



Stanowisko oficjalne IFMSA-Poland nt. świadomego planowania rodziny

Przyjęte podczas Nadzwyczajnego Zgromadzenia Delegatów w Bydgoszczy 16 października 2021 r.

Wstęp

Planowanie rodziny, zgodnie z definicją WHO, to działania pozwalające jednostkom i parom przewidzieć i osiągnąć upragnioną liczbę dzieci w odpowiednim czasie, co jest możliwe do uzyskania dzięki korzystaniu z metod antykoncepcji oraz leczeniu niepłodności. Zdolność osób z macicami do planowania potomstwa, w tym zmniejszania liczby ciąż ma bezpośredni wpływ na ich zdrowie, a także poprawia rokowania co do przebiegu każdej ciąży. Co więcej, planowanie rodziny zawiera w swojej definicji leczenie niepłodności, z uwzględnieniem procedury takiej, jaką jest proces zapłodnienia pozaustrojowego (in vitro) czy też antykoncepcję awaryjną. W Polsce szacuje się, że procent niepłodnych par wynosi około 20, zaś dostęp do antykoncepcji jest jednym z najgorszych w krajach Unii Europejskiej (UE). Porównując również dostęp do antykoncepcji awaryjnej jesteśmy jednym z dwóch krajów Unii Europejskiej, w których tabletki „dzień po” sprzedawane są wyłącznie na receptę. Dodatkowo zagadnienia zakładane przez program kompleksowej edukacji seksualnej w zakresie świadomego planowania rodziny nie są w pełni i obiektywnie realizowane w ramach przedmiotu „Wychowanie do życia w rodzinie”, stąd ogromne braki wiedzy w tym zakresie. W konsekwencji, planowanie rodziny w naszym kraju jest na znacznie niższym poziomie niż w krajach Europy Zachodniej, na czym bezpośrednio cierpią mieszkańcy_uki naszego kraju.

Stanowisko IFMSA-Poland

My, członkowie_inie IFMSA-Poland, uważamy, że niezbędne jest wprowadzenie wszechstronnych działań umożliwiających mieszkańcom_nikom Polski świadome planowanie rodziny poprzez łatwiejszy dostęp do antykoncepcji, w tym antykoncepcji awaryjnej, oraz jej refundację, czy również zwiększenie liczby poradni ginekologiczno-położniczych działających w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Konieczne z naszej perspektywy jest wprowadzenie Kompleksowej Edukacji Seksualnej (CSE, *comprehensive sex education*), która umożliwiłaby uczniom_ennicom zdobycie niezbędnej wiedzy do prowadzenia bezpieczniejszego życia seksualnego oraz planowania rodziny. Z perspektywy przyszłych medyków_czek ma to ogromne znaczenie nie tylko w momencie planowania ciąży czy podczas jej trwania, ale również wpływa na zdrowie psychiczne osób w wieku reprodukcyjnym. Ponadto wszelkie wprowadzone działania przyczynią się do spadku niechcianych ciąż, nielegalnych aborcji czy również dzięki refundacji procedury in vitro - wzrostu liczby urodzeń.



My, IFMSA-Poland, wzywamy:

- 1) Władze państwowe Rzeczypospolitej Polskiej do:
 - a) zwiększenia liczby poradni położniczo-ginekologicznych w każdej gminie dostępnych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, oferujących diagnostykę niepłodności, badania prenatalne oraz podstawową opiekę ginekologiczno-położniczą;
 - b) wprowadzenia darmowej antykoncepcji;
 - c) legalizacji salpingotomii oraz wazektomii;
 - d) zniesienia obowiązku posiadania recepty w celu otrzymania antykoncepcji awaryjnej;
 - e) wprowadzenia ogólnopolskiego programu refundacji leczenia niepłodności metodą in vitro;
 - f) umożliwienia podejmowania korzystania z metody in vitro wszystkim osobom chcącym zająć w ciąży, nie tylko małżeństwom różnopłciowym;
 - g) zaprzestania promowania naprotechnologii jako jedynej metody leczenia niepłodności;
 - h) prowadzenia rzetelnych i kompleksowych statystyk na temat dostępności i jakości usług w zakresie planowania rodziny;
 - i) prowadzenia kampanii informacyjnych opartych na faktach medycznych na temat niepłodności, antykoncepcji, badań prenatalnych;
 - j) wprowadzenia do szkół kompleksowej edukacji seksualnej, podczas której poruszane będzie m.in. temat antykoncepcji, profilaktyki niepłodności oraz metod wspomaganego rozrodu;
 - k) ustanowienia programów wsparcia finansowego, instytucjonalnego oraz psychologicznego dla osób w ciąży nastoletniej;
 - l) wprowadzenia rozwiązań prawnych umożliwiających korzystanie z opieki ginekologicznej osobom między 16 a 18 rokiem życia bez konieczności wizyty w obecności rodzica lub opiekuna prawnego;
 - m) wprowadzenia rozwiązań prawnych umożliwiających podjęcie stosowania antykoncepcji hormonalnej, jeśli nie istnieją medyczne przeciwwskazania, osobom między 16 a 18 rokiem życia bez konieczności zgody rodzica lub opiekuna prawnego;
 - n) prawnego ujednoczenia klauzuli sumienia, precyzując, które świadczenia medyczne podlegają klauzuli sumienia, wskazując konkretne kroki w razie zastosowania klauzuli sumienia (takich jak konieczność wskazania innej placówki medycznej, która wykona świadczenie oraz odnotowania faktu w dokumentacji medycznej);
 - o) wprowadzenia skutecznych mechanizmów prawnych pociągających do odpowiedzialności lekarzy_ki nadużywających powoływanie się na klauzulę sumienia;
 - p) zaprzestania prób wprowadzenia zmian prawnych umożliwiających powoływanie się na klauzulę sumienia przez farmaceutów_ki, diagnostów_ki laboratoryjnych_e oraz pozostałe zawody medyczne.
- 2) Władze samorządowe do:
 - a) finansowania diagnostyki oraz metod leczenia osób niemogących zająć w ciąży, w tym refundację in vitro ze środków samorządowych;
 - b) zapewnienia opieki psychologicznej osobom dotkniętym problemem niepłodności;
 - c) wywierania wpływu na organizacje rządowe do wprowadzenia darmowej antykoncepcji;
 - d) rozwijania świadomości społecznej nt. epidemiologii i przyczyn niepłodności w Polsce i na świecie poprzez promocję materiałów edukacyjnych oraz kampanie społeczne;
 - e) publikacji statystyk dotyczących liczby osób z problemem niepłodności, stosowanego leczenia na danym obszarze oraz jego skuteczności;
 - f) wywierania wpływu na organizacje rządowe, aby ich działania legislacyjne i wypowiedzi publiczne w dziedzinie diagnostyki i leczenia niepłodności były zgodne z aktualną wiedzą naukową;



- g) współpracy w swoich działaniach z ośrodkami medycznymi i naukowymi zajmującymi się diagnostyką i leczeniem niepłodności;
 - h) prowadzenia działań mających na celu zapewnienie uczniom_ennicom dostępu do kompleksowej edukacji seksualnej zgodnej ze standardami WHO zapewniającej rzetelną wiedzę na tematy zarówno związane z seksualnością człowieka, jak i świadomego planowania rodziny.
- 3) Nauczycieli_ki, Związek Nauczycielstwa Polskiego i inne organizacje nauczycielskie, a także dyrektorów_ki placówek oświatowych i osoby mające wpływ na organizację pracy szkół do:
- a) wykorzystywania przestrzeni, jaką jest szkoła, do przekazywania uczniom_ennicom informacji popartych badaniami i zgodnych z najnowszą wiedzą, dotyczących możliwości świadomego planowania rodziny;
 - b) prowadzenia zajęć z wychowania do życia w rodzinie według zasad kompleksowej edukacji seksualnej (CSE) zgodnej ze standardami WHO, zapewniającej rzetelną wiedzę na tematy zarówno związane z seksualnością człowieka, jak i świadomym planowaniem rodziny;
 - c) przekazywania wiedzy dotyczącej diagnostyki, profilaktyki i leczenia niepłodności;
 - d) kształtowania pozytywnych postaw względem antykoncepcji i przekazywania rzetelnej wiedzy dotyczącej jej stosowania;
 - e) edukowania i prowadzenia zajęć dotyczących praw pacjenta;
 - f) udzielania wsparcia osobom młodym, które zajądą w ciążę, tak by nie czuły się wykluczone i stygmatyzowane oraz mogły z powodzeniem ukończyć edukację.
- 4) Pracowników_czki Ochrony Zdrowia do:
- a) regularnego poszerzania swojej wiedzy oraz podnoszenia kompetencji zawodowych z zakresu leczenia i diagnostyki niepłodności, metod planowania rodziny zgodnie z literaturą medyczną opartą na faktach oraz komunikacji z pacjentem_ką w tym zakresie;
 - b) edukowania i udzielania pomocy medycznej pacjentom_kom zmagającym się z niepłodnością i bezpłodnością;
 - c) udzielania rzetelnych informacji opartych na wiedzy naukowej i pomocy medycznej w zakresie planowania rodziny, szczególnie przy doborze metod antykoncepcji;
 - d) umożliwienia pacjentom_kom wyboru metody antykoncepcji zgodnie z jego_j wola na podstawie rzetelnych, obiektywnych informacji od lekarza_ki na temat różnych dostępnych metod;
 - e) pomocy przy realizacji świadczeń medycznych związanych z planowaniem rodziny, szczególnie badań prenatalnych oraz wystawiania recept na środki antykoncepcji (w tym antykoncepcji awaryjnej), zaprzestania nadużywania klauzuli sumienia, m.in. poprzez wykorzystywanie jej w kontekście przepisywania recept na antykoncepcję hormonalną;
 - f) zapewnienia w gabinecie lekarskim bezpiecznej przestrzeni, godności i intymności pacjentów_ek, ze szczególnym uwzględnieniem młodych osób;
 - g) zapoznania się z lokalnymi programami refundacji oraz wsparcia finansowego dla pacjentów_ek oraz ich wdrażania w możliwych przypadkach klinicznych;
 - h) współpracy z instytutami i ośrodkami naukowymi zajmującymi się badaniami nad szeroko pojętym planowaniem rodziny;
 - i) włączania się do edukacyjnych akcji społecznych mających na celu zwalczanie stygmatyzacji oraz wykluczania osób zmagających się z zaburzeniami płodności.



- 5) Członków_inie IFMSA-Poland oraz studentów_ki kierunków medycznych do:
- stałego poszerzania swojej wiedzy w zakresie świadomego planowania rodziny w oparciu o rzetelne źródła naukowe i wykorzystywania jej w celu podnoszenia świadomości społeczeństwa i walki z powszechnie panującymi błędnymi przekonaniami;
 - realizacji i aktywnego włączania się w akcje edukacyjne mające na celu zwiększenie świadomości społeczeństwa na omawiany temat;
 - aktywnego zachęcania osób z najbliższego otoczenia, w tym innych członków_in IFMSA-Poland, do doskonalenia wiedzy na temat świadomego planowania rodziny.
- 6) media publiczne i prywatne do:
- przekazywania rzetelnych informacji dotyczących płodności oraz antykoncepcji opartych na dowodach naukowych;
 - weryfikowania informacji na temat świadomego planowania rodziny, z naciskiem na antykoncepcję i in vitro, podanych do publicznej wiadomości przez polityków;
 - niestygmatyzowania osób z niepłodnością;
 - używania języka inkluzywnego w treściach dotyczących osób dotkniętych niepłodnością lub bezpłodnością.
- 7) organizacje pozarządowe do:
- rozwijania świadomości społecznej nt. epidemiologii i przyczyn niepłodności w Polsce i na świecie poprzez promocję materiałów edukacyjnych oraz kampanie społeczne;
 - przygotowywania rzetelnych materiałów edukacyjnych dla osób dotkniętych problemem niepłodności, zawierających aktualne dane naukowe związane z niepłodnością oraz praktycznymi wskazówkami na temat jej diagnostyki i leczenia;
 - przewodzenia badań oraz publikacji ich wyników w zakresie przyczyn, diagnostyki i metod leczenia niepłodności oraz ich skuteczności zgodnie z zasadami Evidence Based Medicine;
 - podjmowania działań w zakresie wsparcia materialnego i psychologicznego dla osób dotkniętych problemem niepłodności;
 - wywierania wpływu na organizacje rządowe, aby ich działania legislacyjne i wypowiedzi publiczne w dziedzinie diagnostyki i leczenia niepłodności były zgodne z aktualną wiedzą naukową;
 - promowania finansowania z budżetu państwa metod diagnostyki i leczenia niepłodności opartych na dowodach naukowych;
 - współpracy w swoich działaniach z ośrodkami medycznymi i naukowymi zajmującymi się diagnostyką i leczeniem niepłodności;
 - zwiększania świadomości społecznej na temat antykoncepcji.
- 8) władze rektorskie, dziekańskie, pracowników_czki uczelni wyższych z kierunkami medycznymi do:
- edukowania studentów_ek na tematy związane z planowaniem rodziny zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną, niezależnie od własnych poglądów politycznych czy religii;
 - przewodzenia badań oraz publikacji ich wyników w zakresie przyczyn, diagnostyki i metod leczenia niepłodności oraz ich skuteczności zgodnie z zasadami Evidence Based Medicine;
 - współpracy z ośrodkami medycznymi i organizacjami pozarządowymi zajmującymi się tematyką planowania rodziny w celu prowadzenia badań oraz rozpowszechniania ich wyników poprzez publikację prac naukowych, wykłady oraz inne działalności;
 - przewodzenia i włączania się do edukacyjnych akcji społecznych mających na celu zwalczanie stygmatyzacji oraz wykluczenia osób zmagających się z zaburzeniami płodności;
 - przewodzenia zajęć dotyczących praw pacjenta.



Tło problemu

Wstęp

Planowanie rodziny, zgodnie z definicją WHO, to działania pozwalające jednostkom i parom przewidzieć i osiągnąć upragnioną liczbę dzieci w odpowiednim czasie. Jest to możliwe do osiągnięcia dzięki korzystaniu z metod antykoncepcji oraz leczeniu niepłodności. Planowanie rodziny przez osoby z macicami wpływa pozytywnie nie tylko na przebieg ciąży, ale również na ich zdrowie w sensie fizycznym i psychicznym. Ponadto, dzięki odpowiedniemu rozłożeniu ciąży w czasie, pozwoliłoby to uniknąć około $\frac{1}{3}$ śmierci spowodowanych ciążą oraz 44% śmierci noworodków. Co więcej, zdolność do zadecydowania o posiadaniu potomstwa oraz jego liczbie została uznana jako prawo człowieka, stąd tak istotna jest edukacja oraz prawidłowa komunikacja w kwestiach planowania rodziny.

Planowanie rodziny, zgodnie z definicją, obejmuje antykoncepcję oraz leczenie niepłodności. Jednak, jak przedstawiono już w 1994 roku przez Organizację Narodów Zjednoczonych, nie zawiera aborcji jako metody planowania rodziny, mimo że prewencja niebezpiecznej aborcji jest jednym z priorytetów zdrowia publicznego.

Niepłodność

Niepłodność definiowana jest przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization – WHO) jako niemożność zajścia w ciążę po roku regularnego współżycia (2-4 razy w tygodniu) bez stosowania metod antykoncepcyjnych. Wyróżnia się jej dwa rodzaje: sterilitas, czyli niemożność zajścia w ciążę oraz infertilitas – jako niemożność donoszenia ciąży. Niepłodność uznawana jest za chorobę społeczną, a na świecie może być dotkniętych problemem około 60-80 milionów par. Natomiast termin bezpłodność oznacza trwałą niezdolność do poczęcia potomstwa oraz w przeciwieństwie do niepłodności jest stanem nieodwracalnym [2].

W Polsce skala problemu niepłodności nie jest do końca znana z uwagi na brak aktualnych i kompletnych danych statystycznych. Według Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczy około 20% społeczeństwa w Polsce, czyli około 1,5 miliona par. Prognozy Głównego Urzędu Statystycznego sugerują, iż pod koniec 2050 r. populacja Polski osiągnie 34 mln osób, co w porównaniu do 2013 r. będzie oznaczało zmniejszenie liczby ludności o 4,55 mln, zatem aż o 12% [3]. Liczba urodzeń jest kluczowym czynnikiem wpływającym na liczbę i strukturę ludności. Aby był zapewniony stabilny rozwój demograficzny kraju, to w danym roku na 100 kobiet w wieku 15-49 lat powinno przypadać co najmniej 210-215 urodzonych dzieci, obecnie liczba ta wynosi 143. Ponadto jako miernik płodności wykorzystywany jest współczynnik dzietności. Jeżeli jego wartość znajduje się w przedziale 2,10-2,15 – występuje wówczas zjawisko zastępowalności pokoleń, które oznacza, że każda osoba w wieku rozrodczym rodzi średnio więcej niż dwójkę dzieci. W 2021 roku w Polsce współczynnik ten jest równy około 1,3, co oznacza, że na 1000 kobiet przypada około 1300 dzieci. Od końca lat 50. dzietność w Polsce zmniejszała się, aż do lat 70., kiedy nastąpił wzrost liczby urodzeń [4]. Było to spowodowane wejściem w okres prokreacji roczników kobiet z wyżu lat 50. Wzrost dzietności utrzymywał się do 1983 r., jednak później obserwowano spadek liczby i natężenia urodzeń. W latach 90. tempo spadku dzietności gwałtownie wzrosło. W 2003 r. współczynnik dzietności wynosił tylko 1,22. Od 2004 do 2009 r. obserwowano wzrost współczynnika i liczby urodzeń, jednak był chwilowy, bowiem od 2010 r. ponownie liczba urodzeń zmniejszała się. Od 2016 do 2017 r. występowała tendencja wzrostowa, jednak dotyczyło to głównie urodzeń dzieci urodzonych jako kolejne w rodzinie. Mimo to współczynnik dzietności w 2017 r. wynosił 1,45 (czyli na 100 kobiet w wieku rozrodczym przypadało 145 dzieci), a zatem współczynnik ten nie gwarantował zastępowalności pokoleń. Skutkiem tych zmian jest przesunięcie najwyższej płodności kobiet z grupy wieku 20-24 do grupy 30-34 lata. Wzrósł także średni wiek urodzenia pierwszego dziecka,



który obecnie wynosi 28 lat. Ponadto nastąpiła zmiana poziomu wykształcenia matek, w 2017 r. 52% kobiet rodzących dziecko miało wykształcenie wyższe, prawie dziesięciokrotnie wyższe niż to było w latach 90., kiedy wskaźnik ten był na poziomie 6%. Natomiast wyższe wykształcenie zazwyczaj koreluje ze zmniejszoną dzietnością, która wynika z większej świadomości w społeczeństwie czy z większymi możliwościami na rynku pracy [5]. Porównując do innych państw Unii Europejskiej Polska ma jedną z najniższych wartości współczynnika dzietności, niższy współczynnik jest w Hiszpanii, gdzie wynosi on 1,2. Najwyższy współczynnik jest obecnie we Francji, gdzie wynosi 2,01, natomiast średnio w UE jest na poziomie 1,6 [5].

Diagnostyka niepłodności męskiej i żeńskiej

Przyczyny niepłodności można podzielić na przyczyny związane z czynnikiem męskim, czynnikiem żeńskim oraz na niepłodność o niewyjaśnionej etiologii. Zgodnie z danymi WHO, na 8500 niepłodnych par, czynnik żeński odpowiadał za około 37% przypadków niepłodności, męski zaś za około 8% przypadków. U 35% przypadków zdiagnozowano niepłodność mieszaną, czyli zarówno nieprawidłowości u mężczyzny, jak i u kobiety. U pozostałych par zdiagnozowano niepłodność o niewyjaśnionej etiologii lub wystąpiła ciąża w trakcie badania [6].

Męska niepłodność związana jest najczęściej z nieprawidłowościami w zakresie ilości lub jakości nasienia takie jak oligozoospermia (zmniejszenie liczby plemników w ejakulacie), asthenozoospermia (zmniejszenie ruchliwości plemników w nasieniu) czy teratozoospermia (zwiększona liczba plemników o nieprawidłowej budowie morfologicznej). Często nieprawidłowości te mogą występować jednocześnie jako oligoasthenoteratozoospermia (zespół OAT). Innymi, rzadszymi przyczynami niepłodności męskiej, mogą być zaburzenia hormonalne, infekcje czy zaburzenia genetyczne [7,8].

Głównymi czynnikami spośród przyczyn niepłodności żeńskiej będą: przedwczesna niewydolność jajników (POI), zespół policystycznych jajników (PCOS), endometrioza, włókniaki macicy czy polipy endometrialne [8]. Warto zauważyć, że występowanie niepłodności z przyczyn takich jak PCOS czy endometrioza może wiązać się z mniejszą możliwością zajścia w ciążę przy użyciu technik wspomaganego rozrodu [9]. Z innych przyczyn niepłodności można wymienić: mięśniaki macicy (występują u 25% kobiet leczących się z powodu niepłodności, ale tylko u 1–3% z nich są jedyną przyczyną zaburzeń rozrodu), przegroda macicy (występuje u około 3% kobiet z niepłodnością) czy zrosty wewnątrzmaciczne (ich wyleczenie prowadzi do uzyskania ciąży w 30–60% przypadków).

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRiE) oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGiP) diagnostykę niepłodności rozpoczynać powinno się u kobiet regularnie współżyjących (2-3 razy w tygodniu) bez zabezpieczenia do 35. roku życia nieobciążonych wywiadem po 12 miesiącach bezowocnych starań o dziecko, u kobiet po 35. roku życia po 6 miesiącach takich starań, u kobiet po 40. roku życia niezwłocznie po zadeklarowaniu planów prokreacyjnych oraz u każdej płci tak wcześnie jak to konieczne w przypadku wystąpienia nieprawidłowości w badaniu przedmiotowym, które wskazywałyby na konieczność takiego postępowania [10].

Diagnostyka w kierunku ustalenia przyczyn niepłodności powinna być przeprowadzana jednocześnie u obojga osób partnerskich. W Polsce Program Polityki Zdrowotnej na lata 2016-2020 wskazywał, że błędem jest praktyka rozpoczynania diagnostyki u mężczyzn dopiero po wykluczeniu problemu niepłodności u kobiety [11].

Diagnostykę niepłodności należy zawsze rozpoczynać od zebrania wywiadu i przeprowadzenia badania fizykalnego. U osób niemiesiączkujących lub miesiączkujących nieregularnie wskazane są badania hormonalne. U pacjentów_ek bez obciążeń w badaniu podmiotowym, przedmiotowym lub w badaniach



dotychczas stosuje się badania obrazowe (ultrasonografia, histerosalpingografia). Celem przeprowadzanych badań jest ocena czynności jajników (występowania cykli owulacyjnych) oraz anatomii żeńskiego układu rozrodczego (drożność jajowodów, patologie jamy macicy) [10,12]. W ocenie płodności męskiej stosuje się głównie badania seminologiczne, w którym ocenia się parametry nasienia takie jak liczebność, żywotność, ruchliwość i morfologię plemników, pH nasienia i objętość ejakulatu. Badania endokrynologiczne oraz badanie USG jąder rekomendowane są po stwierdzeniu nieprawidłowości w badaniu podmiotowym, przedmiotowym lub badaniu nasienia [10].

Jeśli rutynowe badania nie wykażą nieprawidłowości i nie można postawić żadnej prawdopodobnej przyczyny niepłodności, stawiana jest diagnoza niepłodności idiopatycznej, która może dotyczyć nawet 15-30% par poddanych diagnostyce [13].

Diagnostyka możliwych przyczyn niepłodności w Polsce jest mocno ograniczona przez niewystarczający dostęp do poradni ginekologiczno-położniczych czy też znikoma liczba poradni andrologicznych. Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia na koniec 2016 r. wynika, że w wielu gminach wiejskich w ogóle nie ma tego typu poradni [14]. Średni czas oczekiwania na wizytę u ginekologa_żki w ramach NFZ w Polsce wynosi 18 dni, w ramach wizyty prywatnej są to 3 dni, w 1/4 placówek czeka się miesiąc i dłużej, w skrajnych przypadkach czas oczekiwania przekracza 7 miesięcy. Czas oczekiwania na wizytę u ginekologa_żki jest zdecydowanie wydłużony w Polsce wschodniej [15].

Istotnym problemem w Polsce jest realizowanie standardów diagnostyki i leczenia niepłodności w praktyce. Na liście realizatorów „Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego” w Polsce na lata 2016-2020 znalazło się jedynie 16 ośrodków w całej Polsce. Większość ośrodków znajduje się w miastach wojewódzkich, natomiast w województwach lubuskim, kujawsko-pomorskim, warmińsko-mazurskim i lubelskim nie znalazł się żaden ośrodek realizujący diagnostykę i leczenie niepłodności w ramach budżetu przewidzianego na realizację Programu [11].

Zastrzeżenia co do realizacji programu ma również wiele organizacji pozarządowych zajmujących się zdrowiem reprodukcyjnym. Wskazują one m.in. na blokowanie dostępu do leczenia niepłodności osobom bez partnera oraz parom jedнопłciowym czy na to, że w sprawozdaniu z wykonania programu nie przytoczono żadnych danych wskazujących na skuteczność podejmowanych w ramach programu działań. Istotne jest również nieobjęcie programem finansowania leczenia metodą in vitro pomimo udowodnionej skuteczności tej metody [16].

Niepokój budzi fakt, że poprawa zdrowia prokreacyjnego nie pojawiła się w celach operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 pomimo ciągle rosnącego zapotrzebowania społecznego i przy nieustannie malejącym przyroście naturalnym. Za znaczyć warto, że była obecna w celach Programu na lata 2016-2020 [17,18].

Naprotechnologia

Naprotechnologia jest skrótem od Natural Procreative Technology, a termin został wprowadzony w 1991 r. przez Thomasa W. Hilgersa. Wykorzystuje metody naturalnej oceny płodności, opartej na fizjologii cyklu miesięcznego i przeznaczona jest dla osób dotkniętych niepłodnością. Zgodnie z jej założeniami na początku konieczne jest ustalenie przyczyny niepłodności, a następnie możliwe jest zastosowanie leczenia przyczynowego, zachowawczego lub operacyjnego [19]. Wstępna diagnoza opiera się o model Creightona i polega przede wszystkim na obserwacji śluzu szyjkowego, co stwarza możliwość zdiagnozowania przyczyny niepłodności po kilku miesiącach obserwacji. Para starająca się o dziecko wypełnia karty, w których powinna uwzględniać ilość oraz konsystencję śluzu, owulację, długość cyklu oraz plamienia występujące pomiędzy



miesiączkami. Natomiast dalsze postępowanie ukierunkowane jest na poznanie, skorygowanie nieprawidłowości i wdrożenie odpowiedniego leczenia w zależności od przyczyny powodującej niepłodność. Po postawieniu diagnozy często postępowaniem z wyboru jest zalecenie zmiany stylu życia, wprowadzenie aktywności fizycznej czy zrezygnowanie z picia alkoholu. Należy podkreślić, iż diagnostyka nie różni się od powszechnie stosowanych metod, natomiast leczenie jest farmakologiczne lub zabiegowe [20]. Z przyczyn ideologicznych naprotechnologia uniemożliwia stosowanie technik wspomaganego rozrodu tj. inseminacji czy zapłodnienia pozaustrojowego, przez co nie pozwala pomóc osobom m.in. z niewydolnością jajników, zaawansowaną endometriozą oraz w męskim czynniku niepłodności [19]. W medycznych bazach naukowych obecne są jedynie dwie oryginalne publikacje na temat naprotechnologii, gdzie zastosowano prawidłową metodologię i analizę. Nie wykazano w nich skuteczności naprotechnologii [21,22]. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) wydała negatywną opinię w związku z brakiem wiarygodnych badań klinicznych nad skutecznością metody. Ponadto termin naprotechnologia nie jest opisywany w rekomendacjach europejskich i światowych towarzystw naukowych [20,23].

Warto podkreślić, iż leczenie niepłodności tą metodą może okazać się bardzo kosztowne. Początkowym etapem są szkolenia, których koszty zamykają się w granicach 800-1200 zł. Następnie rozpoczyna się etap diagnostyczno-leczniczy składający się z wizyt lekarskich, których liczba różni się, a cena jednej wizyty wynosi w zależności od ośrodka 150-300 zł [24,25]. Podstawowa diagnostyka obejmuje 8 badań hormonalnych [20,21], których koszty szacowane są na około 200 zł. W kolejnych cyklach przeprowadzane są 2 badania hormonalne [22,23], za które para płaci około 100 zł. W celu monitorowania owulacji wykonuje się badania USG, koszt jednego z nich wynosi od 80 do 200 zł. Należy zwrócić uwagę, że wydatkowanie może wzrosnąć ponad wymienione powyżej nawet o 1500-2000 zł z uwagi na wykonywanie odpowiednich badań w zależności od stwierdzonej przyczyny niepłodności.

Leczenie szpitalne częściowo jest refundowane przez NFZ, jednak nie pokrywa całego kosztu leczenia, ponadto w przypadku operacji chirurgicznych, profilaktyki przeciwrostowej i chirurgii laserowej pojawiają się dodatkowe koszty. Podsumowując, naprotechnologia opiera się głównie na diagnozowaniu i obecnie brak danych wskazujących na jej skuteczność. Publikacje mówiące o wysokiej skuteczności naprotechnologii znacząco zawyżają skuteczność tej metody i nie mają poparcia w Evidence Based Medicine. Może to dawać błędne przekonanie o wiarygodności i skuteczności, szczególnie osobom niezwiązanym z naukami medycznymi. Warto podkreślić, iż PTMRIe oraz PTGP nie rekomendują tej metody jako standardowego leczenia niepłodności [24].

In vitro

Zapłodnienie pozaustrojowe (tzw. in vitro) jest zabiegiem polegającym na zapłodnieniu komórki jajowej poza organizmem osoby starającej się o zajście w ciążę i umieszczenie zarodka w jamie macicy [26]. Umożliwia posiadanie dziecka parom, które zmagają się z niepłodnością, w przypadku, gdy inne metody takie jak zmiana stylu życia, leczenie farmakologiczne czy inseminacja nie przyniosły oczekiwanego rezultatu. Dla wielu osób jest to jedyna szansa na zajście w ciążę. Zabieg składa się z kilku etapów: stymulacji jajczkowania, pobrania komórek jajowych, laboratoryjnego zapłodnienia ich poza organizmem oraz transferu prawidłowo rozwijającego się zarodka lub zarodków do jamy macicy. O skuteczności zabiegu w pierwszej kolejności świadczy pozytywny test beta hCG, a następnie USG [27].

W Polsce metody wspomaganego rozrodu, w tym metodę in vitro, reguluje ustawa o leczeniu niepłodności obowiązująca od 1 listopada 2015 r. Ustawa przewiduje możliwość wykonania tego zabiegu u osób zmagających się z problemami z płodnością. Standardowo zalecane jest pobranie 6 komórek jajowych (jednakże lekarz_ka może podjąć decyzję o zwiększeniu tej liczby). W przypadku dawstwa i biorstwa komórek



jajowych i plemników możliwa jest tylko procedura anonimowa, co wyklucza dawstwo ze wskazaniem czy wewnątrzrodzinne. Według ustawy z zabiegu in vitro skorzystać może para (kobieta i mężczyzna) będąca w związku małżeńskim lub wspólnym pożyciu. Gdy para korzysta z anonimowego biorstwa partner musi złożyć przed kierownikiem Urzędu Stanu Cywilnego oświadczenie o tym, że będzie ojcem dziecka urodzonego w wyniku leczenia [28]. Zapisy te dyskryminują osoby żyjące w związkach innych niż różnopłciowe oraz osoby samotne pragnące posiadać potomstwo. Porównanie programów in vitro w 43 krajach Europy wykazało, że w 11 krajach z procedury mogą skorzystać tylko różnopłciowe pary, natomiast aż w 30 krajach do zabiegu są dopuszczone samotne osoby z macicami [29,30].

Od roku 2016 in vitro w Polsce nie jest już refundowane z budżetu państwa. W latach 2013-2016 pary po odpowiedniej diagnozie mogły skorzystać z trzech prób metod wspomaganego rozrodu w ramach programu „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013-2016”. W wyniku realizacji programu urodziło się 5120 żywych noworodków [31]. Bez pomocy finansowej ze strony państwa średni koszt tej metody szacuje się na kwotę 5500-7000 zł [32]. Jest to koszt samej procedury pobrania komórki jajowej, zapłodnienia i umieszczenia w macicy. Całkowity koszt leczenia zależy od specyfiki zabiegu (typu in vitro, niezbędnych leków), skuteczności (statystycznie im młodszy wiek potencjalnych rodziców tym liczba niezbędnych prób jest mniejsza) oraz badań dodatkowych (np. badań hormonalnych, genetycznych, jakości nasienia, drożności jajowodów itd.). Osoby chcące skorzystać z tej metody mogą starać się o dofinansowania jedynie od organów samorządowych. Programy tego typu działają na terenach niektórych polskich miast [33] jak np. Warszawy [34] czy Poznania [35]. Niestety, w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021–2025 zostały pominięte zapisy o zdrowiu prokreacyjnym [17,18]. Może to utrudnić kontynuowanie programów wsparcia finansowego i leczenia niepłodności zgodnie z najnowszymi wytycznymi.

Ministerstwo Zdrowia nie gromadzi obecnie danych na temat zabiegów zakończonych ciążą. W Polsce skuteczność szacuje się na ok. 35%. W roku 2020 w Polsce wykorzystano 32 878 zarodków podczas in vitro. Tylko w Warszawie dzięki wsparciu w ramach programu finansowania zapłodnienia pozaustrojowego urodziło się 950 dzieci i skorzystało z niego 1,6 tys. par [36].

Mieszkańcy i mieszkanki naszego kraju są coraz bardziej świadomi_e skuteczności in vitro oraz rosnącej potrzeby metod wspomaganego rozrodu. Według CBOS 77% Polaków_ek akceptuje stosowanie zapłodnienia in vitro w przypadku małżeństw niemogących mieć dzieci. Ponad połowa (53%) uważa, że możliwość skorzystania z zapłodnienia pozaustrojowego powinni mieć także kobieta i mężczyzna żyjący w stałym związku, ale niebędący małżeństwem. Najwięcej wątpliwości budzi stosowanie metody zapłodnienia in vitro przez kobiety niemające męża ani stałego partnera [37] lub będące w związku jedнопłciowym. Badanie pochodzi z roku 2009, niestety nie ma aktualnych danych dotyczących opinii publicznej na temat tego zabiegu. Niestety, w niektórych środowiskach nadal pokutuje bardzo negatywne zdanie o in vitro, szczególnie wśród członków społeczności katolickiej, w których hierarchowie kościoła nie dopuszczają tej metody [38] z powodu „oddzielenia prokreacji od aktu małżeńskiego” i zamrażania nadliczbowych embrionów. Stanowi to realny problem, ze względu na to, iż kościół katolicki kształtuje światopoglądy znacznej części społeczeństwa polskiego – ze spisu powszechnego z roku 2011 wynika, że 86,7% ludności zaliczała się właśnie do tego wyznania [39]. Na stygmatyzację osób korzystających z in vitro wpływa też fakt braku rzetelnej, ogólnodostępnej edukacji seksualnej i powszechnej wiedzy o metodach wspomaganego rozrodu.

Antykoncepcja

Antykoncepcja jest to zbiór naturalnych i sztucznych metod, które mają na celu zapobieganie ciąży. Wśród metod naturalnych możemy wyróżnić między innymi metodę kalendarzową Ogino-Knausa, która szacuje dni płodne. Metoda termiczna natomiast polega na pomiarach i obserwacji codziennych wahań temperatury ciała



bezpośrednio po przebudzeniu (po owulacji temperatura wzrasta średnio o 0,3-0,5 stopnia Celsjusza). Kolejną metodą jest obserwacja śluzu Billingsów – ocenia ona ilość, połysk, ciągliwość, lepkość i przezroczystość śluzu. Na podstawie tych cech można określić czas owulacji – śluz występuje wtedy w dużych ilościach, jest przejrzysty, a także ciągliwy. Metoda objawowo-termiczna to połączenie metody termicznej oraz metody obserwacji śluzu Billingsów. Istnieją także metody testów owulacyjnych, które opierają się na uzgodnieniu dni płodnych oraz niepłodnych poprzez ocenę stężenia hormonu luteinizującego, progesteronu czy specyfikacji śluzu. Są szeroko dostępne w aptekach. Dla porównania skuteczności antykoncepcji używamy wskaźnika Pearl, który mówi o ilości ciąży w ciągu roku na 100 badanych osób z macicami używających danej metody antykoncepcji. Wskaźnik Pearl dla metod naturalnych jest dość rozbieżny, wynosi ok. 6-25, co wskazuje na to, że ich skuteczność jest niska, dlatego też nie zaleca się ich jako metody antykoncepcji [40,41,42].

Wśród sztucznych metod antykoncepcji wyróżniamy między innymi antykoncepcję mechaniczną, która uniemożliwia przedostawanie się plemników do macicy, jest to np. prezerwatywa męska, kobieca (femidom), błona dopochwowa i kapturek naszyjkowy zakładany bezpośrednio na szyjkę macicy. Prezerwatywa, która dodatkowo chroni przed zakażeniem HIV i infekcjami przenoszonymi drogą płciową, wybierana jest przez 24% badanych [43]. Wskaźnik Pearl dla prezerwatyw wynosi 5-21.

Antykoncepcja chemiczna występuje w postaci tabletek, globulek, pianek oraz żeli dopochwowych. Ich głównym składnikiem są substancje, które działają plemnikobójczo i zmieniają cechy śluzu szyjkowego. Ich wskaźnik Pearl wynosi: 1-30 i z tego powodu nie powinny być stosowane jako jedyna metoda antykoncepcji. Wkładka wewnątrzmaciczna (IUD) zakładana jest do jamy macicy. Wyróżniamy dwa rodzaje: hormonalną, a także niehormonalną, która uwalnia jony metali – miedzi i srebra. Jony miedzi działają plemnikobójczo, zmniejszają ruchliwość plemników oraz oddziałują cytotoksycznie na ciało żółte. Wkładka zapewnia zmianę śluzu szyjkowego (zwiększa gęstość, co utrudnia penetrację plemników) i endometrium (osłabia jego zdolności proliferacyjne i skutkuje niepełnym rozwojem fazy wydzielniczej), które zapobiegają zagnieżdżeniu zarodka. Zamyka ona mechanicznie ujścia maciczne jajowodów. Wskaźnik Pearl wynosi: 0,6-0,8 [44].

Antykoncepcja hormonalna supresyjnie oddziałuje na GnRH, hamuje wydzielanie LH i FSH, co uniemożliwia dojrzewanie pęcherzyków jajnikowych oraz zmniejsza wrażliwość jajników na te hormony. Antykoncepcję hormonalną dzieli się na jednoskładnikową i dwuskładnikową, w zależności od zawartości hormonów. Ta metoda powoduje także zahamowanie owulacji i zagęszczenie śluzu, co utrudnia plemnikom przedostanie się do jamy macicy. Antykoncepcja hormonalna występuje w postaci doustnej tabletki, plastrów, dopochwowych pierścieni i wstrzyknięć domięśniowych lub podskórnych, a także wyżej wspomnianych wkładek wewnątrzmacicznych. Wskaźnik Pearl osiąga wartości najniższe sięgające aż do 0,1-1 [41]. U osób stosujących antykoncepcję doustną mogą pojawić się działania niepożądane, wśród których najczęściej pojawiają się: zwiększone ryzyko wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych, choroba zakrzepowo-zatorowa, plamienia i krwawienia w trakcie cyklu czy zaburzenia profilu lipidowego i gospodarki węglowodanowej. Podczas stosowania antykoncepcji hormonalnej ważne jest wykonywanie badań kontrolnych, m.in. morfologia krwi, parametry jej krzepliwości, poziom glukozy, lipidogram i próby wątrobowe [45].

Podwiązanie nasieniowodów (wazektomia) powoduje, że w jądrach dalej produkowane są plemniki, ale nie trafiają one do nasienia. Oznacza to, że osoby mogą dalej mieć wytrysk, ale ejakulat pozbawiony będzie plemników i tym samym nie ma zdolności do zapłodnienia [46]. Podwiązanie jajowodów (salpingektomia) polega na obustronnym zablokowaniu jajowodów, co nie dopuszcza do przedostania się oocytu do bańki jajowodu i macicy, a także zapobiega przedostawaniu się plemników przez jajowód tym samym nie pozwalając na zapłodnienie. Zabieg nie wpływa na przebieg cyklu miesięczkowego [47].



Oba zabiegi uważa się obecnie za odwracalne, choć skuteczność zabiegu odwracania zależy od czasu, który upłynął od zabiegu sterylizacji, wykorzystanej metody czy cech osobniczych [48].

Badanie na ponad 6700 Polkach (w zdecydowanej większości w związku małżeńskim lub nieformalnym) wykazało, że wśród kobiet w wieku 15-35 lat (średnia wieku 26.4) najczęstszą metodą antykoncepcji była ustna dwuskładnikowa antykoncepcja hormonalna (38%) oraz prezerwatywa (50% ogółem i 24% jako jedyna metoda antykoncepcji). Na kolejnym miejscu znajduje się stosunek przerywany (17%) oraz naturalne metody antykoncepcji (13%). Prawie 33% badanych stosuje jednocześnie więcej niż jedną metodę [43]. W innym badaniu przeprowadzonym w 2019 roku wykazano, że wśród kobiet w wieku 18-55, 50% z nich nie korzysta z żadnej metody antykoncepcji [49]. Zgodnie z raportem Celów Zrównoważonego Rozwoju z roku 2020, 71.8% kobiet w wieku 18-49 miało niezaspokojone potrzeby nowoczesnych metod planowania rodziny (ang. unmet need for modern family planning) [50].

Warto zauważyć, że w większości statystyk na temat użycia antykoncepcji populacją badaną są kobiety. Przedstawianie wyłącznie kobiet w statystykach na temat antykoncepcji może powodować dalsze ugruntowanie przekonania, że odpowiedzialność za stosowanie antykoncepcji częściej leży po stronie kobiety.

Polska jest krajem o jednym z najniższych wskaźników dostępności do antykoncepcji w Europie. Rozpatruje się tu cenę i skalę refundacji, dostępności ww. środków bez recepty, a także publiczne informacje na temat zapobiegania ciąży. Niektóre osoby wciąż spotykają się z odmową na prośbę o przepisanie antykoncepcji od lekarzy_ek powołujących się na klauzulę sumienia [51]. Europejska średnia wskaźnika dostępności do antykoncepcji wynosi ok. 69%. Dla porównania we Francji – 90,1%, Belgii – 96,4%, czy Wielkiej Brytanii – 87,6%. W Wielkiej Brytanii antykoncepcja hormonalna w ramach NHS (National Health Service – brytyjski system publicznej ochrony zdrowia) jest darmowa. Od 2017 roku wartość wspomnianego wskaźnika w Polsce spada. W 2020 r. wynosił 35,1% [52]. Do tak niskiej wartości przyczyniła się m.in. ustawa o wprowadzeniu recepty na antykoncepcję awaryjną, słaba dostępność do opieki ginekologiczno-położniczej, brak kompleksowej edukacji seksualnej i wymóg zgody od rodzica/opiekuna prawnego na wizytę lekarską, nawet po ukończonym 15 roku życia, po którym zgodnie z prawem można już współżyć [52,53].

W świetle polskiego prawa zabiegi sterylizacji są zabronione na podstawie art. 156 Kodeksu Karnego: „Kto powoduje ciężki uszczerbek na zdrowiu w postaci: pozbawienia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia (...) podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 3” [54]. Jednakże sterylizacja jest trwałym uszkodzeniem lub wycięciem gonad, a w przypadku zabiegów wazektomii i salpingektomii mamy do czynienia z zabiegami odwracalnym. Z tego też powodu w ich przypadku nie mówimy o sterylizacji i zgodnie z takimi definicjami – zarówno wazektomia jak i salpingektomia są zabiegami legalnymi. Mimo to w środowisku lekarskim i polskim społeczeństwie oba wymienione zabiegi i sterylizacja występują jako pojęcia tożsame, co powoduje przeświadczenie, że nie są legalne. Przekłada się to na liczbę lekarzy_ek oferujących wykonanie takiego zabiegu. Z powodu różnic interpretacyjnych zabiegów wazektomii, salpingektomii oraz sterylizacji w kontekście zapisu w Kodeksie Karnym, Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny postuluje zmiany prawne, pozwalające ustalić tę kwestię w sposób jasny [55].

Antykoncepcja awaryjna

Tabletka „dzień po” jest metodą antykoncepcji awaryjnej stosowanej w przypadku odbycia stosunku bez skutecznej antykoncepcji (np. pęknięcia/zsunęcia się prezerwatywy, gwałtu) w celu zapobiegnięcia ciąży. Substancje zawarte w farmaceutyku zapobiegają owulacji i uniemożliwiają zapłodnienie komórki jajowej plemnikiem. W Polsce dostępne są dwa preparaty, które należy przyjąć odpowiednio do 72 [56] lub 105 [57] godzin od odbycia stosunku. Im szybsze przyjęcie tabletki, tym większa szansa na jej skuteczność – a więc mniejsza szansa na ciążę. Przyjęcie tabletki w odpowiednim czasie daje nawet 95% skuteczności na



zapobieganie niechcianej ciąży [58]. Zostało to podkreślone przez Europejską Agencję ds. Leków (EMA). Jak dodano w komunikacie prasowym „Według ekspertów Agencji chociaż pigułki mogą być skuteczne, jeśli zostaną przyjęte w ciągu 5 dni po stosunku płciowym, to ich skuteczność jest najwyższa, gdy zostaną zastosowane w ciągu 24 godzin, (...) Zniesienie wymogu otrzymania recepty na ten lek powinno ułatwić dostęp do niego i przez to – zwiększyć jego skuteczność” [59].

W 2014 roku Komisja Europejska po rekomendacji Europejskiej Agencji Leków oznajmiła, że pigułkę „dzień po” można zażywać bezpiecznie bez recepty. Świadczy to o bezpieczeństwie zawartych w niej substancji dla organizmu oraz niskiej częstości występowania działań ubocznych [60]. Mimo tych zaleceń, od 23 lipca 2017 r. antykoncepcja awaryjna jest w Polsce dostępna tylko na receptę. Wśród wszystkich państw Unii Europejskiej tabletki „dzień po” jest sprzedawana po okazaniu recepty tylko w Polsce i na Węgrzech [53]. W innych krajach tabletki są dostępne bez recepty/po konsultacji z farmaceutą_ką i/lub po osiągnięciu odpowiedniego wieku. W niektórych stanach na terenie USA farmaceuci_tki zobowiązani są do wydania antykoncepcji awaryjnej, mimo powoływania się na klauzulę sumienia [61].

W Polsce receptę na antykoncepcję awaryjną może wypisać każdy lekarz_ka, również stomatolog_żka. Nie ma prawa on_a odmówić powołując się na klauzulę sumienia, nie powinien_nna też wymagać specjalistycznych badań (ewentualnie może zalecić wykonanie testu ciążowego, ponieważ należy unikać zażywania tego typu substancji w przypadku istniejącej już ciąży) [62]. Osoby pragnące skorzystać z antykoncepcji awaryjnej często są kierowane do ginekologów_żek. Lekarze_ki rodzinni_e czy osoby pracujące w nocnych punktach opieki zdrowotnej niejednokrotnie odmawiają wypisania recepty lub zlecają dodatkowe badania takie jak badania krwi czy USG. Również farmaceuci_tki odmawiają realizacji recept, często preparaty tego typu nie są dostępne w aptekach. Osoby, którym odmawiane jest zrealizowanie usługi niejednokrotnie nie dostają informacji o innych placówkach czy jednostkach mogących wydać lek lub wypisać na niego receptę [63].

Decyzja o wykluczeniu antykoncepcji awaryjnej z leków dostępnych bez recepty wydaje się zbędna, ponieważ mimo iż są to leki, które powinny być wydawane z zachowaniem szczególnej ostrożności, mogą być sprzedane po odpowiedniej konsultacji z farmaceutą_ką. Farmaceuci_tki to osoby wykonujące zawody zaufania publicznego, wykształceni i wykwalifikowani pracownicy ochrony zdrowia [64]. Świadczenie tego typu usług powinno być w Polsce możliwe wzorem innych krajów Europy.

Badania prenatalne

Badania prenatalne obejmują badania przesiewowe, biochemiczne, genetyczne oraz inwazyjne. Wśród badań przesiewowych najistotniejsze są badania ultrasonograficzne, które w Polsce przeprowadza się trzykrotnie: między 11+0 a 13+6 tygodniem ciąży, między 18 a 24 t. ciąży oraz między 28 a 32 t. ciąży. Badania biochemiczne, czyli test podwójny (ocena białka A ciążowego oraz wolnej podjednostki beta hCG) powinny być wykonywane wraz z oznaczeniem przezierności karku w badaniu USG między 11+0 a 13+6 tygodniem ciąży. Na dalszych etapach ciąży, między 15 a 18 tygodniem ciąży, w uzasadnionych przypadkach można wykonać test potrójny (ocena w osoczu ciężarnej całkowitego HCG, alfafetoproteiny oraz wolnego estriolu). Wszelkie decyzje o dalszych badaniach – genetycznych oraz inwazyjnych – powinny być podjęte w zależności od uzyskanych wartości ryzyka aberracji chromosomowych u płodu [65].

Kobiety w ciąży, okresie porodu i pólgu objęte są w Polsce prawem, na mocy rozporządzenia Rady Ministrów z 18 lipca 2008 r., do świadczeń zdrowotnych udzielanych bezpłatnie niezależnie od uprawnień z tytułu ubezpieczenia [66]. Zgodnie z treścią Karty Praw Kobiety Rodzącej, macierzyństwo w świetle prawa narodowego znajduje się pod szczególną ochroną, a polityka rodzinna państwa winna przestrzegać prawa do kwalifikowanej, zgodnej ze współczesną wiedzą medyczną, profilaktycznej opieki zdrowotnej w wieku



rozrodczym, w szczególności w okresie okołokoncepcyjnym i podczas ciąży oraz do wczesnego, bezpłatnego, zgodnego ze współczesną wiedzą medyczną, wykrywania, diagnostyki i leczenia powikłań ciąży, zapewnionych przez wykwalifikowany personel medyczny. Szczególny rodzaj opieki perinatalnej stanowią badania prenatalne, które oprócz rutynowego potwierdzenia prawidłowego rozwoju ciąży, umożliwiają wykrycie wad rozwojowych, genetycznych oraz zaburzeń rozwoju płodu. Prawo do badań prenatalnych stanowi element prawa pacjenta do uzyskania świadczeń zdrowotnych zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej oraz prawa do informacji o stanie zdrowia. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, państwo zobowiązane jest do zapewnienia kobietom ciężarnym opieki medycznej, socjalnej i prawnej – zwłaszcza poprzez opiekę prenatalną. Obowiązkiem władz jest również zapewnienie swobodnego dostępu do informacji i badań prenatalnych, szczególnie, gdy istnieje podwyższone ryzyko bądź podejrzenie wystąpienia wady genetycznej lub rozwojowej płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu płodu [67].

Na terenie Polski, badania prenatalne dostępne są dla wszystkich osób ciężarnych niezależnie od wieku wyłącznie w ramach świadczeń komercyjnych. Program Badań Prenatalnych finansowanych przez NFZ przewiduje bezpłatny dostęp do badań dla kobiet w ciąży, z zastrzeżeniem spełnienia przynajmniej jednego z wymienionych kryteriów: wieku powyżej 35 lat, obecności aberracji chromosomowej płodu lub dziecka w poprzedniej ciąży, stwierdzonej strukturalnej aberracji chromosomowej u pacjentki albo partnera, stwierdzonego u pacjentki znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową, stwierdzenia w badaniu USG i/lub badaniach biochemicznych płodu nieprawidłowości wskazujące na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu [68]. Refundacji w wyżej wymienionych przypadkach podlegają badania takie jak: badanie USG genetyczne, test podwójny, test potrójny, amniopunkcja, biopsja kosmówki oraz kordocenteza.

Uderzającym problemem dotyczącym badań prenatalnych wykonywanych na terenie Polski jest brak aktualnych statystyk i kontroli, które mogłyby dostarczyć realnych informacji na temat liczby wykonywanych świadczeń, dostępu do placówek ich oferujących i oceny skuteczności profilaktyki w ramach Programu Badań Prenatalnych. W publicznym dostępie do dokumentów Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia i Głównego Urzędu Statystycznego brak jest jednoznacznych protokołów odnoszących się treścią do ww. zagadnień, ponadto w wykresach i tabelach publikowanych przez EUROCAT (stanowiący sieć rejestrów ludnościowych do celów nadzoru epidemiologicznego nad wadami wrodzonymi na terenie Europy), UNICEF i WHO, zestawiających dane dotyczące wykrywalności zaburzeń prawidłowości przebiegu ciąży i rozwoju płodu, brakuje statystyk dotyczących Polski, co uniemożliwia porównanie sytuacji Polski w odniesieniu do innych krajów europejskich [69,70].

W celu oceny skuteczności działania Programu Badań Prenatalnych najbardziej aktualne i wiarygodne źródło danych stanowi raport wydany przez Najwyższą Izbę Kontroli (NIK) w kwietniu 2016 r., co w świetle postępu technologii i możliwości medycyny w zakresie opieki perinatalnej wydaje się zapisem raczej archiwalnym. Celem inspekcji wykonanej przez ww. organ była ocena dostępu do badań prenatalnych w ramach programu refundowanego przez NFZ. Dotyczyła ona działalności 18 jednostek (podmiotów leczniczych, Oddziałów Wojewódzkich NFZ i Ministerstwa Zdrowia) zlokalizowanych w 5 województwach i dostarczyła informacji o realizacji programu w latach 2012-2015, jak również wcześniej, jeśli miało to wpływ na wyniki objęte kontrolą. Wyniki powyższej weryfikacji wykazały, że zarówno Ministerstwo Zdrowia, jak i objęte kontrolą OW NFZ zapewniły regulowany prawnie dostęp do Programu Badań Prenatalnych, co znalazło bezpośrednie przełożenie na obniżenie wskaźników umieralności okołoporodowej i noworodkowej, natomiast wprowadzenie wieku powyżej 35 lat jako kryterium kwalifikującego do programu ograniczyło dostęp do badań osobom poniżej 35 r. ż., wśród których, ze względu na największą liczbę ciąż, występuje największa częstotliwość urodzeń dzieci z wrodzonymi wadami rozwojowymi. Podsumowanie kontroli wykazało, że aż



56% kobiet skierowanych na badania w ramach Programu reprezentowało właśnie tę grupę wiekową, a przyczyną poszerzenia diagnostyki w 70% przypadków były nieprawidłowości wykazane w rutynowym badaniu USG. Wg raportu NIK odsetek kobiet ciężarnych objętych badaniami w ramach Programu uległ wzrostowi z 14% w 2012 r. do 19% w 2014 r. w grupie wiekowej uprawnionej do badań w ramach NFZ. Na podstawie danych zebranych podczas kontroli oraz pochodzących ze statystyk przeprowadzanych przez GUS ustalono również dysproporcję w dostępie do placówek świadczących ww. usługi – scentralizowanie świadczeniodawców w dużych miastach oraz utrudniony dostęp w małych miejscowościach. Na podstawie analiz geograficznych NIK wyraził troskę i obawy ze względu na potencjalną rezygnację z podań, uwarunkowaną zbyt dużą odległością placówki od miejsca zamieszkania. Zauważalnym problemem okazała się również zbyt duża liczba kobiet w wieku rozrodczym przypadająca na jednego świadczeniodawcę w obrębie województwa – najwięcej w woj. podkarpackim – 264 686 kobiet, a najmniej w woj. śląskim – 35 351, co uwiadamia potrzebę zwiększenia liczby placówek w wybranych województwach w celu zmniejszenia dysproporcji. Ponadto zdaniem NIK niezbędne jest dokumentowanie przekazania informacji o możliwości skorzystania z badań prenatalnych poprzez pisemne potwierdzenie faktu w dokumentacji przez pacjenta_kę w trakcie konsultacji lekarskiej. W oparciu o wyniki raportu, NIK wykazał konieczność wprowadzenia mierników jakościowych i ilościowych efektów realizacji badań w ramach Programu Badań Prenatalnych, które posłużyłyby w prospektywnej ocenie stanu zdrowia dzieci urodzonych przez osoby poddane badaniom prenatalnym, skuteczności wykonywanych badań oraz ich wpływu na decyzję o podjętej terapii i jej skutkach. Finalnie zdaniem NIK Program Badań Prenatalnych powinien objąć swoim zasięgiem wszystkie kobiety ciężarne w Polsce, a wiek powyżej 35 r. ż. jako kryterium kwalifikujące ogranicza w istotny sposób dostęp ciężarnych kobiet do zagwarantowanego przez Konstytucję RP prawa do równego dostępu do opieki zdrowotnej w zakresie nowoczesnych metod diagnostyki prenatalnej [71]. Warto nadmienić, że Program Badań Prenatalnych funkcjonuje w Polsce od 2004 r. w niezmienionej formie, pomimo prób jego reformowania od 2013 r.

W świetle ww. danych można uznać, że Program Badań Prenatalnych finansowanych przez NFZ jest działaniem koniecznym w polskim lecznictwie, natomiast wymaga szeregu modyfikacji – nade wszystko, objęcia jego zasięgiem wszystkich osób ciężarnych, co bezpośrednio umożliwi wdrożenie odpowiedniej terapii już na etapie ciąży lub niezwłocznie po porodzie, wybór odpowiedniego miejsca porodu z możliwie najlepszymi warunkami opieki i wczesnego leczenia, jak również przygotowanie rodziców do sprawowania opieki nad chorym dzieckiem. Dodatkowo zapewnienie kontroli nad udzielaniem świadczeń z zakresu medycyny perinatalnej dostarczy danych do oceny skuteczności zasięgu Programu, jednocześnie zwiększając świadomość społeczeństwa w zakresie profilaktyki wad rozwojowych.

Potrzeby osób w wieku nastoletnim dotyczące świadomego planowania rodziny

W Europie wskaźnik nastoletnich ciąż (ich liczba na 1000 kobiet w wieku 15-19 lat) jest bardzo zróżnicowany: od 17,6 w Europie Południowej, przez 18,2 w Zachodniej, 30,7 w Północnej i aż 41,7 we Wschodniej [72]. W 2019 roku w Polsce zanotowano 8321 urodzeń wśród osób w wieku 19 i mniej lat. W najmłodszej grupie, która z punktu widzenia prawnego może współżyć (czyli po ukończeniu 15 roku życia) urodziło 147 osób, zaś wśród osób mających 14 i mniej lat urodziło aż 36 [73].

Osoby młode mają największy odsetek nieplanowanych ciąż ze wszystkich grup wiekowych, a także największy poziom niespełnionych potrzeb antykoncepcji (ang. unmet need for contraception) [74]. Instytut Guttmachera szacuje, że spełnienie tych potrzeb wśród nastolatków_ek dorastających w krajach Globalnego Południa spowodowałoby rocznie redukcję o 6 milionów liczby nieplanowanych ciąż, a w konsekwencji 2 miliony mniej nieplanowanych urodzeń, 4 miliony mniej aborcji (w tym większość aborcji niebezpiecznych), 700 tys. mniej poronień oraz 5 600 mniej zgonów związanych z ciążą i porodem w grupie 15-19 lat [75, 76].



Przykłady krajów europejskich pokazują, że w kwestii liczby nastoletnich ciąż istotna jest rola kompleksowej edukacji seksualnej. Na przykład w Danii, kraju, w którym w 2017 r. zanotowano najmniej ciąż poniżej 17 roku życia w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców (wskaźnik ten wynosił 1.0; w porównaniu do 6.1 w Polsce), obowiązkowa edukacja seksualna funkcjonuje w szkołach od 1970 roku [77]. W Finlandii zaś kompleksowa edukacja seksualna (CSE) została wprowadzona w 1990 roku i poskutkowała natychmiastowym spadkiem liczby nastoletnich ciąż i aborcji. Liczba ta wzrosła ponownie, gdy przez cięcia budżetowe ograniczono programy edukacyjne w latach 1998-2006, a następnie znów gwałtownie spadła po reintrodukcji edukacji seksualnej w 2006 roku [78].

Warto zaznaczyć, że według standardów WHO nie każde zajęcia dotyczące seksualności mają pozytywny wpływ na zachowania seksualne nastolatków i ryzyko zajścia przez nie w ciążę. Jedynie CSE posiada taki efekt, nie mają jej zaś zajęcia oparte na podejściu preferującym abstynencję seksualną [79].

Kompleksowa edukacja seksualna wpływa na spadek liczby nastoletnich ciąż poprzez przekazywanie wiedzy o antykoncepcji i jej prawidłowym stosowaniu, kształtowanie pozytywnych nastawień względem niej, a także umiejętność wykazywania asertywności, gdy partner_ka odmawia użycia prezerwatywy [78]. Heteroseksualne nastolatki otrzymujące CSE mają o połowę mniejsze ryzyko zajścia w ciążę niż uczniowie_ennice otrzymujący_e edukację skoncentrowaną na abstynencji lub nieotrzymujący_e edukacji seksualnej wcale [80]. W przypadku braku dostępu do rzetelnych informacji nastolatki mogą sięgać po wiedzę z Internetu, która nie zawsze jest oparta na dowodach naukowych i odpowiada rzeczywistości. Niestety tylko 11 rządów Europy (wśród których nie ma Polski) prowadzi dobrze oceniane strony internetowe z informacjami dotyczącymi antykoncepcji [81]. Podkreśla się, że nie każdy rodzaj antykoncepcji będzie odpowiedni bądź skuteczny dla każdej osoby, dlatego powinno się zapewnić informację i dostęp do każdej istniejącej metody o udowodnionej skuteczności [82].

Aby jednak móc stosować antykoncepcję, osoby młode muszą mieć zapewniony do niej odpowiedni dostęp – który w Polsce jest utrudniony nie tylko przez obowiązujące normy społeczne, ale również instytucjonalnie. Dotyczy to np. dostępności lekarzy_ek – według danych Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny w całej Polsce jest tylko 48 placówek posiadających kontrakt z NFZ na świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt [83]. Istotne są również indywidualne bariery wpływające na problemy w stosowaniu antykoncepcji przez nastolatki. Jednym z nich może być powszechna dezinformacja o działaniach niepożądanych czy rzekomym ryzyku bezpłodności, zniechęcająca nastolatki do rozpoczęcia antykoncepcji [84]. Dodatkowo nastolatki mają większe odsetki niepowodzeń antykoncepcji ze względu m.in. na problemy w regularnym stosowaniu [74]. Poza tym część młodych osób może nie mieć wsparcia rodziny (zwłaszcza jeśli jest to rodzina o konserwatywnych poglądach), co w kontekście konieczności wyrażania przez rodzica lub opiekuna prawnego zgody na świadczenia medyczne do ukończenia przez dziecko 18. roku życia może powodować brak możliwości rozpoczęcia antykoncepcji hormonalnej mimo woli osoby zainteresowanej – aż do pełnoletności. UNFPA zaleca rozpoczęcie dyskusji w obszarze umożliwienia samodzielnego decydowania o planowaniu rodziny wzorem testowania i poradnictwa w kierunku HIV, które w niektórych państwach jest możliwe bez zgody i wiedzy rodzica już po ukończeniu 12. roku życia [74].

Nieprawidłowe lub nieadekwatne wsparcie nastolatków w procesie zdobywania wiedzy o świadomym planowaniu rodziny oraz niski dostęp do antykoncepcji mogą skutkować wzrostem liczby niechcianych i nieplanowanych ciąż, a także mieć długotrwałe konsekwencje dla ich życia. Udowodniono bowiem, że ciąża w wieku nastoletnim może skutkować niższym poziomem wykształcenia, długotrwałą zależnością od rodziców lub zasiłków przez gorsze możliwości pracy zarobkowej, niższymi niż przeciętne zarobkami lub nawet życiem w ubóstwie [85].



Istnieją twarde dowody, że ciąża w wieku nastoletnim ma dla dorastającej osoby duże konsekwencje psychologiczne i społeczne. W badaniu z Yale około 33% nastolatek posiadających dziecko wykazywała objawy depresji, a 100% raportowało spadek energii, problemy ze snem i apetytem oraz zmęczenie [86]. Oczywisty wydaje się też być negatywny wpływ macierzyństwa na wykształcenie i życie zawodowe nastolatki. Badania i indywidualne świadectwa wskazują, że uczennice często zmuszone są opuścić swoją dotychczasową szkołę, przez co nie uzyskują wykształcenia i mają później trudności ze znalezieniem pracy. Mogą przez to być przez wiele lat zależne finansowo od partnera lub swoich rodziców, co może prowadzić do poczucia braku kontroli nad własnym życiem i sytuacji konfliktowych [87]. Depresja u matki może mieć negatywny wpływ na rozwój dziecka ze względu chociażby na problemy z komunikacją i emocjami i przez to na tworzenie więzi [86].

Zauważono również, że dzieci urodzone przez nastoletnie matki częściej zachodzą w ciążę w młodym wieku. Ma to konsekwencje w postaci skorelowania z dziedziczeniem zachowań. Objawia się to tym, że dzieci wychowywane przez matki, które urodziły wcześniej, dorastają często w rodzinach wielopokoleniowych, wśród gorzej zarabiających lub pobierających zasiłki dorosłych. Nastoletnie matki mają w późniejszym życiu średnio o 2,5 roku mniejsze doświadczenie zawodowe i nawet o 50% niższe wynagrodzenia niż ich bezdzietne rówieśniczki. Możliwe ubóstwo w takiej rodzinie sprawia, że dziecko nie posiada odpowiednich warunków do prawidłowego rozwoju i nauki, co może wpływać na brak motywacji i sił do zdobywania wykształcenia oraz jego perspektywy w przyszłości. Takie dzieci często same mają później problemy finansowe i nie są w stanie zapewnić dobrostanu swoim dzieciom. W literaturze nazywa się to dziedziczeniem niedostatku. Ponadto nastoletnie matki i ich dzieci często bywają stygmatyzowane społecznie, co grozi dyskryminacją, odbiera godność oraz obniża jakość ich życia [88].

Poza korzystnym wpływem na jednostkę, szeroki dostęp do antykoncepcji wpływa również na rozwój całego społeczeństwa. Adekwatne możliwości planowania rodziny są niezbędne do zapewnienia równości płci, ponieważ wpływają na większą możliwość zdobywania kolejnych stopni edukacji przez osoby z macicami oraz rozwijanie ich karier. Mniej dzieci w rodzinie oznacza również większe zasoby finansowe, które rodzice mogą przeznaczyć w przeliczeniu na jedno dziecko, a mniejsza liczba rodzeństwa koreluje w badaniach z lepszą edukacją. Ogólnie rzecz biorąc, dostęp do antykoncepcji redukuje biedę i wspomaga rozwój państwa [84]. Według badań, każda forma antykoncepcji jest dla rządów sposobem na oszczędzanie funduszy z budżetu – nawet w przypadku, gdy środki antykoncepcyjne dla wszystkich są w 100% refundowane przez państwo. Szacuje się bowiem, że każdy dolar wydany na programy świadomego planowania rodziny zwraca 120 dolarów zysku [74]. Według wyliczeń badaczy kalifornijskich każda ciąża, której zapobiegnięto dzięki publicznie finansowanej antykoncepcji, kosztowałaby budżet stanowy 3228 dolarów do czasu porodu, a następnie 11 545 dolarów w ciągu 2 lat od niego [89]. Wyliczenia te nie uwzględniają kosztów ponoszonych przez jednostki, które mogą być jeszcze większe. Wydaje się, że finansowanie antykoncepcji przez państwo jest szczególnie ważne w kontekście nastolatków. Przez brak lub ograniczone możliwości zarobkowe mogą oni być finansowo zależni od rodziny, która może nie zgadzać się na wydawanie pieniędzy na antykoncepcję bądź też nie zgadzać się na antykoncepcję w ogóle. 15 z 46 krajów opisanych w Contraception Policy Atlas Europe posiada specjalne dofinansowanie antykoncepcji dla młodych osób. Niestety nie ma wśród nich Polski [53].

Wszystko to sprawia, że coraz istotniejsza staje się rola rzetelnej edukacji seksualnej w rozwoju nastolatków, a pośrednio również w rozwoju państwa. Nastolatki są grupą o specjalnych potrzebach, jeśli chodzi o dostęp do antykoncepcji, a także wymagającą szczególnej uwagi ze względu na konsekwencje ciąży w młodym wieku. Zapewnienie im niezbędnych informacji i dostępu do świadczeń medycznych powinno być priorytetem dla osób odpowiedzialnych za oświatę i ochronę zdrowia. Kroki takie jak wprowadzenie kompleksowej edukacji seksualnej i finansowanie antykoncepcji przez państwo przyczyniłyby się nie tylko do poprawy jakości życia jednostek, lecz również pośrednio wpłynęłyby pozytywnie na społeczeństwo.



Klauzula sumienia

Klauzula sumienia wynika z fundamentalnego prawa gwarantowanego w krajach Unii Europejskiej, zarówno na poziomie państwowym, jak i międzynarodowym, w świetle którego jednostka posiada wolność postępowania w zgodzie z wiarą, sumieniem i przekonaniem wynikającymi z reprezentowanego przez siebie światopoglądu oraz aprobowanego systemu etycznego. Chociaż znajduje ona głębokie zakorzenienie w podstawowych prawach człowieka, nieograniczone i niekontrolowane powoływanie się na nią w obliczu udzielania świadczeń medycznych, prowadzi do naruszeń praw dotyczących Zdrowia i Praw Reprodukcyjnych (dalej: SRHR – Sexual and Reproductive Health and Rights), m. in. w formie ograniczenia przepisywania i sprzedaży środków antykoncepcyjnych, zredukowania dostępu do badań prenatalnych, restrykcyjnego dostępu do aborcji oraz stwarza konflikt między dwoma pryncypialnymi prawami – prawem do zdrowia oraz prawem do wolności wyznania, myśli i sumienia.

W obliczu prawodawstwa międzynarodowego klauzula sumienia gwarantowana jest przez art. 18. Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych [90], art. 9 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności [91] oraz art. 10 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej [92], wedle których każdemu nadane jest prawo do swobody wyrażania myśli, sumienia oraz wyznania; i bezprawnym jest nakładanie na jednostkę przymusu, który mógłby potencjalnie tę wolność osłabić. Limitacja wyżej przywołanego prawa możliwa jest na podstawie ograniczeń przewidzianych przez ustawę i niezbędnych do ochrony praw podstawowych oraz wolności innych osób, wobec czego jej charakter prawny nie jest absolutny. W polskim prawie klauzula sumienia znajduje swój zapis w dwóch aktach prawnych: art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, w toku której „Lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30 z tym, że ma obowiązek odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący zawód na podstawie stosunku pracy albo w ramach służby ma także obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego.” [93] oraz w art. 12 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej [94]. Dodatkowo wolność sumienia i wyznania regulowana jest przez art. 53 Konstytucji RP [95].

Paradoks wynikający z powoływania się na klauzulę sumienia uwidacznia się, stawiając na jednej szali wagi ww. regulacje odnoszące się swoją treścią do świadczeniodawcy oraz na przeciwnej – prawa przysługujące świadczeniobiorcy, czyli w toku rozważań – pacjentowi_ce.

Art. 12. Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych gwarantuje dostęp do zdrowia, które obejmuje również SRHR, a odmowa kierowana wolnością sumienia nie może stanowić przeszkody w dostępie do świadczeń zdrowotnych [90]. Analiza chronionego przepisem dostępu do świadczeń związanych z SRHR prowadzi do wniosku, że odmowa działania sprzecznego z własnym sumieniem stanowi świadomy i intencjonalny zamach na prawa takie jak: prawo do najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia, w tym zdrowia seksualnego z możliwością przyjemnych, satysfakcjonujących i bezpiecznych doświadczeń seksualnych; prawo do podejmowania wolnych i odpowiedzialnych decyzji dotyczących posiadania potomstwa oraz prawo do czerpania korzyści z postępu naukowego i jego stosowania, znajdujące swój zapis w Deklaracji Praw Seksualnych (Declaration of Sexual Rights) [96].

Konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet w art. 16 potwierdza prawo do swobodnego i odpowiedzialnego decydowania o liczbie dzieci oraz dostępu do informacji, edukacji i środków umożliwiających im korzystanie z tych praw [97]. Ponadto art. 8 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności nakłada prawo poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, które rozumiane są jako obejmujące prawo do autonomii osobistej z uwzględnieniem takich tematów, jak tożsamość płciowa, orientacja seksualna, życie seksualne, integralność fizyczna i psychiczna jednostek oraz



decyzja o posiadaniu dzieci [91]. Zgodnie z powyższym, decyzja dotycząca reprodukcji spoczywa wyłącznie na osobach w nią zaangażowanych i bezprawnym jest ograniczenie dostępu do środków umożliwiających jej regulację.

Dodatkowo, zgodnie z treścią Przyrzeczenia Lekarskiego, stanowiącego fragment Kodeksu Etyki Lekarskiej, lekarz_rka zobowiązani są „służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu oraz według najlepszej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc bez żadnych różnic, takich jak: rasa, religia, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne, mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując im należny szacunek” [98]. Nie ulega wątpliwości, że w obliczu klauzuli sumienia kluczową w nadmienionym zapisie jest kwestia religii i podkreślenie bezprawia dyskryminacji wynikającej z jej różnic. Mianowicie, sprzeczność pomiędzy normami moralnymi przyjętymi w zgodzie z religią lekarza_rki a normami moralnymi zgodnymi z religią pacjenta_ki nie może stanowić podstaw do odmowy świadczenia. Ponadto, należy również podkreślić, że każde działanie lekarza_ki winno odbywać się zgodnie z zasadą głoszącą, że największym nakazem etycznym lekarza_ki jest dobro chorego_j – *salus populi suprema lex esto*. Jednocześnie lekarz_rka, podejmując się zawodu, świadomi są spoczywających na nich obowiązków i wynikających z nich konsekwencji. Przyrzeczenie Lekarskie zobowiązuje do służenia zdrowiu według najlepszej wiedzy i stosowania aktualnych, jak najbardziej adekwatnych metod, dlatego też powoływanie się na klauzulę stawia przeszkodę pomiędzy przekonaniem a faktycznymi możliwościami medycyny, mogącymi nieść pomoc pacjentowi_ce.

W obecnym stanie prawnym, gdy lekarz_rka odmówi wykonania świadczenia z uwagi na sprzeciw sumienia, nie podlega obowiązkowi wskazania realnej możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza_ki lub w podmiocie leczniczym. Regulacja ta stanowi odpowiedź Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 2015 roku na zainicjowaną przez Naczelną Izbę Lekarską (dalej: NIL) sprawę, według której obowiązek ten niezgodny jest z art. 2, art. 53 ust. 1 oraz art. 65 ust. 1 w zw. z art. 30 i art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej przez to, że nakłada na lekarza_kę powstrzymującego się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem ciężar zagwarantowania uzyskania tych świadczeń u innego lekarza_rki lub w podmiocie leczniczym, co czyni iluzorycznym prawo do wolności sumienia [99]. Trybunał Konstytucyjny zgodził się z powyższym zaskarżeniem NIL, ponadto przyznając, że lekarz_rka nie posiada dostatecznych podstaw do pozyskiwania informacji, którzy lekarze_rki gotowi są takowe świadczenie udzielić [100]. Zgodnie z powyższym, świadczeniobiorca zaślaniając się klauzulą sumienia pozostawia pacjenta_kę bez perspektywy na realną, w wielu przypadkach niecierpiącą zwłoki, możliwość uzyskania pomocy. W swoim uzasadnieniu Trybunał Konstytucyjny uwidoczniał również fundamentalny problem związany z ukonstytuowaniem klauzuli sumienia – brak faktycznego spisu lekarzy_rek, którzy podjęli się jej podpisania. W rozumieniu prawa i przysięgi lekarskiej, opieka nad pacjentem_ką powinna być bezgranicznie gwarantowana, a każdy, dokonując wyboru lekarza_ki, winien mieć dostęp do informacji dotyczącej świadczonych przez nich czynności medycznych.

Warto także zaznaczyć, że zgodnie ze stanowiskiem Federacji na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny instytucja klauzuli sumienia nie dotyczy udzielania informacji, wypisywania recept (w tym na antykoncepcję), skierowania na badania lekarskie czy wydawania orzeczeń w sprawie wskazań medycznych do legalnego przerwania ciąży. Wynika to z tego, że zgodnie z Komitetem Bioetyki przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk lekarz_ka nie mogą odmówić podjęcia wyżej wymienionych działań, ponieważ ich celem jest dostarczanie pacjentowi informacji lub możliwości potrzebnych do podjęcia przez niego_ią świadomej decyzji dotyczącej dalszego postępowania medycznego – legalnego i opartego na aktualnej wiedzy medycznej. Zgodnie z Komitetem Bioetyki lekarz_ka ma prawo odmówić świadczenia zdrowotnego, jeśli bezpośrednio zagraża dobru, które wedle danego_j lekarza_ki powinno być chronione [101].



Komitet Praw Człowieka już w październiku 2010 r. w odpowiedzi na szóste sprawozdanie okresowe dla Polski, wyraził swoją troskę i obawy ze względu na doniesienia o wzrastającej liczbie odmów dostępu do usług zdrowia prokreacyjnego, w tym doradztwa w zakresie antykoncepcji, badań prenatalnych oraz zgodnego z prawem przerywaniem ciąży. Komitet wskazał również, że możliwość odmowy procedur gwarantowana przez art. 39 u.z.l. często ulega nadużyciu. Tym samym, wezwano Polskę do wprowadzenia przepisów zakazujących niewłaściwego stosowania i możliwości korzystania przedstawicieli zawodów medycznych z klauzuli sumienia (wyszczególniono: odmowę świadczeń z zakresu zdrowia reprodukcyjnego, doradztwa na temat antykoncepcji, diagnostyki prenatalnej oraz prawnego przerywania ciąży), przeprowadzenia badań i dostarczenia statystyk dotyczących powoływania się na klauzulę oraz wzmocnienia działań służących zapobieganiu niechcianym ciążom, m.in. poprzez zapewnienie szerokiego spektrum środków antykoncepcyjnych za przystępną cenę oraz poprzez umieszczenie ich na liście leków refundowanych. Zgodnie z raportem Parlamentu Europejskiego z października 2018 r. dotyczącym SRHR i implikacji na nie klauzuli sumienia, w dalszym ciągu brak jest danych odnoszących się do realnej skali odmów spowodowanych wolnością sumienia [102,103].

W ostatnim czasie pojawia się wiele niepokojących prób zaostżenia ustaw dotyczących zawodów medycznych w kwestiach dotyczących SRHR. 17 grudnia 2020 r. podpisana została Ustawa o zawodzie farmaceuty. Przed złożeniem ustawy na ręce Prezydenta, Senat RP wprowadził do niej poprawki, m.in. propozycję wprowadzenia klauzuli sumienia, na mocy której farmaceuta_ka zgodnie z własnym sumieniem mogliby odmówić wydania środków antykoncepcyjnych. Poprawka nie została zaakceptowana przez Sejm. Dodatkowo Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych poinformował o nieudanej próbie wpisania do nowelizowanej w 2018 r. ustawy o diagnostyce laboratoryjnej przez senatorów Komisji Praw Człowieka, Praworządności i Petycji słów „Diagnosta laboratoryjny, którego przekonania religijne lub wyznawane zasady moralne nie pozwalają na wykonywanie zlecenia, niezwłocznie powiadamia o tym fakcie na piśmie swojego bezpośredniego przełożonego oraz podmiot medyczny, któremu diagnosta laboratoryjny odmówił wykonania zlecenia” [104].

W obliczu ww. wymienionych aspektów prawnych i opisu paradoksu klauzuli sumienia, można stwierdzić, że zachowanie autonomii lekarza_ki i odejście od koncepcji neutralności światopoglądowej pracownika medycznego narusza granicę prawa pacjenta_ki do pomocy medycznej i gwarantowanego przez nią zdrowia.

Bibliografia:

- [1] „WHO | The ABC's of family planning”. WHO, https://doi.org/10/20100322_d_shaw_oped/en/index.html
- [2] Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11) Geneva: WHO 2018.
- [3] Kuczyński W, Kurzawa R, Oszukowski P, Pawelczyk L, Poręba R, Radowski S, Szamatowicz M, Wołczyński S. *Rekomendacje dotyczące diagnostyki i leczenia niepłodności*. Ginekol Pol. 2/2012, 83, 149-154.
- [4] Waligórska, Małgorzata, i in. *Prognoza ludności na lata 2008-2035 = Population projection for Poland 2008-2035*. Główny Urząd Statystyczny, 2009.
- [5] Cierniak-Piotrowska, Małgorzata, i in. *Sytuacja demograficzna Polski do 2017 r.: urodzenia i dzietność = Demographic situation in Poland up to 2017: births and fertility*. Główny Urząd Statystyczny, 2018.
- [6] W. Kuohung, M. D Hornstein „Causes of female infertility” źródło: uptodate.com (<https://www.uptodate.com/contents/causes-of-female-infertility>)
- [7] Jungwirth, Andreas, i in. „European Association of Urology Guidelines on Male Infertility: The 2012 Update”. *European Urology*, t. 62, nr 2, sierpień 2012, s. 324–32. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2012.04.048>.
- [8] Vander Borgh, Mélo die, i Christine Wyns. „Fertility and Infertility: Definition and Epidemiology”. *Clinical Biochemistry*, t. 62, grudzień 2018, s. 2–10. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012>.
- [9] „Improving the Reporting of Clinical Trials of Infertility Treatments (IMPRINT): Modifying the CONSORT Statement”. *Fertility and Sterility*, t. 102, nr 4, październik 2014, s. 952-959.e15. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.08.002>.



- [10] Łukaszuk, Krzysztof, i in. „Diagnostyka i leczenie niepłodności — rekomendacje Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRiE) oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGP)”. *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna*, t. 3, nr 3, 2018, s. 112–40.
- [11] „Rządowy program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w 2021 r. - Ministerstwo Zdrowia - Portal Gov.pl”. *Ministerstwo Zdrowia*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-kompleksowej-ochrony-zdrowia-prokreacyjnego-w-polsce-w-2021-r>.
- [12] „Niepłodność”. *Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny*, <https://federa.org.pl/zdrowie/niepłodnosc/>.
- [13] Gelbaya, Tarek A., i in. „Definition and Epidemiology of Unexplained Infertility”. *Obstetrical & Gynecological Survey*, t. 69, nr 2, luty 2014, s. 109–15. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1097/OGX.000000000000043>.
- [14] *Wiejska droga do ginekologa - Najwyższa Izba Kontroli*. <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/wiejska-droga-do-ginekologa.html>.
- [15] Darmas Małgorzata i Julia Wygnańska. *Raport. Monitoring dostępności do usług ginekologiczno-polożniczych w ramach NFZ w Polsce*. Fundacja Rodzic po ludzku, 2015, https://www.rodzicpoludzku.pl/images/rzecznictwo/Raport_FRpL.pdf.
- [16] *Przemoc instytucjonalna w Polsce. O systemowych naruszeniach praw reprodukcyjnych*. Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, 2019, https://federa.org.pl/wp-content/uploads/2019/12/Przemoc_instytucjonalna.pdf.
- [17] NPZ 2021-2025 - Ministerstwo Zdrowia - Portal Gov.pl”. *Ministerstwo Zdrowia*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/npz-2021-2025>.
- [18] Cele operacyjne NPZ - Ministerstwo Zdrowia - Portal Gov.pl”. *Ministerstwo Zdrowia*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/cele-operacyjne-npz>.
- [19] *NAPROTECHNOLOGY Trademark of Pope Paul VI Institute for the Study Of Human Reproduction, Inc. - Registration Number 2345675 - Serial Number 75757126: Justia Trademarks*. <http://trademarks.justia.com/757/57/naprotechnology-75757126.html>.
- [20] Dolińska Barbara. „Naprotechnologia – przekłamanie czy nieporozumienie?” *Nauka*, nr 1, 2011, s. 115–35.
- [21] Stanford, J. B., i in. „Outcomes From Treatment of Infertility With Natural Procreative Technology in an Irish General Practice”. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, t. 21, nr 5, wrzesień 2008, s. 375–84. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.3122/jabfm.2008.05.070239>.
- [22] Tham, Elizabeth, i in. „Natural Procreative Technology for Infertility and Recurrent Miscarriage: Outcomes in a Canadian Family Practice”. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, t. 58, nr 5, maj 2012, s. e267-274.
- [23] American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice and Practice Committee. „Female Age-Related Fertility Decline. Committee Opinion No. 589”. *Fertility and Sterility*, t. 101, nr 3, marzec 2014, s. 633–34. *PubMed*, <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.12.032>.
- [24] Wiater, Elżbieta. *Naprotechnologia. Ekologia Płodności*. Wydawnictwo eSPe, 2009, strony 11-70
- [25] Witczak – Błuszczek K. *Za i przeciw Naprotechnologii w świetle badań opinii lekarzy ginekologów*. [w] Krajewska-Kulak, Elżbieta. *W drodze do brzegu życia. T. 11*. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, 2013, strony 117 – 130
- [26] „In-Vitro Fertilization (IVF): Procedure, Preparation & Risks”. *Healthline*, 11 lutego 2016, <https://www.healthline.com/health/in-vitro-fertilization-ivf>.
- [27] Gozdek-Piekarska A. „In vitro - wszystko o zapłodnieniu pozaustrojowym - metoda in vitro - na czym polega? | GAMETA - Klinika Leczenia Niepłodności”. *Gameta*, <https://gameta.pl/blog/in-vitro-krok-kroku/>.
- [28] *Ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności* <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20150001087>.
- [29] *ART and IUI Treatments*. <https://www.eshre.eu/Data-collection-and-research/Consortia/EIM/Legislation-for-ART-and-IUI-treatments>.
- [30] Calhaz-Jorge, C., i in. „Survey on ART and IUI: legislation, regulation, funding and registries in European countries: The European IVF-monitoring Consortium (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE)”. *Human Reproduction Open*, t. 2020, nr 1, styczeń 2020. *Silverchair*, <https://doi.org/10.1093/hropen/hoz044>.
- [31] Minister Zdrowia, Warszawa, 2016 -06-07, MDP. 070.9.2016. (AB) IK: 573124
- [32] *Jaka jest cena In Vitro? Zobacz całkowite koszty przygotowania i zabiegu*. https://kb.pl/porady/jaka-jest-cena-vitro-zobacz-calkowite-koszty-przygotowania-i-zabiegu-_med/.
- [33] „Dofinansowanie In Vitro | GAMETA - Klinika Leczenia Niepłodności”. *Gameta*, <https://gameta.pl/dofinansowanie-in-vitro/>
- [34] *In vitro - program polityki zdrowotnej - Sprawy zdrowotne - Warszawa 19115*. <https://warszawa19115.pl/-/in-vitro-program-polityki-zdrowotnej>.
- [35] *Uchwała nr XXX/532/VIII/2020 z dnia 2020-06-23 - bip.poznan.pl*. <https://bip.poznan.pl/bip/uchwaly/uchwala-nr-xxx-532-viii-2020-z-dnia-2020-06-23,82042/>



- [36] *Polskie miasta apelują do rządu o wspieranie leczenia niepłodności*. <https://um.warszawa.pl/-/polskie-miasta-apeluja-do-rzadu-o-wspieranie-leczenia-nieplodnosci>.
- [37] *Akceptacja stosowania zapłodnienia in vitro. Komunikat z badań*. Centrum Badania Opinii Społecznej, 2009.
- [38] Jan Paweł II. *Encyklika Evangelium vitae Ojca Świętego Jana Pawła II do biskupów, do kapłanów i diakonów, do zakonników i zakonnice, do katolików świeckich oraz do wszystkich ludzi dobrej woli o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego*. Tygodnik Katolicki „Niedziela”, 1995.
- [39] *Narodowy spis powszechny ludności i mieszkań 2011. 10: Struktura narodowo-etniczna, językowa i wyznaniowa ludności Polski*. Główny Urząd Statystyczny, 2015.
https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5670/22/1/1/struktura_narodowo-etniczna.pdf
- [40] Dębski R., *Klinika Położnictwa i Ginekologii CMKP, Szpital Bielański, Warszawa, „Antykoncepcja - metody zapobiegania niepożądaney ciąży”*, *Ginekol Pol.* 2007, 78, 834-841
- [41] Czerwińska-Osiptak A., Michalik A., Olszewska J., *Reperytorium z antykoncepcji*, *Miscellanea Anthropologica et Sociologica* 2013, 14 (2): 195-204
- [42] Hassoun, Danielle. « Méthodes de contraception naturelle et méthodes barrières. RPC contraception CNGOF. ” *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 2018), <https://www.em-consulte.com/article/1263537/methodes-de-contraception-naturelle-et-methodes-ba>.
- [43] Zgliczynska, Magdalena, i in. „Contraceptive Behaviors in Polish Women Aged 18-35-a Cross-Sectional Study”. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, t. 16, nr 15, lipiec 2019, s. E2723. *PubMed*, <https://doi.org/10.3390/ijerph16152723>.
- [44] Freundl, Günter, i in. „State-of-the-Art of Non-Hormonal Methods of Contraception: IV. Natural Family Planning”. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care: The Official Journal of the European Society of Contraception*, t. 15, nr 2, kwiecień 2010, s. 113–23. *PubMed*, <https://doi.org/10.3109/13625180903545302>.
- [45] Wolski H., *Wybrane aspekty działań niepożądanych złożonej doustnej antykoncepcji hormonalnej Selected aspects of oral contraception side effects”* *Ginekologia Polska*, 2014, 85, 944-949
- [46] Siwik E., „Wazektomia - książka dla mężczyzn i... ich partnerek” <https://www.wazektomia.com/ksiazka-6-co-to-jest-wazektomia>
- [47] *Tubal ligation - Mayo Clinic*. <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/tubal-ligation/about/pac-20388360>
- [48] „Vasectomy vs Tubal Ligation”. *Marie Stopes Vasectomy*, 22 lutego 2021, <https://www.vasectomy.org.au/faqs/vasectomy-vs-tubal-ligation/>.
- [49] *Co pobudza i obniża kobiece libido? – Raport badawczy*. | *Zdrowa ONA – specjalistyczny portal dedykowany zdrowiu kobiety*. <https://zdrowa-ona.pl/dla-mediow/ginekologia-media/antykoncepcja-media/co-warto-wiedziec-o-antykoncepcji-media/co-pobudza-i-obniza-kobiece-libido-raport-badawczy/>.
- [50] *Sustainable Development Report 2021*. <https://dashboards.sdgindex.org/>.
- [51] *European Contraception Policy Atlas - Poland*. European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights, <https://www.epfweb.org/node/745>.
- [52] „Atlas antykoncepcyjny 2020 - Polska znów na szarym końcu”, *Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny*, 16 października 2020, <https://federa.org.pl/atlas-antykoncepcyjny-2020/>
- [53] *European Contraception Policy Atlas - Poland*. European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights, źródło: <https://www.epfweb.org/node/89>
- [54] *Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny. Dz.U. 1997 nr 88 poz. 553* <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu19970880553>.
- [55] *Dziewanowska, Małgorzata, Więckiewicz, Karolina, Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny. Zdrowie i prawo: poradnik dla kobiet*. Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, 2016.
- [56] Charakterystyka produktu leczniczego Escapelle
- [57] Charakterystyka produktu leczniczego Ellaone
- [58] *Emergency Contraception*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>
- [59] „Emergency Contraceptives”. *European Medicines Agency*, 17 września 2018, <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/referrals/emergency-contraceptives>
- [60] *Komunikat prasowy Europejskiej Agencji Leków “EMA recommends availability of ellaOne emergency contraceptive without prescription”, 2014* https://www.ema.europa.eu/en/documents/press-release/ema-recommends-availability-ellaone-emergency-contraceptive-without-prescription_en.pdf



- [61] Moskal Anna, Analiza krytyczna rozszerzania zakresu podmiotowego i przedmiotowego klauzuli sumienia po wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 2015, *Przegląd Prawno-Ekonomiczny*, Nr 44/2 (3/2018), 212-227, https://www.kul.pl/files/1485/public/ppe_kwartalnik/ppe_44-2/ppe44.2_3.2018_14.pdf
- [62] Skąd wziąć „tabletkę po (antykoncepcję awaryjną)?” Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, <https://federa.org.pl/awaryjna-poradnik/>
- [63] Krzyżak, Sylwia. *Opinia kobiet z województwa małopolskiego na temat stosowania i dostępności antykoncepcji awaryjnej*. lipiec 2018. *ruj.uj.edu.pl*, <https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/handle/item/228131>.
- [64] A. Gołda, J. Dymek, A. Geisler i wsp. „Bezpieczeństwo pacjentów stosujących leki OTC - czy warto coś zmienić? Badanie opinii magistrów i studentów farmacji”, *Farm Pol*, 2018, 74 (8), 445-452, źródło: https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/144226/golda_dymek_skowron_et_al_bezpieczenstwo_pacjentow_stosujacych_leki_otc_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- [65] Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące postępowania w zakresie diagnostyki prenatalnej, *Ginekologia Polska* 2009, 80, 390-393: <https://www.ptgin.pl/sites/default/files/page-2019/Diagnostyka%20prenatalna%20%28kwiecień%202009%29.pdf>
- [66] *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135 <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20042102135>.
- [67] *Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*. Dz.U. 1993 nr 17 poz. 78 <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19930170078>.
- [68] *Program badań prenatalnych* <https://pacjent.gov.pl/program-profilaktyczny/program-badan-prenatalnych>
- [69] Prenatal detection rates charts and tables, *European Platform on Rare Disease Registration*. źródło: https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/eurocat/eurocat-data/prenatal-screening-and-diagnosis_en
- [70] Key Public Health Indicators tables, *European Platform on Rare Disease Registration*. źródło: https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/eurocat/eurocat-data/key-public-health-indicators_en
- [71] Badania prenatalne w Polsce, Raport Najwyższej Izby Kontroli, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,10793,vp,13126.pdf>
- [72] Part, Kai, i in. „Teenage Pregnancies in the European Union in the Context of Legislation and Youth Sexual and Reproductive Health Services”. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, t. 92, nr 12, grudzień 2013, s. 1395–406. *PubMed*, <https://doi.org/10.1111/aogs.12253>.
- [73] *Wyniki badań bieżących - Baza Demografia - Główny Urząd Statystyczny*. <https://demografia.stat.gov.pl/BazaDemografia/Tables.aspx> dostęp 23.05.2021
- [74] Contraception for adolescents and youth. Being responsive to their sexual and reproductive health needs and rights. Issue Paper. UNFPA i Guttmacher Institute, 2019, źródło: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/AY_Contraception_11Nov_UnfpaFonts_v2.pdf
- [75] Sully E. Biddlecom A. Darroch J. E i in. *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019*. lipiec 2020. <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019>, <https://doi.org/10.1363/2020.31637>.
- [76] Darroch, Jacqueline E., i in. *Adding It Up: Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents*. maj 2016. <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-meeting-contraceptive-needs-of-adolescents>.
- [77] „Jak wiele nastolatek zachodzi w ciążę? Sprawdzamy słowa Rzecznika Praw Dziecka” źródło: <https://konkret24.tvn24.pl/polska,108/jak-wiele-nastolatek-zachodzi-w-ciaze-sprawdzamy-slowa-rzeczniaka-praw-dziecka,947179.html> dostęp 23.05.2021
- [78] Sexual Education: what is its impact? Federal Centre for Health Education (BZgA), United Nations Population Fund (UNFPA), World Health Organization (WHO), 2016 źródło: https://oko.press/images/2019/05/Sexuality_education_Policy_brief_No_2.pdf
- [79] Standardy edukacji seksualnej w Europie. *Podstawowe zalecenia dla decydentów oraz specjalistów zajmujących się edukacją i zdrowiem Federalne Biuro ds. Edukacji Zdrowotnej (BZgA), Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy (WHO) i inni; 2012* źródło: https://spunk.pl/wp-content/uploads/2013/03/WHO_BZgA_Standardy_edukacji_seksualnej.pdf
- [80] *In the NEWS: Comprehensive Sex Education Reduces Teen Pregnancies*. http://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=800497&Journal_ID=54030&Issue_ID=800472. dostęp 23.05.2021
- [81] Limited Access: Europe’s Contraception Deficit. A white paper 2018: https://www.epfweb.org/sites/default/files/2020-05/786209755_epf_contraception-in-europe_white-paper_cco3_002.pdf
- [82] „The right to contraceptive information and services for women and adolescents” Center for Reproductive Rights, UNFPA, 2010, <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Contraception.pdf>
- [83] „Opieka ginekologiczna dla dziewcząt. Interwencja w NFZ”. *Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny*, 1 czerwca 2020, https://federa.org.pl/poradnie_dziewczeta/.



- [84] IFMSA Policy Document - Family Planning and Access to Contraception, 2019 <https://ifmsa.org/wp-content/uploads/2021/02/AM19-Family-Planning-and-Access-to-Contraception.pdf>
- [85] Kempiańska Urszula, *Nieletnie macierzyństwo - problem ogólnościowy*. Instytut Naukowo-Wydawniczy Maiuscula, 2017.
- [86] Meadows-Oliver, Mikki, i Lois Sadler. „Depression Among Adolescent Mothers Enrolled in a High School Parenting Program”. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, t. 48, nr 12, grudzień 2010, s. 34–41. *PubMed Central*, <https://doi.org/10.3928/02793695-20100831-04>.
- [87] Santos, Rita de Cássia Andrade Neiva, i in. „Realities and Perspectives of Adolescent Mothers in Their First Pregnancy”. *Revista Brasileira de Enfermagem*, t. 71, luty 2018, s. 65–72. *SciELO*, <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0444>
- [88] SmithBattle, Lee I. „Reducing the Stigmatization of Teen Mothers”. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, t. 38, nr 4, sierpień 2013, s. 235–41; quiz 242–43. *PubMed*, <https://doi.org/10.1097/NMC.0b013e3182836bd4>.
- [89] Foster, Diana Greene, i in. „Cost Savings From the Provision of Specific Methods of Contraception in a Publicly Funded Program”. *American Journal of Public Health*, t. 99, nr 3, marzec 2009, s. 446–51. *PubMed Central*, <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.129353>.
- [90] International Covenant on Civil and Political Rights, United Nations Human Rights, źródło: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>
- [91] European Convention on Human Rights, European Court of Human Rights, źródło: https://www.echr.coe.int/documents/convention_eng.pdf
- [92] Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej, Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej, źródło: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:12016P/TXT&from=DE>
- [93] *Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry*. Dz. U. 1997 Nr 28 poz. 152 <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19970280152>.
- [94] *Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej*. Dz. U. 2011 Nr 174 poz. 1039 <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20111741039>.
- [95] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.* Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483 <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19970780483>.
- [96] Declaration on Sexual Rights, World Association for Sexual Health <https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/Declaration-of-Sexual-Rights-2014-plain-text.pdf>
- [97] Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, New York, United Nations Human Rights, <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>
- [98] Przyrzeczenie lekarskie, źródło: https://nil.org.pl/uploaded_images/1574857770_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf
- [99] *NIL - Wnioski NRL do Trybunału Konstytucyjnego*. <https://nil.org.pl/aktualnosci/1517-wnioski-nrl-do-trybunalu-konstytucyjnego>
- [100] *NIL - Postępowanie zgodnie z sumieniem jest obowiązkiem lekarza – orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego w sprawie klauzuli sumienia*. <https://nil.org.pl/aktualnosci/1105-postepowanie-zgodnie-z-sumieniem-jest-obowiazkiem-lekarza-orzeczenie-trybunalu-konstytucyjnego-w-sprawie-klauzuli-sumienia>
- [101] Stanowisko zespołu prawnego ws. klauzuli sumienia, Federacja na Rzecz Kobiet i planowania rodziny, Warszawa, dnia 10 sierpnia 2017 r., https://federa.org.pl/wp-content/uploads/2017/08/stanowisko-Zespół_klauzula-sumienia.pdf
- [102] Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs, “Sexual and reproductive health rights and the implication of conscientious objection”, Parlament Europejski, 2018, źródło: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2018/604969/IPOL_STU\(2018\)604969_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2018/604969/IPOL_STU(2018)604969_EN.pdf)
- [103] Committee on Economic, Social and Cultural Rights, “Concluding observations on the sixth periodic report of Poland”, 7 October 2016, źródło: https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/E_C-12_POL_CO_6_25478_E.pdf
- [104] „Klauzula sumienia dla diagnostów laboratoryjnych?” źródło: <http://kzppmld.pl/2018-11-23-klauzula-sumienia-dla-diagnostow-laboratoryjnych/>