



**IFMSA-Poland**

Międzynarodowe Stowarzyszenie  
Studentów Medycyny



**SCORA**

Zdrowie i Prawa Reprodukcyjne,  
w tym HIV i AIDS

Sygn. 57/ZG/25

# **Stanowisko oficjalne IFMSA-Poland nt. dostępu do aborcji**

## **Wstęp**

Polska od 1993 r. ma jedno z najbardziej restrykcyjnych praw aborcyjnych w Europie. Wprowadzane w kolejnych latach ograniczenia spotykały się z masowym sprzeciwem społecznym. Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 r. niemal całkowicie zakazało aborcji, co potępiły m.in. Amnesty International, Center for Reproductive Rights oraz Parlament Europejski, wskazując na zagrożenie dla zdrowia publicznego i naruszenie praw człowieka. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) oraz Międzynarodowa Federacja Ginekologii i Położnictwa (FIGO) podkreślają, że restrykcyjne prawo nie zmniejsza liczby aborcji, lecz prowadzi do wzrostu tych wykonywanych w niebezpiecznych warunkach. Polska zajmuje ostatnie miejsce w Europie<sup>[26]</sup> pod względem dostępu do antykoncepcji, a brak rzetelnej edukacji seksualnej dodatkowo zwiększa liczbę nieplanowanych ciąży. To właśnie edukacja seksualna i dostęp do antykoncepcji realnie wpływają na liczbę niechcianych ciąży i zmniejszają potrzebę aborcji w sposób bardziej efektywny i bezpieczniejszy niż restrykcyjne prawo<sup>[27]</sup>.

## **Stanowisko IFMSA-Poland**

Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland, kierując się rzetelną wiedzą medyczną opartą na dowodach naukowych, stoi na stanowisku, że decyzja o kontynuacji lub przerwaniu ciąży powinna należeć do osoby ciężarnej, podejmowanej samodzielnie lub, w razie potrzeby, w porozumieniu z lekarzem\_ką. Jako przyszły personel medyczny sprzeciwiamy się penalizacji aborcji, gdyż wpisanie jej do Kodeksu Karnego prowadzi do „efektu mrożącego”<sup>[28]</sup>, skutkującego odmowami wykonania zabiegu z obawy przed konsekwencjami prawnymi. Prawo powinno przede wszystkim chronić zdrowie obywateli\_ek, nie zaś sumienia jednostek, dlatego popieramy działania zmierzające do liberalizacji przepisów aborcyjnych.

Dostrzegamy, że temat aborcji wzbudza wiele debat etycznych i religijnych, jednak jako stowarzyszenie zrzeszające studentów\_ki medycyny i młodych\_e lekarzy\_ki kierujemy się medycyną opartą na faktach. Kwestia dostępu do aborcji to nie tylko zagadnienie światopoglądowe, ale przede wszystkim problem zdrowia publicznego i praw człowieka. Jesteśmy przekonani, że każda decyzja w tym zakresie powinna być podejmowana indywidualnie przez osobę w ciąży bez presji społecznej czy prawnej ingerencji.

W związku z powyższym my, członkowie\_inie IFMSA-Poland, wzywamy:

- 1) Władze państwowe Rzeczypospolitej Polskiej, zarówno władzę ustawodawczą, jak i wykonawczą, do:
  - a) Zapewnienia zgodnych z prawami człowieka, wspierających ram prawnych i politycznych, które zagwarantują osobom zdolnym do zajścia w ciążę autonomię w zakresie zdrowia reprodukcyjnego oraz realny dostęp do bezpiecznej aborcji;



- b) Usunięcia przepisów penalizujących aborcję z Kodeksu Karnego oraz dekryminalizacji pomocy w jej przeprowadzeniu, co pozwoli wyeliminować „efekt mrożący” i przywróci aborcji status pełnoprawnej procedury medycznej;
- c) Zapewnienia powszechnej dostępności aborcji oraz innych usług zdrowia reprodukcyjnego poprzez stworzenie sprawnie funkcjonującego, odpowiednio dofinansowanego systemu ochrony zdrowia, który obejmuje finansowanie aborcji ze środków publicznych oraz eliminację barier finansowych i organizacyjnych utrudniających dostęp do świadczeń medycznych;
- d) Zagwarantowania dostępu do aborcji na różnych poziomach systemu ochrony zdrowia, w tym: w warunkach szpitalnych, w poradniach i placówkach ambulatoryjnych, z wykorzystaniem telemedycyny, w formie samodzielnej aborcji farmakologicznej zgodnie z aktualnymi wytycznymi WHO;
- e) Stworzenia systemu informacyjnego zapewniającego rzetelną, powszechnie dostępną i opartą na dowodach naukowych wiedzę na temat antykoncepcji i aborcji, w tym jej bezpieczeństwa, przebiegu i możliwości skorzystania z procedury w Polsce;
- f) Przeprowadzenia reformy edukacji seksualnej, uwzględniającej nowoczesne metody antykoncepcji oraz informacje o bezpiecznej aborcji oparte na dowodach naukowych, w celu zmniejszenia liczby nieplanowanych ciąż i zapewnienia młodzieży świadomego podejścia do zdrowia reprodukcyjnego;
- g) Dostosowania programów kształcenia na uczelniach medycznych tak, aby edukacja dotycząca aborcji była oparta na aktualnej wiedzy medycznej i traktowana jako standardowa procedura medyczna, a nie jedynie kwestia etyczna;
- h) Zapewnienia ochrony lekarzom i innym pracownikom ochrony zdrowia przeprowadzającym zabiegi aborcji oraz wykonującym badania i operacje prenatalne, w tym ochrony przed stygmatyzacją oraz odpowiedzialnością karną;
- i) Ujednolicenia przepisów dotyczących klauzuli sumienia tak, by nie ograniczała ona dostępu do kluczowych świadczeń z zakresu zdrowia reprodukcyjnego, w tym aborcji;
- j) Uwolnienia osób skazanych w wyniku restrykcyjnych przepisów aborcyjnych oraz zapewnienia im pełnej rehabilitacji prawnej;
- k) Traktowania aborcji nie jako przedmiotu politycznych debat, lecz jako fundamentalnego prawa człowieka i kluczowego elementu polityki zdrowotnej państwa.

2) Sektor ochrony zdrowia do:

- a) Traktowania aborcji jako standardowej procedury medycznej oraz zapewnienia pacjentom rzetelnych informacji o jej metodach i bezpieczeństwie, włączenia edukacji seksualnej, w tym wiedzy o antykoncepcji i bezpiecznej aborcji, do standardowej praktyki poradnictwa medycznego;
- b) Szanowania autonomii pacjentów w zakresie zdrowia reprodukcyjnego i zapewnienia im opieki wolnej od stygmatyzacji oraz przyjmowania przez personel postawy szacunku i neutralności wobec decyzji dotyczących aborcji;
- c) Eliminacji barier w dostępie do aborcji, w tym ograniczenia wpływu klauzuli sumienia na realizację praw pacjentów;
- d) Przeciwdziałania stygmatyzacji aborcji w środowisku medycznym oraz ochrony personelu medycznego przed dyskryminacją i represjami prawnymi;
- e) Dostosowania kształcenia na kierunkach medycznych i w ramach specjalizacji tak, aby aborcja była traktowana jako procedura medyczna, a przyszły personel medyczny posiadał rzetelną wiedzę na jej temat.



**IFMSA-Poland**

Międzynarodowe Stowarzyszenie  
Studentów Medycyny



**SCORA**

Zdrowie i Prawa Reprodukcyjne,  
w tym HIV i AIDS

3) Media publiczne i prywatne do:

- a) Niepromowania treści szerzących dezinformację, stygmatyzujących aborcję lub podsycających mowę nienawiści;
- b) Rzetelnego informowania o bezpieczeństwie aborcji, jej medycznych aspektach oraz konsekwencjach ograniczania dostępu do tego świadczenia;
- c) Traktowania aborcji jako fundamentalnego prawa człowieka, a nie elementu politycznej debaty.

4) Organizacje pozarządowe do:

- a) Promowania podejścia do zdrowia reprodukcyjnego opartego na dowodach naukowych i prawach człowieka;
- b) Wspierania autonomii osób w zakresie decyzji dotyczących zdrowia reprodukcyjnego oraz przeciwdziałania stygmatyzacji i naruszaniu ich godności;
- c) Aktywnej destygmatyzacji aborcji i uwzględniania jej wpływu na zdrowie psychiczne w debacie publicznej;
- d) Rzetelnej edukacji społeczeństwa na temat skutków ograniczenia dostępu do aborcji oraz metod jej bezpiecznego przeprowadzania i wspierania osób potrzebujących.

5) Członków\_inie IFMSA-Poland oraz każdego innego człowieka do:

- a) Aktywnego rzecznictwa na rzecz pełnego dostępu do usług zdrowia reprodukcyjnego, w tym edukacji seksualnej, antykoncepcji i aborcji, oraz przeciwdziałania ich ograniczaniu;
- b) Wspierania osób potrzebujących aborcji i przeciwdziałania jej stygmatyzacji poprzez działania edukacyjne i budowanie świadomości społecznej;
- c) Angażowania się w reformę edukacji medycznej, tak aby programy studiów obejmowały rzetelną, opartą na faktach naukowych wiedzę o aborcji jako procedurze medycznej;
- d) Promowania szacunku dla autonomicznych decyzji dotyczących zdrowia reprodukcyjnego i przeciwdziałania naruszaniu godności osób podejmujących takie decyzje.

## **Tło problemu**

Polska posiada jedno z najbardziej restrykcyjnych praw aborcyjnych w Europie. Obecnie instytucjonalne przerwanie ciąży możliwe jest jedynie w dwóch przypadkach: gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia osoby ciężarnej oraz gdy jest wynikiem czynu zabronionego, takiego jak gwałt lub kazirodztwo. Do 2020 r. istniała trzecia przesłanka, umożliwiająca aborcję w przypadku ciężkich i nieodwracalnych wad płodu, jednak 22 października 2020 r. Trybunał Konstytucyjny orzekł, że jest ona niezgodna z Konstytucją<sup>[4]</sup>. Decyzja ta ograniczyła dostęp do opieki zdrowotnej, wpływając negatywnie na osoby potrzebujące aborcji oraz personel medyczny.

Usunięcie tej przesłanki doprowadziło do gwałtownego spadku liczby zabiegów. Według oficjalnych statystyk w 2020 r. przeprowadzono 1076 aborcji w szpitalach, z czego blisko 98% była wykonana z powodu wskazań medycznych odnoszących się do płodu. Jednak po wyroku Trybunału liczby te spadły: w 2021 r. odnotowano zaledwie 107 takich zabiegów, w 2022 r. – 161, a w 2023 r. – 423<sup>[30]</sup>. Wiadomo jednak, że Fundacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny (FEDERA) w latach 2020–2023 wygzekwowała 2600 aborcji<sup>[31]</sup> wykonanych w ramach NFZ w polskich szpitalach.





Personel medyczny, obawiając się konsekwencji prawnych, rejestruje zabiegi pod inną procedurą. To pokazuje, jak restrykcyjne prawo aborcyjne nie tylko zagraża zdrowiu pacjentów, ale również stwarza atmosferę strachu i niepewności w środowisku ochrony zdrowia. Powyższe dane nie oddają rzeczywistej skali problemu – według raportu Women Help Women (WHW) w czasie od 22 października 2022 r. do 22 października 2023 r. ponad 46 000 osób<sup>[32]</sup> skorzystało z bezpiecznej aborcji farmakologicznej oraz chirurgicznej w zagranicznych klinikach. Nie można pominąć faktu, że część osób, pozbawionych dostępu do instytucjonalnej aborcji oraz rzetelnych informacji na jej temat, zmuszona jest do przerywania ciąży w niebezpiecznych warunkach, często przy użyciu niesprawdzonych metod. Brak edukacji i wsparcia sprawia, że zamiast skorzystać z bezpiecznych rozwiązań, takich jak aborcja farmakologiczna, podejmują działania niosące ryzyko powikłań, zagrażając swojemu zdrowiu i życiu.

Na tle Europy Polska jest jednym z nielicznych krajów, które nie gwarantują prawa do aborcji na życzenie. W większości państw Unii Europejskiej aborcja instytucjonalna jest możliwa do 12.–14. tygodnia ciąży, a w niektórych przypadkach dłużej. Badania WHO oraz Polskiego Towarzystwa Zdrowia Seksualnego i Reprodukcyjnego (PTZSR)<sup>[33]</sup> jasno wskazują, że restrykcyjne prawo aborcyjne nie zmniejsza liczby przeprowadzanych zabiegów. Co ważne, dostęp do instytucjonalnej aborcji nie wpływa wcale na zwiększone zapotrzebowanie na tego typu procedury, ale pozwala przede wszystkim zmniejszyć negatywne skutki zabiegów wykonywanych w nielegalny i często niebezpieczny dla zdrowia osoby ciężarnej sposób<sup>[7]</sup>. Nielegalna aborcja wiąże się z nawet z 30-krotnym wzrostem ryzyka śmierci czy też kilkukrotnie większym ryzykiem zakażenia w porównaniu do aborcji legalnej, przeprowadzonej w odpowiednich warunkach<sup>[8]</sup>. Z kolei rzetelna edukacja seksualna i dostęp do nowoczesnej antykoncepcji realnie zmniejszają liczbę niechcianych ciąż, co potwierdzają dane z krajów, które wdrożyły kompleksowe strategie w tym zakresie. Przykładem jest Finlandia, gdzie wprowadzenie bezpłatnej antykoncepcji dla osób poniżej 25. roku życia, w połączeniu z edukacją seksualną, przyczyniło się do spadku liczby nieplanowanych ciąż, a liczba aborcji w tej grupie wiekowej zmniejszyła się o 66% w latach 2000–2023<sup>[34]</sup>.

Aborcja farmakologiczna, przeprowadzana w warunkach domowych, jest najczęściej stosowaną i najłatwiejszą do wdrożenia metodą przerywania ciąży, szczególnie we wczesnym jej etapie. WHO uznaje ją za sprawdzoną, bezpieczną i skuteczną, przy stosowaniu rekomendowanych schematów lekowych. Osoby wykonujące aborcję samodzielnie powinny mieć dostęp do informacji o jej przebiegu i możliwości stosowania leków przeciwbólowych, jak i do placówek ochrony zdrowia w przypadku jakichkolwiek powikłań. Rekomendowaną kombinacją leków jest mifepriston i mizoprostol, jednakże dopuszczalna jest aborcja z użyciem samego mizoprostolu<sup>[35]</sup>. Zapewnienie możliwości samodzielnej aborcji w domu wiąże się ze zmniejszeniem obciążenia systemu ochrony zdrowia, obniża koszty świadczenia medycznego i ułatwia jego dostępność dla większej grupy osób. Kolejną bezpieczną metodą rekomendowaną przez WHO jest aborcja chirurgiczna. Przed 14. tygodniem ciąży zalecana jest aspiracja próżniowa, zaś po możliwa jest również metoda rozszerzenia szyjki i ewakuacji jamy macicy. Należy podkreślić, że metoda łyżeczkowania jest przedawnioną i zdecydowanie mniej bezpieczną metodą aborcji chirurgicznej, która nie powinna być stosowana, ponieważ ryzyko powikłań pozabiegowych jest 6 razy większe w porównaniu do metody próżniowej<sup>[33]</sup>.

W krajach, w których aborcja jest dostępna oraz monitorowana, na przykład w Stanach Zjednoczonych czy Wielkiej Brytanii, ponad 90% aborcji wykonuje się w I trymestrze, kiedy procedura ta jest obciążona najmniejszym ryzykiem zdrowotnym dla osoby jej poddawanej. Jedynie 1% wszystkich aborcji wykonywanych jest po 20. tygodniu ciąży ze względu na późniejsze wykrycie wad płodu i nieuleczalnych chorób<sup>[11]</sup>.



**IFMSA-Poland**

Międzynarodowe Stowarzyszenie  
Studentów Medycyny



**SCORA**

Zdrowie i Prawa Reprodukcyjne,  
w tym HIV i AIDS

Stąd też ograniczanie możliwości przeprowadzania aborcji do określonego tygodnia ciąży jest nieuzasadnione, ponieważ większość zabiegów odbywa się we wczesnym okresie ciąży, a przypadki późniejszych aborcji wynikają głównie z poważnych wskazań medycznych. Restrykcyjne limity czasowe nie wpływają na liczbę aborcji, a jedynie utrudniają dostęp osobom, które z przyczyn zdrowotnych lub diagnostycznych nie są w stanie podjąć decyzji wcześniej.

Dostęp do bezpiecznej i legalnej aborcji jest także uznawany za podstawowe prawo człowieka oraz istotny priorytet z zakresu zdrowia publicznego przez wielu liderów w dziedzinie zdrowia światowego, w tym Światową Organizację Zdrowia, Międzynarodową Federację Ginekologii i Położnictwa oraz Amnesty International. Jak podaje definicja WHO: „Podstawą praw reprodukcyjnych jest uznanie podstawowego prawa wszystkich par i jednostek do decydowania swobodnie i odpowiedzialnie o liczbie, odstępach czasowych i momencie sprowadzenia na świat dzieci, prawa do informacji, dostępu do środków, które to zapewniają, a także prawa do utrzymania najwyższego standardu zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego. Te prawa implikują również prawo wszystkich do podejmowania decyzji dotyczących ich reprodukcji w sposób wolny od dyskryminacji, przymusu i przemocy”<sup>[25]</sup>.

Komitet Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet (CEDAW) w swoim raporcie jednoznacznie stwierdził, że restrykcyjne prawo aborcyjne w Polsce prowadzi do poważnych i systemowych naruszeń praw człowieka<sup>[36]</sup>. W wyniku przeprowadzonego dochodzenia Komitet potwierdził, że brak instytucjonalnego dostępu do aborcji powoduje cierpienie fizyczne i psychiczne, które może być równoznaczne z nieludzkim i poniżającym traktowaniem. Podkreślono, że zmuszanie osób w ciąży do jej kontynuowania lub poszukiwania pozasystemowych rozwiązań, w tym konieczności wyjazdu za granicę w celu przerwania ciąży, stanowi poważne naruszenie ich autonomii i prawa do zdrowia. ONZ określiła swoje cele, m.in. ograniczenie śmiertelności związanej z ciążą i porodem, a także zapewnienie powszechnego dostępu do usług zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego jako część Sustainable Development Goals (Goal 3: Good Health and Well-Being). ONZ zwraca uwagę, że dostęp do bezpiecznej aborcji to jeden z elementów potrzebnych do zrealizowania tej misji<sup>[23, 24]</sup>.

Ograniczenie dostępu do zabiegów aborcji, z limitowaniem jej wyłącznie do dwóch określonych w ustawie przypadków, w sposób znaczący wpływa na wzrost liczby zabiegów aborcji wykonanych poza oficjalnym systemem opieki medycznej. Jednocześnie coraz więcej aborcji przeprowadzanych jest w ramach systemu ochrony zdrowia na podstawie przesłanki zagrożenia zdrowia, w tym zdrowia psychicznego osoby w ciąży<sup>[29]</sup>. W praktyce oznacza to, że osoby w niechcianej ciąży lub ciąży z wadami płodu pozbawione powszechnego dostępu do aborcji, mogą uzyskać pomoc medyczną poprzez wykazanie negatywnego wpływu ciąży na ich stan psychiczny. Należy wówczas przedstawić opinię/zaświadczenie od lekarza specjalisty z dziedziny psychiatrii. Ścisłe przepisy dotyczące aborcji nie sprawiają, że przestaje ona być wykonywana, lecz jedynie utrudniają do niej dostęp, zmuszając do szukania alternatywnych rozwiązań, często kosztem dodatkowego stresu, formalności oraz opóźnienia zabiegu.

W tym miejscu należy zaznaczyć, że według najnowszej wiedzy medycznej nie istnieje jednostka chorobowa taka jak „syndrom poaborcyjny”, a przeprowadzenie aborcji nie zwiększa ryzyka rozwoju zaburzeń psychicznych. Co więcej, po 5 latach od zabiegu 99% kobiet uważa, że terminacja ciąży była dobrą decyzją, a jako dominującą emocję wskazuje poczucie ulgi<sup>[11, 21]</sup>.

Jednym z kluczowych problemów jest brak kompleksowej edukacji na temat aborcji w systemie kształcenia medycznego. Brak nauki o metodach przerywania ciąży, poradnictwie oraz opiece okołaborcyjnej skutkuje niedostatecznym przygotowaniem kadry medycznej do zapewnienia kompleksowej opieki osobom w ciąży. Rekomendujemy uwzględnienie kompleksowej opieki okołaborcyjnej w programie studiów medycznych.





**IFMSA-Poland**

Międzynarodowe Stowarzyszenie  
Studentów Medycyny



**SCORA**

Zdrowie i Prawa Reprodukcyjne,  
w tym HIV i AIDS

Obecny program studiów obejmuje zagadnienia związane ze zdrowiem reprodukcyjnym, jednak temat aborcji poruszany jest głównie w kontekście etycznym, a nie jako standardowa procedura medyczna. Co więcej, temat aborcji często bywa przedstawiany przez pryzmat osobistych przekonań osób prowadzących zajęcia, zamiast opierać się wyłącznie na dowodach naukowych i medycznych standardach postępowania. Dostosowanie programu kształcenia do aktualnych standardów WHO i FIGO jest kluczowe, aby przyszły personel medyczny mógł świadczyć rzetelną pomoc, minimalizując ryzyko powikłań i poprawiając dostępność profesjonalnej opieki.

## **Wiedza studentów\_ek medycyny nt. aborcji**

W lutym i marcu 2025 r. została przeprowadzona ankieta dla kierunku lekarskiego nt. edukacji o aborcji w czasie studiów. Zgromadzonych zostało 239 odpowiedzi osób studiujących na polskich uczelniach medycznych.

Brak znajomości aktualnych przepisów dotyczących zdrowia reprodukcyjnego wśród przyszłych lekarzy\_ek może mieć poważne konsekwencje dla jakości opieki medycznej oraz prawa pacjentek do rzetelnej informacji. Wyniki ankiety pokazują, że jedynie 25% osób prawidłowo wskazało wszystkie obowiązujące przesłanki do instytucjonalnej aborcji w Polsce, co oznacza, że aż 75% respondentów nie zna aktualnych przepisów. Wielu respondentów zaznaczyło przesłankę zagrożenia życia osoby ciężarnej, pomijając możliwość przerwania ciąży również w przypadku zagrożenia zdrowia. Jest to niepokojące, ponieważ prawo jasno stanowi, że zarówno zagrożenie życia, jak i zdrowia, w tym psychicznego uprawnia do przeprowadzenia zabiegu aborcji.

Wyniki ankiety pokazują, że znaczna część studentów kierunków lekarskich nie posiada podstawowej wiedzy na temat praw pacjenckich w zakresie dostępu do informacji o aborcji oraz jej legalnych form w Polsce. Ponad połowa (57,7%) respondentów błędnie uważa, że przerwanie ciąży na własną rękę (np. za pomocą tabletek poronnych zamówionych przez internet) jest w Polsce nielegalne, 10% przyznaje się do niewiedzy. Niemal 55% nieprawidłowo twierdzi, że lekarz nie może legalnie poinformować pacjentki o możliwościach przeprowadzenia aborcji, a 26,4% osób zaznaczyło odpowiedź „nie wiem”.

Nasze zaniepokojenie budzi fakt, że większość edukacji na temat aborcji odbywa się na zajęciach z etyki lekarskiej oraz przedmiotach społecznych, zamiast na zajęciach klinicznych i medycznych. Takie podejście sprawia, że aborcja jest traktowana przede wszystkim jako zagadnienie etyczne, a nie procedura medyczna, co może prowadzić do niedostatecznego przygotowania przyszłych lekarzy do realnej opieki nad pacjentkami.

Taki stan rzeczy prowadzi do niezamierzonej dezinformacji pacjentek, ograniczania ich prawa do świadomej decyzji oraz odmawiania im należnych świadczeń medycznych. Braki w edukacji w tym zakresie mogą skutkować nie tylko nieprawidłowym doradztwem, ale także dalszym ograniczaniem dostępu do opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia reprodukcyjnego.

Aby zapewnić pacjentom\_kom kompleksową, zgodną z aktualną wiedzą medyczną opiekę, konieczne jest wprowadzenie do programu studiów lekarskich rzetelnych treści dotyczących aborcji jako procedury medycznej, a nie jedynie kwestii moralnej czy prawnej. Potwierdzają to wyniki ankiety, w której aż 85,8% studentów zadeklarowało, że na studiach powinno być więcej treści dotyczących aborcji. Taki wynik wskazuje na realną potrzebę edukacji w tym zakresie, która pozwoli przyszłym lekarzom świadczyć profesjonalną i zgodną ze standardami WHO oraz FIGO opiekę medyczną.



## **Autorzy\_ki:**

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

## **Bibliografia:**

[1] Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży.

<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19930170078>

[2] Centrum Badania Opinii Społecznej. Doświadczenia Aborcyjne Polek. BS/60/2013.

[https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K\\_o60\\_13.PDF](https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_o60_13.PDF)

[3] European Parliament resolution of 14 November 2019 on the criminalisation of sexual education in Poland. 2019/2891(RSP).2019. [dostęp: 05.04.2025 r.]

[https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2019-0058\\_EN.html](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2019-0058_EN.html)

[4] Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 r. Warszawa.

<https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2021000017501.pdf>

[5] United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. Abortion Policies and Reproductive Health around the World. 2014. ISBN 978-92-1-151521-3

<https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/AbortionPoliciesReproductiveHealth.pdf>

[6] Bearak et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. The Lancet Global Health. 2020; 8: e1152–61. DOI: /10.1016/S2214-109X(20)30315-6

[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(20\)30315-6.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(20)30315-6.pdf)

[7] Department of Reproductive Health and Research. World Health Organization. Preventing unsafe abortion. Evidence brief. 2019.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329887/WHO-RHR-19.21-eng.pdf?ua=1>

[8] Tyrer LB. Health benefits of legal abortion: an analysis. Plan Parent Rev. 1985;5(2):24-7. PMID: 12340404

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12340404/>

[9] Raymond EG, Grimes AD. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. Obstet Gynecol. 2012;119(2 Pt 1):215-9. PMID: 22270271. DOI: 10.1097/AOG.obo13e31823fe923.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22270271/>



**IFMSA-Poland**

Międzynarodowe Stowarzyszenie  
Studentów Medycyny



**SCORA**

Zdrowie i Prawa Reprodukcyjne,  
w tym HIV i AIDS

[10] World Health Organization. Abortion: Safety. 2020. [dostęp: 05.04.2025 r.]

<https://www.who.int/news-room/q-a-detail/abortion-safety>

[11] Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny. Fakty o aborcji. 2020. [dostęp: 05.04.2025]

[https://federa.org.pl/aborcja\\_fakty/](https://federa.org.pl/aborcja_fakty/)

[12] Devi G, Glodowski M, Shin E. AMWA Position Statement on Abortion and Reproductive Rights. Journal of Women's Health. 2009; 18(3):299-300. DOI: 10.1089=jwh.2008.1306.

<https://nybrain.org/wp-content/uploads/2019/01/AMWA-Abortion-and-Reproductive-Rights.pdf>

[13] Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. The Lancet Global Health. 2014; 2(6):E323-E333. DOI: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X.

[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/fulltext)

[14] Grimes AD, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE, Shah IH. Unsafe abortion: the preventable pandemic. The Lancet Sexual and Reproductive Health Series. 2006; 368 (9550). DOI: 10.1016/S0140-6736(06)69481-6

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673606694816>

[15] Haddad LB, Nour NM. Unsafe Abortion: Unnecessary Maternal Mortality. Rev Obstet Gynecol. 2009 Spring; 2(2): 122–126. PMID: 19609407.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2709326/>

[16] Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny. Dostęp do Aborcji – Poradnik. 2021. [dostęp: 05.04.2025 r.]

<https://federa.org.pl/aborcja-poradnik/>

[17] United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. Mandates of the Working Group on the issue of discrimination against women in law and in practice; the Special Rapporteur on Torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health; Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities and the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences.

<https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WG/AmicusBrazil.pdf>

[18] American Psychological Association. Abortion and Mental Health. 2008. [aktualizowana w czerwcu 2018 r.; dostęp: 05.04.2025 r.]

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

[19] PTSD UK. Birth Trauma and Post Natal PTSD. [dostęp: 05.04.2025 r.]

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





**IFMSA-Poland**

Międzynarodowe Stowarzyszenie  
Studentów Medycyny



**SCORA**

Zdrowie i Prawa Reprodukcyjne,  
w tym HIV i AIDS

[20] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.

<https://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/kon1.htm>

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

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

[22] Ministerul Sănătății. Mortalitatea Maternă În România. 2021.

[https://insp.gov.ro/download/cnsisp/Fisiere-de-pe-site-CNSISP/mortalitatea\\_materna/Mortalitatea-materna-in-Romania-2021.pdf](https://insp.gov.ro/download/cnsisp/Fisiere-de-pe-site-CNSISP/mortalitatea_materna/Mortalitatea-materna-in-Romania-2021.pdf)

[23] Ipas. Women's Access to Safe Abortion in the 2030 Agenda for Sustainable Development: Advancing Maternal Health, Gender Equality, and Reproductive Rights. 2020.

<https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2020/07/SDAFCTE15-2030AgendaforSustainableDevelopment.pdf>

[24] The 17 Goals | Sustainable Development Goals. United Nations Department of Economic and Social Affairs. [dostęp: 05.04.2025 r.]

<https://sdgs.un.org/goals/>

[25] UNFPA. Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13. September, 1994. 2004. ISBN: 0-89714-696-4

[https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA\\_en.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf)

[26] Contraception Policy Atlas, Europe. European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights. 2025. [dostęp: 05.04.2025 r.]

[https://www.epfweb.org/sites/default/files/2025-02/CCInfoEU\\_A3\\_EN\\_2025\\_FEB14%20BIS\\_o.pdf](https://www.epfweb.org/sites/default/files/2025-02/CCInfoEU_A3_EN_2025_FEB14%20BIS_o.pdf)

[27] World Health Organization; Fact sheets; Abortion. 2024. [dostęp: 05.04.2025 r.]

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>

[28] „Aborcja – najważniejsze fakty”. Amnesty International. [dostęp: 05.04.2025 r.]

<https://www.amnesty.org.pl/aborcja-najwazniejsze-fakty/>

[29] „Zagrożenie dla zdrowia psychicznego matki – przesłanką legalnego przerwania ciąży”. Odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia i Rzecznika Praw Pacjenta. 2023 r. [dostęp: 05.04.2025 r.]

<https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-aborcja-zdrowie-psychiczne-matki-mz-rpp-odpowiedzi>

[30] „Drastycznie zaniżone dane. Oficjalnie tylko 161 kobiet przerwało ciążę w 2022 roku. To fałsz”. 2023 r. [dostęp: 05.04.2025 r.]

<https://oko.press/161-tyle-kobiet-oficjalnie-przerwalo-ciaze-w-ostatnim-roku>

[31] „Aborcja w Polsce przez ostatnie 3 lata” (2020–2023). Statystyki Fundacji FEDERA. [dostęp: 05.04.2025 r.]

<https://federa.org.pl/wp-content/uploads/2023/11/Raport-FEDERA-22-X.pdf>



**IFMSA-Poland**

Międzynarodowe Stowarzyszenie  
Studentów Medycyny



**SCORA**

Zdrowie i Prawa Reprodukcyjne,  
w tym HIV i AIDS

[32] „Nowy raport Aborcji Bez Granic: W ciągu ostatnich trzech lat (od wyroku TK) Aborcja Bez Granic pomogła łącznie ponad 125 tysiącom osób z Polski w dostępie do bezpiecznej aborcji”. 2023 r. [dostęp: 05.04.2025 r.]

<https://womenhelp.org/pl/page/1577/nowy-raport-aborcji-bez-granic-w-ciagu-ostatnich-trzech-lat-od-wyroku>

[33] „Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Zdrowia Seksualnego i Reprodukcyjnego w zakresie aborcji”. Warszawa, 2024 r.

<https://www.termedia.pl/f/f/3345a64bd15d5e7bed0d9dd404edbf7.pdf>

[34] „Aborcje wśród młodych kobiet w Finlandii spadły o 66 proc.”. 2024 r. [dostęp: 05.04.2025 r.]

<https://politykazdrowotna.com/artukul/bezplatna-antykoncepcja-n1248767>

[35] FIGO. (2023). Mifepristone & Misoprostol and Misoprostol Only Dosing Charts. [dostęp: 05.04.2025 r.]

<https://www.figo.org/figo-mifepristone-misoprostol-and-misoprostol-only-dosing-charts-2023>

[36] „Komitet ONZ: Polskie prawo aborcyjne powoduje poważne i ciągłe naruszenia praw człowieka”. 2024 r. [dostęp: 05.04.2025 r.]

<https://federa.org.pl/komitet-onz/>

