

ABORCJA BEZ BARIER

dostępność
aborcji
dla osób
z niepełno
sprawno
ściami

PEŁNO
PRAW

NAPEŁNO

AUTORKI:

Agnieszka Wołowicz

Magdalena Kocejko

Katarzyna Bierzanowska

Dziękujemy wszystkim osobom, które wsparły merytorycznie proces tworzenia niniejszego raportu poprzez udział w badaniach, konsultacjach czy rozmowach, dzieląc się swoją wiedzą, własnym doświadczeniem i cennymi obserwacjami.

Dziękujemy również Funduszowi Feministycznemu za wsparcie finansowe w pracy nad raportem i w zapewnieniu jego dostępności.

opracowanie graficzne: Justyna Kieruzalska, uho.studio

W partnerstwie z Aborcyjnym Dream Teamem:



SPIS TREŚCI

Autorki raportu	4
Od autorek	5
Wprowadzenie	7
Metodologia	15
Wyzwania dla kobiet z niepełnosprawnościami w dostępie do aborcji	22
Przyczyny aborcji wśród kobiet z niepełnosprawnościami	27
Bariery w dostępie do aborcji	35
Bariery w ramach systemu ochrony zdrowia	35
Bariery w ramach sieci wsparcia w aborcjach	37
Kobiety z niepełnosprawnościami w debacie o aborcji - głosy na styku	47
Poczucie wykorzystania w debacie	48
Większy ciężar i ryzyko stygmatyzacji	50
Odbieranie podmiotowości i bagatelizowanie doświadczeń	52
Podwójne standardy	53
Wnioski	56
Rekomendacje	63
Bibliografia	67
Dostępny protest	71

AUTORKI RAPORTU

AGNIESZKA WOŁOWICZ – doktorka, pedagogożka, psycholożka. Pracuje na Wydziale Pedagogicznym Uniwersytetu Warszawskiego. Ekspertka wielu organizacji pozarządowych. Członkini Special Interest Research Group on Parents and Parenting with Intellectual Disabilities, IASSIDD. Autorka publikacji dotyczących kobiet z niepełnosprawnościami, praw reprodukcyjnych kobiet z niepełnosprawnością intelektualną, aktualnie prowadzi badania na temat osób LGBT+ z niepełnosprawnościami. Członkini kolektywu Artykuł 6. Działaczka społeczna i sojuszniczka osób z niepełnosprawnościami w działaniach na rzecz implementacji założeń Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych.

MAGDALENA KOCEJKO – badaczka i ewaluatorka, z wykształcenia psycholożka i socjolożka, od kilkunastu lat związana ze środowiskiem organizacji działających na rzecz praw osób z niepełnosprawnościami. Autorka i współautorka kilkunastu raportów dotyczących sytuacji osób z niepełnosprawnościami w Polsce, systemu wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami. Naukowo, zawodowo i aktywnie zajmuje się badaniem polityki wobec osób z niepełnosprawnościami. Pisze doktorat dotyczący polityki wobec kobiet z niepełnosprawnościami w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie. Członkini nieformalnej grupy Artykuł 6.

KATARZYNA BIERZANOWSKA – autorka inicjatywy Pełnoprawna na rzecz równego traktowania osób z niepełnosprawnościami, tłumaczka audiowizualna, edukatorka, aktywistka, członkini kolektywu Artykuł 6. Współpracuje z organizacjami pozarządowymi, instytucjami i sektorem prywatnym w zakresie dostępności, interseksjonalności oraz równego traktowania osób z niepełnosprawnościami. Współautorka raportu „Przychodzi baba do lekarza” o dostępności usług ginekologicznych dla kobiet z niepełnosprawnościami. Reprezentantka strony pozarządowej podczas genewskiego posiedzenia Komitetu ONZ ds. wdrażania Konwencji ONZ o prawach osób z niepełnosprawnościami w Polsce.

OD AUTOREK

Po ogłoszeniu 22 października 2020 roku decyzji tzw. Trybunału Konstytucyjnego o zdelegalizowaniu przesłanki embriopatologicznej w dostępie do aborcji w Polsce na ulice całego kraju z dnia na dzień wychodziły coraz liczniejsze grupy osób skandujące wprost swój sprzeciw w obliczu odbierania im prawa do decydowania o swoim zdrowiu, ciele i życiu. Już wtedy wiedziałam, że nie tam, a przynajmniej nie tylko tam – zwłaszcza w obliczu sięgającej szczytowych zachorowań pandemii – należy szukać miejsca dla kluczowego w całym sporze głosu – głosu kobiet z niepełnosprawnościami.

Wtedy na facebookowym profilu inicjatywy Pełnoprawna rozpoczęłam akcję “Pocałujcie nas w macice”. Chciałam stworzyć platformę, na której kobiety z różnymi niepełnosprawnościami w wybrany przez siebie sposób będą mogły zabrać głos w sprawie, a z drugiej strony miejsce, w którym będą mogły znaleźć dostępną informację na temat aborcji czy toczących się strajków. Kobiety z niepełnosprawnościami w swoich tekstach, grafikach i nagraniach dzieliły się swoimi opiniami w obliczu wprowadzanych restrykcji. Na Pełnoprawnej pojawiły się teledyski oraz nagrania wideo z ulicznych protestów w wersji z audiodeskrypcją, z napisami czy tłumaczeniem na polski język migowy. Powstała również akcja “Strajk z audiodeskrypcją”, podczas której w kulminacyjnym dniu strajku osoby uczestniczące w ulicznej demonstracji nadsyłały swoje fotorelacje opatrzone tekstem alternatywnym. Tak opisane zdjęcia były następnie publikowane w sieci. Wreszcie udało się zorganizować cykl webinarów z tłumaczeniem na polski język migowy i transkrypcją na żywo, w których uczestniczyły kobiety z niepełnosprawnościami, ale także dziennikarki, polityczki, aktywistki, prawniczki czy lekarki.

Okazało się jednak, że po pierwsze nie wiadomo, jak wygląda rzeczywisty dostęp do samej aborcji dla osób z niepełnosprawnościami (i tej systemowej, i tej odbywającej się poza nią), po drugie – że nieustannie doświadczenia dorosłych osób z niepełnosprawnościami stanowią argumenty de facto dla wszystkich stron toczącej się dyskusji, mimo że skutecznie pomijany jest w niej bezpośredni głos przedstawicielek tej grupy społecznej, i wreszcie po trzecie – że kontekst stopnia sprawności

w temacie aborcji ma szczególnie intensywny potencjał zmiany, ale również wykluczenia i przemocy. Wspólnie z Magdaleną Kocejko i Agnieszką Wołowicz miałyśmy poczucie, że reprezentacja kobiet z niepełnosprawnościami pozostaje w tej dyskusji rażąco niewystarczająca. W związku z tym, choć konieczność reakcji na wspomniane zaniedbania była bezdyskusyjna, priorytetowe wydało nam się gruntowne rozpoznanie rzeczywistych potrzeb, oczekiwań, doświadczeń i trudności tej grupy w dostępie do aborcji, by nie mówić wyłącznie naszymi głosami o sytuacji znacznie szerszego grona osób.

To sprawiło, że podjęłyśmy decyzję o opracowaniu raportu na temat dostępności aborcji dla osób z niepełnosprawnościami w Polsce. W naszym przekonaniu stanowi on swoistą diagnozę rzeczywistej sytuacji kobiet z niepełnosprawnościami w dostępie do aborcji (także tej wciąż w Polsce formalnie legalnej), przedstawia doświadczenia konkretnych kobiet i wskazuje szereg rekomendacji niezbędnych do zmiany ich często obciążonego dyskryminacją, przemocą czy nierównościami położenia.

Co ważne, raport jest również próbą zmiany przedmiotowej pozycji niepełnosprawności w dyskusji o prawie do aborcji na podmiotową narrację uwzględniającą prawa, potrzeby i bezpośrednie głosy kobiet z niepełnosprawnościami. Raport w naszym przekonaniu stanowi także pomocne narzędzie do wdrażania dostępnych rozwiązań przez osoby, grupy oraz instytucje odpowiedzialne za wsparcie osób w doświadczeniu aborcji. Z przekonaniem, że zmiana jest możliwa i konieczna, oddajemy go w dalsze ręce.

Katarzyna Bierzanowska

autorka inicjatywy **Pełnoprawna**

WPROWADZENIE

W październiku 2020 roku Trybunał Konstytucyjny w Polsce orzekł, że przepis pozwalający na przerwanie ciąży, gdy badania prenatalne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, jest niezgodny z konstytucją, co de facto doprowadziło do wprowadzenia całkowitego zakazu aborcji. Spowodowało to zarówno falę protestów społecznych, jak i wzrost zainteresowania działalnością sieci samopomocy w aborcji (przede wszystkim działalnością grupy Aborcja Bez Granic). Grupy te stały się podstawowym sposobem dostępu do aborcji w Polsce. Sam wyrok Trybunału to jednak tylko przypieczętowanie funkcjonujących od lat faktycznych ograniczeń w dostępie do legalnej i bezpiecznej aborcji. Warto wspomnieć o **penalizacji pomocnictwa w aborcji** (czyli zasadniczo jej kryminalizacji) i **klauzuli sumienia** – prawa do odmowy wykonania świadczenia medycznego niezgodnego ze światopoglądem lekarza lub lekarki. Jak wskazują doświadczenia organizacji działających na rzecz praw reprodukcyjnych, sprzeciw sumienia w brzmieniu zawartym w przepisach prawa ma charakter uniwersalny, ale jest stosowany w praktyce wyłącznie do kwestii zdrowia reprodukcyjnego kobiet.

Światowa Organizacja Zdrowia od lat wskazuje, że restrykcyjna polityka antyaborcyjna wcale nie prowadzi do zmniejszenia liczby aborcji. Skutkuje natomiast wzrostem liczby zabiegów, które są wykonywane przez osoby niewykwalifikowane, w warunkach niespełniających elementarnych standardów higieny i bezpieczeństwa. Restrykcyjne ustawodawstwo aborcyjne i ograniczony dostęp do legalnej, bezpiecznej i finansowo przystępnej aborcji stanowią więc realne zagrożenie dla życia i zdrowia osób w ciąży, a także dla innych ich dóbr, praw i wolności. Co więcej, polityka antyaborcyjna uderza przede wszystkim w osoby najuboższe i najsłabiej wykształcone, które nie mają zasobów, aby zagwarantować sobie dostęp do aborcji poza obowiązującym systemem. Można przypuszczać, że dotyczy to również kobiet z niepełnosprawnościami.¹

¹ W dalszych fragmentach opracowania posługujemy się określeniem „kobieta” w odniesieniu do kobiet z niepełnosprawnościami. Pragniemy jednak podkreślić, że jest to efekt świadomej decyzji wynikającej z faktu, iż perspektywa płci w kontekście praw i potrzeb osób z niepełnosprawnościami jest nadal niewystarczająca, pomijana, niedoreprezentowana i ignorowana. Jednocześnie zaznaczamy, że niniejszy raport może odnosić się do każdej osoby bez względu na jej tożsamość płciową, orientację psychoseksualną, ekspresję płciową lub cechy płciowe.

Na prawa reprodukcyjne kobiet z niepełnosprawnościami, w tym prawo dostępu do bezpiecznej i legalnej aborcji, zwrócił uwagę ONZ (choć historycznie także na forum ONZ miał miejsce spór o to, czy prawo kobiet do samostanowienia i prawo osób z niepełnosprawnościami do życia nie stoją ze sobą w sprzeczności). Przełomem w tej sprawie było wspólne oświadczenie Komitetu ds. Praw Osób z Niepełnosprawnościami ONZ (CRPD) i Komitetu ds. Likwidacji Wszelkich Form Przemocy wobec Kobiet (CEDAW) z sierpnia 2018 roku „Guaranteeing sexual and reproductive health and rights for all women, in particular women with disabilities”. W oświadczeniu tym wskazano, że państwa powinny zapewnić wszystkim kobietom, w tym kobietom z niepełnosprawnościami, możliwość podejmowania autonomicznych decyzji dotyczących ich zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego. Podkreślono także, że prawo do bezpiecznej i legalnej aborcji jest jednym z elementów zapewniających taką możliwość.

W debacie publicznej po wyroku Trybunału Konstytucyjnego prawo kobiet do bezpiecznej i legalnej aborcji było przeciwstawiane prawu do życia osób z niepełnosprawnościami. Spór ten, chociaż tym razem pojawił się w centrum debaty i wzmacniany był narracją rządową, nie jest niczym nowym. U podstaw napięć występujących w tej debacie leży szereg obaw ruchu na rzecz praw osób z niepełnosprawnościami i ruchów na rzecz praw reprodukcyjnych. Ruch pro-choice walczy o zabezpieczenie praw kobiet do autonomicznego decydowania o swoim życiu i ciele, a część ruchu na rzecz praw osób niepełnosprawnych o destygmatyzację niepełnosprawności i zwrócenie uwagi, że aborcja ze względu na podejrzenie wady płodu może być problematyczna (Herzog, 2018). Obie narracje mają silne podstawy i uzasadnienia, które pokrótce przedstawiamy poniżej. O aborcji, niepełnosprawności i ruchu na rzecz praw osób z niepełnosprawnościami pisze Marsha Saxton w tekście „Disability Rights and Selective Abortion” (2013): „Zasadnicza różnica zdań dotycząca wolności reprodukcyjnej pomiędzy ruchem na rzecz sprawiedliwości reprodukcyjnej a ruchem na rzecz praw osób z niepełnosprawnościami sprowadza się do tego, że ten pierwszy podkreśla prawo do aborcji, a ten drugi prawo do jej nieprzeprowadzania”. Jak zauważa Natalia Pamuła: „Kobiety, które nie mają prawa do legalnej aborcji, są ofiarami restrykcyjnego prawa; osoby z niepełnosprawnościami, których prawa – w tym do aborcji, ale i do posiadania

(biologicznego bądź adoptowanego) potomstwa – są także codziennie w Polsce łamane. Obie grupy są ofiarami dyskryminującego prawa i praktyk, a dodatkowo nie są to grupy rozdzielne: kobiety z niepełnosprawnościami również mogą nie uzyskać w Polsce legalnej aborcji” (Pamuła, 2020). Prezentując poniżej kluczowe kwestie związane z prawami osób niepełnosprawnych i ruchami na rzecz praw kobiet, uznajemy, że ruchy te nie są monolitami. W ich obrębie występuje spektrum różnych poglądów, potrzeb i interesów. Nasze rozważania mają na celu rozwinięcie najczęściej wyrażanych obaw, które pojawiają się w związku z omawianym zagadnieniem, pokazanie i wzmocnienie tych kwestii, które na co dzień umykają w debacie wokół aborcji.

OBAWY RUCHU NA RZECZ PRAW OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

Życie osób z niepełnosprawnościami jest często dewaluowane, spotykają się one z przekonaniem, że ich życie ma mniejszą wartość niż osób bez niepełnosprawności. Ta sytuacja historycznie i współcześnie przejawia się rażącymi naruszeniami praw człowieka, nierównym dostępem do podstawowych usług, brakiem dostępnych rozwiązań dla osób z niepełnosprawnościami oraz środowiskiem społecznym, które stara się je „naprawić” (poprzez interwencje medyczne czy rehabilitacyjne) lub sprowadzać ich potrzeby wyłącznie do podstawowych aktywności niezbędnych do przeżycia, zamiast traktować niepełnosprawność jako naturalną formę ludzkiej różnorodności.

Postrzeganie niepełnosprawności przez pryzmat medycznego modelu doprowadziło do przekonania, że niepełnosprawność jest uzasadnioną podstawą do odmawiania ludziom ich praw, co z kolei poskutkowało rozległymi naruszeniami praw człowieka. Nadużycia te obejmowały kampanie eugeniczne mające na celu wyeliminowanie niepełnosprawności z puli genów, przymusową instytucjonalizację osób niepełnosprawnych z powodów „medycznych”, przymusowe podawanie leków i interwencje medyczne (np. przymusową sterylizację, aborcję czy antykoncepcję). W tym kontekście niektórzy przedstawiciele i niektóre przedstawicielki ruchu na rzecz praw osób z niepełnosprawnościami obawiają się, że przepisy, które zezwalają na aborcję

z powodu uszkodzenia płodu, wzmacniają piętno związane z niepełnosprawnością i sprzyjają środowisku, w którym niepełnosprawność jest czymś, co należy wyeliminować. Zwracają również uwagę na to, w jaki sposób niektórzy orędownicy w debacie na temat praw do aborcji – w tym zarówno przeciwnicy, jak i zwolennicy prawa do aborcji – wykorzystują niepełnosprawność dla swoich celów i instrumentalizują ją, aby wspierać swoje cele rzecznicze.

Natalia Pamuła w analizie wykorzystania niepełnosprawności przez ruchy pro-choice zwraca uwagę na to, że niektóre ich przedstawicielki budują swoją argumentację na wykluczeniu. Przykładem są hasła użyte podczas Czarnych Protestów: „Obrońco życia poczętego, czy adoptowałeś już niepełnosprawne dziecko z sierocińca???” czy „Każdy ksiądz, tak jak leci, niech zaadoptuje niepełnosprawne dzieci”, które wspierają ideologię sprawności i ukazują, jak znacząco opieka nad dzieckiem z niepełnosprawnością może wpływać na jakość życia, jego dotychczasowe ramy i stanowić obciążenie lub źródło wyrzeczeń, nieuchronnych zmian w organizacji życia, co w efekcie pokazuje, jak bardzo „niepożądanymi” dziećmi są dzieci z niepełnosprawnościami (nie adoptuje ich nawet obrońca życia) (Pamuła, 2020).

Część krajów – nie licząc tych, w których aborcja w różnym zakresie jest dostępna niezależnie od przyczyny – zezwala na aborcję z powodu uszkodzenia płodu, natomiast poza tą przesłanką i poza sytuacją, kiedy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia osoby lub gdy jest ona wynikiem gwałtu czy kazirodztwa, aborcja jest kryminalizowana. Te minimalne okoliczności, w których aborcja jest legalna, wspierają pogląd, że niektóre aborcje są zasadne, a inne nie. Część społeczności osób niepełnosprawnych jest zaniepokojona, że traktowanie aborcji na podstawie wady płodu jako „uzasadnionej” kodyfikuje przekonanie, że życie osób niepełnosprawnych nie jest warte życia i w rezultacie przyczynia się do wzmacniania dyskryminacji osób z niepełnosprawnościami bądź że narusza wprost prawo do życia.

Z drugiej strony część ruchu na rzecz praw osób z niepełnosprawnościami wyraża odmienne stanowisko, uznając, że niezasadnym jest stosowanie zakazu aborcji z przesłanki embriopatologicznej na skutek powiązania jej z prawami i potrzebami osób z niepełnosprawnościami. Przedstawiciele i przedstawicielki tej strony debaty twier-

dzą, że wprowadzanie takiej zależności pozostaje w sprzeczności zarówno z faktem, że przepisy dotyczące praw człowieka i konkretniej praw osób z niepełnosprawnościami dotyczą wyłącznie osób narodzonych, jak i z założeniem praw reprodukcyjnych, w ramach których niedopuszczalne jest traktowanie życia, zdrowia i ciała osoby w ciąży w sposób podrzędny w stosunku do płodu, gdy odbywa się to wbrew woli tej osoby. Odwrócenie tej narracji niejako nadaje nadrzędność przesłance stopnia sprawności (płodu) nad perspektywą płci, stanu zdrowia czy nienaruszalności cielesnej osoby w ciąży. Ten głos uwzględnia zatem perspektywę intersekcyjną – praw kobiet oraz praw osób z niepełnosprawnościami. (Szarota & Phillips, 2020).

Ponadto jako że temat aborcji dotyczy również bezpośrednio osób z niepełnosprawnościami, których ciała wciąż podlegają nieustannej medykalizacji, uprzedmiotowieniu, funkcjonowaniu w stosunku zależności, a decyzje osób z niepełnosprawnościami dotyczące ich własnego ciała są często oceniane i kwestionowane, przypisywanie płodowi nadrzędnego prawa do życia skutkuje – zdaniem tej części ruchu – nasileniem tych zjawisk, szczególnie względem kobiet z niepełnosprawnościami, wskutek dyskryminacji i przemocy intersekcyjnej. Kwestionowanie prawa do aborcji ze względu na łączenie go z prawem do życia osób z niepełnosprawnościami jest zatem uznawane za zawężoną i bezpodstawną perspektywę, ponieważ w kontekście płodów bezzasadnym jest wówczas przywoływanie praw człowieka czy podmiotowości obywatelskiej.

Przedstawiciele i przedstawicielki tej części środowiska twierdzą, że wprowadzanie podobnego głosu do debaty w efekcie wyraźnie działa na niekorzyść praw samych osób z niepełnosprawnościami, jako że dyskusja o prawie aborcyjnym powinna skupiać się wokół praw i potrzeb osób w ciąży, nie płodów, względem których wszelkie podjęte decyzje nie mogą zostać wdrożone bez udziału tych pierwszych. Stanowisko takie było wyrażane także w Polsce, m.in. przez nieformalną grupę Artykuł 6. Pojawiło się ono również bardzo wyraźnie w jedynym poświęconym wyłącznie sytuacji kobiet z niepełnosprawnościami raporcie zgłoszonym do ONZ w ramach procedury sprawozdawczej realizacji przez Polskę postanowień Konwencji ONZ o prawach osób z niepełnosprawnościami (Szarota & McRea, 2018).

OBAWY RUCHU NA RZECZ PRAW REPRODUKCYJNYCH

Chociaż w większości krajów europejskich prawo do aborcji jest znacznie bardziej liberalne niż w Polsce, to próby podważania autonomii reprodukcyjnej kobiet poprzez restrykcyjne przepisy ograniczające dostęp do bezpiecznej aborcji mają swoją długą historię. W niektórych krajach (np. na Malcie) przerwanie ciąży jest traktowane jako czyn karalny, w innych (w tym w Polsce) prawo aborcyjne jest skrajnie ograniczone. Kryminalizacja aborcji, karanie osób, które przerywają ciążę, tych, które przeprowadzają bezpieczną aborcję i/lub osób, które pomagają w dostępie do aborcji, ma druzgocące konsekwencje dla kobiet, przyczynia się do piętnowania, pozbawienia wolności i karania osób, które doświadczyły poronienia, urodzenia martwego dziecka lub innych powikłań związanych z ciążą. Piętno związane z aborcją odgrywa kluczową rolę w społecznej, medycznej i prawnej marginalizacji opieki aborcyjnej, przyczyniając się do wysokich wskaźników śmiertelności i zachorowalności kobiet. Istniejące dane pokazują, że prawne ograniczenia dostępu do aborcji nie zmniejszają jej częstości. Zamiast tego prowadzą do większej liczby aborcji wykonywanych poza systemem opieki zdrowotnej (WHO, 2017). To z kolei przyczynia się do wysokiego wskaźnika śmiertelności i zachorowalności wśród kobiet (WHO, 2018). Restrykcyjne przepisy dotyczące aborcji zmuszają osoby w ciąży do wyjazdu za granicę w celu uzyskania dostępu do bezpiecznej opieki aborcyjnej, co wiąże się z wysokimi kosztami emocjonalnymi i ekonomicznymi ponoszonymi przez te osoby. Powszechne piętno związane z aborcją może również ograniczać dostęp do legalnej aborcji. Niedokładne, stygmatyzujące lub celowo niepełne informacje na temat ciąży i aborcji mogą być wykorzystywane do zniechęcania kobiet do podejmowania decyzji o aborcji i tym samym mogą naruszać korzystanie z autonomii reprodukcyjnej.

Takie ustawienie osi sporu sprawia, że kobiety z niepełnosprawnościami znalazły się w szczególnej sytuacji. Marginalizowanie ich perspektywy prowadzi do niezauważenia realnych problemów i potrzeb. Kobietom z niepełnosprawnościami regularnie odmawia się prawa do autonomii reprodukcyjnej (m.in. Król, 2018; Wołowicz, 2021). Jednocześnie należy podkreślić, że niezależnie od obowiązujących przepisów praw-

nych kobiety z niepełnosprawnościami, podobnie jak kobiety bez niepełnosprawności, mogą potrzebować dostępu do aborcji, zatem wyrok Trybunału Konstytucyjnego ma dla nich realne konsekwencje. Również doświadczenia organizacji wspierających osoby w aborcji wskazują na to, że kobiety z niepełnosprawnościami bywają odbiorczyniami ich usług, przyznając jednocześnie, że brakuje im wiedzy i narzędzi do udzielania odpowiedniego wsparcia. Zatem z jednej strony ograniczenia w dostępie do aborcji wpływają na prawa kobiet niepełnosprawnych, w tym na ich prawo do samodzielnego podejmowania decyzji o aborcji, z drugiej zaś należy uznać podwójne standardy w samym dostępie do aborcji. Podczas gdy kobiety z niepełnosprawnościami, podobnie jak kobiety bez niepełnosprawności, doświadczają barier w dostępie do bezpiecznej i legalnej aborcji, te pierwsze są również bardziej narażone na aborcję bez ich zgody, na przymusowe sterylizacje i przymusowe stosowanie antykoncepcji, a także mają znacznie bardziej utrudniony dostęp do aborcji pozasystemowej. Te praktyki są szczególnie widoczne w przypadku kobiet z niepełnosprawnością intelektualną (Wołowicz 2021), a także kobiet z niepełnosprawnościami o innych poza niepełnosprawnością cechach, które przyczyniają się do wykluczenia społecznego (np. osoby z niepełnosprawnościami, które identyfikują się jako nieheteronormatywne). W efekcie autonomia reprodukcyjna w przypadku tej grupy kobiet szczególnie mocno uwidacznia konieczność zagwarantowania im poszanowania swobody decydowania o przerwaniu lub – co w przypadku kobiet z niepełnosprawnościami jest równie ważne, a nieoczywiste – kontynuacji ciąży.

Perspektywa tej grupy kobiet, czasami wprost wpisująca się w główny nurt debaty, a czasami pozostająca na jego przecięciu, ukazuje zniuansowanie i specyficzne kwestie, które dotychczas w debacie o aborcji pozostawały na marginesie. Uznając historyczne wykluczenie kobiet z niepełnosprawnościami z głównego nurtu praw osób z niepełnosprawnościami i ruchów na rzecz praw kobiet oraz wyjątkową przestrzeń, jaką kobiety z niepełnosprawnościami zajmują na przecięciu tych dwóch ruchów, postanowiłyśmy zebrać i wzmocnić głosy tej grupy. Usiłujemy także wskazać, jakie są realne konsekwencje wyroku Trybunału Konstytucyjnego dla kobiet z niepełnosprawnościami.

Celem raportu było zrozumienie i opisanie wyzwań, jakie stoją przed kobietą z niepełnosprawnością, która jest w ciąży i chce mieć prawo do decyzji o jej przerwaniu lub kontynuacji, może rozważać decyzję o przerwaniu ciąży albo oczekuje możliwości wyboru w sprawie przerywania ciąży.

W szczególności:

1. analiza barier, na jakie natrafiają kobiety z niepełnosprawnościami w dostępie do aborcji
2. analiza przyczyn, dla których kobiety z niepełnosprawnościami mogą rozważać aborcję
3. analiza społecznego postrzegania aborcji kobiet z niepełnosprawnościami i miejsca głosu kobiet z niepełnosprawnościami w debacie na ten temat.

Jednocześnie wyraźnie zaznaczamy, że raport nie przedstawia poglądów wszystkich kobiet z niepełnosprawnościami, a raczej zróżnicowanej grupy kobiet z niepełnosprawnościami, które uczestniczyły w naszym badaniu. Jakościowy charakter badania pozwolił na wydobycie spektrum problemów i perspektyw, jednakże jego wyniki nie są w żaden sposób reprezentatywne dla ogółu populacji kobiet z niepełnosprawnościami.

Niniejszy raport opracowaliśmy z perspektywy osób opowiadających się za liberalizacją prawa do aborcji w Polsce. Podkreślamy ten fakt, ponieważ zdajemy sobie sprawę, że ma on wpływ na sposób przeprowadzonego wnioskowania i formułowanie rekomendacji.

METO

DOLO

GIA

—

Projekt badawczy, którego wyniki prezentujemy w raporcie, dotyczył dostępności aborcji dla kobiet z niepełnosprawnościami w Polsce. Temat wydał nam się aktualny zwłaszcza teraz, kiedy wyrok Trybunału Konstytucyjnego rozpoczął znacznie szerszą niż dotychczas debatę społeczną na temat aborcji. Chciałyśmy wzmocnić w niej głos kobiet z niepełnosprawnościami. Badanie ma także służyć wypracowaniu praktyk i rozwiązań zwiększających dostępność usług i procedur w tym obszarze, również w obecnym kształcie prawa aborcyjnego w Polsce.

ROZMÓWCZYNI

Mając na uwadze cel badania, zdecydowałyśmy, że nie musi się ono ograniczać do badania doświadczeń i może dotyczyć również sytuacji potencjalnej, wyobrażenia na temat dostępności procesu aborcji. Nieobojętny był tu również argument kryminalizacji aborcji w Polsce, który mógłby utrudniać nam proces rekrutacji kobiet z doświadczeniem aborcji. Ze względu na zróżnicowanie doświadczeń osób, z którymi rozmawiałyśmy, postanowiłyśmy wykorzystać do badania dwa rodzaje wywiadów: grupowy i indywidualny.

Przeprowadziłyśmy **trzy wywiady grupowe** z kobietami, dla których niepełnosprawność stanowi część tożsamości, lub tych, które są z niepełnosprawnością utożsamiane, z orzeczeniem o niepełnosprawności lub bez orzeczenia, a także z kobietami G/głuchymi. Nie miał dla nas znaczenia moment nabycia niepełnosprawności, jej postępujący czy stały charakter (w podziale na różne rodzaje niepełnosprawności – osoby z niepełnosprawnością wzroku, ruchu, słuchu, kobiety Głuche, z niepełnosprawnościami o podłożu neurologicznym oraz kobiety z doświadczeniem choroby psychicznej, leczone się psychiatrycznie co pozwoliło nam pogłębić dyskusję o barierach w dostępie do aborcji), które nie mają (bądź nie chcą deklorować) doświadczenia aborcji, ale zastanawiają się nad dostępnością tego procesu.

Ta część badania została uzupełniona o ekspercką perspektywę:

- osób z grup wspierających kobiety w dostępie do aborcji, organizujących

- dostęp do aborcji poza formalnym systemem opieki zdrowotnej,
- położnych i ginekolożek pracujących w publicznych i prywatnych placówkach opieki zdrowotnej w ramach formalnego systemu opieki zdrowotnej,
 - prawniczki reprezentującej jedną z organizacji wspierających kobiety w dostępie do aborcji.

Przeprowadziłyśmy **sześć wywiadów indywidualnych** z kobietami z doświadczeniem aborcji, z kobietami z niepełnosprawnością intelektualną (dla których forma wywiadu indywidualnego była bardziej dostępna, również ze względu na miejsce ich zamieszkania w instytucjach całodobowego pobytu) oraz z kobietami, które zadeklarowały, że nie chcą rozmawiać w grupie.

Rozmawialiśmy łącznie z 33 osobami. Kobiety z niepełnosprawnościami, które wzięły udział w badaniu, miały różne doświadczenia i różny stosunek do aborcji. Część z nich – bardzo liberalny, przez inne aborcja postrzegana była jako ostateczność i była rozważana jedynie w sytuacji zagrożenia życia lub ciężkiej, nieodwracalnej wady płodu. Warto podkreślić, że ich stosunek do aborcji nie miał związku z nastawieniem do macierzyństwa. Część deklarowała chęć posiadania dzieci, dla części była to skomplikowana decyzja związana z potencjalnymi trudnościami donoszenia ciąży i zagrożeniem dla zdrowia i życia wynikającym z samego porodu czy z możliwością podjęcia się roli rodzica. Wszystkie rozmówczynie były w wieku reprodukcyjnym, a zajście w ciążę postrzegały jako realną możliwość.

W przeprowadzonym badaniu inspirowaliśmy się trzema podejściami badawczymi: perspektywą intersekcjonalną, badaniami partycypacyjnymi i dostępnością procesu badania.

PERSPEKTYWA INTERSEKCJONALNA

Kimberlé Crenshaw, czarnoskóra feministka i badaczka, a także prekursorka pojęcia intersekcjonalności, wykorzystała ją do opisu przecinania się kategorii “rasy” i płci (Crenshaw, 1991). Obecna powszechność tego terminu ukazuje jego celność

w określeniu tego, co inna teoretyczka feministyczna, Patricia Hill Collins, nazywa „zjawiskami współzależnymi” opresji (Hill Collins, 2016). Intersekcjonalność jest obecnie stosowana w celu zrozumienia, w jaki sposób wszyscy nosimy w sobie mnogość różnych – przy tym skonstruowanych i tymczasowych – tożsamości. Istotność takich tożsamości, opartych nie tylko na rasie, normatywnej płci, klasie i narodowości, ale także na seksualności, nienormatywnej płci, sprawności lub niepełnosprawności, religii i wieku – jest różna w różnych czasach i kontekstach; nadaje nam przywileje lub działa na niekorzyść każdego z nas, ponownie w odniesieniu do czasu i kontekstu. Efekt splotu różnych tożsamości nie jest zdaniem Crenshaw prostym wynikiem „sumowania się” wykluczeń, ale innym jakościowo rodzajem dyskryminacji, która powstaje w efekcie rozmaitych sprzężeń (Crenshaw, 1991). W środowisku akademickim termin ten rozwinął się, by przeciwdziałać jednowymiarowym i wykluczającym analizom represji w wielu dyscyplinach, ponieważ pozwala zauważyć, że każda osoba funkcjonuje w sieci zależności, które wpływają na jej pozycję społeczną. Przyjmując perspektywę intersekcjonalną, zauważamy, że kobiety z niepełnosprawnościami w dostępie do praw reprodukcyjnych są narażone na kilka rodzajów dyskryminacji: ze względu na płeć (podobnie jak wszystkie kobiety w tym zakresie), stopień sprawności (względem większości osób bez doświadczenia niepełnosprawności), a część z nich dodatkowo ze względu na rodzaj doświadczanej niepełnosprawności.

Literatura dotycząca analiz intersekcjonalnych oferuje pewne wskazówki dotyczące metod zastosowania jej w badaniach. Najczęściej wskazywaną cechą intersekcjonalnych badań jest krytyczna refleksja nad miejscem badaczek w procesie tworzenia wiedzy przy przyjęciu politycznych i etycznych założeń dotyczących sprawiedliwych stosunków społecznych i postawieniu w centrum debaty relacji władzy (Rice, Harrison, Friedman, 2019). Zatem jedną z metod wpisujących się w założenia intersekcjonalności jest niehierarchiczność w relacji badania i ich oddolna organizacja (Zapędowska-Kling, 2017). Ten metodologiczny imperatyw realizowany jest w obrębie **badania partycypacyjnych**.

Partycypacja w naszym badaniu przebiegała dwutorowo:

1. kobiety z niepełnosprawnościami były aktywnymi uczestniczkami badania,
2. w zespole badawczym na każdym etapie badania była kobieta z niepełnosprawnością.

DOSTĘPNOŚĆ PROCESU BADAWCZEGO

W trakcie namysłu nad metodologią kluczowe było dla nas zaplanowanie możliwie dostępnego i komfortowego badania dla kobiet z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Udostępnianie procesu badawczego dotyczyło każdego etapu badania – od konceptualizacji (uwzględnienie tematyki ważnej z perspektywy osób z niepełnosprawnościami) przez dobór grupy rozmówczyń, dostępną rekrutację, prowadzenie badania (dostępna praktyka badawcza) po rozpowszechnianie wyników (tak by dostęp do nich mogły mieć osoby z niepełnosprawnościami).

Ze względu na sytuację epidemiczną związaną z pandemią COVID-19 zdecydowałyśmy się na przeprowadzenie badania w trybie online. Ta decyzja okazała się kluczowa dla dostępności badania. Dzięki temu w badaniu mogły wziąć udział osoby w kryzysie zdrowia psychicznego (np. z zaburzeniami nerwicowymi i lękowymi) oraz kobiety zamieszkujące różne rejony Polski. To dało nam wgląd w różne doświadczenia. Uwzględniliśmy jednak to, że nie każdy chce czy może rozmawiać w przestrzeni domowej, więc byliśmy elastyczne wobec potrzeb rozmówczyń. Zawsze uzgadniałyśmy optymalne miejsce wywiadu. Byliśmy również otwarte na różne formy rozmowy. Jeden z wywiadów został przeprowadzony częściowo za pomocą czatu z racji na sytuację życiową i rodzaj niepełnosprawności rozmówczynie. Część kobiet, zwłaszcza z doświadczeniem aborcji, wolała rozmawiać indywidualnie, inne uczestniczyły w wywiadach grupowych. Do przeprowadzenia wywiadów wybrałyśmy osoby sojusznice, mające dodatkowo doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnościami, co miało szczególne znaczenie np. w sytuacji rozmów z kobietami z niepełnosprawnością intelektualną. Wrazie potrzeby zatrudniałyśmy tłumaczki języka migowego po uprzedniej konsultacji z uczestniczkami badania, że zgadzają się na wybór konkretnych tłumaczek.

ANALIZA DANYCH Z WYWIADÓW

Analiza danych pochodzących z badań fokusowych i wywiadów indywidualnych stanowiła element procedury badawczej, której celem było opisanie wyzwań, jakie stoją przed kobietą z niepełnosprawnością, która jest w ciąży i może chcieć podjąć decyzję o aborcji. W analizie wykorzystane zostały strategie zaproponowane przez Barneya Glasera, Anselma Straussa i Juliet Corbin (Glaser, Strauss, 2009) ze szczególnym uwzględnieniem przesłanek teorii ugruntowanej Kathy Charmaz (2009). Aby nie zgubić się w różnorodności uzyskanych danych, wyznaczyłyśmy sobie 3 punkty orientacyjne (bariery, przyczyny i postrzeganie aborcji kobiet z niepełnosprawnościami) stworzone na podstawie tego, co dostrzegłyśmy w analizowanych wywiadach (Charmaz, 2009). Wyodrębnione wstępne kategorie nadały kształt ramie analitycznej oraz stały się dla nas podstawą doboru i konkretyzacji podejmowanych zagadnień, a także fundamentem do budowania szerszej siatki pojęciowej i drzewa kodowego. Procedura ta wpisuje się w strategię badawczo-analityczną teorii ugruntowanej, która koncentruje się na generowaniu teorii z danych empirycznych, dlatego tworzenie też odbywa się podczas prowadzenia badania, a nie w oparciu o klasyczną metodę dedukcyjną (Konecki, 2000). W związku z charakterem odkrywania danych typowym dla metodologii ugruntowanej trudno było przewidzieć wszystkie odniesienia teoretyczne i empiryczne, które dostarczą odpowiednich schematów wyjaśniających dla pozyskanej wiedzy. Przyjęłyśmy jednak założenie o interdyscyplinarnych poszukiwaniach interpretacji.

WĄTKI ETYCZNE W BADANIU

Od wszystkich uczestniczek uzyskałyśmy świadomą zgodę na udział w badaniu. Rozmówczynie zostały poinformowane o możliwości odmowy udziału w badaniu bez podania przyczyny na każdym etapie jego trwania. W przypadku kobiet z niepełnosprawnością intelektualną zadbałyśmy o to, aby informacje niezbędne do wyrażenia świadomej zgody były zrozumiałe, pełne i zawierały wszystkie możliwe dane, które

pomogą im w podjęciu decyzji. Ponieważ badania były prowadzone w większości w formie online, istniało ryzyko obecności osób trzecich w przestrzeni domowej, co mogło wpłynąć na narrację i ekspresję rozmówczyń. Staraliśmy się uzyskać zgodę na indywidualne przeprowadzenie badania. Ostatecznie wszystkie wywiady zostały przeprowadzone bez obecności osób trzecich.

**WYZWANIA
DLA KOBIET
Z NIEPEŁNO
SPRAWNOŚCIAMI
W DOSTĘPIE
DO ABORCJI**



Koncepcja sprawiedliwości reprodukcyjnej powstała z połączenia idei praw reprodukcyjnych i sprawiedliwości społecznej. Postuluje równość i zniesienie podziałów na uprzywilejowanych i nieuprzywilejowanych w decydowaniu o własnym ciele, zdrowiu, życiu rodzinnym (Dzwonkowska-Godula, 2019). Sprawiedliwość reprodukcyjna oznacza prawo i dysponowanie odpowiednimi warunkami do tego, aby móc: mieć dzieci, nie mieć dzieci, mieć kontrolę nad warunkami porodu i opiekować się posiadany­m potomstwem (Chełstowska, 2010, Król, 2018). Przeprowadzone badanie skłoniło nas do refleksji nad tym, jakie zastosowanie może znaleźć koncepcja sprawiedliwości reprodukcyjnej w badaniu i opisie sytuacji kobiet z niepełnosprawnościami w dostępie do aborcji. Wydaje się, że można dyskutować o kilku różnych wymiarach jej użyteczności w tym zakresie.

Po pierwsze koncepcja ta skłania do przyjrzenia się relacjom pomiędzy indywidualnymi doświadczeniami kobiet z niepełnosprawnościami a ich społeczną przynależnością i zagadnieniami podmiotowości i sprawczości w obszarze reprodukcji. Ta refleksja zainspirowała nas do analizy samostanowienia kobiet z niepełnosprawnościami w obszarze praw reprodukcyjnych. Badanie (jak również wcześniejsze badania w tym obszarze, m.in. Król, 2018; Wołowicz, 2021) wskazuje, że kobiety z niepełnosprawnościami mają zróżnicowane możliwości kontrolowania własnej płodności. W szczególnie trudnej sytuacji znajdują się kobiety z niepełnosprawnością intelektualną lub takie, które potrzebują wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Kobiety z niepełnosprawnościami podlegają także powszechnej dyskryminacji, systemowym uprzedzeniom, paternalistycznym i ableistycznym postawom (Barille, 2003; EDF, 2011; Ortoleva i Lewis, 2012). W społeczeństwie wciąż funkcjonują stereotypy dotyczące zdolności wychowawczych kobiet z niepełnosprawnością, zwłaszcza z niepełnosprawnością intelektualną, które prowadzą do skrajnych naruszeń praw seksualnych i reprodukcyjnych kobiet z niepełnosprawnościami (zwłaszcza z niepełnosprawnością intelektualną).

Wątek skrajnego naruszenia autonomii reprodukcyjnej wybrzmiał wyraźnie w opisywanym badaniu. W trzech wywiadach przeprowadzonych z kobietami z niepełnosprawnością intelektualną pojawił się wątek nakłaniania ich (a nawet wywierania presji) do wykonania aborcji:

Lekarz powiedział: „Trzeba podjąć dobrą decyzję”. I nie ma co dyskutować, trzeba zrobić skrobankę. Trzeba zrobić i już.

(kobieta z niepełnosprawnością intelektualną)

Panie mówiły, że to nie jest miejsce dla dziecka. Nie jest dobre. Ten ośrodek. Że jak ono będzie się tu wychowywać. Że nie powinnam rodzić. Nie tutaj. Namawiała mnie.

(kobieta z niepełnosprawnością intelektualną)

Najistotniejszą cechą wypowiedzi kobiet z niepełnosprawnością intelektualną w temacie swobód reprodukcyjnych był brak sprawczości i odmawianie im prawa do podejmowania decyzji prokreacyjnych. Uczestniczki badania opowiadały, w jaki sposób nie mogły dokonywać wyborów dotyczących własnych ciał, ponieważ były one w dużej mierze podejmowane przez osoby udzielające im wsparcia i lekarzy. Same kobiety odgrywały raczej bierną rolę w tym procesie. Jedna z kobiet z niepełnosprawnością intelektualną doświadczyła wymuszonej aborcji:

Popychali mnie do tego, żeby usunąć. Musiałam to zrobić. Musiałam.

(kobieta z niepełnosprawnością intelektualną)

Jest to rażąca forma przemocy seksualnej i kontroli społecznej. Pozbawianie prawa do autonomii reprodukcyjnej najczęściej, ale nie wyłącznie, dotyczy kobiet pozbawionych zdolności do czynności prawnych (ubezwłasnowolnionych), mieszkanki instytucji (głównie domów pomocy społecznej), ponieważ ich sytuacja umożliwia opiekunom, partnerom, sędziom podejmowanie decyzji w ich imieniu bez ich uprzedniej dobrowolnej, świadomej zgody. Takie praktyki uznawane są przez opiekunów za

działanie w “najlepszym interesie” kobiety. Okazuje się zatem, że kobiety z niepełnosprawnościami mają ograniczone możliwości kontrolowania własnej płodności i zróżnicowane szanse korzystania z nich w zależności od cech statusowych (w tym przypadku rodzaju niepełnosprawności).

Sytuacja tych kobiet obnaża również nieudolność systemu wsparcia i brak mechanizmów zabezpieczających kobiety przed przemocą i nadużyciami, również w obszarze dostępu do aborcji. Pewnej grupie kobiet w odniesieniu do ich praw reprodukcyjnych nie tylko nie udziela się głosu, ale wręcz aktywnie się go odbiera, zwłaszcza jeśli są to kobiety potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. W ich sytuacji ujawnianie, procedowanie naruszeń nie jest w interesie osób czy instytucji, które zyskują na utrzymywaniu tajemnic. Część kobiet nie jest w stanie fizycznie, technicznie czy intelektualnie zgłosić naruszeń, a niektóre z nich muszą kalkulować, czy opłaca im się pociągać do odpowiedzialności osoby czy instytucje, od których wsparcia są zależne.

Badanie pokazało również, że zakaz aborcji może prowadzić do sytuacji, w których kobiety będą opierać swoją narrację na niepełnosprawności (ciąża jako zagrożenie dla zdrowia kobiety wciąż jest legalną przesłanką do wykonania zabiegu), żeby wywalczyć dostęp do potrzebnej aborcji:

Moja niepełnosprawność to był argument dodatkowy w podjęciu decyzji o aborcji, gdyby ktoś miał jakieś obiekcje, ale ja po prostu nigdy nie chciałam mieć dzieci.

(kobieta z niepełnosprawnością ruchu)

Przeprowadzone badanie pokazało również, że wbrew istniejącym stereotypom niepełnosprawność może, ale nie musi, leżeć u podstaw decyzji o aborcji. Zgodnie z zasadą sprawiedliwości reprodukcyjnej kobiety z niepełnosprawnościami podobnie jak kobiety bez niepełnosprawności czasami podejmują świadomą decyzję o bezdzietności.

Kobiety z niepełnosprawnościami, które wzięły udział w badaniu, podkreślały, że jako kobiety i osoby z niepełnosprawnością znajdują się w paradoksalnej sytuacji. Status niepełnosprawności aktywizuje ich obraz jako z jednej strony aseksualnych,

a przejawy ich seksualności jako niewłaściwe, problematyczne, niebezpieczne, takie, które należy ignorować, a nawet eliminować. Z tego powodu często mają utrudniony dostęp do antykoncepcji. Z drugiej strony stereotypowo zakłada się, że kobiety z niepełnosprawnościami są niezdolne do podejmowania ról opiekuńczych, do wzięcia odpowiedzialności za życie innych osób, co powoduje, że ich ciężę postrzegane są jako przejaw braku odpowiedzialności:

Z jednej strony jak kobieta z niepełnosprawnością idzie do lekarza po antykoncepcję, to lekarze się dziwią, że ona w ogóle uprawia seks. Z drugiej strony jak zachodzi w ciążę, to lekarze mówią: „Jak, będąc w twojej sytuacji, mogłaś zachować się tak lekkomyślnie?” To są komunikaty wykluczające się.

(kobieta z niepełnosprawnością wzroku)

Dla mnie to jest absurdalne, że osoba z niepełnosprawnością może urodzić dziecko, mimo że akurat ciąża jest dla niej zagrażająca i ma wymierne zdrowotne konsekwencje, ale już adoptować nie może, bo nie będzie w stanie się nim zająć.

(kobieta z niepełnosprawnością ruchu)

Na oddzielny komentarz zasługuje język, którym posługiwały się niektóre kobiety uczestniczące w badaniu, noszący znamiona wieloletniej stygmatyzacji tematu aborcji. Część rozmówczyń nie nazywała aborcji bezpośrednio tym terminem, mówiły o „załatwieniu tego” (kobieta z niepełnosprawnością ruchu). Kobiety wspominały również, że wmawia się im, że nawet jeśli nie żałują aborcji, to nie powinny swobodnie o niej mówić, powinny odczuwać wstyd. W konsekwencji doświadczały dysonansu emocjonalnego między tym, co czuły naprawdę, a tym, jakich reakcji oczekiwało od nich otoczenie:

To była absolutnie moja decyzja i nigdy jej nie żałowałam. Byłam zadowolona, jak już było po, odczuwałam ulgę, ale miałam wrażenie, że osoby, które o tym wiedzą, oczekują, że będzie mi smutno. Jak na przykład jechaliśmy tramwajem i widziałam dziecko w wózku, to udawałam swój smutek, mimo że byłam szczęśliwa, że nie mam dziecka.

(kobieta z niepełnosprawnością ruchu)

Po wszystkim przydałoby się wsparcie psychologiczne, ale na pewno nie przed, nie potrzebowałam się upewnić w swojej decyzji. Wiedziałam, czego chcę i że jestem zdecydowana na aborcję. Ale przydałoby się, żeby ktoś mi powiedział, że nie muszę udawać smutku.

(kobieta z niepełnosprawnością ruchu)

Ten cytat pokazuje również brak zaufania kobiet z niepełnosprawnościami do rozwiązań systemowych. Kobiety wprost wyrażały obawę przed podważaniem ich decyzji, wywieraniem presji, przed ingerencją w ich wybory, nakłanianiem ich do analizy własnych decyzji, zmiany zdania. Może to wynikać z lęku, że kolejny specjalista może przejąć kontrolę nad ich decyzją, odmówić im sprawczości.

PRZYCZYNY ABORCJI WŚRÓD KOBIET Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

Przeprowadzone badanie pozwoliło także na dokonanie analizy przyczyn, dla których kobiety z niepełnosprawnościami podejmują czy mogłyby podjąć decyzję o aborcji. Chociaż konkretne motywy stojące za każdą aborcją są różne w indywidualnej sytuacji, to w wielu przypadkach istnieją też te wspólne. Tylko część z nich wynika bezpośrednio z niepełnosprawności:

Generalnie podzieliłabym te przyczyny na takie właśnie ogólnokobiece, takie, które może mieć każda kobieta, czyli że na przykład jest w ciąży z gwałtu albo że po prostu nie jest gotowa, albo że nie chce mieć dzieci aktualnie, albo z powodu embriopatologii. Druga grupa to są powody związane z niepełnosprawnością.

(kobieta z niepełnosprawnością ruchu)

Wśród przyczyn, które **mogą wynikać z niepełnosprawności**, kobiety wymieniały:

1. SYTUACJĘ ZDROWOTNĄ:

realną obawę o pogorszenie stanu zdrowia, obawę o pogłębienie niepełnosprawności (*“usiądę na wózku”* – kobieta z niepełnosprawnością ruchu), strach przed regresem w funkcjonowaniu, obawę o zaprzepaszczenie efektów rehabilitacji czy o pogorszenie jakości życia:

(...) z obawy o to, że ciąża mogłaby spowodować pogorszenie stanu zdrowia i sprawności.

(kobieta z niepełnosprawnością wzroku)

Moja niepełnosprawność jest tak zaawansowana, że gdybym zdecydowała się na dziecko, to z pewnością pogłębiłoby to moje problemy.

(kobieta z niepełnosprawnością ruchu)

Ja mam niepełnosprawność postępującą, to ciąża by spowodowała przyspieszenie tego postępu, byłabym mniej mobilna, więcej musiałabym leżeć, być może cały trzeci trymestr, a może już wcześniej. Moje mięśnie nie są w stanie unieść mojego ciała, a co dopiero z ciążą. Tak naprawdę może jedna ciąża by wchodziła w grę. Gdybym się zdecydowała, zorganizowała sobie to wszystko i byłaby wada letalna, to jak ja donoszę tę ciążę do końca i to dziecko umrze, to ja już na kolejną ciążę nie jestem w stanie sobie fizycznie pozwolić. Aborcja byłaby mi potrzebna, żeby faktycznie móc mieć to dziecko. Wszystko musiałoby być dostosowane do tego, że z moją niepełnosprawnością, z moim ciałem tylko raz mogę sobie na taki wysiłek pozwolić, jeśli w ogóle.

(kobieta z niepełnosprawnością ruchu)

Kiedy myślę sobie o tym, jak może wpłynąć na przykład na całą miednicę, kiedy w moim przypadku miednica i tak już jest lekko zniekształcona, to szczerze mówiąc, nie wyobrażam sobie być w ciąży, bo to by po prostu mogło przekreślić wszystkie lata leczenia, które przeszłam.

(kobieta z niepełnosprawnością ruchu)

Z jednej strony niepełnosprawność jest w Polsce silnie medykalizowana, a z drugiej odbiera się kobietom narzędzie do podejmowania decyzji, które mogą mieć konsekwencje dla ich zdrowia. Co więcej, jedna z osób badanych mówiła wprost, że aborcja może stanowić w jej przypadku jedyną furtkę do macierzyństwa, ponieważ kolejne ciążę mogą być dla niej zbyt dużym obciążeniem fizycznym lub mogą wpłynąć znacząco na obniżenie jej samodzielności, a co za tym idzie – jakości jej życia. Oczekiwanie natomiast od osób w podobnej sytuacji szczególnej uważności w obszarze antykoncepcji sprowadza się do stosowania podwójnych standardów, a jednocześnie nie uwzględnia już i tak trudniejszej sytuacji kobiet z niepełnosprawności w dostępie do antykoncepcji, usług ginekologicznych, nie mówiąc o podważaniu ich podmiotowości, seksualności czy decyzji o rodzicielstwie.

2. OBAWĘ O BRAK WSPARCIA

Dla kobiet z niepełnosprawnością decyzja o aborcji może być trudniejsza niż w przypadku kobiet bez niepełnosprawności, zwłaszcza jeśli partner, najbliższe otoczenie, rodzina nie popierają tej decyzji:

Zaszłam w ciążę w wieku 22 lat. Nie chciałam tej ciąży. Ówczesny partner zgodził się ze mną i pomógł mi w tym, cały czas mnie wspierał, zgodził się, rozumiał, że nie chcę być w ciąży, robił wszystko, żeby mi pomóc. Nie było nas stać na te leki, pożyczył od kogoś, nigdy nie musiałam mu tych pieniędzy oddawać. Byliśmy w tym razem.

(kobieta z niepełnosprawnością ruchu)

Mam znacznie młodszego brata. Napatrzyłam się na to, jak wygląda opieka nad bardzo małym dzieckiem, i wiem, że fizycznie nie byłabym w stanie temu podołać, po prostu. Poza tym trudno byłoby mi w pojedynkę utrzymać dziecko i siebie, a staram się myśleć o tym perspektywicznie. Co by się stało, gdybym nie była z moim obecnym partnerem? Nie wyobrażam sobie zdecydować się na dziecko, biorąc pod uwagę to, jakie mam możliwości.

(kobieta z niepełnosprawnością ruchu)

Argument dotyczący braku wsparcia pojawił się w wywiadach również w szerszym kontekście. Kobiety mówiły o braku wsparcia dla rodziców z niepełnosprawnościami jako przesłance wzmacniającej decyzję o aborcji. Powyższe słowa świadczą również o tym, że potencjalna decyzja o aborcji lub rodzicielstwie to w przypadku kobiet z niepełnosprawnościami często bardzo odpowiedzialny, przemyślany wybór. Kobiety z niepełnosprawnościami rozważają wiele scenariuszy, do czego zmusza je właśnie doświadczenie niepełnosprawności, a może przede wszystkim właściwych i skutecznych odpowiedzi na nie. To obnaża także brak adekwatnego systemowego wsparcia.

3. OBAWĘ O SWOJE ŻYCIE

Jedną z ważnych przyczyn, dla których kobieta z niepełnosprawnością może rozważyć aborcję, jest obawa o swoje życie. Ciąża i poród przez część naszych rozmówczyń postrzegane były jako zagrażające życiu ze względu na przyjmowane leki, rodzaj niepełnosprawności czy powiązane z nią schorzenia. Pokazuje to dobrze poniższy cytat:

W wieku 20 lat neurolog powiedział mi, że sama ciąża zagrażałaby mojemu zdrowiu, a nawet życiu. Szczególnie poród by groził pęknięciem zmiany na mózgu – naczyniaka tętniczo-żylnego. Ewentualnym wyjściem byłaby cesarka. Poza tym sama ciąża grozi wylewem. A kolejny powód jest taki, że lek, który biorę – inne nie działały – nieodwracalnie uszkadza płód. Ale uważam, nawet gdyby nie te przesłanki, mogłabym po prostu nie chcieć być w ciąży.

(kobieta z doświadczeniem choroby psychicznej)

Obawy tej nie zniwelował w żadnym stopniu fakt, że aborcja z racji na przesłankę zagrożenia życia i zdrowia jest w Polsce w dalszym ciągu legalna. Powszechne było przekonanie, że dostęp do niej jest niezwykle trudny, a obawa o zdrowie i życie może być kwestionowana jako nieuzasadniona i niemająca wystarczająco wyraźnych medycznych podstaw.

4. OBAWĘ O TO, że z powodu stanu zdrowia, niepełnosprawności kobieta nie będzie miała możliwości zajmować się dzieckiem lub ta możliwość będzie ograniczona:

Jak mam gorszy okres, to mam przekonanie, że ja bym tego [macierzyństwa, ciąży] nie udźwignęła z powodu moich zaburzeń psychicznych.

(kobieta z doświadczeniem choroby psychicznej)

5. OBAWY ZWIĄZANE Z TYM, że dziecko urodzi się z niepełnosprawnością (w przypadku dziedziczenia chorób) lub że przyjmowane leki mogą uszkodzić płód:

Jest też taka grupa kobiet, której motywacją jest to, że mają schorzenie genetyczne i nie chcą przekazać go swojemu dziecku, ponieważ o ile one są już dorosłe, są spełnione, pracują, mają partnerów itd., to nadal pamiętają to cierpienie, które je spotkało w dzieciństwie, to, co czuły, kiedy spędzały długie tygodnie w szpitalu, kiedy miały dziesiątki operacji, jak to bardzo bolało i nikt nie mógł im pomóc. Myśl o tym, że to dziecko mogłoby czuć to samo, to jest już za dużo po prostu.

(kobieta z niepełnosprawnością słuchu)

Kobiety z niepełnosprawnościami mierzą się w dostępie do aborcji z dodatkowymi zarzutami, w których wyraźnie widać, że społeczeństwo samo ocenia, co to znaczy „szczęśliwe”, „dobre”, „satysfakcjonujące” życie i narzuca tę wizję kobiecie:

“Chcesz usunąć ciążę z taką chorobą jak twoja, a zobacz, jesteś dorosłą kobietą, masz życie, pracę, cokolwiek i szansę na założenie swojej rodziny, więc nawet jeśli twoje dziecko ma być chore, to ma szansę na szczęśliwe życie tak jak ty”.

(kobieta z niepełnosprawnością ruchu)

6. NIECHĘĆ DO POSIADANIA DZIECKA związana z koniecznością wychowywania go w ableistycznym świecie:

Ja sobie nie wyobrażam urodzić dziecka w Polsce, wychowywać je w świecie nieprzyjaznym dla Głuchych. Głuchym w Polsce jest trudno.

(kobieta z niepełnosprawnością słuchu)

7. NIECHĘĆ DO KONTAKTÓW z przedstawicielami instytucji ochrony zdrowia, obawa przed narażeniem na kolejne zabiegi medyczne, pobyty w szpitalu, trauma medyczna;

W przeprowadzonych wywiadach mocno wybrzmiał wątek potrzeby ochrony samej siebie przed koniecznością intensywnego kontaktu z przedstawicielami i procedurami systemu ochrony zdrowia, chęć unikania narażania się na kontakty z lekarzami, a także uchronienia się przed koniecznością kolejnej medycznej interwencji:

W moim przypadku ciąża nie odbywałaby się bez komplikacji i bez rzeczy, które musiałabym sobie też zorganizować sama ze względu na to, jak mój szkielet jest zbudowany. Chciałam jeszcze też dodać, że w trakcie naszego życia z niepełnosprawnością bardzo często jesteśmy operowane albo mamy przykre doświadczenia z lekarzami, albo coś się z naszym ciałem zmienia. Mamy taką niechęć, a przynajmniej ja tak mam, że nie chcemy kolejnej interwencji medycznej, która nie jest mi potrzebna. To się też wiąże z medycznym gaslightingiem, kiedy mamy też jakąś niechęć do ochrony zdrowia, jeśli mamy w perspektywie spotkanie się z jakąś przeszłą traumą, bo na przykład jakiś lekarz zdyskredytował nasze doświadczenia albo postawił złą diagnozę. I tutaj znowu, kolejny raz musimy przechodzić przez to samo, a nie chcemy. To też mi się wydaje, że może być powód.

(kobieta z niepełnosprawnością sprzężoną)

Kontakt z placówką ochrony zdrowia i personelem medycznym kojarzony jest przez rozmówczynie z sytuacją utraty kontroli nad własnym ciałem, brakiem możliwości komunikowania swoich potrzeb, koniecznością godzenia się na upokorzenie, niepotrzebną zależność, czasem traumę, często duży stres:

Czasami osoby bez niepełnosprawności mają takie wrażenie, że to lekarz nam pomaga, a myślę, że z naszego doświadczenia można powiedzieć, że często czujemy się na łasce lekarza i nie mamy pełnej kontroli nad sytuacją, nawet jeśli to chodzi o nasze ciało i o nasze leczenie.

(kobieta z niepełnosprawnością ruchową)

Kobiety z niepełnosprawnościami często rezygnują z komunikowania swoich potrzeb w tym zakresie, bo wiedzą, że personel nie jest przygotowany, a sytuacje, w których stają się one “obiektem” zabiegu medycznego, zniechęcają je do samorzeczności, asertywności czy edukowania, chcą mieć to za sobą:

Jak lekarz dowiedział się, że mam problemy z nogami, mówiłam, że to będzie duże obciążenie dla moich stawów biodrowych, to powiedział, że będzie cesarka i tyle. W ogóle nie zwrócił uwagi, czy ja tej ciąży chcę, że to będzie dla mnie duże zagrożenie, stawy biodrowe mogły mi się tak rozejść w ciąży, kiedy rozszerza się miednica, że mogłam przez resztę życia jeździć na wózku. Lekarza w ogóle to nie interesowało.

(kobieta z niepełnosprawnością ruchu)

W tej wypowiedzi wybrzmiewa doświadczenie lekceważącego podejścia lekarza do potencjalnego zagrożenia zdrowia, jakości życia pacjentki. Powyższa wypowiedź wskazuje również na to, że lekarz ma nadal pozycję władzy, a jego kompetencje bywają narzędziem do nadużyć, a nie wsparcia pacjentek. Istniejące zakazy aborcji dodatkowo wzmacniają tę pozycję i stwarzają pole do dyskryminacji i przemocy. W efekcie choć lekarz powinien stanowić elementarne źródło wsparcia i informacji w obszarze praw reprodukcyjnych, to kobiety nie liczą na jego pomoc.

Skutki braku wsparcia są wzmocnione, gdy kobieta doświadcza niepełnosprawności. W wielu wypowiedziach kobiet wybrzmiewał lęk przed zadaniem lekarzom prowadzącym pytania o “kompatybilność” aborcji z medycznym rozpoznaniem podstawowym związanym z nieznaną opinią lekarza na temat aborcji. W szczególności trudnej sytuacji są kobiety z chorobami rzadkimi, ponieważ krąg specjalistów jest tutaj zawężony i ich obawa dotyczy utraty specjalisty bądź bycia traktowaną gorzej, w sytuacji gdyby się okazało, że lekarz jest przeciwnikiem aborcji.

Niektóre kobiety z niepełnosprawnościami w kontaktach z systemem ochrony zdrowia doświadczyły przemocy instytucjonalnej:

Biorąc pod uwagę, że nawet bez tego spotkałam się z przemocą instytucjonalną ze strony lekarzy, to nie wyobrażam sobie, co by było, gdybym jeszcze czegoś dodatkowo chciała, co jest tak nietypowe jak ciąża kobiety z niepełnosprawnością.

(kobieta z niepełnosprawnością ruchową)

Kobiety uczestniczące w badaniu wymieniły dwa powody **pozornie niezwiązane z niepełnosprawnością**, które mogą stać się przyczyną podjęcia decyzji o aborcji. Były to: niestabilność finansowa („nie stać mnie teraz na dziecko”) i obawy wynikające z nieposiadania partnera („nie chciałabym być samotną matką”):

Te powody po części się nie różnią od powodów, dla których aborcji może potrzebować kobieta bez niepełnosprawności, że po prostu nie chce urodzić i już. Jak mam lepszy okres, to tak to widzę.

(kobieta z niepełnosprawnością sprzężoną)

Choć przyczyny te nie wynikają bezpośrednio z niepełnosprawności, to nie można nie zauważyć, że niepełnosprawność będzie je wzmacniać i uwydatniać:

Powody, dla których kobiety z niepełnosprawnościami rozważają aborcję, są te same co u kobiet bez niepełnosprawności, ale też dodatkowo mogą mieć znaczenie względy zdrowotne, tylko siła tych powodów albo częstotliwość występowania może być u kobiet z niepełnosprawnością większa. Na przykład sytuacja ekonomiczna jest powodem rozważania aborcji, a u kobiet z niepełnosprawnościami ta przesłanka będzie występować częściej, bo są bardziej narażone na biedę. Tak samo jest z ciążą z gwałtu. Kobiety z niepełnosprawnościami częściej są ofiarami gwałtów, zatem częściej to będzie powodem.

(kobieta z niepełnosprawnością wzroku)

Niepełnosprawność zdaniem naszych rozmówczyń w wielu sytuacjach będzie moderatorem decyzji pozornie z nią niezwiązanych. Np. wyjazd za granicę w celu uzyskania dostępu do usług aborcyjnych może być dla kobiet z niepełnosprawnościami barierą nie do pokonania. Wynika to z faktu, że kobiety niepełnosprawne z powodu dyskryminacji społecznej częściej mają niższy poziom wykształcenia i mają mniejszy dostęp do zatrudnienia, co skutkuje niższymi dochodami, a więc często nie mogą sobie pozwolić na wyjazd za granicę. Kobiety z niepełnosprawnością ruchową spotykają się z dodatkowymi barierami wynikającymi z niedostępnej przestrzeni, m.in. środków transportu czy zaplecza noclegowego.



BARIERY W DOSTĘPIE DO ABORCJI

Koncepcja sprawiedliwości reprodukcyjnej zainspirowała nas również do analizy nierówności społecznych i praktyk dyskryminacyjnych w zakresie praw reprodukcyjnych, do zbadania wpływu niepełnosprawności na dostęp kobiet do tych praw. Z tej analizy powstał katalog barier w dostępie do aborcji, który wyraźnie wskazuje, że prawa reprodukcyjne są znaczące dla statusu społecznego kobiet. Bariery te można podzielić na dwa typy: związane z dostępem do legalnej aborcji w ramach systemu ochrony zdrowia, a także bariery związane z dostępem do aborcji przy wsparciu nieformalnych grup.



BARIERY W RAMACH SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

W wywiadach pojawił się wątek przesłanek dopuszczających aborcję. W przypadku gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia osoby ciężarnej, wystąpienie tych okoliczności stwierdza lekarz. Zdaniem kobiet biorących udział w badaniu upokarzające jest, że ich wieloletnie doświadczenie życia z niepełnosprawnością, pragmatyczne podejście do swojego ciała musi zostać uprawomocnione przez lekarza, często przypadkowego. Procedura ta pozwala kwestionować wiarygodność kobiety, świadomość oceny jej własnego funkcjonowania czy jakości życia, a z drugiej strony buduje pozycję lekarza.

Kobiety z niepełnosprawnościami nie ufają systemowi ochrony zdrowia w kwestii ochrony ich praw reprodukcyjnych. Brakuje im informacji o oficjalnych procedurach dotyczących aborcji na stronie Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, poszczególnych placówek czy w informacjach udzielanych przez lekarzy

i lekarki. Pracownicy ochrony zdrowia nie są przygotowani do świadczenia usług dla kobiet z niepełnosprawnościami w obszarze praw reprodukcyjnych. Kobiety biorące udział w badaniu zauważają, że to na ich barkach spoczywa odpowiedzialność za poszukiwanie dostępnych placówek czy usług:

Nawet jeśli to jest możliwe [aborcja z powodu zagrożenia życia i zdrowia kobiety], to trzeba mieć jednak takie kompetencje społeczne, żeby przebić się przez ten system. Trzeba dzwonić w różne miejsca, chodzić. Dla mnie to byłby koszmar, ja bym sobie mogła z tym nie poradzić z racji na swoje zaburzenia. Cała odpowiedzialność jest na kobiecie, która tej aborcji potrzebuje.

(kobieta z doświadczeniem choroby psychicznej)

Wydaje mi się, że osoba Głucha, która chce przeprowadzić aborcję, powinna mieć pełne wsparcie, żeby sama mogła wybrać tłumacza, do którego ma zaufanie. Tłumacz, który jest wybrany przez placówkę, to nie wiadomo, co to jest za tłumacz, osoba może się czuć niepewnie i mu nie ufać. Nie wyobrażam sobie tego, że ktoś wybiera za mnie tłumacza.

(kobieta z niepełnosprawnością słuchu)

Wśród osób uczestniczących w badaniu powszechne było przekonanie, że dostęp do aborcji z racji na obowiązujące przesłanki, zwłaszcza zagrożenie zdrowia i życia, wymaga bardzo dużo wysiłku, wysokich umiejętności związanych z nawigowaniem po systemie ochrony zdrowia, a w praktyce że jest po prostu nieosiągalny dla kobiet z niepełnosprawnościami. Składa się na to szereg czynników. M.in. lekarze kwestionujący doświadczenie niepełnosprawności, istniejąca i funkcjonująca klauzula sumienia, przekonanie kobiet z niepełnosprawnościami, że aborcja w ich przypadku jest niemożliwa, brak wiedzy lekarzy o specyfice niepełnosprawności (w tym brak lekarza specjalizującego się w konkretnym typie niepełnosprawności, np. w przypadku chorób neurologicznych):

Gdyby to miała być legalna aborcja, to ja mam takie doświadczenie, że w Polsce nikt się nie przejmuje chorymi ludźmi i w obecnej sytuacji, to lekarz by się nie zdecydował na takie ryzyko.

(kobieta z doświadczeniem choroby psychicznej)

Kluczowe jednak było przekonanie, że w obecnej sytuacji prawnej realny dostęp do aborcji w ramach systemu opieki zdrowotnej jest po prostu niemożliwy. Ważnym elementem systemowego dostępu do aborcji jest również personel medyczny oraz jego kompetencje w zakresie świadczenia usług dla osób z niepełnosprawnościami. Z przeprowadzonych przez nas rozmów z przedstawicielkami prywatnej i publicznej służby zdrowia wynika, że personel zasadniczo nie jest systemowo przygotowywany do pracy z tą grupą pacjentek w obszarze usług ginekologicznych, położniczych i zdrowia reprodukcyjnego. Część osób, czując brak kompetencji w tym zakresie, próbuje szukać informacji we własnym zakresie, natomiast takie zagadnienia wciąż nie są częścią np. programów akademickich na kierunkach przygotowujących do pracy w zawodach medycznych.

Ponadto personel medyczny pytany o dostępność aborcji dla kobiet z niepełnosprawnościami z dopuszczanych obecnie w Polsce prawem przesłanek z trudem szuka adekwatnej odpowiedzi, wskazując na wyjściowy problem świadczenia jakichkolwiek usług ginekologicznych, położniczych czy dotyczących zdrowia reprodukcyjnego z uwzględnieniem potrzeb kobiet z różnymi niepełnosprawnościami z uwagi na szereg barier. Ta sytuacja uznawana jest za wieloletnie zaniedbanie, które pozostaje ignorowane, także dlatego że kobiety z niepełnosprawnościami w tym obszarze ochrony zdrowia nadal traktowane są w kategorii sporadycznych przypadków.



BARIERY W RAMACH SIECI WSPARCIA W ABORCJACH

Z racji na obowiązujące prawo aborcyjne sieci wsparcia w aborcjach to jeden z podstawowych sposobów dostępu do aborcji w Polsce. Sytuacja ta pogłębiła się dodatkowo po wyroku Trybunału Konstytucyjnego, kiedy działalność sieci, zwłaszcza Aborcji Bez Granic, Aborcyjnego Dream Teamu, przebiła się szerzej do społecznej świadomości. Informacje na temat działalności grupy trafiły także do kobiet z niepełnosprawnościami.

Jak pokazało przeprowadzone badanie, istnieje szereg barier utrudniających kobietom z różnymi niepełnosprawnościami dostęp do aborcji za pośrednictwem grup wspierających. Warto jednocześnie podkreślić, że samo istnienie Aborcji Bez Granic, niezależnie od tego, czy i na ile działania grupy są dostępne i uwzględniające sytuację osób z niepełnosprawnościami, traktowane było jako niezwykle ważne i dające nadzieję.

W wypowiedziach uczestniczek badania pojawiały się głosy mówiące o tym, że po wyroku Trybunału Konstytucyjnego skontaktowały się z Aborcją Bez Granic, żeby na wszelki wypadek uzyskać niezbędne informacje, i że śledzą działania grupy w mediach społecznościowych. Pojawiały się także głosy świadczące o tym, że sama świadomość istnienia ADT uratowała je przed psychicznym kryzysem:

Ja po wyroku do nich zadzwoniłam, żeby się uspokoić. Żeby się upewnić, że w razie konieczności ktoś mi pomoże.

(kobieta z niepełnosprawnością sprzężoną)

Wszystko to sprawia, że otwartość i dostępność Aborcji Bez Granic, a także współtworzących ją grup, dla kobiet z różnymi niepełnosprawnościami jest zagadnieniem ważnym i wymagającym uwagi.

Warto wspomnieć, że gdy aktywistki z niepełnosprawnościami oraz same kobiety z niepełnosprawnościami podczas Czarnego Protestu zaczęły zabierać głos w dyskusji, dzielić się swoim doświadczeniem, swoimi opiniami i spostrzeżeniami, pojawiły się z ich strony pytania o realną dostępność aborcji pozasystemowej, która uwzględniałaby ich indywidualne potrzeby wynikające z doświadczenia niepełnosprawności, bo o takiej formie aborcji mówiono wtedy szczególnie głośno, a dla wielu kobiet z niepełnosprawnościami rozpowszechniany także w przestrzeni miejsce numer telefonu Aborcji Bez Granic nie stanowiłby nawet punktu wyjścia do uzyskania informacji. Okazało się, że procedury nie uwzględniają kontekstu niepełnosprawności. Grupy wspierające osoby w aborcjach z jednej strony wyrażały otwartość do zwiększenia dostępności swoich działań i wdrożenia właściwych rozwiązań, ale nie dysponowały

potrzebną wiedzą, kompetencjami i rozeznaniem rzeczywistych potrzeb osób z niepełnosprawnościami w tym zakresie. Wprowadzanie zmian bez gruntownego zdiagnozowania potrzeb i narzędzi byłoby z kolei nieefektywne i obarczone ryzykiem tworzenia kolejnych barier. Powyższa sytuacja stała się jedną z przyczyn podjęcia niniejszego badania.

Przeprowadzone badanie pokazało, że w ocenie kobiet z niepełnosprawnościami istnieje szereg barier w dostępie do aborcji przy wsparciu nieformalnych grup.

Można je podzielić na następujące kategorie:

1. Bariery związane z utrudnionym dostępem do informacji i poczuciem niepewności związanym z tym, czy oferta sieci wsparcia jest skierowana także do kobiet z niepełnosprawnościami

Informacje na temat działalności ADT nie zawsze są dostępne dla kobiet z niepełnosprawnościami. Problemem jest brak komunikatów w języku migowym czy treści w języku łatwym do czytania i zrozumienia. Nośnikiem informacji o tym, że kobiety z niepełnosprawnościami także mogą skorzystać ze wsparcia grupy, okazała się strona inicjatywy Pełnoprawna:

Ja tobym w ogóle nawet nie wiedziała o ADT i że to jest też dla kobiet z niepełnosprawnościami, gdyby nie Pełnoprawna.

(kobieta z niepełnosprawnością ruchu)

Uczestniczkom naszego badania brakowało także informacji wprost skierowanych do kobiet z niepełnosprawnościami i uwzględnienia tej grupy w kreowanym przez grupę przekazie:

Ja jeszcze nigdy nie zobaczyłam na stronie ADT takiej grafiki, że one działają też dla osób niepełnosprawnych. Wyjątek był tylko na stronie Pełnoprawna. Nie każdą niepełnosprawność widać. Do mnie przemawiają infografiki różne, które ADT robi.

Może jakby pojawił się szereg takich postów, obrazków i filmików, że kobiety z różnymi niepełnosprawnościami też się mogą o nich zgłosić? Ten przekaz, który od nich płynie, jest dla kobiet pełnosprawnych. Są różne religie, są kobiety o różnych poglądach, ale o kobietach chorych czy niepełnosprawnych nie ma nic.

(kobieta z zaburzeniami neurologicznymi i doświadczeniem choroby psychicznej)

Wszystko to sprawia, że badane kobiety z niepełnosprawnościami nie miały w pełni poczucia, że oferowane przez ADT wsparcie kierowane jest także do nich.

2. Bariery związane z przeprowadzaniem aborcji farmakologicznej

Aborcja farmakologiczna polegająca na zażyciu w domu zamówionych w Internecie tabletek jest w obecnej sytuacji w Polsce głównym sposobem przeprowadzania aborcji. Osoba, która potrzebuje aborcji, musi samodzielnie zamówić i odebrać tabletki, a także zapoznać się z instrukcją ich zażywania. Doświadczenia grup wspierających w aborcjach wyraźnie pokazują, że przeprowadzenie takiej aborcji możliwe jest w warunkach domowych i nie wymaga kontaktu z lekarzem. W przekonaniu uczestniczek naszego badania w przypadku kobiet z niepełnosprawnościami sytuacja jest bardziej skomplikowana, a dla części kobiet taka opcja jest zupełnie niedostępna.

Po pierwsze problematyczne może być zamówienie tabletek ze względu na kwestię dostępności stron, odebranie przesyłki (ze względu na bariery, zależność od osób trzecich lub w przypadku osób mieszkających w instytucjach), a także zapoznanie się z instrukcją. Znaczenie ma dostępność cyfrowa stron, na których zamawiane są tabletki, a także dostępność instrukcji w formie innej niż papierowa.

Ja nie wiem, czy te strony są dostępne dla osób niewidomych i czy ja bym mogła sama te tabletki zamówić. Nie wiem też, czy jest instrukcja inna niż papierowa i skąd miałabym wiedzieć, jak te tabletki zażywać.

(kobieta z niepełnosprawnością wzroku)

Bariery te mogą sprawić, że dostęp do tabletek będzie dla kobiet z niepełnosprawnościami szczególnie ograniczony. Otrzymanie tabletek może także zająć więcej czasu z racji na pojawiające się w procesie ich zamawiania bariery (cyfrowe, informacyjne, komunikacyjne, architektoniczne: niedostępność placówek pocztowych, paczkomatów). Budziło to obawy związane z tym, że cały proces zajmie tak dużo czasu, że aborcja farmakologiczna przestanie być możliwa.

Jak nie ma dostępu do tłumacza i nie ma informacji w języku migowym, to może się okazać, że czas na tabletki się skończy i zostanie tylko aborcja za granicą.

(kobieta z niepełnosprawnością słuchu)

Po drugie przeprowadzenie aborcji w warunkach domowych wymaga obserwacji swojego ciała i wykonywania czynności, które nie zawsze są dostępne dla kobiet z niepełnosprawnościami. Warto wspomnieć chociażby o konieczności obserwacji ilości krwi, z czym mogą mieć trudność kobiety niewidome, czy podjęciu określonej formy aktywności fizycznej, co z kolei może stanowić barierę dla kobiet z ograniczeniami mobilności. Obrazuje to poniższy cytat:

Przy tych tabletkach to trzeba też obserwować ilość krwi i to ma pomóc zdecydować, czy potrzebna jest pomoc medyczna czy wszystko jest porządku. A jak sama osoba niewidoma ma obserwować tę krew na podpasce?

(kobieta z niepełnosprawnością wzroku)

Po trzecie z uwagi na rodzaj niepełnosprawności, współistniejące choroby i przyjmowane leki decyzja o aborcji farmakologicznej może wymagać konsultacji czy nawet stałego kontaktu z lekarzem specjalistą. W obecnych warunkach prawnych praktycznie nie jest to możliwe z racji ryzyka posądzenia o pomocnictwo. Taka sytuacja w szczególny sposób naraża życie i zdrowie kobiet, które z braku innych opcji decydują się na daną formę aborcji.

Narażanie osób trzecich na zarzut pomocnictwa to w tym kontekście zresztą zagadnienie dużo szersze. Przy przeprowadzeniu aborcji w warunkach domowych może być bowiem potrzebne wsparcie asystenckie.

Nie widziałam tego formularza, nie wiem, jakie to są informacje, co jest o stanie zdrowia, czy informacje w tym formularzu mogą mnie wykluczyć z aborcji farmakologicznej. Wy daje mi się, że nie, ale nie mam pewności. Są też kobiety z niepełnosprawnościami nie samoobsługowe, z zanikami mięśni, SMA. One sobie podpaski nawet same nie zmieniają. Nie we wszystkich niepełnosprawnościach, ale czasami jest potrzebne, żeby była osoba, która przejdzie tą sytuację razem z osobą. Są kobiety, które potrzebują tego, żeby ktoś tą podpaskę im zmienił, więc dobrze by było, żeby ta osoba była zaufana.

(kobieta z niepełnosprawnością ruchową)

Po czwarte przeprowadzenie aborcji farmakologicznej powinno odbywać się w komfortowej sytuacji w warunkach domowych. Dla części kobiet z niepełnosprawnościami taka sytuacja jest niedostępna z racji pozostawania w sytuacji zależności i nadopieki, a w skrajnych przypadkach mieszkania nie w domu, tylko instytucji takiej jak dom pomocy społecznej. Część ze względu na ograniczenia w mobilności nie może w tym celu w łatwy sposób przemieścić się do zaufanej osoby. Opowieść o możliwości przejścia aborcji w zaciszu domowym jest ich w przypadku nieprawdziwa.

Tutaj oczywiście pojawia się też taki szerszy problem, że bardzo wiele kobiet z niepełnosprawnościami mieszka z rodzicami i ciężko będzie tą sytuację całą ukryć (...), więc dochodzi jeszcze konfrontacja z tymi rodzicami, jak oni mogą to odebrać. To jest taki szerszy problem, że osoba nie zawsze podejmuje decyzje autonomicznie o sobie. Już nie mówiąc nawet o domu pomocy społecznej, gdzie ten temat jest szczególnie trudny i aborcja się może dlatego nie powieść. Pytanie też, czy te tabletki można łączyć z lekami, które się bierze na stałe, i ewentualnie w jakich odstępach je przyjąć, kogo się zapytać o to. No i osoba bliska, żeby była przy tej procedurze, choćby jeśli chodzi o te kwestie higieniczne.

(kobieta z zaburzeniami neurologicznymi i doświadczeniem choroby psychicznej)

Warto także podkreślić, że istnieje grupa kobiet, które z powodów zdrowotnych i obaw o komplikacje nie zaryzykują takiej formy aborcji, a jedyną dostępną i rozważaną przez nie formą jest zabieg w klinice.

3. Bariery związane z przeprowadzeniem zabiegu w klinice za granicą

Nasze rozmówczynie podkreślały, że w przypadku konieczności wyjazdu za granicę obawiają się wystąpienia szeregu barier, na które nie natrafiają kobiety bez niepełnosprawności, a które w praktyce bardzo utrudniają lub nawet uniemożliwiają przeprowadzenie aborcji. Po pierwsze w przypadku części osób niezbędne byłoby wsparcie osoby trzeciej – osoby asystującej lub tłumacza/tłumaczki języka migowego. Nie zawsze jest możliwe, by taką osobą była osoba z rodziny lub najbliższego otoczenia. Sama osoba z niepełnosprawnością może też nie chcieć, by wspomniane role pełnił ktoś bliski czy znajomy. Może natomiast pojawić się z jej strony potrzeba rozróżnienia tych form wsparcia (wsparcie asystenckie/tłumaczenie na polski język migowy oraz wsparcia zaufanej osoby). Istotne byłoby zatem zapewnienie możliwości uzyskania wsparcia asystenckiego przez grupy wspierające osoby w aborcji (w przypadku aborcji pozasystemowej) oraz przez poszczególne placówki (w przypadku aborcji w ramach systemu ochrony zdrowia). Najpełniejszą formą zagwarantowania dostępności w tym zakresie byłoby pozostawienie osobie z niepełnosprawnością wyboru pomiędzy wsparciem w poszukiwaniu czy zaoferowaniu konkretnej osoby w roli asystenckiej i możliwością pokrycia kosztów usług asystenckich świadczonych przez osobę asystującą wskazaną przez samą osobę z niepełnosprawnością.

W pierwszej sytuacji osobą asystującą nie może być osoba narzucona bez wcześniej konsultacji i bez zgody samej osoby z niepełnosprawnością. Obecność osoby asystującej może się wiązać z dodatkowymi kosztami dla placówki czy grupy.

W moim przypadku to też transport i nocleg, no i raczej sama bym nie pojechała, bo bym nie ryzykowała, że będzie gdzieś próg i ja się nie ruszę dalej. No i też jest kwestia, czy jeśliby się dowiedzieli, że jest taka niestandardowa pacjentka, to chcieliby mnie przyjąć, czy koszty by nie wzrosły.

(kobieta z niepełnosprawnością ruchową)

Jeśli chodzi o mnie, to osoba wspierająca pomagałaby mi w kwestiach związanych z ograniczeniami fizycznymi (...). Też pytanie, czy na miejscu takie rzeczy mogłaby robić pielęgniarka czy pielęgniarz, to jest kwestia takiego właśnie rozszerzenia tej usługi. No i druga jej rola to jest niezwiązana z niepełnosprawnością, czyli właśnie takie wspieranie też emocjonalne w tej sytuacji, żebym nie była sama.

(kobieta z niepełnosprawnością sprzężoną)

Po drugie rozmówczynie wskazywały na konieczność dokładnego sprawdzenia, czy i w jakim zakresie placówki, które przeprowadzają zabiegi aborcji dla kobiet z Polski, są dostępne. Wyzwaniem może być także sama podróż czy znalezienie dostępnego miejsca noclegowego niedaleko kliniki.

Pytanie, jaki właśnie będzie ten transport, czy będzie dostępny. Ja się poruszam o kulach. Chciałabym wiedzieć, czy ta klinika jest blisko miejsca, gdzie się zatrzymuję, czy są jakieś przejścia, czy są windy, czy będę się tam mogła łatwo poruszać i czy sam gabinet jest dostosowany. Czy jest zespół, który pomaga w przenoszeniu? Czy jest anestezjolog, który potrafi pomóc w przypadku niestandardowej aborcji?

(kobieta z niepełnosprawnością ruchową)

Najważniejsze bariery dotyczące przeprowadzenia aborcji poza Polską dotyczą jednak kwestii medycznych. Badane kobiety zwracały uwagę na fakt, że w przypadku części niepełnosprawności i chorób zabieg taki nie może się odbyć bez zapoznania się przez lekarza z dokumentacją medyczną z racji różnego typu przeciwwskazań np. do narkozy. Tłumaczenie takiej dokumentacji jest kosztowne i czasochłonne. Nie wiadomo, kto i na jakich zasadach miałby ponieść koszty z tym związane. Taka sytuacja postrzegana była jako problematyczna, a w praktyce utrudniająca lub wręcz uniemożliwiająca podjęcie decyzji o zabiegu.

Nasza dokumentacja jest w języku polskim, a klinika jest za granicą. No i jest pytanie, czy jak się okaże że chodzi o pacjentkę wielokrotnie hospitalizowaną, która miała różne zabiegi itd., to czy nie woleliby spojrzeć na dokumentację. No i co z tym zrobić, skoro to jest po polsku? Przetłumaczenie tego to jest i czas i kolejne koszty.

(kobieta z niepełnosprawnością ruchową)

Warto byłoby dodać, ile rzeczy dałoby się załatwić przed samą aborcją, tzn. dostarczenie całej dokumentacji medycznej, czy to może być online, czy musi być papierowo dostarczone. Z racji na to, że mamy ograniczoną mobilność chcielibyśmy wszystko, co się da, załatwić wcześniej.

(kobieta z niepełnosprawnością ruchową)

Dostęp do dokumentacji medycznej nie wyczerpuje wątków związanych z silnym medycznym zakotwiczeniem aborcji w przypadku kobiet z niepełnosprawnościami. Brak obecności na miejscu czy nawet możliwości konsultacji zdalnej z lekarzem specjalistą, który ma wiedzę o pacjentce, przebiegu jej choroby i przyjmowanych lekach, stanowi nie tylko duże obciążenie psychiczne, ale także – w ocenie naszych rozmówczyń – może realnie prowadzić do zagrożenia zdrowia i życia.

Warto zwrócić także uwagę na szczególną sytuację kobiet G/głuchych, które na każdym etapie potrzebowałyby tłumacza języka migowego. Pomijając kwestie dodatkowych kosztów, jako problem jawi się także znalezienie zaufanego tłumacza. W obecnej sytuacji prawnej wyjazd tłumacza/tłumaczki, podobnie zresztą jak osoby świadczącej wsparcie asystenckie, może być interpretowany jako pomocnictwo, a tym samym podlegać karze:

Tłumacz musi mieć świadomość, jak wygląda prawo i jaka jest jego odpowiedzialność. On też ryzykuje własną karierą dla tej osoby. Tłumacz musi też być neutralny.

(kobieta z niepełnosprawnością słuchu)

To, co w przeprowadzonym badaniu wybrzmiało wyraźnie, to świadomość kobiet z różnymi niepełnosprawnościami, że konieczność skorzystania ze wsparcia osób trzecich może się dla tych osób wiązać z dużym ryzykiem. Jednocześnie brak takiego wsparcia praktycznie wyklucza możliwość przeprowadzenia aborcji.

Warte podkreślenia byłoby to, że ktoś, kto styka się na przykład ze mną i może sobie pomyśleć, że ta osoba z taką niepełnosprawnością to przecież nie może mieć żadnego życia, nie może mieć partnera, nie może być w związku... To też trzeba podkreślać, żeby nie wpadać w takie stereotypy o osobach chorych i niepełnosprawnych.

(kobieta z zaburzeniami neurologicznymi i doświadczeniem choroby psychicznej)

Jak nie ma dostępu do tłumacza i nie ma informacji w języku migowym, to może się okazać, że czas na tabletki się skończy i zostanie tylko aborcja za granicą.

(kobieta z niepełnosprawnością słuchu)

Kobiety uczestniczące w badaniu podkreślały, że niewielu jest tłumaczy, którzy mogliby tłumaczyć w sytuacji aborcji czy też tłumaczyć informacje o opcjach z tym związanych bez wyrażania dezaprobaty. Wspominały również o odmawianiu usługi tłumaczenia ze względu na indywidualne przekonania osoby tłumaczącej. Wyraziły także wątpliwość dotyczącą etyki i bezstronności niektórych tłumaczek i tłumaczy PJM.

Warto także wspomnieć o obawach związanych ze stereotypowym i uprzedmiotawiającym traktowaniem przez personel medyczny, które jest doświadczeniem wielu kobiet z niepełnosprawnością:

Bycie niepełnosprawnym oznacza, że nasze ciało często nie jest nasze, że w szpitalach jesteśmy popychani i przenoszeni jak worek ziemniaków, a decyzja o aborcji potrafi być trudną decyzją, więc dobrze byłoby, żeby w klinice miały takie ludzkie podejście, podchodziły ze zrozumieniem.

(kobieta z niepełnosprawnością ruchową)

Opisane powyżej bariery sprawiają, że kobiety z niepełnosprawnościami obawiają się także o ramy czasowe, które w przypadku aborcji i sytuacji ciąży nie pozostają bez znaczenia. Szereg trudności w zorganizowaniu dostępu do aborcji, które nie są z kolei doświadczeniem kobiet bez niepełnosprawności, sprawia, że kobiety z niepełnosprawnościami mogą potrzebować więcej czasu w całym procesie. W związku z tym zasadnym i potrzebnym wydaje się traktowanie zgłoszeń osób

z niepełnosprawnościami możliwie priorytetowo przez grupy wspierające w aborcji. Takie rozwiązanie zapewniłoby kobietom z niepełnosprawnościami więcej czasu w obliczu barier czy wyzwań w organizacji dostępnej dla nich aborcji.

KOBIETY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI W DEBACIE O ABORCJI – GŁOSY NA STYKU

Jak opisano we wstępie do niniejszego raportu, perspektywa i doświadczenia kobiet z niepełnosprawnościami są szczególnie cenne w debacie o aborcji, ponieważ pozostają na styku zarysowanej linii dyskursywnego konfliktu. Kobiety z niepełnosprawnościami, podobnie jak te bez niepełnosprawności, mogą prezentować całe spektrum poglądów, jeśli chodzi o dostępność aborcji. Mogą być jej przeciwniczkami, mogą uważać ją za ostateczność lub mogą uważać dostęp do bezpiecznej i legalnej aborcji za niezbędny element zapewnienia kobietom prawa do samodecydowania. Miejsce kobiet z niepełnosprawnościami w tej debacie jest jednak szczególne z uwagi na intersekcyjną perspektywę uwzględniającą zarówno bycie kobietą żyjącą w Polsce w sytuacji faktycznego zakazu aborcji, jak i bycie osobą z niepełnosprawnością w sytuacji, gdy wprowadzenie zakazu aborcji uzasadniane jest koniecznością ochrony życia osób z niepełnosprawnościami. Ten wątek był wyraźnie obecny w przeprowadzonych wywiadach.

Przeprowadzone badanie pokazało, że temat aborcji w przypadku kobiet z niepełnosprawnościami jest szczególnie złożony nie tylko z racji kwestii związanych z dostępnością czy poszczególnych przyczyn, dla których osoby w ogóle mogą rozważać aborcję. Znaczenie ma także społeczne postrzeganie aborcji w kontekście kobiet z niepełnosprawnościami i ich miejsce w debacie na ten temat. Niniejsza analiza wskazuje na problem uprzywilejowania i dyskryminacji w wymiarze reprodukcji, a prezentowana koncepcja inspirowane do stawiania pytań o to, kto, dlaczego i w jaki sposób tworzy te społeczne podziały, komu służy reprodukcyjna niesprawiedliwość.

Nasze rozmówczynie zwracały uwagę na cztery powiązane ze sobą kwestie, które razem pokazują złożoność omawianego zagadnienia:

- poczucie wykorzystania w debacie, w której niepełnosprawność traktowana jest jako argument za wprowadzeniem zakazu aborcji,
- szczególny ciężar związany z sytuacją, gdy aborcję rozważa kobieta z niepełnosprawnością i ryzyko związanej z tym dużej stygmatyzacji,
- odbieranie podmiotowości i prawa do samodecydowania ze względu na stereotypowe podejście do kobiet z niepełnosprawnościami, a także bagatelizowanie doświadczeń związanych z życiem z niepełnosprawnością,
- podwójne standardy związane z obowiązującym prawem aborcyjnym.

Poniżej omawiamy każde z nich.

POCZUCIE WYKORZYSTANIA W DEBACIE

Uczestniczki badania podkreślały, że w debacie na temat aborcji, która przybrała na sile po wyroku Trybunału Konstytucyjnego, czuły się wykorzystane. Powszechne było poczucie niezrozumienia i rozgrywania tematu niepełnosprawności przy jednoczesnym pominięciu perspektywy osób, które mogłyby zająć w ciążę i jednocześnie doświadczają konsekwencji życia z niepełnosprawnością w Polsce. Dobrze pokazuje to wypowiedź jednej z naszych rozmówczyń:

Ja nie chcę być argumentem dla innych w sprawach, które dotyczą mojego ciała.
(kobieta z niepełnosprawnością sprzężoną)

Rozmówczynie zwracały także uwagę na fakt, że spotykają się z opiniami mówiącymi o tym, że jako osoby z niepełnosprawnością powinny być za zakazem aborcji. Opowiadanie się przeciwko wyrokowi Trybunału Konstytucyjnego czy też, jak było w przypadku części naszych rozmówczyń, za liberalizacją prawa aborcyjnego

odbierane jest w ich ocenie jako wypowiedzianie się za unicestwieniem osób z niepełnosprawnościami. Widać to dobrze w poniższym cytacie:

Ja sama byłam adresatką takich wypowiedzi, że skoro miałam dzieciństwo w szpitalu, a jestem zdrową i zadowoloną osobą, to jestem żywym dowodem na to, że aborcja powinna być zakazana. A to zupełnie tak nie działa. To jest właśnie na odwrót, że to moje zdanie powinno się liczyć, być słyszalne.

(kobieta z niepełnosprawnością ruchu)

Doświadczenie życia z niepełnosprawnością miało być żywym dowodem na to, że aborcja powinna być zakazana. Takie postawienie sprawy budziło sprzeciw, ale także złość i rozgoryczenie.

W ocenie naszych rozmówczyń sytuacja, w której kobieta z niepełnosprawnością zabiera głos w sprawie aborcji, ma społecznie duży ciężar i odbierana jest jako głos całego środowiska, a nie pojedynczej osoby:

Jak jesteś osobą niepełnosprawną, to wszystko, co robisz, jest w trochę innym kontekście, niż jakbyś była osobą pełnosprawną. Co więcej, a przynajmniej takie jest moje doświadczenie, to jest, jakbym od razu reprezentowała całe środowisko.

(kobieta z niepełnosprawnością ruchu)

Jednocześnie w przeprowadzonych wywiadach mocno wybrzmiało przekonanie, że to właśnie doświadczenie życia w roli kobiety z niepełnosprawnością powinno sprawiać, że ich głos jest w debacie o aborcji bardziej słyszalny:

Mając doświadczenie takie, jakie mamy, nasze zdanie powinno być bardziej słyszalne, [zdanie] osób, które były wiele razy w szpitalu, które widziały całe sale dzieci z różnymi porażeniami.

(kobieta z niepełnosprawnością ruchu)

Tak się jednak nie stało. Głos kobiet z niepełnosprawnościami w ocenie naszych rozmówczyń był praktycznie nieobecny, a ich doświadczenia – marginalizowane.

WIĘKSZY CIĘŻAR I RYZYKO STYGMATYZACJI

Uczestniczki badania wskazywały na fakt, że sama rozmowa o aborcji w przypadku kobiet z niepełnosprawnościami obarczona jest większym ciężarem. Jest to związane z faktem stereotypowego traktowania kobiet z niepełnosprawnościami jako aseksualnych, a także w domyśle – przeciwnych aborcji. Decyzja kobiety w tym przypadku nie jest tylko decyzją indywidualną, ale ma w ocenie otoczenia odzwierciedlać stosunek do aborcji całego środowiska osób z niepełnosprawnościami. Dobrze oddaje to poniższy cytat:

Jak kobieta pełnosprawna by powiedziała, że miała aborcję, to jakby była reakcja negatywna, to byłoby, że morderczyni albo że się puszczala, w takim tonie. Natomiast jaka byłaby reakcja na mnie jako na kobietę z niepełnosprawnością, że miałam aborcję? Nie wiem, mam takie wrażenie, że byłoby w tym tyle sprzeczności, że kobieta z niepełnosprawnością miała aborcję, czyli była w ciąży, czyli miała seks, sama jest niepełnosprawna, a zabiła dziecko, bo mogło być niepełnosprawne, sama zaprzecza swojemu istnieniu. Wyszłyby na mnie wszystkie te takie bardzo medialne argumenty przeciwko aborcji, byłyby skierowane na mnie. Jak mogę zabijać dziecko, jak sama jestem niepełnosprawna, to przecież siebie mogę zabić, bo jestem niepełnosprawna, to może też nie powinnam żyć? Oprócz tego, że miałam aborcję i procedura się odbyła, to miałabym jeszcze strach, że jak to wyjdzie, to po prostu wszyscy się na mnie rzucą chyba jeszcze bardziej... Nie chcę porównywać. Nie będę tylko puszczalska albo tylko morderczynią, ale też zaprzeczę sensowi istnienia wszystkich niepełnosprawnych itd. I mam wrażenie, że to będzie takie przytłaczające.

(kobieta z niepełnosprawnością sprzężoną)

Zwracano uwagę na konotacje takiego sposobu myślenia z przesłanką embriopatologiczną. Samo rozważanie aborcji przez kobietę z niepełnosprawnością jest od razu łączone ze zgodą na praktyki nawiązujące do tej właśnie przesłanki. Uczestniczki badania zwracały jednak uwagę, że taki sposób myślenia bardzo zawęży rozumienie doświadczania niepełnosprawności.

Widać to dobrze w poniższym cytacie:

To jest właśnie ten paradoks przesłanki eugenicznej, że jeśli osoba z niepełnosprawnością chce dokonać aborcji, to jest za czystością bez wad genetycznych, to potem stygmatyzuje. Przecież niepełnosprawność to nie tylko te wady genetyczne, niepełnosprawność może zdarzyć się cały czas, w każdym wieku i na każdym etapie życia. Wydaje mi się, że to prowadzi do jeszcze większej stygmatyzacji.

(kobieta z niepełnosprawnością ruchu)

Kwestia wykluczenia i stygmatyzacji jako element mający znaczenie przy podejmowaniu decyzji o aborcji pojawiła się w szczególności w rozmowach z kobietami G/głuchymi. Środowisko osób G/głuchych w Polsce jest zdaniem badanych osób małe i hermetyczne. Obawa o to, że decyzja o aborcji spowoduje wykluczenie ze środowiska, może być w przypadku tej grupy na tyle silna, że ostatecznie spowoduje zmianę decyzji.

Ponadto okazuje się, że argument dotyczący niepełnosprawności, który przywoływany jest przez przeciwników aborcji z przyczyn embriopatologicznych, prowadzi do daleko idących uproszczeń w rozumieniu samej niepełnosprawności jako zjawiska społecznego i systemowego. Sprowadzanie decyzji kobiet z niepełnosprawnościami o aborcji lub dyskusji na temat aborcji wynikającej z wad genetycznych płodu i jego potencjalnej przyszłej niepełnosprawności do tzw. ochrony życia świadczy o całkowitym nierozpoznaniu doświadczenia życia z niepełnosprawnością, choć niesłusznie zakłada rzetelne rozpoznanie wynikających z tego trudności, na które systemowo i społecznie odpowiadają rzekomo funkcjonujące rozwiązania. To pokazuje, jak niepotrzebne, niemerytoryczne i krzywdzące, ale także wybiórcze i chybione okazuje się już na poziomie logicznym przywoływanie argumentu niepełnosprawności w debacie na temat prawa do aborcji.

Osoba, która nie chce być wyobcowana, boi się, że zostanie usunięta i stygmatyzowana przez społeczność Głuchych, może się nie zdecydować na aborcję. Chcemy być w środowisku Głuchych, ono daje nam siłę i motywację do działania, mamy swoją kulturę. Osoba może nie chcieć być wykluczona ze społeczności, może nie mieć innej grupy. Czasami Głusi boją się przyznać, że mają jakieś problemy. Nie chcą o tym mówić, ukrywają to.

(kobieta z niepełnosprawnością słuchu)

ODBIERANIE PODMIOTOWOŚCI I BAGATELIZOWANIE DOŚWIADCZEŃ

Tradycyjne stereotypowe traktowanie osób z niepełnosprawnościami jako biernych i zależnych ma swoje odbicie także w sytuacji debaty aborcyjnej. W przeprowadzonych rozmowach wielokrotnie pojawiał się wątek wynikającego ze stereotypów odbierania podmiotowości i negowania prawa do samodecydowania. Rozmówczynie wyrażały przekonanie, że w przypadku gdyby potrzebowały aborcji lub rozważały taką ewentualność, ich doświadczenia i zdanie mogłyby nie być brane pod uwagę w takim stopniu, w jakim dzieje się to w przypadku kobiet bez niepełnosprawności. Pojawiały się obawy o bagatelizowanie ich doświadczeń i wiedzy na temat własnego ciała, a także o stereotypowe traktowanie.

Spółeczne postrzeganie aborcji w przypadku kobiet z niepełnosprawnościami jest w ocenie naszych rozmówczyń inne niż w przypadku kobiet bez niepełnosprawności. Z racji na funkcjonujące społecznie stereotypy może pojawić się przekonanie, że ich decyzje czy poglądy nie są samodzielne. Widać to dobrze w poniższym cytacie:

Ja myślę, że są te różnice w postrzeganiu. Na przykład w moim przypadku byłaby łatka wariatki, bo mam zaburzenia psychiczne. Gdybym powiedziała, że jestem osobą niepełnosprawną, to stereotypowo ktoś by mógł nawet pomyśleć, że ja nie byłam świadoma sytuacji, w której jestem i mnie ktoś zmusza do czegoś. Że ja nie biorę odpowiedzialności za swoje czyny.

(kobieta z zaburzeniami neurologicznymi i doświadczeniem choroby psychicznej)

Niepełnosprawność jest lub może być zatem wykorzystywana jako argument do podważenia zdolności decyzyjnych osoby z niepełnosprawności, zwłaszcza w kontekście seksualności lub praw reprodukcyjnych, czy do uznania, że niepełnosprawność determinuje ich postrzeganie rzeczywistości w potencjalnie “przekłamujący rzeczywistość” sposób, choć zasadniczo mają do tego pełnego prawo jako ludzie, na których życie wyraźnie wpłynęło i wpływa właśnie doświadczenie niepełnosprawności. Takie podejście może pojawić się ze strony osób będących w różnych relacjach władzy, czyli personelu medycznego, przedstawicieli i przedstawicielek instytucji, ale także otoczenia, rodziny czy osób asystujących. Paradoksalnie osoby te najczęściej same są pozbawione własnego doświadczenia pełnosprawności, co nie przeszkadza im uznawać się za bardziej kompetentnych do podjęcia decyzji na temat cudzego ciała, zdrowia i życia. Opisany problem jest również efektem wciąż żywej infantylizacji osób z niepełnosprawnościami, która przejawia się poprzez nadzór, odbieranie głosu, podważanie decyzji lub uniemożliwianie ich podjęcia, legitymizowanie czyichś wyborów przez obecność osób trzecich czy prowadzenie rozmów “ponad głową” osoby, której bezpośrednio dotyczy dyskusja.



PODWÓJNE STANDARDY

Ważnym wątkiem debaty o aborcji w przypadku kobiet z niepełnosprawnościami są podwójne standardy. Uczestniczki badania zwracały uwagę na fakt, że przy obowiązującym zakazie aborcji wciąż możliwe są sytuacje, w których kobieta z niepełnosprawnością jest do aborcji namawiana, a w skrajnych przypadkach – nawet zmuszana, o czym świadczą chociażby przytoczone wcześniej wypowiedzi kobiet z niepełnosprawnością intelektualną.

Zakaz aborcji nie przekłada się także na zapewnienie prawa do bycia rodzicem. W przeprowadzonych rozmowach wybrzmiało poparte doświadczeniem przekonanie, że osoby z niepełnosprawnościami wciąż są dyskryminowane jako rodzice, a w skrajnych sytuacjach całkowicie odmawia się im prawa do rodzicielstwa:

Dla mnie to jest absurdalne, że osoba z niepełnosprawnością może urodzić dziecko, mimo że akurat ciąża jest dla niej zagrażająca i ma wymierne zdrowotne konsekwencje, ale już adoptować nie może, bo nie będzie w stanie się nim zająć.

(kobieta z niepełnosprawnością ruchową)

Taka sytuacja odbierana była jako niesprawiedliwa, dyskryminująca i de facto obnażająca faktyczny stosunek społeczeństwa do osób z niepełnosprawnościami.

Dodatkowo kobiety z niepełnosprawnościami przy potencjalnej lub rzeczywistej decyzji o aborcji uwzględniają fakt, że mogą doświadczyć konsekwencji, na które nie są narażone kobiety bez niepełnosprawności. Potwierdzają to słowa jednej z kobiet przywołane już we wcześniejszej części raportu: “(...) jeśli osoba z niepełnosprawnością chce dokonać aborcji, to jest za czystością bez wad genetycznych, to potem stygmatyzuje”. Kobietom z niepełnosprawnościami stawia się wyższe oczekiwania w kontekście decyzji o aborcji, zwłaszcza z przyczyn embriopatologicznych, jako osobom, które mają własne doświadczenie życia z niepełnosprawnością, co niejako powinno skutecznie przekonywać je o wartości każdego życia. To skrajne spłylenie i uproszczenie doświadczeń przedstawicielek tej grupy społecznej, które rażąco pomija ich prawo do niezależnej oceny jakości swojego życia na różnych jego etapach, poniesione koszty, nierzadko także przeżyte traumy, doświadczaną stygmatyzację czy systemowe mechanizmy wykluczenia. Na skutek tak prowadzonej narracji doświadczenie kobiet z niepełnosprawnościami, które może stanowić ich argument za prawem do dostępnej, legalnej i bezpiecznej aborcji lub jeden z czynników prowadzących do decyzji o tym, że chcą mieć aborcję, może być podważane, uznawane za nieadekwatne, bagatelizowane czy mylące.

Ponadto w toczącej się politycznej, publicznej i społecznej dyskusji na temat aborcji powszechnie przyjmuje się, że głos kobiet z niepełnosprawnościami może – jeśli już musi wybrzmieć w ogóle – mieć znaczenie wyłącznie w kontekście przesłanki embriopatologicznej. Natomiast przy przesłance zagrożenia zdrowia i życia osoby w ciąży znacznie łatwiej kwestionowana jest już wyjściowa jakość życia kobiet z niepełnosprawnościami oraz słuszność ich początkowej decyzji o prowadzeniu aktywnego

życia seksualnego, ciąży czy rodzicielstwie.

Podwójne standardy są widoczne już w samej (nawet potencjalnej) decyzji o aborcji, w której kobiety z doświadczeniem niepełnosprawności muszą uwzględniać systemowe braki stanowiące bariery także w myśleniu o rodzicielstwie. Na przykład kobiety bez niepełnosprawności na starcie nie muszą w takim samym stopniu obawiać się o to, że w przypadku decyzji o urodzeniu dziecka nie poradzą sobie, jeśli miałyby zostać samotnymi rodzicami, już wyjściowo lub na skutek nieprzewidzianych przyszłych okoliczności (mimo że dla kobiet bez niepełnosprawności systemowo jest to także trudna sytuacja). Dla kobiet z niepełnosprawnościami taka forma rodzicielstwa może okazać się całkowicie niedostępna i niemożliwa do realizacji. To z kolei w niektórych przypadkach może prowadzić do pośredniej dyskryminacji ze względu na stopień sprawności, kiedy wychowanie dziecka rodzica z niepełnosprawnością będzie wymagało zaangażowania jego najbliższego otoczenia, na które już wyjściowo może spadać zbyt wiele obowiązków związanych z codzienną asystencją. Co więcej, należy pamiętać, że (często nieodpłatną) pracę asystencką i opiekuńczą wykonują w zdecydowanej większości kobiety, co prowadzi do ich większej systemowej eksploatacji, niż ma to miejsce w przypadku mężczyzn.

WNIO

SKI

—

Przeprowadzone badanie pozwala na sformułowanie szeregu wniosków wynikających z głosu kobiet z niepełnosprawnościami w debacie na temat dostępności aborcji.

1. Kobiety z niepełnosprawnościami też mogą potrzebować aborcji.

Przeprowadzone badanie wyraźnie pokazało, że kobiety z różnymi niepełnosprawnościami, podobnie jak kobiety bez niepełnosprawności, też mogą z różnych powodów potrzebować dostępu do aborcji. Powody te mogą być takie same jak w przypadku kobiet bez niepełnosprawności i specyficzne, wynikające z doświadczenia życia z niepełnosprawnością, mogą też różnić się w zależności od stopnia i rodzaju niepełnosprawności.

Dostęp do aborcji postrzegany jest przez kobiety z niepełnosprawnościami jako możliwość utrzymania jakości życia. Kobiety z niepełnosprawnościami wyrażają obawy związane z trudnościami funkcjonalnymi, obniżoną samodzielnością, problemami zdrowotnymi, które mogą być konsekwencją ciąży i porodu. Ich obawy dotyczą również obciążenia związanego z urodzeniem i wychowywaniem dziecka przy braku systemowego wsparcia rodziców z niepełnosprawnościami. Wyrażają również obawy o to, że ze względu na stan zdrowia czy trudności w funkcjonowaniu wynikające z niepełnosprawności kobieta nie będzie miała możliwości zajmować się dzieckiem lub ta możliwość będzie ograniczona. Badane kobiety artykułowały też obawy o brak systemowego wsparcia w wychowywaniu dzieci przez osoby z niepełnosprawnościami.

2. Kobiety z niepełnosprawnościami są wielokrotnie dyskryminowane w dostępie do aborcji.

Po pierwsze jak wszystkie inne kobiety są dyskryminowane w tym obszarze ze względu na płeć. Po drugie ze względu na niepełnosprawność generującą błędne przekonanie wynikające ze stereotypowego myślenia, że prawa reprodukcyjne nie dotyczą tej grupy osób.

Ponadto ze względu na istniejące bariery kobiety z niepełnosprawnościami mają utrudniony dostęp do aborcji zarówno na etapie pozyskiwania informacji, jak i na etapie samego przeprowadzenia aborcji. Muszą również korzystać ze wsparcia osób trzecich, a ponieważ takie działanie może zostać uznane za pomocnictwo w aborcji, które w świetle istniejącego prawa jest kryminalizowane, to kobiety te muszą szczególnie uważnie nawigować sytuacją, uwzględniając bezpieczeństwo nie tylko swoje, ale też innych osób (czasami mając jednocześnie mniej możliwości, by to zrobić, np. na skutek określonego rodzaju czy zakresu niepełnosprawności). Wreszcie konsekwencje zakazu aborcji i jej niedostępności są dla tej grupy kobiet bardziej dotkliwe niż dla kobiet bez niepełnosprawności, ponieważ często realnie zagrażają ich zdrowiu i życiu.

3. Praktycznie obowiązujący w Polsce zakaz aborcji jest szczególnie groźny dla kobiet z niepełnosprawnościami.

Sytuacja, w której dostęp do legalnej i bezpiecznej aborcji jest postrzegany jako niedostępny nawet w przypadku zagrożenia zdrowia i życia (kobiety są przekonane, że po pierwsze lekarz nie podejmie ryzyka, a po drugie aborcję uniemożliwi im przebijanie się przez system), przy jednoczesnych barierach w dostępie do aborcji organizowanej w ramach nieformalnych grup wsparcia, jest szczególnie groźna dla kobiet z niepełnosprawnościami. Brak dostępu do aborcji w przypadku tej grupy może prowadzić do sytuacji pogorszenia zdrowia, zaprzepaszczenia lat rehabilitacji czy też w niektórych przypadkach - zagrożenia życia. Konieczność donoszenia ciąży za wszelką cenę, także w przypadku wad płodu, i poród mogą prowadzić do utraty szansy na macierzyństwo w przyszłości. Takie sytuacje mogą z kolei doprowadzić do ujawnienia się czy ponowienia medycznych traum i pogorszenia stanu zdrowia psychicznego.

4. Sieci nieformalnego wsparcia w aborcji często nie uwzględniają medycznego wymiaru niepełnosprawności, co może prowadzić do organizacyjnych i funkcjonalnych trudności związanych z wykonaniem aborcji przez kobiety z niepełnosprawnościami oraz realnego zagrożenia dla ich bezpieczeństwa, zdrowia i jakości życia.

Sposób działania nieformalnych sieci wsparcia w aborcjach często opiera się na założeniu, że aborcja nie jest doświadczeniem medycznym, została jedynie zawłaszczona przez medycynę. W takim rozumieniu kobiety, które potrzebują aborcji, nie potrzebują wsparcia personelu medycznego. Mówienie o aborcji jako o zabiegu niemedycznym, chociaż wydaje się uzasadnione z perspektywy kobiet bez niepełnosprawności, w przypadku kobiet z niepełnosprawnościami ma dodatkową złożoność. Dla wielu z nich taka narracja jest nieprawdziwa, nie przystaje do potrzeb i realiów życia kobiet z niepełnosprawnościami, dla których stały kontakt z zaufanym lekarzem specjalistą może być warunkiem koniecznym do przeprowadzenia aborcji (np. przy wyborze najbezpieczniejszego dla kobiety sposobu jej przeprowadzenia).

Dodatkowo brak dostępu do lekarza specjalisty, który mógłby udzielić rzeczowej i nieobarczonej etyczną oceną informacji na temat wpływu ciąży i porodu na organizm kobiety, a także na temat zagrożeń związanych z poszczególnymi typami aborcji będący konsekwencją obowiązującego w Polsce prawa aborcyjnego jest szczególnie groźny dla kobiet z niepełnosprawnościami.

5. Istnieje grupa barier, które utrudniają lub umożliwiają kobietom z niepełnosprawnościami dostęp do aborcji.

Istniejące bariery można podzielić na dwa typy: związane z dostępem do legalnej aborcji w ramach systemu ochrony zdrowia, a także bariery związane z dostępem do aborcji przy wsparciu nieformalnych grup.

Z wypowiedzi kobiet z niepełnosprawnościami wyłania się następujący wniosek: wsparcie w wyborach i dostarczaniu usług w zakresie aborcji czy zarządzania zdrowiem seksualnym są często niewłaściwe, nieobecne lub niedostępne dla kobiet z niepełnosprawnościami niezależnie od tego, czy mowa o usłudze realizowanej w ramach systemu, poza nim bądź na jego obrzeżach. Kobiety biorące udział w badaniu wspominały o trudnościach z organizacją aborcji, jeśli są mieszkankami instytucji.

Jednocześnie warto zauważyć, że zapewnienie dostępności aborcji na wszystkich jej etapach nie tylko stanowi rozwiązanie dla kobiet z niepełnosprawnościami i realizuje ich prawa reprodukcyjne w tym zakresie, ale obniża obustronnie dyskomfort, poczucie zakłopotania, wstydu – zarówno wśród samych kobiet z niepełnosprawnościami, ale także wśród personelu medycznego czy grup udzielających osobom wsparcia w aborcji. Dostępne rozwiązania pozwalają uniknąć kobietom z niepełnosprawnościami poczucia bycia obciążeniem, a drugiej stronie – wrażenia własnej niekompetencji, wykluczania określonej grupy pacjentek, niegotowości systemu.

Poza tym warto dodać, że część barier w dostępie do aborcji może być wspólna dla kobiet z niepełnosprawnościami i bez niepełnosprawności, jako że obie te grupy poza różnicą w stopniu sprawności mogą podzielać wiele wspólnych doświadczeń i cech. m.in. mogą być osobami z otyłością, samotnymi rodzicami czy mogą żyć z chorobami ginekologicznymi – każda z tych sytuacji może mieć niebagatelne znaczenie również w kontekście dostępu do aborcji.

W konsekwencji rozwiązania wprowadzane wyjściowo z myślą o dostępności aborcji dla kobiet z niepełnosprawnościami stają się uniwersalne. Mogą z nich bowiem także korzystać m.in. osoby, które będą potrzebować aborcji w okresie doświadczania niepełnosprawności tymczasowej (np. złamanie ręki, doraźne korzystanie z kul), osoby w kryzysie zdrowia psychicznego (np. chorujące na depresję, doświadczające stanów lękowych) lub osoby bez wspomnianych doświadczeń, dla których takie rozwiązania okażą się po prostu ułatwieniem w dostępie do aborcji.

6. Kobiety z niepełnosprawnościami potrzebują często wsparcia osoby trzeciej w aborcji. Potrzeba wsparcia asystenckiego czy dostępu do tłumaczki/tłumacza języka migowego na którymkolwiek etapie procesu związana jest z ryzykiem narażenia osoby trzeciej na zarzut pomocnictwa, co jest realną barierą w dostępie do aborcji dla kobiet z niepełnosprawnościami.

Część kobiet z niepełnosprawnościami będzie potrzebowała wsparcia osób trzecich w aborcji. Tak jest na przykład w sytuacji kobiet G/głuchych, które mają utrudniony dostęp do informacji o aborcji i do samej aborcji, w związku z czym duża część odpowiedzialności za udostępnienie im tego procesu spada na tłumacza/tłumaczkę języka migowego. Analogiczna sytuacja dotyczy kobiet z innymi niepełnosprawnościami. M.in. kobiet z niepełnosprawnością intelektualną, które mogłyby potrzebować wsparcia osoby asystującej w celu właściwego zrozumienia procesu aborcji i przeprowadzeniu go, kobiet z niepełnosprawnością wzroku, które mogłyby potrzebować asysty np. w rozróżnieniu tabletek. Warto pamiętać, że asystowanie kobietom z niepełnosprawnościami w aborcji będzie wiązać się często z intymnymi czynnościami, m.in. zdjęciem, założeniem bielizny, zmianą podpaski, przesadzeniem na toaletę, umyciem, wytarciem. Konieczność wsparcia w intymnych czynnościach powoduje, że kobiety z niepełnosprawnościami nie czują się adresatkami usług w zakresie przeprowadzenia aborcji oferowanych przez nieformalne grupy takie jak Aborcja Bez Granic. Jednocześnie należy podkreślić, że wsparcie asystenckie jest dla kobiet z niepełnosprawnościami tak samo ważne jak wsparcie emocjonalne. Kobiety z niepełnosprawnościami wyrażały również obawy związane z ingerencją w decyzje i z przekraczaniem granic wsparcia przez osoby asystujące.

7. Kobiety z niepełnosprawnościami zostały pozostawione na marginesie debaty o prawie do aborcji, co powoduje poczucie wykorzystania ich i nieuwzględniania ich interesów zarówno przez środowiska feministyczne, jak i środowiska osób z niepełnosprawnościami.

Perspektywa kobiet z niepełnosprawnościami jako pozostająca na styku jest w debacie o aborcji szczególnie istotna, ponieważ pokazuje złożoność opisywanego zagadnienia. Jednocześnie złożoność ta sprawia, że perspektywa kobiet z niepełnosprawnościami jest marginalizowana i wykluczana z debaty, która skonstruowana jest wokół uproszczeń. Zniuansowana i wielowątkowa perspektywa kobiet z niepełnosprawnościami nie mieści się w ramach tak prowadzonej debaty i zostaje sprowadzona do bycia za aborcją albo przeciw aborcji. Prowadzi to do poczucia wykorzystania, pozostawienia i niezrozumienia.

8. Badanie potwierdziło, że najtrudniejsze jest zapewnienie dostępu do aborcji dla kobiet z niepełnosprawnością intelektualną.

Potrzeby tej grupy kobiet są wciąż słabo rozpoznane i obarczone stereotypowym myśleniem, co powoduje lukę w rzeczywistym rozpoznaniu barier i rozwiązań. Dodatkowo jest to grupa bardzo zróżnicowana i częściej niż kobiety z innymi rodzajami niepełnosprawności postrzegana jako zależna od innych osób, co skutkuje nadużyciami w dostępie do praw reprodukcyjnych.

9. Aborcja jest kolejnym obszarem (po omawianych już w różnych opracowaniach: asystencji, mieszkalnictwie, edukacji seksualnej itd.), na który dyskryminująco wpływa brak systemowych rozwiązań.

Funkcjonujące prawo aborcyjne i związany z nim kształt systemu nie uwzględniają sytuacji kobiet z niepełnosprawnościami. W sytuacji, w której potrzebują aborcji, stykają się z dyskryminacją na wielu poziomach, która w praktyce w skrajnych przypadkach może doprowadzić do zagrożenia ich zdrowia i życia.

**REKO
MEN
DACJE**

Na podstawie przeprowadzonego badania możliwe jest sformułowanie szeregu rekomendacji zarówno o charakterze systemowym, jak i związanych z rozwiązaniami szczegółowymi. Najważniejsza z nich to **zapewnienie dostępu do legalnej i bezpiecznej aborcji przy jednoczesnym zapewnieniu, że kobiety z niepełnosprawnościami nie będą namawiane ani zmuszane do aborcji z racji na swoją niepełnosprawność, uszkodzenie płodu czy potencjalną niepełnosprawność dziecka**. Konieczna jest zatem zmiana prawa, jak i edukacja personelu medycznego.

Mając na uwadze, że doprowadzenie do tej zmiany ma charakter polityczny i może nie być możliwe w obecnych warunkach społeczno-politycznych, widzimy konieczność wdrożenia szeregu szczegółowych rekomendacji, które zwiększą dostępność do aborcji dla kobiet z niepełnosprawnościami.

Przedstawiamy je w kilku krokach:

KROK: 1

DEKRYMINALIZACJA ABORCJI

Kobiety z niepełnosprawnościami w dostępie do aborcji często potrzebują wsparcia osób trzecich. Obowiązujące prawo zakładające penalizację za pomocnictwo w szczególny sposób zmniejsza dostępność aborcji dla kobiet z niepełnosprawnościami, ponieważ naraża na poniesienie kary osoby wspierające. W konsekwencji dostęp do aborcji, także pozasystemowej, w przypadku tej grupy jest jeszcze mniejszy i szczególnie utrudniony. Istnieje zatem potrzeba dekryminalizacji pomocnictwa w aborcji.

KROK: 2

EDUKACJA PERSONELU MEDYCZNEGO

Niedopuszczalne są sytuacje, w których kobietom z niepełnosprawnościami odbierana jest podmiotowość i prawo do samodecydowania. Stereotypowe podejście lekarzy/lekarek i personelu medycznego zakładające przedmiotowe traktowanie i brak wiedzy o specyfice niepełnosprawności sprawiają, że często tak się dzieje.

Ma to swoje konsekwencje we wszystkich sytuacjach dotyczących realizacji praw reprodukcyjnych – zarówno gdy kobieta chce urodzić dziecko, jak i w sytuacji, w której potrzebuje aborcji. Konieczne jest prowadzenie szkoleń dla personelu medycznego dotyczących praw osób z niepełnosprawnościami, w szczególności kobiet, także w kontekście praw reprodukcyjnych, bądź rozszerzenie programu nauczania akademickiego w tym zakresie na kierunkach medycznych.

KROK: 3

FAKTYCZNE ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI ABORCJI W RAMACH LEGALNEJ PRZESŁANKI ZAGROŻENIA ZDROWIA I ŻYCIA OSOBY W CIĄŻY

Badanie pokazało, że istnieje silne przekonanie dotyczące braku faktycznej dostępności aborcji w ramach legalnej przesłanki zagrożenia zdrowia i życia. Jest to szczególnie groźne dla kobiet z niepełnosprawnościami, które nie zawsze mogą skorzystać ze wsparcia nieformalnych grup wspierających w aborcjach (silny aspekt medyczny, konieczność opieki lekarskiej z racji na niepełnosprawność, choroby współistniejące, bariery logistyczne). Istnieje potrzeba wzmocnienia mechanizmów zapewniających faktyczny dostęp do aborcji w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia.

KROK: 4

ZWIĘKSZENIE DOSTĘPNOŚCI SIECI WSPARCIA W ABORCJACH I WIĘKSZE UWZGLĘDNIENIE SPECYFICZNYCH POTRZEB KOBIET Z NIEPEŁNOSPRAWNO- ŚCIAMI.

W sytuacji praktycznego braku dostępu do legalnej aborcji w Polsce dostęp do aborcji pozasystemowej jest ważny także dla kobiet z niepełnosprawnościami, daje poczucie bezpieczeństwa. Istotne jest jednak zapewnienie, że sieci wsparcia, w szczególności Aborcja bez Granic, są faktycznie dostępne dla kobiet z niepełnosprawnościami. W szczególności konieczne są następujące działania:

- przeszkolenie grup wspierających w aborcjach z zakresu wsparcia kobiet z niepełnosprawnościami i zagadnień związanych z dostępnością;
- zapewnienie, że komunikaty o działalności Aborcji Bez Granic są skierowane tak

- że do kobiet z niepełnosprawnościami, w tym zapewnienie informacji o działaniu Aborcji bez Granic w różnych formatach (ETR, język migowy, wersja dostępna cyfrowo);
- audyt dostępności cyfrowej stron internetowych, przez które zamawiane są tabletki do aborcji farmakologicznej, w razie konieczności – modernizacja stron;
- zapewnienie wsparcia asystenckiego/finansowanie wsparcia asystenckiego;
- w razie możliwości gotowość do pokrywania także dodatkowych kosztów związanych z zapewnieniem dostępności (tłumaczenie na język migowy, tłumaczenie dokumentacji medycznej itd.).

Działania mające na celu zwiększenie dostępności powinny być prowadzone we współpracy z osobami z niepełnosprawnościami. Jednocześnie warto zaznaczyć, że wprowadzanie dostępnych rozwiązań nie powinno być rozumiane jako tworzenie oddzielnej kategorii osób mogących potrzebować aborcji w postaci osób z niepełnosprawnościami, a jako szeroka intersekcyjna odpowiedź na różnorodność grupy, do której adresowane są działania grup takich jak Aborcja Bez Granic czy Aborcyjny Dream Team. W efekcie z wdrażanych zmian w razie potrzeby może skorzystać szersze grono osób, co ostatecznie całościowo zwiększa dostępność aborcji jako takiej.

KROK: 5

ZNIUANSOWANIE DEBATY DOTYCZĄCEJ ABORCJI I WZMOCNIENIE GŁOSU Kobiet z niepełnosprawnościami

W dominującej narracji dotyczącej aborcji głos kobiet z niepełnosprawnościami jest słyszalny słabo lub w ogóle. Istnieje potrzeba wzmocnienia tego głosu. Ważna jest także większa refleksja w debacie publicznej nad prostym przeciwstawieniem sobie prawa do życia osób z niepełnosprawnościami z prawem kobiet do samostanowienia.

BIBLIO

GRA

FIA
—

Barile, M. (2002) 'Individual-Systemic Violence: Disabled Women's Standpoint', *Journal of International Women's Studies*, 4(1), pp. 1-14.

Crenshaw, K.W. (1991). Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299.

Chełstowska, A. (2010). Stawiam na sprawiedliwość reprodukcyjną. Pobrano z: <http://lewica.pl/?id=20714> (20.08.2021).

Dzwonkowska-Godula, K. (2020). Sprawiedliwość reprodukcyjna – od feministycznego postulatu do naukowej koncepcji. *AVANT. Pismo awangardy filozoficzno-naukowej*, 11(3).

European Disability Forum. 2011. "2nd Manifesto on the Rights of Women and Girls with Disabilities in the European Union".

Herzog, D. (2018). *Unlearning eugenics: sexuality, reproduction, and disability in post-Nazi Europe*. Madison: The University of Wisconsin Press.

Hill Collins, P., Bilge, S. (2016). *Intersectionality. Key Concepts Series*. Cambridge, UK, Malden, MA: Polity Press.

Król, A. (2018). Niepełnosprawność i sprawiedliwość reprodukcyjna. Zarys wybranych zagadnień dotyczących kobiet z niepełnosprawnościami. *Studia de Cultura*, 10(1), 84-99.

Oświadczenie Komitetu ds Praw Osób z Niepełnosprawnościami ONZ (CRPD)
<https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDStatements.aspx>

Ortoleva, Stephanie and Lewis, Hope, Forgotten Sisters – A Report on Violence Against Women with Disabilities: An Overview of its Nature, Scope, Causes and Consequences (August 21, 2012). Northeastern University School of Law Research Paper No. 104-2012, Available at SSRN:
<https://ssrn.com/abstract=2133332>

Pamuła, N. (2020). Czy adoptowałeś już niepełnosprawne dziecko?: przyczynek do analizy niepełnosprawności w dyskursie pro-choice w Polsce. *Teksty Drugie*, 2.

Saxton, M. (2013). Disability rights and selective abortion, w: *Disability studies reader*. Fourth edition, red. L. Davis, Routledge, New York—London.

Szarota M.; McRea A. (2018) Preliminary Submission to the CRPD Committee for the Pre-Sessional Working Group Group on Poland January 31, 2018

Szarota, M., Phillips S. (2020) In the Battle Over Abortion, Polish Feminists with Disabilities Are Claiming Their Rights

<https://msmagazine.com/2020/12/15/abortion-poland-polish-feminists-women-with-disabilities-fetal-defect/>

WHO and Guttmacher Institute, Worldwide, an Estimated 25 Million Unsafe Abortions Occur Each Year (Sept. 27, 2017), <https://www.guttmacher.org/news-release/2017/worldwide-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>.

WHO, Fact Sheet: Unsafe Abortion (2018), <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>.

Wołowicz, A. (2021). *Paradygmat zignorowany. Macierzyństwo kobiet z niepełnosprawnością intelektualną*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.

DOS
TEPNY
PRO
TEST

Jedną z głównych przyczyn powstania raportu “Aborcja bez barier” były czarne protesty, które odbywały się w całej Polsce jesienią ubiegłego roku po decyzji Trybunału Konstytucyjnego, a raczej wyraźny brak na nich z różnych przyczyn reprezentacji kobiet i dziewcząt z niepełnosprawnościami. Jako członkinie i sojuszniczki ruchu na rzecz praw osób z niepełnosprawnościami mamy świadomość, że bez tego głosu droga do legalnej, bezpiecznej i godnej aborcji będzie nieskuteczna i niekompletna. Jednak żeby ten głos miał szansę wybrzmieć, a udział kobiet z niepełnosprawnościami w ruchu feministycznym, szczególnie w obszarze praw reprodukcyjnych, stał się rzeczywisty, konieczne jest zrobienie im miejsca, stworzenie dostępnej przestrzeni i zauważenie znaczenia ich obecności w dyskusji.

Zdajemy sobie sprawę, że osoby organizujące podobne wydarzenia oraz uczestniczące w nich często nie wiedzą, jak zasadniczo może czy powinna wyglądać dostępność takich przedsięwzięć. Z drugiej strony wiemy, że jej wdrażanie może wiązać się z dodatkowymi kosztami, nakładami pracy czy niezbędnymi kompetencjami w zespole. Dlatego postanowiliśmy podzielić się przykładowymi rozwiązaniami, które mogą stanowić kierunek działań nad dostępnością przyszłych wydarzeń o podobnym charakterze, zachęcając do uwzględnienia ich z wyprzedzeniem przy planowaniu przebiegu, budżetu czy organizacji protestów społecznych.

1. RÓŻNE KANAŁY KOMUNIKACJI

Zaoferuj kilka możliwych form kontaktu, np. telefoniczny, mailowy, osobisty czy w formie wideowiadomości.

2. DOSTĘPNE MEDIA SPOŁECZNOŚCIOWE

Opisuj publikowane materiały wizualne, najlepiej w ustandaryzowanej formie, a przy publikacji nagrań wideo zapewnij tłumaczenie na polski język migowy, napisy rozszerzone, napisy na żywo, audiodeskrypcję.

3. ALTERNATYWNE FORMY PROTESTU

Nie wszystkie osoby mogą wziąć udział w protestach ulicznych, co nie oznacza,

że nie chcą być częścią społecznego zrywu. Stwórz inne możliwości wyrażenia swojego głosu w proteście, np. fotoakcję, nie adresując ich konkretnie do osób z niepełnościami. Często włączają się w nie osoby, które z dodatkowych powodów nie pojawią się na ulicy, ale również te, które będą na niej obecne.

4. PRZYGOTUJ NAJWAŻNIEJSZE INFORMACJE W TEKŚCIE ŁATWYM DO CZYTANIA I ZROZUMIENIA

Tak opracowany komunikat na temat samego protestu, ale też jego kontekstu pozwoli lepiej zrozumieć bieżące wydarzenia, łatwiej zorganizować swój udział w nim i zwykle będzie stanowił uniwersalnie pomocne narzędzie dla wszystkich uczestniczek i uczestników.

5. WSPARCIE ASYSTENCKIE

W miarę możliwości zapewnij wsparcie asystenckie dla osób, które zgłoszą takie zapotrzebowanie, lub zaoferuj pokrycie kosztów usługi asystenckiej. Zakres wsparcia asystenckiego może być bardzo różnorodny. Do części działań można zaangażować wolontariuszy.

6. MNIEJ BODŹCUJĄCE PRZESTRZENIE

Pomyśl o wyznaczeniu miejsca, w którym bodźce zostaną możliwie ograniczone (np. brak osób z bębniami, cichsza muzyka, mniej intensywne światło czy brak bezpośredniej obecności osób skandujących przez megafony).

7. REPREZENTACJA I SAMORZECZNICTWO

Jeśli jesteś osobą kontaktującą się bezpośrednio z mediami, zachęcaj je do poznania głosu osoby z niepełnosprawnością. Jeżeli temat dotyczy bezpośrednio praw osób z niepełnosprawnościami, nie zabieraj głosu w ich imieniu, a gdy uczestniczysz już w publicznej debacie, zwracaj uwagę na różnorodność grup interesu, zauważając perspektywę osób z niepełnosprawnościami, powołując się na ich stanowiska.

8. PROTEST Z TŁUMACZENIEM NA POLSKI JĘZYK MIGOWY

Zorganizuj relację z protestu na żywo z tłumaczeniem na polski język migowy, możesz włączyć też przetłumaczone hasła do ulicznych demonstracji, angażując tłum.

9. INFORMACJA O DOSTĘPNOŚCI PROTESTU I JEGO TRASY

Istotnym elementem jest łatwy i czytelny dostęp do informacji o tym, jakie rozwiązania w zakresie dostępności zostały przewidziane. Kluczowy jest opis dostępności trasy protestu oraz oznaczenie na niej dostępnych toalet.

10. DOSTĘPNA PLATFORMA

Jeśli planujesz protest z wykorzystaniem platform, zadбай o to, by przynajmniej jedna z nich była dostępna. Opisz dokładnie, jak będzie można z niej skorzystać, zapewnij na niej pierwszeństwo osobom z niepełnosprawnościami.

11. REALIZOWANIE PROGRAMU PROTESTU

Udział w proteście może być dla wielu osób z niepełnosprawnościami wyzwaniem logistycznym, które muszą odpowiednio zaplanować i które stają się znacznie trudniejsze, jeśli dochodzi do opóźnień i zmian. W miarę możliwości trzymaj się programu protestu, który został uprzednio przedstawiony.

12. OSOBA KOORDYNUJĄCA

Jeśli to możliwe, wyznaczcie w zespole osobę, która będzie odpowiedzialna za dostępność wydarzenia, informowanie o niej i kontakt z osobami, które zgłoszą w tym zakresie indywidualne potrzeby.

Mamy nadzieję, że powyższe wskazówki okażą się pomocne w budowaniu dostępności przyszłych wydarzeń, która z pewnością okaże się korzystna dla znacznie szerszej grupy osób, np. dla osób starszych, z dziećmi czy z tymczasową niesprawnością. To także ważny krok w tworzeniu dobrych praktyk, za którymi pójdą kolejne grupy, organizacje i osoby. Jednocześnie pragniemy podkreślić, że

wdrażania dostępnych rozwiązań nie należy rozpatrywać w kategorii “ukłonu” w stronę osób z niepełnosprawnościami, a respektowania ich praw i potrzeb oraz korzystania z ich doświadczeń, opinii, kompetencji i głosów, które nierzadko pozwalają zmienić narrację i otworzyć nowe pole do dyskusji nad wprowadzeniem oczekiwanych zmian, i często okazują się kluczowe czy wręcz przełomowe dla sprawy. Tak jak w przypadku prawa do legalnej, bezpiecznej i godnej aborcji w Polsce.

KONTAKT:

@ pelnopravna@gmail.com

FB www.facebook.pl/pelnopravna

IG @pelnopravna



PEŁNO
PRAW
NAPEŁNO