

A R T Y K U Ł Y I R O Z P R A W Y

KRYSTYNA DZWONKOWSKA-GODULA
Uniwersytet Łódzki

SAMOPOMOC I SAMOOBSŁUGA ABORCYJNA
W CZASACH NIEPEWNOŚCI*

WSTĘP

Aborcja nie jest niczym nowym, miała i ma miejsce w różnych kulturach i warunkach społeczno-politycznych. Kobiety przerywają ciążę niezależnie od dostępnych metod oraz norm prawnych i obyczajowych (zob. m.in. Joffe 2009; Pollit 2015; Wężyk 2021). W latach 2015–2019 według szacunków badaczy z Instytutu Gutmachera nieplanowanych było 121 mln ciąż rocznie na świecie (globalny wskaźnik informuje o 64 nieplanowanych ciążach na 1000 kobiet w wieku 15–49 lat), z czego 61% zakończyło się aborcją (73,3 mln aborcji rocznie; globalny wskaźnik — 39 aborcji na 1000 kobiet w wieku 15–49 lat) (Bearak i in. 2020, s. 1152). Ograniczenia terminacji ciąży (prawne, obyczajowe, instytucjonalne) nie powstrzymują kobiet przed zakończeniem nieplanowanej i niechcianej ciąży. Czynią jednak aborcję trudno dostępną, zwłaszcza dla osób należących do grup nieuprzywilejowanych, o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, a także ryzykowną, niebezpieczną i stresującą. Takie warunki wymagają oddolnej

Adres do korespondencji: krystyna.dzwonkowska@uni.lodz.pl; ORCID: 0000-0002-4854-2824

* Artykuł powstał w wyniku realizacji projektu badawczego „Polityka reprodukcyjna i sprawiedliwość reprodukcyjna w Polsce i w Kanadzie” (2021–2022) finansowanego przez Narodową Agencję Wymiany Akademickiej w ramach Programu im. Mieczysława Bekkera.

mobilizacji społecznej i organizacji sieci wzajemnego wsparcia, mającego na celu umożliwienie przerwania ciąży czy szerzej: zapobiegania niechcianym ciążom i kontroli własnej płodności.

W niniejszym artykule zaprezentowano wyniki analizy społecznej zaradności w sytuacji ograniczonego dostępu do aborcji, a także antykoncepcji, w związku z restrykcyjnym prawem aborcyjnym w Polsce (ostatnio zaostżonym jeszcze przez wprowadzenie zakazu przerwania ciąży w przypadku ciężkiej, nieodwracalnej wady płodu) oraz pandemią COVID-19, utrudniającą korzystanie z usług służby zdrowia. Punktem wyjścia rozważań i inspiracją jest koncepcja społecznej zaradności jako taktyki oporu (Nosal 2016), rozumianej nie tylko jako radzenie sobie ze słabościami systemu społecznego, który nie zaspokaja potrzeb jednostek, ale także jako kreowanie niejako alternatywnej rzeczywistości, próba zmiany porządku społecznego (tu w obszarze praw reprodukcyjnych¹).

Przedmiotem zainteresowania jest z jednej strony upowszechnianie wiedzy na temat samoobsługi aborcyjnej opartej na aborcji farmakologicznej, między innymi w związku z aktywnością takich organizacji jak Aborcyjny Dream Team i Kobiety w Sieci. Z drugiej strony — rozwój nieformalnych sieci wsparcia i wspólnot internetowych, służących wymianie informacji i innych zasobów, ułatwiających osobom w ciąży dostęp: do aborcji, a także antykoncepcji i antykoncepcji awaryjnej. Analizą objęto podmioty i formy działania w obronie praw reprodukcyjnych, których realizacja jest utrudniana czy uniemożliwiana ze względu na społeczno-polityczną sytuację w Polsce. Pozwoliła ona na identyfikację różnych przejawów zaradności społecznej i społecznego wsparcia w zakresie umożliwienia aborcji i zapobiegania niechcianym ciążom w warunkach niepewności.

SAMOPOMOC I SAMOOBSŁUGA ABORCYJNA — DEFINICJA POJĘĆ I HISTORYCZNE WPROWADZENIE

Pod pojęciem samopomocy kryje się udzielanie sobie nawzajem pomocy w ramach jakiejś grupy czy zbiorowości. Można wiązać ją z samoorganizacją społeczną — oddolną aktywnością służącą zaspokajaniu potrzeb, na które nie odpowiadają (z różnych przyczyn) instytucje i organizacje

¹ Prawa reprodukcyjne, zaliczane do podstawowych prawa człowieka, opierają się na uznaniu: „fundamentalnego prawa wszystkich par i jednostek do swobodnego i odpowiedzialnego decydowania ile, kiedy i w jakich odstępach czasu chcą mieć dzieci, jak również do informacji i środków umożliwiających osiągnięcie tego celu; prawa do możliwie najlepszego zdrowia reprodukcyjnego; prawa do podejmowania decyzji w sprawach reprodukcji w sposób wolny od dyskryminacji, przymusu i przemocy” (FnrKiPR 1998, s. 17).

sektora publicznego. „W każdym zatem przypadku, gdy grupa powstaje spontanicznie, czyli samoorganizuje się w celu rozwiązania jakiegoś problemu, czy to dotyczącego jej członków, czy zewnętrznego względem niej otoczenia, mówimy o grupie samopomocy” (Brzezińska 2011, s. 12). Początek jej dają działania pojedynczych osób, które biorą sprawy w swoje ręce (samoorganizacja osób), a następnie łączą się w grupy i podejmują współpracę z innymi jednostkami, borykającymi się z podobnymi problemami i chętnymi do zaangażowania w ich rozwiązanie (samoorganizacja grup) (Brzezińska 2011, s. 12). Najbardziej aktywne jednostki, inicjujące działania, stają na czele w roli liderów/liderek i promotorów/promoterek zmian. Na ostatnim etapie rozwoju samopomocowej sieci społecznej dochodzi do współpracy między podobnymi grupami działającymi w tym samym obszarze, przyciągania nowych osób, szukania wsparcia na zewnątrz (także u specjalistów). Mamy zatem do czynienia z samopomocą wewnątrz- i międzygrupową (Brzezińska 2011, s. 12).

Odwołując się do typologii społecznego wsparcia, można wskazać różne formy pomocy udzielanej sobie nawzajem przez jednostki w ramach samopomocowej sieci, różne rodzaje przekazywanych sobie dóbr (Włodarczyk 2016, s. 192). Z jednej strony wsparcie to może mieć charakter informacyjny, instrumentalny, rzeczowy, obejmując przekazywanie konkretnych informacji, udzielanie porad dotyczących między innymi sposobów postępowania, dzielenie się doświadczeniami czy pomoc materialną, rzeczową i finansową (Włodarczyk 2016, s. 192). Z drugiej strony może ono przyjmować postać pomocy psychologicznej, emocjonalnej, polegającej na okazywaniu jednostce troski, szacunku, empatii, solidarności, zaspokajaniu jej potrzeby przynależności i akceptacji, wzmacnianiu jej poczucia bezpieczeństwa, poczucia własnej wartości i godności, „zwłaszcza w sytuacjach bez wyjścia, gdy osoba pogrążona jest w stanie apatii i rezygnacji” (wsparcie emocjonalne, wartościujące oraz duchowe, określane też jako psychiczno-rozwojowe) (Włodarczyk 2016, s. 192).

Mianem samopomocy aborcyjnej określamy wzajemne wspieranie się jednostek w przerywaniu niechcianych ciąży, gdy aborcja jest trudno dostępna, stygmatyzowana i wymaga określonych zasobów, którymi dana osoba nie dysponuje i potrzebuje ich od innych (jak wiedza i informacje — *know how*, społeczne kontakty — kapitał społeczny, środki do przerwania ciąży, zasoby finansowe). Poza wsparciem „techniczno-logistycznym”, obejmuje ono także wspomnianą pomoc psychologiczną (co pokażą wyniki analizy zjawiska zaprezentowane w dalszej części artykułu).

Samoobsługa aborcyjna oznacza samodzielnie przeprowadzaną aborcję (*self-induced abortion, self-abortion*). Współcześnie, w związku z dostępnością

tabletek poronnych, z reguły odnosi się ją do domowej (mającej miejsce w warunkach domowych) aborcji farmakologicznej, przy ograniczonym udziale pracowników i pracownic służby zdrowia (WHO 2015, s. 37, 42; Jelińska i in. 2020; FnrKiPR 2020). Metoda ta jest wskazywana przez Światową Organizację Zdrowia jako bezpieczna (pod warunkiem dostępu do odpowiednich informacji oraz opieki zdrowotnej w razie potrzeby) i umożliwiająca przerwanie ciąży w sytuacji ograniczonego dostępu do usług z zakresu ochrony zdrowia reprodukcyjnego (WHO 2015, s. 37, 42; FnrKiPR 2020). Samodzielne terminacje ciąży mają miejsce także w warunkach społecznych, w których aborcja jest legalna i dostępna w ramach systemu opieki zdrowotnej. Przyczyną jest nierówny dostęp jednostek do usług w tym zakresie ze względu na status społeczno-ekonomiczny, miejsce zamieszkania czy czynniki kulturowe, ale także dążenie do autonomii i niezależności w zakresie zarządzania własnym ciałem i płodnością (zob. Haiden 2011; Murphy 2012). Aborcja farmakologiczna jest określana mianem medycznej (*medical abortion*), choć możliwość jej przeprowadzenia bez nadzoru lekarza przyczynia się do zmniejszenia medykalizacji terminacji ciąży, sprowadzanej do medycznych zabiegów w szpitalnych warunkach (zob. Kuźma-Markowska 2017).

Przerywanie ciąży towarzyszy kobietom „od zawsze” — „jest stare jak poród” (ADT 2019). Jak wykazują badania antropologiczne, było ono powszechnym i uniwersalnym zjawiskiem już w kulturach starożytnych i przedindustrialnych (Joffe 2009, s. 1; Pollit 2015; Żuchowicz 2016). W opracowaniach odwołujących się do materiałów historycznych znajdujemy informacje na temat stosowania różnych substancji i sposobów mających na celu „przywrócenie miesiączki” i „spędzenie płodu” (m.in. Tokarczyk 2000; Michalska 2016; Żuchowicz 2016; Kuźma-Markowska 2017; Gałęzka-Śliwka 2021; Wężyk 2021). Niezależnie jednak od metod aborcji, można założyć, że wymagały one wzajemnego wsparcia w kręgach kobiet, polegającego chociażby na przekazywaniu sobie wiedzy o tym, jak zakończyć niechcianą ciążę czy do kogo zwrócić się o pomoc. Wraz z upowszechnianiem się chrześcijaństwa i narastaniem sprzeciwu społecznego wobec aborcji oraz wprowadzaniem jej prawnych zakazów, akuszerki, znające się na kontroli płodności i udzielające pomocy w przerywaniu ciąży, często były narażone na krytykę społeczną, ostracyzm, wykluczenie społeczne, karę więzienia, a nawet utratę życia (między innymi były prześladowane jako czarownice) (Joffe 2009, s. 2; Wężyk 2021, s. 88 i nast.; por. Klich-Kluczevska 2012). Z kolei proces medykalizacji aborcji prowadzący do traktowania jej jako problemu medycznego, wymagającego diagnozy, nadzoru, zabiegów profesjonalnych medyków, doprowadził do napiętno-

wania tradycyjnych, ludowych praktyk jako niebezpiecznych i nielegalnych (takie argumenty towarzyszyły wprowadzeniu ustawy legalizującej aborcję w Polsce w 1956 roku; Kuźma-Markowska 2017). Jednocześnie zaczęto wykorzystywać osiągnięcia medycyny w samopomocy aborcyjnej, poza oficjalnym systemem opieki zdrowotnej, a obok jednostek dostarczających usług aborcyjnych (*abortion providers*) działać zaczęły grupy samopomocowe. Dobrym przykładem ilustrującym to zjawisko jest kolektyw Jane z Chicago, działający w latach 1969–1973, którego aktywistki, niemające medycznego wykształcenia, pomagały w domowych aborcjach metodą próżniową, którą w tym czasie zaczęły stosować amerykańscy lekarze (w całym okresie działalności przeprowadzono kilkanaście tysięcy zabiegów²) (Bart 1987; King 1993; Kaplan 1997; Joffe 2009; Hayden 2011; Broniarczyk, Wydrzyńska 2019). Jak ujął to Charles R. King (1993, s. 75), grupa założona przez kobiety pomagające innym kobietom była kontynuacją „wielowiekowej sieci zdrowotnej kobiet” (*the centuries old women’s health network*). Sensem jej działalności nie było jedynie umożliwienie przerwania ciąży, ale też przejście czy odzyskanie kontroli kobiet nad własną prokreacją i zdrowiem reprodukcyjnym (Bart 1987; Pollit 2015; Murphy 2012). Na początku lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku, gdy aborcja próżniowa zaczęła być stosowana na własną rękę przez kobiety we Francji, a informacje o niej zostały opublikowane w czasopiśmie „Marie Claire”, wraz ze zdjęciami wykonanymi podczas domowego, przeprowadzonego samodzielnie zabiegu przerwania ciąży, „francuskie feministki ogłaszają «realne odzyskanie ciał»” i tworzą Ruch na rzecz Wolności Aborcji i Antykoncepcji (Broniarczyk, Wydrzyńska 2019). Kolejnym ułatwieniem w przerywaniu ciąży i przywracaniu/utrzymaniu autonomii prokreacyjnej kobiet, które przyniósł rozwój medycyny i technologii, są tabletki poronne (mizoprostol, mifepriston) pozwalające na bezpieczne i samodzielne zakończenie ciąży w pierwszym trymestrze³ w warunkach domowych, bez nadzoru medycznego (Joffe 2009, s. 3; Creinin, Danielsson 2009; WHO 2015; FnrKiPR 2020). Samopomoc z wykorzystaniem tej metody przerwania ciąży polega przede wszystkim na upowszechnianiu informacji o możliwości i sposobie jej zastosowania, co następuje w bezpośrednich kontaktach, internetowo i telefonicznie (*abortion hotlines* — zob. Drovetta 2015; Gill i in.

² W różnych źródłach podawane są różne liczby, zawsze jednak wskazujące ponad 10 tys. zabiegów — zob. Hayden 2011; ADT 2019. Charles R. King (1993) pisze o 15 tys. aborcji.

³ Możliwe jest farmakologiczne przerwanie ciąży w drugim trymestrze, jednak wiąże się ono z „wyższym odsetkiem niepowodzeń (co oznacza zwiększoną konieczność interwencji lekarskiej) i skutków ubocznych niż metoda chirurgiczna” (FnrKiPR 2020, s. 13).

2021), udostępnianiu leków oraz udzielaniu psychologicznego, emocjonalnego wsparcia.

Niezależnie od epoki historycznej i kultury charakterystyczna dla zjawiska aborcji jest gotowość osób chcących przerwać ciążę i tych, które im pomagają, do przeciwstawiania się prawu i społecznym konwensom. Jak zauważa Carole Joffe (2009, s. 1), „w każdym społeczeństwie zakazującym aborcji powstaje kultura nielegalnego jej przeprowadzania”. Możemy, posługując się terminologią zaproponowaną przez Ewelinę Wejbert-Wąsiewicz, mówić o enklawach aborcyjnych⁴, definiując je jako samopomocowe grupy dla kobiet przed i po aborcji, współcześnie działające w dużej mierze w internecie, udzielające informacji o metodach przerywania ciąży, ułatwiające dostęp do środków poronnych czy zabiegów aborcji (Wejbert-Wąsiewicz 2014, s. 35). Pojęcie enklawy ma tu podkreślać odrębność tych wspólnot⁵ (od środowisk antyaborcyjnych tworzących swoje enklawy), ich inkluzyjny i integracyjny charakter wokół doświadczenia przerywania ciąży i popierania prawa do aborcji oraz możliwości samodzielnego jej przeprowadzenia.

CZASY NIEPEWNOŚCI — KONTEKST SPOŁECZNO-POLITYCZNY

Używając w tytule określenia „czasy niepewności” odnoszę się przede wszystkim do wydarzeń i zjawisk mających miejsce w Polsce w ostatnich kilku latach, czyniących przerywanie ciąży i, szerzej, kontrolę płodności jeszcze trudniej dostępnymi. Po pierwsze, Polska ma jedno z najbardziej restrykcyjnych praw aborcyjnych w Europie. Ustawa z 1993 roku przyzwalała na przerwanie ciąży w trzech przypadkach: zagrożenia dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, uzasadnionego podejrzenia, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego oraz dużego prawdopodobieństwa ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu. Jednak duża część lekarzy i placówek medycznych utrudniała dostęp do badań prenatalnych i odmawiała przeprowadzenia aborcji, odwołując się do klauzuli sumienia (zob. m.in. FnrKiPR 2013, 2018, 2019; EPPD 2018). Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 r. wykluczył możliwość przerywania ciąży ze względów

⁴ Enklawy aborcyjne tworzą także środowiska przeciwne przerywaniu ciąży. Można zatem, za autorką, wyodrębnić enklawy pro- i antyaborcyjne (Wejbert-Wąsiewicz 2014, s. 33).

⁵ Tym samym mają one charakter eksław, bo są stygmatyzowane, piętnowane przez przeciwników aborcji, wobec których są wykluczające — „[...] procesy inkluzji i ekskluzji dokonują się na zasadzie weryfikacji ideologicznej”, tu dotyczącej postaw wobec przerywania ciąży i prawa kobiet do aborcji (Wejbert-Wąsiewicz 2014, s. 33–34).

embriopatologicznych, będących stosunkowo najczęstszą przyczyną nielegalnych aborcji przeprowadzanych w polskich szpitalach. Autonomia prokreacyjna i możliwość kontroli własnej płodności była i jest ograniczana przez brak rzetelnej edukacji seksualnej w szkołach i utrudniony dostęp do antykoncepcji, w tym antykoncepcji awaryjnej (zob. m.in. FnrKiPR 2013, 2018, 2019; CE 2017; EPPD 2018; Contraception... 2022). W najnowszym rankingu krajów europejskich, opracowanym dla Europejskiego Forum Parlamentarnego ds. Ludności i Rozwoju, uwzględniającym dostęp kobiet do antykoncepcji i doradztwa z zakresu planowania rodziny, Polska znalazła się na ostatnim miejscu wśród krajów europejskich⁶ (Contraception... 2022).

Po drugie, pandemia COVID-2019 i związane z nią ograniczenia utrudniły korzystanie z usług z zakresu zdrowia reprodukcyjnego, między innymi dostęp do aborcji i środków antykoncepcyjnych, ale także badań profilaktycznych i testów na HIV i choroby przenoszone drogą płciową, co obserwowano w różnych krajach na całym świecie (zob. m.in. Aly i in. 2020; Lindberg i in. 2020; Mukherjee i in. 2021; EPF&IPPF 2020; UNFPA 2020a, 2021; Webber 2020; WHO 2021, 2022). Zwracano uwagę między innymi na utrudniony kontakt z lekarzami ze względu na ryzyko infekcji koronawirusem, wprowadzany w różnych krajach i miejscowościach „lockdown” i ograniczenia w przemieszczaniu się, wymogi kwarantanny, a także deficyt personelu w związku z jego zaangażowaniem w walkę z COVID-19 lub przebywanie na kwarantannie. Zauważano, że aborcję i antykoncepcję w części krajów uznano za „nieistotne” (*non-essential*) i „niepilne” (*non-emergency*) w obliczu walki z pandemią i ograniczono dostęp do nich (np. w Stanach Zjednoczonych w niektórych stanach, w Austrii, Niemczech, Rumunii, Irlandii, Wielkiej Brytanii, Słowacji, na Litwie — m.in. EPF&IPPF 2020, s. 6, 8; Kucharczyk 2020; Sackeim 2020, Stevis-Gridneff i in. 2020; Joffe, Schroeder 2021). Pojawiły się informacje o negatywnym wpływie na dostępność środków antykoncepcyjnych zakłóceń w łańcuchu dostaw spowodowanych zamknięciem granic i utrudnieniami w produkcji i dystrybucji produktów służących kontroli płodności (zob. np. EPF&IPPF 2020, s. 6; UNFPA 2020b; Webber 2020; Wolska 2020).

⁶ Wskaźnik dostępności nowoczesnej antykoncepcji dla Polski wyniósł 33,5% (dla przedostatniej Rosji — 42,8%, dla najwyższej ocenionych krajów: Belgii, Francji i Wielkiej Brytanii — 91,1%) (Contraception Policy Atlas Europe 2022). Brano tu pod uwagę między innymi cenę i skalę refundacji środków antykoncepcyjnych (m.in. dostępność dla młodych kobiet, osób o niskich dochodach), dostępność antykoncepcji hormonalnej bez recepty (w tym antykoncepcji awaryjnej) oraz publiczną informację o sposobach zapobiegania ciąży na stronach internetowych finansowanych z budżetu państwa.

Wskazywano również na negatywny wpływ niestabilnej sytuacji finansowej i zawodowej jednostek na dostęp do usług i środków z dziedziny zdrowia reprodukcyjnego i pogłębianie nierówności społecznych w tym zakresie (między innymi ze względu na rasę, pochodzenie etniczne, wiek, status społeczno-ekonomiczny), także w wymiarze globalnym (między krajami o różnym poziomie rozwoju społeczno-gospodarczego). Podkreślano, że niemożność kontrolowania płodności i terminacji niechcianych ciąży jest ograniczeniem autonomii reprodukcyjnej, a także zagraża życiu kobiet w związku z potencjalnym wzrostem tzw. niebezpiecznych aborcji (przeprowadzanych przez niekwalifikowane osoby bądź w nieodpowiednich warunkach) (zob. m.in. EPF&IPPF 2020; UNFPA 2020a, 2020b).

Także w Polsce w związku z epidemią pogorszył się dostęp do opieki ginekologicznej (według danych Ministerstwa Zdrowia w roku 2020 spadła liczba świadczeń w tym zakresie w porównaniu z 2019 rokiem, między innymi liczba przesiewowych cytologii wykonanych w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy) (Majewska 2021). W reprezentatywnym badaniu przeprowadzonym wśród Polek wiosną 2021 roku ponad połowa badanych przyznała, że nie była u ginekologa w czasie pandemii, wśród przyczyn wskazując między innymi ograniczony dostęp do wizyt, zamknięcie gabinetów, a także strach przed zakażeniem koronawirusem (Zawiślak 2021).

Jak zauważa Elżbieta Korolczuk, „pandemia, podobnie jak inne kryzysy, negatywnie odbija się na zdrowiu kobiet z kilku powodów. Po pierwsze, kryzys ekonomiczny skutkuje cięciami wydatków na opiekę zdrowotną w tych obszarach, które nie są bezpośrednio związane z walką z koronawirusem. Po drugie, [...] w momencie niedoboru także w rodzinach pojawia się tendencja do «oszczędzania» na potrzebach kobiet, np. opiece ginekologicznej, która nie wydaje się niezbędna. Po trzecie wreszcie, grupy ultrakonserwatywne próbują ograniczyć dostępność usług, które uznają za «niemoralne» jak aborcja czy antykoncepcja” (Korolczuk 2020). W kwietniu 2020 roku sto organizacji pozarządowych działających w Europie na rzecz praw reprodukcyjnych wystosowało apel do rządów państw UE, wskazując między innymi, że „w trakcie pandemii większość rządów europejskich nie wdobyła środków zapewniających bezpieczny i terminowy dostęp do podstawowych usług z zakresu zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, odpowiednich źródeł zaopatrzenia i stosownych informacji, w tym tych związanych z przeprowadzeniem aborcji farmakologicznej w domu. Wiele szpitali i innych placówek opieki zdrowotnej ograniczyło do absolutnego minimum świadczenie usług dotyczących zdrowia reprodukcyjnego, czy wręcz zawiesiły swoją działalność na tym polu — mię-

dzy innymi w wyniku zaistniałych braków kadrowych lub zmiany profilu swojej aktywności. Często skorzystanie z podstawowej opieki zdrowotnej stało się radykalnie utrudnione. [...] Szkodliwy wpływ tych wysoce restrykcyjnych regulacji i utrudnień tym bardziej nasila się w aktualnie panujących warunkach, kiedy to kobiety nie są w stanie wyjechać za granicę, by tam dokonać legalnej aborcji lub nie mają możliwości zdobycia środków wczesnoporonnych od dostawców zagranicznych” (Amnesty International 2020). W marcu 2020 roku Ministerstwo Spraw Zagranicznych RP poinformowało o zawieszeniu międzynarodowych pasażerskich połączeń lotniczych i kolejowych na blisko miesiąc i obowiązkowej 14-dniowej kwarantannie domowej po powrocie do kraju z zagranicy (Serwis Rzeczypospolitej Polskiej 2020). Zamknięcie granic uniemożliwiło na jakiś czas wyjazdy Polek do klinik na Słowacji czy w Niemczech, a brak czy ograniczone usługi transportu publicznego utrudniały podróż także do innych krajów (Januszewska 2020).

Wszystkie wymienione zjawiska przyczyniły się do wzrostu poczucia niepewności i lęku co do możliwości kontrolowania swojej płodności, zapobiegania i przerwania niechcianej ciąży czy aborcji ze względu na ciężkie, nieodwracalne wady płodu czy zagrożenie zdrowia lub życia ciężarnej. Nieprzyjazny kobietom i niewydolny system opieki zdrowotnej (zob. m.in. FRpL 2015; FnrKiPR 2016; NIK 2018) stał się jeszcze bardziej „niepewny” w zakresie pełnienia swoich funkcji. Pogłębiły się społeczne nierówności dostępu do jego usług, bo odczuwane skutki pandemicznych ograniczeń i sposoby radzenia sobie z nimi zależały między innymi od społeczno-ekonomicznego statusu jednostek czy ich miejsca zamieszkania (zob. Yanow i in. 2021).

Jak zauważają osoby zajmujące się prawami reprodukcyjnymi naukowo i w praktyce społecznej, można jednak dostrzec pewne pozytywne aspekty wpływu pandemii na realizację praw reprodukcyjnych. Okazało się, że prosty, zdemedykalizowany dostęp do bezpiecznej domowej aborcji jest nie tylko możliwy, ale też pożądany (Yanow i in. 2021; Assis, Larrea 2020). W niektórych krajach (m.in. Wielkiej Brytanii i Nowej Zelandii) wprowadzono ułatwienia w zakresie dostępu do środków poronnych, by umożliwić bezpieczne przerwanie ciąży w domowych warunkach, bez konieczności pójścia do kliniki, z konsultacją medyczną online lub przez telefon (Jelińska i in. 2020). Uznano, że skoro jednostki niemające w warunkach pandemii bezpośredniego kontaktu z lekarzem czyni się odpowiedzialnymi za swoje zdrowie, ufając, że są w stanie ocenić swój stan zdrowia i stosować się do zaleceń, to można im pozwolić także na „samoopiekę” i „samozarządzanie zdrowiem” (*self-care, health self-management*)

w odniesieniu do przerwania niechcianej ciąży, zapewniając im niezbędne informacje, środki i zdalne wsparcie (Yanow i in. 2021, s. 220). Samodzielna farmakologiczna aborcja okazała się czymś więcej niż tymczasowym rozwiązaniem przyjętym w pandemii (Assis, Larrea 2020).

Czas zarazy to także czas oddolnych inicjatyw pomocowych nie tylko w obszarze praw reprodukcyjnych. Badacze zaobserwowali wiele przejawów społecznej solidarności, wzajemnego wsparcia, wymiany zasobów (zob. m.in. Chwat 2021). Wspomniane trudności w dostępie do antykoncepcji i aborcji w Polsce, zwiększone jeszcze w okresie pandemii, przyczyniły się do wzmożonej społecznej aktywności już działających w tym polu aktorów społecznych i do włączania się nowych jednostek i grup, pojawiają się nowe inicjatywy.

ZARADNOŚĆ SPOŁECZNA I OPÓR

W zaistniałych warunkach społeczno-politycznych jednostki stojące przed koniecznością podjęcia decyzji reprodukcyjnych — o utrzymaniu lub zakończeniu ciąży czy zabezpieczeniu się przed niechcianą ciążą, muszą sobie poradzić z tym wyzwaniem, podjąć określone działania pozwalające im na realizację swoich celów. Pojęciem przydatnym do opisu postaw społecznych w trudnych życiowych sytuacjach jest pojęcie społecznej zaradności, zdefiniowanej tu w najszerszy i najprostszy sposób jako radzenie sobie w danych okolicznościach społecznych (zob. Michalska-Kotlarska 2016a, s. 9). W odniesieniu do strategii działania czy postaw jednostek możemy mówić o zaradności jednostkowej, czy indywidualnej. W analizowanym przez nas obszarze życia społecznego dotyczy ona np. osób chcących przerwać ciążę w warunkach niedostępności aborcji w ramach systemu opieki zdrowotnej, czy zdobyć jak najszybciej środki antykoncepcyjne, w tym pigułkę „dzień po” (antykoncepcja awaryjna), przy utrudnionym dostępie do opieki ginekologicznej. Szukają one rozwiązania na własną rękę, wykorzystują różne zasoby i podejmują konkretne działania — są zaradne, radzą sobie. Taka postawa nie charakteryzuje jednak wszystkich jednostek. Zaradność społeczną można bowiem traktować jako styl funkcjonowania społecznego (Kotlarska-Michalska 2016b, s. 24), powiązany między innymi z określonymi cechami osobowości i predyspozycjami jak przedsiębiorczość, optymizm, pewność siebie, umiejętność elastycznego dostosowywania się do sytuacji, skłonność do podejmowania ryzyka (Walecka-Matyja 2013, s. 108). Można ją także wiązać między innymi z procesem socjalizacji kształtującym określone postawy i umiejętności adaptacyjne oraz z kapitałem społecznym, „efektem więzi społecznych i inwestowa-

nia dzięki powiązaniom rodzinnym i pozarodzinnym”, także różniącym jednostki mające nierówny dostęp do rozmaitych zasobów (Kotlarska-Michalska 2016b, s. 26–30). Odpowiedzią na zróżnicowanie jednostkowych możliwości „samoradzenia” (Kotlarska-Michalska 2016b, s. 25) jest zaradność grupowa, przejawiana przez grupy, zbiorowości, kręgi społeczne, wspólnoty, powiązana z grupową solidarnością i samopomocowymi działaniami. W ich ramach mniej zaradne jednostki wspierane są przez te lepiej radzące sobie z pokonywaniem trudności, zaspokajaniem potrzeb, rozwiązywaniem problemów oraz mogące i chcące tymi umiejętnościami i innymi zasobami się podzielić. Zaradność jednostkowa i grupowa są zatem ze sobą powiązane. Koresponduje to z przywoływaną wcześniej koncepcją rozwoju samoorganizacji społecznej jako biorącej swój początek w działaniach jednostek, przyciągających innych i podejmujących z nimi współpracę (zob. Brzezińska 2011, s. 12).

W analizie samopomocy aborcyjnej przydatne jest ujęcie zaradności społecznej jako taktyki oporu (Nosal 2016). Według Przemysława Nosala (2016, s. 39–40), zaradność społeczna jest reakcją jednostek na zastaną rzeczywistość i instytucjonalny porządek, który utrudnia czy uniemożliwia im zaspokajanie potrzeb i realizację celów, upośledzając tym samym ich sprawczość. Podejmowanie działania, „po-radzenie” sobie jest „przejawem dążenia do sprawowania kontroli nad rzeczywistością społeczną (a w wielu przypadkach także odzyskania tej kontroli)”, „dowodem proaktywnej adaptacji jednostki, nastawionej na zmienianie otaczającej ją rzeczywistości zgodnie z jej indywidualnymi potrzebami”, służy przywróceniu poczucia sprawczości i podmiotowości (Nosal 2016, s. 39, 38). Kluczowy jest tu systemowy kontekst wzbudzający niezadowolenie jednostek i chęć przeciwdziałania. Zaradność społeczna jest wyrazem „aktywnej kontestacji” tego niesatysfakcjonującego i ograniczającego jednostkę (zaspokajanie jakichś jej potrzeb) porządku — „polega zatem na «negocjacjach» z systemem, przeciwstawianiu się mu albo działaniu niezależnym od niego” (Nosal 2016, s. 40). W system ten wpisane są relacje władzy, które w sytuacji sprzeczności interesów grup dominujących i podporządkowanych, doświadczania opresji przez jednostki należące do tych drugich, tworzą kontekst sprzyjający podejmowaniu przez nie „strategii oporowych” (zob. Bielska 2013, s. 34–35). „Stellan Vinthagen i Mona Lilja wskazując na typowe czynniki określające potencjał oporowy jednostki, wymieniają wśród nich: przynależność do grupy podporządkowanej, doznanie związanej z tym faktem frustracji, oraz dysponowanie kapitałem umożliwiającym podjęcie działań oporowych, który z kolei związany jest ze świadomością własnej podmiotowości, sprawstwa i kompetencji prze-

ciwstawienia się opresji (cechy określane przez Stellana Vinthagen i Mone Lilja jako *empowerment*)” (Bielska 2013, s. 90). Znowu podkreślane jest znaczenie dostępu jednostek do zasobów pozwalających im na „zaradny opór” (Nosal 2016, s. 43). Przemysław Nosal (2016, s. 40), przywołując koncepcję „skrzynki narzędziowej” (*tool-kit*) Ann Swindler jako metafory kultury, wiąże zaradność społeczną z posiadaniem „zbioru narzędzi” odpowiedniego do radzenia sobie z rzeczywistością oraz kompetencji do skutecznego posługiwania się nimi. Zasobem niezbędnym w społecznej zaradności jest także kapitał społeczny, gdyż „zaradność to właściwość osadzona w sieci społecznej, czyli umiejętność efektywnego bycia w niej, nawiązywania nowych relacji, przemieszczania się po niej i przyłączania innych” (Nosal 2016, s. 40). Istotną rolę odgrywa kapitał pomostowy — sieci tworzone przez osoby z różnych środowisk, grup i kategorii społecznych, „w poprzek podziałów społecznych”, umożliwiające jednostkom dostęp do bardziej zróżnicowanych, jakościowo nowych dóbr (w porównaniu z dostępnymi we własnej grupie) (Putnam 2008, s. 40; Growiec 2011, s. 24; Sztompka 2012, s. 195).

UWAGI METODOLOGICZNE

Celem przeprowadzonego przeze mnie badania była analiza zjawiska samopomocy i grupowej społecznej zaradności w zakresie dostępu do przerywania ciąży oraz antykoncepcji, w tym antykoncepcji awaryjnej, obserwowanego we współczesnej Polsce, w warunkach restrykcyjnego prawa aborcyjnego oraz pandemii COVID-19. Pytania badawcze dotyczyły 1) form wsparcia udzielanego przez jednostki, nieformalne grupy oraz organizacje w ramach samopomocowych sieci, 2) kanałów docierania do zainteresowanych, 3) celów i efektów podejmowanej działalności. Analizą objęto strony internetowe i profile w mediach społecznościowych następujących grup i organizacji działających na rzecz dostępu do bezpiecznej aborcji i antykoncepcji: Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, Aborcyjny Dream Team, Kobiety w Sieci oraz Widzialna Ręka — Reprodukcyjna. Ich wybór podyktowany był ich rozpoznawalnością, związaną ze stosunkowo długim czasem działalności, obecnością w mediach, bądź też — w przypadku ostatniej grupy internetowej mającej prywatny charakter — powiązaniem z inną popularną pomocową grupą o nazwie Widzialna Ręka, która powstała w czasie pandemii w związku z wprowadzonym w marcu 2020 roku „lockdownem” i potrzebą udzielania sobie nawzajem pomocy w życiu codziennym (zob. Chwat 2021). Materiał badawczy stanowiły udostępniane informacje — wpisy, grafiki, broszury informacyjne,

nagrania spotkań, rozmów, webinary itp., również odsyłacze do innych inicjatyw w tym obszarze, a także publikowane na innych portalach internetowych wypowiedzi (wywiady, komentarze) osób działających w tych grupach. Dane zastane zbierano i analizowano od sierpnia do października 2021 roku. Analizie poddano treści przekazów, a jej kierunek wyznaczały postawione pytania badawcze. Wyodrębnione w procesie badawczym kategorie omówiono w dalszej części artykułu.

Należy tu zaznaczyć, że celem analizy wyżej wymienionych materiałów nie było stworzenie pełnego, wyczerpującego katalogu działań podejmowanych przez objęte badaniem grupy i organizacje. Odnosząc się do zaprezentowanych w pierwszej części artykułu zagadnień samopomocy, wsparcia społecznego i zaradności społecznej jako taktyki oporu starałam się pokazać różne przykłady działań podejmowanych przez grupy pomocowe i ich już zauważalne czy potencjalne efekty.

SAMOPOMOC ABORCYJNA — FORMY, CELE I EFEKTY AKTYWNOŚCI

Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny („Federa”) działa na rzecz praw reprodukcyjnych, w tym dostępu do aborcji i antykoncepcji od 1991 roku. W 2006 roku otwarto serwis internetowy Women on Web i w polskim internecie pojawiły się informacje o aborcji farmakologicznej⁷. Działające w Polsce Kobiety w Sieci poza prowadzeniem forum dla osób chcących przerwać ciążę i podzielić się tym doświadczeniem w 2013 roku uruchomiły infolinię. W 2016 roku powstał Aborcyjny Dream Team (ADT) — „nieformalna inicjatywa mająca na celu odtabuizowanie aborcji”, która zaczęła się od spotkania poświęconego przerywaniu ciąży w domowych warunkach. Dwie ostatnie grupy pod koniec 2019 roku wraz z organizacjami z innych krajów utworzyły Aborcję Bez Granic, która poza udzielaniem informacji na temat możliwości aborcji (farmakologicznej i chirurgicznej) oferuje pomoc (także finansową) w organizacji wyjazdu i zabiegu za granicą. Wówczas w Polsce prawo zezwalało jeszcze na przerwanie ciąży w trzech przypadkach, ale nawet gdy spełnione były wymienione w ustawie przesłanki aborcja była właściwie niedostępna ze względu na stosowanie klauzuli sumienia przez lekarzy i całe szpitale. Pod koniec 2020 doszło do zaostrzenia i tak już bardzo restrykcyjnego prawa aborcyjnego i działające grupy i organizacje (wymienione i inne) musiały zintensyfikować swoje działania w związku ze wzrastającą liczbą kobiet szukających

⁷ Wszelkie cytaty pochodzą z stron internetowych wymienionych grup i organizacji oraz ich profili w mediach społecznościowych.

u nich pomocy w zakończeniu niechcianej ciąży, a także w jej zapobieganiu. Jak ujęła to Natalia Broniarczyk z ADT: „22 października 2020 to dzień, który zapoczątkował nową falę pomagania sobie w aborcjach” (Nozdyńska 2021).

Prezentując formy samopomocy aborcyjnej, czy szerzej: w zakresie kontroli płodności i świadomego rodzicielstwa, wyodrębniłam dwie ogólne kategorie społecznego wsparcia: informacyjno-techniczne oraz psychologiczno-emocjonalne. Jako efekty działalności omówiłam także społeczną aktywizację oraz opór — aktywną kontestację społecznego systemu ograniczającego autonomię prokreacyjną.

Wsparcie informacyjno-techniczne

Z doświadczeń aktywistek wynika, że wiedza na temat aborcji farmakologicznej w Polsce nie jest powszechnie dostępna, taka forma terminacji ciąży jest przedmiotem tabu bądź jest uważana za nielegalną (mimo że przerwanie własnej ciąży nie jest karane w świetle polskiego prawa) (Domagalska 2018; Stępniewska 2021). Jak zauważają członkinie Aborcyjnego Dream Teamu, „farmakologiczne wywoływanie poronienia jest metodą zupełnie nierozpoznaną i nieuznaną przez polityków, ustawodawców i niestety lekarzy — ze szkodą dla pacjentek” (Januszewska 2020).

Samopomoc aborcyjna polega na upowszechnianiu rzetelnych, sprawdzonych informacji o tym, na czym polega zakończenie ciąży za pomocą tabletek i skąd je pozyskać, by było to bezpieczne; jak przebiega cały proces, jak się do niego przygotować; o możliwości przeprowadzenia go w warunkach domowych. Obejmuje także pomoc prawną i udostępnianie wiedzy na temat obowiązujących przepisów dotyczących przerywania ciąży i dostępu do antykoncepcji, sprowadzania leków poronnych z zagranicy i legalności aborcji medycznej, a także postępowania w sytuacji łamania prawa przez lekarzy czy placówki medyczne. Ta informacyjna działalność polega też na prostowaniu nieprawdziwych informacji, demaskowaniu i nagłaśnianiu przekłamań wprowadzanych do publicznego dyskursu o aborcji przez jej przeciwników („#ZatrzymajManipulacje”, „#ZnajFakty”), a także na ostrzeganiu przed oszustami w sieci i kupowaniem tabletek poronnych z niepewnych, niesprawdzonych źródeł. Jak podkreślają aktywistki ADT — „naszym celem jest szerzenie wiedzy na temat metody farmakologicznej przerywania ciąży oraz promowanie pozytywnego przekazu dotyczącego aborcji, opartego na prawdziwych doświadczeniach osób, które miały aborcję oraz tych, które je wspierają”. Ich działalność ma służyć odtabuizowaniu aborcji, walce z jej stygmatyzacją, zmianie języka, jakim

mówi się o zakończeniu ciąży i przerwaniu zmywu milczenia wokół aborcji, umożliwieniu „normalnego” rozmawiania o tym doświadczeniu, „jako części naszego życia”. Organizacje przygotowały „językowe” poradniki, adresowane także do dziennikarzy, wskazujące, jakie określenia są mylące, oceniające, stygmatyzujące, utrwalające istniejące negatywne stereotypy i skojarzenia związane z przerywaniem ciąży („Jak mówić/pisać o aborcji. Poradnik” — „Federa”, „Chcę pisać o aborcji bez stygmy. Poradnik dla osób pracujących w mediach” — ADT).

Wsparcie techniczne w ramach samopomocy aborcyjnej obejmuje nie tylko poradnictwo i wyposażenie jednostek w odpowiednią wiedzę dotyczącą „aborcji DIY (*do it yourself* — zrób to sama.sam)” (Broniarczyk, Wydrzyńska 2019), ale także wsparcie rzeczowe i instrumentalne. W przypadku konieczności przeprowadzenia aborcji w zagranicznej klinice Aborcja Bez Granic oferuje „praktyczne informacje przydatne w zorganizowaniu wyjazdu i zabiegu przerwania ciąży za granicą jak najmniejszym kosztem, informacje o klinikach wykonujących zabiegi w Holandii, Niemczech i Wielkiej Brytanii, wsparcie finansowe na pokrycie kosztów podróży i zabiegu przerwania ciąży, nocleg, tłumaczenie i wsparcie wolontariuszek i wolontariuszy w zagranicznych klinikach, jeśli nie zatrudniają osób mówiących po polsku” (Ulotka „Potrzebujesz aborcji? NIE JESTEŚ SAMA!”). Z kolei „Federa” interweniuje „w przypadku naruszeń praw pacjenckich i odmowy aborcji, antykoncepcji, badań prenatalnych” (np. ułatwia kontakt z lekarzami w celu otrzymania recepty czy skierowania na badania; wskazuje, jak dochodzić swoich praw; pisze skargi i zgłasza nieprawidłowości; wspiera osoby przed polskim i międzynarodowym wymiarem sprawiedliwości między innymi przez wsparcie prawne w wytoczeniu powództwa, pomoc w skonstruowaniu pisma procesowego, reprezentację procesową). W ramach sieci samopomocowej tworzące ją jednostki i grupy przekazują sobie informacje o lekarzach, nienaruszających praw i nieodmawiających świadczeń ze względu na klauzulę sumienia (między innymi akcja „Federy” „Poleć swoją ginekolożkę/ginekologa”). W sytuacjach kryzysowych, nasilających się w warunkach pandemii i ograniczonego dostępu do opieki zdrowotnej, gdy liczy się czas, udostępniają potrzebującym antykoncepcję awaryjną (np. Kolektyw Dzień Po). Zaobserwować można samopomoc wewnątrz- i międzygrupową, między formalnymi organizacjami oraz nieformalnymi grupami i „niezrzeszonymi” osobami, które występują ze wspólnymi inicjatywami, udostępniają sobie wzajemnie informacje o prowadzonych działaniach, które się uzupełniają. Ta pomocowa aktywność ma charakter międzynarodowy, obejmuje także współpracę z indywidualnymi i zbiorowymi aktorami społecznymi działającymi za granicą.

Wsparcie psychologiczne

Samopomoc aborcyjna udzielana przez objęte badaniem grupy i organizacje ma, jak podkreślają działające w nich osoby, kompleksowy charakter. Poza opisanym wsparciem informacyjno-technicznym, uwzględniającym różne potrzeby i trudności związane z zakończeniem ciąży bądź zapobieganiem jej obejmuje wsparcie psychologiczno-emocjonalne. Ma ono szczególne znaczenie w warunkach społecznej stygmatyzacji aborcji i jej formalnych zakazów. „Federa” organizuje telefoniczne dyżury psychologów, ginekologów, prawniczek. Inne grupy także prowadzą infolinie, odpowiadają na maile czy wpisy na forach. Zbierane i upubliczniane (za zgodą narratorek) opowieści aborcyjne pokazują, że przerwaniu ciąży towarzyszy ogromny stres, lęk przed niechcianą ciążą i przed społecznym odrzuceniem w związku z jej zakończeniem, poczucie bezradności i osamotnienia (związane ze strachem przed ujawnieniem przerwania ciąży, kojarzonego z czymś złym, niemoralnym i nielegalnym), ale także, już po aborcji, poczucie ulgi i wdzięczności za otrzymane wsparcie. Aborcyjne *coming outy*, także publiczne i zbiorowe, mające miejsce na ulicznych manifestacjach (z inicjatywy ADT) oraz hasło „Nie jesteś sama!” często pojawiające się w kontekście samopomocy aborcyjnej z jednej strony mają podkreślać, że chęć i doświadczenie przerwania ciąży nie jest czymś marginalnym, dotyczącym odosobnionych przypadków: nie ty jedna, nie ty pierwsza przerywasz ciążę, my też „miałyśmy aborcje”, „robimy aborcje”. Z drugiej strony jest to komunikat, że jednostka może liczyć na wsparcie — życzliwość, zrozumienie, akceptację, empatię, jeśli chce przerwać ciążę. W dyskursie towarzyszącym pomocowym działaniom w tym zakresie pojawiają się określenia: przyjaciółki w aborcji, doula aborcyjna, aborcyjne siostrzeństwo, aborcyjna solidarność, radykalna empatia (między innymi hasła z ulotek, grafik i wlepek ADT; zob. Michalska 2016; Idzikowska 2021). Radykalizm we współodczuwaniu czy wczuciu się w sytuację osoby chcącej przerwać ciążę przejawia się, jak można wywnioskować z analizowanych materiałów, w pełnej akceptacji jej decyzji, wspieraniu bez oceniania i komentowania, bez zbędnych pytań i interpretacji jej motywacji, w otwartości na różnorodność przyczyn i doświadczeń aborcji.

Wspólnotowość doświadczenia i wzajemność wsparcia są podkreślane przez odwołanie do podmiotu zbiorowego „my” („miałyśmy aborcje”, „wspieramy w aborcjach”, „wspierajmy się w aborcjach”). Jak wynika z opowieści aborcyjnych i wypowiedzi aktywistek, kluczowe znaczenie, obok poradnictwa i udzielania praktycznych informacji, ma rozmowa, wysłuchanie, z jakimi wątpliwościami i emocjami zmagają się osoby chcące

zakończyć ciążę. Aktywistki ADT przypominają w jednym z artykułów na swojej stronie internetowej, że w domowych aborcjach metodą próżniową przeprowadzanych w ramach amerykańskiego kolektywu Jane czy samopomocy aborcyjnej we Francji w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku stosowano „weralne znieczulenie”, mające zredukować lęk, rozładować stres towarzyszący przerwaniu ciąży. Jak się okazuje, jest ono potrzebne, niezależnie od metody aborcji i jej przyczyn, indywidualnych motywacji i sytuacji.

Kanały udzielania pomocy

Analiza kanałów upowszechniania informacji o dostępnych formach wsparcia, możliwościach przerwania ciąży, danych dotyczących liczby przeprowadzonych aborcji (by pokazać powszechność zjawiska) czy sprostowań nieprawdziwych informacji podawanych przez środowiska antyaborcyjne oraz sposobach docierania z pomocą do zainteresowanych i potrzebujących pokazuje różnorodność narzędzi komunikacyjnych wykorzystywanych przez objęte badaniem grupy i organizacje. Podstawową przestrzenią komunikacji jest internet. Objęte badaniem grupy i organizacje mają swoje strony internetowe⁸, profile na portalach społecznościowych (Facebook, Instagram), korzystają z serwisu YouTube, czy aplikacji TikTok. Udostępniają materiały do przeczytania, wysłuchania, obejrzenia (m.in. webinary i rozmowy w cyklu „Całego ciała” w Radio Kapitał prowadzone przez aktywistki „Federy” — żeby porozmawiać „swobodnie, bez żony i ideolo o antykoncepcji, aborcji, bezpiecznym seksie, rodzeniu”). Można się z nimi komunikować mailowo, przez komunikatory (Messenger) bądź pisać na forum. Jednak osoby w nich działające zdają sobie sprawę z nierówności cyfrowych i niemożności czy nieumiejętności korzystania z internetu przez część potencjalnych zainteresowanych i potrzebujących. Dlatego kluczowym narzędziem komunikacji jest telefon. Infolinie aborcyjne są popularnym i skutecznym środkiem udzielania poradnictwa i psychologicznego wsparcia w innych krajach, odgrywającym jeszcze ważniejszą rolę w warunkach pandemii i ograniczeń mobilności i dostępu do służby zdrowia (zob. Gill i in. 2021). Aktywistki z objętych badaniem organizacji mówią o godzinach spędzanych przy telefonie i komputerze na rozmowach, udzielaniu porad i wsparcia („Jesteśmy z tymi osobami poprzez maila, Messengera czy telefon. Nieważne, czy święta, wakacje, zima, lato, dłuż-

⁸ Poza grupą internetową Widzialna Ręka — Reprodukcyjna, która powstała i funkcjonuje na portalu społecznościowym Facebook.

szy weekend, wieczór czy rano”)⁹. Z myślą o osobach niekorzystających z internetu i/lub preferujących tradycyjne formy komunikacji, udostępniane są drukowane ulotki i broszury, materiały informacyjne w formie billboardów, rozwieszanych ogłoszeń czy wlepek. Jak czytamy w jednym z komunikatów zachęcających do upowszechniania informacji o inicjatywie Aborcja Bez Granic: „Aborcji potrzebują nie tylko te z nas, które na co dzień poruszają się po feministycznej części internetu. Niektóre/rzy z nas z różnych powodów nie są w stanie szukać pomocy w sieci. Z myślą o nich zawieście w najbliższej okolicy ogłoszenie w klasycznej formie”. Materiały informacyjne są pisane prostym, zrozumiałym językiem (w niektórych przypadkach nieformalnym, potocznym, także „młodzieżowym”), zawierają jasne komunikaty, często ilustracje i grafiki. Taka strategia komunikacyjna, obejmująca różne kanały, narzędzia i formy komunikacji uwzględnia różne możliwości i potrzeby potencjalnych odbiorczyń i odbiorców oferowanego wsparcia, a także, również dzięki współpracy z mediami, pozwala na dotarcie z informacją i pomocą do szerokiego grona osób.

Spółeczna aktywizacja

Poza przyczynieniem się do upowszechnienia wiedzy o aborcji farmakologicznej, zmiany sposobu myślenia i mówienia o przerywaniu ciąży, uczynieniu go łatwiej dostępnym i bezpiecznym efektem działalności objętych badaniem grup i organizacji jest także mobilizacja społeczna, pobudzanie aktywności społecznej. Podejmowane przez nie inicjatywy, poprzez ich wielość i różnorodność, mają otwarty i inkluzyjny charakter — każda jednostka może włączyć się w tę sieć samopomocy i jej zaangażowanie może przybierać różne formy, w zależności od indywidualnych predyspozycji, możliwości i zasobów. W reakcji na informację o wprowadzeniu zakazu aborcji ze względów embriopatologicznych numer infolinii Aborcji Bez Granic był upubliczniany przez mnóstwo osób, które nie tylko udostępniały go na swoich profilach w mediach społecznościowych i umieszczały na zdjęciach profilowych, by był cały czas widoczny, ale wypisywały go na mu-

⁹ Według danych zaprezentowanych na konferencji prasowej przez aktywistki Aborcji Bez Granic w dniu 21 października 2021 r. przez rok od ogłoszenia wyroku Trybunału Konstytucyjnego zakazującego aborcji ze względów embriopatologicznych, na ich infolinię „zadzwo- niło ponad 8457 osób szukających informacji i dostępu do aborcji, a 2758 osób napisało wiadomości e-mail z prośbą o pomoc w aborcji”. Z kolei „Federa” podaje: „W ciągu roku, od 22 października 2020 r. do końca września 2021 odebrałyśmy 8142 telefony — dziennie około 30 połączeń. [...] Do liczby telefonów trzeba też dodać ponad 5000 maili, na które odpowiadałyśmy w godzinach pracy i poza nią”.

rach budynków, chodnikach, przystankach („Kreda w dłoń! Na rozgrzewkę — napisy kredą na chodniku. Proste i tanie”). Wspólnotowe działanie informacyjne na zasadzie „podaj dalej” dotyczy także upowszechniania innych informacji o możliwościach aborcji przez udostępnianie postów grup samopomocowych, przygotowanych przez nie grafik, materiałów video, broszur informacyjnych, sprostowywanie nieprawdziwych informacji komunikowanych przez przeciwników aborcji. W ramach akcji „Partyzantka aborcyjna” (definiowanej przez ADT jako „umieszczanie w przestrzeni publicznej kontaktów do zaufanych stron udzielających wsparcia osobom w niechcianej ciąży”) rozklejano zakupione bądź otrzymane wlepki w miejscach użyteczności publicznej, robiono banery i wywieszano je na balkonach, w oknach czy na wiaduktach, przygotowywano ulotki informacyjne na zwykłych kartkach papieru, które były zostawiane „w damskich toaletach, sklepach, na siedzeniach w komunikacji miejskiej albo wrzucane do skrzynek pocztowych”. Zachęty ze strony organizacji i zaangażowanych jednostek oraz przykład innych pokazywały, że niewielkim kosztem i wysiłkiem można włączyć się w te działania. Inną formą zaangażowania był wkład finansowy, polegający na przekazaniu pieniędzy w ramach publicznych zrzutek na działalność organizacji pomocowych, czy po prostu zakup jakiegoś produktu, aby dochód z jego sprzedaży zasilił ich konto. Taką akcją we współpracy z jedną z kawiarni zorganizował na przykład Kolektyw Dzień Po, przekazujący potrzebującym antykoncepcję awaryjną — „Kup pączka, aby udostępnić komuś pigułkę «dzień po»” (za: „Metro Warszawa” 2018). Pomoc rzeczowa obejmowała przekazywanie antykoncepcji awaryjnej, pomoc w podróży czy przenocowanie osób wyjeżdżających do zagranicznej kliniki na przeprowadzenie aborcji. Na forach pojawiały się także oferty pomocy w opiece nad dziećmi podczas aborcyjnego wyjazdu ich matki. Włączanie się w samopomoc aborcyjną polegało również na dzieleniu się doświadczeniami dotyczącymi przerywania ciąży, opowiedzeniu swojej aborcyjnej historii, komunikowaniu: „też miałam aborcję”, „nie jesteś sama”, zarówno w przestrzeni internetu, jak i na demonstracjach w ramach publicznych aborcyjnych coming-outów. Lektura tych osobistych opowieści pokazuje, że własne doświadczenie i uzyskane od innych wsparcie w zakończeniu niechcianej ciąży skłania jednostki do podjęcia aktywności pomocowej — osoba wspierana staje się osobą wspierającą (zob. Włodarczyk 2016, s. 191). Według słów jednej z aktywistek: „Nie trzeba być żadną bohaterką, żeby wspierać w aborcjach”, wystarczy „rozmawianie o aborcji w niestygmatyzujący, normalizujący sposób. Jako części naszego życia” (Idzikowska 2021). Zaangażowanie w działania na rzecz dostępu do aborcji obejmowało także uczestnictwo w protestach przeciwko jej za-

kazowi, Marszach dla Bezpiecznej Aborcji oraz podpisywanie list poparcia dla projektów liberalizujących prawo aborcyjne.

Spółeczny opór

Jak stwierdza Anna Brzezińska (2011, s. 12), grupa samopomocy „może mieć charakter samokształceniowy, wspierający, może mieć charakter zespołu sojuszników jakiejś idei, promotorów określonej zmiany, czyli jest to grupa powołująca się i samoorganizująca dla rozwiązania konkretnego problemu”. W analizie przejawów samopomocy aborcyjnej i towarzyszących jej komunikatów zwraca uwagę nie tylko podkreślanie wzajemnego wsparcia, solidarności, siostrzeństwa czy „przyjaźni w aborcji” i możliwości włączania się każdego w udzielanie pomocy. Są one także wyrazem aktywnej kontestacji polityki państwa i innych instytucji życia społecznego uniemożliwiających dostęp do bezpiecznej aborcji (jak Kościół czy publiczna służba zdrowia). Odnajdujemy w nich przykład oporowego charakteru zaradności społecznej, która nie tylko służy rozwiązaniu problemu braku możliwości przerwania ciąży w ramach oficjalnego systemu opieki zdrowotnej, ale także jest buntem przeciwko ograniczającemu autonomię jednostek porządkowi społecznemu (zob. Erdman i in. 2018). Dobrze ilustrują to hasła pojawiające się na grafikach, transparentach, wpisach w mediach społecznościowych na profilach grup i osób zaangażowanych w samopomoc aborcyjną: „Robimy aborcje. Nie potrzebujemy waszego pozwolenia”, „Sama wiesz najlepiej, czy potrzebujesz aborcji. Żadne zakazy nas nie powstrzymają” czy „Ch... z wami, aborcje z nami”. Tytuł zina opracowanego przez Kolektyw Dzień Po: „Samopomoc i DIY. Opór i oddolne strategie odzyskiwania kontroli nad własną płodnością oraz zdrowiem seksualnym”, udostępnianego przed ADT, wprost mówi o oporze wpisanym w działania na rzecz dostępu do antykoncepcji i aborcji. Wspomniane określenie „partyzantka aborcyjna” ma także nasuwać skojarzenie z ruchem oporu. Udostępnianie danych o liczbie osób, które zgłaszają się do organizacji za pośrednictwem różnych kanałów komunikacyjnych oraz skorzystały ze wsparcia w przerwaniu ciąży w ramach samopomocowej sieci czy innych form pomocy, służy nie tylko odtabuizowaniu aborcji, pokazaniu jej jako doświadczenia powszechnego, dotyczącego wielu kobiet — „twojej matki, siostry, ciotki, przyjaciółki, sąsiadki”. Jest ono także komunikatem dla władz oraz środowisk przeciwnych aborcji i podejmujących działania na rzecz jej totalnego zakazu, że samopomocowa działalność doprowadziła do stworzenia sprawnego, efektywnego oddolnego alternatywnego systemu opieki w zakresie zdrowia reprodukcyjnego, mimo

i wbrew systemowym ograniczeniom — „Wyrok [Trybunału Konstytucyjnego zakazujący przerywania ciąży ze względów embriopatologicznych — dop. K.D.-G.] sprawił, że aborcji nie ma? Skąd, po prostu odbywają się gdzieś indziej”. Z danych udostępnionych przez inicjatywę Aborcja Bez Granic wynika, że w ciągu roku od ogłoszenia tego wyroku grupy działające w jej ramach „pomogły 34 tysiącom osób z Polski w dostępie do aborcji. 1080 osób mogło przerwać ciążę w zagranicznej klinice w drugim trymestrze. Wsparcie finansowe wyniosło ponad 700 tysięcy złotych”.

Oporowa, wbrew-systemowa działalność wiąże się z ryzykiem i narażeniem się na negatywne, formalne i nieformalne sankcje, co wydaje się nieodłącznym elementem pomocy w aborcjach i kontroli płodności, bo dotyczyło także działających na tym polu medyków, akuszerek, aborcyjnych doul w różnych warunkach historycznych i społeczno-politycznych. Aktywistki z objętych analizą grup i organizacji wspominają o otrzymywanych pogróżkach, naruszeniach ich dobrego imienia, próbach niszczenia ich wizerunku społecznego przez przeciwników aborcji, o kosztach psychicznych, jakie się z tym wiążą. Podkreślają jednocześnie znaczenie masowego oddolnego wsparcia ich działań, dającego im poczucie bezpieczeństwa (hasło „Nie jesteś sama” można odnieść także do wspólnotowości w działaniu) i pewności co do słuszności podejmowania ryzyka. Utwierdzają je w tym także, a może przede wszystkim efekty własnej działalności — liczba osób, które skorzystały z ich pomocy, wyrazy wdzięczności i społeczny odzew (choćaby w formie udostępniania informacji o ich działaniach, danych kontaktowych służących dotarciu z pomocą do jak największej liczby zainteresowanych czy wsparcia finansowego).

ZAKOŃCZENIE

Wyniki analizy obecności problematyki aborcji we współczesnym dyskursie nauk społecznych pokazują, że tematyka ta jest marginalizowana w najbardziej prestiżowych czasopismach z tej dziedziny i stosunkowo mało miejsca poświęca się zagadnieniu indywidualnych doświadczeń dotyczących przerywania ciąży (Purcell 2015; Koralewska 2020). Niniejszy artykuł, choć bezpośrednio nie dotyczy jednostkowej perspektywy, jednak się do niej odnosi, pokazując, że osoby decydujące się na zakończenie niechcianej ciąży mogą skorzystać z rozmaitych form wsparcia w ramach sieci samopomocy aborcyjnej. Zwłaszcza jeśli funkcjonują w warunkach, w których dostęp do aborcji jest utrudniony, nie tylko ze względu na prawne i instytucjonalne ograniczenia, ale także z uwagi na jej społeczną stygmatyzację.

Zaostrzenie prawa aborcyjnego, bliskie totalnemu zakazowi aborcji (o co wciąż zabiegają przeciwnicy przerywania ciąży) oraz trudności i ograniczenia związane z pandemią COVID-19 zintensyfikowały w ostatnim okresie rozwój sieci samopomocy w Polsce w zakresie dostępu do aborcji, a także antykoncepcji. Przejawiało się to w zaangażowaniu i współpracy wielu jednostek i grup, nie tylko na poziomie lokalnym i krajowym. Poza rezultatami w postaci wsparcia udzielonego potrzebującym (skutki na poziomie mikrospołecznym) dostrzegalne są efekty w skali mezzoi makrospołecznej: między innymi rozwój kapitału społecznego, aktywizacja społeczna, wzrost poczucia podmiotowości i sprawczości towarzyszący społecznej zaradności i związanemu z nią oporowi, zmiana sposobu myślenia i mówienia części społeczeństwa o aborcji i szerzej: o prawach reprodukcyjnych. Analizowane działania, podejmowane przez różne organizacje, grupy, internetowe wspólnoty i pojedyncze osoby można traktować jako „bąble zmiany” — według teorii bąbli odnoszącej się do zmiany kulturowej (Nowak i in. 2012, s. 271–272; Nowak i in. 1993 za: Brzezińska 2011, s. 11–12). Społeczni aktorzy inicjujący i działający na rzecz zmiany — tu: wolnego dostępu do aborcji i antykoncepcji i zapewnienia jednostkom autonomii prokreacyjnej — początkowo tworzą małe bańki, „bąble nowego w morzu starego” (Nowak i in. 2012, s. 271–272; Nowak i in. 1993 za: Brzezińska 2011, s. 12). Zmiana kulturowa polega na upowszechnianiu się „nowego” — „bąble rosną i łączą się ze sobą”, tworząc „wyspy nowego”, mają coraz większy społeczny zasięg (Nowak i in. 2012, s. 271–272; Nowak i in. 1993 za: Brzezińska 2011, s. 12). Skala społecznej samoorganizacji (przejawiająca się także w masowych Czarnych Protestach) i samopomocy w zakresie dostępu do aborcji świadczy o istnieniu społecznej przestrzeni i energii na rzecz kulturowej zmiany dotyczącej praw reprodukcyjnych w Polsce, co potwierdzają także wyniki badania postaw wobec aborcji, zwłaszcza wśród młodych osób (m.in. IBRIS 2018; Chrzczonowicz 2020; CBOS 2020). „Nowe rośnie w siłę” (Nowak i in. 1993 za: Brzezińska 2011, s. 12).

BIBLIOGRAFIA

- ADT, 2019, *Fakty — Historia*, strona internetowa grupy Aborcyjny Dream Team (<https://aborcyjnydreamteam.pl/2019/11/fakty-historia/> [dostęp: 10.09.2021]).
- Aly Jasmine, Haeger Kristin O., Christy Alicia Y., Johnson Amanda M., 2020, *Contraception Access during the COVID-19 Pandemic. Editorial*, „Contraception and Reproductive Medicine”, t. 5(17), s. 1–9.
- Amnesty International, 2020, *Europa: w warunkach pandemii koronawirusa niezagwarantowanie bezpiecznego dostępu do aborcji zagraża zdrowiu kobiet i dziewcząt* (<https://amnesty.org.pl/eur>

- opa-w-warunkach-pandemii-koronawirusa-niezagwarantowanie-bezpiecznego-dostepu-do-aborcji-zagraza-zdrowiu-kobiet-i-dziewczat/, [dostęp: 15.05.2022]].
- Assis Mariana Prandini, Larrea Sara, 2020, *Why Self-Managed Abortion Is So Much More than a Provisional Solution for Times of Pandemic*, „Sexual and Reproductive Health Matters”, t. 28(1), s. 37–39.
- Bart Pauline B., 1987, *Seizing the Means of Reproduction: An Illegal Feminist Abortion Collective — How and Why it Worked*, „Qualitative Sociology”, t. 10(4), s. 339–357.
- Bearak Jonathan, Popinchalk Anna, Ganatra Bela, Moller Ann-Beth, Tunçalp Özge, Beavin, Cynthia, Kwak Lorreaine, Alkema Leontine, 2020, *Unintended Pregnancy and Abortion by Income, Region, and the Legal Status of Abortion: Estimates From a Comprehensive Model for 1990–2019*, „The Lancet Global Health”, t. 8(9), s. e1152–e1161.
- Bielska Ewa, 2013, *Koncepcje oporu we współczesnych naukach społecznych: główne problemy, pojęcia, rozstrzygnięcia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Broniarczyk Natalia, Wydrzyńska Justyna, 2019, *Bezpieczna aborcja w naszych rękach*, Aborcyjny Dream Team (<https://aborcyjnydreamteam.pl/2019/03/bezpieczna-aborcja-w-naszych-rekach/> [dostęp: 10.09.2021]).
- Brzezińska Anna I., 2011, *Samoorganizacja i samopomoc jako warunki i skutki aktywności społeczności lokalnych*, „Polityka Społeczna”, numer specjalny pt.: „Aktywizacja społeczna a rozwój społeczności. Zasoby, kompetencje, partnerstwo”, s. 10–14.
- CBOS, 2020, *O dopuszczalności przerywania ciąży i protestach po wyroku Trybunału Konstytucyjnego*, Komunikat z badań nr 153/2020.
- Chrczonowicz Magdalena, 2020, *66 proc. Polaków za prawem do aborcji. Rekordowy wynik w sondażu Ipsos dla OKO.press*, Portal OKO.press (<https://oko.press/66-proc-za-prawem-do-aborcji/> [dostęp: 10.09.2021]).
- Chwat Oliwia, 2021, *Social Solidarity during the Pandemic: The “Visible Hand” and Networked Social Movements*, „Kultura i Społeczeństwo”, nr 1, s. 87–104.
- Contraception..., 2022, *Contraception Policy Atlas Europe*, European Parliamentary Forum for Sexual&Reproductive Rights (<https://www.epfweb.org/node/669> [dostęp: 20.05.2022]).
- CE, 2017, *Women’s Sexual and Reproductive Health and Rights in Europe*, Commissioner for Human Rights, Council of Europe, France.
- Creinin Mitchell D., Danielsson Kristina Gemzell, 2009, *Medical Abortion in Early Pregnancy*, w: Maureen Paul, E. Steve Lichtenberg, Lynn Borgatta, David A. Grimes, Phillip G. Stubblefield, Mitchell D. Creinin (red.), *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care*, Blackwell Publishing, s. 111–134.
- Domagalska Karolina, 2018, *Aborcja farmakologiczna jest w Polsce tematem tabu. „My jesteśmy dla kobiet, które podejmują decyzję. To ich decyzja”*, „Wysokie Obcasy” 15.02.2018 (<https://www.wysokieobcasy.pl/wysokie-obcasy/7,163229,23013188,aborcyjny-dream-team-aborcja-farmakologiczna-to-rewolucja.html> [dostęp: 10.05.2022]).
- Drovetta Raquel Irene, 2015, *Safe Abortion Information Hotlines: An Effective Strategy for Increasing Women’s Access to Safe Abortions in Latin America*, „Reproductive Health Matters”, t. 23(45), s. 47–57.
- Erdman Joanna N., Jelinska Kinga, Yanow Susan, 2018, *Understandings of Self-Managed Abortion as Health Inequity, Harm Reduction and Social Change*, „Reproductive Health Matters”, t. 26(54), s. 13–19.

- EPF&IPPF, 2020, *Sexual and Reproductive Health and Rights during the COVID-19 pandemic. A joint report by EPF & IPPF EN*, European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights & International Parenthood Federation European Network (<https://europe.ippf.org/sites/europe/files/2020-04/Sexual%20and%20Reproductive%20Health%20during%20the%20COVID-19%20pandemic.pdf>) [dostęp: 15.05.2022]).
- EPD, 2018, *Sexual and Reproductive Health Rights and the Implication of Conscientious Objection*, European Parliament's Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs, European Union.
- FnrKiPR, 1998, *Prawa i zdrowie reprodukcyjne i seksualne. Przewodnik*, Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, Warszawa.
- FnrKiPR, 2013, *20 lat tzw. ustawy antyaborcyjnej w Polsce. Raport*, Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, Warszawa.
- FnrKiPR, 2018, *Martwe prawo. Komentarz do sprawozdania rządu z wykonania w 2016 ustawy o planowaniu rodziny*, Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, Warszawa.
- FnrKiPR, 2019, *Przemoc instytucjonalna w Polsce. O systemowych naruszeniach praw reprodukcyjnych*, Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, Warszawa.
- FnrKiPR, 2020, *Przerywanie ciąży. Metoda farmakologiczna*, Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, Warszawa (<https://federa.org.pl/farmakologiczna/> [dostęp: 01.09.2021]).
- FRpL, 2015, *Raport „Monitoring dostępności do usług ginekologiczno-położniczych w ramach NFZ w Polsce”*, Fundacja Rodzic po Ludzku, Warszawa (https://rodzicpolu.dzku.pl/wp-content/uploads/2022/03/Raport_FRpL-2.pdf [dostęp: 20.09.2021]).
- Gałęzka-Śliwka Anita, 2021, *Prawo do świadomego planowania rodziny*, „Prokuratura i Prawo”, nr 2, s. 78–114.
- Gill Roopan K., Cleeve Amanda, Lavelanet Antonella F., 2021, *Abortion Hotlines around the World: a Mixed-methods Systematic and Descriptive Review*, „Sexual and Reproductive Health Matters”, t. 29(1), s. 1–15.
- Growiec Katarzyna, 2011, *Kapitał społeczny. Geneza i społeczne konsekwencje*, Wydawnictwo SWPS Academica, Warszawa.
- Hayden Tiana B., 2011, *Private Bleeding: Self-Induced Abortion in the Twenty-First Century United States*, „Gender Issues”, t. 28, s. 209–225.
- IBRIS, 2018, *Badanie opinii dotyczące stosunku do przerywania ciąży. Wyniki sondażu zrealizowanego na zlecenie Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny* (<https://federa.org.pl/sondaz2018/> [dostęp: 01.09.2021]).
- Idzikowska Ula, 2021, *Przyjaciółki w aborcji. Rośnie oddolna sieć siostrzanej samopomocy*, Portal OKO.press (<https://oko.press/przyjaciolki-w-aborcji-rosnie-oddolna-siec-siostrzanej-sa-mopomocy/> [dostęp: 15.09.2021]).
- Januszewska Paulina, 2020, *Nie jesteś sama. Aborcja w czasach pandemii*, „Krytyka Polityczna” (<https://krytykapolityczna.pl/kraj/nie-jestes-sama-aborcja-w-czasach-pandemii/> [dostęp: 15.05.2022]).
- Jelińska Kinga, Więckiewicz Karolina, Broniarczyk Natalia, 2020, *Światowy Dzień Bezpiecznej Aborcji. „Możemy przerywać ciężę w domu, ale potrzebne są empatia i wsparcie”*, „Wysokie Obcasy”, 28.09.2020 (<https://www.wysokieobcasy.pl/wysokie-obcasy/7,163229,26338347,czas-pandemii-pokazal-ze-dostep-do-aborcji-nawet-jesli-obarczony.html> [dostęp: 01.09.2021]).

- Joffe Carole, 2009, *Abortion and Medicine: A Sociopolitical History*, w: Maureen Paul, E. Steve Lichtenberg, Lynn Borgatta, David A. Grimes, Phillip G. Stubblefield, Mitchell D. Creinin (red.), *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care*, Blackwell Publishing, s. 1–9.
- Joffe Carole, Schroeder Rosalyn, 2021, *COVID-19, Health Care, and Abortion Exceptionalism in the United States*, „Perspectives on Sexual and Reproductive Health”, t. 53, nr 1–2, s. 5–12.
- Jones Rachel K., Lindberg Laura, Witwer Elisabeth, 2020, *COVID-19 Abortion Bans and Their Implications for Public Health*, „Perspectives on Sexual and Reproductive Health”, t. 52(2), s. 65–68.
- Kaplan Laura, 1997, *The Story of Jane: The Legendary Underground Feminist Abortion Service*, University of Chicago Press, Chicago.
- King Charles R., 1993, *Calling Jane*, „Women & Health”, t. 20(3), s. 75–93.
- Klich-Kluczevska Barbara, 2012, *Przypadek Marii spod Bochni. Próba analizy mikrohistorycznej procesu o aborcję z 1949 roku*, „Rocznik Antropologii Historii”, nr 1(2), s. 195–209.
- Koralewska Inga, 2020, „Socjologia aborcji”. *Sposoby przedstawiania aborcji we współczesnym dyskursie nauk społecznych*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, t. 16, nr 2, s. 170–187.
- Korolczuk Elżbieta, 2020, *Czy kryzys ma płęć? Kobiety w czasach pandemii*, Heinrich Böll Stiftung, Warszawa (<https://pl.boell.org/pl/2020/04/29/czy-kryzys-ma-plec-kobiety-w-czasach-pandemii>) [dostęp: 15.05.2022]).
- Kucharczyk Mateusz, 2020, *Koronawirus: Czy świat po pandemii czeka niechciany „baby boom”?*, EURACTIV.pl, 30.04.2020 (<https://www.euractiv.pl/section/praca-i-polityka-spoleczna/news/koronawirus-prawa-kobiet-aborcja-swiat-medycyna-covid-19-pandemia/>) [dostęp: 15.05.2022]).
- Kuźma-Markowska Sylwia, 2017, *Walka z „babkami” o zdrowie kobiet: medykalizacja przerywania ciąży w Polsce. w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych XX wieku*, „Polska 1944/45–1989 Studia i Materiały” XV, s. 189–215.
- Lindberg Laura D., VandeVusse Alicia, Mueller Jeniffer, Kirstein Marielle, 2020, *Early Impacts of the COVID-19 Pandemic: Findings from the 2020 Guttmacher Survey of Reproductive Health Experiences*, Guttmacher Institute, New York (<https://www.guttmacher.org/report/early-impacts-covid-19-pandemic-findings-2020-guttmacher-survey-reproductive-health>) [dostęp: 15.05.2022]).
- „Metro Warszawa”, 2018, *Tłusty czwartek. Będą sprzedawać wegańskie paczki, żeby zebrać na tabletki „dzień po”* (<https://metrowarszawa.gazeta.pl/metrowarszawa/7,141634,22993597,tlusty-czwartek-beda-sprzedawac-weganskie-paczki-zeby-zebrac.html>), [dostęp: 01.09.2021]).
- Majewska Monika, 2021, *Pandemia pogorszyła dostęp do opieki ginekologicznej*, „Puls Medycyny”, 21.07.2021, (<https://pulsmedycyny.pl/pandemia-pogorszylo-dostep-do-opieki-ginekologicznej-1122677>) [dostęp: 15.05.2022]).
- Michalska Kinga, 2016, *Łąki nam nie odbiorą. O aborcji ziołowej*, „Krytyka Polityczna” (<https://krytykapolityczna.pl/kraj/laki-nam-nie-odbiora/>) [dostęp: 01.09.2021]).
- Michalska-Kotlarska Anna, 2016a, *Wprowadzenie*, w: Anna Kotlarska-Michalska, Przemysław Nosal (red.), *Zaradność społeczna. Współczesne przejawy i ograniczenia*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM, Poznań, s. 9–17.
- Michalska-Kotlarska Anna, 2016b, *Zaradność — wielość znaczeń i kontekstów społecznych*, w: Anna Kotlarska-Michalska, Przemysław Nosal (red.), *Zaradność społeczna. Współczesne prze-*

- jawy i ograniczenia*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM, Poznań, s. 21–35.
- Mukherjee Trena I., Khan Angubeen G., Dasgupta Anindita, Samar Goleen, 2021, *Reproductive Justice in the Time of COVID-19: A Systematic Review of the Indirect Impacts of COVID-19 on Sexual and Reproductive Health*, „Reproductive Health”, t. 18(252), s. 1–25.
- Murphy Michelle, 2012, *Seizing the Means of Reproduction: Entanglements of Feminism, Health, and Technoscience*, Duke University Press.
- NIK, 2018, *Dostępność świadczeń ginekologiczno-polożniczych finansowanych ze środków publicznych na terenach wiejskich*, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa (https://www.nik.gov.pl/kontrola/wyniki-kontroli-nik/pobierz,lb~p_17_061_201709111027041505125624~01,typ,kk.pdf [dostęp: 20.09.2021]).
- Nodzyńska Paulina, 2021, *Aborcje rok po wyroku TK. Ile Polek usunęło ciężę za granicę? Znamy raport Aborcji bez Granic*, „Gazeta Wyborcza”, 21.10.2021.
- Nosal Przemysław, 2016, *Zaradność społeczna jako taktyka oporu*, w: Anna Kotlarska-Michalska, Przemysław Nosal (red.), *Zaradność społeczna. Współczesne przejawy i ograniczenia*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM, Poznań, s. 37–45.
- Nowak Marta, 2021, *Obalamy 12 mitów o aborcji. Rozmowa z Natalią Broniarczyk z Aborcyjnego Dream Teamu*, Serwis internetowy ASZdziennik (<https://aszdziennik.pl/135847,roziewamy-12-mitow-o-aborcji-rozmowa-z-natalia-broniarczyk-z-adt> [dostęp: 10.05.2022]).
- Nowak Andrzej, de Raad Wouter, Borkowski Wojciech, 2012, *Culture Change: The Perspective of Dynamical Minimalism*, w: Michele J. Gelfand, Chi-Yue Chiu, Ying-yi Hong, *Advances in Culture and Psychology: Volume Two*, Oxford University Press, s. 251–313.
- Pollit Katha, 2015, *Pro. Odzyskajmy prawo do aborcji*, Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa.
- Purcell Carrie, 2015, *The Sociology of Women’s Abortion Experiences: Recent Research and Future Directions*, „Sociology Compass”, t. 9(7), s. 585–596.
- Putnam Robert D., 2008, *Samotna gra w kręgle. Upadek i odrodzenie wspólnot lokalnych w Stanach Zjednoczonych*, tłum. Przemysław Sadura, Sebastian Szymański, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.
- Sackeim Maryl G., 2020, *Protecting Access to Abortion During the COVID-19 Pandemic*, „Health Affairs”, t. 39(8), s. 1456–58.
- Serwis..., 2020, *Zamykamy granice przed koronawirusem*, „Koronawirus: informacje i zalecenia”, Serwis Rzeczypospolitej Polskiej, 13.05.2020 (<https://www.gov.pl/web/koronawirus/zamykamy-granice-przed-koronawirusem> [dostęp: 15.05.2022]).
- Stavis-Gridneff Matina, Gupta Alisha Haridasani, Pronczuk Monika, 2020, *Coronavirus Created an Obstacle Course for Safe Abortions*, „The New York Times” (<https://www.nytimes.com/2020/06/14/world/europe/coronavirus-abortion-obstacles.html> [dostęp: 15.05.2022]).
- Stępniewska Karolina, 2021, *Rok później. Aktywistka aborcyjna: „Nic się nie zmieniło. Aborcje cały czas się odbywają” (wywiad)*, serwis internetowy Mamadu.pl (<https://mamadu.pl/156619,legalna-aborcja-w-polsce-nadal-jest-dostepna-wywiad-z-aktywistka-aborcyjna> [dostęp: 15.05.2022]).
- Sztompka Piotr, 2012, *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Wydawnictwo Znak, Kraków.
- Tokarczyk Roman, 2000, *Normatywne ujęcia antyprokreacji*, „Roczniki Socjologii Rodziny”, t. 12, s. 213–236.

- UNFPA, 2020a, *Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage*, UNFPA Interim Technical Note. April 27 2020, United Nations Population Fund (https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_impact_brief_for_UNFPA_24_April_2020_1.pdf [dostęp: 15.05.2022]).
- UNFPA, 2020b, *UNFPA Supplies. Covid 19 Update No. 2*, 30.03.2020, United Nations Population Fund, (https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_Update_No-2_UNFPA_Supplies_v5.pdf [dostęp: 15.05.2022]).
- UNFPA, 2021, *Impact of COVID-19 on Family Planning: What we know one year into the pandemic*, Technical Note, United Nations Population Fund (https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID_Impact_FP_V5.pdf [dostęp: 15.05.2022]).
- Wałęcka-Matyja Katarzyna, 2013, *Między zaradnością a bezradnością młodzieży z rodzin o zróżnicowanej strukturze*, „Psychologia Wychowawcza”, nr 4, s. 93–115.
- Wężyk Katarzyna, 2021, *Aborcja jest*, Wydawnictwo Agora, Warszawa.
- Webber Miriam, 2020, *How Coronavirus Is Changing Access to Abortion* (<https://www.politico.eu/article/how-coronavirus-is-changing-access-to-reproductive-health/>).
- Wejbert-Wąsiewicz Ewelina, 2014, *Enklawy i eksklawy aborcyjne — dynamika i źródło zmian*, „Opuscula Sociologica”, nr 2, s. 31–41.
- WHO, 2015, *Health Worker Roles in Providing Safe Abortion Care and Post-Abortion Contraception*, World Health Organisation, Genewa (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/abortion-task-shifting/en/ [dostęp: 01.09.2021]).
- WHO, 2021, *Second Round of the National Pulse Survey on Continuity of Essential Health Services during the COVID-19 Pandemic: January–March 2021: Interim Report*, 22.04.2021, World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/340937> [dostęp: 15.05.2022]).
- WHO, 2022, *Third Round of the Global Pulse Survey on Continuity of Essential Health Services during the COVID-19 Pandemic: November–December 2021: Interim Report*, 07.02.2022, World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/351527> [dostęp: 15.05.2022]).
- Włodarczyk Ewa, 2016, *Zakończenie: O wsparciu społecznym i jego znaczeniu*, w: Jolanta Spętana, Danuta Krzysztofiak, Ewa Włodarczyk (red.), *Od wykluczenia do wsparcia. W przestrzeni współczesnych problemów społecznych*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, s. 191–195.
- Wolska Anna, 2020, *Przez koronawirusa zabraknie prezerwatyw?*, EURACTIV.pl, 30.03.2020 (<https://www.euractiv.pl/section/gospodarka/news/przez-koronawirusa-zabraknie-prezerwatyw/> [dostęp: 15.05.2022]).
- Yanow Susan, Pizzarossa Lucia B., Jelińska Kinga, 2021, *Self-Managed Abortion: Exploring Synergies between Institutional Medical Systems and Autonomous Health Movements*, „Contraception”, t. 104(3), s. 219–221.
- Zawiślak Mateusz, 2021, *Kampania „W kobiecym interesie”* (https://www.signs.pl/kampania-w-kobiecym-interesie_391901,artykul.html [dostęp: 15.05.2022]).
- Żuchowicz Roman, 2016, *Aborcja przez setki lat nie budziła większych emocji, choć stosowano ją powszechnie*, „Newsweek Historia”, nr 12 (<https://www.newsweek.pl/historia/aborcjana-przestrzeni-wiekow-odwieczny-spor-kalendarium/xx3k7sw> [dostęp: 20.09.2021]).

SELF-HELP AND SELF-MANAGED ABORTION IN TIMES OF UNCERTAINTY

Krystyna Dzwonkowska-Godula
(University of Łódź)

Abstract

The aim of this article is to analyse social resourcefulness in the situation of restriction of abortion law in Poland and the COVID-19 pandemic, making access to health care services more difficult. The starting point is the concept of social resourcefulness as a tactic of resistance, understood not only as coping with the inefficiency of the social system that does not satisfy the needs of individuals, but also as protest against the social order or any attempt to change this order. The analysis covers the activities of the Federation for Women and Family Planning, Abortion Dream Team, the Polish group of Women Help Women, and the Visible Hand group, while the research material comprised information published on their websites and social media profiles. The findings have revealed various forms of informational, technical, and psychological support within the abortion self-help network. Apart from increased access to abortion, this network's activities have also led to noticeable social activation for procreative autonomy, and have contributed to a cultural change in attitudes towards abortion and reproductive rights in Poland in general.

key words: abortion, abortion self-care, self-managed abortion, social resourcefulness, social self-organisation

słowa kluczowe: aborcja, samoobsługa aborcyjna, samopomoc aborcyjna, zaradność społeczna, samoorganizacja społeczna