



Stanowisko oficjalne IFMSA-Poland nt. dostępu do bezpiecznej aborcji

Przyjęte podczas elektronicznego Nadzwyczajnego Zgromadzenia Delegatów 8 września 2021 r.

Wstęp

Polska od 1993 r. jest krajem z jednym z najbardziej restrykcyjnych praw aborcyjnych w Europie. Od 2016 roku powstaje coraz więcej ruchów dążących do dalszego ograniczenia prawa do wyboru, które zawsze spotykały się ze społecznym sprzeciwem. Po wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 r. Amnesty International, the Center for Reproductive Rights, and Human Rights Watch orzekło, że decyzja ta będzie wciąż szkodzić osobom zdolnym do zajścia w ciążę oraz łamać ich prawa człowieka. Parlament Europejski także potępił wyrok oraz podważa jego praworządność. Zwraca również uwagę na jego wpływ na zdrowie i życie ludzi oraz wyraża swój niepokój wobec faktu, że opublikowano go w czasie pandemii. World Health Organization (WHO) kładzie nacisk na fakt, iż restrykcyjne prawo aborcyjne sprawia, że rośnie liczba aborcji przeprowadzanych bez zachowania odpowiednich warunków, stanowiąc zagrożenie dla zdrowia i życia osób zdolnych do zajścia w ciążę. Poza brakiem dostępu do bezpiecznej aborcji Polska ma najniższy wskaźnik dostępności antykoncepcji w Europie, a kompleksowa edukacja seksualna nie jest zapewniana przez system szkolnictwa. To właśnie edukacja seksualna i dostęp do antykoncepcji realnie wpływają na liczbę niechcianych ciąż i zmniejszają potrzebę aborcji w sposób bardziej efektywny i bezpieczniejszy niż restrykcyjne prawo.

Stanowisko IFMSA-Poland

My, członkowie_inie IFMSA-Poland, uważamy, że zaostrzenie prawa aborcyjnego w czasie pandemii jest zagrożeniem nie tylko dla życia i zdrowia osób zdolnych do zajścia w ciążę, ale także dla wszystkich obywateli_ek, wśród których wielu decyduje się na protestowanie w obronie praw człowieka. Zgodnie z wiedzą medyczną opartą na faktach IFMSA-Poland przyjmuje stanowisko, że decyzje dotyczące donoszenia lub terminacji ciąży należą bezwzględnie i w pierwszej kolejności do osoby zdolnej do zajścia w ciążę, w porozumieniu z leczącym_ą ją lekarzem_ką. Jako przyszły personel medyczny sprzeciwiamy się umieszczeniu aborcji w Kodeksie Karnym, ponieważ sprawia to, że zabieg ten poddany jest „efektowi mrozącemu”, gdzie wielu lekarzy odmawia przeprowadzenia tej procedury medycznej z obawy przed reperkusjami prawnymi. Uważamy, że prawo powinno chronić zdrowie swoich obywateli_ek, nie zaś sumienia, dlatego wspieramy wszelkie działania dążące do liberalizacji prawa aborcyjnego. IFMSA-Poland dostrzega szerokie spektrum argumentów etycznych i religijnych dotyczących aborcji w Polsce. Mimo to, jako Stowarzyszenie zrzeszające studentów_ki medycyny oraz młodych_e lekarzy_ki, pragniemy opierać się przede wszystkim na wiedzy naukowej. Jest to z całą pewnością temat dotyczący zdrowia publicznego, zdrowia reprodukcyjnego oraz praw człowieka. Jako Stowarzyszenie jesteśmy przekonani i jednogłośnie stwierdzamy, że decyzja o podtrzymaniu lub terminacji ciąży powinna zostać podjęta indywidualnie przez osobę ciężarną w konsultacji z lekarzem_ką.



My, IFMSA-Poland, wzywamy:

- 1) władze państwowe Rzeczypospolitej Polskiej, zarówno władzę ustawodawczą, jak i wykonawczą, do:
 - a) zapewnienia wszystkim obywatelom_kom, a szczególnie osobom w wieku reprodukcyjnym, dostępu do rzetelnej edukacji seksualnej, metod nowoczesnej antykoncepcji oraz legalnej aborcji bez dyskryminacji ze względu na status finansowy, miejsce zamieszkania i powód;
 - b) legalizacji w pełni dostępnej aborcji i finansowania zabiegów z pieniędzy publicznych;
 - c) wprowadzenia regulacji dotyczących zabiegów przerywania ciąży w celu zakwalifikowania ich jako pełnoprawnych procedur medycznych, które powinny spełniać wymagane normy, jakie dotyczą wszystkich innych procedur medycznych;
 - d) zapewnienia ochrony lekarzom_kom i innym pracownikom_czkom ochrony zdrowia przeprowadzającym zabiegi aborcji oraz lekarzom_kom wykonującym badania prenatalne i operacje prenatalne przed wszelakiego rodzaju stygmatyzacją lub odpowiedzialnością karną;
 - e) zapewnienia osobom zdolnym do zajścia w ciążę pełnej autonomii w zakresie decydowania o swoim zdrowiu reprodukcyjnym;
 - f) stworzenia systemu koordynującego dostęp do bezpiecznych zabiegów aborcji, tak aby każda osoba mogła bez trudności uzyskać kompleksową pomoc przed i po zabiegu przerywania ciąży;
 - g) wprowadzenia systemu szkoleń dla pracowników_czek policji, sądownictwa oraz innych służb publicznych z zakresu problematyki zdrowia reprodukcyjnego, a szczególnie kwestii związanych z terminacją ciąży;
 - h) uwolnienia osób uwięzionych w wyniku restrykcyjnych przepisów aborcyjnych;
 - i) ujednolicenia przepisów dotyczących klauzuli sumienia w taki sposób, by realnie nie wpływała na dostęp do kluczowych usług zdrowia reprodukcyjnego;
 - j) zaprzestania traktowania aborcji jako politycznej gry, a rozpoczęcia jako prawa człowieka.
- 2) sektor ochrony zdrowia - zarówno w zakresie instytucjonalnym (m.in. szpitale, przychodnie, kliniki), jak i personalnym (personel medyczny, przedstawiciele_ki środowisk lekarskich, pielęgniarzów, położniczych, terapeutycznych, diagnostycznych i każdą inną osobę zatrudnioną w ochronie zdrowia), do:
 - a) bezwzględnego traktowania zabiegów aborcji jako procedury medycznej oraz udzielania porad w tym zakresie opartych na danych naukowych;
 - b) szanowania i ochrony prawa do autonomicznego decydowania o swoim zdrowiu, w tym zdrowiu reprodukcyjnym;
 - c) dostarczania swoim pacjentom_kom rzetelnej wiedzy z zakresu edukacji seksualnej, szczególnie dotyczącej antykoncepcji i zabiegów przerywania ciąży;
 - d) traktowania pacjentów_ek z szacunkiem i przyjmowania nieoceniającej postawy względem ich decyzji w kwestii zdrowia i praw reprodukcyjnych;
 - e) praktykowania medycyny skoncentrowanej przede wszystkim na zdrowiu pacjentów_ek, opartej na dowodach naukowych, co daje gwarancję najlepszych efektów zdrowotnych, które należą się każdemu człowiekowi;
 - f) zaprzestania stosowania klauzuli sumienia w przypadku zabiegów i procedur zgodnych z wiedzą medyczną opartą na faktach;
 - g) walczenia ze stygmatyzacją związaną z aborcją w ochronie zdrowia, promując postawy, w których świadczeniodawcy mogą wykonywać zawód bez obawy o dyskryminację, wypalenie zawodowe i ściganie;
 - h) wywierania wpływu na zmiany w edukacji medycznej tak, by każdy_a absolwent_ka kierunku lekarskiego posiadał wiedzę opartą na faktach naukowych na temat aborcji.



- 3) media publiczne i prywatne do:
 - a) nieudostępniania platform osobom i organizacjom, które szerzą mowę nienawiści, stygmatyzują aborcję oraz rozpowszechniają nieprawdziwe informacje na jej temat;
 - b) edukowania społeczeństwa na swoich platformach nt. bezpieczeństwa aborcji i zagrożeń wynikających z ograniczenia prawa aborcyjnego;
 - c) traktowania aborcji jako prawa człowieka, a nie jako tematu zastępczego.
- 4) organizacje pozarządowe do:
 - a) wprowadzenia opartego wyłącznie na dowodach naukowych i skoncentrowanego na zdrowiu pacjenta podejścia do zdrowia reprodukcyjnego i fundamentalnych praw człowieka;
 - b) akceptacji całkowitej autonomii drugiego człowieka w zakresie decyzji dotyczących jego zdrowia, w tym zdrowia reprodukcyjnego i zarzucenia wszelkich działań, które prowadzą do pozbawienia osób zdolnych do zajścia w ciążę godności i stygmatyzacji ich działań oraz decyzji;
 - c) promowania destygmatyzacji aborcji i dostrzegania konsekwencji zdrowotnych związanych ze stygmatyzacją, obciążającą zdrowie psychiczne;
 - d) szerzenia świadomości wśród społeczeństwa nt. skutków niebezpiecznej aborcji oraz nt. metod bezpiecznego przerywania ciąży, oraz wspierania osób potrzebujących aborcji.
- 5) członków_inie IFMSA-Poland oraz każdego innego człowieka do:
 - a) podjęcia roli lidera_ki w lokalnej społeczności w celu odrzucenia ograniczeń nałożonych na dostęp do pełni usług z zakresu zdrowia reprodukcyjnego;
 - b) rzecznictwa na rzecz pełnego i autonomicznego dostępu do praw z zakresu zdrowia reprodukcyjnego, w tym rzetelnej edukacji seksualnej, antykoncepcji i zabiegów przerywania ciąży, w lokalnej społeczności;
 - c) wywierania presji na plan nauczania uczelni medycznych, aby wprowadzić jakościową edukację o aborcji;
 - d) respektowania wyborów reprodukcyjnych drugiego człowieka, walczenia ze stygmatyzacją społeczną aborcji oraz wspierania osób potrzebujących aborcji;
 - e) prowadzenia działań edukacyjnych opartych na faktach na temat aborcji wśród najbliższego otoczenia oraz ogółu społeczeństwa;
 - f) wywierania wpływu na zmiany w edukacji medycznej tak, by każdy_a absolwent_ka kierunku lekarskiego posiadał wiedzę opartą na faktach naukowych na temat aborcji.

Tło problemu

Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia w 2019 roku w Polsce wykonano 1100 legalnych zabiegów aborcji. Zdecydowana większość zabiegów (1074 przypadki) wykonana była w przypadku wad wrodzonych płodu wykrytych w trakcie badań prenatalnych, rzadziej wskazanie stanowiło bezpośrednie zagrożenie życia matki (33 przypadki). Najrzadszą spośród dopuszczonych prawem przyczyn były ciążę będące wynikiem czynu zabronionego (3 przypadki) [1]. Zgodnie z ustawą z dnia 7 stycznia 1993 roku te trzy przesłanki wyczerpują katalog dopuszczalnych przez prawo Rzeczypospolitej Polskiej wskazań do zabiegu aborcji [2]. Według Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny w Polsce rocznie wykonuje się ponad 100 tys. zabiegów przerywania ciąży [3], z czego tylko około tysiąca jest legalnych. Oznacza to, że zdecydowana większość aborcji dokonywana jest w domach, za granicą lub nielegalnie. Szacuje się, że w skali swojego życia ciążę przerwała nie mniej niż co czwarta Polka. Co więcej, oprócz respondentek starszych, na aborcję częściej decydują się kobiety gorzej wykształcone, niezadowolone ze swojej sytuacji materialnej, o prawicowych poglądach, praktykujące religijnie [4]. W porównaniu do krajów Europy Zachodniej w Polsce liczba aborcji



jest wyższa, co ma związek z ograniczonym dostępem do edukacji seksualnej czy też mniej rozpowszechnionych metod antykoncepcji [5].

Niedawne orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 roku, które brzmi:

„Art. 4a ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78, z 1995 r. Nr 66, poz. 334, z 1996 r. Nr 139, poz. 646, z 1997 r. Nr 141, poz. 943 i Nr 157, poz. 1040, z 1999 r. Nr 5, poz. 32 oraz z 2001 r. Nr 154, poz. 1792) jest niezgodny z art. 38 w związku z art. 30 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej” [6].

stwierdza, że terminacja ciąży w przypadku dużego prawdopodobieństwa ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu jest niezgodna z artykułem 38. Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Usunięcie tej przesłanki spowoduje w praktyce prawie całkowity zakaz aborcji, ponieważ blisko 98% aborcji jest wykonywanych ze względu na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego uszkodzenia płodu lub nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu. Dodatkowo, w takim przypadku, Polska stanie się krajem z jednym z najostrożniejszych praw antyaborcyjnych nie tylko w Europie, ale i na świecie [7].

W latach 2015-2019 wystąpiło około 121 milionów nieplanowanych ciąż każdego roku, co oznacza 64 nieplanowane ciążę na 1000 kobiet w wieku rozrodczym. 61% z nich zakończyło się aborcją (około 73,3 miliona aborcji rocznie – około 39 aborcji na 1000 kobiet w wieku rozrodczym). Dostrzeżono zależność, że w krajach, gdzie prawo aborcyjne jest restrykcyjne, wzrosła liczba nieplanowanych ciąż, a także nieplanowanych ciąż kończących się w wyniku aborcji, względem krajów, gdzie na przeprowadzanie aborcji nie ma nałożonych restrykcji [8].

Istotne jest dostrzeżenie faktu, że dostęp do bezpiecznych i nowoczesnych metod planowania rodziny wpływa w pozytywny sposób na zdrowie osób zdolnych do zajścia w ciążę oraz ich dzieci. Jednocześnie, mimo że rozpowszechnienie środków antykoncepcyjnych w znaczący sposób zmniejsza liczbę nieplanowanych ciąż, nie eliminuje ono potrzeby dostępu do bezpiecznych zabiegów przerywania ciąży. Co ważne, dostęp do legalnej aborcji nie wpływa wcale na zwiększone zapotrzebowanie na tego typu procedury, ale pozwala przede wszystkim zmniejszyć negatywne skutki zabiegów wykonywanych w nielegalny i często niebezpieczny dla zdrowia osoby ciężarnej sposób [9]. Nielegalna aborcja wiąże się z nawet z 30-krotnym wzrostem ryzyka śmierci czy też kilkukrotnie większym ryzykiem zakażenia w porównaniu do aborcji legalnej, przeprowadzonej w odpowiednich warunkach [10].

Zgodnie z danymi WHO aborcja jest uznana za bezpieczną, jeżeli jest wykonana zgodnie z najnowszą wiedzą dotyczącą metody aborcji przez wykwalifikowany personel. W przeprowadzonym w Stanach Zjednoczonych badaniu wykazano, że ryzyko śmierci związanej z porodem jest około 14 razy większe w porównaniu do ryzyka śmierci po wykonanej aborcji. W przypadku porodów współczynnik wynosił 8,8 na 100 000 żywo urodzonych noworodków, zaś w przypadku aborcji śmiertelność miała opiewać na 0,6 na 100 000 wykonanych procedur [11]. Ponadto domowa aborcja farmakologiczna przy kombinacji mifepistonu i mizoprostolu do 12. tygodnia ciąży przeprowadzana samodzielnie przez osobę ciężarną w domu, bez nadzoru lekarza_ki, po uprzednio przeprowadzonej kwalifikacji specjalistycznej również oceniana jest jako metoda bezpieczna [12]. W krajach, w których aborcja jest legalna oraz monitorowana, na przykład w Stanach Zjednoczonych czy Wielkiej Brytanii, ponad 90% aborcji wykonuje się w I trymestrze, kiedy procedura ta jest obciążona najmniejszym ryzykiem zdrowotnym dla osoby jej poddawanej. Jedynie 1% wszystkich aborcji wykonywanych jest po 20 tygodniu ciąży ze względu na późniejsze wykrycie wad płodu i nieuleczalnych chorób [13]. Warto podkreślić, że konsekwencje zabiegu zależą od wielu czynników, w tym miejsca przeprowadzania aborcji, umiejętności lekarza, użytej metody, zdrowia osoby ciężarnej oraz wieku ciążowego.



Zdelegalizowane zabiegi aborcji, niewystarczająca jakość opieki medycznej oraz udzielanych świadczeń w fatalny sposób wpływają na dalsze zdrowie i życie osób zdolnych do zajścia w ciążę, co powoduje tymczasowy lub trwały uszczerbek na zdrowiu u 25% kobiet wedle danych z 2012 roku [14]. Każdego roku od 4,7% do 13,2% zgonów związanych z ciążą można przypisać niebezpiecznej aborcji [15].

Rocznie około 19-20 milionów procedur jest przeprowadzanych w niebezpieczny sposób. Co roku około 68 tysięcy kobiet umiera ze względu na komplikacje po zabiegach niebędących aborcjami zgodnymi z odpowiednimi wytycznymi. Aborcje legalne, przeprowadzane w krajach rozwiniętych mają ryzyko śmiertelności na poziomie mniej niż 1 na 100 000 zabiegów, natomiast światowa śmiertelność w związku z niebezpiecznymi aborcjami wynosi 367 na 100 000 niebezpiecznych aborcji [16]. Rocznie około 5 milionów kobiet hospitalizowanych jest w wyniku powikłań po przeprowadzonej niebezpiecznej aborcji, takich jak krwotok, posocznica lub inne. [17]. Według WHO powikłaniem, również śmiertelnym, można by zapobiec poprzez zapewnienie dostępu do bezpiecznej, legalnej aborcji wykonywanej w odpowiednich warunkach. Wskazuje się również na ogromne znaczenie rzetelnie prowadzonej edukacji seksualnej czy też dostępności antykoncepcji wraz z antykoncepcją awaryjną [12].

Ograniczenie dostępu do zabiegów bezpiecznej aborcji, z limitowaniem jej wyłącznie do dwóch określonych w ustawie przypadków, w sposób znaczący wpływa na rozwój podziemia aborcyjnego, czyli zabiegów aborcji wykonanych poza oficjalnym systemem opieki medycznej [18].

W 2016 roku Komitet Praw Człowieka Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) orzekł, że zakaz aborcji z powodu wad płodu może skutkować okrutnym, nieludzkim i poniżającym traktowaniem osób ciężarnych, a także skazywać je na poważny ból, emocjonalne problemy i cierpienie psychiczne [19]. Dla osób ciężarnych samo usłyszenie diagnozy o ciężkiej lub letalnej wadzie płodu jest ogromnym ciosem, zaś konieczność donoszenia takiej ciąży ze świadomością, że płód najprawdopodobniej obumrze bądź przeżyje jedynie kilka godzin lub dni, niesie wielkie ryzyko traumy psychicznej i powikłań zdrowotnych. Badania podkreślają, iż u kobiet, którym odmówiono aborcji, występuje większe ryzyko odczuwania: silnego stresu, lęku, mniejszej satysfakcji z życia i zaniżonej samooceny w porównaniu z kobietami, które ją otrzymały [20]. Oznacza to, że nieprzeprowadzenie aborcji w przypadku ciąży niechcianej ma gorszy wpływ na zdrowie psychiczne osoby ciężarnej niż jej wykonanie. Organizacje psychiatryczne wskazują ponadto, że czynnikami zwiększającymi ryzyko wystąpienia poporodowego zespołu stresu pourazowego (Post Natal PTSD) są nie tylko urodzenie dziecka z wadą lub niepełnosprawnością, ale również poczucie braku kontroli i sprawczości, strach o własne życie i zdrowie, rozczarowanie opieką zdrowotną, jak i brak poczucia godności [21], którą każdy Obywatel i każda Obywatelka ma zagwarantowaną art. 30. Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej: *„Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych”* [22].

W tym miejscu należy zaznaczyć, że według najnowszej wiedzy medycznej nie istnieje jednostka chorobowa taka jak “syndrom poaborcyjny” (brak jej chociażby w ICD-10 czy DSM-V), a przeprowadzenie aborcji nie zwiększa ryzyka rozwoju chorób psychicznych. Głównym czynnikiem ewentualnych problemów ze zdrowiem psychicznym jest stygmatyzacja społeczna, a nie sama aborcja. Co więcej, po 5 latach od zabiegu 99% kobiet uważa, że terminacja ciąży była dobrą decyzją, a jako dominującą emocję wskazuje poczucie ulgi [13, 23].

Dodatkowym ryzykiem, jakie dostrzegamy w obliczu ogłoszenia orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 roku, jest potencjalny spadek dostępu do badań oraz zabiegów prenatalnych, co może skutkować powiększeniem się „podziemia aborcyjnego”, zintensyfikowaniem wykluczającej osoby mniej zamożne „turystryki aborcyjnej”, jak i wzrostem powikłań dla zdrowia osób zdolnych do zajścia w ciążę. Przeprowadzenie badań i zabiegów prenatalnych zawsze wiąże się z pewnym ryzykiem uszkodzenia płodu,



co w świetle proponowanych zaostżeń prawa aborcyjnego może być postrzegane jako indukcja poronienia i w konsekwencji sprowadzić odpowiedzialność karną na przeprowadzający zabieg personel medyczny [23]. W takiej sytuacji oczywistym jest, że wielu specjalistów_ek może odstępować od wykonywania takich zabiegów w obawie przed niezasłużoną odpowiedzialnością karną.

Ostatnim, ale niemniej ważnym argumentem za liberalizacją przepisów dotyczących zabiegów aborcji jest pozytywny przykład krajów, które już tego dokonały. W Rumunii, podobnie jak w Republice Południowej Afryki, od czasu dekryminalizacji tego rodzaju procedur w znaczący sposób spadła śmiertelność związana z okresem ciąży i macierzyństwa [16, 24]. Z tego powodu w 2015 roku Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ) określiła swoje cele, m.in. ograniczenie śmiertelności związanej z ciążą i porodem, a także zapewnienie powszechnego dostępu do usług zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego jako część Sustainable Development Goals (Goal 3: Good Health and Well-Being). ONZ zwraca uwagę, że dostęp do bezpiecznej aborcji to jeden z elementów potrzebnych do zrealizowania tej misji [25, 26].

Dostęp do bezpiecznej i legalnej aborcji jest także uznawany za podstawowe prawo człowieka oraz istotny priorytet z zakresu zdrowia publicznego przez wielu liderów w dziedzinie zdrowia światowego, w tym Światową Organizację Zdrowia, Międzynarodową Federację Ginekologów i Położników oraz Amnesty International. Jak podaje definicja WHO: „Podstawą praw reprodukcyjnych jest uznanie podstawowego prawa wszystkich par i jednostek do decydowania swobodnie i odpowiedzialnie o liczbie, odstępach czasowych i momencie sprowadzenia na świat dzieci, prawa do informacji, dostępu do środków, które to zapewniają, a także prawa do utrzymania najwyższego standardu zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego. Te prawa implikują również prawo wszystkich do podejmowania decyzji dotyczących ich reprodukcji w sposób wolny od dyskryminacji, przymusu i przemocy.” [27]

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 roku w istotny sposób może przyczynić się do jeszcze większego udziału niebezpiecznych praktyk w przeprowadzaniu zdelegalizowanych zabiegów przerywania ciąży w nieodpowiednich warunkach. Karne prawo aborcyjne nie jest w stanie zmniejszyć potrzeby aborcji i tym samym zmniejszyć liczby zabiegów. Może jedynie uczynić ten zabieg mniej bezpiecznym i trudniej dostępnym dla osoby potrzebującej.

Bezpieczna aborcja domowa oraz aborcja za granicą staną się usługami dostępnymi dla osób, które mają dostęp do odpowiednich środków finansowych oraz źródeł wiedzy i elastyczną pracę. Istnienie podziemia aborcyjnego stwarza największe zagrożenie dla osób w ciąży mniej zamożnych, nieuprzywilejowanych, które nie mają dostępu do edukacji medycznej, informacji o metodach planowania rodziny oraz środków finansowych do bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu aborcji w sterylnych warunkach. Pogłębi to problem nierówności systemowych i klasowych oraz narazi osoby mniej zamożne na większe ryzyko powikłań, w tym śmierci. Warto też dodać, że poprawnie przeprowadzony zabieg aborcji, wykonany przez wykwalifikowanego_ą specjalistę_kę oraz zgodnie z zaleceniami WHO, jest jednym z najbezpieczniejszych zabiegów medycznych [12].

Opinie studentów_ek medycyny nt. aborcji

W kwietniu i maju 2021 r. przeprowadziliśmy_łyśmy ankietę dla kierunku lekarskiego nt. edukacji o aborcji w czasie studiów. Zgromadzonych zostało 318 odpowiedzi z 20 uczelni w Polsce, które prowadzą kierunek lekarski. Wedle wyników jedynie 49% studentów_ek kiedykolwiek na zajęciach w czasie trwania studiów otrzymało edukację nt. aborcji. 57% z tych osób określiło otrzymaną edukację jako opartą na wiedzy medycznej, a 25% określiło ją jako nienaukową. Uwagę budzi wysoki procent osób, które zaznaczyły opcję “może”, co nasuwa pytanie nt. świadomości studentów_ek medycyny, co jest faktem naukowym w przypadku



zajęć o aborcji. W przypadku studentów_ek V oraz VI roku 53% oznajmiło, że otrzymali_ły edukację na temat aborcji w trakcie trwania studiów. Spośród tych 53%, 34% studentów_ek otrzymało wiedzę na zajęciach z ginekologii i położnictwa, a 64% na zajęciach z etyki lekarskiej. Można wyciągnąć z tego wniosek, że na studiach lekarskich aborcja znacznie częściej traktowana jest jako problem etyczny niż zabieg medyczny.

Studenci_tki V i VI roku, oceniając na skali od 1 do 5 swoją pewność, by rozmawiać z pacjentami_kami nt. aborcji, gdyby zostali_ły o to zapytani_e, uzyskali_ły średnią 2.96. W przypadku studentów_ek, którzy otrzymali_ły edukację medyczną nt. aborcji i ocenili_ły ją jako zgodną z aktualną wiedzą medyczną, uzyskano wynik 3.48; w przypadku osób otrzymujących edukację nt. aborcji, ale oceniających ją za niezgodną z aktualną wiedzą medyczną - 3.08, natomiast w przypadku osób, które oznajmiły, że nie otrzymały żadnej edukacji medycznej nt. aborcji w czasie studiów na kierunku lekarskim - 2.67. W tym wypadku widać ogromną potrzebę edukacji medycznej nt. aborcji opartej na faktach naukowej, ponieważ pozytywnie wpływa na pewność siebie studentów_ek w kontakcie z pacjentami_kami chcącymi poruszyć temat aborcji. Aż 90% studentów_ek V i VI roku wyraziło, że chcieliby_ąłyby, by w czasie studiów pojawiała się więcej merytorycznych treści nt. aborcji oraz 85% studentów_ek kierunku lekarskiego ogółem. Studenci_tki wyrazili największą chęć nauki nt. komunikacji z pacjentem_ką (przekazywanie treści z szacunkiem, bez głoszenia personalnych opinii, z daniem możliwości świadomej zgody) oraz wpływu na zdrowie dostępu lub braku dostępu do bezpiecznej aborcji.

W kwestii opinii studentów_ek kierunku lekarskiego nt. legalności aborcji wyniki przedstawiają się następująco:

- Dopuszczalna bez względu na przyczynę do 24. tygodnia - 38.1%
- Dopuszczalna bez względu na przyczynę do 12. tygodnia - 30.8%
- Dopuszczalna ze względów ekonomicznych; w przypadku zagrożenia życia i zdrowia osoby ciężarnej; w przypadku ciąży powstałej z przestępstwa; w wyniku ciężkich wad płodu - 6.9%
- Dopuszczalna w przypadku zagrożenia życia i zdrowia osoby ciężarnej; w przypadku ciąży powstałej z przestępstwa; w wyniku ciężkich wad płodu - 14.8%
- Dopuszczalna w przypadku zagrożenia życia i zdrowia osoby ciężarnej; w przypadku ciąży powstałej z przestępstwa - 0.9%
- Dopuszczalna w przypadku zagrożenia życia i zdrowia osoby ciężarnej - 6%
- Niedopuszczalna w każdym przypadku - 2.5%

W przypadku studentów_ek odpowiadających się za liberalizacją (odpowiedzi 1-3) 95% wyraziło, że chcieliby_ąłyby, by w czasie studiów pojawiała się więcej merytorycznych treści nt. aborcji. W przypadku osób opowiadających się za stanem prawnym sprzed października 2020 było to 68%, a w przypadku osób wyrażających poparcie dla restrykcji prawa aborcyjnego (odpowiedzi 5-8) - 30%.

Studenci_tki odpowiadali_ły także na pytania związane z najczęstszymi mitami nt. aborcji. Do analizy zdecydowaliśmy_łyśmy się włączyć 4 pytania, które nie budziły zastrzeżeń interpretacyjnych. Średnia poprawnych odpowiedzi wśród osób, które zaznaczyły opcję liberalnego prawa aborcyjnego, wynosiła 75%; wśród osób, które zaznaczyły opcję prawa aborcyjnego sprzed października 2020 - 57.5%, natomiast wśród osób, które zaznaczyły restrykcyjne prawo aborcyjne - 37.5%.

Autorzy_ki:

Klaudia Szymuś, Klaudia Żak, Łukasz Moczala, Karolina Mikołaj, Janusz Świeczkowski-Feiz, Ewa Majcherek, Karolina Sabczewa, Anna Rewekant, Maciej Rutkowski



Bibliografia:

- [1] Olga Zakolska. Oficjalne dane o legalnej aborcji w Polsce: 1110 zabiegów przerwania ciąży w 2019 r. Puls Medycyny. 2020. [dostęp: 08.08.2021]
<https://pulsmedycyny.pl/oficjalne-dane-o-legalnej-aborcji-w-polsce-1110-zabiegow-przerwania-ciazy-w-2019-r-999603>
- [2] Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. 1993. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19930170078>
- [3] Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny. Terminacja ciąży w 2019 roku - Dostępność aborcji w Polsce według najnowszych danych. 2020. [dostęp: 08.08.2021] <https://federa.org.pl/terminacja-ciazy-2019/>
- [4] Centrum Badań Opinii Społecznej. Doświadczenia Aborcyjne Polek. BS/60/2013. 2013.
https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_060_13.PDF
- [5] European Parliament resolution of 14 November 2019 on the criminalisation of sexual education in Poland. 2019/2891(RSP).2019. [dostęp: 08.08.2021] https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2019-0058_EN.html
- [6] Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020r. Warszawa; 27 stycznia 2021. <https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2021000017501.pdf>
- [7] United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. Abortion Policies and Reproductive Health around the World. 2014. ISBN 978-92-1-151521-3
<https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/AbortionPoliciesReproductiveHealth.pdf>
- [8] Bearak et al. 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. 2020; 8: e1152–61. doi: /10.1016/ S2214-109X(20)30315-6
[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(20\)30315-6.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(20)30315-6.pdf)
- [9] Department of Reproductive Health and Research. World Health Organization. Preventing unsafe abortion. Evidence brief. 2019. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329887/WHO-RHR-19.21-eng.pdf?ua=1>
- [10] Tyrer LB. Health benefits of legal abortion: an analysis. Plan Parent Rev. 1985;5(2):24-7. PMID: 12340404
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12340404/>
- [11] Raymond EG, Grimes AD. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. Obstet Gynecol. 2012;119(2 Pt 1):215-9. PMID: 22270271. DOI: 10.1097/AOG.0b013e31823fe923.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22270271/>
- [12] World Health Organization. Abortion: Safety. 2020. [dostęp: 08.08.2021]
<https://www.who.int/news-room/q-a-detail/abortion-safety>
- [13] Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny. Fakty o aborcji. 2020. [dostęp: 08.08.2021]
https://federa.org.pl/aboreja_fakty/
- [14] Devi G, Glodowski M, Shin E. AMWA Position Statement on Abortion and Reproductive Rights. Journal of Women's Health. 2009; 18(3):299-300. DOI: 10.1089=jwh.2008.1306. <https://nybrain.org/wp-content/uploads/2019/01/AMWA-Abortion-and-Reproductive-Rights.pdf>
- [15] Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. The Lancet Global Health. 2014; 2(6):E323-E333. DOI: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X.
[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/fulltext)
- [16] Grimes AD, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE, Shah IH. Unsafe abortion: the preventable pandemic. The Lancet Sexual and Reproductive Health Series. 2006; 368 (9550). DOI:10.1016/S0140-6736(06)69481-6
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673606694816>
- [17] Haddad LB, Nour NM. Unsafe Abortion: Unnecessary Maternal Mortality. Rev Obstet Gynecol. 2009 Spring; 2(2): 122–126. PMID: 19609407.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2709326/>
- [18] Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny. Dostęp do Aborcji - Poradnik. 2021. [dostęp: 08.08.2021]
<https://federa.org.pl/aboreja-poradnik/>
- [19] United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. Mandates of the Working Group on the issue of discrimination against women in law and in practice; the Special Rapporteur on Torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health; Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities and the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences. <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WG/AmicusBrazil.pdf>
- [20] American Psychological Association. Abortion and Mental Health. 2008. [aktualizowana czerwiec 2018; dostęp: 08.08.2021]



<https://www.apa.org/pi/women/programs/abortion>

[21] PTSD UK. Birth Trauma and Post Natal PTSD. [dostęp: 08.08.2021]

<https://www.ptsduk.org/what-is-ptsd/causes-of-ptsd/post-natal-ptsd/>

[22] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. <https://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/kon1.htm>

[23] Rocca CH, Samari G, Foster DG, Gould H, Kimport K. Emotions and decision rightness over five years following an abortion: An examination of decision difficulty and abortion stigma. *Social Science & Medicine*. 2020; 248: 112704. DOI: 10.1016/j.socscimed.2019.112704

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953619306999?via%3Dihub>

[24] Ministerul Sănătății. Mortalitatea Maternă În România. 2016. <https://cnsisp.insp.gov.ro/wp-content/uploads/2018/03/BI-Mortalitatea-Materna-an-2016.pdf>

[25] Ipas. Women's Access to Safe Abortion in the 2030 Agenda for Sustainable Development: Advancing Maternal Health, Gender Equality, and Reproductive Rights. 2020. <https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2020/07/SDAFCTE15-2030AgendaforSustainableDevelopment.pdf>

[26] The 17 Goals | Sustainable Development Goals. United Nations Department of Economic and Social Affairs. [dostęp: 08.08.2021] <https://sdgs.un.org/goals/>

[27] UNFPA. Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September, 1994. 2004. ISBN: 0-89714-696-4 https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf