329.

16 S. De Zardo, J. Mishtal, *Physicians and abortion: provision, political participation and conflicts on the ground – the cases of Brazil and Poland*, w: „Women's Health Issues”, 2011, t. III, s. 332-6.

POLSKIE BADANIA NA TEMAT LEKARZY I DEBATY DOTYCZĄCEJ PRZERYWANIA CIĄŻY

Wcześniejsze badania prowadzone w tym obszarze w Polsce to przede wszystkim badania Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny z 2000 roku, których wyniki przedstawiono w raporcie Skutki ustawy antyaborcyjnej – raport Federacji 2000 w rozdziale *Postawy środowiska medycznego wobec aborcji*¹⁷. Wynikało z nich między innymi, że nie wszyscy lekarze znają treść obowiązującej w tym zakresie ustawy z 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (zwanej dalej ustawą aborcyjną) oraz procedury formalne obowiązujące przy przerywaniu ciąży. Lekarze potwierdzali, że od momentu wprowadzenia restrykcyjnej ustawy liczba aborcji w szpitalach bardzo zmalała, jednocześnie demonstrowali szeroką wiedzę na temat istnienia tzw. podziemia aborcyjnego i wyrażali przekonanie, że aborcja w podziemiu jest dla kobiet dostępna, pod warunkiem posiadania przez nie wystarczających zasobów finansowych. Ciekawe są wyniki badań ilościowych Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny przeprowadzonych w tym samym roku przez firmę RUN metodą ankiety wysłanej pocztą do dwustu lekarzy. Większość lekarzy, którzy wypełnili ankietę – 171 osób (88,6 procent) nie brała udziału w żadnych debatach na temat zmian w ustawie. Argumentem najczęściej podawanym przez osoby nieangażujące się był brak informacji, brak możliwości uczestniczenia w rozmowach (35 osób – 22 procent nieangażujących się). Spośród 22 osób (12,2 procent), które wzięły udział w debatach, 10 osób (czyli prawie połowa z nich) swoje zaangażowanie motywowało światopoglądem. Znaczna część ankietowanych pozostała obojętna wobec

17 Zob. *Skutki ustawy antyaborcyjnej – raport Federacji 2000*. Badanie Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny przeprowadzone zostało w dniach od 31 maja do 13 lipca 1999 roku przez firmę badawczą RUN – Badania Rynkowe i Społeczne wśród warszawskich lekarzy i pielęgniarek. Zostało ono przeprowadzone metodą wywiadów pogłębionych: 6 z lekarzami ginekologami (2 kobiety i 4 mężczyźni) i 4 ze średnim personelem medycznym – położnymi i pielęgniarkami. Grupa była zróżnicowana ze względu na wiek, miejsce pracy i płeć. Badanie Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny skupiało się na wiedzy lekarzy i lekarek na temat warunków przerywania ciąży i obowiązujących procedur, praktyce przerywania ciąży, stosunku do ustawy, ocenie moralnej aborcji oraz opiniach na temat autonomii kobiety.

rozmów dotyczących podjęcia decyzji o kształcie prawnych ustaleń w kwestii możliwości przerywania ciąży. Badanie jakościowe ujawniło niektóre motywy braku zaangażowania lekarzy w tę debatę publiczną. W wywiadach pogłębionych lekarze deklarowali, że mają swoje zdanie na temat obecnie obowiązującej ustawy aborcyjnej, jednak nie zamierzają się nimi dzielić z opinią publiczną. Wymieniali następujące powody tego oporu: przekonanie, że jednostka nie ma wpływu na procesy polityczne, przekonanie, że istnieją inne grupy społeczne bardziej kompetentne w podejmowaniu takiej debaty, przekonanie, że zdanie lekarzy nie jest respektowane. Dodatkowo lekarze wspominali o presji ze strony środowiska lekarskiego, mówili o istniejącym podziemiu. Swoje milczenie motywowali też strachem o to, że zostaną posądzeni o przeprowadzanie zabiegów przerywania ciąży oraz presją ze strony innych grup społecznych, w tym Kościoła katolickiego i mediów.

W innej publikacji dotyczącej postaw lekarzy i lekarek wobec prawa do przerywania ciąży w Polsce Joanna Mishtal wskazywała na fakt, że polscy lekarze i lekarki uznają obowiązujące obecnie prawo dotyczące przerywania ciąży za narzędzie rozproszenia napięcia pomiędzy Kościołem katolickim a środowiskiem lekarskim¹⁸. Zakaz aborcji jest więc z jednej strony zaspokojeniem żądań Kościoła, z drugiej zaś pozwala lekarzom i lekarkom na uzyskanie dodatkowego dochodu pochodzącego z nielegalnej, podziemnej aborcji. Dopóki ani Kościół ani lekarze i lekarki nie kwestionują obowiązującego prawa, dopóty debata o dopuszczalności aborcji w środowisku lekarskim będzie miała, zdaniem Mishtal, charakter marginalny. Przeprowadzone przez nią wywiady z 26 lekarzami i lekarkami wskazywały również na to, że pozostają oni jako grupa – szczególnie w społecznościach lokalnych – pod silnym wpływem tam funkcjonujących przedstawicieli Kościoła katolickiego oraz współpracujących z nimi polityków. Z badań tych wynika ponadto, że aborcja jest dużo bardziej dostępna w dużych miastach niż małych miejscowościach. W tych ostatnich lekarze i lekarki często używają tzw. „klauzuli sumienia”¹⁹

18 J. Mishtal, *The Politics of Morality: The Church, the State and Reproductive Rights in Postsocialist Poland*, Ohio 2014.

19 Pojęcie to odnosi się do szczególnej regulacji prawnej, na mocy której lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego

jako narzędzia nieangażowania się w spór dotyczący także legalnych przypadków przerywania ciąży.

Mishtał opisywała również przyczyny niskiej aktywności lekarzy ginekologów w debacie na temat prawa do przerywania ciąży w Polsce. Autorka ta wskazywała, w jaki sposób wspomniane już czynniki ekonomiczne (możliwość uzyskania dodatkowych dochodów w podziemiu aborcyjnym) przenikają się z nakreślonym wyżej kontekstem społeczno-kulturowym (strach przed lokalnymi strukturami władzy, w tym Kościołem katolickim) oraz czynnikami historyczno-ekonomicznymi (ubezwłasnowolnienie lekarzy w okresie PRL-u – zakaz działalności niezależnych organizacji lekarskich, cięcia budżetowe w obszarze służby zdrowia w okresie transformacji). Dodatkowym czynnikiem, na który wskazywała antropolożka, jest sposób funkcjonowania ruchu kobiecego i ruchu feministycznego w Polsce w latach dziewięćdziesiątych. Chodzi tu, między innymi, o dużą fragmentaryzację ruchu feministycznego, słabość w obliczu dominacji Kościoła oraz ambiwalentny stosunek działaczek feministycznych do przenoszonych na polski grunt (przede wszystkim poprzez rozmaite programy finansowania organizacji pozarządowych) „zachodnich” modeli działań feministycznych, w tym modelu walki o prawo do aborcji prowadzonej w oparciu o dyskurs „wolnego wyboru”.

Z ostatnich badań przeprowadzonych w 2016 roku, w odniesieniu do proponowanych obecnie zmian prawnych, wynika, że 45 procent lekarzy i lekarek uważa, że nie należy zmieniać obecnej ustawy aborcyjnej, 32 procent jest za pewnym złagodzeniem przepisów, 16 procent – za ich zaostrzeniem, a 6 procent nie ma zdania. Badanie to, przeprowadzone w grupie 501 lekarzy i lekarek, losowo dobranych ze wszystkich specjalizacji z całej Polski (wykonane na zlecenie portalu lekarskiego Konsylium 24), pokazuje, że 45 procent lekarzy i lekarek w Polsce popiera dotychczasowy „kompromis aborcyjny”, **25 procent jest za liberalizacją przepisów dotyczących aborcji** w postaci poszerzenia katalogu sytuacji, w których byłaby ona dozwolona. 10 procent lekarzy i lekarek uważa, że proponowany przez Instytut Ordo Juris projekt zmiany ustawy zakazujący aborcji jest zbyt radykalny,

sumieniem. Mówi o tym art. 39 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z 5 grudnia 1996 roku.

jednakże obecne wyjątki dopuszczające aborcję są też zanadto liberalne, **8 procent jest zdania, że aborcja powinna być dostępna na żądanie**. 6 procent lekarzy i lekarek stwierdziło, że popiera obecnie proponowaną zmianę ustawy, w świetle której obowiązywałby całkowity zakaz aborcji i wprowadzono by kary za „zabójstwo prenatalne”. Postawy popierające liberalizację ustawy pojawiają się najczęściej wśród najstarszych stażem pracy lekarzy i lekarek (27 lat pracy w zawodzie lub więcej) – w tej grupie dominują zwolennicy i zwolenniczki złagodzenia przepisów antyaborcyjnych (41 procent tej grupy). Wśród najmłodszych lekarzy i lekarek tylko 27 procent jest zwolennikami i zwolenniczkami złagodzenia przepisów. Natomiast im młodszy lekarze, tym chętniej popierają obowiązujący „kompromis aborcyjny”. Wśród najmłodszych lekarzy i lekarek (7 lat stażu w zawodzie lub mniej) połowa popiera tzw. „kompromis aborcyjny”. Wśród najstarszych stażem lekarzy i lekarek (27 lat pracy w zawodzie lub więcej) popiera go 40 procent badanych. Spośród konkretnych specjalizacji najmniej zwolenników i zwolenniczek zaostrzenia przepisów antyaborcyjnych jest wśród ginekologów i ginekolożek – tylko 11 procent jest za zaostrzeniem przepisów. Wśród pediatrów i neonatologów odsetek ten wynosi 19 procent²⁰.

Postawy lekarzy pokrywają się postawami całego społeczeństwa polskiego wobec aborcji. Z sondażu przeprowadzonego przez CBOS między 31 marca a 7 kwietnia 2016 roku, na liczącej 1104 osoby, reprezentatywnej grupie Polek i Polaków wynika, że większość ankietowanych uważa, że kobieta powinna mieć możliwość przerwania ciąży w sytuacji, w której zagraża ona jej życiu (80 procent wskazań), zdrowiu (71 procent) albo poczęcie nastąpiło w wyniku gwałtu lub kazirodztwa (73 procent). Ponad połowa badanych (53 procent) dopuszcza też legalność przeprowadzenia aborcji, jeżeli wiadomo, że dziecko urodzi się z wadami. Równocześnie większość respondentów sprzeciwia się dopuszczalności aborcji z powodu sytuacji materialnej (75 procent), osobistej (75 procent) albo niechęci do posiadania dzieci (76 procent).

20 Zob. <http://www.medexpress.pl/sondaz-co-polscy-lekarze-sadza-w-sprawie-aborcji/63762> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

PROJEKTOWANIE NARZĘDZIA BADAWCZEGO

Zaprojektowanie i ewaluacja narzędzi badawczych do badań przeprowadzonych wśród lekarek i lekarzy było pierwszym etapem projektu, którego celem było zachęcenie środowiska lekarskiego do zaangażowania się na rzecz zmiany w obszarze praw reprodukcyjnych w Polsce. Posługując się przykładami badań z innych krajów, w tym krajów o podobnym charakterze etniczno-kulturowym (np. dominująca rola Kościoła katolickiego), takich jak na przykład Hiszpania – i gdzie udało się przekonać niektóre grupy lekarzy i lekarek do poparcia inicjatyw mających na celu zmianę prawa do aborcji, pragnęliśmy przetestować czynniki, które mogą mieć wpływ na postawy lekarzy i lekarek. W zaprojektowanym narzędziu badawczym wzięliśmy pod uwagę szereg czynników, które, jak pokazują cytowane powyżej badania ilościowe i jakościowe, wpływają na postawy lekarzy wobec prawa do przerywania ciąży. Były to czynniki polityczne, osobiste, instytucjonalne, ekonomiczne, geograficzne i kulturowe²¹.

21 **Do czynników politycznych zaliczyliśmy:** wpływ Kościoła katolickiego i prawicy na debatę polityczną w Polsce, w szczególności debatę dotyczącą praw reprodukcyjnych, wpływ sytuacji politycznej na działania lekarzy i lekarek, również to, w jaki sposób kształtuje ona ich sytuację w społeczności lokalnej, np. możliwość wypowiadania zróżnicowanych opinii na temat prawa do przerywania ciąży. **Do czynników osobistych zaliczyliśmy:** wpływ osobistych przekonań na wykonywaną pracę, przede wszystkim sposób traktowania kobiet w ciąży, interpretację wyników badań, diagnozę dotyczącą zdrowia kobiety i stanu płodu, w tym osobiste trajektorie poglądów lekarzy i lekarek starszego pokolenia, którzy byli aktywni zawodowo w okresie PRL-u. **Do czynników instytucjonalnych zaliczyliśmy:** hierarchiczność stowarzyszeń lekarskich, możliwość ekspresji wielorakich opinii w ramach organizacji lekarzy i lekarek, możliwość zaangażowania tych instytucji w debatę publiczną po stronie zwolenników i zwolenniczek liberalizacji istniejącego prawa. **Czynniki ekonomiczne:** zależność pomiędzy stosunkiem lekarzy i lekarek do praw reprodukcyjnych a sytuacją ekonomiczną lekarzy, w szczególności zbadanie kwestii, czy z faktu istnienia „podziemia aborcyjnego” wynikają bezpośrednie korzyści finansowe dla lekarzy i lekarek. **Czynniki „geograficzne”, które zostały wzięte pod uwagę w badaniu,** to wpływ umiejscowienia w systemie służby zdrowia (prywatna/publiczna, w Polsce lub poza Polską) na podejście do kwestii związanych z prawami reprodukcyjnymi; szukaliśmy odpowiedzi na pytanie, na ile poglądy i praktyki lekarzy i lekarek zależą od kontekstu geopolitycznego. **Do czynników społeczno-kulturowych zaliczyliśmy:** wpływ innych grup społecznych na opinie i sposób postępowania lekarzy i lekarek; tu chcieliśmy znaleźć odpowiedź na pytanie, na ile opinia innych środowisk – polityków, mediów, prawników i innych wpływa na opinie lekarzy i lekarek na temat przerywania ciąży.

Proces projektowania narzędzi badawczych rozpoczęliśmy od stworzenia szkieletu wywiadu pogłębionego zawierającego pytania otwarte i zamknięte do lekarzy i lekarek ginekologów w Polsce i za granicą. Stworzone w ramach zespołu projektowego Fundacji STER narzędzie badawcze było poddane ewaluacji przez zespół ekspertek reprezentujących rozmaite dziedziny. W jego skład weszły: Irmina Kotiuk (prawniczka), dr Marta Rawłuszko (socjolożka), Aleksandra Solik (działaczka feministyczna) i Karolina Więckiewicz (prawniczka)²². Podczas dwóch spotkań ewaluacyjnych podnoszone były kwestie językowe, metodologiczne i prawne, związane z prowadzeniem badań na temat nielegalnych w Polsce zabiegów przerywania ciąży, dostępności lekarzy jako grupy badawczej w badaniu jakościowym, zasadności poszczególnych typów pytań (pytania zamknięte) i poszczególnych tematów scenariuszu wywiadów²³. Ostatecznie zespół ekspercki przyjął założenie, iż badanie zostanie zbudowane wokół bloków tematycznych, odpowiadających interesującym nas zagadnieniom i opartych na ogólnych i otwartych pytaniach skierowanych do respondentów i respondentek, które następnie byłyby uszczegóławiane w procesie prowadzenia wywiadu. Metodologicznie, przyjęcie zasady „od ogółu do szczegółu” miało na celu łagodne wprowadzenie w kontrowersyjną w Polsce tematykę oraz umożliwienie lekarzom i lekarkom biorącym udział w badaniu głębszej refleksji na temat prawa do przerywania ciąży w Polsce. Przygotowany przez

22 Zespół ekspertek składał się z następujących osób: **Marta Rawłuszko**, socjolożka, członkini Towarzystwa Edukacji Antydyskryminacyjnej, współautorka narzędzi badawczych między innymi w projektach *Równość standardem polskiego samorządu* oraz *Przełamać tabu: prawa ofiar przemocy seksualnej w Polsce*, **Irmina Kotiuk**, prawniczka specjalizująca się w prawach reprodukcyjnych, **Karolina Więckiewicz**, prawniczka z Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, **Aleksandra Solik**, działaczka feministyczna, członkini Koalicji KARAT.

23 Ekspertki zgłosiły między innymi następujące uwagi do zaproponowanego scenariusza wywiadu. **Kwestie językowe:** ekspertki zwróciły uwagę na konieczność ograniczenia badania do pytań o przerywanie ciąży i na to, by nie zawierało ono pytań o uogólnione „prawa reprodukcyjne” i „prawa seksualne”. Ekspertki zaproponowały również rezygnację z pytań dotyczących antykoncepcji i zapłodnienia *in vitro* oraz edukacji seksualnej. **Kwestie metodologiczne:** ekspertki zasugerowały znaczące ograniczenie liczby pytań do wywiadu pogłębionego, całkowitą rezygnację z pytań zamkniętych oraz uporządkowanie scenariusza wywiadu wedle zasady „od ogółu do szczegółu”. **Kwestie prawne:** ekspertki zwróciły uwagę na konieczność uregulowania prawnego statusu badania w zakresie ochrony danych osobowych.

nas scenariusz wywiadu miał charakter otwarty i składał się z czterech części:

- **Społeczna rola i funkcjonowanie lekarzy i lekarek, zaangażowanie w debatę publiczną, czynniki wpływające na opinie lekarzy i lekarek dotyczące przerywania ciąży.** Celem tej części wywiadu było uzyskanie wiedzy na temat opinii rozmówcy/rozmówczyni dotyczących środowiska lekarskiego, społecznej roli lekarzy i lekarek i obecności przedstawicieli i przedstawicielek tego środowiska w debacie publicznej.
- **Opinie na temat zabiegu przerywania ciąży, decyzyjności kobiety i lekarza.** W tej sekcji interesowały nas opinie uczestnika/uczestniczki na temat tego, kto powinien podejmować ostateczną decyzję dotyczącą przerywania ciąży.
- **Opinie na temat obowiązującego w Polsce prawa dotyczącego przerywania ciąży.** Pytania w tej sekcji odnosiły się do istniejącej w Polsce sytuacji i praktyk lekarzy i lekarek. Celem było poznanie opinii lekarzy i lekarek na temat obowiązującego obecnie prawa dotyczącego przerywania ciąży.
- **Opinie na temat zmiany istniejących przepisów dotyczących przerywania ciąży.** W tej części badania interesowały nas opinie na temat proponowanych obecnie zmian w prawie dotyczącym przerywania ciąży: zarówno pomysłów jego zaostrzenia, jak i liberalizacji.

GRUPA BADANA I PROCES BADAWCZY

Badanie zostało przeprowadzone metodą wywiadu pogłębionego. Udział w badaniu wzięło **85 lekarzy i lekarek: 80 w pracujących w Polsce i 5 pracujących** w klinikach zagranicznych na terenie Wielkiej Brytanii, Niemiec i Austrii. Wywiady pogłębione w Polsce prowadzone były wśród grupy ginekologów i ginekolożek zróżnicowanej pod względem następujących cech:

- **wiek** (trzy grupy wiekowe: poniżej 35. roku życia, pomiędzy 35. a 50. rokiem życia, powyżej 50. roku życia);
- **płeć** (kobieta, mężczyzna);

- **miejsce praktyki** (mała miejscowość – do 20 tys. 3mieszkańców i mieszkańek, średnia miejscowość – do 80 tys. 3mieszkańców i mieszkańek, duże miasto powyżej 80 tys. 3mieszkańców i mieszkańek);
- **miejsce praktyki** (Polska wschodnia, zachodnia, północna i południowa, lekarze praktykujący poza granicami Polski);
- **rodzaj praktyki** (publiczna placówka służby zdrowia, prywatna placówka służby zdrowia).

Lekarze i lekarki rekrutowani byli do badania za pomocą zróżnicowanych metod (lista lekarzy, kula śniegowa, kontakty osobiste), z zachowaniem „kwot” dotyczących wyżej wymienionych cech.

Wywiady pogłębione uzupełnione zostały materiałem pochodzącym z grup fokusowych ze studentkami i studentami medycy i stażystkami/ stażystami, działaczkami ruchu kobiecego oraz praktykującymi lekarzami. Uzyskane wyniki zestawione zostały również z analizami dotyczącymi kwestii zaangażowania lekarzy w debatę dotyczącą przerywania ciąży w dwóch krajach, których kontekst społeczny, polityczny i kulturowy jest, w pewnych aspektach, zbliżony do polskiego.

Zróźnicowanie, strach i konformizm. Lekarze w debacie na temat prawa kobiet do przerywania ciąży: wyniki badań jakościowych

MAGDALENA GRABOWSKA

W polskiej debacie dotyczącej prawa do przerywania ciąży kwestia zaangażowania społecznego lekarzy na rzecz praw reprodukcyjnych kobiet przewija się od początku XX wieku¹, pozostaje tematem w okresie PRL-u², a także podczas toczącej się w latach dziewięćdziesiątych dyskusji na temat ograniczenia prawa do przerywania ciąży³. Pytanie o stosunek do tej kwestii lekarzy ginekologów powróciło również przy okazji Czarnych Protestów i Strajku Kobiet w latach 2016-2017⁴. Lekarze pozostają na uboczu tych debat, rzadko, z nielicznymi wyjątkami, angażując się po stronie obrońców autonomii kobiet w zakresie ich praw reprodukcyjnych. Wywiady pogłębione z lekarzami ginekologami, a także dyskusje w ramach grup fokusowych z działaczkami organizacji kobiecych i środowisk działających na rzecz prawa do przerywania ciąży oraz studentkami i studentami medycyny i stażystkami/ stażystami pozwalają, przynajmniej częściowo, odpowiedzieć

1 Zob. T. Boy-Żeleński, *Piekło kobiet*, Warszawa 1958, I. Krzywicka, *Wyznania gorszytelki*, Warszawa 1992, Z. Nałkowska, *Uwagi o etycznych zadaniach ruchu kobiecego*, w: *Widzenia bliskie i dalekie*, Warszawa 1957.

2 Sejm PRL, Kadencja I – sprawozdania, stenogramy, Sesja VIII–X 1956, s. 3490.

3 Zob. K. Szczuka, *Milczenie owieczek. Rzecz o aborcji*, Warszawa 2004.

4 Mowa o manifestacjach organizowanych jako akcje sprzeciwu wobec planów zaostreżenia obecnie obowiązującej ustawy oraz podnoszących tematykę praw kobiet, w tym przede wszystkim praw reprodukcyjnych.

na pytanie, dlaczego tak się dzieje. Stanowią one jednocześnie przyczynę do rozważań na temat tego, co mogłoby zachęcić lekarzy do większej aktywności na rzecz złagodzenia polskich przepisów dotyczących przerywania ciąży.

Odpowiedzi na różne pytania dotyczące kwestii prawnych oraz światopoglądowych, jak również poglądów lekarzy na temat autonomii kobiet pokazują przede wszystkim dużą niejednorodność i zróżnicowanie środowiska lekarskiego pod względem prezentowanych w jego ramach stanowisk. Lekarze, z którymi rozmawialiśmy, różnili się zarówno w poglądach na to, jaką rolę powinni odgrywać w publicznej debacie dotyczącej przerywania ciąży (piszę o tym w pierwszej części tego opracowania), oraz opiniach na temat tego, na ile decyzja o przerwaniu ciąży jest (powinna być) autonomiczną decyzją kobiety. Przeprowadzone przez nas wywiady pokazują, że poglądy lekarzy nie charakteryzują się spójnością, nawet w kontekście przekonań indywidualnych. Są one często sprzeczne, wyrywkowe i niekonsekwentne, co może być z jednej strony rezultatem braku dyskusji w środowisku lekarskim na temat przerywania ciąży, z drugiej zaś wpływu czynników politycznych, społecznych i kulturowych na poglądy lekarzy. Tę niejednorodność i swoistą wyrywkowość potwierdzają sami lekarze, wypowiadając się na temat stosunku swojej grupy zawodowej do przerywania ciąży i podkreślając zmianę, która zaszła w postawach lekarzy w ciągu ostatnich dwudziestu pięciu lat. Jak mówiła jedna z naszych rozmówczyń: „Środowisko jest zróżnicowane, ale mało się o tym rozmawia. Problem jest odsuwany. Dwadzieścia pięć lat temu było inne spojrzenie”.

Kontekst społeczny, polityczny i prawny wyznaczony przez obowiązującą od 1993 roku ustawę wzmaga niechęć lekarzy do zaangażowania politycznego. Poczucie bycia w mniejszości lekarzy, którzy opowiadają się za liberalizacją przepisów dotyczących przerywania ciąży, przyczynia się zaś do tego, że w tej grupie zawodowej pojawiają się postawy konformistyczne; najczęściej powodowane jest to strachem (przede wszystkim przed utratą miejsca pracy). Klimat polityczny również nie sprzyja nonkonformistycznym decyzjom. „W mojej okolicy ludzie się boją o pracę, o opinię innych. Jak mnie zwolnią ze szpitala, to nie mam gdzie iść. Lekarz może mieć liberalne poglądy, ale się boi, że ci, co mają zachowawcze, nagłośnią jego

decyzję, będą analizować w mediach... strach” – mówił jeden z naszych rozmówców.

Poniższe opracowanie, które omawia wyniki badań jakościowych przeprowadzonych z lekarzami i lekarkami w ramach projektu *Sojusznicy czy przeciwnicy? Jak przekonać środowisko lekarskie w Polsce do wspierania praw reprodukcyjnych i seksualnych?* składa się z trzech części. W pierwszej analizuję odpowiedzi na pytania dotyczące stanowiska lekarzy w debacie publicznej, ich wypowiedzi na temat tego, czy oni i ich koledzy powinni angażować się w działania społeczne i polityczne. Rekonstruuje również opinie lekarzy na temat dostrzegania przez nich – bądź nie – przyczyn braku zaangażowania w debatę publiczną ich własnej grupy zawodowej, postrzeganej, co warto podkreślić, z zewnątrz jako cieszącą się wysokim statusem społecznym, a wewnątrz nie przekonanej o misji, jaką ma do wypełnienia w ramach wykonywania swojej profesji. Część pierwsza pokazuje rozdźwięk pomiędzy deklarowanym przez lekarzy przekonaniem, że ich głos w debacie publicznej jest ważny i potrzebny, a brakiem praktycznych i realnych działań, aby ten głos rzeczywiście zabierać. Analizuję również odpowiedzi udzielone przez lekarzy pytanych, co musiałoby zmienić się na polskiej scenie publicznej i politycznej, aby ich grupa zawodowa była bardziej chętna do zaangażowania się w działania na rzecz praw kobiet. Jak wynika z naszych badań, pomimo że lekarze wyrażają głębokie przekonanie o ważnej roli społecznej przedstawicieli swojej grupy zawodowej, w życiu codziennym kierują się przesłankami pragmatycznymi – często wybierając zachowania konformistyczne i zapewniające im spokój dnia codziennego, stawiając je ponad działaniami zgodnymi z wyrażanymi przez nich poglądami. Wywiady przeprowadzone z przedstawicielami służby zdrowia pokazują, że ich działania, także w sferze medycznej, nie są niezależne od wpływów ekonomicznych, społecznych, politycznych czy kulturowych, a także funkcjonujących stereotypowych przekonań na temat kobiecości, kobiecej seksualności oraz podmiotowości kobiet.

Część druga opracowania poświęcona jest opiniom lekarzy na temat obowiązującego w Polsce prawa dotyczącego przerywania ciąży oraz poglądom na temat jego zaostrzenia i liberalizacji. Analizuję w niej również wypowiedzi lekarzy na temat zasadności i możliwości złagodzenia polskich przepisów dotyczących przerywania ciąży

oraz warunków, jakie musiałyby zaistnieć, by możliwe było zaangażowanie lekarzy w owe działania. Wywiady z lekarzami ilustrują duże zróżnicowanie w postawach i opiniach. Jednocześnie wypowiedzi lekarzy praktykujących w Polsce różnią się w tych kwestiach znacząco od wypowiedzi polskich lekarzy praktykujących za granicą: w Niemczech, Austrii i Wielkiej Brytanii. Ta druga grupa reprezentuje znacznie mniej „zaangażowaną ideologicznie” postawę wobec kwestii przerywania ciąży, przychylając się do stwierdzenia, iż jest ono „zwykłym zabiegiem medycznym”. Różnice pomiędzy wypowiedziami lekarzy praktykującymi w Polsce a ich kolegów pracujących za granicą pokazują, że postawy ginekologów w kwestii przerywania ciąży są pochodną kontekstu społecznego, obowiązującego kanonu debaty na temat aborcji, a nie oparte jedynie na wiedzy medycznej.

Podjęcie lekarzy do obowiązujących w Polsce przepisów dotyczących przerywania ciąży, opinie na temat zasadności i możliwości zmiany w ich zakresie zależą w dużej mierze od poglądów na temat relacji lekarz-pacjentka, a także przekonań na temat praw i podmiotowości kobiet. W części trzeciej rozdziału omawiam postawy i poglądy lekarzy wobec i na temat kobiet, które – jak sugeruje część druga – kształtują, przynajmniej częściowo, praktykę lekarzy w zakresie przerywania ciąży, postawy wobec obecnego prawa i warunki angażowania się na rzecz jego liberalizacji. Analizuję odpowiedzi lekarzy na pytania dotyczące zakresu autonomii kobiet w kwestiach związanych z przerywaniem ciąży, ukazując rozdźwięk pomiędzy deklarowanym przekonaniem o autonomii kobiet a wyznawanym w praktyce poglądem o konieczności kontrolowania decyzyjności kobiet w dziedzinie reprodukcji. W prezentowanych wynikach dotyczących poglądów lekarzy widać, w jaki sposób stereotypy i uprzedzenia na temat seksualności i podmiotowości kobiet wpływają na działania lekarzy. Tu także wypowiedzi lekarzy ginekologów praktykujących w Polsce różnią się od deklaracji lekarzy praktykujących za granicą, sugerując, że zarówno język (jako nośnik idei i poglądów), jak i praktyka lekarska są silnie uzależnione od dominującej w kraju wykonywania zawodu narracji dotyczącej przerywania ciąży. Lekarze są w debacie publicznej raczej wyrazicielami obowiązującego języka niż jego aktywnymi twórcami.

I. LEKARZE W DEBACIE PUBLICZNEJ DOTYCZĄCEJ PRZERYWANIA CIĄŻY

OPINIE NA TEMAT AKTYWNOŚCI LEKARZY W DEBACIE PUBLICZNEJ DOTYCZĄCEJ KWESTII PRZERYWANIA CIĄŻY

„Lekarze wypowiadają się rzadko, natomiast dla mnie to jest normalne, że dziennikarze pytają, a część lekarzy się wypowiada zgodnie z tym, co uważa, albo jakie jest stanowisko danego szpitala. Każdy ma prawo wyrazić swoją opinię, bez względu na to, którą stronę popiera” – mówił w wywiadzie pogłębionym jeden z ginekologów. Podobnie jak on, większość uczestniczek i uczestników badania przeprowadzonego przez Fundację na rzecz Równości i Emancypacji STER wyrażała pozytywne opinie na temat obecności lekarzy w debacie publicznej dotyczącej przerywania ciąży. Nasi rozmówcy uważali, że lekarze mają prawo do wyrażenia różnorodnych opinii na temat przerywania ciąży („Bardzo dobrze, że się [lekarze – przyp. M.G.] wypowiadają, każdy ma prawo do wygłaszania swojej opinii, niezależnie od tego, czy to jest zwolennik prawa do aborcji czy przeciwnik) jako równoprawni uczestnicy debaty publicznej („dobrze, że [lekarze – przyp. M.G.] zabierają głos, każdy powinien mówić to, co myśli”). Wielu uważało jednocześnie, że **głos ich grupy zawodowej jest niewystarczająco słyszalny w debacie publicznej**. W wywiadach podawali przykłady niebezpiecznego, ich zdaniem, zawłaszczania debaty przez polityków lub zwolenników całkowitego zakazu aborcji, który większość z naszych rozmówców uważała za niepożądany. Jeden z lekarzy mówił: „Uważam, że każdy ma prawo się wypowiadać, natomiast nie mamy żadnego wpływu, bo to politycy o tym decydują i niestety partia rządząca”.

Nasi rozmówcy wskazywali na kilka powodów, dla których obecność ich grupy zawodowej w dyskusjach dotyczących przerywania ciąży jest ważna. Po pierwsze, uczestnictwo lekarzy w debacie publicznej może przyczynić się do podniesienia świadomości społecznej. Dla lekarzy, szczególnie tych, którzy opowiadają się przeciwko zaostrożeniu prawa do przerywania ciąży, ważne jest, aby w debacie publicznej reprezentowane były zrównoważone, a nie jedynie skrajne głosy

środowiska. Jedna z lekarek mówiła: „Jasne, że wolę słyszeć tych, którzy sprzeciwiają się zaostrzeniu ustawy, ale głosu nikomu bym nie odbierała. Czasem tylko jak słucham Chazana, to się zastanawiam: jak on się nie wstydzi?!”. Podobną opinię wyraził inny uczestnik badania: „Sam jestem za złagodzeniem obecnego prawa. Każdy ma prawo przedstawić swoją opinię, lecz ja się nie zgadzam z tymi, którzy opowiadają się za zaostrzeniem prawa dotyczącego przerywania ciąży. Ważne, aby były zachowane proporcje w mediach głosów z obu stron”.

Po drugie, obecność w debacie zróżnicowanych głosów lekarzy na temat prawa do przerywania ciąży jest, zdaniem lekarzy, ważna, ponieważ debata ta „ich dotyczy”. W tym kontekście kluczowe, w opinii naszych rozmówców i rozmówczyń, wydaje się być reprezentowanie różnych opinii i poglądów charakterystycznych dla środowiska lekarskiego oraz „neutralnej wiedzy lekarskiej”. „Lekarze to grupa, która nie jest monolitem. Jest kilka grup »za«, są grupy »przeciw« aborcji” – mówił jeden z uczestników badania. Dla części lekarzy ważne jest, aby zróżnicowane głosy były wyrazem rzeczywistych poglądów, nie zaś elementem walki politycznej. Ich zdaniem **istnieje potrzeba** zrównoważenia reprezentacji środowiska lekarskiego, na przykład w mediach, poprzez częstsze **prezentowanie opinii umiarkowanych**. Jeden z lekarzy stwierdził: „Problem jest taki, że w mediach wypowiadają się osoby o skrajnych poglądach. Np. Chazan skrajnie negatywnie mówi, że ciążę trzeba kontynuować”. Wtórował mu inny uczestnik badania, który argumentował, że nawet jeśli nie zgadza się z opiniami prezentowanymi w przestrzeni publicznej, to ceni fakt, że przedstawiciele środowiska biorą w niej udział (o ile nie prezentują postaw „religijnych, a jedynie lekarskie”), dodatnio wartościuje też ludzi prezentujących własne opinie w opozycji do tych, którzy ulegają „obecnej atmosferze i są pod wpływem władzy”.

W wypowiedziach wielu lekarzy pojawił się wątek dotyczący statusu wiedzy lekarskiej, odrębności „**neutralnej**” wiedzy, wynikającej z nauki, nie zaś z indywidualnych przekonań lekarzy. Dla części naszych rozmówców zatem warunkiem pozytywnej oceny obecności lekarzy w debacie publicznej jest nieangażowanie się w spory, których podstawą jest „ideologia i polityczne zaciętrzewienie”. „Często wypowiadający się prezentują stanowiska religijne i ideologiczne, a to nie jest głos lekarza” – mówił jeden z naszych rozmówców. Inny uczestnik

badania stwierdził natomiast: „Denerwuje mnie, gdy przeciwnicy aborcji plotą bzdury. Są wierni mediom typu »Trwam«, a nie wiedzy”. Jeszcze inny lekarz podkreślał konieczność pozostania wiernym „lekarskiej misji”. „Myślę, że wypowiadanie się na temat zliberalizowania prawa jest w porządku, im więcej lekarze będą mówić publicznie i oficjalnie opowiadać się za tym, aby prawo było złagodzone, tym większa szansa, że coś się zmieni” – mówił. „Lekarz może się wypowiadać i wyrażać swoją opinię publicznie, jednak musi pamiętać, że ślubował przede wszystkim działanie na rzecz dobra pacjenta, i to jego główne powołanie. Może się udzielać w dyskusjach, ale powinien wypowiadać się tylko na tematy biologiczne, medyczne, a nie związane ze światopoglądem czy prawem” – dodawał⁵.

Lekarze pracujący za granicą bardziej stanowczo opowiadali się za obecnością w debacie publicznej lekarzy, którzy popierają liberalizację prawa do przerywania ciąży. Lekarka mieszkająca i pracująca w Anglii mówiła, że lekarze „mają prawo [do tego, by wypowiadać się publicznie – przyp. M.G.] z racji wykonywanego zawodu”. Z kolei rozmówca praktykujący obecnie w Austrii argumentował: „Absolutnie się nie zgadzam z tymi, którzy są za zaostrzeniem, nie zgadzam się też z tymi, którzy są za utrzymaniem obecnego prawa, jestem za złagodzeniem. Sam zrobiłem, zanim zmieniło się prawo, kilkaset aborcji. Nie znoszę obłudy”. Inna lekarka, pracująca w Anglii mówiła:

„Tylko Chazana słyszałam. Być może powinni się [inni – przyp. M.G.] wypowiadać. Ja jestem zdania, że to kobieta powinna decydować o własnym ciele. O ilości dzieci nie powinien decydować rząd. Ginekolog to jest lekarz, który musi umieć zrobić

5 Do kwestii „neutralnej wiedzy” lekarzy krytycznie odniosły się podczas spotkania fokusowego przedstawicielki organizacji pozarządowych i grup działających na rzecz praw kobiet. Ich zdaniem wielu lekarzy uważa, że zaangażowanie polityczne jest świadectwem „braku neutralności” lekarza i przeczy misji tego zawodu. Jedna z uczestniczek spotkania opowiadała: „Jeden przykład z naszej działalności, był to profesor medycyny, który powiedział nam, że jest lekarzem i naukowcem i nie chce się angażować z politykę. Nawet wypowiedź ekspercka była przez niego uznawana za angażowanie się w politykę (...) Przez [taką postawę] my [organizacje działające na rzecz praw reprodukcyjnych kobiet – przyp. M.G.] nie mamy dostępu do tego, co jest nam potrzebne. Milczenie gremium lekarskiego przyznaje rację tym, którzy dominują”. Inna działaczka dodawała: „Uważają się za (tylko) lekarzy. Tak zwane neutralne stanowisko jest najwygodniejsze: *na wszelki wypadek zostaną tylko lekarzem*”.

wszystkie zabiegi. W specjalizacji ginekologicznej aborcja to jest taki sam zabieg jak amputacja nogi. Ci, co się wypowiadają, że to jest grzech, kłamią teraz, bo kiedyś sami to robili. Czy powinni się wypowiadać – tak, jeśli jest taka potrzeba. Wolałabym, żeby się wypowiadały osoby, które są za wyborem. W latach osiemdziesiątych robiliśmy aborcje, kobiety nie były wyklęte, ksiądz się nie mieszał, lekarzowi, który robił zabiegi nie odpadała ręka. Wypowiadają się osoby, które nigdy nie zajdą w ciążę. A kobieta, która ma rodzinę, dzieci, nigdy nie pójdzie do Sejmu, bo ona nie ma czasu na to. W Polsce nikt tego nie robi, a tutaj w UK wszyscy to robią – lokalizacja ma duże znaczenie”.

W podobnym duchu wypowiadała się lekarka pracująca w Niemczech, która argumentowała, że „każdy ma prawo się wypowiadać publicznie, jednak obecnie jest taka sytuacja, że zwolennicy zaostreżenia przepisów wypowiadają się po to, aby zastraszać tych, którzy są zwolennikami liberalizacji przepisów i zwolennikami praw kobiet”. „Dużą rolę odgrywa w tym Kościół katolicki, który nakręca tę debatę i też forsuje swoich bohaterów np. prof. Chazana” – dodawała. „Lekarze, którzy otwarcie mówią o liberalizacji prawa, albo po prostu o dostępności aborcji (że powinna być dostępna), są szykanowani i zastraszani, że nie znajdą pracy albo stracą tę, którą mają. Praca za granicą diametralnie zmienia perspektywę, ale też wiele osób myśli o tym, że wróci do Polski, albo pracuje i tu i tam. Ale ja się nie boję, bo wiem, że trzeba mówić o tym głośno” – kończyła.

Także uczestnicy spotkań w ramach **grup fokusowych** podkreślali, że udział lekarzy w debacie publicznej jest ważny. Studentki i studenci medycyny oraz stażystki i stażyści wtórowali swoim starszym kolegom, twierdząc, że to wiedza, a nie poglądy, powinna być podstawą wypowiedzi lekarzy w sferze publicznej. Lekarze mają, ich zdaniem, prawo zabierać publicznie głos, ale przede wszystkim w kwestiach naukowych. Jak wyraziła się jedna z uczestniczek: lekarze powinni wypowiadać się „w sposób techniczny”. **Działaczki organizacji pozarządowych** podkreślały z kolei, że głos lekarzy jest ważny, ponieważ to oni często faktycznie posiadają władzę decydowania o tym, czy pacjentka będzie miała możliwość przerwania ciąży, a także dlatego, że „nigdzie nie udało się zmienić prawa do aborcji bez udziału

środowiska lekarskiego”. Mówiły one o tym, że lekarze „są stroną” w debacie na temat dostępności zabiegu przerywania ciąży w Polsce, również dlatego, że często zyskują na tym, że kobiety nie mogą legalnie przerwać ciąży, oferując płatną możliwość aborcji w tak zwanym „podziemiu aborcyjnym”. Część działaczek zastrzegła jednocześnie, że nie zawsze lekarze mają wiedzę na temat metod przerywania ciąży. Dzieje się tak między innymi dlatego, że lekarze nie wykonują tego typu zabiegów, a wiedza przekazywana im na temat aborcji podczas studiów jest niewystarczająca.

PRZYCZYNY BRAKU ZAANGAŻOWANIA LEKARZY W PUBLICZNĄ DEBATĘ DOTYCZĄCĄ PRZERYWANIA CIĄŻY

Niezależnie od poglądów na temat roli lekarzy jako grupy społecznej (większość badanych uważa, że głos lekarzy w debacie publicznej jest ważny i potrzebny) oraz poglądów na temat zaostżenia prawa do przerywania ciąży (większość lekarzy była temu przeciwna), **lekarze**, z którymi rozmawialiśmy, przyznali, że **nie są skłonni protestować przeciwko zaostżeniu obowiązującego prawa**. Jeden z lekarzy powiedział, że choć pozytywnie oceniłby zabranie głosu przez lekarzy w debacie publicznej (uważa, że lekarze powinni się wypowiedzieć na temat przerywania ciąży), to takich głosów w przestrzeni publicznej nie słyszał i nie zna. Inny rozmówca ujął to w następujący sposób: „Nie [lekarze nie będą skłonni zaangażować się w protesty przeciwko zaostżeniu prawa do przerywania ciąży – przyp. M.G.], ze względu na brak wsparcia ze strony izb lekarskich i organów medycznych”. Lekarze przyznają, że jako grupa zawodowa rzadko wypowiadają się w mediach i biorą udział w debacie publicznej. Brak zainteresowania udziałem w działaniach społecznych wynika przede wszystkim z **braku poczucia wpływu (sprawstwa)** zarówno na swoją własną grupę zawodową, jak i na społeczeństwo. Takie poczucie, powodowane najczęściej obawą przed oceną pozostałych członków własnej grupy zawodowej, skłania lekarzy do bierności lub zachowań konformistycznych. Jeden z lekarzy mówił: „Nie, nikt się nie będzie wychylał. Gdyby mnie ktoś zapytał, to bym wyraził swoje poglądy. Ale jak bym miał protestować? Rzucić kamieniem? Usiąść na skrzyżowaniu? Jeśli doszłoby

do jakiegoś spokojnego, rzeczowego spotkania, to wziąłbym udział”. Za brak poczucia sprawczości odpowiedzialne są, zdaniem naszych rozmówców i rozmówczyń, przede wszystkim: **brak różnorodności w ramach organizacji, specyfika zawodowa** (czas i warunki pracy lekarzy), **presja ze strony środowiska lekarskiego** (potęgująca zachowania konformistyczne), **brak wiedzy** na temat praw reprodukcyjnych (przede wszystkim wiedzy przekazywanej podczas studiów medycznych) oraz presja ze strony innych grup społecznych i **kontekst polityczno-prawny**, który wzmacnia konformizm lekarzy.

BRAK RÓŻNORODNOŚCI W RAMACH ORGANIZACJI LEKARSKICH

Większość lekarzy, którzy wzięli udział w badaniu, jest zdania, że **organizacje zawodowe środowiska lekarskiego nie umożliwiają wyrażania zróżnicowanych poglądów** na temat przerywania ciąży. Nie są one również miejscem, w którym lekarze dyskutują na temat poglądów na temat przerywania ciąży i obowiązującego prawa, nie spełniają także funkcji reprezentanta środowiska lekarskiego w sferze publicznej. Jeden z uczestników badania mówił: „Nie ma możliwości reakcji czy jakiegokolwiek aktywności ze strony środowiska lekarzy ginekologów, gdyż nie ma ono żadnej wydolnej organizacji. Izby Lekarskie nie reprezentują ich interesów (mimo że pobierają składki) i z całą pewnością nie są podmiotami, które zabrałyby głos w toczącej się dyskusji”. Lekarz ten z żalem podkreślał, że nie ma takiego podmiotu – reprezentanta środowiska lekarskiego, który mógłby przedstawiać opinie (nawet różne, niekoniecznie ujednolicone w jakikolwiek sposób) ginekologów/lekarzy w Polsce. Inny uczestnik badania również mówił o braku organizacji, która mogłaby reprezentować środowisko ginekologiczne w przestrzeni publicznej. Tym niemniej stwierdził, że „organizacje te działają, gdy trzeba zablokować petycje czy grupowe publikacje o pro-choice’owej wymowie”. Lekarz ten nie chciał podawać konkretów, ale parę razy wspominał o „zablokowanej petycji ginekologów” i utrudnianiu publikacji grupowej, naukowej wypowiedzi lekarskiej w periodyku medycznym, która zdaniem jego pracodawców (i nieokreślonej „organizacji”) „wkładała kij w mrowisko”.

Takich wypowiedzi było w wywiadach znacznie więcej. Lekarze mówili między innymi:

„Ja się np. wypisałem z Towarzystwa Ginekologicznego. Nie ma żadnej dyskusji, wszyscy się boją. Na konferencjach, spotkaniach zagranicznych są możliwe takie rozmowy, ale nie w Polsce”.

„Naczelna Izba Lekarska to jest dziwny twór i nikt się z nią nie liczy i nie ma ona wpływu na poglądy lekarzy. Oczywiście odbywają się konferencje, ale wówczas obecność lekarzy jest niewielka”.

„Środowisko lekarskie w niewielkim stopniu umożliwia wymianę poglądów na temat przerywania ciąży”.

Ponieważ struktury formalne: samorządy lekarskie (Izba Lekarska) i towarzystwa naukowe (Polskie Towarzystwo Ginekologiczne) nie umożliwiają dyskusji na temat przerywania ciąży, debaty te odbywają się poza oficjalnym obradami na konferencjach i sympozjach (w kularach), podczas wyjazdów zagranicznych lub w odniesieniu do konkretnych przypadków, z którymi mają do czynienia lekarze w ramach swojej pracy zawodowej. Uczestnicy badania podali następujące przykłady:

„Na kongresach, konferencjach dyskutuje się, ale nieoficjalnie, raczej w kularach”.

„Dużo się mówi o aborcji na zjazdach i konferencjach, ale bardziej w kularach. Na konferencjach zagranicznych – tak, rozmawia się, poznaje się też inne opinie i metody pracy”.

„Nie ma oficjalnych rozmów, są jedynie w kularach. Jeśli na konferencji jest ten temat, to dany prelegent próbuje przekonać do swoich poglądów”.

Część lekarzy podkreślała jednak, że ponieważ tematy związane z prawami reprodukcyjnymi i przerywaniem ciąży są pomijane

w oficjalnych obradach, ich koledzy i koleżanki po fachu unikają dyskusji na temat przerywania ciąży zarówno w sytuacjach formalnych, jak i nieformalnych. Lekarze mówili między innymi:

„Lekarze nie dyskutują między sobą na tematy światopoglądowe. Najwyżej rozmawiają o przypadkach, nowinkach medycznych, narzekają na niektóre procedury – ale tak bezpośrednio o aborcji to nie rozmawiają”.

„Mało się na ten temat rozmawia. Są inne problemy niż sama interrupcja. Może i są takie konferencje, ale ja nie znam. Osobiście nie chodzę na takie rzeczy. Tak, zdarza się, że na konferencjach. I na oddziałach. Trudno jest mi wyrazić zdanie za kolegów. Ja mam swoje zdanie i na pewno go nie zmienię”.

„W Polsce jest to nadal temat tabu, nawet za granicą, więc lekarze mało o tym rozmawiają między sobą”.

„Unika się tego tematu”.

SPECYFIKA ZAWODOWA: CZAS I WARUNKI PRACY LEKARZY

Specyfika zawodu lekarskiego była, obok braku instytucjonalnych ram wsparcia dla aktywności publicznej, najczęściej wymienianym przez lekarzy powodem nieuczestniczenia w dyskusjach na temat przerywania ciąży. Część lekarzy argumentowała, że nie jest ich rolą włączenie się do dyskusji społecznej, politycznej („Lekarze powinni się skupiać na swojej wiedzy, a nie protestować. Pacjentki mogłyby protestować, a nie lekarze”). Inni wskazywali, że aborcja jest tematem marginalnym, nieangażującym środowisko lekarskie („Aborcja to temat marginalny wśród lekarzy, dotyczy małej grupy lekarzy – tylko o specjalizacji z ginekologii. Ja już jestem na »wylocie«, już się nie chcę angażować”). Jeszcze inni przywoływali opisany powyżej argument o apolityczności i neutralności zawodu lekarskiego („Aborcja w większości przypadków to nie jest świadczenie medyczne ratujące życie, a więc nie ma takiej determinacji, aby lekarze się osobiście poświęcali,

angażując w tę sprawę”). Część lekarzy wskazywała wprost na **obojętność i bierność** jako cechę swojej grupy zawodowej. „Ja swoje wiem, nie chcę się angażować” – konstatowała jedna z uczestniczek badania. „Nie znam lekarzy, którzy wypowiadają się za złagodzeniem obecnej ustawy o przerywaniu ciąży” – mówił inny lekarz. „Jest im to obojętne. To decyzja dyrekcji placówki, w której pracujemy. Nie mam zdania na ten temat. Nie jestem zainteresowany. Jak mówią, że obowiązuje ustawa, to obowiązuje i już” – dodawał. Jeszcze inny lekarz wyznał: „Mało oglądam telewizji, nie bardzo interesuje mnie, co mówią posłowie”.

Zaangażowanie się lekarzy w debatę publiczną utrudnia także, zdaniem uczestników i uczestniczek badania, specyfika ich zawodu, tj. czas i warunki pracy. Jeden z uczestników badania mówił: „Zaangażowanie lekarzy trudne jest do pomyślenia ze względu na chroniczny brak czasu lekarzy i fakt, że wielu z nas nie ujawnia swoich (w domyśle liberalnych) poglądów w szerszym gronie (ze względu na atmosferę)”. „Lekarze nie nadają się do protestów” – stwierdził inny uczestnik. „Za bardzo zależy nam na pracy – kontrowersje, kłótnie w miejscu pracy to nie jest nic, na co pójdą” – powiedział. I kontynuował: „Przy moim systemie pracy zmianowej w trzech miejscach to byłoby niewykonalne”, Jeszcze inny lekarz kwitował: „Nie, lekarze nie mają czasu. Lekarze cały czas pracują”. „Protestować to mogą emeryci albo nieudacznicy, dobry lekarz nie ma czasu” – mówił. „Inna sprawa, że grono profesorskie mogłoby się wypowiedzieć” – dodawał.

PRESJA ZE STRONY GRUPY ZAWODOWEJ: KONFORMIZM LEKARZY

„Chcemy zachować to, co jest: pracę. Nie widzę wokół siebie ludzi, którzy by poparli [liberalizację przepisów dotyczących przerywania ciąży – przyp. M.G.], ja też nie, bo po co mi jakieś protesty, pracuję, robię to, co trzeba i już, nie będę się narażać, mam rodzinę. Nie wypowiadam się na ten temat, bo mnie to nie interesuje, nie dotyczy mnie” – mówiła jedna z naszych rozmówczyń. Niektórzy lekarze przyznawali, że jednym z głównych powodów braku dyskusji na

temat przerywania ciąży jest **strach i konformizm środowiska lekarskiego**. Jeden z naszych rozmówców argumentował:

„Nie ma [w środowisku lekarskim rozmowy na temat przerywania ciąży – przyp. M.G.], **bo my się boimy**, no bo nie mogę powiedzieć: »ej stary, ty skrobiesz, czy nie skrobiesz«. Nie rozmawia się w ogóle o tym w środowisku lekarskim. To koledzy interniści, kupiłem sobie nowy samochód, poklepują mnie po ramieniu i mówią: ale żeś naskrobał. To był żart, ale coś mówiący. My nie dyskutujemy między sobą: a jak myślicie, zaostrożą, czy nie zaostrożą, bo co pomyśli... pewnie skrobie. To jest strach przed tym, żeby nie poszło w eter coś, co będzie przekłamanie”.

Inna lekarka mówiła: „No dyskutujemy, ale trzeba uważać, bo pracujemy, to kwestia zarobku, po co się narażać, rozmawiamy, jak się spotykamy”. „Mi się wydaje, że ginekolodzy unikają takich dyskusji, nie chcą się pokłócić lub komuś narazić, a przecież latami pracują razem. Nikt nie zaczyna takich tematów” – dodawał kolejny rozmówca.

O konformizmie i strachu lekarzy pracujących w Polsce mówili także polscy lekarze praktykujący poza jej granicami. Lekarz pracujący w Austrii powiedział: „Większość lekarzy nie zabiera głosu [w kwestiach związanych z przerywaniem ciąży – przyp. M.G.], bo to kontrowersyjne jest, boją się”. Lekarz ten stwierdził, że w Polsce główną przyczyną braku zainteresowania lekarzy kwestiami związanymi z przerywaniem ciąży nie są kwestie dylematów etycznych czy moralnych związanych z tzw. klauzulą sumienia, ale głównie strach i presja ze strony lekarskiego establishmentu. „Postaci typu prof. Chazan, którzy mają silną pozycję w środowisku, poparcie kleru i mogą zaszkodzić w karierze np. młodym lekarzom. Chodzi o to, że nikt nie chce być kojarzony z tym zabiegiem, jego legalność jest drugorzędna”. Lekarka pracująca w Wielkiej Brytanii stwierdziła natomiast: „**Polscy lekarze się wtapiają w tło**. Przejmują zdanie i opinie kraju, w którym praktykują. To są osoby, które grają. W Polsce ci sami lekarze mają opinie dostosowane do polskiego społeczeństwa, a w UK dostosowane do społeczeństwa brytyjskiego”.

WIEK, STAŻ PRACY I ZAJMOWANE STANOWISKO

Zdaniem naszych rozmówców wiek i staż pracy stanowią ważny aspekt presji środowiskowej, jakiej doświadczają lekarze ginekologów. W opinii niektórych naszych rozmówców i rozmówczyń młodszy lekarze, o krótszym stażu pracy, reprezentują poglądy bardziej konserwatywne, a ich postępowanie jest bardziej konformistyczne. Jeden z uczestników badania mówi: „W wielkim mieście dla lekarza, który ma już renomę, jest więcej niezależności. Młody lekarz z małego miasta drży o posadę i nie chce wokół siebie żadnych kontrowersji. Jak mnie tu wyrzucą, to nie mam gdzie iść. Raczej będę ostrożny”. Inna lekarka konstatowała: „Wyjadacze brylują, a młodzi to raczej cicho siedzą. Ale nawet starsi unikają kłótni na temat aborcji”. Z drugiej strony lekarze podkreślali także, że dłuższy staż pracy może oznaczać lepszą znajomość realiów środowiska medycznego i większy konformizm w stosunku do obowiązujących w nim zasad. „Im wyższe stanowisko, tym większa szansa, że się zostanie osobiście napiętnowanym, bardziej trzeba uważać na to, co się robi i mówi” – powiedział jeden z naszych rozmówców.

W opinii lekarzy ważne dla kwestii zaangażowania się lekarzy w debatę dotyczącą przerywania ciąży w Polsce są także stanowisko pracy i miejsce w hierarchii zawodowej. Jeden z naszych rozmówców mówi: „Lekarze specjaliści nadzorują lekarzy niższego szczebla”. W tym kontekście w wypowiedziach lekarzy często pojawiał się znów przykład profesora Chazana. Jeden z nich argumentował: „Natomiast profesor Chazan, stolica, wielka klinika, pan profesor ma swoje zdanie i nie terminował ciąży i wszyscy jego asystenci też tak musieli postępować, bo byli pod nim (...) Wysokie stanowisko zapewnia większą swobodę wyrażania opinii, podejmowania decyzji”. „W medycynie poglądy pozwalają posunąć się w hierarchii” – stwierdził inny lekarz, odnosząc się do przypadku profesora Chazana i dodał: „Chazan zrobił setki, może tysiące aborcji, nie musiał, można było odmówić. Wiele osób, które teraz są za zaostrzeniem prawa do aborcji, wykonywały ją przez lata. Rozumiem, że poglądy na tę sprawę mogą się zmienić, ale dlaczego prezentuje się je w tak agresywny, obłudny sposób?”

Część lekarzy, z którymi rozmawialiśmy, była jednak zdania, że dłuży staż pracy może wpływać na większą wrażliwość lekarzy na

indywidualne przypadki i zredukować postawy konformistyczne. „Staż daje doświadczenie, pozwala mieć własną opinię” – powiedział jeden z naszych rozmówców. Inny dodawał: „Staż ma znaczenie – im więcej tragedii ludzkich się widziało, tym bardziej człowiek się uelastycznia”. Jeszcze inny uczestnik badania argumentował: „[W czasie wielu lat pracy lekarze – przyp. M.G.] dużo więcej zdobywają wiedzy, im więcej mają wiedzy i przypadków (więcej mają pacjentek), więc wtedy do każdego przypadku inaczej się podchodzi. Na początku mało się wie na ten temat, na początku podchodzi się z tym z małą odpowiedzialnością, bo lekarze specjaliści podejmują ważniejsze decyzje”. Nasi rozmówcy wskazywali na różnice pomiędzy lekarzami mającymi doświadczenie w pracy przed 1989 rokiem a innymi grupami wiekowymi. „Starsi lekarze, pamiętający liberalne prawo, mają inne podejście niż młodszy stażem, ponieważ my, starsi lekarze, pamiętamy liberalne prawo” – stwierdził jeden z naszych rozmówców. Inny mówił: „Kiedyś była liberalna ustawa, to był rutynowy zabieg w każdym oddziale szpitalnym. Inaczej się na to patrzyło. Młodzi lekarze, co mają 10-15 lat stażu, patrzą inaczej. Jest wpływ religii katolickiej i polityki. Są bardziej konserwatywni”. Jeszcze inny rozmówca argumentował: „Staż pracy może mieć duży wpływ. Starsi lekarze, którzy pracowali w warunkach poprzedniej ustawy, mają bardziej liberalne podejście do problemu. Młodzi lekarze są bardziej konserwatywni”.

MIEJSCE ZATRUDNIENIA: WIELKOŚĆ MIEJSCOWOŚCI, KRAJ PRAKTYKI I RODZAJ PLACÓWKI MEDYCZNEJ

Miejsce zatrudnienia ma istotny wpływ na działania i postawy lekarzy, ponieważ w znacznym stopniu składa się na specyfikę wykonywania tego zawodu. „Punkt widzenia zależy od punktu siedzenia. Koledzy pracujący za granicą będą bardziej pro-choice, natomiast koledzy pracujący w małych miejscowościach będą pro-life” – skomentował jeden z naszych rozmówców. Jego koledzy po fachu podkreślali znaczenie dla zachowań i opinii lekarzy istnienia grup odniesienia, jaką są inni lekarze, pracodawcy oraz przedstawiciele różnych grup społecznych. Lekarze mówili między innymi:

„Miejsce zatrudnienia ma znaczenie. Pracujesz w konkretnym miejscu, spotykasz się z szefami, znasz ich poglądy. To konkretne środowisko ma wpływ na opinie”.

„Jest taka zasada, jeśli wchodzisz między wrony, musisz krakać tak jak one. Myślę, że może mieć to tutaj duży wpływ, bo jeżeli byłbym lekarzem, gdzie z góry miałbym narzuconą klauzulę sumienia, no to będzie mi głupio się wychylić i powiedzieć, że ja nie”.

„Widzę po sobie: pracuję w mieście i dwóch małych miejscowościach – w szpitalu to mogę się poglądami podzielić, w przychodniach wolałabym nie; bo to nie wiadomo, wszyscy się znają, gadają... do kościoła razem”.

Praktyka w **dużych miastach** może, zdaniem lekarzy, sprzyjać aktywności w sferze publicznej. „W dużych miastach ludzie są bardziej postępowi, więcej wiedzą. Nawet pacjenci są inni” – mówił jeden z naszych rozmówców. A inni dodawali:

„Im mniejszy ośrodek, tym większy wpływ lokalnych polityków, radnych”.

„To dość istotne, w mniejszej miejscowości jest większy wpływ Kościoła”.

„Jak najbardziej, większy wpływ Kościoła i większa presja społeczna są w mniejszych miejscowościach”.

„Na pewno w mniejszych miejscowościach jest większy wpływ Kościoła, mniejsza anonimowość, łatwiej o niesławę”.

Lekarze, z którymi wywiady prowadzone były w kraju, podkreślali również znaczenie miejsca pracy (**w Polsce lub za granicą**) na opinie i praktyki dotyczące przerywania ciąży. Uczestnicy badania komentowali sytuację, w której polscy lekarze ginekolodzy pracujący za granicą przeprowadzają zabiegi przerywania ciąży. Część naszych rozmówców połączyła tę praktykę z przesłankami finansowymi, tj. większym

zarobkiem oferowanym lekarzom pracującym poza Polską. Jeden z nich stwierdził: „Za granicą wszyscy to robią, chodzi o zarobienie bez względu na poglądy. Za granicą są kliniki, które w stu procentach są polskie, przeprowadzają aborcje tylko dla Polek”. Inni lekarze wskazywali, że bardziej liberalne prawo przerywania ciąży pozwala na realizację misji zawodowej. Jedna z lekarek mówiła: „Jest różnica w pracy za granicą – większość krajów Europy ma bardziej liberalne prawo aborcyjne i nie ma tam po prostu problemu z kwestią aborcji, lekarz tam pracujący może zwyczajnie pomagać pacjentkom. To też może wpływać na postawę”. Inni lekarze argumentowali między innymi:

„Uważam, że bardzo często jest to powodowane chęcią pomocy pacjentkom w trudnej sytuacji”.

„Motywacje lekarzy przerywających ciążę w podziemiu aborcyjnym są dwutorowe. Z jednej strony chodzi o zarobki, z drugiej ważne jest także dobro pacjentki (rozumiane jako jej decyzja) i działanie zgodne z powołaniem. Nie jestem pewien, że nie jest to dla lekarza wyłącznie finansowa gratyfikacja, równie ważny jest altruizm i sumienne wykonywanie swojego zawodu”.

Część lekarzy wskazywała na odmienny kontekst prawny jako jeden z powodów innego zachowania się ginekologów w Polsce i za granicą. Mówili oni również o **braku presji ze strony rozmaitych sił politycznych i społecznych za granicą**. Lekarze ci twierdzili między innymi:

„Prawo zezwala na wykonywanie zabiegów. Lekarze pracują zgodnie z obowiązującym za granicą prawem. Zabiegi aborcji to normalna sprawa, w środowisku zagranicznym nie grozi stygmatyzacja”.

„Prawo w tamtym państwie, w którym to robią, dopuszcza taką działalność, więc dlaczego mieliby tego nie robić, jeżeli jest to zgodne z ich kodeksem”.

„Lekarz pracuje, jak stanowi prawo danego kraju”.

Polscy lekarze, którzy praktykują za granicą, wskazywali na podobne pobudki swoich działań, podkreślając przede wszystkim fakt, że pracując poza Polską, przyjmują oni prawo kraju, w którym działają i że jest to prawo, które najczęściej definiuje rolę lekarza jako wykonawcy woli pacjentki. Lekarka pracująca w Niemczech przedstawiała swoją pracę w następujący sposób: „[W Niemczech – przyp. M.G.] lekarze kierują się przede wszystkim obowiązującym prawem. Jak się pracuje w szpitalu, który wykonuje zabiegi przerywania ciąży, to się to robi, jak ktoś nie chce, to odchodzi do praktyki prywatnej, szpitala katolickiego. (...) Jak mówiłam, każdy ma prawo wyboru, przestrzegane są prawa, jakie obowiązują i tyle. Trzeba stosować prawo, gdy lekarzowi przeszkadza, że pracuje w miejscu, gdzie wykonuje się zabiegi przerywania ciąży, to zmienia pracę”.

BRAK WIEDZY NA TEMAT PRAW REPRODUKCYJNYCH I PRZERYWANIA CIĄŻY

Wśród czynników odpowiedzialnych za niewielkie zaangażowanie lekarzy w debatę dotyczącą przerywania ciąży w Polsce należy z pewnością wymienić brak wiedzy na temat praw reprodukcyjnych. Zdecydowana większość naszych rozmówczyń i rozmówców przyznała, że wiedza przekazywana podczas studiów medycznych nie stanowi wyczerpującej podstawy do kształtowania postaw lekarzy w zakresie przerywania ciąży, że jest ona niewystarczająca. Lekarze mówili między innymi:

„W tej chwili to niemal zero informacji. (...) Jeśli w ogóle [temat przerywania ciąży jest obecny – przyp. M.G.], to w niewielkim stopniu. Obecny poziom edukacji oceniam nisko. Z tego, co wiem, nie tylko nie przekazuje się merytorycznej wiedzy, ale także żadnych informacji o tym, jak się pracuje z pacjentką (aspekt psychologiczny)”.

„Na studiach nie ma zajęć dotyczących przerywania ciąży, nie mówi się o tym wcale. (...) Jest zerowy poziom [nauczania na temat przerywania ciąży – przyp. M.G.]”.

„W małym stopniu przekazywane są jakiejkolwiek informacje. Podczas studiów przedstawia się obowiązującą ustawę i tyle. Brakuje w ogóle elementów psychologii, kontaktów z pacjentką, także w innych aspektach”.

„Na studiach temat aborcji nie istniał, nie było informacji; w ogóle nie rozmawiało się o aborcji w kwestiach decyzji, moralnych, etycznych; obecnie nadal tak jest na studiach medycznych, że temat aborcji nie jest podejmowany”.

Lekarze podkreślali, że wiedza przekazywana podczas studiów miała charakter „medyczny” i nie dotyczyła kwestii etycznych, społecznych czy prawnych. Nie kształtowała ona tym samym postaw lekarzy w tej dziedzinie. Lekarze mówili między innymi:

„Prawie nie ma zajęć odnośnie przerywania ciąży (...) Informacje są obiektywne, bazują na polskim prawie. (...) Nie ma takich zajęć, mieliśmy tylko jedno seminarium o tym, że matka ma możliwość wyboru (gdy są przesłanki). (...) Przez całe studia są tylko 1-2 zajęcia, więc temat nie jest zbyt zgłębiany. Na studiach nie omawia się dylematów moralnych związanych z terminacją. Przekazywana jest tylko wiedza o prawie, procedurach i technikach. Uczymy się tego już na stażu, ale też bez jakiegoś roztrząsania światopoglądowego”.

„Na studiach medycznych temat dylematów moralnych związanych z przerywaniem ciąży nie jest poruszany”.

W większości przypadków na doświadczenie lekarzy nie miały wpływu ani realia ani czas, w którym zdobywali wykształcenie (przed i po wprowadzeniu restrykcyjnej ustawy aborcyjnej). Zarówno lekarze studiujący wtedy, gdy aborcja była legalna, jak i po 1993 roku podkreślali brak wiedzy na temat psychologicznych, społecznych i politycznych aspektów przerywania ciąży w Polsce. Jeden z tych, którzy ukończyli studia po 1993 roku, wymieniał, czego uczył się na studiach: „Poronienie – takie a takie, poronienie zupełne, niezupełne, też co z tym poronieniem trzeba zrobić, łyżeczkowanie, że trzeba uważać,

no tego wszystkiego uczyli, ale nie wpływało to na nasz światopogląd, jeszcze raz to powtarzam, ja już nawet zajęcia z ginekologii i położnictwa miałem w trakcie obowiązywania ustawy. Czyli wtedy zamknięto nam buzie, powiedziano: koniec dyskusji. Podziemie aborcyjne istnieje i istnieć będzie, ale są w tym starsi lekarze, starsi ode mnie, 50+ bym powiedział”. Lekarz wykształcony przed 1993 rokiem opowiadał o okresie swoich studiów w pierwszej połowie lat osiemdziesiątych:

„Jak jest dzisiaj, nie mam wiedzy. Ja skończyłem studia w 1982 roku. Posłuch mieli księża. Profesorowie hołdowali zasadom idealizmu, a nie materializmu. Na studiach były prezentowane metody naturalne. Jak odbywały się strajki, to były organizowane spotkania, na których nas [studentów medycyny – przyp. M. G.] zarażano tym idealizmem. Zupełnie mi to nie pasowało, to nam mówiono poza programem. Oficjalny program na studiach był zgodny z literą prawa, nieoficjalnie z naukami Kościoła. Pacjentki traktowano źle, lekarze wyrażali swoją wyższość, bo pacjent/ pacjentka się na medycynie nie znała. Była na studiach etyka, ale nie pamiętam, co na niej było. W każdym razie o pacjentkach mówiło się i mówi: »baba«. Podmiotowość traktowaliśmy po macoszemu, oczywiście Hipokrates i tak dalej, ale była presja, żeby pacjentka była podporządkowana. Na studiach w minimalnym stopniu mówiło się o aborcji w teorii, natomiast podczas praktyk można było oglądać wykonywanie zabiegu. Kadra, wykładowcy byli zaangażowani w strajki, więc poza studiami pojawiały się treści przeciwne prawu do aborcji. Można powiedzieć, że walka z aborcją była elementem sprzeciwu wobec komunizmu”.

Część lekarzy, którzy ukończyli studia przed 1993 rokiem, podkreślała jednak zmianę w sposobie nauczania na ten temat, przed i po wprowadzeniu nowych przepisów prawa. Jeden z lekarzy opowiadał: „W momencie, gdy kończyłem studia, to kwestia przerywania ciąży nie była problemem. Było dużo tych zabiegów w ciągu dnia, nie przypominam sobie, żeby były naciski. Poglądy religijne były mniej obecne. Dla niektórych osób aborcja była formą antykoncepcji”. Inny uczestnik badania wspominał: „Jak ja studiowałem, czyli ponad trzydzieści lat temu, to było inne podejście, przecież to był realny socjalizm.

Wtedy zabieg usunięcia ciąży był jak usunięcie zęba. Nie chcesz – to chodź. Ze stołu na stół. I następna, następna, następna. (...) To potrafiło być dwadzieścia, trzydzieści zabiegów dziennie”.

Lekarze pracujący poza Polską podkreślali w swoich wypowiedziach, że wiedzę na temat przerywania ciąży zdobywali przede wszystkim poza studiami, za granicą. Jeden z lekarzy praktykujący w Austrii mówił: „Podczas samych studiów nie była w ogóle poruszana sprawa aborcji, dopiero podczas specjalizacji. To, co się usłyszy i dowie, zależy od tego, kogo się spotka na swojej drodze kształcenia”. Lekarka praktykująca w Niemczech opowiadała z kolei: „Nie wiem, czy studia mają wpływ na postawy lekarzy. Najważniejsza jest praktyka zawodowa i środowisko, w jakim się pracuje. Mamy poglądy jak wszyscy (...) Nie wydaje mi się, żeby to był jakiś temat główny, zapadający w pamięć. Przynajmniej u mnie. Wiedziałam, że wyjadę niedługo po studiach, więc może dlatego nie zwracałam na to uwagi. W Polsce krótko pracowałam. Myślę, że to w Niemczech zostałam lekarzem, tu się uczyłam i uczę. Dużo przede mną jeszcze”.

Studentki i studenci medycyny oraz stażystki i stażyści podczas spotkania **grupy fokusowej** potwierdzili, że studia medyczne nie stanowią miejsca przygotowania merytorycznego lekarzy w zakresie praw reprodukcyjnych i praw pacjenta/pacjentki. „Uczelnie w ogóle nie zachęcają do dyskusowania na jakikolwiek temat. My między sobą, nawet w grupie studenckiej, nie rozmawiamy ze sobą” – mówiła jedna z uczestniczek spotkania. Inne studentki i studenci potwierdzali, że tematy związane z przerywaniem ciąży nie pojawiają się podczas studiów, przyznając jednocześnie, że zajęcia z etyki nie cieszą się popularnością. „Studenci w ogóle nie są zainteresowani socjologią ani etyką. To się wydaje im zbyt osobiste, wydumane, nienaukowe. I te zajęcia też nie są jakies szalone czy porywające” – mówiła jedna ze studentek. Studentki z Warszawy wspominały, że podczas studiów puszczano im film propagandowy Niemy krzyk, a osoba prowadząca zajęcia z genetyki „przy okazji wad będących wskazaniem do terminacji, przekazała swoje stanowisko, że w żadnym wypadku nie powinna być przeprowadzona aborcja”. Część studentek i studentów przyznała, że podczas zajęć omawiana była „ustawa”, jednak „były to tylko trzy minuty”. Tylko jeden z uczestników przyznał, że temat został wnikliwie omówiony na stażu podyplomowym. „Świetnie jest to zrobione na stażu

podyplomowym. Naprawdę neutralnie światopoglądowo. Prowadzący nie zdradzał swoich poglądów” – stwierdził.

Rozmawiając o przyczynach braku zaangażowania lekarzy w działania mające na celu liberalizację prawa dotyczącego przerywania ciąży, działaczki organizacji kobiecych i grup społecznych również zwróciły uwagę na braki w procesie kształcenia lekarzy: w zakresie przekazywania wiedzy na temat przerywania ciąży i – bardziej ogólnie – na temat dobrostanu pacjentów i relacji z nimi. Jedna z działaczek mówiła: „Widzieliśmy plany zajęć dotyczące seksualności, to jest na samym końcu, tuż przed specjalizacją. [Nawet – przyp. M.G.] pół semestru nie ma w sylabusach, pozycji dotyczących praw seksualnych, [studenci – przyp. M.G.] nie mają wiedzy na temat praw pacjenta, ale także na temat seksualności. Więc mamy tu podwójne piętnowanie”. Inna uczestniczka spotkania, reprezentująca organizację działającą na rzecz edukacji seksualnej, opowiadała o swoich doświadczeniach ze studentami medycyny: „Do nas często przychodzą studenci studiów lekarskich z prośbą o zajęcia” – mówiła. „Na temat seksualności, na temat prawa” – dodawała.

PRESJE ZEWNĘTRZNE: KOŚCIÓŁ KATOLICKI, POLITYCY, PRACODAWCY, MEDIA, ORGANIZACJE I RUCHY SPOŁECZNE

Lekarze, którzy wzięli udział w badaniu, w większości żywili przekonanie, że przedstawiciele zawodów medycznych są grupą zawodową o poglądach ukształtowanych i niepodatnych na zmianę. Byli oni jednocześnie zdania, że nie ma takiej grupy, która w przestrzeni publicznej reprezentowałaby poglądy środowiska lekarskiego. Wyrażali oni stanowisko, zgodnie z którym wpływ innych grup społecznych, w tym przede wszystkim przedstawicieli Kościoła katolickiego i polityków, na opinię lekarzy jest niewielki, jak powiedział jeden z naszych rozmówców: „mniejszy niż nam się wydaje”. Inny argumentował:

„Politycy być może mogą mieć wpływ na opinie niektórych lekarzy, ale dla mnie wypowiadają się sami na temat, o którym nie mają pojęcia. Nie zgłębiają tematu, ale potem mają wpływ na życie ludzi. Wpływ Kościoła jest przesadzony przez

media – w życiu codziennym nie jest aż tak duży. W Polsce odgrywa dużą rolę, jednak ludzie w codziennych wyborach nie kierują się jego wytycznymi. Wpływ właścicieli/osób zarządzających placówkami medycznymi jest bardzo duży, mają tu decydujące zdanie. Media są bardzo krytycznie oceniane przez lekarzy, którzy czują się pod dużą presją. Zamiast uświadamiać społeczeństwo, media robią szum i nagonkę”.

Część lekarzy podkreślała jednak specyficzny układ rozmaitych zależności (przede wszystkim działalność Kościoła katolickiego i polityków), które mają wpływ na postępowanie swojej grupy zawodowej.

Kościół katolicki

Poproszeni o wyszczególnienie grup, których reprezentanci w największym stopniu wpływają na polską debatę dotyczącą przerywania ciąży, najczęściej lekarzy wskazało na przedstawicieli Kościoła katolickiego. Zwracali nań uwagę przede wszystkim lekarze z małych miejscowości i lekarze pracujący za granicą: „Na lekarzy generalnie najbardziej wpływa Kościół katolicki, kwestie religijne. Najbardziej jest to odczuwalne w małych miejscowościach” – mówił jeden z uczestników badania. Lekarz praktykujący w Austrii argumentował, że środowisko lekarskie w Polsce jest zróżnicowane, ale „lekarze nie mają pojęcia o prawach kobiet”. „Nie rozpatrują kwestii aborcji w tym kontekście. Tym, co kształtuje dyskurs, jest Kościół katolicki. Wyraźnie było to widać, jak wybrano Karola Wojtyłę na papieża, bo od tego momentu Kościół w Polsce zaczął się panoszyć” – dodawał. Wśród części lekarzy panuje przekonanie, że zakres wpływu Kościoła na debatę publiczną jest zbyt duży i szkodliwy. Jak powiedział jeden z uczestników badania: „Kościół powinien apelować do sumień, a nie narzucać rolę”. Inni uczestnicy mówili między innymi:

„Kler ma decydujący wpływ. Oni wpływają też na polityków, zwłaszcza prawicowych – są to dwie największe grupy wpływu. To fikcja, że jesteśmy państwem świeckim. Jesteśmy państwem religijnym”.

„Kościół katolicki nie powinien zabierać głosu. Ale jego głos jest bardzo znaczny, ma wpływ”.

Z drugiej jednak strony lekarze o konserwatywnych zapatrywaniach wyrażali aprobatę dla wagi, jaką do opinii przedstawicieli Kościoła przywiązuje się w polskiej debacie o aborcji. Mówili oni między innymi:

„Kościół się wypowiada i dobrze, tak ma być, życie jest od poczęcia, tak uważam. Podpisałam się za zaostrzeniem ustawy”.

„Kościół ma wpływ, bo każda religia mówi o tym, aby nie zabijać”.

„[Kościół katolicki – przyp. M.G.] może przypominać o społecznym nauczaniu Kościoła, dekalog jest ponad podziałami. Piąte przykazanie *Nie zabijaj* obowiązywało kiedyś i dziś. Było łamane w obozach śmierci, teraz w inny sposób. Jestem za wolnością wypowiedzi biskupów w czasie mszy świętej”.

Politycy

Drugą grupą, o której wpływ na postawy zapytałyśmy, byli politycy. W swoich wypowiedziach lekarze wskazywali przede wszystkim na uwikłanie ich, jako grupy zawodowej, w bieżące gry i spory polityczne. Jeden z naszych rozmówców stwierdził: „Politycy się zmieniają. To kwestia indywidualna, czy lekarz jest konformistą i czy stara się dostosować”. Według lekarzy fakt upolitycznienia debaty dotyczącej przerywania ciąży nie służy otwarciu na głosy, wiedzę i doświadczenie lekarzy. Jak powiedział jeden z naszych rozmówców: „Politycy wykorzystują debatę do swoich celów, aby zwrócić debatę przeciw innym opcjom”. Inny z naszych rozmówców stwierdził:

„Ja myślę, że [na postawy lekarzy wpływ mają przedstawiciele – przyp. M.G.] partii rządzących przede wszystkim. Sytuacja jest teraz taka, że grupa rządząca jest zdecydowanie przeciwko aborcji, bardziej niż poprzednia. (...) Uważam, że żadna rządząca

partia polityczna nie jest przejrzysta. Te decyzje są podyktowane hipokryzją i brakiem wiedzy na ten temat. (...) Gdyby było tak, że którakolwiek partia chciałaby rozwiązać ten problem albo zbliżyć się do ideału, to przede wszystkim postawiłaby na edukację od przedszkola. Natomiast żadna z tych grup nie zainicjowała takiego działania i w związku z tym uważam, że i jedna i druga opcja polityczna nie rozwiązuje problemu, ale aktualna, ta która jest, na pewno dąży do całkowitego zaostrenia tej ustawy”.

Pracodawcy i właściciele placówek medycznych

Zdania lekarzy, którzy uczestniczyli w badaniu, co do tego, jaki wpływ na ich pracę mają postawy pracodawców, były podzielone. Podkreślali oni, że wpływ ten może mieć z jednej strony charakter finansowy, z drugiej zaś wiązać się z przekonaniem i poglądami przełożonych. Jeden z lekarzy mówił: „Mogą tylko finansowo wpływać, finanse mogą zapewniać na pewne procedury albo ich po prostu nie ma”. Inni lekarze zaś argumentowali, że choć „dyrektorzy placówek, teoretycznie nie mają wpływu, praktycznie mogą wywierać bezpośredni bądź pośredni nacisk na pracujących lekarzy i personel medyczny”. Jeden z uczestników badania powiedział, że przy przyjęciu usłyszał od dyrekcji placówki: „Pan nie będzie tutaj zapisywał antykoncepcji. Bo to uprzywilejowana placówka – tzn. placówka jest w dobrych stosunkach z prawnymi władzami lokalnymi”.

Część z naszych rozmówców wskazywała na kontekst, w jakim działają pracodawcy, tj. ich zależność od miejsca zamieszkania i stopnia uwikłania w relacje z innymi grupami społecznymi i grupami interesu. Jeden z lekarzy podkreślał, że „największy wpływ [na postawy lekarzy – przyp. M.G.] mają pracodawcy”, argumentując, że kluczową kwestią jest uleganie naciskom bądź postawa wobec nich niezależna i zostawianie podległym lekarzom wolnej ręki. Mówił on również, że zależność pomiędzy władzami danej placówki a poszczególnymi lekarzami również ma wpływ na stopień aktywności w przestrzeni publicznej, gdyż, jak stwierdził, „ludzie boją się stracić stanowisko”.

Media

Podobnie zróżnicowane były opinie lekarzy na temat wpływu mediów na ich postawy i praktyki dotyczące przerywania ciąży. Część lekarzy podkreślała dużą rolę mediów w debacie publicznej oraz jeśli chodzi o ewentualne zaangażowanie się w nią medyków, w większości jednak nie traktowali oni mediów jako ważnej platformy ani grupy odniesienia w kwestii przerywania ciąży w Polsce. Nasi rozmówcy mówili między innymi:

„Te media szeroko dostępne, czyli telewizja publiczna, mają duży wpływ, tylko pytanie, jak dużo ludzi zagląda do tych mediów publicznych, ja na pewno tak”.

„Media używają tego jako sensacji do zwiększenia oglądalności. Tutaj ten spór polityczny między jedną częścią kraju a drugą, które się pokrywają praktycznie po połowie jest pożywką dla mediów, jakby newsem medialnym, na którym można się żywić”.

„Media mają bardzo duży wpływ. Przedstawiają różne opinie. Media mogą też napiętnować przez wypaczanie wydarzeń, np. »umierało dziecko, a lekarze nie ratowali«”.

Organizacje pozarządowe i ruchy społeczne

Lekarze przyznawali, że w niektórych przypadkach na ich opinie i postępowanie mają wpływ grupy i organizacje pozarządowe. Opinia ta odnosiła się w większości do działalności lobbystycznych organizacji konserwatywnych, które, jak powiedział jeden z naszych rozmówców, „wpływają na świadomość ludzi i niektóre pacjentki nie chcą się stykać na przykład z pikietą pod szpitalem”. Lekarze podkreślali, że przeciwnicy przerywania ciąży mogą irytować właścicieli placówki, ale nie wpływają na postawy zarządzających. Jednocześnie część naszych rozmówców przyznawała, że korzystają z badań, raportów, statystyk publikowanych przez organizacje pozarządowe i kobiece opowiadające

się za liberalizacją prawa do przerywania ciąży. „Przynoszą one wiedzę, której nie ma na studiach i nigdzie indziej” – mówił jeden z lekarzy. Inna rozmówczyni stwierdziła: „Organizacje pro-kobiece mają ogromne znaczenie: szerzą wiedzę i trafiają do kobiet”. „To też wpływa na postawy” – dodawał jeden z uczestników badania.

Większość lekarzy nie potrafiła jednak ustosunkować się do kwestii wpływu organizacji pozarządowych i ruchów społecznych na ich pracę. Argumentowali oni, że debata publiczna w tej kwestii jest zrównoważona (słyszalne są głosy obu stron), albo deklarowali brak zainteresowania ową debatą. Jeden z naszych rozmówców mówił: „Uważam, że w tej debacie nie ma dominującego głosu, choć chyba to sprawa, że te głosy się jakoś równoważą. Wpływ zarówno organizacji przeciwnych prawu do legalnej aborcji, jak i organizacji/grup za prawem do przerywania ciąży jest żaden – protesty mają niewielki wpływ na opinie lekarzy. W debacie publicznej ostatnio najgłośniejsi są zwolennicy całkowitego zakazu aborcji, związani ze środowiskami kościelnymi i partią rządzącą” – dodawał. Inny argumentował: „Myślę, że wpływ jest, ale nie wiem, jaki wpływ mają te organizacje w środowiskach, ale na pewno zarówno jedni, jak i drudzy mają wpływ. Ważne jest też, które organizacje są w danej chwili pokazywane w mediach i w jakich mediach”.

Czarny Protest: kobiety

W wywiadach przeprowadzonych po **Czarnym Proteście**, który miał miejsce w październiku 2016 roku, można zaobserwować zmianę postaw w stosunku do ruchu kobiecego i grup kobiecych, a także kobiet w ogóle jako ważnego punktu odniesienia dla lekarzy ginekologów. Jeden z lekarzy powiedział, że „protesty pod Sejmem mają największe szanse nacisku”. W kilku wywiadach widać, że Strajk Kobiet poruszył lekarzy i skłonił do refleksji również nad ich własnym zaangażowaniem jako grupy społecznej. Jeden z lekarzy mówił: „Teraz było głośno o protestach w sprawie przerywania ciąży. Były duże demonstracje kobiet i dobrze, bo one głosują, więc politycy powinni się z nimi liczyć”. Inna lekarka argumentowała: „Ważną, opiniotwórczą funkcję powinni pełnić specjaliści: lekarze profesorowie, prawnicy i sędziowie,

autorytety moralne, ale ich mało. Największy wpływ – i mówię to ze smutkiem – wywierają politycy i Kościół – czyli akurat te grupy, których to mało dotyczy... bo to mężczyźni głównie (...) Bardzo ucieszył mnie Czarny Protest. Byłam dumna, że kobiety się zmobilizowały, że uznały, że to ich sprawa i ich prawa. Byłam wzruszona, jak mówiła Janda, bardzo ją lubię”. Zdaniem rozmówczynie protesty kobiet przeciw zaostrzeniu przepisów dotyczących przerywania ciąży dały wyraźny sygnał, że nie ma zgody społecznej na taką zmianę. Inny lekarz wyraził opinię, że mobilizacja kobiet może być przeciwwagą dla dominacji polityków i Kościoła w debacie nad prawem do przerywania ciąży w Polsce. „Dobrze, że kobiety zaprotestowały tak masowo, nie da się zignorować takiej siły społecznej” – mówił. „Powinno być więcej kobiet i lekarzy w tym sporze, a tak zrobiła się z tej kwestii sprawa polityczna... rozgrywana przez polityków, taki gorący kartofel... przrzucany. A skoro naród to suweren trzeba bardziej słuchać, co ludzie mają do powiedzenia. Zwłaszcza kobiety i lekarze właśnie” – dodawał.

Znaczenie głosu kobiet w debacie o przerywaniu ciąży w Polsce podkreślali także inni lekarze. Jeden z naszych rozmówców na pytanie, kto wpływa na postawy lekarzy w kwestiach dotyczących przerywania ciąży, powiedział: „Przede wszystkim same zainteresowane, czyli kobiety, których dotyka problem niechcianej ciąży albo zagrożenia życia lub zdrowia albo ciąży z gwałtu; położne, które też są zaangażowane w opiekę nad pacjentką ciężarną; szczerze mówiąc nie wiem, czy ktoś jeszcze powinien się wypowiadać”. Inny rozmówca zauważał: „Pacjentki mają wpływ, lekarz ma rolę służebną, ma brać pod uwagę wolę pacjentki”. Jeszcze inny lekarz dodawał: „Kobiety w wieku rozrodczym, w tym te, które urodziły przynajmniej jedno dziecko. To jest grupa naprawdę ważna”.

KONTEKST PRAWNY I POLITYCZNY

Kontekst społeczny i polityczny wyznaczony przez obowiązującą od dwudziestu czterech lat ustawę wzmacnia niechęć lekarzy do angażowania się politycznego oraz poczucie braku sprawczości i pozostawiania w mniejszości, gdy chodzi o liberalne poglądy dotyczące przerywania ciąży. Przyczynia się też do pojawiania się – i wzmacniania – wśród

przedstawicieli tej grupy zawodowej postaw konformistycznych, często powodowanych strachem. O tych postawach mówili wielokrotnie w wywiadach lekarze, którzy nie popierają obowiązującego w Polsce stanu prawnego lub opowiadają się przeciwko zaostrzeniu prawa. Przyznawali jednocześnie, że ich, jako grupy społecznej, poglądy dotyczące przerywania ciąży na przestrzeni ostatniego ćwierćwiecza ewoluowały. Część z naszych rozmówców i rozmówczyń była zdania, że poglądy te zmieniły się w kierunku poparcia dla liberalizacji, szczególnie w kontekście rozwoju medycyny. Inni uważali, że jako grupa społeczna lekarze stali się bardziej konserwatywni. Jedna z naszych rozmówczyń mówiła: „Poglądy [lekarzy – przyp. M.G.] zmieniły się na plus. 3Jest większa świadomość, na czym polega zabieg. Nie tylko u lekarzy, ale też i u pacjentów. Znane są powikłania, jakie będą występować, a przecież interrupcja to nie jest zwykłe wyrwanie zęba”. Inna lekarka przekonywała: „Myślę, że [poglądy lekarzy – przyp. M.G.] ewoluowały. Rozwinęła się nauka. Nawet jeżeli jest konserwatywna tendencja, to jest także większy dostęp do wiedzy, bardziej nowoczesne poglądy. (...) [Poglądy lekarzy – przyp. M.G.] ugruntowały się, ustabilizowały”.

Jednocześnie w swoich wypowiedziach uczestnicy badania podkreślali, że w ciągu ostatnich lat rozwinęły się w środowisku lekarskim tendencje do **konformizmu i unikania dyskusji i ujawniania zróżnicowanych poglądów na temat przerywania ciąży**. Jedna z naszych rozmówczyń mówiła: „Środowisko jest zróżnicowane, ale mało się o tym rozmawia. Problem jest odsuwany. Dwadzieścia pięć lat temu było inne spojrzenie. Nowa ustawa zmieniła nastawianie i utrwaliła lęk wokół tematu przerywania ciąży”. Inny lekarz dodawał: „Środowisko lekarskie jest zróżnicowane, jeśli chodzi o przerywanie ciąży. Myślę, że zawsze istniała duża grupa przeciwników przerywania ciąży, ale kiedyś byli zagłuszeni przez prawo i kobiety, które dokonywały aborcji. Teraz ta grupa zrobiła się hałaśliwa. Ktoś, kto ma takie poglądy jak ja, nie zostanie dopuszczony do głosu w mediach. Kole-dzy są obłudni, gdy zabroniono tych zabiegów, powiedzieli, że to jest zgodne z ich filozofią życiową. Kiedyś zarabiali w ten sposób na życie”.

Warto zauważyć, że na poziomie refleksji osobistej większość lekarzy uważa swoje własne poglądy za niezmiennie. „Moje poglądy się nie zmieniają. Wybrałam ten zawód, by pomagać kobietom, a nie uprawiać

duszpasterstwo” – stwierdziła jedna z naszych rozmówczyń. Inna dodała: „Moja postawa jest niezmienna”. Jeszcze inny lekarz stwierdził: „Zmiana prawa, język, jakim mówi się o aborcji, może powodować zmianę w postawach u ludzi. Same wyjazdy zagraniczne raczej tego nie zmieniają. (...) Moje poglądy nie zmieniły się”.

STATUS ZAWODU I PROCESY HISTORYCZNE

Na temat przyczyny braku zaangażowania lekarzy w debatę na temat liberalizacji przepisów dotyczących przerywania ciąży wypowiadali się również uczestnicy i uczestniczki **grup fokusowych**. Uczestnicy i uczestniczki spotkania ze studentami i studentkami medycyny podkreślali w tym kontekście zmianę etosu zawodu lekarskiego oraz coraz mniejsze zainteresowanie lekarzy kwestiami społecznymi. Ów spadek lekarskiego morale studentki i studenci oraz stażystki i stażyści wiązali z jednej strony ze strachem lekarzy przed tym, że zostaną pociągnięci do odpowiedzialności przez pacjentów/pacjentki, z drugiej zaś, bardziej ogólnie, z „dewaluacją elit lekarskich”. Jeden z uczestników spotkania mówił: „Każdy dzisiaj może być lekarzem, jest cała masa lekarzy, zdecydowana większość, którzy nie są zaangażowani w żadną działalność, nie interesują się polityką, tym, co się dzieje w kraju. Możliwe, że też czują, że nie mają kompetencji, aby wypowiadać się na pewne tematy”. Studentki i studenci oraz stażystki i stażyści podkreślali, że działalność społeczna jest „aktywnością dodatkową”. Wskazywali, że lekarze wpisują się w „szerszą tendencję” spadku zaangażowania społecznego i obniżenia jakości debaty publicznej do poziomu, jak to nazwała jedna ze studentek, „bitwy w kisielu”.

Działaczki organizacji społecznych i praktykujący lekarze upatrywali przyczyn braku zaangażowania lekarzy w debatę dotyczącą przerywania ciąży – a przede wszystkim braku grupowego głosu lekarzy opowiadających się za liberalizacją prawa – w procesach historycznych. Chodzi przede wszystkim o kwestie związane ze zmianą prawa i systemu ekonomiczno-społecznego w Polsce w latach transformacji i po niej. Jedna z uczestniczek badania mówiła: „Jeszcze w latach dziewięćdziesiątych współpracowałyśmy z lekarzami, którzy wykonywali aborcje (...) Trudno powiedzieć, czy z ich strony to była pomoc

kobietom czy działalność zarobkowa, to był początek kapitalizmu. Podejrzewam, że to było to (...) To się zaczęło wykruszać, kobiety przestały być solidarne i to samo stało się z lekarzami”. Taką opinię potwierdził jeden z lekarzy, wskazując, że ginekolodzy, podobnie jak inne grupy zawodowe w Polsce, dostosowali się do obowiązujących od lat dziewięćdziesiątych nowych reguł funkcjonowania społeczeństwa, opartych przede wszystkim na primacie indywidualnych korzyści materialnych i ich maksymalizacji, działaniach zgodnych z „prawami rynku” oraz braku solidarności społecznej, przede wszystkim solidarności z kobietami-pacjentkami. Ponadto uzależnienie lekarzy od reguł wolnego rynku spowodowało, zdaniem niektórych uczestników badania, „orientację lekarzy na finanse”, indywidualny zysk i karierę, a także odejście od obowiązujących w przeszłości zasad. „Každy inaczej myśli. Kapitalizm wiele zmienia (...) Kiedyś [aborcja – przyp. M.G.] to był normalny rozkaz, lekarz był zwalniany, jak nie wykonał, tak było w PRL-u, przed 1989⁶”.

II. LEKARZE GINEKOLODZY A OBOWIĄZUJĄCE PRAWO DOTYCZĄCE PRZERYWANIA CIĄŻY

Jak pisałam powyżej, poglądy lekarzy na temat obecności lekarzy w przestrzeni publicznej są zróżnicowane. Podobnie jest w przypadku podejścia lekarzy do obowiązującego prawa dotyczącego przerywania ciąży. Niektórzy z uczestników naszego badania byli zdania, że poglądy środowiska lekarskiego na temat przerywania ciąży są

6 O zmianach historycznych mówiła także, w innym aspekcie, uczestniczka grupy fokusowej z działaczkami społecznymi: „Przez ostatnie dwadzieścia pięć lat udało się sprawić, że aborcja jest kwestią światopoglądową, a nie kwestią zabiegu [medycznego – przyp. M.G.]. Ruch kobiecy też trochę to wspiera, mówiąc o prawach kobiet, a nie o zabiegu, o tym, jak on wygląda. Brakuje tego głosu, który mówi o tym, jak przebiega aborcja” – argumentowała. Działaczki organizacji kobiecych wskazywały też na kulturowe aspekty pracy lekarzy, przede wszystkim w kontekście patriarchalnej struktury społecznej. Jedna z działaczek stwierdziła: „Czeka nas praca nad likwidacją patriarchy lekarzy”. I kontynuowała: „Dzieje się coraz gorzej. Można uzyskać opinię jednego lekarza, ale to jest za mało, że podpisze się jedna czy dwie ginekolożki. Coś się przez te wszystkie lata stało. Jest to moim zdaniem wzrost patriarchy lekarzy, z drugiej strony asekuranctwo. Dlaczego oni nie występują przeciwko tym, którzy utrudniają im pracę?”.

zróżnicowane i ewoluowały w ciągu ostatnich dwudziestu pięciu lat, w kontekście zmian prawnych, społecznych i ekonomicznych, inni argumentowali, że środowisko lekarskie pozostaje niezmiennie. Jeden z lekarzy mówił:

„Tak, opinie są zróżnicowane, ewoluowały w ciągu dwudziestu lat. To znaczy moi koledzy mają takie poglądy jak ja. Ale inni zmieniają poglądy, ci którzy przerywali ciążę, teraz są najgorętszymi przeciwnikami aborcji. Zwłaszcza kobiety, które kiedyś wykonywały zabiegi, są teraz świętsze od papieża. U młodych lekarzy może być różnie, myślę, że tam jest dużo przeciwników prawa do aborcji. Moje poglądy też się zmieniły. Uważam, że teraz kobiety bardziej rozważnie podejmują decyzję o przerwaniu ciąży. Kiedyś było inaczej. Jak kiedyś przerywałem po raz piętnasty ciążę i to pani położnej, to się łapałem za głowę”.

Lekarze podkreślali przede wszystkim ewolucję poglądów i praktyk niektórych lekarzy w porównaniu z okresem sprzed 1989 roku, wskazując na nieszczęra, zdaniem niektórych, przemianę światopoglądową swoich kolegów. Jeden z uczestników naszego badania mówił: „Więcej jest antyaborcyjnych, wojujących na pokaz, by awansować”. Inny lekarz zauważył: „Zmiany są, zwłaszcza u osób, które przed 1989 dokonywały aborcji, a teraz przeciwko niej toczą krucjatę”. Podkreślał jednocześnie: „Moje poglądy w tej sprawie się nie zmieniły”.

Spora część lekarzy mówiła jednak także o tym, że poglądy środowiska lekarskiego nie zmieniają się w czasie. Jeden z uczestników badania stwierdził: „Nie sądzę, że postawy lekarzy wobec tematu aborcji jakoś ewoluują. Myślę, że są stałe i dość zachowawcze. Moje przekonania nie zmieniły się”. Inny uczestnik badania wyraził opinię, że środowisko lekarskie ma umiarkowanie zróżnicowane podejście do przerywania ciąży. Jest trochę lekarzy potępiających przerywanie ciąży, ale to jest mniejszość „i można ich ominąć”. Rozmówca nie zauważył, by opinie ewoluowały przez ostatnie dekady. Jego własna opinia nie zmieniła się, a „młodych przecież uczą starzy, więc fach i jego etyka są niejako stałe”. Jeszcze inny badany również nie zaobserwował na przestrzeni dwudziestu lat zmian w zakresie opinii (własnej czy innych) na temat przerywania ciąży. Zauważalna obecnie zmiana postaw jest,

jego zdaniem, efektem strachu i „panującej atmosfery”. Mówił on: „Środowisko bardzo się boi władzy, [jest – przyp. M.G.] duży strach”. „W ośrodkach wielkomiejskich może być autonomia, a z każdym kilometrem jest coraz gorzej. Naciski są silniejsze” – dodawał.

Wśród lekarzy popularna jest opinia, że ich **środowisko zawodowe jest za utrzymaniem obowiązującego status quo** oraz że jako grupa zawodowa **lekarze nie są zainteresowani zaangażowaniem się w toczącą debatę dotyczącą zmian w obowiązującym prawie**. Inny lekarz mówił: „Środowisko lekarskie jest bardzo zróżnicowane i zmieniły się one [opinie – przyp. M.G.] w ciągu ostatnich dwudziestu lat. Obecna ustawa nie jest złą ustawą. Zmiany ustawy przyniosłyby szkodę”. Podobnie argumentował jeszcze inny uczestnik badania: „Nie wydaje mi się, by środowisko lekarskie w jakikolwiek sposób oficjalnie zaangażowało się w tę debatę. Jest bardzo podzielone i ludzie osobiście mają dużo do stracenia”. Część z naszych rozmówców podkreślała różnice pokoleniowe pomiędzy lekarzami, którzy mieli doświadczenie pracy zawodowej w innych uwarunkowaniach prawnych (gdy obowiązywała inna ustawa) a tymi, których kariera zawodowa rozpoczęła się po 1993 roku. Jeden z uczestników badania mówił: „Znam bardzo mało lekarzy, którzy są za zaostrzeniem obecnego prawa – to są bardzo rzadkie przypadki. Większość jest za utrzymaniem **status quo**. (...) Z tego, co obserwuję, starsi lekarze mają dużo bardziej liberalne podejście niż młodszy, co wynika z tego, że gdy rozpoczynali pracę, prawo było inne. Natomiast obecne prawo ukształtowało postawy młodszego pokolenia lekarzy”. Z taką opinią zgadzał się inny nasz rozmówca, który twierdził: „Młodsze pokolenie lekarzy jest bardziej konserwatywne, [jest – przyp. M.G.] większy wpływ Kościoła na medycynę”.

STOSUNEK LEKARZY DO OBOWIĄZUJĄCEJ USTAWY DOTYCZĄCEJ PRZERYWANIA CIĄŻY

Większość lekarzy, którzy wzięli udział w badaniu, pozytywnie oceniło zapisy obowiązującej ustawy dotyczącej przerywania ciąży. Lekarze uważali, że obowiązujące prawo jest dobre, przynajmniej w teorii. Duża część naszych rozmówców podkreślała jednak, że nie jest ono

jednak realizowane w praktyce. Piszę o tym poniżej. Lekarze mówili między innymi:

„Uważam, że jak na nasz kraj to i tak liberalne prawo. Mogłoby być gorzej i zaraz może być gorzej. Katalog sytuacji jest dobry – gdyby faktyczne egzekwowanie zabiegu było bezproblemowe. Dwunasty tydzień ogólnie przy zabiegach, a dwudziesty czwarty w przypadku, gdy są wady, to chyba dobra regulacja”.

„Uważam, że obecne prawo jest wystarczające, jeśli chodzi o dopuszczanie aborcji. Katalog sytuacji jest wyczerpujący, pozostawia dowolność interpretacji. Brak dokładnie zdefiniowanego tygodnia ma sens z medycznego punktu widzenia”.

„Obecne regulacje prawne w omawianym zakresie są optymalne i buforujące. Przepisy prawa dają przestrzeń do integralnej decyzji pacjentki oraz dają głos specjalistom. Katalog sytuacji dopuszczających przerywanie ciąży jest kompletny, odpowiednia jest też cezura. Dwudziesty drugi tydzień to dla ginekologa granica między poronieniem a porodem – czyli między płodem a dzieckiem”.

„Obecny stan to kompromis. 3Rzeczowy kompromis (...). Teraz ten katalog trzeba zostawić, bo obserwując społeczeństwo, to jedyna szansa dla kobiet”.

Wśród naszych rozmówców byli również tacy lekarze, którzy opowiadali się za utrzymaniem obowiązującego prawa, argumentując, że stawia ono opór lekkomyślnemu traktowaniu aborcji oraz używaniu jej jako środka antykoncepcyjnego. W wypowiedziach tych pobrzmiewał wspomniany wcześniej **brak zaufania do kobiet i protekcyjnalny wobec nich stosunek**. Jeden z lekarzy mówił: „Dla mnie obowiązująca ustawa jest OK. Jest to ustawa, która satysfakcjonuje mnie jako człowieka i z drugiej strony nie dopuszcza, powiedzmy sobie, do rzezi niewiniątek. Dzięki tej ustawie aborcja nie stała się jedną z form antykoncepcji, a tak by się stało przy liberalizacji przepisów. Po prostu kobiety nie myślą kategoriami, co będzie, tylko myślą: a jakoś to będzie i nie stosowałyby antykoncepcji, wiedząc, że miałyby możliwość

dokonania aborcji w sposób legalny. Święty Tomasz z Akwinu twierdził, że dusza człowieka wchodzi w ciała w dwunastym tygodniu, czyli ta data dwunastu tygodni, gdzieś musi mieć podłoże, takie głębsze”. Inny lekarz mówił z kolei:

„Najpierw powinna być świadomość, nauka, a nie, że seks jak cukierek leży na ulicy. Trzeba nauczyć społeczeństwo lepszej świadomości i świadomego zakładania rodziny. Podejmowania świadomych decyzji w stosunku do drugiej osoby. Kobieta nie może być narzędziem, nie może być laleczką. W przypadku gwałtu jest możliwe przerwanie, ale tu też trzeba się zastanowić, czy jak gwałt, to musi być koniecznie usunięte. Przede wszystkim potrzebne jest wsparcie psychologiczne. Przecież można ewentualnie urodzić i jak nie chcesz tego dziecka, to można oddać do rodziny zastępczej lub jakiegoś ośrodka”.

Lekarze, którzy opowiadali się za zaostrzeniem prawa do przerywania ciąży, podnosili z jednej strony kwestię podmiotowości i praw płodu, z drugiej zaś przywoływali argument o **nieodpowiedzialności i niedojrzałości kobiet**. Jedna z lekarek twierdziła: „Prawo jest za łagodne, powinno być zmienione, nie ma sytuacji, która dopuszcza przerywanie ciąży”. Inna z naszych rozmówczyń zaś mówiła:

„To tak ładnie się nazywa – terminacja ciąży, jest możliwa do dwudziestego czwartego tygodnia ciąży. W związku z tym jak te badania genetyczne zakończą, to dwadzieścia trzy pełne, początek dwudziestego czwartego tygodnia ciąży. (...) Czy pani widziała, jak wygląda dwudziestotrzytygodniowy płód, czy pani widziała, jak wygląda dwunastotygodniowy zarodek? To jest piękna laleczka takiej wielkości. To jest mały człowiek tylko zmniejszony – główka, rączki, nóżki i czasami nawet jak się urodzi, to się rusza. Natomiast dwudziestotrzytygodniowy płód to jest normalnie człowiek. On ma zakończoną całą organogenezę i to jest człowiek. Dla mnie to jest straszne. I potem są sytuacje takie, jakie mają miejsce w Warszawie w zeszłym roku. Pacjentka była zbulwersowana i rozdmuchali dziennikarze tę sprawę, że sama pacjentka prosiła o przerwanie ciąży z zespołem Downa.

Natomiast potem, jak już doszło do tego przerwania ciąży i urodził się żywy płód i zaczął płakać, to ona miała wielkie pretensje o to, że on był nieludzko potraktowany. A jak ty swoje dziecko potraktowałaś? To było ludzkie? To co ty z nim zrobiłaś?”

Wśród naszych rozmówców były także osoby, które stanowczo wypowiadały się przeciwko istniejącemu prawu, wyrażając swoje poparcie dla jego liberalizacji lub zaostrzenia. Lekarze **opowiadający się za liberalizacją** mówili między innymi:

„To prawo jest złe. Uniemożliwia dostęp do zabiegu przerwania ciąży ze względów społecznych. To takie humanitarne minimum i tak nie w pełni przestrzegane. (...) Uważam, że dwunasty tydzień jest dobrą regulacją. W przypadku przerwania ciąży ze wskazań medycznych dwudziesty czwarty tydzień jest konieczny, gdyż w Polsce diagnozowanie długo trwa”.

„Jest to fałszywy kompromis, prawo powinno być zliberalizowane. [Katalog możliwych warunków zezwalających na przerwanie ciąży – przyp. M.G.] nie jest wyczerpujący, nie uwzględnia przyczyn społecznych”.

Polscy lekarze pracujący za granicą byli, daleko bardziej niż koledzy i koleżanki praktykujący w Polsce, krytyczni wobec obowiązujących w naszym kraju przepisów, szczególnie w porównaniu do krajów ich rezydencji. Lekarka pracująca w Niemczech mówiła: „Katalog sytuacji [umożliwiających przerwanie ciąży w Polsce – przyp. M.G.] jest wąski, uważam, że taka ustawa, jak obowiązuje w Niemczech, jest lepsza. Kobieta ma czas na podjęcie decyzji, dostaje informacje o tym, że jest w ciąży i jeśli chce ją zatrzymać, to lekarz mówi, co dalej, i gdy nie chce, to też. Ja nie pracuję z pacjentkami na tym etapie podejmowania decyzji. Więc tak, prawo w Niemczech jest lepsze moim zdaniem (...) Jestem za takimi rozwiązaniami, jakie są w Niemczech”. Takie podejście potwierdzała ginekolożka pracująca w Anglii: „[Polskie prawo oceniam – przyp. M.G.] bardzo źle, bo to kobieta powinna o tym decydować. Rozszerzyłabym, żeby decyzja należała do kobiety. Zawsze owoc zakazany najlepiej smakuje, zakazy nie są rozwiązaniem, działają

wręcz odwrotnie. Jak coś można, to już tak nie kusi, zakazy nie są powodem do zaprzestawania jakichś czynności (...). Tu w UK jest tak, że jak zarodek ma zespół Downa i kobieta chce przerwać, to może to zrobić. Uważam, że to bardzo dobrze. (...) Tutaj nie mamy skępowanych rąk”. Inna lekarka pracująca w Wielkiej Brytanii zwróciła uwagę na brak w Polsce możliwości przerywania ciąży ze względów społecznych. „Trudne warunki socjalne kobiet. Gwałty małżeńskie, które są powszechne, a ja o tym wiem od pacjentek. A te gwałty są najbardziej przemilczane” – dodała.

POZIOM REALIZACJI OBOWIĄZUJĄCEGO PRAWA: OPINIE LEKARZY

Lekarze, którzy wzięli udział w naszym badaniu, w większości byli zdania, że obowiązujące w Polsce prawo dotyczące przerywania ciąży nie jest w pełni realizowane. Wśród czynników odpowiedzialnych za nieprzestrzeganie prawa lekarze wymieniali między innymi: biurokrację i niejasne przepisy, **strach lekarzy** przed „narażeniem się”, niechęć do brania na siebie **odpowiedzialności** oraz **brak wiedzy i lęk przed konsekwencjami stosowania prawa**. Lekarze wskazywali więc swoje własne środowisko jako główną przyczynę tego, że prawo w Polsce nie jest przestrzegane, wskazując jednocześnie, że jako grupa zawodowa poddawani są oni presji ze strony innych grup społecznych. Lekarze, którzy byli zdania, że obowiązujące w Polsce prawo nie jest przestrzegane, mówili między innymi:

„To jest dramat, co się dzieje (...), jak słyszymy, że pacjentkom uniemożliwia się skorzystanie ze swoich praw. Są lekarze, którzy kierując się religią, zwodzą pacjentki. Myślą, że ratują dziecko, a robią straszną tragedię tej kobiecie i temu dziecku też. (...) Po to jest ustawa, żeby była przestrzegana, a jak prawo jest łamane, to ci lekarze powinni za to odpowiadać przed sądem. I zakaz wykonywania zawodu!”

„[Jest – przyp. M.G.] dramatycznie. Prawo jest nieprzestrzegane, łamane nagminnie. Jest nierzeczywiste, w wielu miejscach

czeka się tak długo na decyzję lekarzy, że ciąży nie można już przerwać. Badania, konsultacje trwają tygodniami. Wpływa na to strach, lęk przed łatką aborcjonisty”.

„Prawo jest łamane, lekarze bardzo niechętnie przerywają ciążę. Nawet w przypadku poronień samoistnych, które są przecież częste, lekarze nie chcą się zajmować pacjentkami, bo boją się, że ktoś ich posądzi, że to była aborcja. Lekarze boją się, ulegają presji, boją się odpowiedzialności karnej. Boją się, że nawet jeśli aborcja była legalna, to ktoś udowodni, że wskazanie, że konieczna jest aborcja, jest naciągane”.

Lekarze podkreślali, że prawo jest częściej łamane w mniejszych ośrodkach – dostęp do zabiegu przerywania ciąży jest większy w dużych miastach. Jeden z naszych rozmówców stwierdził: „W dużych ośrodkach miejskich jest większa możliwość wykonania zabiegu. W mniejszych prawo jest nagminnie łamane. (...) Często zbyt późno udaje się wypracować decyzję, a wtedy dostęp do aborcji jest już niemożliwy. Główny powód to niedofinansowana diagnostyka. W Warszawie nie stykam się z tym graniem na zwłokę”. Inny rozmówca argumentował: „Pacjentki jadą dwieście, trzysta kilometrów, żeby zrobić aborcję”. Kolejny lekarz dodawał: „Poziom realizacji obowiązującego w Polsce prawa dotyczącego przerywania ciąży jest zależny od regionu. Niechętnie wykonuje się ten zabieg w małym mieście, mniej się można ukryć, a w dużym można się zgubić w tłumie”.

Nieliczni z naszych rozmówców zwracali uwagę na ten aspekt nieprzestrzegania prawa, który wiąże się z tak zwanym „podziemiem aborcyjnym”. Jeden z lekarzy mówił: „To prawo jest łamane, pieniądze wiadomo (...) jak ktoś chce, będzie miał aborcję. Decydują korzyści finansowe lekarzy, którzy wykonują aborcję”. Inny zaś argumentował: „[Prawo – przyp. M.G.] nie jest przestrzegane, to obłuda. W gazetach te ogłoszenia »regulacja miesiączek« to co to niby jest? (...) To zależy, gdzie kobieta trafi”. Lekarze zwracali uwagę, że podłoże funkcjonowania tzw. „podziemia aborcyjnego” w Polsce ma, z punktu widzenia lekarzy, przede wszystkim charakter ekonomiczny – lekarze przerywają ciążę nielegalnie ze względu na korzyści finansowe. Wśród

uczestników badania pojawiły się między innymi następujące opinie na temat „podziemia aborcyjnego”:

„Poza miejscem pracy [lekarze – przyp. M.G.] wykonują [aborcję – przyp. M.G.] dla pieniędzy. Gdyby chodziło o dobro pacjentki, to ta ustawa daje lekarzowi dużo możliwości, więc zrobiłby zabieg legalnie, a nie pokątnie. To jest dla pieniędzy tylko”.

„Finanse!!! Dobro, interes pacjentki, zgoda ze sobą – nie, tym się nie kierują lekarze dokonujący aborcji w podziemiu”.

„Uważam, że jedyny czynnik to czynnik finansowy. Kasa. Lekarze w podziemiu zarabiają na tych kobietach. Nie ma mowy o dobru pacjentki. Nie ma doktorów Judymów. Dobro pacjentki to ogólny dobrostan, profesjonalna medyczna pomoc i poczucie poszanowania jej wyboru, zadbanie o godność, poczucie bezpieczeństwa”.

Część z naszych rozmówców i rozmówczyń była przekonana, że polskie prawo dotyczące przerywania ciąży jest przestrzegane. Jeden z lekarzy argumentował, że procedura jest dostępna w ramach przewidzianych przez prawo:

„Tu, na sto procent [w ośrodku, w którym pracował rozmówca – przyp. M.G.] prawo jest przestrzegane. Na zabieg (np. w przypadku ciężkich wad płodu) czeka się krótko i lekarze dokładają starań, by sprawa była zamknięta w przeciągu tygodnia. Są jednak przypadki, gdy procedura jest długotrwała (ofiary zgwałceń) lub legalnie niemożliwa (np. zbyt późne zdiagnozowanie wad letalnych płodu czy też stwierdzenie wad niekwalifikujących do zabiegu u pacjentki, która sobie z tym nie poradzi). W takich przypadkach kobietom, które mogą sobie na to pozwolić, doradza się przerwanie ciąży na Słowacji. Tam jest szybko, a mamy przecież blisko”.

Niektórzy lekarze wskazywali, że prawo jest przestrzegane, sugerując jednocześnie, iż daje ono zbyt dużą swobodę kobietom. Jeden

z naszych rozmówców stwierdził: „Jest duża swoboda, nie uważam, że łamane jest prawo pacjentek, nie powinno być możliwe przerywanie ciąży”. Inny zaś argumentował: „Raczej jest przestrzegane [prawo – przyp. M.G.], niestety naciągane np. w sytuacji dzieci z zespołem Downa. One powinny się rodzić. Są procedury, ten czas jest rzeczywisty. Ale jakiś czas to trwa, nie za długo”.

Wśród powodów, dla których w wielu polskich szpitalach niedostępna jest aborcja, nawet w sytuacjach przewidzianych w prawie, lekarze wymienili względy społeczne: presję Kościoła katolickiego, władz szpitala czy środowiska lekarskiego. Zdaniem zdecydowanej większości lekarzy, którzy wzięli udział w naszym badaniu, **w znaczącej liczbie przypadków odmowa wykonania legalnej aborcji jest wynikiem hipokryzji lekarzy**, ich zachowań konformistycznych. Jeden z naszych rozmówców odróżnił „rzeczywiste”, „autentyczne” pobudki braku zgody i te motywowane oportunistycznie: „Ci religijni na ogół są starsi, a jak starsi, to przecież musieli skrobać. Nie kieruje nimi strach przed ostracyzmem, gdyż większość lekarzy popiera obowiązującą ustawę i jest legalistami, dlatego też nie ma mowy o potępianiu specjalisty, który wykonuje swoje obowiązki w zakresie przewidzianym przepisami prawa. Może jest jakiś strach przed stygmatyzacją, ale spoza środowiska lekarskiego”. Inni lekarze oceniając zachowania swoich kolegów (i być może także swoje), mówili:

„Lekarze odmawiający legalnych zabiegów powołują się na swoje sumienie, tak im każe religia, ale myślę, że jest to zwykłe tchórzostwo i oportunizm”.

„Niby są tacy święci i kierują się religią, ale moim zdaniem to ze zwykłego wygodnictwa, strachu przed problemami i unikaniem kontrowersji”.

„To są obłudnicy. W poprzednim ustroju nie mieli żadnego problemu z tym, żeby przerywać ciążę, znam takie osoby, które wcześniej przerywały. To jest sprzeczne z zasadą zawodowej etyki, zdrowie dotyczy nie tylko ciała, ale też psychiki. Zmuszanie do porodu to jest obłuda”.

„Fałszywie religijnymi w mojej opinii, ale to jest moja osobista opinia, bo ja uważam, że Pan Bóg nie ingeruje w takie rzeczy, dla mnie to jest hipokryzja, no ale być może, że ktoś ma taką głęboką wiarę. Ja uważam, że jeśli ktoś ma tak głęboką wiarę, jest tak miłosierny i nastawiony na bycie w zgodzie z zasadami Kościoła, to we wszystkich innych dziedzinach życia powinien być także również konsekwentny, a tak nie jest”.

ZAOSTRZENIE PRAWA DO PRZERYWANIA CIĄŻY: OPINIE LEKARZY

Zdecydowana większość lekarzy negatywnie oceniła pomysły zaostrenia prawa dotyczącego przerywania ciąży w Polsce. „Zakusy na zaostrenie prawa aborcyjnego związane są z chęcią jeszcze większej kontroli kleru nad państwem” – powiedział lekarz ginekolog pracujący w Austrii. Jego zdaniem konsekwencją zaostrenia prawa dotyczącego przerywania ciąży w Polsce będzie „potrzeba stworzenia osobnych oddziałów więziennych dla ginekologów”. „I będziemy znajdować coraz więcej kobiet na wysypiskach śmieci” – dodawał. Uczestnicy badania pracujący w Polsce wskazywali, że próby zaostrenia prawa dotyczącego przerywania ciąży w Polsce mają charakter polityczny (są rezultatem nacisków ze strony Kościoła i uległości polityków).

„To jest dramat. Politycy schlebiają Kościołowi i są świętsi od papieża. Skutki takiej ustawy byłyby dramatyczne: więcej pokątnych zabiegów, niesprawdzonych środków z Internetu, śmierć kobiet, niechciane dzieci”.

„Pomysł zaostrenia prawa jest chory. To jest fanatyzm. Dodam też, że osobiście jestem głęboko wierzący, ale nie chcę być krzyżakiem”.

Lekarze wskazywali przede wszystkim na negatywne konsekwencje, jakie proponowane zmiany mogą przynieść kobietom. Mówili tu zarówno o kwestiach związanych z łamaniem praw kobiet (nazywając próby zaostrenia przepisów naruszeniem praw kobiet), jak

i o czynnikach zdrowotnych i ekonomicznych (podkreślali, że zaostrenie przepisów dotknęłoby przede wszystkim kobiety biedniejsze). Nasi rozmówcy argumentowali między innymi:

„Jest to karygodne dla mnie, ponieważ o takich sprawach absolutnie nie powinni wypowiadać się mężczyźni, bo to ich nie dotyczy. To już jest jakiś błąd, żeby mężczyźni wypowiadali się w tej sprawie, oni mogą się wypowiadać, ale jako głos doradczy, a nie decydujący. Zaostrenie prawa jest ograniczeniem wolności, więc jestem przeciwna temu”.

„Idiotyzm. Dla lekarzy może byłoby lepiej, bo nikt by się ich nie czepiał. Ale byłby to zakaz, który nie ma szansy być realizowany. To by była prohibicja, a wiemy, jak się kończy prohibicja. Pewna grupa kobiet, przede wszystkim niezamożnych, byłaby skazana na rodzenie dzieci chorych, dzieci z gwałtu itp. Byłoby to zagrożenie dla zdrowia i życia”.

„Absolutnie, nie. Taka zmiana zaowocowałaby lawinowym zwiększeniem podziemia aborcyjnego, ryzykiem powikłań i zwiększoną śmiertelnością kobiet”.

Wśród potencjalnych, negatywnych skutków proponowanych zmian lekarze wymieniali również wpływ na warunki wykonywania przez nich zawodu. Mówili między innymi:

„W ogóle sobie tego nie wyobrażam. Już przy tej ustawie lekarze się boją, jak będzie ostrzejsza, to już w ogóle. I będzie jak zawsze: bogatsze sobie poradzą – pojadą do Niemiec, a te biedniejsze będą kombinować na własną rękę. Będziemy mieć zalew kryminalistek, martwych lub uszkodzonych kobiet i dzieci, dzieci niechciane i w ogóle (...) nie tędy droga”.

„[Zaostrenie przepisów – przyp. M.G.] oznacza paraliż pracy lekarzy, brak możliwości udzielania kobietom pomocy. Dramat kobiet – niebezpieczeństwo dla ich zdrowia również psychicznego”.

„Konsekwencje dla lekarzy byłaby takie, że mieliby jeszcze bardziej związane ręce, nie mogliby zaproponować niczego pacjentce, a kobiety wepchnęło całkowicie do podziemia aborcyjnego, gdzie narażałyby swoje życie i zdrowie. Nie widzę nic dobrego w tej zmianie”.

Część lekarzy, zdecydowana mniejszość, była jednak zdania, że zaostrenie przepisów dotyczących przerywania ciąży byłoby wskazane, przede wszystkim ze względu na wyeliminowanie „dylematów”, z którymi obecnie zmagają się tak lekarze, jak i pacjentki. Jeden z nich mówił:

„Zaostrenie obowiązującego prawa byłoby zmianą na lepsze. (...) [Konsekwencją takiej zmiany byłoby – przyp. M.G.] mniej dylematów moralnych, jeżeli chodzi o lekarzy. I wydaje mi się, że summa summarum mniej też dylematów moralnych dla pacjentek. Wydaje mi się, że to jest tak, że kobieta zachodzi w tę ciążę i jej się wydaje, że świat się na głowę zawalił. I wydaje jej się, że ona sobie nie poradzi z wychowaniem dziecka. Ale dla mnie to ona może to dziecko po porodzie oddać”.

Inna zaś lekarka argumentowała:

„Zaostrenie ustawy to zmiana na lepsze, a konsekwencje dla kobiet, no robiłyby to, co trzeba, rodziły, ich dobro by wtedy było zagwarantowane, a dla lekarzy to ulga, że w końcu jest tak, jak trzeba. Przy patrzeniu na kobietę i dziecko jako na podmiot, warto uszczelnić to prawo. Jestem za zaostreniem”.

LIBERALIZACJA PRAWA DO PRZERYWANIA CIĄŻY: OPINIE LEKARZY

Większość lekarzy nie popiera także pomysłu liberalizacji prawa do przerywania ciąży w Polsce. Lekarze ci argumentują, że istniejące prawo jest satysfakcjonujące. W wywiadach pogłębionych mówili oni między innymi:

„Nie jestem zwolenniczką aborcji bez ograniczeń. Akceptuję obowiązujące przepisy, przy założeniu, że poziom ich realizacji zostałby poprawiony, jestem zwolenniczką status quo”.

„Uważam, że nie ma potrzeby liberalizowania prawa – trzeba poprawić jego funkcjonowanie. Gdy będą po temu warunki i inna władza, zastanowiłbym się (tak ogólnie, społecznie) nad wprowadzeniem [możliwości przerywania ciąży – przyp. M.G.] ze względów ekonomicznych. Teraz to w ogóle nie ma o czym mówić”.

„Jakieś zasady muszą być. Gdyby poprawić wykonalność obowiązującej ustawy (z edukacją, antykoncepcją i dostępnością zabiegów w wymienionych już przypadkach), to by w zupełności wystarczyło”.

Część lekarzy w swoich wypowiedziach wyrażających sprzeciw wobec liberalizacji prawa do aborcji kładła nacisk na kwestię edukacji. Jedna z lekarek mówiła:

„Tutaj należałoby się bardzo zastanowić i może należy to odroczyć w czasie. Żeby mieć czas na wyedukowanie największej ilości społeczeństwa, żeby było jak najmniej zabiegów. Tak jak powiedziała Barbara Nowacka: to jest celem jednej i drugiej opcji. Akurat ten cel jest zbieżny, tylko metody dochodzenia do tego są różne. (...) Ludzi trzeba edukować, jeżeli coś przyjmą i zrozumieją, że to jest złe i nie będzie to bardzo trudne do osiągnięcia, żeby tej ciąży zapobiegać, to na pewno liczba takich zabiegów się zmniejszy dlatego, że dla większości osób przerywanie ciąży to jest gwałt na swoich emocjach, to nie pozostaje bez śladu. Oczywiście jest pewna grupa osób bezmyślnych, jak w każdej dziedzinie życia, że nie stanowi to żadnego zastanowienia, piąte czy dziesiąte przerwanie ciąży, ale to są jakieś skrajności. W każdym społeczeństwie zawsze tak będzie. Jestem za liberalizacją, tylko za liberalizacją rozsądną, z pewnym ograniczeniem, z edukacją, żeby to było ograniczone do jak najmniejszej liczby przypadków”.

W wypowiedziach niektórych lekarzy pojawił się opisany wcześniej wątek braku zaufania do kobiet, przekonanie, że kobiety są niezdolne do podejmowania decyzji dotyczących ciąży. Lekarze mówili między innymi: „Nie jestem zwolennikiem liberalizacji przepisów. Mogłoby to doprowadzić do problemów psychicznych u kobiet. Uważam, że wiele młodych kobiet mogłoby się poddać aborcji w sposób nie do końca przemyślany, później mogłyby mieć problem z zajściem w chcianą ciążę, mogłyby cierpieć z powodu poczucia winy”. Inna lekarka mówiła: „Wstrzymałabym się z tym, bo to są trudne decyzje. Kobiety i tak będą potem żyły z tą decyzją. Jest dobrze jak jest. Konsekwencją byłoby mierzenie się pacjentek potem z tą decyzją do końca życia”.

W swoich wypowiedziach przeciwko zmianie prawa lekarze poruszali również wątek redefinicji stanowiska przedstawicieli ich zawodu w sytuacji liberalizacji prawa do przerywania ciąży. Jedna z lekarek argumentowała: „Liberalizacja powoduje niezręczną sytuację dla lekarza, który staje się usługodawcą, a przecież uczy się, by leczyć. Jeśli chodzi o pacjentki, to trudno tu oceniać, czy pojawiłaby się tu nieodpowiedzialność, natomiast jest ryzyko żałowania decyzji i procesów wobec lekarzy. Nie oceniałabym tego jako zmiany na gorsze; nie jestem zwolenniczką, natomiast nawet, gdy aborcja byłaby w pełni dozwolona, nie każdy musi korzystać. Dużo gorszą zmianą byłby całkowity zakaz aborcji”.

Część lekarzy, znaczna mniejszość, wyrażając sprzeciw wobec liberalizacji, powoływała się na kwestie światopoglądowe. Mówili oni między innymi:

„Złagodzenie ustawy jest złe, uważam, że nikt tego nie popiera”.

„Jestem przeciwna, nie zgadzam się. To jak strzelanie do ludzi. Jakbym wstała lewą nogą, wzięła dubeltówkę i strzelała. Chodzi o życie”.

„Nie, tak nie może być, nie można zabijać. Nic dobrego z tego by nie było”.

„Nie, też nie jestem za zmianą w drugą stronę, niech zostanie, jak jest”.

„Nie jestem za aborcją na żądanie, to by na dobre nie wyszło”.

„Za dużo [byłoby – przyp. M.G.] pochopnych decyzji. To nie jest rozwiązanie problemu”.

Lekarze, którzy wzięli udział w badaniu i pozytywnie ocenili pomysły złagodzenia prawa dotyczącego przerywania ciąży w Polsce, mówili między innymi:

„Jestem za. Kobiety poczułyby się wolne, poczułyby, że ktoś się w tym kraju nimi interesuje. Byłaby to czysta sytuacja dla lekarzy. Większe bezpieczeństwo dla kobiet i lekarzy”.

„Myślę, że to byłaby zmiana na lepsze i mam nadzieję, że w którymś momencie dojrzejemy w naszym kraju do tej zmiany. Lekarze mogliby szanować wybór kobiety i pomagać, robiąc zabiegi (dodatkowo robiliby to ludzie zdecydowani np. w specjalnych klinikach, jak w Europie, a nie tacy, którzy mają światopoglądowe wątpliwości). Kobiety otrzymywałyby pomoc, nie szukałyby niebezpiecznych rozwiązań. Byłby wybór i dostępność do usługi”.

„[Złagodzenie obecnych przepisów dotyczących przerywania ciąży to byłaby zmiana – przyp. M.G.] na lepsze. Konsekwencje dla lekarzy – super, mniejsza odpowiedzialność. Dla pacjentek prawo wyboru”.

WARUNKI I MOŻLIWOŚCI PRZYSZŁEGO ZAANGAŻOWANIA LEKARZY NA RZECZ LIBERALIZACJI PRAWA DO PRZERYWANIA CIĄŻY

Mimo ogólnie wyrażanego przez lekarzy sceptycyzmu wobec zasadności i możliwości zmiany prawa dotyczącego przerywania ciąży w Polsce, **niektórzy nasi rozmówcy podkreślali, że są zainteresowani zaangażowaniem w działania przeciwko zaostrzeniu istniejących przepisów dotyczących przerywania ciąży.** Jak powiedział jeden

z nich, środowisko lekarskie byłoby skłonne protestować przeciwko próbom zaostrenia prawa dotyczącego przerywania ciąży („jeszcze gdyby była platforma i czas!”) i tak się zapewne stanie (respondent będzie w tych protestach uczestniczył), gdy będzie „realne zagrożenie”. Inni lekarze powoływali się na solidarność z kobietami („Ja jestem przeciwko zaostreniu, jestem kobietą i jako kobieta jestem po stronie kobiet. Otwarcie o tym mówię”, „Ja bym protestował przeciwko zaostreniu. Zaostrenie spowoduje ból i cierpienie kobiet, którym się przydarzy coś złego w życiu”) i indywidualne prawo do wyrażania swoich opinii politycznych („Byliby [lekarze – przyp. M.G.] w stanie dołączyć do innych, ale prywatnie. Ja jestem przeciwna zaostreniu [przepisów dotyczących przerywania ciąży – przyp. M.G.]. Jestem za prawem kobiet do podjęcia takiej decyzji”, „Každy może protestować, to wolny kraj. To zależy od woli danego lekarza, jak kto chce”) jako podstawę przyszłego zaangażowania się lekarzy na rzecz liberalizacji prawa do przerywania ciąży.

ZAANGAŻOWANIE INNYCH LEKARZY I KOBIET (PACJENTEK)

Wśród warunków, jakie musiałyby zostać spełnione, by lekarze mogli zaangażować się w debatę publiczną dotyczącą przerywania ciąży, nasi rozmówcy, na pierwszym miejscu, wymieniali zaangażowanie innych lekarzy. Jeden z lekarzy mówił: „[Na zaangażowanie się lekarzy w protest przeciwko zaostreniu prawa do przerywania ciąży w Polsce – przyp. M.G.] mogłoby wpłynąć większe zaangażowanie środowiska lekarskiego”. Inny zaś argumentował: „Absolutnie jestem przeciwko zaostreniu obowiązującego prawa. Zaangażowanie środowiska lekarskiego i wsparcie mądrych polityków [mogłoby wpłynąć na zaangażowanie się lekarzy w protest przeciwko zaostreniu prawa do przerywania ciąży w Polsce – przyp. M.G.]”. Na ewentualne zaangażowanie lekarzy w protesty mogłoby mieć wpływ **zaangażowanie lekarskich autorytetów** przeciwko zaostreniu obowiązującego prawa. Jeden z uczestników badania mówił: „Lekarze byliby skłonni protestować przeciwko zaostreniu przepisów, gdyby nie bali się stracić pracy. Jeśli będzie trzeba, wezmę udział w następnym Czarnym Proteście. Najlepiej by było, gdyby dyrektor szpitala też protestował,

to wtedy wszyscy, co tak myślą, mogliby otwarcie wyrazić poparcie dla protestu”. Jego wypowiedź potwierdzał inny doktor: „Odważni, doświadczeni lekarze, autorytety, powinni zabierać głos w mediach i przestrzegać przed skutkami zaostżenia przepisów dotyczących przerywania ciąży. Masowe protesty lekarzy w tej kwestii są niemożliwe ze względu na strach przed utratą pracy”. Podobne zdanie ma inna lekarka – największe znaczenie miałyby poparcie zawodowych zwierzchników. „Každy się boi stracić pracę, a tak byłoby wiadomo, że można w wolny sposób demonstrować swoje poglądy” – mówiła.

Część lekarzy swoje potencjalne zaangażowanie rozważało w kontekście **aktywności kobiet i ruchu kobiecego**. Jedna z lekarek mówiła: „Myślę, że tak [lekarze byliby w stanie zaangażować się w protesty przeciwko zaostżeniu przepisów – przyp. M.G.] na przykład w protestach kobiet. Jestem przeciwko zaostżeniu obowiązującego prawa”. Inna zaś dodawała: „[Być] może [na zaangażowanie lekarzy w protesty przeciwko zaostżeniu prawa do przerywania ciąży wpłynąłby – przyp. M.G.] większy ruch solidarności kobiet wśród środowiska lekarskiego (...). Jakaś większa solidarność kobieca”. Również zdaniem lekarzy praktykujących za granicą kobiety mogą odegrać kluczową rolę w zmianie postaw lekarzy. „Dominujące znaczenie mają środowiska feministyczne, Czarny Protest – to jest supermobilizacja, która sprawiła, że PiS i Kościół padł na kolana” – mówiła ginekolożka pracująca w Wielkiej Brytanii. Wtórował jej lekarz praktykujący w Austrii: „Grupą, która powinna się zaangażować, są same kobiety, które „jak pokazał Czarny Protest, mają siłę i potrafią walczyć o swoje prawa”. Organizacje walczące o prawa kobiet mają bardzo ważną rolę do odegrania, ale – w opinii tego lekarza – nie są wystarczająco silne, „mało je widać i słycać”. Jego zdaniem organizacje sprzeciwiające się aborcji są „małe, ale krzykliwe i „nikt nie chce ich mieć pod swoim szpitalem, bo to stres też jest – nie wiadomo, co im do głowy strzeli”.

ZMIANA SYTUACJI POLITYCZNEJ I ROLI POLITYCZNEJ KOŚCIOŁA KATOLICKIEGO

Zdaniem wielu lekarzy ważnym warunkiem liberalizacji prawa do przerywania ciąży jest zmiana sytuacji politycznej w kraju. Jeden

z badanych ujął to zwięźle: „Na pewno musiałyby się zmienić scena polityczna, teraz jesteśmy w takiej sytuacji, że możemy śnić tylko o liberalizacji, a musimy bać się zaostrzenia. Politycy nie są po stronie kobiet”. W opinii niektórych lekarzy chodziłoby o taką zmianę sceny politycznej, która brałaby pod uwagę kobiety jako podmioty polityki. Jeden z lekarzy argumentował: „[Musiałyby się zmienić – przyp. M.G.] scena polityczna na pewno tak, ale musiałyby powstać taki program, który byłby nastawiony na dobro kobiety i społeczeństwa. Kobieta nie jest przecież wyjęta ze społeczeństwa, tylko w nim funkcjonuje. Ten program musiałyby być odarty z hipokryzji i służyć rozszerzeniu wiedzy i edukacji”.

W swoich wypowiedziach lekarze kładli przede wszystkim nacisk na konieczność uniezależnienia polityki i polityków od wpływu Kościoła katolickiego. „Musi się zmienić klasa polityczna. Na taką, która wprowadzi świeckie państwo” – mówił jeden z lekarzy. A inny dodawał: „Aby zliberalizowano w Polsce przepisy dotyczące przerywania ciąży, musi się zmienić wszystko. Politycy muszą przestać schlebiać Kościołowi a lekarze muszą zacząć przestrzegać prawa i pomagać kobietom, a nie oglądać się na religię”. Podobnego zdania był jeszcze inny lekarz: „Scena polityczna musiałyby zmienić się o 180 stopni. Przede wszystkim musiałyby się zmienić stosunek elit rządzących do Kościoła. Kościół nie może mieć wpływu na prawo. Myślę, że należałoby zawiesić konkordat. Kościół rządzi politykami, którzy za wszelką cenę próbują mu się przypodobać. Kościół katolicki musi przestać dominować”. Lekarz praktykujący w Austrii zgadzał się z takimi opiniami i argumentował: „Chodzi o to, aby głos zabierali mądrzy i silni ludzie, którzy w końcu zdecydują się powiedzieć prawdę”. Lekarz ten podkreślał, że polscy politycy traktują kwestię przerywania ciąży instrumentalnie i „nawet Miller nie był w stanie otwarcie wyrazić poparcia dla tej kwestii”. I dodawał: „Na scenie politycznej jest tak, że kler sprawuje swego rodzaju nadzór nad władzą, obojętnie w sumie, kto jest u władzy, dlatego takie kluczowe jest, aby faktycznie rozdzielić państwo i Kościół. Media odgrywają bardzo ważną rolę, co pokazał Czarny Protest – dzięki temu, że został nagłośniony, zrezygnowano z pomysłu zaostrzenia przepisów. Rola Kościoła jest w sprawie aborcji kluczowa, ale też dogmatyczna – religia jest dla tych, którzy ją wyznają, a nie może być punktem odniesienia dla polityki państwa”.

III. PACJENTKA I LEKARZ: OPINIE NA TEMAT AUTONOMII I DECYZYJNOŚCI KOBIET W KWESTII PRZERYWANIA CIĄŻY

Poglądy lekarzy na temat obowiązujących w Polsce przepisów dotyczących przerywania ciąży są ściśle związane z przekonaniami na temat decyzyjności pacjentek oraz praw kobiet w ujęciu ogólnym. Naszych rozmówców zapytałyśmy o te kwestie. Na poziomie deklaracji większość z nich wyrażało zdecydowane przekonanie, że ostateczne rozstrzygnięcia dotyczące ewentualnego przerwania ciąży powinny leżeć w gestii pacjentek. „Decyzja powinna zawsze być decyzją pacjentki. Lekarz udziela niezbędnych informacji, ale nie wygłasza swoich poglądów – czeka, co zdecyduje kobieta. Nie zaleca, tylko informuje właśnie. Decyduje pacjentka” – powiedziała jedna z naszych rozmówczyń.

Inni lekarze mówili:

„Decyzja zawsze powinna należeć w stu procentach do kobiety. We wszystkich sytuacjach łącznie z socjalną”.

„Uważam, że to powinna być zawsze indywidualna decyzja kobiety. W każdej sytuacji kobieta powinna mieć możliwość podjęcia samodzielnie decyzji, ale powinna mieć również dostęp do konsultacji psychologicznej”.

„Decyzja powinna każdorazowo należeć wyłącznie do kobiety, jeżeli jest ona pełnoletnia (...). Lekarz powinien odbyć rozmowę, przekazać informacje, ewentualnie skierować do innego lekarza, który wyda opinię. Ostatecznie decyzję podejmuje pacjentka”.

WARUNKOWE „TAK” DLA DECYZYJNOŚCI KOBIET

Chociaż lekarze generalnie wyrażali przekonanie, że decyzja o przerwaniu ciąży powinna należeć do kobiety, wielu z nich zastrzegало kluczową rolę lekarzy w procesie decyzyjnym. „Gdy pacjentka chce zrobić coś innego, niż pokazują wskazania medyczne, odsyła się ją po

drugą opinię, do innego lekarza” – mówiła jedna lekarka. Inna zaś dodawała: „Decyzja dotycząca przerywania ciąży powinna być niezależną decyzją kobiety. Powinno być to natomiast udokumentowane po spotkaniu z psychologiem. Decyzja dotycząca przerwania ciąży może się potem odbić na zdrowiu psychicznym kobiety”. Jeszcze inny lekarz stwierdził: „Generalnie to powinna być decyzja kobiety. W stu procentach. Ale wiadomo, że nie jest ona zupełnie niezależna”. Niektórzy lekarze podawali przykłady sytuacji, w których decyzja kobiet dotycząca przerywania ciąży nie powinna, ich zdaniem, być całkowicie niezależną decyzją kobiety. „Na pewno w przypadku ciąży z gwałtu, tu decyzja kobiety jest najważniejsza, podobnie w przypadku ciąży z wadami płodu – oczywiście lekarz może podać za i przeciw, natomiast to jest decyzja kobiety. W przypadku zagrożenia życia większą decyzję powinien podejmować lekarz, oczywiście w porozumieniu z kobietą. To zależy, jaka to jest różnica, natomiast zazwyczaj powinien uszanować decyzję kobiety. Nie powinien zachowywać się jak sędzia i jedyna wyrocznia. Każdy ma prawo do decydowania o swoim życiu – mimo ograniczeń polskiego prawa, kobieta w takiej sytuacji również”. Część lekarzy odpowiadając na pytanie dotyczące niezależności podejmowanej przez kobietę decyzji, wyrażało swój światopogląd i ocenę tego podstępowania. Jedna z lekarek mówiła:

„Zdecydowanie tak [decyzja dotycząca przerwania ciąży powinna być niezależną decyzją kobiety – przyp. M.G.]. I jeśli zagraża życiu i zdrowiu, jeżeli wady są letalne, czyli wiadomo, że dziecko nie ma żadnych szans na przeżycie. Natomiast jeżeli są jakieś zespoły genetyczne, gdzie przy zespole Downa jest sam zespół Downa, bez wad sercowych, wydaje mi się, że tak. Ostatecznie niech decyzje sobie podejmie matka. Ja jako człowiek bym czegoś takiego nie zrobiła. I ja uważam, że jako lekarz mogę w takiej sytuacji odmówić, bo jako lekarz mam takie prawo odmówić. Ja nigdy w życiu ciąży nie przerwałam. Nigdy. Mimo że robiłam specjalizację za czasów tak zwanych innych. Nigdy w życiu nie przerwałam do tej pory i nigdy nie przerwę. Taki jest mój światopogląd, natomiast nikogo nie potępiam. I nie potępiam kobiet, które ciążę usuwają. **Przerywanie ciąży nie jest łatwe ani dla lekarza ani dla kobiety**”.

Aborcja farmakologiczna jest przykładem, w jaki sposób funkcjonuje wśród lekarzy warunkowe poparcie dla autonomii kobiet w podejmowaniu decyzji dotyczącej przerywania ciąży. Większość lekarzy, także tych, którzy wyrażali przekonanie, że decyzja dotycząca przerywania ciąży powinna być niezależną decyzją kobiety, wyrażało pogląd, iż aborcja farmakologiczna nie powinna odbywać się bez dozoru lekarza. Większość z naszych rozmówców używała na poparcie swoich przekonań argumentów zdrowotnych, byli oni przekonani, że lekarz powinien konsultować przyjęcie takich środków. W części wypowiedzi pobrzmiewa również paternalistyczne, patriarchalne podejście do kobiet: traktowanie ich jako osób bezmyślnych i nieodpowiedzialnych oraz podejście, które stoi w sprzeczności z wyrażanym deklaracyjnie przekonaniem o autonomii i niezależności decyzji o przerwaniu ciąży. Jeden z lekarzy mówił na przykład:

„Wiem, że w Internecie są te tabletki na poronienie sprzedawane. Nie znam tych stron, nie wchodziłem na nie, ale jest tylu oszustów i sprzedają jakiś szajs. 3Kwestia jest taka: aborcja farmakologiczna bez konsultacji z lekarzem może się źle skończyć, po prostu może dojść do jakiegoś krwotoku, nie wiemy, w którym tygodniu ciąży ta kobieta jest, tu bym nie szedł tak daleko jak w Holandii czy Niemczech z jednego prostego powodu: **KOBIETY W POLSCE NIE MYŚLĄ**, w sensie takim logicznie, gdy się znajdują w takich sytuacjach, po prostu jest to odruch czasami, więc różnie to mogłoby się skończyć, najczęściej prawdopodobnie kończyłoby się to wizytą w szpitalu, lekarz na dyżurze, tak jak ja dzisiaj, musiałby dokonać łyżeczkowania celem wyjęcia resztek po poronieniu”.

Sprzeciw wobec niezależności decyzji kobiet wyraziło kilkunastu z naszych rozmówców i rozmówczyń. Dla części z nich argumentem przeciwko był fakt współodpowiedzialności mężczyzny za ciążę, dla innych zaś kwestie światopoglądowe: dotyczyły one zarówno poglądów na kwestie ontologiczne, jak i poglądów na temat kobiet i ich praw w ogóle. Jeden z naszych rozmówców powiedział: „Kobieta sama nie może decydować, bo samo się dziecko nie poczęło. Jest jeszcze przecież ojciec tego dziecka. Jest rodzina. Ale u nas jest brak wsparcia

dla kobiety. Psychicznego. Przychodzą kobiety, które podejmują decyzje, bo są w tragicznej sytuacji, czy z gwałtu, czy nie tylko, wiadomo, są różne sytuacje. Ale ona później nie ma wsparcia. Jest coś takiego jak **syndrom poaborcyjny kobiet. W okresie przekwitania on jest wtedy bardzo silny**". Zdaniem innego uczestnika badań obowiązkiem lekarza jest dostarczyć pacjentce „kompletnej informacji na temat konsekwencji, po rzetelnej informacji ostateczna decyzja należy do kobiety, a właściwie do pary”, bo, jak stwierdził nasz rozmówca „nie jest tak, jak mówią **feminazistki**”, ponieważ „ciąża to sprawa dwojga ludzi, nie tylko kobiety.” Badany opisał kilka sytuacji, w których „jedno z rodziców było zdecydowane na aborcję, a drugie się wahało”. Wspomniane historie nie mają wspólnego scenariusza (czasem wahała się kobieta, innym razem partner; czasem kończyło się terminacją ciąży, w większości przypadków jednak zaniechano zabiegu przerwania ciąży, co zdaniem badanego jest wiodącą tendencją, bo „tylko jedna na dziesięć rozważających aborcję naprawdę tego chce”). Inny lekarz stwierdził bez ogródek, że „kobiety powinny słuchać lekarza, [on – przyp. M.G.] wie lepiej, one nie”. **„Kobiety”** zdaniem tego lekarza **„ulegają wpływom, same nie wiedzą, co mają robić”**.

Niektórzy z naszych rozmówców powoływali się w swoich wypowiedziach na prawa płodu. Jeden z lekarzy mówił: „[Decyzja dotycząca przerwania ciąży – przyp. M.G.] nie powinna należeć do kobiety, kobieta bardzo często przerywa ciążę bez wsparcia otoczenia, **decyzja jest podjęta przeciw dziecku**, które jest w niej. Jeśli wada może być leczona, to [ja] nie wydaję zgody [na przerwanie ciąży]. [Kobieta] nie powinna [przerywać ciąży – wszystkie uzupełnienia M.G.]. Każde poronienie może spowodować konsekwencje dla życia kobiety”. Inna lekarka argumentowała: „Jeśli mówimy o życiu (o wyborze życia) dziecka lub kobiety – **porównanie jest takie, czy powinna się zastrzelić dziś czy jutro**. To są bardzo silne emocje, mogą się zmienić. Konsultowałam kobietę, która przeprowadziła przerwanie ciąży z powodu wady dziecka, która miała bardzo silny **zespół postaborcyjny**. Chciałaby odwrócić czas, ma sny, że odmawia aborcji”. Jeszcze inny lekarz mówił wprost: „Najgorsze! [jest samodzielne podejmowanie decyzji przez kobietę – przyp. M.G.]. Gdy każda robi, co chce. A konsekwencje fatalne: rak piersi, niepłodność, to duża dawka toksyczna; najgorsze są te pigułki EllaOne, co były bez recepty”.

Lekarze praktykujący za granicą dużo bardziej zdecydowanie opowiadali się za bezwarunkową decyzyjnością kobiet w kwestii przerwania ciąży. Lekarz pracujący w Niemczech mówił: „Niewłaściwe jest ocenianie tych decyzji, bo przecież nie znamy tych kobiet. Oczywiście, jeśli to są stałe pacjentki i lekarz widzi, że taka się waha, to może powiedzieć jej, żeby poczekała, na spokojnie podjęła jeszcze decyzję, przemyślała ją. Ale jeśli pacjentka przychodzi zdecydowana, to nie należy kwestionować jej decyzji”. Odnosząc się do kontekstu praktykowania tego zawodu w Polsce i tutejszych realiów, dodał: „Zarówno w przypadku, gdy istnieje przesłanka do legalnej aborcji w Polsce, jak i w przypadku jej braku należy wskazać kobiecie, gdzie może znaleźć pomoc, skoro samemu nie można jej udzielić”. Lekarka praktykująca w Wielkiej Brytanii argumentowała: „Zawsze kobieta powinna decydować, tak samo jak nie może inna osoba decydować np. o mojej złamanej ręce (...) Jeśli kobieta chce przerwać ciążę, to co ja mam zrobić, jeśli ta ciąża może jej na przykład przerwać karierę”. Lekarze praktykujący za granicą podkreślali również, że nie dotyczą ich „dylematy” związane z zastosowaniem „klauzuli sumienia” w przypadkach przerywania ciąży. Wypowiadając się na temat przekonań lekarzy, respondentka pracująca w Wielkiej Brytanii mówiła: „Moje przekonania nie mają nic do rzeczy. Mam umowę i tam jest określone, co mam robić. Jestem młodszym lekarzem, cały czas się uczę. Na stronie szpitala jest informacja, jakie zabiegi są w nim wykonywane, pacjentka może zadzwonić i zapytać”. Lekarka praktykująca w Niemczech zaś stwierdziła: „Nie wydaje mi się, żeby temat przerywania ciąży mnie w jakikolwiek sposób dotyczył. W Niemczech moim zdaniem nie jest to temat do dyskusji, nie zauważyłam (...) Lekarz informuje pacjentkę, a ona podejmuje decyzję. Pacjentka jak tu trafia, to już wie, czego chce. Nie dotyczy mnie sytuacja przekonywania pacjentki do przerywania, czy też utrzymania ciąży. Ja już wykonuję to, co jest zadecydowane (...). Jestem na końcu decyzji kobiety”.

NIEOGRANICZONE PRAWO KOBIETY DO PRZERYWANIA CIĄŻY?

Warunkowe „tak” dla przekonania, że decyzja dotycząca przerywania ciąży powinna być niezależna i leżeć w gestii kobiety, można wysnuć

na podstawie odpowiedzi lekarzy na pytanie w sposób bezpośredni odnoszący się do prawa kobiet do decydowania o swojej płodności: „W jakim stopniu zgadza się Pan/Pani ze stwierdzeniem, że kobieta ma nieograniczone prawo podejmowania decyzji dotyczącej przerwania ciąży?”. Większość lekarzy zgodziła się ze stanowiskiem, w świetle którego prawo kobiety do przerwania ciąży jest lub powinno być w jakimś stopniu ograniczone. Uczestnicy badania nie zgadzali się z twierdzeniem, że kobieta ma nieograniczone prawo do podejmowania decyzji dotyczącej przerwania ciąży, powołując się między innymi na istniejące rozstrzygnięcia legislacyjne („prawo ma takie, jakie jest prawo”), współodpowiedzialność obojga rodziców („do tanga trzeba dwojga, ojciec też ma prawa”) oraz rozmaite okoliczności, w jakich podejmowana jest decyzja o przerwaniu ciąży („to zawsze zależy, jakie są powody”). Niektórzy lekarze wyrażali wprost całkowitą niezgodę na nieograniczone prawo kobiety do przerwania ciąży. Jeden z naszych rozmówców wyznał: „Ja się z tym nie zgadzam [że kobieta powinna mieć nieograniczone prawo podjęcia decyzji na temat przerwania ciąży – przyp. M.G.]. Ja nie bardzo rozumiem pojęcia takiego [braku ograniczeń – przyp. M.G.]. Ja jestem człowiekiem i ja nie bardzo rozumiem ich w dyskusjach telewizyjnych, że do dwudziestu iluś [tygodni – przyp. M.G.] to jest płód, a dopiero jak się rodzi, to jest człowiek. A dla mnie, czy jak się zabije ciążę dwunastotygodniową czy ciążę dwudziestosześcioletnią, to jest takie samo morderstwo jak zabicie człowieka żywego”. Inny zaś argumentował: „Nie zgadzam się. Nie powinno być tak, żeby kobieta miała nieograniczone prawo do aborcji – wtedy traktuje lekarza zadaniowo, a nie taka jest rola lekarza, jak ją widzę. Lekarz ma leczyć, a nie wykonywać nieleczące procedury”. Jeszcze inny zaś mówił: „Nie, nie ma prawa. Kto to słyszał o to prosić? Dziecka się nie zabija. Trzeba przekonywać, potem kobiety dziękują”.

Część lekarzy wyrażała przekonanie, że kobieta powinna mieć nieograniczone prawo do przerwania ciąży, wskazując jednocześnie, że jest to sytuacja idealna, trudna lub niemożliwa do zrealizowania w praktyce. Jeden z lekarzy mówił: „Tak powinno być, ale nie jest. Kobiety stojące przed taką decyzją są często poddawane presji – społecznej, rodzinnej, religijnej”. Oceniali tę presję negatywnie, ale uważali, że „nie da się wyjąć przypadku z kontekstu, a pacjentki z jej

otoczenia, które determinuje”. Jedna z lekarek dodawała: „Chciałabym w stu procentach [zgodzić się ze stwierdzeniem, że kobieta ma nieograniczone prawo podejmowania decyzji dotyczącej przerwania ciąży – przyp. M.G.], ale wiemy, że tak nie jest. Tu ma wpływ wiele czynników: prawo, religia, naciski partnera itp. Ja uważam, że trzeba dać kobiecie przestrzeń do niezależnej decyzji. Często tego nie ma, a powinno być”.

IV. WNIOSKI I REKOMENDACJE: STRATEGIE ZWIĘKSZANIA AKTYWNOŚCI LEKARZY W DEBACIE DOTYCZĄCEJ PRZERYWANIA CIĄŻY

Z badań przeprowadzonych przez Fundację na rzecz Równości i Emancypacji STER wyłania się **obraz lekarzy jako z grupy** z jednej strony **bardzo silnie zróżnicowanej** w poglądach i postawach dotyczących przerwania ciąży, z drugiej zaś **postępującej** w dużej mierze **konformistycznie i zachowawczo**. Lekarze, z którymi rozmawialiśmy, podkreślali – i w swoich wypowiedziach dawali temu wyraz – że nie istnieje jednorodna postawa środowiska lekarskiego wobec przepisów dotyczących przerwania ciąży, a także zunifikowana opinia na temat tego, jak powinni zachowywać się lekarze w debacie publicznej. Jednocześnie lekarze przyznawali wielokrotnie, że **w praktyce przystosowują się** do dominujących w ich środowisku zawodowym reguł postępowania, ulegają presji innych lekarzy oraz przedstawicieli pozostałych grup społecznych i interesu, w tym Kościoła katolickiego. Kierują się ponadto interesami tak własnej grupy zawodowej, jak i jednostkowymi. Drugim ważnym wnioskiem wyłaniającym się z przeprowadzonych badań jest więc **rozdźwięk pomiędzy deklaracjami na temat zawodu lekarskiego**, dotyczącymi jego rangi społecznej i podmiotowości pacjentów, **a praktyką**, której podstawą jest **maksymalizacja indywidualnych korzyści** (zawodowych, materialnych, społecznych) oraz **przedmiotowe traktowanie pacjentek** (wyrażane w poglądach dotyczących autonomii i decyzyjności kobiet).

Przedstawione powyżej wyniki badań z lekarzami i lekarkami w Polsce stały się punktem wyjścia do dyskusji na temat strategii zwiększania aktywności lekarzy w polskiej debacie dotyczącej

przerywania ciąży. W debacie tej wzięły udział studentki i studenci medycyny oraz stażystki i stażyści, przedstawicielki organizacji pozarządowych i grup społecznych działających na rzecz praw kobiet oraz praktykujący lekarze. Dyskusja odbyła się w formie dwóch grup fokusowych, ze studentkami/studentami i stażystkami/stażystami medycyny (osiem osób) oraz przedstawicielami i przedstawicielkami organizacji pozarządowych (dziewięć osób), jak też poprzez spotkania z lekarzami (dwie osoby). Na pytanie o to, w jaki sposób można zmienić postawy lekarzy, jedna z uczestniczek spotkania ze stażystkami/stażystami i studentkami/studentami odpowiedziała: „Może jesteśmy na progu takiego momentu, kiedy opowiedzenie się po stronie pro-kobiecej, ze względu na wyższą świadomość kobiet, będzie oznaczało więcej pacjentek, które zdecydują się na takiego właśnie lekarza. Pacjentki konserwatywne będą chodzić do lekarzy konserwatywnych, pacjentki liberalne szukają takich lekarzy”.

We wszystkich grupach pojawiły się propozycje wyznaczenia najważniejszych obszarów, w ramach których powinna odbywać się praca z lekarzami na rzecz zmiany ich postaw i stopnia zaangażowania po stronie liberalizacji prawa dotyczącego przerywania ciąży. Po pierwsze, wskazano na **pozytywne wzmocnienie** lekarzy kierujących się podmiotowością pacjentek i popierających liberalizację prawa do przerywania ciąży, poprzez wsparcie ze strony pacjentek oraz tworzenie alternatywnych struktur organizacyjnych lekarzy. Po drugie, **zmiana postaw lekarzy poprzez edukację na poziomie studiów medycznych oraz edukację lekarzy wykonujących zawód**. Po trzecie, powiedziano o konieczności przestrzegania obowiązującego prawa dotyczącego przerywania ciąży, a w przyszłości jego zmiany. Po czwarte, uczestniczki i uczestnicy grup fokusowych mówili o potrzebie **współpracy pomiędzy środowiskami lekarskimi i organizacjami pozarządowymi oraz ruchami społecznymi opowiadającymi się za zmianą obowiązującego prawa do przerywania ciąży**. Po piąte wreszcie, wszystkie grupy wskazywały również na **kluczową rolę mediów** oraz polityków w procesie kształtowania postaw lekarzy i wzmocnienia lekarzy popierających liberalizację prawa do przerywania ciąży w Polsce.

1. POZYTYWNE WZMOCNIENIE LEKARZY

Zdaniem lekarzy oraz przedstawicielek organizacji kobiecych informowanie o **dobrych praktykach lekarskich**, wzmacnianie przez pacjentki i ruch kobiecy tych lekarzy, którzy kierują się w swojej praktyce dobrem, zdrowiem pacjentki i przekonaniem o jej autonomii, jest jedną z najważniejszych dróg zdobycia wśród lekarzy szerszego poparcia dla praw reprodukcyjnych. „[Ważne jest – przyp. M.G.] wspieranie lekarzy na różnych poziomach i różnych specjalności – skupienie na przestrzeganiu praw pacjenta” – mówiła jedna z uczestniczek spotkania z organizacjami pozarządowymi i grupami społecznymi. Wśród możliwości realizacji takiej strategii działaczki kobiece wymieniły: stworzenie listy polecanych lekarzy, współpraca z lekarzami na poziomie lokalnym, edukowanie pacjentek na temat ich praw, presja ze strony pacjentek. Ważnym aspektem pozytywnego wzmocnienia lekarzy jest także **zwiększenie świadomości kobiet na temat ich praw**. Jedna z uczestniczek spotkania z działaczkami kobiecymi mówiła: „Ja myślę, że to, co można robić, to uczyć kobiety praw pacjentki, uczyć kobiety, jak realizować swoje prawa, jak się domagać ich u lekarza. Ja sama zrobiłam eksperyment z lekarzem i okazuje się, że można. Zapytałam, czy zmienił ręcznik (...). Zaczniemy od edukacji kobiet (...) oni [lekarze – przyp. M.G.] muszą pojąć, że to jest usługa, a nie że oni są bogami”. Do takich propozycji jeden z lekarzy dodał możliwość stworzenia medialnej akcji informacyjnej przypominającej akcję *Rodzić po Ludzku*, propagującej wiedzę na temat lekarzy ginekologów kierujących się dobrem pacjentek i ich autonomią.

Innym ważnym aspektem pozytywnego wzmocnienia lekarzy była propozycja **organizowania się lekarzy o poglądach liberalnych** i współpraca z organizacjami społecznymi i ruchami kobiecymi, o której piszę poniżej. Zarówno studentki/studenci i stażystki/stażystki, jak i praktykujący lekarze wskazywali na konieczność stworzenia alternatywy dla istniejących organizacji lekarskich. Studentki/studenci i stażystki/stażystki mówili między innymi: „Nie ma ruchu lekarzy pro-choice, w którym brałyby udział autorytety – tak, jak jest w innych krajach”, „Obecnie jest koniunkturalizm – jaka władza, takie poglądy dyrektora kliniki” oraz „To są struktury skostniałe, konserwatywne, hierarchiczne”. Zdaniem praktykujących lekarzy miejscem

takiej zmiany mogą być istniejące towarzystwa naukowe, w tym Polskie Towarzystwo Ginekologiczne.

Na potrzebę konsolidacji środowiska lekarskiego, poprzez **współpracę z organizacjami kobiecymi i grupami społecznymi**, wskazywały również działaczki kobiece. Jedna z nich mówiła: „Powinnyśmy zająć się edukacją środowisk lekarskich, bo oni nie mają wiedzy na temat zabiegu aborcji i prawa. Poza tym dobrze byłoby skonsolidować działania środowisk kobiecych i lekarskich w zakresie dawania świadectw na temat aborcji. To mogłoby skonsolidować lekarzy, którzy szanują pacjentki, stanowić przeciwwagę dla tej strony konserwatywnej”. Zastanawiając się nad praktycznymi sposobami realizacji zdefiniowanych wyżej strategii, uczestniczki spotkania mówiły między innymi o **konferencji, której celem byłoby skonsolidowanie środowisk lekarskich opowiadających się za liberalizacją prawa do przerywania ciąży**. Jedna z uczestniczek badania mówiła: „Wydaje mi się, że sama próba połączenia lekarzy na konferencji, **gdzie mogłaby zostać podpisana deklaracja**, to jest możliwość, wydaje mi się, że takich lekarzy w całym kraju byłoby trochę. Można byłoby zobaczyć lekarzy z innych krajów, którzy już przez to przechodzili. Tak, żeby oni zobaczyli, że nie są sami, że mogą liczyć na wsparcie”. Dużą wagę działaczki przykładały do **wzmacniania lekarskich autorytetów**, takich przedstawicieli zawodu, którzy mogliby stanowić przykład dla innych lekarzy. Jedna z uczestniczek badania mówiła: „Wśród lekarzy brakuje wzorca, lidera tego ruchu, bo nie sędzę, że my jako aktywistki dotarłybyśmy do nich. Jak sobie przypominę szkolenia [które prowadziłyśmy – przyp. M.G.] dla prokuratorów, to lekarze [też] są taką grupą, która wie lepiej”.

2. ZMIANA POSTAW LEKARZY: DZIAŁANIA EDUKACYJNE WŚRÓD LEKARZY

Działania edukacyjne wśród lekarzy, zarówno początkujących, jak i doświadczonych, to druga ważna strategia proponowana przez naszych rozmówców. „Trzeba stawiać na młodych!” – podkreślał podczas spotkania praktykujący lekarz. Na potrzebę działań edukacyjnych wskazywali przede wszystkim studentki/ studenci medycyny

i stażystki/ stażyści. Jedna z uczestniczek spotkania mówiła: „Ciężko jest na studiach i na uczelniach. Po pierwsze, trzeba by przeciwdziałać wypaleniu, z którym większość ludzi kończy studia. Na VI roku mamy ginekologię i położnictwo i my przychodzimy odpajkować te zajęcia”. Inna osoba mówiła: „[Potrzebna jest – przyp. M.G.] większa edukacja prawna lekarzy. Teraz lekarze wzywają policję do pacjentki, która sama zażyła środki poronne – kiedy nie ma konieczności pociągania do odpowiedzialności takiej pacjentki i angażowanie policji nie ma sensu”. Studentki/ studenci i stażystki/ stażyści wskazywali przede wszystkim na potrzebę organizowania większej liczby **warsztatów z prawa dotyczącego kwestii reprodukcyjnych** podczas studiów, proponując, aby zajęcia takie prowadzone były przez prawników reprezentujących organizacje pozarządowe i instytucje państwowe. Studenci podawali między innymi propozycję warsztatów organizowanych przez Kampanię Przeciw Homofobii oraz zajęć prowadzonych przez przedstawicieli Biura Rzecznika Praw Obywatelskich. „Temat powinien być przedstawiony wśród studentów, na chłodno, rzeczowo, o tym w ogóle się nie mówi. Powinniśmy mieć do tego dostęp i móc się wypowiedzieć. Są osoby, które kończą studia i nic nie wiedzą na ten temat” – stwierdziła jedna z uczestniczek spotkania ze studentkami/ studentami medycyny i stażystkami/ stażystami. „[Ciekawe byłyby zajęcia omawiające – przyp. M.G.] różne aspekty prawa w praktyce i z perspektywy pracy lekarzy. Taka wiedza powinna być przekazywana w trakcie studiów. Powinno być więcej wiedzy na temat prawa, orzecznictwa, interpretacji przepisów – to [brak takiej wiedzy – przyp. M.G.] utrudnia wypowiedzanie się na ten temat” – mówiła inna uczestniczka spotkania.

Niektóre z działaczek kobiecych opowiedziały się za działaniami edukacyjnymi wśród lekarzy, które skoncentrowane byłyby na **przestrzeganiu obecnie obowiązującego prawa**. „[Ważna jest – przyp. M.G.] kwestia samego zebrania lekarzy wobec czegoś, może udałoby się lekarzy zebrać wokół [inicjatywy zachęcającej do – przyp. M.G.] przestrzegania obowiązującego prawa, czyli zacząć od tego, że obecnie obowiązujące prawo nie jest przestrzegane. I lekarze i inni ludzie nie do końca wiedzą, co mogą powiedzieć, żeby nie zostać oskarżonymi o różne rzeczy, więc to jest ważne, żeby ich o tym informować. I w temacie douczania lekarzy, ważne jest to, żeby pracować ze

studentami, a nie lekarzami. Na pewno są osoby, które chcą się dowiadywać, więc i chciałyby brać udział w różnych wydarzeniach” – mówiła jedna z naszych rozmówczyń. Działaczki organizacji społecznych podkreślały także konieczność **edukacji wśród już praktykujących lekarzy**. Jedna z nich mówiła: „Możemy edukować dojrzałych [lekarzy – przyp. M.G.], bo oni też nie mieli edukacji w szkołach. Co do edukacji lekarzy, to jest to tak samo trudne jak edukowanie policjantów i sędziów, bo oni wiedzą lepiej. (...) Przede wszystkim [ważne jest – przyp. M.G.] podkreślanie tego, że ich milczenie jest głosem na rzecz tamtej strony, mówienie o tym, że im się wydaje, że zachowują neutralność”.

Celem działań edukacyjnych ma być **zmiana postaw lekarzy**: nastawienie na prawa i podmiotowość pacjentek. Niekoncentrowanie się lekarzy na zdrowiu i dobrostanie pacjentek było, zdaniem wielu uczestniczek spotkania z działaczkami kobiecymi, kluczową kwestią powiązaną z brakiem zainteresowania lekarzy udziałem w debacie na temat przerywania ciąży. Jedna z kobiet mówiła: „Osobiście uważam, że podmiotowy stosunek do kobiet jest kluczowy, jeśli będą traktować [je – przyp. M.G.] tak jak dotychczas, to nic się nie zmieni. Jest wielki nacisk, wręcz szantaż lekarzy, że oni nic nie zrobią. Oni na pewno się nie zaangażują dlatego, że organizacje kobiece tego chcą, bo co dostaną w zamian?”. Inna zaś argumentowała: „Na pewno część powodów to jest koniunkturalność, ale z drugiej strony są inne powody, a więc potworna bierność. Kładłabym nacisk, żeby oni [lekarze – przyp. M.G.] zaczęli sobie uwewnętrzniać prawa kobiet. (...) Nie da się ukryć, że gdy zaczniemy o tym mówić, to zaczną się debaty o tym, czym jest aborcja, która jest jednak procesem przerywania ciąży (...) byłoby świetnie, gdyby pamiętali, że podmiotem tej procedury, tego zabiegu jest kobieta”. Z takimi propozycjami zgodzili się także praktykujący lekarze, którzy zwracali uwagę na konieczność „skupienia się na młodych lekarzach i studentach” jako jedynej grupie nieskażonej konformizmem i biernością właściwej, w ich ocenie, starszym pokoleniom medyków. Praktykujący lekarze zwracali również uwagę na kluczową rolę pacjentek w edukowaniu lekarzy na temat potrzeb i praw. „Ostatecznie chodzi tutaj właśnie o ich prawa i ich zdrowie” – podkreślał jeden z uczestników spotkania.

3. ZMIANY PRAWNE I PRZESTRZEGANIE OBOWIĄZUJĄCEGO PRAWA

Zarówno studentki/ studenci, stażystki/ stażyści, jak i lekarze i działaczki organizacji pozarządowych podkreślali, że zmiany prawne oraz przestrzeganie obowiązującego prawa są kluczowe dla zmiany podstaw lekarzy. Zarówno działaczki organizacji pozarządowych i grup kobiecych, jak studentki/ studenci i stażystki/ stażyści podkreślali, że zmiana sytuacji politycznej może okazać się „warunkiem koniecznym” zmiany działań i postaw lekarzy. Jedna ze studentek medycyny mówiła: „Zmiana władzy politycznej [jest kluczowa – przyp. M.G]. Polityka ma wpływ na postawy mediów. Przykład Ministra Zdrowia, który mówi rzeczy niezgodne z wiedzą lekarską, cyniczne, intencjonalne kłamstwa”. „Jeśli władza byłaby bardziej liberalna, uważam, że liberalnym lekarzom byłoby łatwiej wypowiadać się publicznie” – dodawała inna studentka. Podobnego zdania była jej koleżanka, która argumentowała: „Jeśli lekarz zgodnie z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego nie musi kierować pacjentki do innego lekarza, samemu odmawiając usługi i powołując się na klauzulę sumienia, to należy zapewnić, że taką informację przekazuje pacjentce ktoś inny, np. płatnik publiczny (który powinien wskazać, gdzie i od kogo może otrzymać dane świadczenie)”. Zdaniem studentek/ studentów i stażystek/ stażystów konieczne jest doprecyzowanie obowiązującego prawa: „Powinno się jasno doprecyzować, co to jest klauzula sumienia. Należy karać za łamanie praw pacjentki, np. w przypadku okłamania jej w sprawie stanu zdrowia płodu”. Studentki/ studenci i stażystki/ stażyści mówili także między innymi: „Konieczny jest ustawowy zakaz klauzuli sumienia, gdy procedura jest legalna i płacona przez płatnika publicznego” oraz „Państwo musi stanąć po stronie lekarzy, którzy wykonują legalne procedury, które są umieszczone w koszyku świadczeń. Państwo musi sprawić, że pikiety organizowane przed szpitalami będą nielegalne oraz dać lekarzom większe możliwości domagania się swoich praw, kiedy ktoś zostanie nazwany mordercą dzieci”.

Oceniając krytycznie możliwość oddolnego zaangażowania się lekarzy na rzecz zmiany prawa do przerywania ciąży w Polsce, także niektóre uczestniczki spotkania z przedstawicielkami organizacji pozarządowych i grup kobiecych, argumentowały, że lepszą strategią jest

praca na rzecz odgórnego politycznego ruchu na rzecz zmiany obowiązującej ustawy. Jedna z uczestniczek spotkania mówiła: „Jak sobie myślę, jak daleko jesteśmy do tego, do czego dążymy, to łatwiejsza wydaje się zmiana prawa i ekipy rządzącej, bo wtedy lekarze się przystosują. Edukowanie pacjentek i lekarzy w jeden rok jest niemożliwe”. Inna zaś dodawała: „Ja na chwilę wrócę do polityki. My bardzo chcemy współpracować z lekarzami, ale pomyślmy o tym, że mamy ustawę. I co, mamy się pytać lekarzy, czy oni są za dostępem do aborcji? Ta ustawa, prawo tu jest ważne. (...) Jedynym rozwiązaniem moim zdaniem jest legalizacja, wszystkimi możliwymi metodami: świadectwa, *coming out* oraz używanie naszego prawa wyborczego”. Jeszcze inna kobieta mówiła: „Niezbędna jest zmiana ustawy, nie wiem, czy i kiedy uda się to zrobić, chodzi o to, by uświadamiać kobietom wagę ich głosu wyborczego, aby miały poczucie, że ich prawa reprodukcyjne powinny być kwestią, na podstawie której podejmuje się decyzje wyborcze”.

4. WSPÓŁPRACA Z ORGANIZACJAMI KOBIECYMI I ZWIĘKSZENIE ŚWIADOMOŚCI KOBIEC

Jak pisałam wcześniej, współpraca pomiędzy lekarzami a organizacjami i grupami kobiecymi była jednym z ważnych czynników, który – zdaniem studentek/ studentów i stażystek/ stażystów medycyny, przedstawicielek organizacji pozarządowych i grup społecznych oraz samych lekarzy – mogłaby wpłynąć na zwiększenie zaangażowania lekarzy w debatę publiczną dotyczącą przerywania ciąży. Rozwijanie współpracy pomiędzy lekarzami a pacjentkami i ruchami kobiecymi stanowiło ważny wymiar strategii zarysowywanych przez działaczki społeczne. Jedna z nich mówiła: „Myślę o tym, jak wesprzeć lekarzy, ale może wykorzystać szeroki ruch, koalicję na rzecz wyboru. Przecież my nie musimy wskazywać na zaniechania i złe zachowanie lekarzy. Może przekierować przekaz na tych lekarzy, którzy działają inaczej, możemy instrumentalnie potraktować prawo, które jest, ale możemy skierować do lekarzy pozytywny apel, pokazać im wsparcie – jako przełamanie lodów, może ktoś się zgłosi, niekoniecznie ginekologdy, ale osoby ze środowiska medycznego. Myślę, że główną barierą

jest sytuacja polityczna, idealna byłaby sytuacja, gdy aborcja jest kwestią medyczną, ale to jest za daleko w przeszłość, nie da się do tego dojść. Musimy stawiać opór”.

Działaczki spoza Warszawy podkreślały **konieczność budowania sojuszy** pomiędzy organizacjami społecznymi a środowiskiem lekarskim, **na poziomie lokalnym**, poprzez **konkretne działania**. Przedstawicielka organizacji z mniejszego miasta w swojej wypowiedzi położyła nacisk na budowanie współpracy pomiędzy organizacjami społecznymi a lekarzami, niejako poza środowiskiem lekarskim. Mówiła ona: „W skali mikro, myślę, że widzę, co się wydarza, kiedy lekarz zaczyna współpracować. Najpierw musi się zgodzić na tę współpracę, potem ujawnić swoje nazwisko. To jest takie budowanie wspólnoty i działania ponad środowiskiem lekarskim. Buduje się tu intencjonalność i powoduje, że lekarze widzą to [swoje zaangażowanie – przyp. M.G.] jako część wspólnego zaangażowania. Myślę, że ci lekarze byliby bardziej skłonni wypowiedzieć się na przykład mediach”. Inna kobieta, z miasta średniej wielkości, mówiła: „Wydaje mi się, że ważne jest to, żeby pewne akcje były lokalne, a potem się tworzy łańcuch. Pamiętam Towarzystwo Rozwoju Rodziny miało taką akcję: Ginekolog diabeł wcielony, tam przychodziły kobiety, młode osoby, które miały okazję zadać pytanie, dowiedzieć się, i to powodowało, że ci lekarze zmienili postawy”.

Wagę współpracy pomiędzy lekarzami a organizacjami pozarządowymi potwierdzały także stażystki/ stażyści i studentki/ studenci medycyny. Jedna z uczestniczek spotkania powiedziała: „Lekarze nie wiedzą, że są takie organizacje jak PTPA [Polskie Towarzystwo Prawa Antydyskryminacyjnego] i HFPC [Helsińska Fundacja Praw Człowieka – oba uzupełnienia M.G.], które mogą udzielać pomocy prawnej lekarzom. To [brak świadomości prawnej – przyp. M.G.] wpływa negatywnie na ich zaangażowanie”. Niektóre studentki/ studenci i stażystki/ stażyści ostrożnie jednak podeszli do możliwości budowania sojuszu pomiędzy ruchami kobiecymi a lekarzami. Jeden ze stażystów mówił: „Trudne jest demonstrowanie na czarno przez lekarzy w pracy – to może powodować negatywny odbiór pacjentek. To jest delikatna sprawa”. Inna osoba mówiła: „Czasem jest mało miejsca na wystąpienia lekarzy podczas demonstracji. Ale myślę, że gdyby ktoś został zaproszony, to by przyszedł”.

5. MEDIA

Zdaniem działaczek organizacji społecznych oraz lekarzy ważną rolę w aktywizacji środowiska lekarskiego mogą odegrać media, między innymi poprzez pokazywanie tego, czym jest aborcja z perspektywy zarówno kobiety, jak i lekarza. Jedna z uczestniczek spotkania z działaczkami organizacji społecznych i ruchów kobiecych mówiła: „Chodziłoby o to, żeby powiedzieć o tym, czym jest aborcja, jak to wygląda. Oczywiście jest to kwestia odwagi cywilnej, strachu o stanowiska i etaty, ale z drugiej strony nie ma kogoś, kto by ich [lekarzy – przyp. M.G.] pytał i drukował w dużych nakładach. Ja wcale nie widzę, żeby media głównego nurtu były tym zainteresowane (...). Ale im też powinno na tym zależeć, »Gazecie Wyborczej« czy TVN-owi. Głos ekspercki się mało sprawdza, bo jest kontrowersyjny, nie jest medialny. Musi być jakieś medium, które ten głos przekaże dalej. Lekarzy liberalnych jest dużo, przydałby się jakiś artykuł prezentujący takie poglądy w gazecie lekarskiej”.

Aborcja w Hiszpanii

CLAUDIA SNOCHOWSKA-GONZALEZ

WPROWADZENIE

Przygotowana przez rząd Partii Socjalistycznej (PSOE) i obowiązująca od 2010 roku w Hiszpanii ustawa o zdrowiu seksualnym i reprodukcyjnym i o przerywaniu ciąży należy do dość liberalnych. Dopuszcza aborcję do czternastego tygodnia ciąży na żądanie kobiety i przewiduje szereg rozwiązań, które mają wspierać kobiety w realizacji seksualności i w macierzyństwie: edukację seksualną w ramach oświaty publicznej, dostępność antykoncepcji, pomoc dla kobiet w ciąży i porożu oraz opiekę prenatalną. Podmiotem wymienianym przez ustawę jest kobieta – to jej przyznaje się rozmaite prawa i to ona podejmuje decyzje w sprawie swojego życia. Tym samym ustawa stanowi realizację hasła głoszonego przez ruch feministyczny od końca lat siedemdziesiątych XX wieku: „Edukacja seksualna, żeby móc decydować; środki antykoncepcyjne, żeby nie potrzebować aborcji; aborcja, żeby nie umierać”¹.

Choć realizacja poszczególnych zapisów ustawy napotyka przeszkody, zwłaszcza od czasu, gdy władzę w Hiszpanii przejęła prawicowa

1 R. Cobo, B. Nogueiras, *Teoría y acción política feminista en España en torno al aborto*, w: *La reforma del aborto en España: perspectivas de un debate (re) emergente*, red. M. León Alonso, M. Candelaria Sgró Ruata, *Católicas por el Derecho a Decidir*, Córdoba 2014, s. 347.

Partia Ludowa (PP)², zdecydowana większość społeczeństwa popiera jej zapisy, a także prawo kobiet do decydowania o swoim ciele oraz do integralności cielesnej i moralnej. Tym samym Hiszpania staje się przykładem kraju, któremu udało się w dużej mierze wyzwolić od ciężaru tradycji: narodowego katolicyzmu z jego opresyjną obyczajowością, autorytarnej dyktatury i odwiecznego podporządkowania kobiet.

RYS HISTORYCZNY: USTAWODAWSTWO DOTYCZĄCE ABORCJI W HISPANII

Aż do 1985 roku nie było w Hiszpanii ustawodawstwa dotyczącego aborcji. Jedynym wyjątkiem była Katalonia w czasie hiszpańskiej wojny domowej – na mocy dekretu kobiety mogły przerywać ciążę, jeśli była ona niechciana, jeśli zagrożone było zdrowie kobiety lub jeśli płód był uszkodzony (dekret został zniesiony wraz z końcem Republiki). Jednakże kodeksy karne przewidywały karę za usunięcie ciąży (i dla kobiety, i dla lekarza). Na przykład kodeks karny z 1822 roku (*El Código Penal Español de 1822*) przewidywał karę dla lekarza do dwunastu lat więzienia, zaś dla kobiety do ośmiu lat pozbawienia wolności. Kodeks karny z roku 1944, zaktualizowany w 1973 roku (*El Código Penal Español de 1944, refundido en 1973*), zakazywał aborcji we wszystkich okolicznościach, natomiast karę można było złagodzić tylko wtedy, gdy aborcja (a także dzieciobójstwo!) była motywowana chęcią uniknięcia pohańbienia z powodu urodzenia nieślubnego dziecka. Kodeks ten zakazywał również środków antykoncepcyjnych³.

Ruch feministyczny w Hiszpanii dążył do dekryminalizacji aborcji już od lat siedemdziesiątych XX wieku, jednak w demokratycznej konstytucji przygotowywanej w latach 1977-1978 nie umieszczono żadnych zapisów dotyczących przerywania ciąży, by nie pogłębiać

-
- 2 *Situación actual de la nueva ley de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria de embarazo en el Estado Español, tras año y medio de aplicación*, Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas, 2011. Artykuł dostępny pod adresem: <http://www.feministas.org/situacion-actual-de-la-nueva-ley.html> (data dostępu: 1 czerwca 2017).
 - 3 B. J. Stefańska, *Warunki przerywania ciąży w Hiszpanii*, w: „Przegląd Sądowy”, 2011, nr 3, s. 3105.

sporów między lewicą a prawicą⁴. W 1981 roku opinię publiczną poruszyła historia dziesięciu kobiet z Bilbao, sądzonych za usunięcie ciąży (tzw. sprawa jedenastki z Bilbao – wraz z kobietami był sądzony jeden mężczyzna; większość kobiet zdecydowała się na aborcję z powodów zdrowotnych). Budynek sądu był otoczony przez tłumy kobiet wykrzykujących słowa poparcia, a ponieważ z powodu upału okna sali sądowej były otwarte, głosy te dochodziły do oskarżonych i sądzących. Wszystkie kobiety zostały uniewinnione, zaś decyzja sądu spowodowała „zamrożenie” prowadzenia dochodzeń w tej sprawie i dała początek pracom nad ustawą dopuszczającą aborcję⁵. Prace te podjęła Partia Socjalistyczna – w 1985 roku zaczęła obowiązywać ustawa organiczna (*Ley Orgánica 9/1985*), na mocy której aborcja była legalna w trzech przypadkach:

- gdy istniało poważne ryzyko dla zdrowia fizycznego lub psychicznego kobiety (bez określenia terminu dopuszczalności przerwania ciąży);
- gdy ciąża była wynikiem gwałtu (do dwunastego tygodnia ciąży);
- gdy płód był poważnie uszkodzony fizycznie lub psychicznie (do dwudziestego drugiego tygodnia ciąży).

Aborcja musiała być przeprowadzona przez lekarza w certyfikowanym centrum medycznym. Jeśli te warunki nie były spełnione, karze podlegała zarówno kobieta, jak i lekarz.

HISZPANIA POD RZĄDAMI *LEY DE SUPUESTOS*, CZYLI DLACZEGO PRAWO MUSIAŁO ZOSTAĆ ZMIENIONE

Uchwalenie prawa z 1985 roku, zwanego *ley de supuestos* (od trzech *supuestos*, czyli warunków, gdy aborcja była legalna), było dużym krokiem w upowszechnianiu praw kobiet i praw reprodukcyjnych. W zasadniczy sposób położyło kres turystyce aborcyjnej. Szacuje się, że

4 B. Cambroner-Saiz, M. T. Ruiz Cantero, C. Vives-Cases, M. Carrasco Portiño, *Abortion in Democratic Spain: The Parliamentary Political Agenda 1979-2004*, w: „Reproductive Health Matters”, 2007, t. 15, nr 29, s. 386, dostępny pod adresem: <http://www.jstor.org/stable/25475295> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

5 Tamże, s. 386; *Spain: abortion case won*, w: „Off Our Backs”, lipiec 1982, t. 12, nr 7, s. 38.

o ile w latach 1974-1985 do Anglii, Walii i Holandii (były to najbardziej popularne kierunki) w celu przeprowadzenia aborcji udało się 204 736 kobiet z Hiszpanii, o tyle po wprowadzeniu prawa, w latach 1986-1997 aborcje w tych krajach przeprowadzono już tylko u 34 895 kobiet⁶, zaś w Hiszpanii w okresie 1987-1995 aborcję miało 340 214 kobiet⁷. Innymi słowy, liczba aborcji dokonywanych przez Hiszpanki utrzymała się mniej więcej na tym samym poziomie, zmieniły się natomiast okoliczności wykonywania zabiegów, co przyczyniło się do ograniczenia niedogodności i nierówności związanych z dostępnością aborcji dla Hiszpanek.

Analiza wyników trzydziestu dwóch badań z dwudziestu siedmiu krajów (które można uogólnić jako obowiązujące na całym świecie) dowodzi, że to właśnie powody „społeczne” (poczucie, że to nie jest odpowiedni moment na bycie matką, problemy z pracą i edukacją, brak wsparcia ze strony ojca dziecka, chęć zapewnienia edukacji już urodzonym dzieciom, bieda i bezrobocie; problemy w związku) najczęściej skłaniają kobiety do decyzji o przerwaniu ciąży⁸. Prawo z 1985 roku dopuszczało aborcję w trzech przypadkach, jednak żaden z nich nie odzwierciedlał rzeczywistych powodów, dla których kobiety najczęściej potrzebują aborcji. Tymczasem, jak pokazuje tabela 1, liczba aborcji wykonywanych legalnie w Hiszpanii po 1985 roku systematycznie rosła, by w 2009 roku (tuż przed wprowadzeniem nowego prawa) osiągnąć liczbę 111 482.

-
- 6 Dużą część zabiegów wykonywanych przez Hiszpanki za granicą po liberalizacji prawa stanowiły tzw. późne aborcje (po osiemnastym tygodniu ciąży) – w 1985 roku takiemu zabiegowi poddało się w Anglii 30 772 Hiszpanek, zaś w 1986 roku – 24 667. Zob. *Spanish Women and the Alton Bill*, w „Feminist Review”, Spanish Women's Abortion Support Group, lato 1988, nr 29.
 - 7 R. Peiró, C. Colomer, C. Alvarez-Dardet, *Does the liberalisation of abortion laws increase the number of abortions? The case of Spain*, w „European Journal of Public Health”, 2001, nr 11.
 - 8 A. Bankole, S. Singh, T. Haas, *Reasons Why Women Have Induced Abortions: Evidence from 27 Countries*, w: „International Family Planning Perspectives”, 1998, nr 24 (3), s. 3117-127 i 152. Artykuł dostępny pod adresem: <https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/1998/09/reasons-why-women-have-induced-abortions-evidence-27-countries> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

TABELA 1. LICZBA ABORCJI W HISZPANII W LATACH 1986-2015

Rok	Akredytowane centra	Liczba aborcji	Liczba aborcji na 1000 kobiet w wieku rozrodczym
1986		411	0,053
1987		16 206	1,963
1988		26 069	3,113
1989		30 552	3,613
1990		37 231	4,353
1991		41 910	4,79
1992		44 962	5,1
1993		45 503	5,15
1994		47 832	5,38
1995		49 367	5,53
1996		51 002	5,69
1997		49 578	5,52
1998	117	53 847	6
1999	123	58 399	6,52
2000	121	63 756	7,14
2001	121	69 857	7,66
2002	124	77 125	8,46
2003	128	79 788	8,77
2004	133	84 985	8,94
2005	134	91 664	9,6
2006	135	101 592	10,62
2007	137	112 138	11,49
2008	137	115 812	11,78
2009	141	111 482	11,41
2010	146	113 031	11,71
2011	173	118 359	12,47
2012	189	112 390	12,12
2013	198	108 690	11,74
2014	191	94 796	10,46
2015	200	94 188	10,4

Źródło: raporty Ministerstwa Zdrowia i Konsumentów, lata 1986-2015.

Aborcje z przyczyn społecznych były więc wykonywane, a o ich legalność dbano, powołując się na zagrożenie zdrowia psychicznego kobiety. Jak napisała Francisca García Gallego: „Specjaliści, którzy byli wyczuleni politycznie i społecznie w tej kwestii, w większości z sektora prywatnego, stworzyli centra chirurgii ambulatoryjnej, zajmujące się przeprowadzaniem aborcji. [Pracujące w nich – przyp. C.S.-G.] zespoły multidyscyplinarne (lekarze, pielęgniarki, pracownicy socjalni, psychologowie itp.) dokonały szerokiej interpretacji przepisu ustawy mówiącego o zagrożeniu dla zdrowia psychicznego kobiety w ciąży, zgodnie z koncepcją Światowej Organizacji Zdrowia, która definiowała zdrowie nie jako klasyczny brak choroby, lecz jako dobrostan fizyczny, psychiczny i socjalny”⁹. Właśnie zagrożenie dla zdrowia kobiety było powodem, jak wskazują statystyki Ministerstwa Zdrowia, przeprowadzenia ponad 95 procent aborcji w latach 1992-2009 (dane ministerstwa nie definiują jednak, czy chodziło o zdrowie fizyczne, czy psychiczne).

Dostęp do aborcji nie był jednak nieograniczony. Nie wszystkie wspólnoty autonomiczne zapewniały taki sam dostęp do ośrodków zdrowia, gdzie można było usunąć ciążę – różnicę między odsetkiem kobiet, u których w latach 1992-2001 przeprowadzono aborcję w Balearach (13,21 na 1000 kobiet między 15. a 44. rokiem życia) a odsetkiem we wspólnocie Ceuta y Melilla (3,21 na 1000 kobiet między 15. a 44. rokiem życia) tłumaczy się właśnie przez nierównomierne rozmieszczenie tych ośrodków¹⁰. Jednocześnie w latach 1992-2001 jedynie 2,43 procent aborcji przeprowadzono w publicznych ośrodkach opieki zdrowotnej, w prywatnych zaś 97,57 procent¹¹. Miejsce przeprowadzenia aborcji wpływało na jej koszt: w 2008 roku cena wynosiła około 300 euro w ośrodku prywatnym, zaś w ośrodku publicznym był to „bardzo niski koszt”¹². Z kolei pracownicy służby zdrowia,

9 F. García Gallego, *La práctica del aborto en España*, w: „Página Abierta”, lipiec 2008, nr 194.

10 I. Lete, M. Martínez-Etayo, *Reproductive Health: Some Data And Reflections*, w: „Gaceta Sanitaria”, 2004, t. 18, nr 4 s. 3170-174, dostępny pod adresem: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0213-91112004000700027&script=sci_arttext&tlng=pt (data dostępu: 1 czerwca 2017).

11 Tamże.

12 M. Blofield, *Women's Choices in Comparative Perspective: Abortion Policies in Late-Developing Catholic Countries*, w: „Comparative Politics”, lipiec 2008, t. 40, nr 4,

którzy wykonywali aborcje, musieli się liczyć z atakami ze strony aktywistów anti-choice¹³.

Na przełomie XX i XXI wieku dla wszystkich stron debaty publicznej stało się oczywiste, że obecna ustawa nie odpowiada potrzebom społecznym, prowokuje bowiem „niepewność prawną”¹⁴. Dla strony pro-choice nie do zaakceptowania był brak gwarancji, że kobieta, która chce przerwać ciążę z powodów społecznych, zdoła uzyskać opinię lekarską, że jej zdrowie (psychiczne) jest zagrożone. Jak napisała Nuria Varela, „setki tysięcy kobiet musiały przyznawać, że są szalone, aby przerwać niechcianą ciążę”¹⁵. Doszło do sytuacji, kiedy „wiele kobiet mogło mieć aborcję, jednak nie uznawano jej za prawo: nie była bezpłatna i nie wykonywano jej w oparciu o akceptację decyzji kobiety”¹⁶. Z kolei przeciwnicy wyboru argumentowali, że w sytuacji, gdy lekarze przeprowadzają aborcję, powołując się na ryzyko dla zdrowia kobiety, przerywanie ciąży staje się dostępne właściwie na każdym jej etapie¹⁷. Pod wpływem działań organizacji anti-choice, takich jak np. e-Christians czy Alternativa Española, a także z inicjatywy prawicowych władz lokalnych, akredytowane kliniki aborcyjne

s. 399-419. Autorka artykułu twierdzi, że koszt aborcji w ośrodku prywatnym nie stanowił problemu dla większości kobiet, ponieważ dochody w Hiszpanii były dość wysokie; trzeba jednak pamiętać, że artykuł ukazał się w 2008 roku, a więc tuż przed początkiem kryzysu wywołanego przez bańkę spekulacyjną na rynku nieruchomości.

- 13 F. García Gallego, *La práctica del aborto en España*, dz. cyt.; N. Varela, *Regulación de la interrupción voluntaria del embarazo en España: un falso debate*, w: *La reforma del aborto en España: perspectivas de un debate (re) emergente*, red. M. León Alonso, M. Candelaria Sgró Ruata, Católicas por el Derecho a Decidir, Córdoba 2014, s. 322.
- 14 „Boletín Oficial de las Cortes Generales”, 2000.
- 15 N. Varela, *Regulación de la interrupción voluntaria del embarazo en España: un falso debate*, dz. cyt., s. 322.
- 16 K. Achteik, *Martes 12 de enero de 2010. El movimiento feminista y su lucha por el derecho al aborto 1979-86 y 2007-08*, s. 36, dostępne pod adresem: <http://www.feministas.org/el-movimiento-feminista-en-madrid.html> (data dostępu: 1 czerwca 2017).
- 17 Przeciwników wyboru w 2006 roku poruszyła historia klinik dr. Carlosa Morína, nagłośniona przez duńską telewizję DR. Dziennikarka Sally Hamilton pojawiła się u niego w siódmym miesiącu ciąży, prosząc o aborcję i filmując go ukrytą kamerą; autorzy reportażu sugerowali, że dla lekarza wydanie zaświadczenia o zagrożeniu dla zdrowia było tylko formalnością. Ostatecznie Carlos Morín oraz współpracujący z nim psychiatra zostali skazani na półtora roku więzienia za wykonanie jedenastu nielegalnych aborcji. Zob. G. González German, *Condenan a 18 meses de cárcel doctor Morín por practicar 11 abortos ilegales*. *3El Mundo*, 17/06/2016, dostępne pod adresem: <http://www.elmundo.es/cataluna/2016/06/17/5763d6ba46163f8e2b8b45cb.html> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

zostały poddane państwowym kontrolom i obawiały się przeprowadzać dopuszczone przez prawo późne aborcje płodów zdeformowanych lub niezdolnych do życia, zaś kobiety, które usunęły ciążę, były przesłuchiwane przez Straż Obywatelską (Guardia Civil). Wywołało to liczne protesty środowisk lewicowych oraz sprawiło, że kliniki te rozpoczęły strajk. Jednocześnie stało się jasne, że o ile opinia publiczna może nie popierać późnych aborcji nieuzasadnionych rzeczywistym zagrożeniem zdrowia kobiety, o tyle w kwestii dopuszczalności aborcji z przyczyn społecznych w pierwszym trymestrze oraz w kwestii aborcji płodów zdeformowanych raczej panuje zgoda¹⁸.

PROCES POLITYCZNY: JAK ZLIBERALIZOWANO PRAWO

Po 1985 roku pojedyncze inicjatywy ustawodawcze dotyczące przerywania ciąży były podejmowane stale, jednak ze stosunkowo małym natężeniem (dwa razy rzadziej niż np. inicjatywy dotyczące przemocy wobec kobiet; aktywne były Partia Socjalistyczna, Izquierda Unida, państwowy Instituto de la Mujer) i bez specjalnego powodzenia¹⁹. Sytuację zmieniło dojście do władzy w 2004 roku Partii Socjalistycznej i utworzenie rządu José Luisa Zapatero (2004–2008 i 2008–2011). W tym czasie przyjęto szereg dokumentów stanowiących kroki milowe w dążeniu do równości i zwalczaniu dyskryminacji: wprowadzono prawo o przeciwdziałaniu przemocy ze względu na płeć (2004), o równości kobiet i mężczyzn (2007), zalegalizowano małżeństwa tej samej płci (2005), przyjęto ustawę o edukacji, gwarantującą edukację seksualną, równość płci i zwalczanie homofobii (2006). W drugiej kadencji rządów socjalistów rozpoczęto prace nad ustawą organiczną o zdrowiu seksualnym i reprodukcyjnym i o przerywaniu ciąży. Minister ds. Równości, Bibiana Aído, powierzyła pisanie jej tekstu grupie ekspertów i ekspertek. W skład grupy wchodził: specjalista od prawa

18 *La opinión de Españoles y Españolas sobre el aborto. Análisis de una encuesta nacional realizada en España*, Belden Russonello & Stewart Research and Communications, listopad 2009. Raport z badań przeprowadzonych na zlecenie organizacji Catholics for Choice.

19 B. Cambronero-Saiz, M. T. Ruiz Cantero, C. Vives-Cases, M. Carrasco Portiño, *Abortion in Democratic Spain: The Parliamentary Political Agenda 1979-2004*, dz. cyt.

karnego, ginekolog, szef oddziału ginekologii i położnictwa, adwokatka i prawniczka specjalizująca się w kwestii przemocy seksualnej, profesor ginekologii i położnictwa, była szefowa stowarzyszenia akredytowanych klinik przeprowadzających zabiegi przerywania ciąży, profesor położnictwa i neonatologii i profesor prawa karnego²⁰. Intencją, która przyświecała ekspertom i ekspertkom, była chęć zapewnienia równości w dostępie do aborcji we wszystkich wspólnotach autonomicznych, włączenia zabiegów przerywania ciąży do usług świadczonych przez sieci publicznych placówek opieki zdrowotnej, zapewnienia jednoznaczności prawnej oraz szacunku dla praw kobiet i personelu medycznego. Ustawa, której konstytucyjność potwierdzono 17 września 2009 roku w raporcie Rady Stanu (*Informe del Consejo de Estado* nr 1384/2009)²¹, weszła w życie 5 lipca 2010 roku. Na jej mocy przerywanie ciąży (w akredytowanych ośrodkach opieki zdrowotnej i przez wykwalifikowany personel medyczny) jest zgodne z prawem:

- na żądanie kobiety – do czternastego tygodnia ciąży;
- jeśli zagrożone jest zdrowie kobiety – do dwudziestego drugiego tygodnia ciąży;
- z powodu anomalii płodu – bez ograniczeń.

Aborcje mają być wykonywane w ramach dostępnych publicznie usług medycznych, a więc bezpłatnie, przy czym preferowane mają być publiczne ośrodki zdrowia.

Ustawa dotyczy jednak znacznie szerszego pakietu zagadnień. Jest w niej mowa o edukacji seksualnej i reprodukcyjnej włączonej do państwowych programów nauczania, o konieczności rozpowszechniania informacji o zdrowiu seksualnym i reprodukcyjnym, o dostępności środków antykoncepcyjnych najnowszej generacji, o opiece nad kobietą w ciąży i w porożu, opiece perinatalnej, o konieczności ujęcia kwestii zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego w programach uczelni medycznych, o obowiązku udzielenia informacji kobietom zamierzającym poddać się zabiegowi aborcji, o konieczności zapewnienia

20 Komunikat PSOE, *La ley sobre el aborto entrará en vigor a finales de 2009 o principios de 2010*, 2008, dostępny pod adresem: <http://www.psoe.es/actualidad/noticias-actualidad/la-ley-sobre-el-aborto-entrara-en-vigor-a-finales-de-2009-o-principios-de-2010--24596/> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

21 Co ciekawe, w raporcie tym powoływano się m.in. na sprawę Tysiąc przeciwko Polsce, rozpatrywaną przez Europejski Trybunał Praw Człowieka.

dyskrecji. Ujmuje zatem problem przerywania ciąży w szerokim kontekście, zakładając, że tylko w ten sposób można dbać o prawa człowieka – seksualne i reprodukcyjne. Co ważne, to właśnie kobieta jest uznana przez ustawę za podmiot wymagający ochrony i wsparcia w realizowaniu praw. W pierwszych słowach preambuły ustawa głosi: „Rozwój seksualności i zdolność do prokreacji są bezpośrednio powiązane z godnością jednostki i ze swobodnym rozwojem osobowości i są przedmiotem ochrony za pomocą różnych praw fundamentalnych, szczególnie tych, które gwarantują integralność fizyczną i moralną, prywatność osobistą i prywatność rodziny”. Ustawa zatem pomija kwestie prawnej ochrony płodu i jego podmiotowości.

PRÓBY ZNIESIENIA PRAWA

W 2011 roku wybory parlamentarne wygrała prawicowa Partia Ludowa. Rząd Mariano Rajoya rozpoczął demontaż programów równościowych ustanowionych przez poprzedników. Zaprzestał realizowania strategii zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego (zapowiedzianej w ustawie organicznej z 2010 roku), wycofał wychowanie seksualne ze szkół, ograniczył dostępność antykoncepcji oraz wykluczył młodociane i imigrantki z niektórych świadczeń²². Rozpoczęły się także prace nad zmianą ustawy z 2010 roku; co znamienne, prowadzono je nie w Ministerstwie Zdrowia, do którego wcielono w 2010 roku Ministerstwo ds. 3Równości, lecz w Ministerstwie Sprawiedliwości²³. Przygotowany w 2013 roku przez ministra sprawiedliwości Alberto Ruiza Gallardóna projekt ustawy o ochronie życia poczętego i prawach kobiety ciężarnej był jeszcze bardziej restrykcyjny niż prawo z 1985 roku, nie przewidywał bowiem w ogóle aborcji w przypadku deformacji i wad letalnych płodu (chyba że kobiecie udałoby się uzyskać opinię komisji lekarskiej, że deformacje i wady płodu zaszkożą poważnie jej zdrowiu); co interesujące, zdejmował także z kobiety całkowitą odpowiedzialność karną za nielegalne przerwanie ciąży, definiując kobietę jako ofiarę aborcji.

22 N. Varela, *Regulación de la interrupción voluntaria del embarazo en España: un falso debate*, dz. cyt., s. 326-27.

23 Tamże, s. 328.

Jak można było przewidzieć, projekt spotkał się z krytyką z wielu stron. Protestowały organizacje lekarzy: Hiszpańskie Towarzystwo Neuropsychiatrii, Hiszpańskie Towarzystwo Epidemiologii, Towarzystwo Obrony Zdrowia Publicznego, Lekarze Świata, Towarzystwo Pielęgniarek, Stowarzyszenie Ekonomii Zdrowia, Hiszpańskie Towarzystwo Antykoncepcji, Stowarzyszenie Diagnostyki Prenatalnej, Hiszpańskie Stowarzyszenie Zdrowia Publicznego i Administracji w Służbie Zdrowia²⁴. Zgromadzenie Ogólne Samorządu Lekarskiego (Organización Médica Colegial de España) wydało deklarację, w której stwierdzało, że choć kodeks etyki lekarskiej mówi o ochronie życia od poczęcia²⁵, zdarzają się sytuacje, kiedy należy rozważyć wartości w przypadku konfliktu między prawami kobiet a prawami płodu. W deklaracji podkreślono, że projekt ustawy przewiduje prawo lekarza do odmowy (na mocy klauzuli sumienia) nie tylko wykonania zabiegu, ale też jakiegokolwiek współpracy przy usuwaniu ciąży – a to można rozumieć jako prawo do odmowy udzielenia prawdziwej informacji, co jest sprzeczne z kodeksem etyki lekarskiej, który zabrania takiej manipulacji. Zniesienie prawa do aborcji z powodu deformacji i uszkodzeń płodu (chyba że grozi to zdrowiu psychicznemu kobiety, co musi być potwierdzone przez dwóch niezależnych lekarzy psychiatrów) skomentowano w deklaracji: „Kobiety, która chce przerwać ciążę, nie można uznawać za chorą psychicznie ani definiować jej z góry w ten sposób. (...) Jest nie do przyjęcia, że decyzja tak ważna

24 Tamże, s. 337; R. Cobo, B. Nogueiras, *Teoría y acción política feminista en España en torno al aborto*, dz. cyt., s. 361.

25 Stosowne zapisy kodeksu etyki lekarskiej z 2011 roku głoszą: „Istota ludzka jest celem samym w sobie we wszystkich fazach cyklu życiowego, od poczęcia do śmierci. Lekarz jest zobowiązany w swoim postępowaniu stać na straży godności i integralności osób, które otacza opieką” (art. 51); „Obowiązkiem lekarza jest chronienie powierzonego mu życia na każdym z jego etapów. W przypadku, gdy kobieta decyduje się przerwać ciążę, lekarz ma obowiązek poinformować ją o świadczeniach społecznych przysługujących jej w razie kontynuowania ciąży oraz o ryzyku fizycznym i psychicznym, jakie może wyniknąć z jej decyzji”. „Lekarz powinien udostępnić ciężarnej odpowiednią, rzetelną i kompletną informację na temat rozwoju ciąży i płodu. Nie jest zgodne z etyką lekarską negowanie, ukrywanie informacji lub manipulowanie nią w celu wpłynięcia na decyzję matki o kontynuacji ciąży” (art. 55). Kodeks nie wypowiada się jednoznacznie na temat statusu etycznego zabiegu przerwania ciąży, mówi tylko o obowiązkach lekarza: z jednej strony „stania na straży godności i integralności osób” od ich poczęcia do śmierci, z drugiej strony – uszanowania decyzji kobiety. Tłumaczenie fragmentów kodeksu etyki lekarskiej – C. S.-G.

[o tym, czy zagrożenie zdrowia psychicznego jest tak istotne – przyp. C. S.-G.] spoczywa w rękach osób trzecich”²⁶.

Przed wszystkim jednak protestowały kobiety. 1 lutego 2014 roku do Madrytu przyjechał niezwykle pociąg – *El Tren de Libertad*. Była to inicjatywa dwóch organizacji kobiecych z Gijón i okolic, *Tertulia Feminista Les Comadres* i *Mujeres por la Igualdad de Barredos*, do których przyłączyły się kobiety z całej Hiszpanii (z Asturii, Andaluzji, Estremadury, Galicji, Kastylii-La Manchy, Katalonii, Murcji, Walencji, Kraju Basków i Wysp Kanaryjskich). Demonstracja, najbardziej liczna ze wszystkich dotychczasowych wystąpień kobiecych w Hiszpanii, przeszła od Paseo de Prado do parlamentu. Demonstrowano pod hasłem „En nuestros úteros NO se legisla, nuestros cuerpos NO se maltratan, nuestros derechos NO se recortan” („Naszym macicom nie narzuca się prawa, naszych ciał się nie krzywdzi, naszych praw się nie ogranicza”), ogłoszono także manifest *Porque yo decido* (Ponieważ to ja decyduję) autorstwa filozofki Alicii Miyares²⁷. 8 marca 2014 roku w Madrycie odbyła się manifestacja przygotowana przez Krajową Federację Organizacji Feministycznych; rozmaite akcje, manifestacje, spotkania i performanse odbywały się co tydzień w różnych prowincjach²⁸.

W rezultacie tych działań, a także pod wpływem krytyki w łonie samej Partii Ludowej (np. ze strony wiceprzewodniczącej PP Sorai Saenz Santamarí²⁹), 23 września 2014 roku Mariano Rajoy oświadczył, że rząd wycofuje się z prac nad ustawą, zaś minister Alberto Ruiz Gallardón podał się do dymisji. 9 września 2015 roku uchwalono jednak poprawkę do prawa z 2010 roku, na mocy której kobiety w wieku 16 i 17 lat nie mogły poddać się aborcji bez zgody rodziców. Jednak sama

26 *Declaración Institucional al Anteproyecto de Ley de interrupción voluntaria del embarazo*, Asamblea General OMC, 2014, s. 33-4.

27 Tamże; M. R. Sahuquillo, *Mujeres y hombres han exigido la retirada de la restrictiva norma Decenas de miles protestan en Madrid contra la ley del aborto de Gallardón*, w: „El País”, 1 luty 2014, dostępny pod adresem: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/02/01/actualidad/1391248581_002084.html (data dostępu: 1 czerwca 2017).

28 Zorganizowano np. akcje na lotniskach (pod hasłem: „Jadę po aborcję do Francji”), stawano w kolejkach przed Rejestrem Własności (Registro de Propiedad), żeby zastrzec własność swojego ciała, składano petycje do ambasady Francji, żeby zagwarantowała kobietom z Hiszpanii ochronę zdrowia. Zob. R. Cobo, B. Nogueiras, *Teoría y acción política feminista en España en torno al aborto*, dz. cyt., s. 354 i 58-59.

29 J. Bielecki, *Koniec konserwatywnej rewolucji*, w: „Rzeczpospolita”, 25 września 2014, nr 223, s. 3A9.

Partia Ludowa postanowiła nie poruszać tematu aborcji w swoim programie wyborczym³⁰.

POSTAWY WOBEC ABORCJI: OPINIA PUBLICZNA, KOŚCIÓŁ KATOLICKI, ORGANIZACJE KOBIECE

Jak wynika z badań opinii społecznej, zdecydowana większość Hiszpanów i Hiszpanek popiera prawo kobiet do decydowania o kontynuacji bądź przerwaniu ciąży, przy czym poparcie to rośnie od lat siedemdziesiątych XX wieku. W 1981 roku za depenalizacją aborcji było 57 procent Hiszpanek i Hiszpanów, zaś w 1985 roku, czyli wtedy, gdy uchwalono *ley de supuestos*, 65 procent. W roku 2012, a więc już w czasie obowiązywania ustawy z 2010 roku, 75 procent uważało, że aborcja powinna być wyłączną decyzją kobiety i nie powinna być karana. Poparcie dla prawa do aborcji zależy od poglądów politycznych: prawo to popiera 57 procent zwolenniczek i zwolenników PP, 89 procent wyborców i wyborczyń PSOE i 93 procent wyborców i wyborczyń Izquierda Unida. Mimo wszystko większość zwolenników i zwolenniczek Partii Ludowej, a więc tej, która próbowała zaostrzyć prawo, nie chce penalizacji aborcji, zaś wśród młodszych wyborców i wyborczyń tej partii (18-54 lata) prawie nie ma różnic względem reszty społeczeństwa (70 procent zwolenników i zwolenniczek prawa kobiety do decydowania). Większość Hiszpanów i Hiszpanek popiera także obecnie obowiązującą ustawę (w 2012 roku było to 47 procent wobec 43 procent za ustawą z 1985 roku; w 2013 roku – 46 procent wobec 46 procent za poprzednią ustawą, w 2014 roku – 60 procent wobec 25 procent; przy czym w 2014 roku prawo z 2010 roku popierało 71 procent osób poniżej 35. roku życia)³¹.

30 *El PP no llevará el aborto en su programa electoral*, w: „El País”, 2 listopada 2015, artykuł dostępny pod adresem: http://politica.elpais.com/politica/2015/11/01/actualidad/1446411850_937011.html (data dostępu: 1 czerwca 2017).

31 S. Arbas, *A vueltas con la regularización del aborto*, 24 luty 2014, artykuł dostępny pod adresem: <http://metroscofia.org/a-vueltas-con-la-ley-del-aborto> (data dostępu: 1 czerwca 2017); C. Morán, V. Gutiérrez Calvo, *El 60% de la población apoya la ley de aborto vigente*, 28 czerwca 2014, artykuł dostępny pod adresem: http://politica.elpais.com/politica/2014/06/27/actualidad/1403891547_421330.html (data dostępu: 1 czerwca 2017).

Jak w każdym kraju demokratycznym, opinia społeczna w Hiszpanii jest współkształtowana i wyrażana przez wielu różnych aktorów. Do najważniejszych w tej kwestii należy zaliczyć organizacje kobiece, środowisko lekarskie, partie polityczne, Kościół katolicki oraz organizacje i ruchy anti-choice.

Organizacje kobiece

W drugiej połowie XX wieku hiszpańskie organizacje kobiece i feministyczne mogły zacząć działać otwarcie dopiero po śmierci Franco. Od samego początku cechowała je wielka różnorodność, jeśli chodzi o rozumienie powodów i metod walki kobiecej, stosunek do państwa i partii politycznych, definiowanie feminizmu i kobiecej kondycji itd. Kwestia aborcji była jednak tą kwestią, która jednoczyła organizacje feministyczne – jeśli nie co do szczegółów proponowanych przez nie rozwiązań prawnych, to na pewno w walce o zmianę aktualnego ustawodawstwa dotyczącego przerywania ciąży. Kirsten Achteplik pisząc o walce o prawo do aborcji w latach 1979-2008, podzieliła działania ruchu feministycznego na cztery fazy³². Pierwsza z nich rozpoczęła się procesem kobiet z Bilbao i trwała aż do zwycięstwa PSOE w 1983 roku. W tym czasie tworzył się i pogłębiał feministyczny dyskurs o aborcji, wypracowywany w ramach różnych odmian feminizmu (feminizmu różnicy, feminizmu równościowego). Działania stawały się coraz bardziej ofensywne, wymierzone w patriariat i powiązane z krytyką systemu. Hasła podnoszone w tej fazie ruchu kobiecego nie ograniczały się tylko do *aborto libre y gratuito* (aborcja legalna i darmowa), ale też głosiły, że seksualność nie jest tożsama z macierzyństwem. Nacisk kładziony był właśnie na konieczność rozwijania wolnej kobiecej seksualności, której gwarancją miało być prawo do aborcji.

W drugiej fazie (prawno-jurysdykcyjnej, w latach 1983-1985) rozpoczęły się prace nad nowym prawem dotyczącym aborcji. W 1983 roku PSOE przygotowało projekt ustawy, ale zdaniem feministek był on niewystarczający. Kobiety protestowały zawsze, gdy w parlamencie

32 K. Achteplik, *Martes 12 de enero de 2010. El movimiento feminista y su lucha por el derecho al aborto 1979-86 y 2007-08*, dz. cyt.

debatowano o aborcji – były to zgromadzenia nielegalne i dochodziło przy tym do interwencji policji. Jednocześnie zaczęły się aktywizować ruchy anti-choice, zyskujące patronów ze świata religii, takich jak papież Jan Paweł II czy Matka Teresa z Kalkuty.

W fazie implementacji prawa (1985-1986), w związku z trudnościami z dostępnością aborcji w ramach publicznej opieki zdrowotnej, zaczęły powstawać wspierane przez Ministerstwo Zdrowia prywatne centra, w których wykonywano zabiegi przerywania ciąży. Były one prowadzone przez feministki i personel medyczny. Organizacje kobiece podejmowały również działania wymierzone w obowiązujący porządek prawny: przeprowadzały nielegalne aborcje i potem to upubliczniały. W tej fazie nie mówiono już o wolnej seksualności, lecz o zdrowiu kobiet.

Ostatnia faza analizowana przez Kirsten Ahtelik miała miejsce w latach 2007-2008. Od 2006 roku zaczęły się nasilać działania organizacji anti-choice (i szerzej, tzw. antygender): Opus Dei, e-Christans itd. Atakowały one (organizując pikety i składając donosy sądowe) kliniki działające w Barcelonie i Madrycie. Konieczna stała się szybka reakcja, mająca na celu obronę praw już istniejących i promująca rozszerzenie prawa aborcyjnego. Zdaniem autorki z tego powodu zabrakło czasu na dyskusję, co zaowocowało tym, że jednocześnie podnoszono dwa przeciwstawne hasła: mówiące o aborcji legalnej i bezpłatnej oraz popierające projekt prawa, które weszło w życie w 2010 roku. Wbrew pozorom nie były one tożsame: prawo z 2010 roku w pewnym sensie ograniczyło prawo do aborcji, ponieważ dopuszcza przerwanie ciąży w przypadku zagrożenia zdrowia kobiety tylko do dwudziestego drugiego tygodnia ciąży, podczas gdy prawo z 1985 roku nie wprowadzało w tym przypadku takich limitów.

Za kolejną fazę działań ruchu kobiecego w kwestii aborcji należy uznać olbrzymią mobilizację związaną z inicjatywą Alberto Ruiza Gallardóna (2013-2014). I tym razem doszło do zjednoczenia skrajnie różnych organizacji feministycznych; hasła podnoszone w czasie licznych akcji (takie jak „Porque yo decido” – „Ponieważ to ja decyduję”, „Decidir nos hace libres” – „Decydowanie czyni nas wolnymi”) podkreślały kobiecą podmiotowość i znaczenie kobiecego samostanowienia. Odstąpienie przez rząd od prac nad projektem penalizującym aborcję oznaczało wielki sukces organizacji feministycznych, ich solidarności i waleczności.

Aby oddać sprawiedliwość zawiłości sytuacji, należy nadmienić, że środowiska feministyczne wcale nie uważały ustawy z 2010 roku za idealną. Poza kłopotami z jej stosowaniem, podkreślały inne jej niedoskonałości: ograniczenie prawa kobiety do decydowania o ciąży tylko do czternastego tygodnia³³ (między czternastym a dwudziestym drugim tygodniem ciąży zgoda na aborcję zależy od decyzji komitetu lekarskiego), lukę prawną, w którą wpadają kobiety po dwudziestym drugim tygodniu ciąży, gdy stanowi ona zagrożenie dla zdrowia i życia (zgodnie z ustawą nie mogą liczyć na prawo do przerwania ciąży³⁴) oraz brak wystarczającego uregulowania kwestii klauzuli sumienia (jak pokazała praktyka, zapisy ustawy nie gwarantują kobietom dostępu do aborcji we wspólnotach autonomicznych, gdzie całe ośrodki opieki zdrowotnej deklarują klauzulę sumienia³⁵).

33 T. García Espejo, *Rechazo feminista a la ley del aborto. Una amplia plataforma de organizaciones feministas ha valorado como „insuficiente e incluso regresiva” la reforma del aborto, por lo que reclama un nuevo proyecto*, w: „Diagonal”, 28 maja 2009, nr 103.

34 Zob. komentarz Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas, *Situación actual de la nueva ley de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria de embarazo en el Estado Español, tras año y medio de aplicación*, 2011, s. 318-19, dostępny pod adresem: <http://www.feministas.org/situacion-actual-de-la-nueva-ley.html> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

35 W 2016 roku sąd nakazał galicyjskiej służbie zdrowia wypłacić odszkodowanie w wysokości 270 tysięcy euro pacjentce, która z powodu odmowy wykonania aborcji straciła macicę. Pacjentka była w trzydziestym drugim tygodniu ciąży i planowanej ciąży, jednak okazało się, że płód nie jest zdolny do życia. W publicznych ośrodkach opieki zdrowotnej w miejscu jej zamieszkania i w całej Galicji nie znalazł się żaden lekarz, który nie powoływałby się na klauzulę sumienia, polecono jej więc odbyć podróż do oddalonego o 600 km Madrytu. Stan pacjentki w czasie podróży tak się pogorszył, że z powodu zagrożenia życia usunięto jej macicę. Zob. C. Huete, *La objeción de los médicos casi me cuesta la vida*, w: „El País”, 7 listopada 2016, artykuł dostępny pod adresem: http://politica.elpais.com/politica/2016/11/04/actualidad/1478282736_476704.html (data dostępu: 1 czerwca 2017); A. Lijarcio, *Objeción de conciencia, ¿un riesgo para las mujeres que abortan en España?*, strona Consalud.es, 3 listopada 2016, artykuł dostępny pod adresem: <https://consalud.es/pacientes/objecion-de-conciencia-un-riesgo-para-las-mujeres-que-abortan-en-espana-31703> (data dostępu: 1 czerwca 2017). W niektórych wspólnotach autonomicznych (np. Aragonia, Estremadura, Kastylia-La Mancha, Murcja) z powodu klauzuli sumienia nie wykonuje się aborcji w publicznych ośrodkach opieki zdrowotnej. Zob. C. Huete, *La objeción de los médicos casi me cuesta la vida*, dz. cyt. Zob. komentarz Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas, *Situación actual de la nueva ley de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria de embarazo en el Estado Español, tras año y medio de aplicación*, 2011, dz. cyt., s. 38 i 16.

Środowisko lekarskie

Pracownicy hiszpańskiej opieki zdrowotnej, co rozumiały, nie stanowią homogenicznej grupy, jeśli chodzi o poglądy na aborcję. Wyrażają różne opinie i podejmują rozmaite działania w tym zakresie. Ich wypowiedzi nie są jednak zdominowane przez dyskurs anti-choice, zaś świadczona przez nich pomoc kobietom potrzebującym aborcji pokazuje, że nie ograniczają się tylko do słów.

Po wejściu w życie ustawy z 1985 roku dochodziło często do sytuacji, kiedy w publicznych ośrodkach opieki zdrowotnej lekarze odmawiali wykonywania zabiegów przerywania ciąży. Jak napisała wspomniana Francisca García Gallego, obecna dyrektor stowarzyszenia klinik akredytowanych dla wykonywania zabiegów przerywania ciąży (Asociación de clínicas acreditadas para la interrupción voluntaria del embarazo), takie prywatne kliniki zaczęły więc powstawać w latach osiemdziesiątych XX wieku³⁶. Z kolei pod koniec lat siedemdziesiątych XX wieku powstało Hiszpańskie Towarzystwo Planowania Rodziny (Asociación Española de Planificación Familiar), założone przez feministki, działaczy partii demokratycznych, personel medyczny i ginekologów, pojawiły się także regionalne stowarzyszenia. Co ciekawe, z tego ruchu zaczęły się stopniowo wycofywać feministki, ponieważ wolały działać niehierarchicznie, gdy tymczasem struktura towarzystwa należącego do Międzynarodowej Federacji Planowania Rodziny wymuszała hierarchię. Hiszpańskie Towarzystwo prowadzi cztery młodzieżowe centra antykoncepcji i seksualności (Centros Jóvenes de Anticoncepción y Sexualidad działające w Albacete, Barcelonie, Coruñe i Madrycie)³⁷.

W marcu 2009 roku, gdy prowadzono prace nad nową ustawą, grupa skupiająca w swoim gronie m.in. genetyka, mikrobiologa, biologa i biochemika (samyh mężczyzn) ogłosiła Manifest Madrycki, w którym sprzeciwiała się planowanym przez PSOE zapisom ustawy,

36 F. García Gallego, *La práctica del aborto en España*, dz. cyt.

37 T. Ortiz Gómez, A. Fajardo, E. Gil García, A. Ignaciuk, E. Rodríguez Ocaña, *Activismo feminista y movimiento asociativo por la planificación familiar en España*, w: *Transmisión del conocimiento médico e internacionalización de las prácticas sanitarias: una reflexión histórica*, red. M. I. Porras Gallo, B. Gutiérrez Rodilla, M. Ayarzagüena Sanz, J. de las Heras Salord, edición preparada por: Ciudad Real, 2011, s. 3142.

definiowała przerwanie ciąży jako przerwanie życia ludzkiego oraz wskazywała kobiety jako ofiary tego procederu, cierpiące na syndrom postaborcyjny³⁸. Pod manifestem podpisało się blisko dwa tysiące innych osób, poparły go też niektóre instytucje naukowe i medyczne (np. Real e Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Sevilla, Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, Comisión Nacional de Bioética española, Colegio Oficial de Médicos de Cádiz). W odpowiedzi na ten dokument Ginés Morata, biolog z Najwyższej Rady Badań Naukowych (Consejo Superior de Investigaciones Científicas) wydał kontrdokument, w którym wzywał do zaprzestania ideologicznego wykorzystania danych naukowych, podkreślając, że w świecie nauki nie ma zgody co do definicji początku życia, zaś twierdzenia o tym, kiedy płód można nazwać człowiekiem, wynikają jedynie z przekonań osobistych i religijnych³⁹. Dokument został podpisany przez kilkaset osób.

Partie polityczne

Jak wykazały Belén Cambroner-Saiz, María Teresa Ruiz Cantero, Carmen Vives-Cases i Mercedes Carrasco Portiño⁴⁰, inicjatywy odnoszące się do kwestii aborcji były w latach 1979-2004 raczej rzadkością w parlamencie. Do partii opowiadających się po stronie pro-choice należały: Partia Socjalistyczna (PSOE), Izquierda Unida, Bloque Nacionalista Gallego, Esquerra Republicana, Coalición Canaria i Grupo Mixto. (Te partie zresztą poparły w 2009 roku ustawę liberalizującą prawo). Do partii opowiadających się przeciw prawu kobiety do decydowania o sobie należały: Partia Ludowa (PP), Convergencia i Unió oraz Nacionalista Vasco. Z dwustu dwudziestu dziewięciu zgłoszonych inicjatyw dotyczących aborcji niecała połowa została przedstawiona do dyskusji, ale tylko siedem z nich przegłosowano, cztery zaś

38 Manifest dostępny pod adresem: <http://www.uco.edu.co/teologia/observatorio/Documents/Manifiesto%20de%20Madrid%20Pro%20Vida.pdf> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

39 J. Sampedro, *La élite científica desautoriza a sus colegas antiabortistas*, w: „El País”, 27 marca 2009, artykuł dostępny pod adresem: http://elpais.com/diario/2009/03/27/sociedad/1238108404_850215.html (data dostępu: 1 czerwca 2017).

40 B. Cambroner-Saiz, M. T. Ruiz Cantero, C. Vives-Cases, M. Carrasco Portiño, *Abortion in Democratic Spain: The Parliamentary Political Agenda 1979-2004*, dz. cyt.

zostały odrzucone. Parlamentarzyści, którzy je zgłaszali, to w większości kobiety (sto czterdzieści trzy na siedemdziesięciu dwóch mężczyzn); mężczyźni proponowali tylko inicjatywy anti-choice. Co ciekawe, w partiach lewicowych była większa niezgoda co do aborcji między mężczyznami i kobietami niż w partiach prawicowych⁴¹. Znikomą liczbę inicjatyw autorki artykułu tłumaczą tym, że większość parlamentarzystów-mężczyzn (nawet lewicy) i większość partii anti-choice popierała prawa płodu, co oznacza, że kontrolowała władzę w parlamencie dotyczącą tych spraw⁴². Dopiero wygrana Partii Socjalistycznej w 2004 roku przyniosła zmiany w tym zakresie – jak widać, również w opiniach mężczyzn będących członkami tej partii.

Jak wspomniano, ustawę z 2010 roku pisała grupa ekspertów i ekspertek z różnych dziedzin medycznych i prawniczych. Warto dodać jeszcze, że w 2009 roku powstała Plataforma de Mujeres ante el Congreso (Kobiety przed Kongresem), czyli platforma organizacji feministycznych, doradzająca w sprawie zmiany prawa aborcyjnego i wywierająca wpływ na działania rządu. Jej manifest został przedstawiony w Sali Kolumnowej Kongresu 11 marca 2009 roku przed podkomisją ds. 3równości. Platforma funkcjonowała jako ciało doradcze, wydające dokumenty i próbujące łączyć aktywizm społeczny z działaniami politycznymi⁴³.

Kościół katolicki oraz organizacje i ruchy anti-choice

Kościół katolicki jest najważniejszą instytucją religijną w Hiszpanii. W czasach reżimu Franco gorliwie wspierał dyktaturę, nadając ton opresyjnej polityce społecznej i definiując moralne standardy dotyczące zachowań seksualnych i reprodukcyjnych. W oczywisty sposób sprzeciwiał się wszelkim inicjatywom mającym na celu liberalizację prawa aborcyjnego także w czasach demokracji. Hierarchowie Kościoła katolickiego nie tylko wypowiedali się przeciwko takim

41 Tamże, s. 390.

42 Tamże, s. 392.

43 Plataforma de Mujeres ante el Congreso, *Guia informativa sobre interrupcion voluntaria del embarazo*, 2012, artykuł dostępny pod adresem: <https://issuu.com/mujeresantecongreso/docs/guia-ive/3> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

inicjatywom, ale też szerzyli mowę nienawiści przeciwko wszystkiemu, co kojarzono jako „ideologię gender”⁴⁴.

Walka Kościoła katolickiego z „ideologią gender” nasiliła się, gdy w 2004 roku do władzy doszła Partia Socjalistyczna, deklarująca w programie wyborczym wprowadzenie wielu postępowych rozwiązań dotyczących zwalczania nierówności i dyskryminacji. Kościół zyskał jednak sojuszników w innych organizacjach „antygender”, sprzeciwiających się również liberalizacji prawa aborcyjnego – i to one wysunęły się na prowadzenie w forsowaniu ideologii anti-choice. Mónica Cornejo i Ignacio Pichardo wymieniają w tym kontekście tradycyjne grupy antyaborcyjne (zgrupowane w Hiszpańskim Forum Rodziny – Foro Español de la Familia), nowe lobby neokonserwatywne (organizacja Hazteoir.org) i radykalne partie prawicowe (Vox, Alternativa Española, Comunión Tradicionalista Carlista, Partido Familia y Vida, Solidaridad y Autogestión Internacionalista)⁴⁵. Wszystkie razem, choć różnymi metodami, próbowały mobilizować Hiszpanów i Hiszpanki do odrzucenia propozycji lewicowego rządu. Czyniły to m.in. przez organizowanie masowych demonstracji i wywieranie nacisku na Partię Ludową, która w 2011 roku doszła do władzy. Co ciekawe, choć przed wyborami Partia Ludowa podkreślała swoje przywiązanie do agendy czterech wymienionych grup, to po uzyskaniu władzy przesunęła się na pozycje centrowe, rezygnując ostatecznie ze zniesienia najważniejszych równościowych dokumentów rządu Zapatero.

PODSUMOWANIE

Choć 70 procent Hiszpanów i Hiszpanek uważa siebie za katolików i katoliczki, to jednocześnie aż 53,4 procent przyznaje, że religia ma niewielkie znaczenie w ich życiu lub nie ma żadnego znaczenia. Za sprawą pamięci o roli Kościoła w mrocznych czasach reżimu Franco

44 M. Cornejo, J. I. Pichardo, *From the pulpit to the streets. 3Religious activism against gender issues in Spain*, w: *Anti-Gender Campaigns in Europe. Mobilizing against Equality*, red. D. Paternotte, R. Kuhar, Maryland: Rowman & Littlefield Pub, 2017, s. 39 (w druku).

45 Tamże.

powiększa się przepaść między Kościołem a katolikami⁴⁶. Ma to przełożenie na brak poparcia dla nauki kościelnej w sprawach związanych z seksualnością i reprodukcją. Inicjatywy podejmowane przez Partię Ludową i „rycerzy antygender” są odrzucane albo ignorowane. Można powiedzieć, że Hiszpanie i Hiszpanki wciąż jeszcze pamiętają, jak żyje się w czasach obyczajowej dyktatury, i nie chcą do tego wracać. Z kolei we wspomnianej przepaści między Kościołem a katolikami znajdują swoje miejsce takie grupy, jak Katolicy na rzecz Wolnego Wyboru (Católicas por el Derecho a Decidir).

Jeśli chodzi o kwestię stosunku Hiszpanów i Hiszpanek do aborcji, to znaczenie może mieć także negatywny przykład krajów latynoamerykańskich, w których aborcja jest zakazana: jak podają badania, w państwach tych nie tylko nie maleje liczba aborcji, ale też rośnie liczba śmierci kobiet wywołanych zakażeniami powstałymi w wyniku nielegalnych aborcji⁴⁷, kobiety zaś są zamykane w więzieniach nawet za naturalne poronienia. „Bliskość poznawcza” krajów latynoamerykańskich sprawia, że historie z nich dochodzące są traktowane w Hiszpanii jako zapowiedź rzeczywistych zdarzeń, do których będzie dochodzić, jeśli zniesione zostanie obecnie obowiązujące prawo. W wypowiedziach aktorów pro-choice – i przy okazji uchwalania ustawy w 2010 roku, i przy okazji jej obrony w latach 2013-2014 – argumenty dotyczące zagrożenia dla zdrowia i życia kobiet skazanych na podziemiu aborcyjnym były najbardziej sugestywne i najczęściej używane.

Na życie kobiet próbujących decydować o swoim życiu seksualnym i reprodukcyjnym z pewnością wpływ mają także lekarze. Choć trudno odnaleźć dowody na stałe i konsekwentne zaangażowanie ogólnokrajowych instytucji lekarskich w działania pro-choice, to jednak w czasach po uchwaleniu ustawy z 1985 roku pojawiły się grupy pracowników opieki zdrowotnej, którzy znaleźli w sobie siłę, by poradzić sobie z piętnem „aborcjonistów” i solidarnie wspierać kobiety w podejmowaniu decyzji o byciu lub niebyciu matką.

Sukcesy Hiszpanii w łagodzeniu prawa aborcyjnego wynikają także z innych czynników. Jak twierdzi Marike Blofield, liberalne

46 Tamże, s. 33.

47 J. M. Paxman, A. Rizo, L. Brown, J. Benson, *The Clandestine Epidemic: The Practice of Unsafe Abortion in Latin America*, w: „Studies in Family Planning”, lipiec-sierpień 1993, t. 24, nr 4, s. 3205-226.

odczytanie ustawy z 1985 roku (a także, jak można wnioskować z jej ustaleń poczynionych w 2008 roku, uchwalenie ustawy w 2010 roku), ma źródło w splocie działań dwóch aktorów: silnej lewicy i feministek⁴⁸. Pod wpływem nacisku organizacji kobiecych na Partię Socjalistyczną, która akurat znajdowała się u władzy, doszło do uchwalenia obu ustaw, liberalizujących wcześniejsze prawodawstwo. Bez tych dwóch czynników nie udałoby się skutecznie walczyć o prawo kobiet do decydowania o swoim ciele.

BIBLIOGRAFIA

- Kirsten Achtelek, *Martes 12 de enero de 2010. El movimiento feminista y su lucha por el derecho al aborto 1979-86 y 2007-08*, artykuł dostępny pod adresem: <http://www.feministas.org/el-movimiento-feminista-en-madrid.html>
- Susana Arbas, *A vueltas con la regularización del aborto*, 24.02.2014, artykuł dostępny pod adresem: <http://metroscopia.org/a-vueltas-con-la-ley-del-aborto/>:
- Asamblea General OMC, *Declaración Institucional al Anteproyecto de Ley de interrupción voluntaria del embarazo*, 2014.
- Akinrinola Bankole, Susheela Singh, Taylor Haas, *Reasons Why Women Have Induced Abortions: Evidence from 27 Countries*. *International Family Planning Perspectives*, 1998, nr 24(3), s. 117-127 i 152, artykuł dostępny pod adresem: <https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/1998/09/reasons-why-women-have-induced-abortions-evidence-27-countries>.
- Jędrzej Bielecki, *Koniec konserwatywnej rewolucji*, w: „Rzeczpospolita”, 25.09.2014, nr 223, s. 3A9.
- Merike Blofield, *Women's Choices in Comparative Perspective: Abortion Policies in Late-Developing Catholic Countries*, w: „Comparative Politics”, lipiec 2008, t. 40, nr 4, s. 3399-419.
- Boletín Oficial de las Cortes Generales, 2000.
- Belén Cambronero-Saiz, María Teresa Ruiz Cantero, Carmen Vives-Cases, Mercedes Carrasco Portiño, *Abortion in Democratic Spain: The Parliamentary Political Agenda 1979-2004*, w: „Reproductive Health Matters”, 2007, t. 15, nr 29, s. 385-96, artykuł dostępny pod adresem: <http://www.jstor.org/stable/25475295>.

48 Blofield, *Women's Choices in Comparative Perspective: Abortion Policies in Late-Developing Catholic Countries*, dz. cyt., s. 3409-411.

- Rosa Cobo, Belén Nogueiras, *Teoría y acción política feminista en España en torno al aborto*, w: *La reforma del aborto en España: perspectivas de un debate (re) emergente*, red. Marta León Alonso, María Candelaria Sgró Ruata, *Católicas por el Derecho a Decidir*, Córdoba 2014.
- Monica Cornejo, J. Ignacio Pichardo, *From the pulpit to the streets. 3 Religious activism against gender issues in Spain*, w: *Anti-Gender Campaigns in Europe. Mobilizing against Equality*, red. David Paternotte and Roman Kuhar, Maryland: Rowman & Littlefield Pub. 2017 (w druku).
- El PP no llevará el aborto en su programa electoral, w: „El País”, 2.11.2015, artykuł dostępny pod adresem: http://politica.elpais.com/politica/2015/11/01/actualidad/1446411850_937011.html
- Teresa García Espejo, *Rechazo feminista a la ley del aborto. Una amplia plataforma de organizaciones feministas ha valorado como „insuficiente e incluso regresiva” la reforma del aborto, por lo que reclama un nuevo proyecto*, w: „Diagonal”, 28.05.2009, nr 103.
- Francisca García Gallego, *La práctica del aborto en España*, w: „Página Abierta”, lipiec 2008, nr 194.
- German González, *Condenan a 18 meses de cárcel doctor Morín por practicar 11 abortos ilegales*, w: „El Mundo”, 17/06/2016, artykuł dostępny pod adresem: <http://www.elmundo.es/cataluna/2016/06/17/5763d6ba46163f8e2b8b45cb.html>
- Guía informativa sobre interrupción voluntaria del embarazo, *Plataforma de Mujeres ante el Congreso*, 2012, artykuł dostępny pod adresem: <https://issuu.com/mujeresantecongreso/docs/guia-ive/3>.
- Cristina Huete, *La objeción de los médicos casi me cuesta la vida*, w: „El País”, 7.11.2016, artykuł dostępny pod adresem: http://politica.elpais.com/politica/2016/11/04/actualidad/1478282736_476704.html.
- Komunikat PSOE, *La ley sobre el aborto entrará en vigor a finales de 2009 o principios de 2010*, 2008, dostępny pod adresem: <http://www.psoe.es/actualidad/noticias-actualidad/la-ley-sobre-el-aborto-entrara-en-vigor-a-finales-de-2009-o-principios-de-2010--24596/>.
- La opinión de Españoles y Españolas sobre el aborto. Análisis de una encuesta nacional realizada en España*, Belden Russonello & Stewart Research and Communications, listopad 2009, Raport z badań przeprowadzonych na zlecenie organizacji Catholics for Choice.
- La reforma del aborto en España: perspectivas de un debate (re) emergente*, red. Marta León Alonso, María Candelaria Sgró Ruata, *Católicas por el Derecho a Decidir*, Córdoba 2014.
- Martinez-Etayo Lete, *Reproductive Health: Some Data And Reflections*, w: „Gaceta Sanitaria”, lipiec-sierpień 2004, t. 18, nr 4, s. 3170-174, artykuł dostępny pod adresem: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0213-91112004000700027&script=sci_arttext&tlng=pt

- Andrés Lijarcio, *Objeción de conciencia, un riesgo para las mujeres que abortan en España?*, strona Consalud.es, 03.11.2016, artykuł dostępny pod adresem: <https://consalud.es/pacientes/objecion-de-conciencia-un-riesgo-para-las-mujeres-que-abortan-en-espana-31703>.
- Manifiesto de Madrid, 2009, artykuł dostępny pod adresem: <http://www.uco.edu.co/teologia/observatorio/Documents/Manifiesto%20de%20Madrid%20Pro%20Vida.pdf>.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Sanidad Pública, *raporty roczne Interrupción Voluntaria del Embarazo, lata 1988-2015*, dostępne pod adresem: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm#consideraciones>. 3
- Carmen Morán, Vera Gutiérrez Calvo, *El 60% de la población apoya la ley de aborto vigente*, Madrid, 28.06.2014, artykuł dostępny pod adresem: http://politica.elpais.com/politica/2014/06/27/actualidad/1403891547_421330.html)
- Teresa Ortiz Gómez, Angélica Fajardo, Eugenia Gil García, Ágata Ignaciuk, Esteban Rodríguez Ocaña, *Activismo feminista y movimiento asociativo por la planificación familiar en España*, w: *Transmisión del conocimiento médico e internacionalización de las prácticas sanitarias: una reflexión histórica*, red. Maria Isabel Porras Gallo, Bertha Gutiérrez Rodilla, Mariano Ayarzagüena Sanz, Jaime de las Heras Salord, Edición preparada por: Ciudad Real 2011, s. 3141-145.
- John M. Paxman, Alberto Rizo, Laura Brown, Janie Benson, *The Clandestine Epidemic: The Practice of Unsafe Abortion in Latin America*, w: „*Studies in Family Planning*”, lipiec-sierpień 1993, t. 24, nr 4, s. 3205-226.
- R. Peiró, C. Colomer, C. Alvarez-Dardet, *Does the liberalisation of abortion laws increase the number of abortions? The case of Spain*, w: „*European Journal of Public Health*”, 2001, nr 11, s. 3190-194.
- Projekt ustawy o ochronie życia poczętego i prawach kobiety ciężarnej (*An-
teproyecto de ley orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada*), dostępny pod adresem: <https://pl.scribd.com/document/192753031/Aplo-Proteccion-de-La-Vida-Del-Concebido-y-de-Los-Derechos-de-La-Embarazada-Definitivo-18-12-Sin-Exposicion-Motivos-2>.
- Raport Rady Stanu Informe del Consejo de Estado n° 1384/2009, dostępny pod adresem: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=CE-D-2009-1384>.
- María R. Sahuquillo, *Mujeres y hombres han exigido la retirada de la restrictiva norma Decenas de miles protestan en Madrid contra la ley del aborto de Gallardón*, w: „*El País*”, 1.02.2014, artykuł dostępny pod adresem: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/02/01/actualidad/1391248581_002084.html
- Javier Sampedro, *La élite científica desautoriza a sus colegas antiabortistas*, w: „*El País*”, 27.03.2009, artykuł dostępny pod adresem: http://elpais.com/diario/2009/03/27/sociedad/1238108404_850215.html.

- Situación actual de la nueva ley de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria de embarazo en el Estado Español, tras año y medio de aplicación, Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas, 2011, artykuł dostępny pod adresem: <http://www.feministas.org/situacion-actual-de-la-nueva-ley.html>.
- Spain: abortion case won, w: „Off Our Backs”, lipiec 1982, t. 12, nr 7, s. 38.
- Spanish Women's Abortion Support Group, Spanish Women and the Alton Bill, w: „Feminist Review”, lato 1988, nr 29, s. 372-74.
- Blanka J. Stefańska, Warunki przerwania ciąży w Hiszpanii, w: „Przegląd Sądowy”, 2011, nr 3, s. 3104-112.
- Ustawa organiczna z 3 marca 2010 roku o zdrowiu seksualnym i reprodukcyjnym i o przerywaniu ciąży (*Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*), dostępna pod adresem: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514>.
- Nuria Varela, Regulación de la interrupción voluntaria del embarazo en España: un falso debate, w: *La reforma del aborto en España: perspectivas de un debate (re) emergente*, red. Marta León Alonso, María Candelaria Sgró Ruata, Católicas por el Derecho a Decidir, Córdoba 2014, s. 319-39.

Prawa reprodukcyjne w Irlandii

IRMINA KOTIUK

Ze względu na podobny kontekst kulturowo-polityczny doświadczenia irlandzkie mogą stanowić punkt odniesienia dla polskich organizacji działających na rzecz liberalizacji prawa do przerywania ciąży. Dlatego warto przyjrzeć się sytuacji prawnej i politycznej Irlandii w zakresie praw reprodukcyjnych kobiet, w szczególności jeśli chodzi o prawo do przerywania ciąży. W niniejszym opracowaniu przedstawię historię i aktualny stan prawny dotyczący przepisów regulujących prawo do przerywania ciąży, postaram się omówić kontekst polityczno-społeczny Irlandii, w tym postawę Kościoła katolickiego, polityków i polityczek z różnych partii oraz sposoby organizacji społeczeństwa obywatelskiego, w szczególności uwzględnię współpracę środowisk kobiecych ze środowiskiem medycznym.

Niniejsze opracowanie zostało przygotowane na podstawie publicznie dostępnych informacji dotyczących regulacji prawnych obowiązujących w Irlandii w zakresie prawa do aborcji, artykułów prasowych dotyczących problematyki przerywania ciąży, raportu Amnesty International z czerwca 2015 roku *She is not criminal* oraz wywiadów z ekspertkami¹.

1 Christina Zampas, niezależna ekspertka w zakresie praw reprodukcyjnych pracująca w Europie i zajmująca się zarówno Polską, jak i Irlandią; Katrina Thomasen i Leah

PRZEPISY DOTYCZĄCE PRZERYWANIA CIĄŻY W IRLANDII

Aby zrozumieć obecną sytuację w Irlandii w zakresie przerywania ciąży, warto zapoznać się z przepisami prawnymi regulującymi dostępność aborcji w tym kraju nie tylko teraz, lecz również w minionych latach. W moim przekonaniu taka perspektywa historyczna może pomóc w analizie podobieństw i różnic pomiędzy Polską i Irlandią.

Przepisy zakazujące aborcji zostały wprowadzone w Irlandii już w XIX wieku². Ustawa o przestępstwach przeciwko osobie z 1861 roku³ (dalej „ustawa z 1861 roku”) w artykułach 58. i 59. penalizowała zabieg przerywania ciąży przeprowadzony przez samą kobietę lub inne osoby, które zabieg taki wykonywały lub pomagały kobiecie w jego przeprowadzeniu. Karą za aborcję było dożywocie zarówno dla kobiety, jak i osób trzecich.

Z publicznie dostępnych informacji wynika, że choć ustawa z 1861 roku obowiązywała także w Wielkiej Brytanii, to jednak całkowity zakaz aborcji utrzymał się głównie w Irlandii i Irlandii Północnej⁴. Tak drastyczne przepisy nie powodowały, że kobiety przestały przerywać ciążę – przeciwnie, generowały niebezpieczne podziemie aborcyjne. Od końca XIX wieku było ono w Irlandii powszechne i kobiety często uciekały się do usług akuserek lub amatorów wykonujących aborcje w podziemiu. Zabiegi te wiązały się z dużym ryzykiem zdrowotnym i często kończyły się śmiercią⁵.

Hocor z organizacji Centre for Reproductive Rights; Mary Favier, współzałożycielka organizacji Lekarze za Wolnym Wyborem w Irlandii; Ruth Flecher z irlandzkiej organizacji Prawnicy za Wolnym Wyborem oraz Joanna Mishtal, amerykańska naukowiec, która badała postawy wobec aborcji wśród lekarzy irlandzkich, co opisała w artykule *Quite Contestation of Irish Abortion Law: Abortion Politics in Flux* [w: *Transcending Borders. 3Abortion in the Past and Present*, red. S. Stettner, K. Ackerman, K. Burnett, T. Hay, Palgrave Macmillan 2017].

- 2 Zob. <https://www.ifpa.ie/Hot-Topics/Abortion/Abortion-in-Ireland-Timeline> (data dostępu: 1 czerwca 2017). Irlandzkie Stowarzyszenie na rzecz Planowania Rodziny przedstawia chronologiczny rozwój przepisów anty-aborcyjnych poczynając od ustawy z 1861 roku. Wcześniej aborcja nie była legalna. Co najwyżej nie doczekała się szczegółowych regulacji.
- 3 *Offences Against the Person Act 1861*, artykuł dostępny pod adresem: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/Vict/24-25/100/section/58> (data dostępu 1 czerwca 2017).
- 4 Zob. https://en.wikipedia.org/wiki/Abortion_in_the_United_Kingdom (data dostępu: 1 czerwca 2017).
- 5 Professor Cara Delay, *Noxious Things: Illegal Abortion Cases in Twentieth-Century Ireland*, lecture, wykład dostępny pod adresem: <https://soundcloud.com/history-hub/illegal->

W 1938 roku Sąd Najwyższy Wielkiej Brytanii w sprawie R. przeciwko Bourne dopuścił przerwanie ciąży w sytuacji, gdy jej kontynuowanie stanowiłoby ryzyko dla zdrowia kobiety. Sprawa dotyczyła małoletniej, której ciąża była wynikiem gwałtu zbiorowego. Po tej sprawie kobiety z Irlandii zaczęły masowo wyjeżdżać do Wielkiej Brytanii w celu przeprowadzenia aborcji⁶.

Warto w tym miejscu wskazać na obowiązujące w Irlandii bardzo rygorystyczne regulacje w zakresie dostępności antykoncepcji, która zasadniczo była zakazana od 1935 roku, oraz wprowadzony w Konstytucji z 1937 roku przepis o „szczególnym miejscu kobiety w domu”⁷. Oba te czynniki przez lata kształtowały konserwatywne postawy w świadomości społecznej dotyczące postrzegania roli kobiety w społeczeństwie – jako głównie rodzicielki – i wpływały na myślenie o możliwości regulacji zdolności reprodukcyjnych kobiet. W Irlandii przez lata do połowy XX wieku zakazana była nie tylko aborcja, lecz również antykoncepcja. Kobiety zostały pozbawione całkowicie możliwości nowoczesnej kontroli decyzji reprodukcyjnych, zaś stosowanie antykoncepcji było postrzegane jako naganne moralnie i było nielegalne⁸.

Podczas gdy w Wielkiej Brytanii i innych krajach Europy zachodniej w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych XX wieku zachodziły zmiany prawne zmierzające do liberalizacji przepisów dotyczących dopuszczalności przerywania ciąży⁹, w Irlandii aborcja pozostawała nielegalna. Niezależnie od tego środowiska przeciwnie prawu do aborcji rozpoczęły kampanię na rzecz zmiany Konstytucji w Irlandii w obawie przed liberalizacją prawa, jaka mogłaby nastąpić

abortion-cases-in-twentieth-century-ireland-cara-delay (data dostępu: 1 czerwca 2017).

- 6 Zob. https://en.wikipedia.org/wiki/Abortion_in_the_Republic_of_Ireland#Legislation (data dostępu: 1 czerwca 2017).
- 7 Zob. <https://stairnaheireann.net/2017/01/14/1937-de-valeras-new-constitution-with-its-assertions-of-ireland-as-a-sovereign-32-county-state-and-its-definition-of-catholic-morality-and-womens-place-is-approved-3/> (data dostępu: 1 czerwca 2017); Joanna Mishtal, *Quite Contestation of Irish Abortion Law: Abortion Politics in Flux*, dz. cyt.
- 8 Zakaz antykoncepcji został ostatecznie zniesiony, choć nie całkowicie w 1978 roku (patrz J. Mishtal *Quite Contestation of Irish Abortion Law: Abortion Politics in Flux*, dz. cyt. i sprawa McGee).
- 9 Abortion Act z 1967 roku w Wielkiej Brytanii (poza Północną Irlandią), ustawa wniesiona przez Simone Veil i uchwalona w 1975 roku we Francji czy liberalizacja prawa do aborcji w 1972 roku w Niemczech.

w wyniku orzecznictwa sądowego. Strach przed liberalizacją orzecznictwa wynikał z trendów europejskich i pojawiających się wyroków, które zaczęły liberalniej interpretować istniejące przepisy. W 1973 roku Sąd Najwyższy Irlandii orzekał w sprawie McGee¹⁰, dotyczącej młodej kobiety, której utrudniono dostęp do leków w celu regulacji rozrodczości (antykoncepcji). Sąd Najwyższy wydał wyrok korzystny dla pani McGee i powołał się przy tym na prawo jednostki do prywatności. Wyrok ten stanowił punkt zwrotny w irlandzkiej polityce w zakresie dostępności do antykoncepcji i dał również podstawy do wysunięcia argumentów prawnych dotyczących ochrony praw reprodukcyjnych w oparciu o prawo do prywatności. Podobne argumenty prawne, odwołujące się do prawa do prywatności, były podstawą orzeczenia Roe przeciwko Wade¹¹ w Stanach Zjednoczonych. Orzeczenie to otworzyło drogę do legalnej aborcji Amerykankom i do dziś stanowi precedens prawny, który na poziomie federalnym daje prawo do legalnej aborcji. Taki kierunek rozwoju orzecznictwa w krajach *common law*¹², z powołaniem się na prawo do prywatności stanowiące podstawę prawa do wyboru, niepokoił ruchy przeciwko wyborowi. W ówczesnym stanie prawnym irlandzka Konstytucja nie odnosiła się wprost do kwestii aborcji, zatem liberalizacja prawa w wyniku zmiany orzecznictwa była możliwa.

Aby temu zapobiec, w 1981 roku w Irlandii zawiązała się koalicja na rzecz poprawki do Konstytucji, która chroniłaby prawo do życia człowieka od chwili jego poczęcia¹³. 7 września 1983 roku odbyło się w Irlandii referendum, w wyniku którego przyjęto tzw. ósmą poprawkę do Konstytucji, głoszącą, iż „państwo uznaje prawo do życia nienarodzonego i na tyle, na ile to możliwe, gwarantuje je na równi z prawem matki do życia oraz zapewnia jego prawną ochronę” [tłum. – I.K.]¹⁴.

10 Zob. https://en.wikipedia.org/wiki/McGee_v._The_Attorney_General (data dostępu: 1 czerwca 2017).

11 Zob. https://en.wikipedia.org/wiki/Roe_v._Wade (data dostępu: 1 czerwca 2017).

12 W uproszczeniu, system prawa *common law* odróżnia się od prawa kontynentalnego (skodyfikowanego) tym, że orzeczenia sądów traktowane jako precedensy stają się prawem. Zatem sądy nie tylko prawo interpretują, lecz również je tworzą. Zatem do zmiany prawa nie jest konieczna zmiana ustawy, lecz wystarczy wyrok sądu.

13 Zob. https://en.wikipedia.org/wiki/Pro-Life_Amendment_Campaign (data dostępu: 1 czerwca 2017).

14 „The State acknowledges the right to life of the unborn and, with due regard to the equal right to life of the mother, guarantees in its laws to respect, and, as far

67 procent głosujących poparło tę zmianę. Jest to jedyna w Europie Konstytucja, która chroni życie ludzkie w fazie prenatalnej na równi z życiem kobiety¹⁵.

Powodzenie tegoż referendum oraz tak duże poparcie dla ósmej poprawki miało wiele przyczyn. Szerzej na ten temat piszę w dalszej części, jednak już teraz warto wskazać na szczególną rolę i pozycję Kościoła katolickiego w Irlandii w ówczesnym czasie i utrwalające się od końca XIX wieku konserwatywne wartości wyznaczające status kobiet w życiu społecznym. Koalicja na rzecz wprowadzenia ósmej poprawki i jej sukces był możliwy, ponieważ nie dokonały się jeszcze społeczne zmiany w tym zakresie. Liberalizacja życia społecznego, a co za tym idzie, prawa dopiero się rozpoczęła i została skutecznie powstrzymana przez ósmą poprawkę, jeśli chodzi o prawo do aborcji.

W tak ukształtowanym poprzez ósmą poprawkę środowisku prawnym praktycznie każdy zabieg przerwania ciąży był nielegalny. Problemem było również podróżowanie irlandzkich kobiet do Wielkiej Brytanii w celu przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży oraz udzielanie informacji na temat możliwości uzyskania legalnej aborcji poza Irlandią. W 1992 roku Sąd Najwyższy Irlandii orzekł w sprawie czternastoletniej dziewczynki zgwałconej przez znajomego jej ojca (sprawa X przeciwko Prokuratorowi Generalnemu, dalej zwana „sprawą X”). Dziewczynce zakazano wyjazdu do Wielkiej Brytanii w celu przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży. Dziewczynka była zdesperowana do tego stopnia, że istniała obawa, iż popełni samobójstwo. Sąd Najwyższy Irlandii orzekł, że ósmą poprawkę należy rozumieć w taki sposób, że pozwala ona na przerwanie ciąży dla ratowania życia kobiety w sytuacji „prawdziwego i poważnego/ realnego” zagrożenia dla życia kobiety, w tym z powodu samobójstwa¹⁶.

W wyniku sprawy X w 1992 roku dwie kolejne poprawki do Konstytucji zostały przyjęte, które dały Irlandkom prawo do podróżowania w celu przeprowadzenia aborcji oraz prawo do informacji w zakresie

as practicable, by its laws to defend and vindicate that right”, zob. <http://www.irishstatutebook.ie/eli/cons/en/html#part13> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

15 <https://www.amnesty.ie/wp-content/uploads/2016/04/She-is-Not-a-Criminal-The-Impact-of-Irelands-Abortion-Law.pdf> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

16 „A real and substantial risk”. Tamże.

dostępu do legalnej aborcji w innych krajach¹⁷. W tym samym roku Europejski Trybunał Praw Człowieka orzekł w głośnej sprawie Open Door i Dublin Well Women przeciwko Irlandii¹⁸, że stosowane w Irlandii ograniczenie w dostępie do informacji w zakresie możliwości przerwania ciąży poza granicami Irlandii narusza artykuł 10 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka.

Analiza sytuacji w Irlandii nie pozwala na jednoznaczną odpowiedź na pytanie, co w zasadzie zdecydowało o nowelizacji prawa dotyczącego dostępności aborcji. Wydaje się jednak, że największe znaczenie miały nagłośnione sprawy indywidualnych kobiet, które ze względu na niejasne i restrykcyjne przepisy zmuszone były podróżować do Wielkiej Brytanii lub zapłaciły swoim życiem za istniejący stan rzeczy. O kilku takich sprawach rozpisywała się prasa. Na przestrzeni lat do szerszej publiczności dotarły następujące sprawy: przypadek Sheili Hodgers z 1983 roku, która zmarła na raka w wyniku odmowy właściwego leczenia kobiety w ciąży i której nowonarodzone dziecko również nie przeżyło¹⁹, sprawa brutalnie zgwałconej trzynastolatki w 1997 roku, znana jako sprawa C.²⁰, sprawa z 2006 roku znana jako sprawa D. dotycząca wad płodu, która była też przedmiotem orzekania Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu²¹. Irlandzka opinia publiczna dość regularnie dowiadywała się o konsekwencjach restrykcyjnej polityki państwa. W 2010 roku Europejski Trybunał Praw Człowieka orzekł częściowe naruszenie prawa do prywatności chronionego artykułem 8 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka w przypadku jednej ze skarżących w sprawie A., B., C. przeciwko Irlandii²². Skargę do Trybunału złożyły trzy kobiety, które nie miały dostępu do zabiegu przerwania ciąży w Irlandii. Skarżące A. i B. chciały przerwać ciążę głównie z powodów tzw. społecznych, to

17 13. i 14. poprawka do irlandzkiej Konstytucji.

18 Open Door & Dublin Well Women, 14234/88 14235/88, 29 października 1992 roku; <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-57789> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

19 Zob. https://en.wikipedia.org/wiki/Abortion_in_the_Republic_of_Ireland#Legislation (data dostępu: 1 czerwca 2017).

20 Zob. https://en.wikipedia.org/wiki/C_Case (data dostępu: 1 czerwca 2017).

21 Zob. https://en.wikipedia.org/wiki/D_v_Ireland i D . v. Ireland (dec.) 26499/02, <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=002-3243> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

22 A., B. and C. v. Ireland [GC], 25579/05 z dnia 16 grudnia 2010 roku, <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=002-680> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

znaczy, że nie tylko były w niepożądaną ciążę, lecz również ich sytuacja osobista i finansowa była bardzo zła i nie pozwalała na podjęcie się urodzenia i wychowania dziecka. Trzecia skarżąca, Pani C., chciała przerwać ciążę ze względów zdrowotnych, ponieważ cierpiała na rzadką formę raka i niechciana ciąża stanowiła zagrożenie dla jej życia, zaś leczenie mogło mieć negatywny wpływ na rozwój płodu. Będąc niepewną swej sytuacji prawnej w Irlandii, mimo iż teoretycznie istniały przesłanki umożliwiające aborcję w celu ochrony życia kobiety, Pani C. zdecydowała się na wyjazd do Wielkiej Brytanii, gdzie ciążę przerwała. W sprawie tej Europejski Trybunał Praw Człowieka uznał naruszenie prawa do prywatności i życia osobistego tylko Pani C., głównie z tego powodu, że Irlandia nie miała żadnych faktycznych i prawnych procedur pozwalających kobietom w podobnej sytuacji na uzyskanie informacji, czy mają prawo do przerwania ciąży w Irlandii w przypadku, gdy ciąża stanowi zagrożenie życia, oraz zapewniających im realny dostęp do tego zabiegu.

Wydaje się jednak, że punktem przełomowym była sprawa z października 2012 roku Savity Halappanvar. Młoda, trzydziestodwuletnia kobieta, dentystka, zmarła w szpitalu w wyniku sepsy organizmu spowodowanej poronieniem. Dostępne źródła podają, że jej śmierć była spowodowana brakiem właściwej pomocy medycznej ze względu na restrykcyjne przepisy anty-aborcyjne obowiązujące w Irlandii²³.

Powszechne oburzenie sprawą Savity Halappanvar, nagłaśnianie innych podobnych wypadków przez środowiska za wolnym wyborem oraz potrzeba implementacji orzeczenia Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu w sprawie A.,B.,C. przeciwko Irlandii stanowiły – zdaniem według komentarek i komentatorów – punkt zwrotny w przygotowaniu nowych przepisów regulujących przerywanie ciąży w Irlandii.

W 2013 roku przyjęto ustawę o ochronie życia w trakcie ciąży (dalej „ustawa z 2013 roku”)²⁴. Jednakże wbrew niektórym źródłom ustawa z 2013 roku nie liberalizuje przepisów prawnych regulujących

23 *She is not a criminal*, raport Amnesty International, s. 332, dostępny pod adresem: <https://www.amnesty.ie/wp-content/uploads/2016/04/She-is-Not-a-Criminal-The-Impact-of-Irelands-Abortion-Law.pdf> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

24 Zob. <http://www.irishstatutebook.ie/eli/2013/act/35/enacted/en/html> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

dostępność aborcji, lecz co do zasady dokonuje kodyfikacji warunków dopuszczalności przerywania ciąży, które zostały dopuszczone już w 1992 roku po orzeczeniu Sądu Najwyższego w sprawie X. Zatem aborcja jest legalna i dopuszczalna w celu ochrony życia kobiety, także w razie ryzyka samobójstwa. Karą za przeprowadzenie aborcji jest kara czternastu lat pozbawienia wolności i podlega jej zarówno sama kobieta, jak i osoby trzecie.

Ustawa spotkała się z krytyką środowisk kobiecych i Lekarzy za Wolnym Wyborem, ponieważ posługuje się w dalszym ciągu trudną do interpretacji terminologią, tj. „prawdziwego i poważnego” ryzyka²⁵. Celem ustawy było sprecyzowanie przepisów w zakresie dopuszczalności legalnej aborcji w przypadku ochrony życia kobiety (czego wymagał wyrok w sprawie A.,B.,C. przeciwko Irlandii), jednakże wskazuje się, że wymóg opinii trzech lekarzy jednocześnie, a w przypadku ryzyka samobójstwa dwóch psychologów i położnika, powoduje nieskuteczność tych regulacji²⁶. W związku z tym obecnie obowiązującą ustawę trudno uznać za liberalizację przepisów w stosunku do tych obowiązujących w Irlandii od 1992 roku (jedyną zmianą było obniżenie kary za przeprowadzenie nielegalnego zabiegu aborcji z kary dożywocia na karę czternastu lat pozbawienia wolności)²⁷.

Główną prawną przeszkodą uniemożliwiającą szerszą liberalizację prawa do przerywania ciąży w Irlandii jest ósma poprawka do Konstytucji. Po śmierci Savity Halappanvar w 2012 roku nastąpiła ponowna mobilizacja środowisk za wolnym wyborem. Utworzono Kampanię Prawo do Aborcji²⁸, zaczęto używać hashtaga #repealthe8 w mediach społecznościowych i w krótkim czasie zawiązała się szeroka Koalicja na rzecz Uchylenia Ósmej Poprawki do Konstytucji²⁹. Podczas kampanii wyborczej do parlamentu w lutym 2016 roku partie polityczne

25 *She is not a criminal*, dz. cyt., s. 323.

26 Tamże, s. 324; zob. także <http://www.independent.ie/opinion/analysis/abortion-law-strangled-at-birth-by-unworkable-guidelines-30494121.html> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

27 Zob. <https://www.amnesty.org.uk/abortion-ireland-facts-crime> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

28 Abortion Rights Campaign, <http://www.repealeight.ie/member-profile-london-irish-abortion-rights-campaign/> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

29 Repeal Eight, <http://www.repealeight.ie/> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

w Irlandii wyraziły poparcie dla referendum w celu uchynienia ósmej poprawki. Zadeklarowały to Partia Pracy, Partia Zielonych i Sinn Fein³⁰.

Dodatkowo w czerwcu 2016 roku Komisja Praw Człowieka przy Organizacji Narodów Zjednoczonych³¹ wydała decyzję *Mellet przeciwko Irlandii* w sprawie kobiety, która była zmuszona udać się do Wielkiej Brytanii w celu przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży, gdyż płód obarczony był wadą Edwardsa i nieuleczalnymi, śmiertelnymi wadami serca³². Komisja Praw Człowieka uznała za nieludzkie i poniżające traktowanie, jakiemu była poddana pani Mellet, i wskazała, że Irlandia powinna zmienić prawo, aby nie dopuszczać do cierpienia kobiet. Orzeczenie Komitetu Praw Człowieka zostało pozytywnie przyjęte przez środowiska za wolnym wyborem jako bardziej progresywne niż orzeczenie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie A., B., C. przeciwko Irlandii. Głównym powodem jest to, że w orzeczeniu *Mellet przeciwko Irlandii* Komisja krytykuje istniejący w Irlandii zakaz przerwania ciąży z powodów medycznych, a zatem idzie o krok dalej niż Trybunał, który pozostawia zakres dopuszczalności przerwania ciąży do uznania krajom w ramach tzw. marginesu swobody. W sprawie A., B., C. pani C. teoretycznie miała prawo do przerwania ciąży w Irlandii. W sprawie Pani Mellet – skarżąca nie miała prawa przerwać ciąży w Irlandii z powodu wad płodu.

30 Zob. <https://www.labour.ie/manifesto/reproductive-healthcare/>; <https://greenparty.ie/policies/green-party-reproductive-rights-policy/>; <http://www.sinnfein.ie/contents/39220> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

31 Komisja Praw Człowieka przy ONZ jest organem, który może rozpatrywać skargi indywidualne od obywateli i obywaterek z państw członkowskich ONZ, które ratyfikowały Dodatkowy Protokół do Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych. Sprawa pani Mellet została złożona do Komitetu w 2013 roku i dotyczyła sytuacji, gdy pani Mellet, będąc w 21-22 tygodniu ciąży, dowiedziała się, że płód, który nosi, ma nieuleczalną wadę serca oraz syndrom Edwardsa. Przerwanie ciąży w Irlandii z tych powodów jest niemożliwe i w związku z tym pani Mellet wyjechała do Wielkiej Brytanii, aby przerwać ciążę z powodów medycznych. W skardze podnosiła, że konieczność wyjazdu, koszty finansowe, konieczność podróży powrotnej w szybkim terminie po zabiegu, stres związany z całą sytuacją naruszyły jej prawo do bycia wolnym od nieludzkiego traktowania.

32 Zob. <https://www.reproductiverights.org/document/mellet-v-ireland-ireland-must-legalize-abortion-to-end-violations-of-womens-human-rights>; <http://juris.ohchr.org/Search/Details/2152> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

W tym samym czasie irlandzki minister zdrowia, Simon Harris, opowiedział się za przeprowadzeniem referendum konstytucyjnego w celu uchylecia ósmej poprawki³³.

W lipcu 2016 roku powołano Zgromadzenie Obywateli w celu omówienia i przygotowania poprawek do Konstytucji i jedną z nich jest właśnie uchylene ósmej poprawki³⁴. Na ostatnim spotkaniu Zgromadzenia Obywateli w dniach 22-23 kwietnia 2017 roku ogłoszono rekomendacje i wyniki głosowania w zakresie ósmej poprawki. Wcześniejsze doniesienia prasowe o dość powszechnym przekonaniu o nieadekwatności aktualnych rozwiązań w zakresie przerywania ciąży i potrzebie ich zmiany potwierdziły się³⁵. Zgromadzenie Obywateli większością dwóch trzecich, tj. 64 procent osób w nim uczestniczących, opowiedziało się za bezwarunkowym dostępem do zabiegu przerwania ciąży do końca dwunastego tygodnia jej trwania³⁶. Takie rekomendacje zdecydowanie stanowią wielkie zwycięstwo Koalicji na rzecz Uchylene Ósmej Poprawki i całej pracy ruchu za wolnym wyborem. Rekomendacje te zostały przyjęte z zadowoleniem przez środowiska *pro-choice*, jednakże, jak podkreśla Ruth Flecher ze Stowarzyszenia Prawników za Wolnym Wyborem, jest to dopiero dobry początek długiej drogi prawnej od rekomendacji obywateli i obywaterek do uchwalenia konkretnych rozwiązań prawnych. W pierwszej kolejności należy uchylene ósmą poprawkę do Konstytucji. W tym zakresie porozumienie środowisk za wolnym wyborem jest szerokie i niekontrowersyjne. Dopiero kolejny krok, a zatem przygotowanie i doprowadzenie do uchwalenia konkretnych przepisów, może stanowić moment, kiedy ujawnią się

33 Zob. <http://www.newstalk.com/Simon-Harris-wants-a-referendum-on-repealing-the-8th> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

34 Zob. [https://en.wikipedia.org/wiki/Citizens%27_Assembly_\(Ireland\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Citizens%27_Assembly_(Ireland)) ; <https://www.citizensassembly.ie/en/The-Eighth-Amendment-of-the-Constitution/> (data dostępu: 1 czerwca 2017). Członkowie i członkinie Zgromadzenia Obywateli zostali wyselekcjonowani losowo z uwzględnieniem kryterium wieku, płci i statusu społecznego przez niezależną firmę prywatną. Taki zabieg miał zapewnić jak największą reprezentatywność Zgromadzenia Obywateli.

35 Zob. <http://www.irishtimes.com/news/social-affairs/citizens-assembly-leans-towards-change-in-ireland-s-abortion-laws-1.2929372> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

36 Zob. <http://www.irishtimes.com/news/ireland/irish-news/citizens-assembly-backs-abortion-rights-in-wide-range-of-circumstances-1.3058170> i [https://en.wikipedia.org/wiki/Citizens%27_Assembly_\(Ireland\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Citizens%27_Assembly_(Ireland)) (data dostępu: 1 czerwca 2017).

z większą siłą różnice w wizji modelu prawnego w zakresie regulacji przerwania ciąży.

Kolejnym etapem po głosowaniu Zgromadzenia Obywateli jest komisja w parlamencie irlandzkim. Zgodnie z planami ma powstać dwudziestoosobowa grupa złożona z przedstawicieli i przedstawicielek partii politycznych i grup parlamentarnych, która dalej będzie pracować nad rekomendacjami Zgromadzenia Obywateli i przygotowywać referendum³⁷. Jedną z moich rozmówczyń wskazała, że również na obecnym etapie do procesu zostaną włączeni przedstawiciele i przedstawicielki środowiska medycznego.

Aktualnie zatem Irlandia znajduje się w ważnym momencie, kiedy dyskutowane jest uchylene ósmej poprawki i być może wprowadzenie nowych przepisów regulujących dostępność aborcji. Wobec tego nastąpiła ogromna mobilizacja środowiska za wolnym wyborem.

Jedną z zorganizowanych akcji na rzecz uchylenia ósmej poprawki były również demonstracje uliczne zaplanowane i przeprowadzone 8 marca 2017 roku pod hasłem „Strajk w celu Uchylenia” (Strike4Repeal)³⁸. Akcja została pomyślana jako strajk kobiet i w tym sensie przypomina akcje strajku kobiet w Islandii w 1975 roku oraz w Polsce w 2016 roku³⁹. Znakiem rozpoznawczym inicjatywy były również czarne koszulki z nadrukiem „uchylić” (Repeal), co wykazuje podobieństwo do Czarnych Protestów w 2016 roku w Polsce, których

37 Zob. <http://www.irishtimes.com/news/politics/abortion-q-a-what-next-after-citizens-assembly-vote-1.3059370> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

38 Zob. <http://strike4repeal.org/> i <http://www.independent.co.uk/news/world/europe/irish-women-strike-republic-ireland-abortion-ban-pro-choice-constitution-change-a7541606.html> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

39 W Polsce w październiku 2016 roku odbyła się seria tzw. Czarnych Protestów na terenie kraju, w proteście przeciwko zaostrzeniu obowiązujących przepisów dotyczących przerywania ciąży. Ruch „czarnego protestu” osiągnął skalę masową i spowodował wyjście na ulice tysiący kobiet, także tych wcześniej niezaangażowanych w czynną walkę o prawa reprodukcyjne. Dalszym etapem „czarnego protestu” było powstanie Ogólnopolskiego Strajku Kobiet w Polsce. Zob. <http://wiadomosci.wp.pl/czarny-protest-manifestacje-w-wielu-miastach-w-polsce-ile-osob-wzielo-udzial-w-demonstracjach-6043943038128769a>; <http://www.ifispan.pl/czarny-protest-perspektywa-ruchow-spoecznych-i-teorie-oporu-seminarium-z-cyklu-gender-i-seksualnosc-w-polskiej-nauce-i-praktyce-spoecznej/>; <http://audycje.tokfm.pl/podcast/Agnieszka-Graff-o-Marszu-Kobiet-polskim-feminizmie-i-Czarnym-Protescie/45924>; <http://www.tokfm.pl/Tokfm/7,103454,21591910,nagroda-radia-tok-fm-za-2016-rok-dla-organizatorek-czarnego.html> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

znakiem rozpoznawczym były czarne stroje⁴⁰. 8 marca 2017 roku odbyły się demonstracje zarówno w Irlandii, jak i w innych miejscach na świecie w celu podniesienia świadomości i zmobilizowania do działań na rzecz uchylenia ósmej poprawki⁴¹. Akcja oceniana jest pozytywnie, jako mobilizująca wiele środowisk i podnosząca społeczną świadomość problemu niedostępności legalnej aborcji w Irlandii.

ROLA ORGANIZACJI POZARZĄDOWYCH W DZIAŁANIACH MAJĄCYCH NA CELU LIBERALIZACJĘ PRAWA DO PRZERYWANIA CIĄŻY

Obecnie jest wiele organizacji i grup, które działają w zakresie praw reprodukcyjnych i prawa do aborcji. Jedną z najstarszych i dobrze osadzonych organizacji za wolnym wyborem w Irlandii jest Irlandzkie Stowarzyszenie na rzecz Planowania Rodziny⁴². Organizacja od lat zajmuje się udzielaniem informacji Irlandkom, które zaszły w niechcianą ciążę lub ciążę z powikłaniami. Udzielanie informacji na temat możliwości uzyskania legalnej aborcji poza Irlandią jest legalne i potwierdzone w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu w sprawie Open Door Counseling i Dublin Well Women Center przeciwko Irlandii⁴³. Organizacja Dublin Well Women działa do dzisiaj i należy do Koalicji na rzecz Uchylenia Ósmej Poprawki⁴⁴. Obecnie jest wiele grup, inicjatyw i organizacji tzw. pro-choice. Nie wydaje się wskazane ani konieczne wybieranie wśród nich lidera czy też organizacji najważniejszej, jako że cechą charakterystyczną ruchów społecznych jest to, że się stale zmieniają. Niewątpliwie Irlandzkie Stowarzyszenie na rzecz Planowania Rodziny jest

40 Identyfikacja czarnego stroju z czarnym protestem dokonała się do tego stopnia, że miała miejsce próba pociągnięcia do odpowiedzialności dyscyplinarnej nauczycielek z Zabrza, które w dniu protestu przyszły do pracy ubrane na czarno. <http://www.tvn24.pl/wiadomosci-z-kraju,3/nauczycielki-poparly-czarny-protest-stana-przed-komisja-dyscyplinarna,714399.html> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

41 Zob. <http://www.irishtimes.com/news/politics/thousands-march-against-eighth-amendment-in-dublin-1.3002375> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

42 Zob. https://www.ifpa.ie/about_us (data dostępu: 1 czerwca 2017).

43 Zob. http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-57789_OPEN_DOOR_AND_DUBLIN_WELL_WOMAN_v._IRELAND_14234/88_14235/88 (data dostępu: 1 czerwca 2017).

44 Zob. <http://wellwomancentre.ie/> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

podmiotem wyróżniającym się, lecz również irlandzki oddział Amnesty International od lat działa na rzecz liberalizacji prawa do aborcji.

Analiza sytuacji w Irlandii i rozmowy w ekspertkami⁴⁵ wskazują, że obecnie środowisko za wolnym wyborem mobilizuje się wokół akcji uchylecia ósmej poprawki do Konstytucji. Na aktywność społeczeństwa obywatelskiego i organizacji działających za wyborem wskazuje liczba opinii zgłoszonych do Zgromadzenia Obywatelskiego.

Niemniej jednak stała aktywność wielu podmiotów i organizacji, takich jak Irlandzkiego Stowarzyszenia na rzecz Planowania Rodziny czy irlandzkiego oddziału Amnesty International, pozwoliło na zbudowanie solidnej bazy danych, która udokumentowała przypadki kobiet poszkodowanych restrykcyjnym prawem. Stała polityka tych podmiotów, powtarzające się próby zaskarżenia Irlandii do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, a potem Komisji Praw Człowieka przy ONZ oraz Komitetu CEDAW⁴⁶ zaowocowały solidnym fundamentem, na którym mogą się oprzeć kolejne pokolenia.

Warto zwrócić uwagę na działającą w Irlandii organizację Lekarze za Wolnym Wyborem⁴⁷, która została założona w 2002 roku przez kilku lekarzy, głównie lekarzy ogólnych, sprzeciwiających się obowiązującym przepisom w zakresie aborcji. Organizacja bardzo długo pozostawała małym podmiotem, średnio aktywnym. Wzmocnienie działań nastąpiło dwa, trzy lata temu dzięki zawiązaniu się Koalicji na rzecz Uchylecia Ósmej Poprawki do Konstytucji. Poruszenie społeczeństwa irlandzkiego wywarło wpływ również na środowisko lekarskie. Organizacja Lekarze za Wolnym Wyborem odnotowała przyrost członków i członkiń, głównie jednak lekarzy ogólnych i specjalistów innych niż ginekolodzy i położnicy. Mary Favier, która jest członkinią założycielką Lekarzy za Wolnym Wyborem, podkreśla, że środowisko ginekologów i położników, nawet jeśli osobiście popiera liberalizację prawa i wolny dostęp do aborcji, to jednak tradycyjne normy w środowisku i w większości konserwatywne postawy lekarzy powstrzymują takie osoby przed otwartym przyłączeniem się do Lekarzy za Wolnym

45 Christina Zampas niezależna ekspertka, Katriene Thomasen i Leah Hoctor z Center for Reproductive Rights.

46 Komitet CEDAW monitoruje wdrażanie ONZ-owskiej *Konwencji w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet*.

47 Zob. <https://doctorsforchoiceireland.com/> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

Wyborem. Konstatację tę potwierdzają badania przeprowadzone przez Joannę Mishtal w 2009 i 2010 roku wśród lekarzy irlandzkich⁴⁸. Rozmówcy Mishtal potwierdzają, że zarówno ich osobiste przekonania, które zostały ukształtowane przez kulturę rzymskokatolicką i pod wpływem Kościoła katolickiego, instytucjonalne uwarunkowania związane z tym, że wiele szpitali prowadzi ośrodki kościelne, oraz swoisty konformizm irlandzki powodują, że lekarze zasadniczo unikają angażowania się w działania za wolnym wyborem, choć często osobiście mają liberalniejsze poglądy.

Niemniej jednak wkład Lekarzy za Wolnym Wyborem w walkę o liberalizację dostępu do aborcji w Irlandii nie może przejść bez echa. Przygotowali oni opinię przyjaciela sądu na potrzeby sprawy A.,B.,C. przeciwko Irlandii⁴⁹ oraz zabierają głos w debacie publicznej w zakresie przerywania ciąży⁵⁰. Dodatkowo wydaje się, że istnienie tej organizacji zrzeszającej medyków o liberalnych poglądach dotyczących kwestii aborcji daje świadectwo innym lekarzom oraz niejednokrotnie potrzebne wsparcie.

Zasadniczo Lekarze za Wolnym Wyborem mają bardzo liberalne podejście do zagadnienia dostępu do aborcji, a nawet opowiadają się za brakiem regulacji w tym zakresie, odwołując się do modelu kanadyjskiego. Otwarcie krytykują nowe przepisy prawne przyjęte w 2013 roku. O ile głos krytyczny w zakresie nowych regulacji z 2013 roku jest wspólny dla całego środowiska irlandzkiego za wolnym wyborem, o tyle można usłyszeć opinie, że bezkompromisowa postawa Lekarzy za Wolnym Wyborem powoduje ich izolację, w szczególności postulat nieregulowania aborcji w żaden szczególny sposób. Trzeba wspomnieć, że pojawiają się głosy wskazujące, że z punktu widzenia strategii całego ruchu podejście Lekarzy za Wolnym Wyborem może stanowić barierę w przyłączeniu się innych lekarzy do tego ruchu, wypracowaniu wspólnego medycznego stanowiska oraz powoduje, że

48 Joanna Mishtal, *Quite Contestation of Irish Abortion Law: Abortion Politics in Flux*, dz. cyt.

49 A., B. and C. v. Ireland [GC], 25579/05 z dnia 16 grudnia 2010 roku, paragrafy 120-122 orzeczenia <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=002-680>; https://doctorsforchoiceireland.files.wordpress.com/2014/06/abc_brief_bpas_and_dfc.pdf (data dostępu: 1 czerwca 2017).

Zob. <http://www.irishstatutebook.ie/eli/2013/act/35/enacted/en/html> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

50 Zob. <https://doctorsforchoiceireland.com/media/> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

brak jest jednego głosu, jakim mogłoby mówić medyczne środowisko za wolnym wyborem.

Niezależnie od powyższych zastrzeżeń, doświadczenia Lekarzy za Wolnym Wyborem mogą być ciekawym punktem odniesienia dla polskiego środowiska. W szczególności w wywiadach zwracano uwagę, aby koalicji medycznych nie budować jedynie w oparciu o lekarzy ginekologów i położników, lecz warto zwrócić się do lekarzy ogólnych i innych specjalizacji. Wskazywano na duże znaczenie postaw położnych oraz współpracę ze studentami i studentkami medycyny.

WSPÓŁPRACA ŚRODOWISK KOBIECYCH ZE ŚRODOWISKIEM LEKARSKIM

Lekarze za Wolnym Wyborem w wywiadzie wskazywali na potrzebę szerokiej współpracy ze środowiskiem kobiecym/ feministycznym. Podkreślano, iż od samego początku organizacja ta otrzymywała duże wsparcie administracyjne od Irlandzkiego Stowarzyszenia na rzecz Planowania Rodziny. Ważna jest także ciągła obecność na różnego rodzaju wspólnie organizowanych przedsięwzięciach i konferencjach, wygłaszanie wykładów i odczytów, wspólny dialog. Rozmówcy z zewnątrz wskazywali jednak, że brakuje wspólnego jednolitego stanowiska lub strategii działania, co może przyczyniać się do nieefektywności działań.

Lekarze za Wolnym Wyborem podkreślali również potrzebę współpracy z innymi środowiskami i tu wskazywano na irlandzką organizację Prawnicy za Wolnym Wyborem, która współpracowała z Lekarzami za Wolnym Wyborem w sprawie A.,B.,C. przeciwko Irlandii i nadal pozostaje w bliskiej relacji. Głównie organizacja ta zajmuje się wspieraniem i doradzeniem lekarzom w zakresie przygotowania stanowisk do organów ONZ dotyczących naruszeń praw człowieka, pomaga zbierać i formułować prawnie medyczne dowody szkód związanych z masowymi wyjazdami Irlandek do Wielkiej Brytanii w celu przerwania ciąży, przygotowuje tzw. raporty alternatywne (*shadow reports*) na potrzeby sprawozdawania się do międzynarodowych organów ochrony praw człowieka. Ruth Flecher wskazała na potrzebę współpracy pomiędzy lekarzami i prawnikami w celu przygotowania jaśniejszych

i bardziej konkretnych stanowisk. Wydaje się naturalne, że w przypadku praw reprodukcyjnych, dziedziny, w której wiedza medyczna na pewnym poziomie wydaje się niezbędna, lecz jednocześnie jest mocno prawnie regulowana, dialog, współpraca i tworzenie podmiotów interdyscyplinarnych prawnomedycznych jest ważne i pomaga skutecznie formułować argumenty i przygotowywać strategie.

ROLA KOŚCIOŁA KATOLICKIEGO I PARTII POLITYCZNYCH

Zrozumienie pozycji i roli Kościoła katolickiego w Irlandii wymaga spojrzenia historycznego. Źródła wskazują, że już w XIX wieku, gdy Irlandia nie była niepodległa, Kościół katolicki zyskał silną pozycję. Imperium Brytyjskie obawiało się, że pozostawieni sami sobie zubożali Irlandczycy mogą stać się zagrożeniem i buntować się. Aby temu zapobiec, pozwolono Kościołowi katolickiemu rozszerzać swe wpływy w wielu sferach życia społecznego. Dotyczyło to w głównej mierze edukacji i opieki nad dziećmi. W XIX wieku Kościół zyskiwał coraz więcej władzy w zakresie opieki społecznej, opieki zdrowotnej i w końcu zdobył znaczący wpływ na moralność Irlandczyków i Irlandek⁵¹. Kościół katolicki także i dziś prowadzi wiele szpitali, w tym ginekologiczno-położniczych, co przekłada się bezpośrednio na politykę tych podmiotów w zakresie praw reprodukcyjnych. W Polsce tradycyjnie szpitale nie są prowadzone przez instytucje kościelne, co jest zdecydowaną różnicą, jednakże warto zwrócić uwagę na to, że w Polsce księża mają tradycyjnie swoje miejsce w szpitalu. Mają oni bowiem niejednokrotnie nielimitowany dostęp do pacjentów i pacjentek w ramach „opieki duchowej”. Tradycyjnie księża są mile widziani w szpitalach, ponieważ są postrzegani jako duchowi przewodnicy dający wsparcie chorym.

Podkreśla się również istotną rolę irlandzkiego Kościoła katolickiego w walce o odzyskanie niepodległości przez Irlandię, co wskazuje na powiązania irlandzkiego nacjonalizmu z religią rzymskokatolicką⁵². W tym sensie możemy, moim zdaniem, zobaczyć pewne

51 Zob. <http://publish.ucc.ie/ijpp/2010/01/moran/01/en> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

52 Zob. <http://www.irishtimes.com/opinion/eamonn-mccann-role-of-catholic-church-in-easter-rising-should-be-remembered-1.2168941> ; https://en.wikipedia.org/wiki/Catholic_Church_in_Ireland#Politics (data dostępu: 1 czerwca 2017).

podobieństwo w relacji Kościoła katolickiego w Polsce z opozycją demokratyczną przed 1989 rokiem.

Analizując znaczenie irlandzkiego Kościoła katolickiego i próbując zrozumieć jego stosunek do praw kobiet, należy zwrócić uwagę na tzw. azyle sióstr magdalenek⁵³. Popularne głównie w Irlandii i Wielkiej Brytanii domy prowadzone przez katolickie zakony żeńskie dla samotnych matek, prostytutek, jak również dziewcząt uważanych za „krynóbrne” lub „zbyt wyzywające seksualnie”. Instytucje te charakteryzowały się silnym rygorem i opresyjnością. Z historycznego punktu widzenia można na nie spojrzeć jako na miejsca, gdzie chciano zepchnąć i stłamsić kobiecą seksualność i karano kobiety za ich funkcje reprodukcyjne. Ostatni taki ośrodek zamknięto w Irlandii w 1996 roku.

Na takim tle społeczno-obyczajowym toczyła się walka o prawa reprodukcyjne Irlandek, która została przez kobiety przegrana w wyniku referendum w 1983 roku wskutek wprowadzenia ósmej poprawki do Konstytucji. Kościół i organizacje katolickie były bardzo aktywne w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych w walce o wprowadzenie tej poprawki, aby zapobiec liberalizacji prawa.

W 2002 roku podjęto próbę wprowadzenia 25. poprawki do Konstytucji, będącą inicjatywą przeciwników wolnego wyboru i odpowiedzią na sprawę X z 1992 roku. Miała ona na celu zlikwidowanie możliwości przeprowadzenia legalnej aborcji w Irlandii w sytuacji ryzyka samobójstwa, zaproponowano również nowe kary dla osób przeprowadzających aborcje⁵⁴. Społeczeństwo irlandzkie w referendum odrzuciło tę poprawkę; niektórzy wskazują, iż był to istotny moment w walce o prawa reprodukcyjne kobiet, lecz również punkt zwrotny, jeśli chodzi o władzę Kościoła katolickiego nad społeczeństwem irlandzkim⁵⁵.

Kolejnym niebagatelnym wydarzeniem był tzw. Raport Ryana z 2009 roku⁵⁶. Sporządzony przez rządową komisję, dokument dotyczył

53 Zob. https://en.wikipedia.org/wiki/Magdalene_asylum (data dostępu: 1 czerwca 2017).

54 Zob. [https://en.wikipedia.org/wiki/Twenty-fifth_Amendment_of_the_Constitution_Bill_2002_\(Ireland\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Twenty-fifth_Amendment_of_the_Constitution_Bill_2002_(Ireland)) (data dostępu: 1 czerwca 2017).

55 Zob. <http://struggle.ws/wsm/rbr/rbr7/abortion.html> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

56 Zob. https://en.wikipedia.org/wiki/Commission_to_Inquire_into_Child_Abuse i <https://www.theguardian.com/world/2009/may/20/irish-catholic-schools-child-abuse-claims> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

przypadków przemocy i wykorzystywania seksualnego dzieci w placówkach edukacyjnych prowadzonych przez Kościół katolicki. Opublikowanie raportu i ujawnienie ogromnej skali nadużyć i przestępstw w sposób zasadniczy podważyło pozycję Kościoła katolickiego.

Obecnie w Irlandii 85 procent społeczeństwa deklaruje się jako katolicy i katoliczki⁵⁷. Mimo to wydaje się, że wpływ Kościoła katolickiego na sposób myślenia o aborcji Irlandczyków i Irlandek się zmienił. Kiedy w październiku 2016 roku arcybiskup Eamon Martin w odpowiedzi na decyzję Komitetu Praw Człowieka ONZ w sprawie Mellet przeciwko Irlandii powiedział, że „ósma poprawka jest czymś wspaniałym”, spotkał się z otwartą i emocjonalną krytyką ze strony rodzin, które doświadczyły ciąży, gdy płód był obarczony nieuleczalnymi, często śmiertelnymi wadami⁵⁸.

Główne partie polityczne Irlandii, takie jak Fine Gael i Fianna Fáil, mają raczej konserwatywne postawy, jeśli chodzi o podejście do aborcji. Historycznie wspierały one ósmą poprawkę. Obecnie w partiach politycznych zaczynają się tworzyć podziały wewnętrzne dotyczące referendum uchylającego ósmą poprawkę i liberalizacji prawa do przerywania ciąży⁵⁹. Choć jak wskazałam wyżej, dzięki działaniom Koalicji na rzecz Uchylenia Ósmej Poprawki do Konstytucji część polityków oficjalnie poparła pomysł referendum, to jednak wielu polityków zasadniczo woli zachować milczenie i uchyliła się od odpowiedzi na pytanie, czy poparą liberalizację prawa do aborcji, ponieważ wpływ Kościoła katolickiego na politykę jest wciąż silny.

57 W 2011 roku 84.2 procent obywateli i obywaterek Republiki Irlandii i 43.8 procent mieszkańców i mieszkanki Irlandii Północnej zadeklarowało, że są katolikami/katoliczkami. Na wyspie Irlandii 4 599 368 osób uważa się za katolików: 3 861 335 (84.16 procent) w Republice Irlandii i 738 033 (40.76 procent) w Irlandii Północnej. Łączna populacja katolików i katoliczek wynosi 4 599 368, tj. 71.88 procent.

58 Zob. <http://www.newstalk.com/Campaigners-criticise-Archbishop-Eamon-Martin-over-callous-abortion-comments> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

59 Zob. <https://www.theguardian.com/commentisfree/2016/mar/09/ireland-election-abortion-rights-campaign> i <http://www.irishtimes.com/news/politics/abortion-issue-divides-opinion-in-parties-survey-shows-1.2547941> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

OPINIA PUBLICZNA A PRZERYWANIE CIĄŻY

W 1983 roku w referendum dotyczącym ósmej poprawki do Konstytucji, która zasadniczo zrównała ochronę płodu z życiem kobiety i wprowadziła niemal całkowity zakaz aborcji, 67 procent głosujących poparło tę zmianę. W głosowaniu wzięło udział około 54 procent uprawnionych do głosowania. W 2002 roku, gdy ważyły się losy 25. poprawki, zakazującej aborcji w razie ryzyka samobójstwa kobiety, zagłosowało około 43 procent uprawnionych i około 51 procent było przeciwnych poprawce.

Od tamtego czasu widać coraz większą wolę opinii publicznej zliberalizowania przepisów dotyczących przerywania ciąży. Poparcie dla liberalizacji przepisów utrzymuje się na poziomie od 70 do 80 procent, podczas gdy poparcie dla swobodnego dostępu kobiet do zabiegu aborcji w pierwszym jej trymestrze waha się od 45 do 52 procent⁶⁰.

Co ważne, zasadniczo spadło poparcie i zrozumienie dla ósmej poprawki do Konstytucji. Z badań przeprowadzonych w 2010 roku na zlecenie organizacji przeciwnych wolnemu wyborowi wynika, że Irlandczycy i Irlandki mają wątpliwości co do uprzywilejowanej ochrony płodu wyrażonej w Konstytucji w sytuacji, gdy aborcja ma ratować życie matki.

Przeprowadzenie badań opinii publicznej dotyczące postaw wobec aborcji zlecił irlandzki oddział Amnesty International. Sondaż z 2015 roku wykazał, że 67 procent badanych popiera dekryminalizację zabiegu aborcji (Irlandia pozostaje bowiem niemalże jedynym krajem europejskim, gdzie karze podlega kobieta). Wprawdzie 81 procent badanych wskazało na potrzebę liberalizacji przepisów dotyczących aborcji, jednak tylko 45 procent dopuszcza aborcję jako wolny wybór kobiety, uważa, że to kobieta podejmuje decyzję⁶¹. Ostatnie badania z października 2016 roku wskazały, że 75 procent badanych popiera uchylene ósmej poprawki do Konstytucji.

60 Zob. <https://www.ifpa.ie/Hot-Topics/Abortion/Public-Opinion> i <https://www.amnesty.ie/wp-content/uploads/2016/05/Abortion-in-Ireland-May-2015-Red-C-poll.pdf> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

61 Zob. <https://www.ifpa.ie/Hot-Topics/Abortion/Public-Opinion> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

Choć te wyniki są zadowalające i wydają się wskazywać na dość szerokie poparcie dla liberalizacji prawa dotyczącego aborcji, warto pamiętać, że szerokim poparciem cieszy się głównie generalna idea liberalizacji i dekryminalizacji aborcji. Dość powszechna jest opinia, by aborcja była legalnie dostępna dla ratowania życia kobiety, gdy ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego lub gdy płód obciążony jest ciężkimi wadami genetycznymi lub rozwojowymi. Wydaje się jednak, że nie można jednoznacznie stwierdzić, iż prawo do aborcji interpretowane jako wolny wybór cieszy się szerokim poparciem Irlandczyków i Irlandek. Można tu dostrzec pewne podobieństwo z opiniami polskiego społeczeństwa, które dość stanowczo zareagowało na próby zaostreżenia obowiązujących przepisów, nie ma jednak pewności, czy i w jakim zakresie polski Czarny Protest przełoży się na poparcie liberalizacji prawa do przerywania ciąży w Polsce.

OBSERWACJE I WNIOSKI

W pierwszej kolejności warto zadać sobie pytanie, na ile sytuacja w Irlandii jest podobna do tej w Polsce. W zakresie obowiązujących przepisów prawnych mamy bowiem do czynienia z zasadniczą różnicą. Obecnie obowiązujące irlandzkie przepisy są dużo bardziej rygorystyczne niż polskie regulacje. W Irlandii aborcja jest dopuszczalna tylko w celu ratowania życia kobiety, w tym z powodu ryzyka samobójstwa. Dodatkowo karze więzienia podlega również kobieta. Ponadto Irlandia nie może odwołać się do żadnego okresu w historii, kiedy aborcja była legalna i dostępna. Nie ma ani jednego pokolenia kobiet, które mogłyby kolejnym generacjom dawać świadectwo doświadczeń związanych z dostępem do legalnej aborcji.

Moim zdaniem podejście obu społeczeństw i obserwowane obecnie procesy w obu krajach należy oceniać z tej właśnie perspektywy. Walka o liberalizację dostępu do aborcji w Irlandii może bowiem oznaczać walkę o uchycenie ósmej poprawki i wprowadzenie przepisów bliźniaczych do tych obowiązujących w Polsce.

Nie znalazłam publicznie dostępnych statystyk państwowych na temat liczby legalnych zabiegów aborcji w Irlandii. Większość statystyk i danych pokazuje skalę podróży Irlandek do innych krajów,

głównie do Wielkiej Brytanii. Z uzyskanych przeze mnie danych wynika, że w 2014 i 2015 roku przeprowadzono 26 legalnych zabiegów⁶² (po wprowadzeniu ustawy z 2013 roku). Moim zdaniem jednak trzeba uwzględnić dane dotyczące martwych urodzeń, ponieważ jako takie raportowane są poronienia po dwudziestym tygodniu ciąży. W latach 2000-2011 liczba martwych urodzeń wahała się od 200 do 300 przypadków. Sprawa Savity Halappanvar z 2012 roku pokazuje wyraźnie, że nawet rozpoczęte poronienie nie kończy się zabiegiem przerwania ciąży, dopóki odczuwane jest bicie serca płodu. Taka sytuacja doprowadziła właśnie do śmierci pani Halappanvar. Nie ma jasności, jak postępowanie lekarzy w sprawie Savity Halappanvar zostało ocenione z prawnego punktu widzenia, ponieważ brak jest informacji o pociągnięciu ich do odpowiedzialności⁶³. W 2013 roku został opublikowany raport niezależnego Organu ds. 3Informacji i Jakości Zdrowia(HIQA)⁶⁴ w sprawie okoliczności śmierci pani Halappanvar⁶⁵. Dokument wyraźnie wykazał błędne postępowanie lekarzy i pozostałego personelu medycznego w Uniwersyteckim Szpitalu w Galway, we wnioskach końcowych stwierdzono, że brak prawidłowej reakcji oraz opieki doprowadził do śmierci pacjentki⁶⁶.

Jedna z osób w wywiadzie wskazała też, że jej zdaniem istotną różnicą w sytuacji, z jaką mamy do czynienia w Irlandii i w Polsce, jest arbitralność decyzji lekarzy. Ze względu na bardziej restrykcyjne przepisy w Irlandii aborcja jest praktycznie niedostępna, lekarze zachowują daleko idącą powściągliwość, lecz ich działanie jest przewidywalne. W Polsce natomiast, pomimo dostępności aborcji w ograniczonych przypadkach, mamy do czynienia z większą arbitralnością decyzji lekarzy. Lekarze nawet bez powołania się formalnie na tzw. klauzulę sumienia odmawiają zarówno diagnostyki, jak i przeprowadzenia

62 Zob. <http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/ab-ireland.html> (data dostępu 1 czerwca 2017).

63 Zob. <https://drjengunter.wordpress.com/2012/11/14/did-irish-catholic-law-or-malpractice-kill-savita-halappanavar/> i <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/europe/ireland/10119109/Irish-abortion-law-key-factor-in-death-of-Savita-Halappanavar-official-report-finds.html> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

64 Zob. <https://www.hiqa.ie/about-us> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

65 Zob. <https://www.hiqa.ie/hiqa-news-updates/patient-safety-investigation-report-published-health-information-and-quality> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

66 Zob. <http://www.irishtimes.com/news/health/medical-staff-failed-to-act-as-savita-s-condition-worsened-1.1555063> (data dostępu: 1 czerwca 2017).

legalnego zabiegu przerwania ciąży. W Irlandii tzw. klauzula sumienia została wprowadzona ustawą z 2013 roku. Nie znalazłam danych potwierdzających, że jest to duży systemowy problem w Irlandii – tak jak jest to problem w Polsce. Także dlatego, że w tak restrykcyjnym środowisku prawnym, jakie jest w Irlandii, powoływanie się na klauzulę sumienia może nie być powszechne, ponieważ prawie każda aborcja jest nielegalna.

Wydaje się, że stanowisko zarówno Kościoła katolickiego, jak i polityków dotyczące aborcji jest podobne w Polsce i w Irlandii. Silna pozycja Kościoła jest w obu krajach uwarunkowana wiarą i historią. W konsekwencji politycy unikają jasnych deklaracji odnośnie liberalizacji prawa do przerywania ciąży, żeby nie narazić się na konflikt z Kościołem katolickim. Warto jednak zauważyć, że pozycja Kościoła katolickiego w Irlandii wyraźnie słabnie, głównie z powodu skandali z udziałem tej instytucji związanych z domami magdalenek oraz Raportem Ryana, o których już była mowa wcześniej. W przypadku polskiego Kościoła katolickiego nie ma takich negatywnych wydarzeń, a w każdym razie nie zostały one nagłośnione. Ani doniesienia o nieprawidłowościach dotyczących zwrotu majątków Kościoła, ani skandal pedofilski będący elementem globalnego problemu Kościoła rzymskokatolickiego nie mają porównywalnej skali. Pod tym względem Kościół wydaje się mieć silniejszą pozycję w Polsce w sferze symbolicznej i nieformalnej władzy. Irlandzki Kościół katolicki zdaje się tracić wpływy właśnie dlatego, że zawiódł całkowicie tam, gdzie miał władzę instytucjonalną.

Choć politycy irlandzcy nadal pozostają pod dużym wpływem Kościoła katolickiego, to jednak postanie Komisji Ryana i następnie raportu, który ujawnił skalę przestępstw popełnianych w placówkach prowadzonych przez osoby duchowne i potępił te praktyki, wskazuje na większą – jak się wydaje – niezależność polityki od Kościoła w Irlandii.

Jeśli chodzi o współpracę i aktywność środowiska lekarskiego, Irlandia może do pewnego stopnia stanowić punkt odniesienia dla Polski. Trudno jednak powiedzieć, czy możemy ją traktować jako pozytywny przykład. Przede wszystkim wskazać należy, że choć organizacja Lekarze za Wolnym Wyborem istnieje, to wciąż brakuje jej dobrego zorganizowania i szerokiego poparcia wśród lekarzy. Pozytywnie

należy ocenić, że stowarzyszenie to współpracuje z lekarzami innymi niż ginekolodzy i położnicy, lecz jednocześnie nieobecność ginekologów w jej szeregach należy ocenić negatywnie. Jak podają inne źródła, sytuacja ta może być spowodowana dość radykalną jak na Irlandię i bezkompromisową postawą Lekarzy za Wolnym Wyborem. Czerpiąc z doświadczeń irlandzkich, warto postawić sobie pytanie, jaką przyjąć strategię współpracy z lekarzami i innymi zawodami medycznymi, w tym z położnymi. Wydaje się, że wspólne stanowisko warto wypracować razem, nawet jeśli oznacza ono mniej radykalną postawę niż ta prezentowana przez środowiska kobiece. Głównym celem wspólnego działania opartego na kompromisie, możliwym do zaakceptowania przez obie strony, jest uniknięcie marginalizacji środowiska medycznego. W moim przekonaniu dotyczyć to może nie tylko celów ruchu, lecz również wyboru języka komunikacji oraz środków nacisku. Z doświadczeń Lekarzy za Wolnym Wyborem interesujące jest odwołanie się do doświadczeń lekarzy innych specjalności, którzy mogą zaświadczyć o konsekwencjach medycznych w przypadku ciąży stanowiącej zagrożenie dla zdrowia kobiet czy ciąży niechcianej. Na przykład lekarz rodzinny może zaobserwować, jak niechciana ciąża wpływa na życie i zdrowie kobiety. Psycholodzy mogą dostarczyć ekspertyzy o konsekwencjach zdrowotnych, jakie powodują ciążę będące skutkiem przestępstwa. Podobnie wydaje się, że wskazana jest współpraca z lekarzami w zakresie umożliwiania polskim kobietom dostępu do aborcji medycznej, w sytuacji, gdy jest ona prawnie dopuszczalna.

Irlandia pozornie jest krajem bardzo podobnym do Polski. Są jednak między tymi dwoma krajami zasadnicze różnice, których nie można zignorować, ponieważ ich konsekwencją jest to, że nie można takich samych strategii stosować w jednym kraju i drugim. Nie ulega jednak wątpliwości, że doświadczenia irlandzkie są ciekawe i powinny być analizowane przez polski ruch pro-choice. Także jako przestroga. Współpraca środowisk za wolnym wyborem w obu krajach może przynieść pozytywne efekty także dlatego, że perspektywa z zewnątrz czasem pomaga odblokować nowe ścieżki i strategie.

Kwestionariusz do badania jakościowego z lekarzami ginekologami i lekarkami ginekolożkami

Ankieterka przedstawia się i krótko referuje projekt (mówi o tym, że jest to projekt realizowany przez Fundację na rzecz Równości i Emancypacji STER).

METRYCZKA

Zadam Pani/ Panu najpierw kilka pytań do celów dokumentacji:

M1. Płeć. Ankieterka wpisuje sama

KOBIETA	
MĘŻCZYZNA	

M2. Pani/ Pana wiek. Proszę wybrać jedną odpowiedź.

25-34	
35-44	
45-54	
POWYŻEJ 55	

M3. Staż pracy. Proszę wybrać jedną odpowiedź

0-3 LATA	
4-10 LAT	
10-15 LAT	
POWYZEJ 15 LAT	

**I. SPOŁECZNA ROLA I FUNKCJONOWANIE LEKARZY,
ZAANGAŻOWANIE W DEBATĘ PUBLICZNĄ,
CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA OPINIE LEKARZY
DOTYCZĄCE PRZERYWANIA CIĄŻY**

Celem tej części wywiadu jest uzyskanie wiedzy na temat opinii rozmówcy dotyczących środowiska lekarskiego: społecznej roli lekarzy i obecności przedstawicieli tego środowiska w debacie publicznej.

1. Co Pan/Pani sądzi o tym, że lekarze publicznie (np. w mediach) wypowiadają się/ zabierają głos na temat przerywania ciąży?

ZAGADNIENIA:

- Co Pan sądzi o tym, że lekarze publicznie opowiadają się za złagodzeniem obecnego prawa?
- Co Pan/ Pani sądzi o tym, że lekarze publicznie opowiadają się za obroną obecnego stanu prawnego?
- Co Pan/ Pani sądzi o tym, że lekarze publicznie opowiadają się za zaostrzeniem istniejącego prawa dotyczącego przerywania ciąży?

2. Jakie grupy, poza samymi lekarzami, pełnią ważne opiniotwórcze funkcje i poprzez swoje zaangażowanie w debatę publiczną mają wpływ na opinie lekarzy, zwłaszcza w kwestiach związanych z przerywaniem ciąży?

ZAGADNIENIA:

Jaki jest wpływ polityków?

Jaki jest wpływ kościoła katolickiego?

Jaki jest wpływ właścicieli/zarządzających placówkami medycznymi?

Jaki jest wpływ mediów?

Jaki jest wpływ organizacji sprzeciwiających się legalnej możliwości przerywania ciąży, w tym grup organizujących protesty przed placówkami medycznymi?

Jaki jest wpływ organizacji i grup sprzeciwiających się zaostreniu prawa do przerywania ciąży, w tym grup organizujących protesty pod Sejmem oraz w różnych miastach w Polsce?

Jak Pan/Pani ocenia układ sił w debacie na temat przerywania ciąży, głosy jakich grup społecznych dominują w tej debacie (opinie, przedstawicieli których grup są w niej najważniejsze)?

3. Na ile wpływ na opinie lekarzy ma miejsce zatrudnienia?

ZAGADNIENIA:

Staż pracy?

Rodzaj stanowiska, pozycji w hierarchii?

Miejsce pracy – prywatny/publiczny właściciel?

Mała/duża miejscowość?

Praca w Polsce, praca za granicą?

II. OPINIE NA TEMAT ZABIEGU PRZYRYWANIA CIĄŻY, DECYZYJNOŚCI KOBIETY I LEKARZA

W tej sekcji interesują nas opinie uczestnika/ uczestniczki na temat tego, kto powinien podejmować ostateczną decyzję dotyczącą przerywania ciąży. Ankieterka mówi o tym, że na świecie istnieje wiele różnych regulacji dotyczących przerywania ciąży. W poniższych pytaniach nie chodzi nam o aktualny stan prawny w Polsce, ale o indywidualną opinię osoby uczestniczącej w badaniu.

4. Na ile decyzja dotycząca przerwania ciąży powinna Pani/Pana zdaniem być niezależną decyzją kobiety?

ZAGADNIENIA:

a. W jakich sytuacjach decyzja powinna należeć wyłącznie do kobiety?

b. Co powinien zrobić lekarz ginekolog/lekarka ginekolog, kiedy ma wrażenie, że opinie/decyzja kobiety może się różnić od tej zalecanej przez niego/nią?

c. Na ile Pana/Pani zdaniem kobieta powinna samodzielnie podejmować decyzję dotyczącą aborcji farmakologicznej (bez konsultacji z lekarzem)? (Badaczka wyjaśnia, że w niektórych krajach – np. w Holandii, Niemczech – aborcja farmakologiczna jest dostępna bez recepty i nie wymaga konsultacji z lekarzem, interesuje nas, co lekarz/lekarka myśli o takim rozwiązaniu.)

5. Co Pani/ Pana zdaniem powinien zrobić lekarz w następujących sytuacjach?

ZAGADNIENIA:

a. Ciąża zagraża zdrowiu/życiu pacjentki (Kto powinien definiować, czym jest „zdrowie” i „zagrożenie” życia? Czy są nimi depresja, nowotwór?) (Jak powinien postąpić lekarz w sytuacji, gdy pacjentka jest nastolatką?)

b. Ciąża jest wynikiem gwałtu (Jak powinien postąpić lekarz w sytuacji, gdy pacjentka jest nastolatką?)

c. Badania wskazują na ciężkie uszkodzenia płodu (Kto powinien definiować, czym jest „ciężkie uszkodzenie płodu”? Czy są nim zespół Downa, bezmózgowie, i in.?) (Jak powinien postąpić lekarz w sytuacji, gdy pacjentka jest nastolatką?)

d. Ciąża jest wynikiem czynu kazirodczego (Jak powinien postąpić lekarz w sytuacji, gdy pacjentka jest nastolatką?)

e. Kobieta ze względu na trudną sytuację materialną nie chce mieć dzieci. (Jak powinien postąpić lekarz w sytuacji, gdy pacjentka jest nastolatką?)

f. W jaki sposób na postępowanie lekarza/lekarki w wyżej wymienionych sytuacjach wpływa wiek kobiety? (Badaczka sonduje, jak lekarz/lekarka odnosi się do sytuacji w odniesieniu do różnych grup wiekowych- dziewcząt poniżej 15. roku życia, dziewcząt pomiędzy 15.-18. rokiem, życia oraz kobiet powyżej 35. roku życia)

6. W jakim stopniu zgadza się Pan/Pani ze stwierdzeniem, że kobieta ma nieograniczone prawo do podejmowania decyzji dotyczącej przerwania ciąży?

7. W jakich sytuacjach związanych z prowadzeniem ciąży Pana/Pani zdaniem dopuszczalne jest, aby lekarz ginekolog kierował się swoimi przekonaniem religijnymi?

ZAGADNIENIA:

a. W jakich sytuacjach lekarze w Polsce doświadczają konfliktu pomiędzy dobrem pacjentki a istniejącym prawem związanym z dopuszczalnością przerywania ciąży? Proszę podać przykład.

b. Czy lekarz w sytuacji, kiedy jego przekonania religijne utrudniają mu przerwanie ciąży, powinien skierować pacjentkę do innego lekarza?

8. Do jakiego stopnia środowisko lekarskie w Polsce Pana/Pani zdaniem jest zróżnicowane, jeżeli chodzi o przerywanie ciąży?

ZAGADNIENIA:

Do jakiego stopnia postawy lekarzy w tej kwestii ewoluują (ewoluowały) w ciągu ostatnich 20 lat?

Czy odnotował Pan/ odnotowała Pani zmianę w postawach swoich kolegów i koleżanek, dotyczących przerywania ciąży? Co na nią wpłynęło? (np. wyjazdy zagraniczne?, zmiana prawa?)

Czy Pani/Pana poglądy na temat przerywania ciąży zmieniły się w ciągu ostatnich dwudziestu lat? Jeśli tak, to w jaki sposób?

9. Do jakiego stopnia organizacje zawodowe środowiska lekarskiego umożliwiają wyrażanie zróżnicowanych poglądów na temat przerywania ciąży?

ZAGADNIENIA:

Do jakiego stopnia ginekolodzy dyskutują między sobą nt. przerywania ciąży?

W jakich okolicznościach lekarze dyskutują o tych kwestiach? W Polsce? Na konferencjach zagranicznych? Na stażach w Polsce/ za granicą? Na szkoleniach zagranicznych?

10. W jakim stopniu Pana/Pani zdaniem studia lekarskie mają wpływ na postawy lekarzy względem przerywania ciąży?

ZAGADNIENIA:

- a. W jakim stopniu informacje dotyczące przerywania ciąży, przekazywane podczas studiów medycznych, są obiektywne?
- b. Czy na studiach prowadzone są rozmowy na temat dylematów związanych z autonomią pacjentek w decydowaniu o sobie a decyzywnością samych lekarzy?
- c. Jak ocenia Pan/Pani poziom edukacji na temat przerywania ciąży podczas studiów? Chodzi o okres, kiedy Pan studiował/ Pani studiowała, oraz o obecne programy studiów medycznych (jeśli ma Pan/Pani na ich temat wiedzę)?

III. OPINIE NA TEMAT OBOWIĄZUJĄCEGO W POLSCE
PRAWA DOTYCZĄCEGO PRZERYWANIA CIĄŻY

Pytania w tej sekcji odnoszą się do istniejącej w Polsce sytuacji i praktyk lekarzy. Celem jest poznanie opinii lekarzy na temat obowiązującego obecnie prawa dotyczącego przerywania ciąży. (Badaczka prosi, aby uczestnik/ uczestniczka badania w swoich odpowiedziach kierowała się swoim doświadczeniem oraz wiedzą na temat doświadczeń innych lekarzy)

11. Jak Pan/Pani ocenia obowiązujące dziś w Polsce prawo dotyczące przerywania ciąży?

ZAGADNIENIA:

- a. Jak Pan/Pani ocenia katalog sytuacji, kiedy możliwe jest przerywanie ciąży? (Czy jest on wyczerpujący?) (Badaczka mówi, że chodzi o opinię na temat prawa.)
- b. Co Pan/Pani sądzi o regulacji dot. momentu ciąży, do którego jej przerywanie jest możliwe? (Badaczka mówi, że chodzi o opinię na temat prawa.)
(Badaczka sonduje, czy uczestnik/uczestniczka ZNA obowiązujące w Polsce prawo dotyczące przerywania ciąży: w jakich przypadkach jest to dozwolone, kto podejmuje decyzję o przeprowadzeniu zabiegu przerywania ciąży).

12. Jak Pan/Pani ocenia poziom realizacji obowiązującego w Polsce prawa dotyczącego przerywania ciąży?

ZAGADNIENIA:

- a. W jakim stopniu Pana/Pani zdaniem prawo to jest przestrzegane/łamane?
- b. Na ile dostęp do zabiegu przerywania ciąży w przypadkach zgodnych z prawem jest rzeczywisty? Jak szybko można mieć dostęp do zabiegu? Jak długo trzeba na niego czekać?
- c. Z jakich powodów tak jest? Czy wpływa na to prawo? (Czy znaczenie ma tu strach lekarzy przed odpowiedzialnością, presją środowiska?)

13. Jakimi, Pani/Pana zdaniem, przesłankami kierują się lekarze/lekarzki w Polsce, odmawiając wykonania zabiegu przerywania ciąży, w sytuacji, gdy zgodnie z prawem jest to legalne?

ZAGADNIENIA:

- a. Czy wpływa na to prawo? Czy znaczenie ma tu strach lekarzy przed odpowiedzialnością, presją środowiska?

14. Jakimi przesłankami Pana/Pani zdaniem kierują się w Polsce lekarze/lekarzki, podejmując się przerywania ciąży w tzw. podziemiu aborcyjnym (nielegalnie, w prywatnych klinikach)?

ZAGADNIENIA:

- a. Czy chodzi o dobro pacjentki? (Jak definiuje Pan/Pani „dobro” pacjentki?)
- b. Czy chodzi o przesłanki ekonomiczne – zarobek?
- c. Czy chodzi o pozostawianie w zgodzie ze swoimi przekonaniem?
- d. Czy lekarze ci kierują się strachem, działają pod naciskiem środowiska lekarskiego i opinii publicznej? (Które z tych czynników są najważniejsze?)
- e. Jaka według Pani/Pan jest skala podziemia aborcyjnego w Polsce?

15. Jak tłumaczy Pan/Pani to, że polscy lekarze za granicą przeprowadzają aborcję również Polkom?

ZAGADNIENIA:

- a. W jakim stopniu wpływ na to mają inne regulacje prawne?
- b. W jakim stopniu wpływa na to inne środowisko, w którym pracują?

16. Co Pan/Pani sądzi na temat praktyki udzielania przez lekarza pacjentkom informacji na temat możliwości przerwania ciąży, na przykład za granicą? Chodzi o sytuację, kiedy lekarz w Polsce nie podejmuje się przerwania ciąży, ale przekazuje kontakty do klinik zagranicznych, w których jest to możliwe.

ZAGADNIENIA:

- a. Co Pan/Pani sądzi o udostępnieniu takiej informacji, gdy istnieją przesłanki do legalnego przerwania ciąży w Polsce, jednak może to się okazać trudne?
- b. Co Pan/Pani sądzi o udzieleniu takiej informacji niezależnie od przesłanek, gdy kobieta chce przerwać ciążę, także w sytuacji, gdy nie przewiduje tego polskie prawo?

IV. OPINIE NA TEMAT ZMIANY ISTNIEJĄCYCH PRZEPISÓW DOTYCZĄCYCH PRZERYWANIA CIĄŻY

W tej części badania interesuje nas opinia na temat proponowanych obecnie zmian w prawie dotyczącym przerywania ciąży (zarówno pomysłów jego zaostrzenia, jak i liberalizacji). Chcemy dowiedzieć się, jaki jest stosunek uczestnika/ uczestniczki do proponowanych zmian, oraz czy byłby on skłonny/ byłyby ona skłonna zaangażować się w działania rzecznicze na rzecz tych zmian (w szczególności na rzecz liberalizacji).

17. Co Pan/Pani myśli o pomysłach zaostrzenia obowiązującego prawa dotyczącego przerywania ciąży?

ZAGADNIENIA:

- a. Czy byłaby to zmiana na lepsze czy na gorsze?
- b. Jakie by były jej główne konsekwencje? Dla lekarzy? Dla pacjentek? Ich dobra?

18. Co Pan/Pani sądzi o pomysłach złagodzenia prawa dotyczącego przerywania ciąży, w myśl których to kobieta będzie decydować o przerwaniu ciąży (chodzi o dostępność aborcji bez ograniczeń)?

ZAGADNIENIA:

- a. Czy byłaby to zmiana na lepsze czy na gorsze?
- b. Jakie by były jej główne konsekwencje? Dla lekarzy? Dla pacjentek? Ich dobra?

19. Czy Pani/Pana zdaniem lekarze byliby skłonni protestować przeciwko zaostreniu obowiązującego prawa? (Badaczka wyjaśnia, że chodzi zarówno o ginekologów, jak i ogólnie środowisko lekarskie/ lekarzy innych specjalności)?

ZAGADNIENIA:

- a. Czy lekarze byliby skłonni dołączyć do innych protestów?
- b. Jakie byłoby Pana/Pani stanowisko?
- c. Co by Pana/Panią skłoniło do zaangażowania się w aktywne poparcie takiej zmiany?
- d. Zaangażowanie jakich grup/ osób skłoniłoby Panią/Pana do zaangażowania się przeciwko zaostreniu obowiązującego prawa? (zaangażowanie innych lekarzy z Pana/Pani szpitala/ placówki, poparcie ze strony polityków, poparcie ze strony samorządu lekarskiego, inne.)

20. Czy Pani/Pana zdaniem lekarze byliby skłonni protestować przeciwko liberalizacji obowiązującego prawa?

ZAGADNIENIA:

- a. Czy lekarze byliby skłonni dołączyć do innych protestów?
- b. Jakie byłoby Pana/Pani stanowisko?
- c. Zaangażowanie jakich grup/ osób skłoniłoby Panią/Pana do zaangażowania się przeciwko liberalizacji obowiązującego prawa? (zaangażowanie innych lekarzy z Pana/Pani szpitala/ placówki, poparcie ze strony polityków, poparcie ze strony samorządu lekarskiego, inne.)

21. Co musiałoby się zmienić, aby w Polsce zostało zliberalizowane prawo do przerywania ciąży?

ZAGADNIENIA:

- a. W jaki sposób musiałyby się zmienić scena polityczna – poparcie musiałyby wyrazić znacząca partia?
- b. W jaki sposób musiałyby się zmienić postawa samorządu lekarskiego?
- c. Czy zgodę na zmianę musi wyrazić społeczeństwo np. w referendum?
- d. W jaki sposób musiałyby się zmienić pozycja Kościoła katolickiego?
- e. Zmiana postawy jakich innych grupy zawodowych mogłaby wpłynąć na zmianę prawa dotyczącego aborcji w Polsce?

Bardzo dziękuję za rozmowę! W razie prośby o pokazanie ankiety: Niestety, nie mogę pokazywać ankiety respondentom/ respondentkom, chciałabym spełnić Pana/ Pani prośbę, ale nie mogę tego zrobić ze względu na zobowiązania wobec zleceniodawcy.

Biogramy autorek

dr Magdalena Grabowska – socjolożka, adiunkt w Instytucie Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk, współzałożycielka Fundacji na rzecz Równości i Emancypacji STER, wykładowczyni Gender Studies im. Marii Konopnickiej i Marii Dulębianki przy Instytucie Badań Literackich PAN. Absolwentka Instytutu Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego (2000), doktoryzowała się w 2010 roku na Uniwersytecie Rutgers w USA na podstawie rozprawy doktorskiej poświęconej ruchowi kobiecemu w Polsce po 1989 roku. Uczestniczyła w wielu projektach badawczych dotyczących przeciwdziałania przemocy wobec kobiet, przeciwdziałania dyskryminacji ze względu na płeć, ruchom kobiecym – m.in. Równość standardem dobrego samorządu (Polskie Towarzystwo Prawa Antydyskryminacyjnego, 2011-2014), *Mapping the Current Status and Potential of Administrative Sources of Data on Gender-Based Violence in the EU and Croatia* (Europejski Instytut Równości Płci, 2013), *Monitoring stosowania przez polski wymiar sprawiedliwości przepisów prawa antydyskryminacyjnego* (Polskie Towarzystwo Prawa Antydyskryminacyjnego, 2013). Była stypendystką Marie Curie Fellowship Program, w ramach którego realizowała projekt badawczy *Aktywna podmiotowość kobiet i równość płci w socjalistycznej Polsce i Gruzji*. Jest współautorką książki *Współpraca czy konflikt. Unia Europejska, państwo i kobiety* (razem z prof. Małgorzatą Fuszara, prof. Joanną Regulską, dr Joanną Mizielińską, Warszawa 2009). W Fundacji STER odpowiada za działania badawcze. Koordynowała

badania w projekcie *Przełamać tabu – prawa ofiar przemocy seksualnej* i jest współautorką raportu *Przełamać tabu. Raport o przemocy seksualnej* (Fundacja na rzecz Równości i Emancypacji STER, Warszawa 2016).

Irmína Kotiuk – adwokatka i działaczka praw człowieka, w szczególności praw kobiet oraz środowiska LGBT. Absolwentka Wydziału Prawa i Administracji na Uniwersytecie Warszawskim. W latach 2005-2006 studiowała prawo europejskie i międzynarodowe na Uniwersytecie w Amsterdamie, gdzie zajmowała się dostępem do zabiegu przerwania ciąży jako świadczenia medycznego w Unii Europejskiej. Absolwentka pierwszego Women’s Human Rights Training Institute, współorganizowanego przez Bulgarian Gender Research Foundation i Center for Reproductive Rights; stypendystka programu dla prawniczek z Europy Środkowo-Wschodniej, organizowanego przez Network East West Women w USA. W 2004 roku odbyła staż w Feminist Majority Foundation i uczestniczyła m.in. w przygotowaniach do March for Women’s Life w Waszyngtonie. W swojej pracy zawodowej koncentruje się głównie na prawach kobiet i mniejszości seksualnych. Współpracowała z Ogólnopolskim Pogotowiem na Rzecz Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”, Polskim Stowarzyszeniem Edukacji Prawnej, Fundacją Feminoteka i Federacją na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny. Prowadziła sprawy w Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka w ramach programu spraw precedensowych. Reprezentowała skarżące przed Europejskim Trybunałem Praw Człowieka w Strasburgu w sprawach dotyczących praw reprodukcyjnych Polek (P. i S. przeciwko Polsce oraz R.R. przeciwko Polsce). W latach 2008-2012 pracowała w warszawskich biurach kancelarii prawnych CMS Cameron McKenna (obecnie CMS Tax.Law) oraz White & Case. Obecnie pracuje jako prawniczka w Europejskim Trybunale Praw Człowieka w Strasburgu.

Claudia Snochowska-Gonzalez – kulturoznawczyni, absolwentka Indywidualnych Studiów Humanistycznych na Wydziale Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu; w Instytucie Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego napisała pracę doktorską o postkolonialnej lekturze współczesnej polskiej powieści. Jest współautorką (razem z Anną Zdrojewską) filmu

dokumentalnego *Podziemne państwo kobiet* – pierwszego filmu dokumentalnego o podziemiu aborcyjnym w Polsce. Redaktorka książki *A jak hipokryzja, Antologia tekstów o aborcji, władzy, pieniądzu i sprawiedliwości* (Wydawnictwo O Matko!, Warszawa 2011). Autorka książki *Wolność i pisanie. Dorota Masłowska i Andrzej Stasiuk w postkolonialnej Polsce* (Oficyna Naukowa, Warszawa 2017).

Informacje o Fundacji na rzecz Równości i Emancypacji STER

Fundacja na rzecz Równości i Emancypacji STER powstała w sierpniu 2014 roku (została zarejestrowana przez sąd 4 września 2014 roku). Jej główną misją jest upowszechnianie historii kobiet i dorobku ruchu kobiecego, a także przeciwdziałanie dyskryminacji ze względu na płeć i orientację seksualną, wiek i stan zdrowia, narodowość i rasę oraz działania na rzecz równych praw kobiet i mężczyzn. Fundacja prowadzi działalność naukowo-badawczą i wydawniczą, łącząc ją z działaniami strażniczymi i rzecznictwem.

Fundacja została utworzona przez grupę badaczek, prawniczek, dziennikarek i działaczek na rzecz praw kobiet. „STER” nieprzypadkowo pojawia się w nazwie – nawiązujemy do legendarnego „Steru”, czasopisma polskich emancypantek i sufrażystek, wydawanego przez Związek Równouprawnienia Kobiet Polskich. W działaniach Fundacji historia będzie się przeplatała ze współczesnością.

W naszych działaniach przyświeca nam motto z artykułu wstępnego do „Steru”: „W tej arcymozolnej i trudnej pracy cóż powinno nam być sterem? Zgłębianie przeszłości, obiektywne badanie zjawisk, jakie nam dzisiejsza doba przynosi, zestawienie zdobywanych przez naukę pewników, a nade wszystko traktowanie całej sprawy nie z punktu widzenia kompromisów, lecz etyki i prawdy oraz rzetelnej sprawiedliwości” (30 listopada 1895)

Cele statutowe Fundacji:

1. Działanie na rzecz równych praw kobiet i mężczyzn we wszystkich obszarach życia społecznego, ekonomicznego, politycznego i kulturalnego.
2. Przeciwdziałanie dyskryminacji ze względu na płeć i orientację seksualną, wiek i stan zdrowia, narodowość i rasę, wyznanie, światopogląd i różnice kulturowe, pochodzenie społeczne i stan majątkowy oraz promowanie idei równości szans i równego statusu.
3. Upowszechnianie wiedzy o historii kobiet i dorobku ruchu kobiecego, feminizmie, działalności organizacji pozarządowych zajmujących się przeciwdziałaniem dyskryminacji ze względu na płeć i orientację seksualną.
4. Promowanie wolności światopoglądowej oraz działanie na rzecz upowszechniania i przestrzegania praw człowieka w Polsce.
5. Upowszechnianie w społeczeństwie, organizacjach pozarządowych, instytucjach państwowych i prywatnych wiedzy z zakresu równości i przeciwdziałania dyskryminacji ze względu na płeć i orientację seksualną, a także na inne przesłanki.
6. Promowanie demokracji obywatelskiej i postaw prospołecznych.
7. Wspieranie kultury, sztuki i niezależnych mediów; promowanie wolnego obiegu informacji i treści kulturowych, w tym upowszechnianie wiedzy na temat nowych technologii.

Fundacja współpracuje z innymi organizacjami działającymi na rzecz praw kobiet i przeciwdziałającymi dyskryminacji z powodów różnych przesłanek. Jest członkinią Koalicji Równych Szans, nieformalnej platformy organizacji pozarządowych i grup nieformalnych, których statutowym celem jest działanie na rzecz ochrony praw człowieka i zasady równego traktowania, oraz Koalicji na rzecz CEDAW, działającej na rzecz upowszechnienia Konwencji ONZ w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet oraz monitorowania zaleceń dla Polski Komitetu CEDAW, nadzorującego wykonanie postanowień konwencji. W 2017 roku Fundacja przystąpiła do Wielkiej Koalicji za Równością i Wyborem, koalicji zrzeszającej około 80 organizacji pozarządowych i grup nieformalnych z całej Polski, które stawia sobie za cel działania m.in. na rzecz całkowitej liberalizacji prawa do przerwania ciąży w Polsce.

W 2015-2016 roku Fundacja realizowała projekt *Przełamać tabu* – prawa ofiar przemocy seksualnej (w ramach programu Obywatele dla Demokracji, finansowanego ze środków EOG), którego owocem jest raport *Przełamać tabu. Raport o przemocy seksualnej* przedstawiający wyniki badań ilościowych i jakościowych na temat przemocy seksualnej wobec kobiet i monitoringu nowych przepisów ścigania przestępstwa zgwałcenia, które weszły w życie w styczniu 2014 roku.

Zachęcamy do odwiedzania naszej strony internetowej, na której na bieżąco zamieszczamy informacje o naszej działalności:

www.fundacjaster.org.pl

Znajdziecie nas również na Facebooku:

<https://www.facebook.com/fundacjaster/>

i Twitterze:

@FundacjaSter

Dlaczego w polskiej debacie o aborcji nie słyhać w ogóle głosu środowiska lekarskiego? Dlaczego w dyskusjach od lat przewijają się te same dwa, trzy nazwiska lekarzy, którzy mają odwagę krytykować podejmowane cyklicznie próby zaostrzenia i tak już restrykcyjnej ustawy antyaborcyjnej? Dlaczego ginekolodzy i ginekolożki w Polsce nie angażują się społecznie i politycznie w działania, które mogłyby doprowadzić do złagodzenia regulacji dotyczących przerywania ciąży? Przecież każda i każdy z nas zna lekarki i lekarzy, którzy mają liberalne poglądy i uważają, iż obowiązująca od 1993 roku ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży powinna zostać zmieniona. Dlaczego zatem ich głosu w debacie nie słyhać?

Badania pogłębione przeprowadzone wśród polskich ginekologów i ginekolożek przez Fundację na rzecz Równości i Emancypacji STER w ramach projektu *Sojusznicy czy przeciwnicy? Jak przekonać środowisko lekarskie w Polsce do wspierania praw reprodukcyjnych i seksualnych?* przynoszą odpowiedzi na pytania o postawy lekarek i lekarzy w Polsce dotyczące przerywania ciąży. Pokazują bariery i przeszkody, które sprawiają, że polskie lekarki i lekarze, zwłaszcza o specjalizacji ginekologiczno-położniczej, nie wspierają zmian w zakresie praw reprodukcyjnych (mających na celu ich liberalizację). Wskazują, co wpłynęłoby na modyfikację ich postaw i ewentualną większą aktywność. Doświadczenia Hiszpanii i Irlandii, również przedstawione w niniejszym raporcie, podpowiadają, jak budować współpracę między środowiskami lekarskimi i organizacjami pozarządowymi oraz ruchami społecznymi opowiadającymi się za zmianą obecnego restrykcyjnego prawa dotyczącego przerywania ciąży.

