

# **Nie taki diabeł straszny, jak go malują... aborcja w domu z pomocą infolinii aborcyjnych.**

**Autorki: Sarah E. Baum (a), Ana Maria Ramirez (a), Sara Larrea (b), Sofia Filippa (a), Ijeoma Egwuatu (c), Justyna Wydrzynska (d), Magdalena Piasecka (d), Sybil Nmezi (c), and Kinga Jelinska (b)**

**Institucje: (a) Ibis Reproductive Health, Oakland, California, USA; (b) Women Help Women, Amsterdam, the Netherlands; (c) Generation Initiative for Youth and Women Network, Lagos, Nigeria; (d) Kobiety w Sieci, Przasnysz, Poland**

**Historia artykułu: otrzymany 28 sierpnia 2019, zaakceptowany 11 września 2020**

Rośnie liczba infolinii aborcyjnych, czyli organizacji, które pomagają osobom w ciąży w przeprowadzeniu aborcji farmakologicznej (aborcji domowej) w miejscach, gdzie dostęp do aborcji jest ograniczony. Jak dotąd niewiele badań podejmuje temat doświadczeń osób korzystających ze wsparcia takich infolinii. W ramach naszego badania, od kwietnia do sierpnia 2017 roku, przeprowadziłyśmy 30 wywiadów z kobietami, które zrobiły aborcję farmakologiczną w Polsce, Brazylii lub Nigerii przy wsparciu infolinii aborcyjnych. Wiele z tych kobiet słyszało zniechęcające historie o aborcji, spotkało się ze stygmatyzacją ze strony personelu medycznego lub zaniechało szukania pomocy u swojego lekarza z obawy przed stygmatyzującym traktowaniem. Ich interakcje z infoliniami były zupełnie inne: doradczynie aborcyjne udzielały kobietom jasnych informacji, odpowiadały w porę na pytania oraz traktowały je z życzliwością, empatią, szacunkiem i nieoceniająco. W rezultacie, wiele użytkowniczek infolinii uzyskało nową wiedzę o aborcji farmakologicznej, a niektóre doświadczyły także uczucia przynależności do wspólnoty kobiet, które przerwały ciążę. Infolinie aborcyjne mogą dostarczać wysokiej jakości opieki okołaborcyjnej opartej na perspektywie pacjentki, szczególnie w miejscach, gdzie dostęp do aborcji jest prawnie ograniczony. Wnioski z badań nad infoliniami, które stanowią formę świadczenia usług aborcyjnych, pozwalają przededefiniować pojęcie opieki, mogą przyczynić się do poprawy jakości usług w oficjalnych systemach ochrony zdrowia i poszerzenia dostępu do wysokiej jakości bezpiecznej aborcji.

## **ARTYKUŁ:**

Każdy zasługuje na dostęp do wysokiej jakości opieki okołaborcyjnej (Jelińska & Yanow, 2018). Niestety, w wielu miejscach ograniczenia prawne sprawiają, że dostęp do aborcji jest utrudniony, a prawa reprodukcyjne ograniczone. Przyjmuje się, że prawa ograniczające dostęp do aborcji nie zmniejszają liczby aborcji (Sedgh et al., 2016), natomiast stałym rezultatem tego rodzaju ograniczeń prawnych są utrudnienia w znalezieniu rzetelnych informacji o aborcji oraz osób, które świadczyłyby wysokiej jakości usługi aborcyjne w przystępnych cenach (Footman et al., 2018; Gerds et al., 2015; Lavelanet et al., 2019; Zamberlin et al., 2012).

Spoleczna stygmatyzacja może wzmacniać różnego rodzaju bariery w dostępie do aborcji: prawne, finansowe, organizacyjne i informacyjne. Stygmatyzację aborcji definiujemy jako przekonanie, że aborcja jest moralnie zła, nie do zaakceptowania (Cockrill et al., 2013). Choć stygmatyzacja może występować w każdym kontekście społecznym, w miejscach, gdzie obowiązują restrykcyjne ustawy, jest bardziej rozpowszechniona. Tego rodzaju stygmatyzacja ma różne przejawy: osoby próbujące przerwać ciążę mogą obawiać się potępienia ze strony rodziny lub członków społeczności, doświadczać wykluczenia lub dyskryminacji, a nawet mieć negatywne przekonania na swój temat (Cockrill & Nack, 2013; Shellenberg et al., 2011).

Stygmatyzacja wpływa nie tylko na to, jakie informacje na temat aborcji są dostępne, ale też może sprawiać, że osoby potrzebujące aborcji później zgłaszają się po opiekę medyczną, obawiają się kontaktu z systemem ochrony zdrowia, mają niższe oczekiwania wobec jakości usług aborcyjnych, częściej uciekają się do niebezpiecznych metod aborcji, ponieważ chcą ją utrzymać w tajemnicy, a nawet później zgłaszają się po pomoc medyczną w razie komplikacji z obawy przed dyskryminacją czy wręcz kryminalizacją (Araujo et al., 2018; Coleman-Minahan et al., 2019; Constant et al., 2019).

## **W krajach, gdzie obowiązują restrykcyjne ustawy dotyczące aborcji, osoby chcące przerwać ciążę coraz częściej stosują metodę aborcji farmakologicznej.**

Jest to bezpieczny, skuteczny sposób przerywania ciąży, rekomendowany przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization, WHO), polegający na przyjęciu kombinacji mifepristonu i misoprostolu lub samego misoprostolu (Jelińska & Yanow, 2018). W wielu krajach osoby potrzebujące aborcji uzyskują dostęp do tych leków bez udziału systemu ochrony zdrowia, kupując je bez recepty w aptece lub od innego sprzedawcy. Tego rodzaju dostęp do środków poronnych jest bardzo ważny, jednak nie gwarantuje osobom potrzebującym aborcji dostępu do rzetelnych informacji o tym, jak brać te środki, czego można się spodziewać po ich zażyciu oraz gdzie szukać pomocy w razie komplikacji (Footman et al., 2018; Hendrickson et al., 2016; Weaver et al., 2020).

Działacze i lekarze pragnący poprawić dostęp do aborcji w miejscach, gdzie jest on prawnie lub ekonomicznie ograniczony, postanowili wykorzystać dostępność aborcji farmakologicznej tworząc programy udzielające osobom potrzebującym aborcji rzetelnych informacji oraz wsparcia medycznego i emocjonalnego. Powstaje coraz więcej inicjatyw udzielających tego rodzaju pomocy za pomocą infolinii (przez telefon) lub w formie usług telezdrowia (przez internet) – obydwie te formy będziemy dalej nazywać „infoliniami aborcyjnymi”. Infolinie aborcyjne są najczęściej zakładane przez oddolne grupy wolontariuszek, które nie pracują w zawodach medycznych, ale specjalizują się w towarzyszeniu osobom w aborcjach, często prowadząc je przez kolejne etapy krok po kroku. Osoby te zdobywają wiedzę i szkolą się wcześniej w procedurach medycznych opartych na wiedzy naukowej oraz w modelach opieki opartych na perspektywie pacjentki (Erdman et al., 2018). Celem doradczyń z infolinii aborcyjnych jest dostarczanie rzetelnych informacji na temat leków poronnych, prawidłowego sposobu ich zażywania, wskazanego dawkowania, spodziewanych objawów po wzięciu leków, symptomów

mogących świadczyć o komplikacjach oraz tego gdzie, w razie potrzeby, mogą się udać po fachową pomoc lekarską.

Nowe badania oceniające działanie tego typu infolinii w Argentynie, Indonezji, Irlandii, Peru i na granicy tajsko-myanmarńskiej dostarczają coraz więcej dowodów, że przerywanie ciąży metodą farmakologiczną poza oficjalnymi systemami ochrony zdrowia jest bezpieczne i efektywne, o ile osoby, które potrzebują aborcji mają dostęp do właściwych informacji i sieci wsparcia (Aiken et al., 2017; Foster et al., 2017; Gerds & Hudaya, 2016; Grossman et al., 2018; Zurbriggen et al., 2018).

Infolinie pomagające w dostępie do farmakologicznej aborcji w krajach, gdzie dostęp do aborcji jest ograniczony, mogą przyczynić się do zwiększenia częstotliwości stosowania bezpiecznych metod, zmniejszenia śmiertelności związanej z niebezpiecznymi metodami i liczby przypadków, w których trzeba leczyć komplikacje, co odciążałoby systemy ochrony zdrowia (Grimes et al., 2006; Vlassoff et al., 2009). Pomimo tych postępów, nadal bardzo niewiele badań podejmuje tematykę doświadczeń osób korzystających ze wsparcia infolinii aborcyjnych, w szczególności tego, jak te osoby oceniają jakość świadczonej opieki.

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje jakość opieki jako zapewnianie usług, które są bezpieczne, świadczone na czas, skuteczne, wydajne, świadczone bez dyskryminacji oraz w taki sposób, aby priorytetem była perspektywa pacjenta (*Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*, 2006). Choć opieka aborcyjna skupiona na perspektywie pacjentki (*patient-centered care, person-centered care*) to dość nowy obszar badań, w dziedzinie praw reprodukcyjnych istnieją już ramy odniesienia, które umożliwiają zrozumienie tego pojęcia. Na przykład Sundhinaraset et al., analizując opiekę okołoporodową z tej perspektywy wyróżniły następujące kluczowe elementy opieki: zaufanie, wsparcie, autonomia, godność i szacunek (Sundhinaraset et al., 2017). Altshuler i Whaley używają pojęcia opieki skupionej na perspektywie pacjenta, aby zanalizować wyniki badań opublikowane w latach 2017-2018 na temat doświadczeń klientek usług aborcyjnych. W konkluzji autorzy wysuwają wniosek, że wiele ośrodków świadczących usługi aborcyjne nie działa w oparciu o zasadę skupienia na perspektywie pacjentki (Altshuler & Whaley, 2018). Warto zbadać jak te pojęcia wpływają na definicję wysokiej jakości opieki aborcyjnej i jakie jej aspekty są priorytetowe dla osób, które korzystają z tych usług. Jakość usług, szczególnie w wymiarze interpersonalnym, da się badać nie tylko w szpitalach i klinikach, ale też w takich modelach dostarczania leków poronnych jak infolinie i apteki.

Niniejszy artykuł podsumowuje wyniki badania jakościowego, przeprowadzonego we współpracy z pracownikami trzech różnych infolinii świadczących usługi w krajach, gdzie dostęp do aborcji jest ograniczony: w Polsce, Brazylii i Nigerii. Celem badania było uzyskanie lepszego wglądu w perspektywę osób korzystających z aborcji farmakologicznej. Analizie poddano oczekiwania i doświadczenia kobiet, które korzystały z takich usług, rolę stygmatyzacji, ich wyobrażenia o tym, co oznacza wysokiej jakości opieka oraz to, w jaki sposób zmieniała się ich wiedza i nastawienie do aborcji farmakologicznej.

## Metodologia

W okresie od kwietnia do sierpnia 2017 roku przeprowadziłyśmy 30 wywiadów z kobietami, które przeszły aborcję farmakologiczną z pomocą infolinii w Polsce, Brazylii lub Nigerii. Aby wziąć udział w badaniu kobiety musiały mieć ponad 18 lat i mówić po polsku, po portugalsku lub po angielsku. W każdym z trzech krajów wyznaczono po jednej lub dwie osoby, których zadaniem było prowadzenie wywiadów. Wszystkie osoby odpowiedzialne za wywiady przeszły szkolenie z metod badań jakościowych, w tym z prawidłowego stosowania scenariusza wywiadu, sondowania i zagadnień etycznych. Każda z badaczek była związana z infolinią, w której prowadziła wywiady, ale nie była główną doradczynią osób udzielających wywiadów.

Scenariusz wywiadu został ułożony przy współpracy z pracownicami infolinii. Pytania dotyczyły postrzegania aborcji i wiedzy o aborcji farmakologicznej u uczestniczek badania w okresie poprzedzającym kontakt z infolinią; ich doświadczeń z systemami opieki zdrowia; tego, czy podejmowały próby przerwania ciąży zanim skontaktowały się z infolinią; tego, czy usługi infolinii były dla nich zadowalające; postrzegania jakości opieki zapewnionej przez infolinię oraz tego, czy i jak zmieniły się ich przekonania na temat aborcji po skorzystaniu z pomocy infolinii.

W Nigerii naszą organizacją partnerską była infolinia Ms. Rosy, która jest częścią sieci Generation Initiative for Women and Youth Network (GIWYN), organizacji non-profit walczącej o dostęp do praw człowieka dla kobiet. Infolinia Ms. Rosy jest darmową linią telefoniczną udzielającą informacji o prawach reprodukcyjnych, w tym procedurze przyjmowania mifepristonu i misoprostolu lub samego misoprostolu w celu przerwania ciąży. W infolinii pracują wyszkolone doradczynie i członkinie społeczności zajmujące się zagadnieniami zdrowia (*community health workers*). W Polsce naszymi partnerkami były Kobiety w Sieci, organizacja non profit, prowadząca zarówno infolinię telefoniczną, jak i moderowane forum internetowe dla osób szukających informacji o bezpiecznych metodach aborcji, w tym samodzielnej aborcji domowej (farmakologicznej) lub szukających wsparcia emocjonalnego w procesie przerywania ciąży. Infolinię telefoniczną i forum internetowe prowadzą osoby nie pracujące w zawodach medycznych, ale wyszkolone w wiedzy o aborcji farmakologicznej. W Brazylii uczestniczkami badania były kobiety, które skorzystały z pomocy internetowego serwisu Women Help Women (WHW). WHW to międzynarodowa feministyczna organizacja non-profit zapewniająca dostęp do informacji o aborcji farmakologicznej i środków do jej wykonania poprzez serwis tele- zdrowia (interaktywną stronę internetową). WHW prowadzi też globalne działania rzecznicze promujące samodzielną aborcję farmakologiczną. Fachowe doradczynie WHW odpowiadają na pytania kobiet w sześciu językach i towarzyszą im za pośrednictwem e-maila krok po kroku przed, w trakcie i po aborcji.

Uczestniczki badania były rekrutowane przez badaczki przez telefon lub e-mail. Osoby, które zgodziły się na wywiad i spełniały warunki badania, przekazywały badaczkom swoje informacje kontaktowe. Następnie przypisywano im numer identyfikacyjny i umawiano je na rozmowę w dogodnym terminie. Przed rozpoczęciem wywiadu badaczka wypełniała z osobą badaną formularz świadomej zgody na badanie (*informed consent*). Wszystkie wywiady w Nigerii przeprowadzone zostały w języku angielskim, w Brazylii w języku portugalskim, a w Polsce po polsku. Wywiady były nagrywane i trwały między 20 a 60 minut. Uczestniczki otrzymały za udział w badaniu symboliczne wynagrodzenie w wysokości ok. 12 euro w miejscowej walucie (około 40 BRL, 50 PLN, 3860 NGN). Badanie przeszło weryfikację komisji Allendale Investigation Review Board w Old Lyme, Connecticut, w Stanach Zjednoczonych.

Wywiady zostały przepisane a następnie przetłumaczone na język angielski. Zespół badawczy stworzył pierwszą wersję książki kodów, po czym dwie badaczki zastosowały kody niezależnie do dwóch transkrypcji. Następnie zespół badawczy spotkał się, aby porównać rozbieżności i luki w kodowaniu. Na następnym etapie sformułowano nowy zestaw kodów, łączący i klaryfikujący definicje kodów. Wreszcie, badaczki zastosowały nową książkę kodów do dwóch nowych transkrypcji. Zespół badawczy raz jeszcze dokonał przeglądu kodów, usuwając niezgodności, po czym reszta transkrypcji została opracowana przez dwie badaczki według przyjętego systemu. Wyniki opracowań zostały zanalizowane pod kątem wyłaniających się wzorów i motywów, jak również różnic pomiędzy trzema krajami. Wyniki badania zostały zaprezentowane z użyciem cytatów z wywiadów, do których dołączono wiek osoby badanej i kraj, w którym udzieliła wywiadu.

## Wyniki

### Charakterystyka uczestniczek

Średnia wieku wśród 30 uczestniczek badania wynosiła 31 lat, uczestniczki miały od 18 do 44 lat. Większość uczestniczek była w związku małżeńskim (n=13), większość miała też pracę zarobkową (n=17) w momencie badania i miała jedno lub więcej dzieci (n=16). Uczestniczki były we wczesnej ciąży, przy czym większość w ciąży nie dłuższej niż 12 tygodni (n=26), dwie w ciąży dłuższej niż 12 tygodni, a u dwóch długość ciąży jest nieznana (Tabela 1).

Tabela 1: Charakterystyka uczestniczek badania

	Ogółem (n=30)	Brazylia (n=10)	Nigeria (n=10)	Polska (n=10)
Wiek (w latach)				
Średni	30,9	31,9	31,4	29,3
18-25	9	3	2	4
26-35	10	2	4	4
36+	9	5	3	1
nieznany	2	0	1	1
Związki				
niepozostających w związku	8	3	3	2
pozostających w związku małżeńskim	13	2	6	5
pozostających w związku nieformalnym	9	5	1	3
otrzymujących wynagrodzenie za pracę	17	6	7	5
Studentki	4	2	2	0
Liczba dzieci				
0	13	5	4	4
od 1 do 2	11	4	1	6

3+	5	0	5	0
nieznana	1	1	0	0
Długość ciąży				
7 tygodni lub mniej	17	6	7	4
od 8 do 12 tygodni	9	4	1	4
13 tygodni lub więcej	2	0	1	1
nieznana	2	0	1	1

## Zdobywanie informacji o aborcji farmakologicznej

Część uczestniczek wiedziała o możliwości aborcji farmakologicznej zanim zaczęły szukać opieki okołoporcyjnej, ale większość nie wiedziała nic lub wiedziała niewiele o tym, jak zdobyć tabletki i jak zażywać je bezpiecznie. Niektóre uczestniczki wiedziały wcześniej tylko o aborcji chirurgicznej, a o aborcji farmakologicznej dowiedziały się dopiero od doradczyń z infolinii lub z własnych poszukiwań w Internecie. Na przykład uczestniczka z Polski powiedziała:

*W ogóle nie wiedziałam nic. Gdy myślałam o aborcji to myślałam o łyżeczkowaniu, o zabiegu. W mojej świadomości nie było pomysłu o jakiegokolwiek tabletkce. Dopiero jak weszłam na internet i wpisałam, zaczęłam czytać dowiedziałam się, że jest taka opcja. (Polska, 25 lat)*

Kobiety korzystały z różnych źródeł, szukając informacji o aborcji farmakologicznej i dostępie do tabletek: szukały w Internecie, pytały wśród przyjaciół i rodziny, bądź wśród znajomych pracujących w zawodach medycznych. Jedna z uczestniczek z Brazylii, powiedziała:

*Potrzebowałam aborcji, więc zaczęłam szukać, dowiadywać się jak mogę dostać tabletki... okazało się, że jest mnóstwo ludzi sprzedających tabletki przez Internet, wielu nawet obiecuje dostawę pod drzwi, wiesz? Albo wysyłają kuriera (motoboy), albo proszą o depozyt i wysyłają tabletki pocztą. Mnóstwo, mnóstwo ludzi. Znalazłam bardzo wiele osób, które dostarczają tabletki. (Brazylia, 40 lat)*

Uczestniczka w Nigerii opisała strategię używane do zakupu tabletek aborcyjnych, które poznała na bezpłatnym seminarium zorganizowanym przez organizację pozarządową nieopodal jej miejsca zamieszkania:

*Powiedziały mi, że to cudowne lekarstwo, dzięki któremu możesz przerwać swoją ciążę sama, bez pójścia do kliniki. Rozumiesz? A może po prostu chcesz kupić te leki dla swojej babci, bo dowiedziałam się, że mogą być stosowane na artretyzm i inne dolegliwości. (Nigeria, 42 lata)*

# Postrzeganie bezpieczeństwa i skuteczności aborcji farmakologicznej

Zapytane o to, jakie miały obawy i oczekiwania związane z aborcją farmakologiczną, niektóre uczestniczki wspomniały, że miały obawy związane z bezpieczeństwem tej metody. Obawiały się, że mogą umrzeć, stać się bezpłodne, miały też inne obawy, których źródłem były bądź nierzetelne informacje, bądź opowieści krążące wśród znajomych, bądź też ogólnie negatywne podejście do aborcji w ich społecznościach. Jedna z uczestniczek w Brazylii powiedziała: „Słyszałam, że kobiety, które wzięły te leki miały bardzo nieprzyjemne doświadczenia... i że można się wykrwawić a nawet umrzeć” (Brazylia, 39 lat). Jedna z polskich uczestniczek potwierdziła te obawy i podkreśliła rolę stygmatyzacji aborcji:

***Słyszałam, że jest to bardzo niebezpieczne. Kończy się wykrwawieniem, nie raz śmiercią. Często później nie można zejść w ciążę. To bardzo inwazyjne przedsięwzięcie. To są powszechne opinie, które często było słyhać w mediach przy okazji czarnego protestu. Jest to temat tabu więc nie mówiono o tym. Potępia się taką kobietę. Zwykle w kontekście aborcji jest ona przedstawiana niezwykle negatywnie. (Polska, 29 lat)***

A jednak nie wszystkie zasłyszane historie były negatywne. Jedna z uczestniczek z Nigerii usłyszała od koleżanki, że aborcja farmakologiczna to metoda, na której można polegać, a doświadczenie „beztresowe”:

***Usłyszałam tak od przyjaciółki, która powiedziała, że dzięki tabletkom to [aborcja] staje się beztresowe. To beztresowa metoda usunięcia niechcianego płodu. (Nigeria, 22 lata)***

Niektóre kobiety podkreślały, że obawiały się o jakość tabletek, które mogłyby dostać online lub od sprzedawców leków. Na przykład dwudziestopięcioletnia kobieta z Polski bała się zamawiać lekarstwa „z nieznanego źródła” i powiedziała, że poczułaby się pewniej mając potwierdzenie ze strony innych kobiet, które używały tych leków.

Niektóre z uczestniczek powiedziały nam o obawach związanych z innymi metodami przerywania ciąży: aborcją chirurgiczną lub aborcją za pomocą ziół. W tym wypadku obawy dotyczyły nie tylko niebezpieczeństwa dla zdrowia, ale też konsekwencji prawnych. Dwie uczestniczki z Brazylii poruszyły ten wątek, dodając, że udanie się do nieznanego osoby robiącej aborcję byłoby dla nich także dużym ciężarem finansowym. Jedna z nich słyszała o kimś, kto robi aborcje „w podziemiu”, ale ponieważ miał już z tego powodu kłopoty z prawem, kobieta obawiała się skorzystać z jego usług. Druga uczestniczka zadeklarowała ogólny brak zaufania do osób robiących aborcje w klinikach.

***Oj, kliniki są bardzo drogie i nigdy nie ma się pewności, że lekarz jest naprawdę dobry, nie? Że naprawdę jest przygotowany i kompetentny... Nie, klinika to byłaby już ostatnia deska ratunku. (Brazylia, 24 lata)***

Wiele kobiet miało obawy co do bezpieczeństwa i skuteczności znanych im metod oraz co do kompetencji osób, które wykonywały aborcje bez względu na to, o jakich metodach aborcji kobiety słyszały.

## **Szukanie lub unikanie prób przerywania ciąży w ramach systemów ochrony zdrowia**

Dziesięć uczestniczek badania podjęło próby przerywania ciąży w ramach oficjalnych systemów ochrony zdrowia w ich państwach lub przynajmniej szukało informacji na temat takiej możliwości. Reszta kobiet z próby brała to pod uwagę, ale zdecydowała się nie wchodzić w interakcje z systemem ochrony zdrowia. Kilka z uczestniczek opowiedziało nam o tym, że spotkały się z odmową lub potępieniem, kiedy próbowały uzyskać informacje lub zapisać się na zabieg w publicznej placówce ochrony zdrowia (lub innej placówce, w której zwykle się leczą). Część mówiła, że odmówili im lekarze, którym ufały i których znały od lat. W Brazylii jednej z kobiet odpowiedziano: „Proszę mi o tym nie mówić, bo ja jestem przeciwny. Jestem zupełnie temu przeciwny!” (Brazylia, 40 lat). Inna uczestniczka usłyszała: „Proszę nawet nie myśleć o aborcji!” (Brazylia, 22 lata). Jedna z Polek powiedziała nam, że kiedy podjęła ten temat w rozmowie z lekarką, ta przyjęła bardzo defensywny ton: „Powiedziała mi, że to zakazane, nielegalne. Że nie mam prawa tego od niej żądać. Nie mogę dokładnie powtórzyć jej słów.” (Polska, 27 lat).

Zdarzało się też, że kobiety korzystały z jakiegoś rodzaju usług medycznych związanych z ciążą i lekarz lub lekarka upokorzyli je, stygmatyzowali. Jedna z uczestniczek z Nigerii usłyszała następujące słowa podczas badania USG:

***„Pani koleżanki tu przychodzą się zbadać, żeby donosić ciążę, a pani tu przychodzi, żeby się prześwietlić przed aborcją”. Czuję się znieważona, ale wiem, że mam prawo zachować ciążę, jeśli chcę. Źle się czuję z tym, jak się do mnie zwracali. (Nigeria, 35 lat)***

Kilka kobiet uczestniczących w badaniu opisało swoich lekarzy i lekarki jako wspierających i wykazujących zrozumienie, ale nawet w tej grupie pomoc polegała tylko na wystawieniu skierowania, nie na przerywaniu ciąży. W Brazylii lekarka powiedziała jednej z uczestniczek o serwisie Women Help Women i wystawiła skierowanie na badanie USG (Brazylia, 24 lat). Jedna z uczestniczek z Polski otrzymała od swojej lekarki wsparcie, rzetelne rady i ofertę pomocy lekarskiej po aborcji. Co interesujące, lekarka wyjaśniła jej, że nie wystawi jej recepty na leki poronne, bo się boi.

***Jak tylko potwierdziła ciążę, to ja zapytałam czy pomogłaby mi pomóc się pozbyć. Ona od razu powiedziała, że ona nie może wypisać recepty bo trochę się boi, ale dużo***



***słyszała o stronach Women Help Women i Women on Web i żebym spróbowała na takich stronach zamówić taki zestaw. Że to jest bezpieczne i że ona jest pod telefonem, jeżeli coś by się działo i tak było. (Polska, 25 lat)***

Wiele kobiet woli w ogóle nie mówić swoim lekarzom o aborcji w obawie przed potępieniem, odrzuceniem lub, jak powiedziała jedna z uczestniczek z Nigerii, „bo będą cię traktować jak morderczynię” (Nigeria, 35 lat). Jedna z kobiet w następujący sposób oceniła ryzyko rozmowy z lekarzem:

***Chyba dlatego że się bałam, że lekarz zrobi mi aferę, że tego nie można robić. Czulałam się skrępowana, nie chciałam rozmawiać z nikim z zewnątrz o tej sprawie. To jest mój problem, moja sprawa i sama sobie z nim poradzę. Miałam takie przebłyski, żeby pójść do ginekologa i porozmawiać na ten temat, że może mi pomoże, ale stwierdziłam później, że nie mam pewności, że ten lekarz mi pomoże, narobi mi afery i sobie po prostu darowałam. (Polska, 24 lata)***

Uczestniczka z Brazylii zdecydowała, że nie powie o aborcji lekarzowi, bo słyszała, że ten może próbować zmienić jej decyzję i straszyć ją, że od tabletek aborcyjnych może umrzeć albo stracić macicę. O tego rodzaju obawach najczęściej mówiły kobiety z Brazylii: często bały się potępienia, złego traktowania, a nawet ścigania.

Kobiety ze wszystkich trzech krajów, gdzie prowadzone było badanie, mówiły nam o próbach przerwania ciąży innymi metodami niż farmakologiczna przed zgłoszeniem się do infolinii. Niektóre opisywały próby przerwania ciąży za pomocą herbat, naparów ziołowych, a nawet ogromnych ilości alkoholu. Kobieta z Brazylii tak opisywała swoją próbę przerwania ciąży:

***Wypiłam kilka herbatek... są takie herbatki, o których mówi się, że pomagają szybciej dostać okresu. Piłam je już wcześniej, kiedy okres mi się spóźniał, zanim dowiedziałam się o ciąży, a potem po prostu piłam je dalej. (Brazylia, 24 lata)***

Jedna z kobiet z Nigerii próbowała zrobić aborcję pijąc tradycyjne lekarstwo i „silny alkohol”, ale poskutkowało to jedynie kilkudniowymi wymiotami. Mikstura nie spowodowała przerwania ciąży. Inne kobiety opisywały próby uzyskania leków poronnych z aptek lub od sprzedawców leków oraz, że rozważały inne metody przerwania ciąży, ale ostatecznie nie zdecydowały się na żadną z tych opcji. Uczestniczki podawały wiele powodów takiej decyzji np. przekonanie, że „niedobre jest takie eksperymentowanie na swoim ciele”, przekonanie, że lepiej skorzystać z infolinii, niż „iść do szarlatana”, czy obawa, że nieformalni sprzedawcy wezmą od nich pieniądze, ale nie dostarczą leków.

## **Znajdowanie informacji i korzystanie ze wsparcia infolinii**

Większość uczestniczek z Brazylii i Polski dowiedziało się o infoliniach z Internetu, wyszukując hasła takie jak „aborcja farmakologiczna” (Polska, 33 lata) lub „jak zrobić aborcję” (Brazylia, 22 lata) i klikając w adresy stron lub artykułów prasowych. Część kobiet, szczególnie z Nigerii, dowiedziało się o infoliniach zanim zaszły w ciążę, z różnych materiałów informacyjnych. Jedna z kobiet dostała numer telefonu do infolinii od swojej przyjaciółki, która powiedziała, że „może zadzwonić pod ten numer zawsze, kiedy ma jakieś problemy ze swoim ciałem”. Inna uczestniczka dowiedziała się o infolinii z ulotki:

***Tak, ulotka bardzo się przydała, nie pamiętałam nawet do końca, gdzie ją włożyłam. Nie myślałam o niej za wiele w dniu, kiedy ją dostałam, ale przypomniałam sobie o niej, kiedy musiałam podjąć decyzję co mam zrobić, byłam, powiedzmy, na rozdrożu, próbowałam zdecydować, gdzie mam z tym iść. Znalazłam tę ulotkę i pomyślałam, że mogę tam zadzwonić i zobaczyć, czy mogą mi pomóc. (Nigeria, 33 lata)***

Kobiety decydowały o tym, czy mogą zaufać infolinii na podstawie tego, co przeczytały lub usłyszały o doświadczeniach innych kobiet. Na przykład jedna z uczestniczek z Brazylii skontaktowała się z inną kobietą przez aplikację WhatsApp i „spytała, czy to jest bezpieczne, czy dostała pomoc i ona powiedziała, że tak, że rozwiązała swój problem i uważa, że to jest bezpieczna metoda” (Brazylia, 44 lata). Pewna uczestniczka z Polski początkowo nie wierzyła, że dostanie tabletki z infolinii, ale poczuła się pewniej, kiedy przeczytała na forum internetowym posty o doświadczeniach innych kobiet, które skorzystały z tego serwisu.

Modele działania infolinii w poszczególnych krajach nieco się od siebie różnią: infolinie używają różnych kanałów komunikacji (często więcej niż jednego na raz). Pomimo to wszystkie uczestniczki powiedziały nam, że czuły się dobrze poinformowane o procesie aborcji. W odczuciu uczestniczek infolinia udzielała informacji sprawnie i rzetelnie, czy to przez e-mail, czy przez platformę internetową, czy też przez telefon. Kobiety opisywały informacje udzielane przez infolinie jako „jasne”, „szczegółowe”, „wszystkie informacje, jakich potrzebowałam, żeby podejmować decyzje”, „nieocenione” w ich doświadczeniu aborcji, a nawet „daleko wykraczające poza to, czego się spodziewały”. Jedna z kobiet z Brazylii tak opisała komunikację z doradczynią z infolinii:

***Wysłały mi kilka e-maili z pytaniami jak przebiegła aborcja, czy miałam bóle, jak się czuję... były bardzo troskliwe, wysyłały mi dużo e-maili, a ja zawsze odpowiadałam. Było bardzo dobrze, one są bardzo kompetentne. Nie bałam się, że coś może pójść źle, dokładnie dlatego, że zawsze pozostawały w kontakcie. (Brazylia, 22 lata)***

Ogólnie uczestniczki oceniały dostępność doradczyń jako „bardzo dużą”. W ich odczuciu doradczynie odpowiadały na wszystkie ich pytania, gdy tylko była taka potrzeba. Tylko w jednym przypadku osoba z Brazylii powiedziała, że czekała na odpowiedź na e-maila dłużej niż by chciała. Pomimo tego jej zdaniem otrzymała wszystkie potrzebne informacje na czas. Te doświadczenia kontrastują mocno z doświadczeniami z lokalnymi systemami ochrony zdrowia. Szczególnie kobiety z Brazylii i Polski krytykowały oficjalną ochronę zdrowia, ponieważ nie otrzymywały odpowiedzi na swoje pytania ani szczegółowych informacji na temat zabiegów. Kilka kobiet z

Polski ostro krytykowała pracowników i pracownice ochrony zdrowia za brak zainteresowania i to, że nie poświęcają czasu na rozmowę z pacjentką.

Uczestniczki pozytywnie oceniały nie tylko informacyjny aspekt usług infolinii (szczegółowe informacje podawane na czas), ale też sposób traktowania użytkowniczki. Podejście doradczyń opisywały jako życzliwe, współczujące, pełne szacunku i pobawione moralnych ocen. Niektóre kobiety opisywały, że czuły podczas kontaktu z doradczynią osobistą więź, całkiem, jak gdyby rozmawiały ze starszą siostrą czy przyjaciółką. Kilka podkreśliło, że doradczynie tworzyły wrażenie bliskości, stosując zdrobniałe zwroty, takie jak „kochana”. Jedna z brazylijskich uczestniczek powiedziała nam, że nie spodziewała się, że w wypowiedziach doradczynie będzie słyhać tyle troski. Uczestniczka z Polski powiedziała nam, że była zaskoczona tym, ile otrzymała „rozumienia, wsparcia i pomocy” od kogoś, kogo nie znała osobiście (Polska, 27 lat). Jej zdaniem takiego rodzaju pomocy nie są w stanie czasem zapewnić nawet członkowie rodziny.

Kobiety na różne sposoby opisywały korzyści internetowych platform, za pomocą których uzyskały pomoc. Kilka kobiet podkreśliło, że komunikowanie się z doradczyniami przez telefon lub Internet, a nie twarzą w twarz, zwiększało ich poczucie poufności i ułatwiało im rozmawianie na temat, który jest tabuizowany. Przykładem może być wypowiedź uczestniczki z Polski:

***Z konsultantami jest łatwiej, nie jest na żywo w oczy. A z lekarzami jednak nie raz nie można powiedzieć. By się chciało coś powiedzieć, ale brakuje słów. Czy na forum, czy rozmawiając przez telefon jest łatwiej wyrazić swoje myśli, swoje przemyślenia czy wątpliwości. (Polska, 25 lat)***

Opisując doświadczenia związane z forum internetowym, uczestniczki z Polski mówiły nam, że czuły się częścią wspólnoty, czuły porozumienie i doświadczały ogromnej pociechy płynącej z uczucia, że nie są same ani wyjątkowe w swoich doświadczeniach. Jak napisała jedna z uczestniczek, „czytanie historii osób, które już to przeszły i miały to doświadczenie, bardzo mnie uspokoiło. To dało mi wiarę, że może mi się udać, mogę się uwolnić od tej niechcianej ciąży” (Polska, wiek nieznany). Uczestniczki z Polski opisywały relacje z innymi użytkowniczkami forum podobnie jak relacje z doradczyniami: jako oparte na wsparciu, przyjaźni i zaufaniu. Jedna z uczestniczek powiedziała, że forum zapewniło jej znacznie więcej pomocy, niż publiczny system ochrony zdrowia i choć interakcje z infolinią były tylko cyfrowe, i tak czuła się „trzymaana za rękę i pogłaskana po głowie” (Polska, 33 lata). Niektóre kobiety nie przestały odwiedzać forum po swojej aborcji, a jedna cieszyła się, że może zacząć wspierać następną członkinię forum.

## **Zmiany w wiedzy i podejściu do aborcji**

W ramach wywiadów badaczki pytały kobiety, czy skutek przerwania ciąży zmieniły się ich przekonania, podejście i/lub wiedza o aborcji. Wiele kobiet odpowiadało, że tak, obserwują takie zmiany. Po raz pierwszy dowiedziały się o misoprostolu i mifepristonie i o tym, jak ich używać oraz jakie są możliwości przerwania ciąży w drugim trymestrze. Jak podkreśliła uczestniczka z Brazylii:

***[Dowiedziałam się], że to jest najbezpieczniejsza metoda. Że rekomenduje ją Światowa Organizacja Zdrowia. A, i że połączenie tych dwóch leków sprawia, że procedura jest w 99% skuteczna. Przedtem wiedziałam tylko o... misoprostolu. Nie wiedziałam o mifepristonie. (Brazylia, 44 lata)***

Nowe informacje pozwoliły niektórym uczestniczkom rozprawić się z określonymi przekonaniami na temat aborcji i zmieniły ich zdanie na temat zdrowotnych skutków przyjęcia leków poronnych. Jedna z polskich uczestniczek ujęła to następująco:

***Dużo słyszałam, że te leki strasznie działają na organizm i robią taką krzywdę, a tak naprawdę okazało się, że nie robią żadnej krzywdy tylko pomagają. Zmieniło się bardzo, jeśli chodzi o moje obawy przed braniem tych leków, nie są takie złe i faktycznie pomagają. Nie szkodzą jak to większość mówiła. (Polska, 24 lata)***

Bezpieczeństwo i skuteczność leków poronnych nie były jedynymi powodami, jakie kobiety wymieniały uzasadniając wybór tej metody. Na przykład jedna z uczestniczek z Nigerii tak opisała swoje zaskoczenie, że może wziąć leki w domu:

***Nie miałam pojęcia, że można po prostu zostać w domu. O tym nie miałam pojęcia, zawsze kojarzyłam aborcję albo ze szpitalem, albo z tymi miksturami, po których nie wiadomo czego się spodziewać. (Nigeria, 29 lat)***

Kilka uczestniczek zastanawiało się nad tym, jak ta nowo zdobyta wiedza może im się przydać w przyszłości lub czy będą mogły z niej skorzystać by pomóc bliskiej osobie.

Wiele kobiet, które powiedziały, że ich wiedza na temat aborcji zmieniła się w wyniku skorzystania z usług infolinii, opisywało także uczucie zaskoczenia, że odkryły bezpieczny sposób robienia aborcji. Te uczestniczki mówiły też, że przestały wyobrażać sobie aborcję jako proces, który musi być trudny lub traumatyczny. „Nie taki diabeł straszny, jak go malują! To prosty zabieg, każda osoba, która chce, może go sobie zrobić” (Brazylia, 39 lat). Podobnie wypowiadała się jedna z uczestniczek z Polski:

***Ważną, rzeczą było to w dość prosty sposób można rozwiązać ten problem. Rozwiązanie na zasadzie zgłoszenia, wypełnienia formularza, dobrowolnej wpłaty i oczekiwania. Kiedy pojawił się u mnie ten problem, nigdy nie przypuściłabym, że rozwiązanie jest na wyciągnięcie ręki. I może być tak proste. Wydawało mi się, że będzie to ode mnie wymagało niezwyklej gimnastyki, łącznie z pojechaniem do innego kraju, zdobyciem ogromnej sumy pieniędzy, których na tamtą chwilę nie miałam. A okazało się, że jest to o wiele prostsze niż przypuszczałam. (Polska, 27 lat)***

Jakie nastawienie do zagadnienia aborcji miały uczestniczki przed ciążą? Uczestniczki deklarowały zróżnicowane postawy, choć większość deklarowała poparcie dla dostępu do aborcji. Jedna z uczestniczek z Nigerii uważała wcześniej aborcję za grzech, ale zmieniła zdanie. Inne uczestniczki uważały, że ich doświadczenia umocniły je w poglądach. Część mówiła o aborcji

jako o prawie, które przysługuje wszystkim kobietom. Na przykład uczestniczka z Brazylii powiedziała:

***Kiedy dowiedziałam się, że aborcja to prawo człowieka, poczułam się bardzo wzmocniona w mojej decyzji. Zdjęło to ze mnie poczucie winy... i rozwiało tę atmosferę przestępstwa, czegoś podejrzanego, która często wiąże się z aborcją. (Brazylia, 39 lat)***

Jedna z uczestniczek z Nigerii opisała jak w wyniku kontaktu z infolinią zmieniły się jej poglądy na cielesną autonomię i siłę kobiet, i że teraz jeszcze bardziej chce zmieniać normy panujące w jej społeczności.

***Przekonałam się, że każda kobieta ma swoje prawo, prawo cielesne. Czy chcesz mieć dziecko, czy nie, to wszystko zależy od kobiety i nikt inny nie ma prawa za nią decydować... Ludzie naprawdę uważają kobiety za ludzi drugiej kategorii. Doświadczenie z infolinią pozwoliło mi uwierzyć (...), że nadszedł czas, żeby kobiety się obudziły i zaczęły wierzyć w siebie. (Nigeria, 22 lata)***

Jedna z kobiet z Polski wyraziła przekonanie, że mężczyźni nie powinni mieć wpływu na dostęp do aborcji. Była sfrustrowana faktem, że aborcja musi odbywać się w tajemnicy z powodu ograniczeń prawnych.

***Co mnie denerwuje to, że robimy to w ukryciu, że musimy zdobywać te tabletki „nielegalnie”. Zaczęłam patrzeć na to, co się tutaj dzieje w Polsce decydują o tym starzy faceci, co ja mogę zrobić a czego nie mogę zrobić. Jestem jeszcze bardziej za tym, jak ktoś potrzebuje pomocy to rozgłaszać i informować, że jest takie coś (Polska, 42 lata)***

Uczestniczki, które uzyskały wsparcie na forum internetowym zyskały poczucie, że „są inne kobiety takie jak ja” i przekonały się, że aborcja jest znacznie częstsza, niż myślały – dotyczy to szczególnie uczestniczek w Polsce. Wiele uczestniczek wyraziło przekonanie, że czują się teraz częścią większej grupy, co jedna z Polek ujęła następująco: „[moje poglądy na aborcję] nie zmieniły się. Myślę i czuję to samo, co przed aborcją. Zdałam sobie sprawę, że jest mnóstwo ludzi, kobiet, które myślą tak, jak ja.” (Polska, 35 lat)

## Podsumowanie

Niniejsze badanie pozwoliło zdobyć wgląd w doświadczenia kobiet korzystających z pomocy infolinii aborcyjnych w krajach, gdzie dostęp do aborcji jest ograniczony. Uczestniczki z trzech krajów, Nigerii, Brazylii i Polski, opowiedziały nam o swoich doświadczeniach z infoliniami, które świadczą wysokiej jakości opiekę i stosują perspektywę pacjentki. Według uczestniczek doradczynie infolinii odnosiły się do nich z życzliwością i współczuciem, nie szczędziły czasu na wyjaśnianie jak wygląda procedura aborcji farmakologicznej i zawsze odpowiadały na zadawane im pytania. Uczestniczki nawiązywały osobiste więzi z doradczyniami, a w przypadku Polski

miały też szansę poznać całą sieć osób, które tak jak one, potrzebowały aborcji i odwiedziły forum internetowe. Interpersonalne aspekty opieki były opisywane za pomocą takich pojęć jak godność, zaufanie, wsparcie i efektywna komunikacja, co jest zgodne z ramami pojęciowymi zarysowanymi w innych polach praw reprodukcyjnych, na przykład w Założeniach Opieki Opartej na Perspektywie Pacjentki dla Równości w Zdrowiu Reprodukcyjnym (*Person-Centered Care Framework for Reproductive Health Equity*) (Sudhinaraset et al., 2017) czy Skali Interpersonalnej Jakości Opieki w Planowaniu Rodziny (*Interpersonal Quality in Family Planning scale*), która zaadaptowana została także do opieki okołaborcyjnej w klinikach (Dehlendorf et al., 2018; Donnelly et al., 2019). Ramy odniesienia czy sposoby mierzenia jakości w modelach opieki opartych na perspektywie pacjentki są nadal mało rozwinięte (Darney et al., 2018; Dennis et al., 2017), szczególnie dla modeli wsparcia pozaklinicznego, takiego jak to, które zapewniają infolinie aborcyjne. Wyniki niniejszego badania dowodzą jednak, że infolinie aborcyjne nie tylko spełniają kryteria współcześnie rozumianej opieki opartej na perspektywie pacjentki, ale też wprowadzają zupełnie nowe komponenty opieki, takie jak budowanie społeczności.

Uczestniczki badania przeciwstawiły doświadczenia opieki w infoliniach doświadczeniom z lokalnymi oddziałami ochrony zdrowia, gdzie doświadczyły niskiej jakości opieki, albo w czasie ostatniej ciąży, albo w czasie wcześniejszych interakcji. W niektórych przypadkach pracownicy klinik i szpitali zachowywali się w sposób wzmacniający stygmatyzację aborcji, na przykład próbowali przekonać kobietę, żeby kontynuowała ciążę, odmawiali udzielenia informacji, odmawiali wystawienia skierowania.

## **Część kobiet celowo w ogóle nie zwróciła się do instytucji ochrony zdrowia z obawy przed potępieniem, lub przewidując, że lekarz i tak nie pomoże im w przerwaniu ciąży.**

Tego rodzaju postawa wobec oficjalnej ochrony zdrowia każe nam wnioskować, że poziom stygmatyzacji aborcji był postrzegany przez kobiety jako wysoki. Byłby to wniosek zbieżny z ustaleniami z niedawnego systematycznego przeglądu literatury naukowej na ten temat, który wykazał, że jedną z głównych przyczyn, dla których osoby potrzebujące aborcji udają się do sektora nieformalnego jest obawa przed kontaktem z niechętnym lub stygmatyzującym personelem medycznym (Chemlal & Russo, 2019). Artykuły zanalizowane w przeglądzie odnoszą się do sytuacji w krajach, gdzie aborcja jest legalna; można jednak założyć, że poziom stygmatyzacji i niechęć personelu medycznego do wykonywania aborcji są jeszcze wyższe w krajach, gdzie dostęp do aborcji jest prawnie ograniczony, takich jak kraje uwzględnione w niniejszym badaniu. Fakt, że pracownicy oficjalnych systemów ochrony zdrowia nie byli w stanie zapewnić opieki lekarskiej osobom, które jej potrzebowały to porażka publicznych systemów zdrowia. Jak widać, nie zapewniają one powszechnego dostępu do realizacji praw reprodukcyjnych. W odpowiedzi na problem niedostatecznego dostępu do usług aborcyjnych, eksperci w dziedzinie zdrowia publicznego często proponują zmiany w publicznych systemach zdrowia. Tymczasem rezultaty naszego badania dowodzą, że doradczynie w oddolnych organizacjach, takich jak infolinie aborcyjne, opartych na feministycznych założeniach, świadczą obecnie opiekę, której oficjalne systemy zdrowia w krajach z ograniczonym dostępem do aborcji

po prostu nie zapewniają. Są to usługi bardzo potrzebne, czasem nawet ratujące życie. Co więcej, pracowniczki infolinii w Nigerii, Polsce i Brazylii świadczą tę opiekę w sposób kompleksowy, oparty na współczuciu i realizujący założenia opieki opartej na perspektywie pacjentki.

Analiza treści wywiadów, przeprowadzonych w ramach badania, przyczynia się do wzbogacenia literatury dokumentującej z jakimi formami stygmatyzacji stykają się osoby poszukujące możliwości przerwania ciąży.

## **Uczestniczki badania często czerpały informacje o aborcji z historii podawanych z ust do ust, anegdot i plotek.**

Z wypowiedzi uczestniczek ze wszystkich trzech krajów wyłaniał się bardzo negatywny obraz aborcji obecny w ich społecznościach, co nie pozostaje bez związku z przeważnie niską jakością dostępnej opieki, niebezpieczną aborcją lub wymazywaniem pozytywnych narracji o aborcji. W rezultacie, kobiety podchodziły do aborcji pełne obaw o swoje bezpieczeństwo, o przyszłą płodność; często opierały się na błędnych przekazach o aborcji farmakologicznej (np. dotyczących potencjalnego ryzyka czy dostępności); nie spodziewały się też dobrego traktowania ze strony osób, które miałyby pomóc im w przerwaniu ciąży. Wątki niskich oczekiwań wobec jakości opieki i powszechności dezinformacji na temat aborcji są zbieżne z rezultatami innych badań przeprowadzonych w warunkach, gdzie aborcja jest tematem tabu (zarówno w krajach, gdzie jest w jakimś stopniu zakazana, jak i w krajach, gdzie jest relatywnie dostępna), a kobiety zamiast relacji innych osób, które przeszły aborcję, słyszą głównie negatywne narracje na temat aborcji od swojego otoczenia, lekarzy czy ogólnie w sferze publicznej (Coast et al., 2018; DePineres et al., 2017; Hajri et al., 2015; Hossain et al., 2016; Marlow et al., 2014; Puri et al., 2015). Warto przy tym zauważyć, że otoczenie osoby potrzebującej aborcji może działać dwojako: może powielać stygmatyzację aborcji i umacniać społeczne normy, które ją potępiają; z drugiej strony zaufane członkinie społeczności mogą pomóc w skontaktowaniu się z osobami, które już miały aborcję, co może zmniejszać izolację odczuwaną przez kobietę, próbującą przerwać ciążę, a nawet przyczyniać się do uczucia sprawczości (Jelińska & Yanow, 2018). Badaczki i działaczki zajmujące się zwalczaniem stygmatyzacji aborcji za pomocą działań nakierowanych na tworzenie sieci wsparcia skupiały się jak dotychczas na osobach, które mogą opowiedzieć o swoim doświadczeniu aborcji lub na personelu wykonującym aborcję lub posobach z doświadczeniem aborcji (Belfrage et al., 2019; Debbink et al., 2016; Littman et al., 2009). Naszym zdaniem sieci wsparcia mają znaczenie nie tylko dla osób, które mają doświadczenie aborcji, ale też dla tych, które dopiero próbują uzyskać do niej dostęp. Rozwinięcie wiedzy na temat takich modeli opieki, które umożliwiają nawiązanie kontaktu z siecią wsparcia, zdecydowanie wymaga dalszych badań. Przykładem może być jakościowe badanie na temat infolinii aborcyjnej w Argentynie (Zurbriggen et al., 2018).

## **Doświadczenia osób korzystających w infolinii aborcyjnych kwestionują założenie, że najwłaściwszym źródłem opieki okołaborcyjnej są oficjalne systemy ochrony zdrowia.**

Wniosek ten ma poważne implikacje dla politycznych działań na rzecz dostępu do aborcji, szczególnie aborcji farmakologicznej. Działaczki na całym świecie muszą dalej domagać się powszechnego dostępu do wysokiej jakości opieki okołaborcyjnej w przystępnej cenie, jako niezbędnego elementu usług medycznych związanych z prawami seksualnymi i reprodukcyjnymi w ramach oficjalnych systemów ochrony zdrowia. Jednocześnie na podstawie źródeł możemy stwierdzić, że systemy te nie spełniają pokładanych w nich nadziei, a ich usługi cechują się dyskryminacją, stygmatyzacją aborcji i ogólnie niską jakością opieki (DePineres et al., 2017; Hajri et al., 2015; Harries et al., 2015; Hossain et al., 2016; Puri et al., 2015). Negatywne doświadczenia kobiet w systemach ochrony zdrowia oraz pojawienie się tabletek aborcyjnych było impulsem do oddolnej organizacji infolinii pomagających osobom potrzebującym aborcji. Doradczynie pracujące w alternatywnych, zdemedyalizowanych, bezpiecznych modelach zapewniania opieki okołaborcyjnej świadczą usługi znajdujące uznanie wśród użytkowniczek. Pomimo tego modele te są nadal mało rozpowszechnione na świecie, a ich słusność jest kwestionowana. Doradczynie infolinii pracujące w krajach, gdzie aborcja jest kryminalizowana, prezentują zupełnie inne podejście do osób potrzebujących aborcji niż pracownicy oficjalnej ochrony zdrowia: zapewniają niezawodną opiekę, skupienie na perspektywie pacjentki, rzetelne informacje oparte na badaniach i procedury zgodne z najnowszymi zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (Medical Management of Abortion, 2018). Tego typu usługi można opisywać w kategoriach redukcji szkód (*harm reduction*); są one silnie zakorzenione w standardach praw człowieka i feministycznym etosie (Erdman et al., 2018). Zasadne byłoby zatem pytanie w jaki sposób najlepsze praktyki i odkrycia sformułowane w toku działania tych nowatorskich organizacji mogłyby posłużyć do rewitalizacji i poprawienia usług w ramach oficjalnych systemów ochrony zdrowia.

Głównym ograniczeniem niniejszego badania był fakt, że uczestniczki same zgłosiły się do udziału w badaniu; możliwe, że osoby, których doświadczenia były mniej pozytywne nie zdecydowały się na udział w badaniu. Osoby prowadzące wywiady zostały przeszkolone i nie były jednocześnie głównymi doradczyniami osób, z którymi rozmawiały; mimo tego istnieje możliwość, że uczestniczki badania wolały nie opowiadać o negatywnych aspektach swoich doświadczeń osobom, które były z związane z infoliniami. Pomimo tych ograniczeń nasze badanie przyczynia się do wypełnienia ważnej luki w naukowej literaturze na temat doświadczeń osób, które korzystają z pomocy infolinii, aby przerwać ciążę poza oficjalnymi systemami ochrony zdrowia w krajach, gdzie dostęp do aborcji jest ograniczony.

**Doradczynie infolinii aborcyjnych oferują opiekę okołaborcyjną o wysokiej jakości. Ich celem nie jest jedynie wypełnienie luki, pozostawionej przez systemy ochrony zdrowia w krajach z restrykcyjnym podejściem do aborcji, ale zapewnienie kobietom holistycznej opieki, opartej na perspektywie pacjentki. Priorytetem w tym modelu jest bezpieczeństwo, rozumiane nie tylko jako skuteczne przeprowadzanie aborcji, ale szerzej: jako wsparcie,**



## **życzliwość, solidarność, autonomia, zapobieganie kryminalizacji, wzmocnienie sprawczości jednostki.**

Nie ma wątpliwości, że potrzebne są dalsze badania nad infoliniami aborcyjnymi (jakością i modelami opieki), ponieważ wnioski z takich badań mogą pomóc w poprawieniu jakości usług w ramach oficjalnych systemów służby zdrowia i w rozszerzeniu dostępu do dobrej jakości bezpiecznych aborcji dzięki przedefiniowaniu pojęcia „zapewniania opieki”.

### Podziękowania

Autorki dziękują dr Caitlin Gerds za pomoc w uzyskaniu wsparcia redakcyjnego. Dziękujemy też pracownikom infolinii, które rekrutowały uczestniczki i prowadziły wywiady w ramach badania.

### Źródło finansowania

Badanie przeprowadzone przy użyciu grantu od Inroads Partnership Fund, numer grantu iPH2016.

### ORCID

Ana Maria Ramirez <http://orcid.org/0000-0001-8240-505X>

Tłumaczenie artykułu z angielskiego na polski: dr Agata Chelstowska i Natalia Broniarczyk