

Plany prokreacyjne i stosowanie antykoncepcji przez Polaków w wieku reprodukcyjnym

Zbigniew Izdebski¹, Krzysztof Wąż²

¹ Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii, Wydział Pedagogiczny, Uniwersytet Warszawski, Warszawa; ² Katedra Seksuologii, Poradnictwa i Resocjalizacji, Wydział Pedagogiki, Psychologii i Socjologii, Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra

Adres do korespondencji: Zbigniew Izdebski, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii, Wydział Pedagogiczny, Uniwersytet Warszawski, 00-561 Warszawa, ul. Mokotowska 16/20, tel. 22 55 308 00, z.izdebski@ips.uz.zgora.pl

Abstract

Procreation plans and use of contraception by Poles in reproductive age

The paper attempts to show the relationship between reproductive plans of Poles in reproductive age and their use of methods of preventing pregnancy. There has been carried out a reinterpretation of the results of a sexuality study from 2011 of a representative sample of 3206 adult Poles. There have also been used some of the results obtained in the previous edition of the survey, realised in 2005. It has been established, among other things, that almost half of the respondents plan to have another child in the future; the reproductive plans of the respondents have been differed by many socio-demographic variables as well as variables describing being in a relationship and sexual activity of the respondents; nearly three quarters of respondents who started a regular sex life used some method of contraception; there has been a favourable change in the use of methods of preventing pregnancy – hormonal medicines and condoms are used more frequently; unreliable methods (natural methods and coitus interruptus) are still relatively frequently used; there has been a radical reduction in concerns about unplanned procreation.

Key words: contraception, fertility, procreation plans, reproductive health

Słowa kluczowe: antykoncepcja, dzietność, plany prokreacyjne, zdrowie reprodukcyjne

Wstęp

Problem dzietności, planów prokreacyjnych i w oczywisty sposób z nim związana kwestia stosowania antykoncepcji są bardzo ważnymi wymiarami zdrowia reprodukcyjnego człowieka. Zdrowie reprodukcyjne jest bowiem fizycznym, psychicznym i społecznym dobrostanem we wszystkich sprawach związanych z systemem reprodukcji, co oznacza, że ludzie są w stanie prowadzić satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne, płodzić dzieci oraz w sposób swobodny decydować, czy, kiedy i ile ich posiadać [1]. Zdrowie reprodukcyjne jest składową zdrowia seksualnego [2], które – według WHO – jest zespołem biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego, koniecznych

do pozytywnego rozwoju osobowości człowieka, komunikacji i miłości. Wymaga pozytywnego i pełnego szacunku podejścia do seksualności oraz związków seksualnych, jak również do możliwości posiadania dających przyjemność i bezpiecznych doświadczeń seksualnych; powinno być wolne od przymusu i dyskryminacji [3].

Problem związków planów prokreacyjnych, dzietności, rodzicielstwa, a także niepłodności i procedur leczniczych z nią związanych (zapłodnienie *in vitro*, naprotechnologia) ze stosowaniem antykoncepcji oraz aborcją ma liczne społeczne, medyczne, psychologiczne, etyczne, ekonomiczne, jak również polityczne oraz ideologiczne uwarunkowania i wymaga podjęcia rozległych, interdyscyplinarnych studiów. W niniejszym opracowaniu powzięto próbę ukazania związków pomiędzy planami

prokreacyjnymi Polaków w wieku reprodukcyjnym a stosowaniem przez nich metod zapobiegania ciąży, w której poddano reinterpretacji wyniki badań seksualności tej kategorii osób zrealizowane w 2011 roku.

■ Plany prokreacyjne, dzietność i antykoncepcja

Udany związek, rodzina i dzieci są od lat jednymi z najważniejszych wartości w życiu Polaków. W badaniach CBOS zrealizowanych w latach 1996–2012 niemal wszyscy respondenci w wieku reprodukcyjnym (od 18 do 44 lat) deklarowali chęć posiadania potomstwa. Najwyższy odsetek osób deklarujących, że nie chcą mieć dzieci, wyniósł 5%. We wszystkich edycjach tych badań nieco ponad połowa respondentów chciałaby mieć dwoje dzieci, na troje wskazało od 17 do 23%, jedno dziecko chciało mieć od 9 do 12%. Odsetek osób, które nie deklarywały planów prokreacyjnych, nie przekroczył 5% [4]. Tak więc Polacy chcą mieć dzieci, choć plany te są zróżnicowane [5].

Można także mówić o dużych różnicach pomiędzy dzietnością planowaną a zrealizowaną [6, 7]. Sytuacja w Polsce jest w tym zakresie podobna do obserwowanej wcześniej w krajach rozwiniętych, w których znacznemu zmniejszeniu liczby urodzeń towarzyszyła tzw. *fertility gap*, czyli różnica między pożądaną a faktycznie posiadaną liczbą dzieci, co potwierdzało, że część planów prokreacyjnych nie jest realizowana [5]. W Polsce obserwuje się to zwłaszcza w ostatnim ćwierćwieczu. Po boomie urodzin dzieci występującym w okresie po drugiej wojnie światowej, zwłaszcza w latach 50. ubiegłego wieku, już w połowie lat 60. następował spadek dzietności, a od lat 90. możemy mówić o kryzysie demograficznym. Dobrze oddają ten proces wielkości współczynnika dzietności teoretycznej TFR (*total fertility rate*), który określa liczbę urodzonych dzieci przypadających na jedną kobietę w wieku rozrodczym (15–49 lat). W latach 60. ubiegłego wieku wyraźnie spadał, ale utrzymywał się jeszcze na poziomie gwarantującym prostą zastępowalność pokoleń (2,1). Jednak w latach 1990–2014 możemy już mówić o wyraźnym kryzysie demograficznym, współczynnik TFR przyjmuje wartości poniżej 2, a w latach 2002–2006 najniższy rejestrowany poziom w historii – poniżej 1,3 [8]. Po pewnym wzroście współczynnika w latach 2009 i 2010 (1,4) obserwujemy pewien spadek jego wartości (2014 – 1,3). Tak więc sytuacja jest nadal niezadowolająca.

W literaturze przedmiotu można odnaleźć wiele prób wyjaśnienia zmian postaw wobec prokreacji oraz różnicy pomiędzy dzietnością planowaną a zrealizowaną. Najczęściej przywołuje się przy tym teorię drugiego przejścia demograficznego, w ramach której próbuje się wyjaśniać zmiany w obrębie dzietności, wskazując na: spadek współczynnika dzietności ogólnej, opóźnienie wieku zawierania małżeństw i wzrost średniego wieku zawarcia pierwszego małżeństwa, opóźnianie urodzenia pierwszego dziecka, spadek płodności młodych kobiet, rozpowszechnienie się kohabitacji przedmałżeńskiej i powstrzymywanie się z zawarciem małżeństwa do czasu zajścia partnerki w ciążę, wzrost liczby urodzeń

pozamałżeńskich, zwiększenie się zakresu dobrowolnej bezdzietności oraz stabilizację dzietności poniżej prostej zastępowalności pokoleń [9]. Zawyżone deklaracje odnoszące się do planów prokreacyjnych mogą wynikać z: oddziaływania czynników normatywnych (model rodziny z dwójką dzieci jako „właściwy”), oczekiwań rodziny co do roli dzieci w gospodarstwie domowym, z realizacji indywidualnych preferencji partnerów w odniesieniu do rodzicielstwa, czynników instytucjonalnych (dostępność opieki przedszkolnej), sytuacji na rynku pracy oraz wymienności między liczbą potomstwa a zaspokajaniem aspiracji materialnych gospodarstw domowych i potrzeb konsumpcyjnych [10].

W innych opracowaniach wskazuje się na czynniki zewnętrzne, związane z oddziaływaniem szeroko rozumianych determinant społecznych, kulturowych, politycznych i ekonomicznych, oraz wewnętrzne, dotyczące intymnej, emocjonalnej i pierwotnej natury rodziny i jej egzystencji [11]. Wieloaspektowe analizy czynników determinujących płodność Polek w okresie po transformacji ustrojowej, uwzględniające czynniki polityczne, ekonomiczne oraz kulturowe, pozwalają na wskazanie wielu uwarunkowań na trzech poziomach analizy: makro, mezo i mikro. Na poziomie makro konflikt strukturalny dotyczy: procesów zmian w systemach produkcji (gospodarka wolnorynkowa, polaryzacja dochodów, nowoczesny rynek pracy, wzrost konsumpcjonizmu, wzrost stopy zwrotu z edukacji, wzrost mobilności) oraz procesów zmian w systemie reprodukcji (likwidacja części instytucji państwa opiekuńczego, emancypacja kobiet, nietrwałość związków małżeńskich oraz upowszechnienie skutecznej antykoncepcji). Na poziomie mezo konflikt strukturalny dotyczy: podziału władzy i obowiązków na rynku pracy (aktywizacja zawodowa kobiet, równe wymagania wobec kobiet i mężczyzn oraz luka płacowa) i podziału władzy i obowiązków w rodzinie (wysokie koszty pośrednie i bezpośrednie posiadania dzieci, zmiana kierunku transferów międzypokoleniowych, nierówny podział obowiązków między partnerami, próby negocjacji tradycyjnych wzorców partnerstwa). Na poziomie mikro występuje konflikt ról – zawodowej i rodzinnej [8, 12, 13]. Rzadko uwzględnia się w tych analizach rolę czynników biologicznych. Tymczasem rosnący odsetek kobiet bezdzietnych w wieku 40 lat wynika także z pojawienia się problemów z zajściem w ciążę z uwagi na spadek potencjału prokreacyjnego bądź zbyt późną diagnozę bezpłodności [14].

Jedną ze specyficznych cech seksualności człowieka jest podejmowanie aktywności seksualnej nie tylko w celu dążenia do prokreacji, ale także uzyskania satysfakcji seksualnej czy manifestacji uczuć do partnera [15]. Stąd ludzie od wieków dążyli do wyeliminowania, a przynajmniej ograniczenia możliwości zajścia kobiety w ciążę w sytuacjach, w których tego sobie nie życzyli. Rzeczywiste oddzielenie prokreacji od aktywności seksualnej stało się jednak możliwe dopiero dzięki poznaniu cyklu miesięcznego i okresów płodnych i niepłodnych kobiety oraz wprowadzeniu skutecznych metod zapobiegania ciąży. Antykoncepcja to wszelkiego rodzaju działanie, które ogranicza lub zmienia naturalną zdolność rozrodczą.

W Polsce na postawy wobec stosowania antykoncepcji bardzo duży wpływ miały i nadal mają nauki Kościoła katolickiego, regulacje prawne, niedostatki w socjalizacji seksualnej realizowanej w rodzinach oraz niedostatecznie efektywna edukacja seksualna w tym zakresie prowadzona w szkole.

Doktryna katolicka przyjmuje, że akt płciowy nie powinien być podejmowany bez uwzględnienia możliwości prokreacji. Stąd antykoncepcja jest traktowana jako grzech, dopuszcza się jedynie abstynencję seksualną, a w małżeństwie stosowanie tzw. metod naturalnego planowania rodziny (kalendarzyka małżeńskiego, metody objawowo-termicznej). Takie stanowisko Kościoła budzi głębokie rozterki i dylematy moralne wśród osób wierzących, mimo że sfera chrześcijańskiej etyki seksualnej jest bardziej sferą wartości uznawanych niż odczuwanych i rzeczywiście realizowanych [16].

W Polsce po drugiej wojnie światowej, do transformacji ustrojowej roku 1989, możemy mówić o małej znajomości środków antykoncepcyjnych, dużej skali nie stosowania jakichkolwiek środków, korzystaniu z metod o dużej zawodności (kalendarzyk małżeński, stosunek przerywany), dużym deficycie środków antykoncepcyjnych na rynku farmaceutycznym [17], a także o bardzo dużej skali aborcji, która – przy tych uwarunkowaniach – była dla wielu osób jedynym rozwiązaniem w sytuacji zaistnienia nieplanowanej ciąży [18, 19]. Polska nie była pod tym względem wyjątkiem. Obniżanie wieku inicjacji seksualnej, brak edukacji seksualnej i niedostateczna dostępność środków antykoncepcyjnych, zwłaszcza dla młodzieży, powodowały, że wskaźniki dotyczące aborcji w krajach Europy Środkowo-Wschodniej były wyższe niż w krajach Europy Zachodniej [20]. Sytuacja pod wieloma względami uległa zmianie po roku 1989. W 1993 roku uchwalono ustawę o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, która ograniczyła możliwości przerywania ciąży do trzech sytuacji: gdy jest ona wynikiem czynu zabronionego, stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia matki oraz gdy przesłanki medyczne wskazują na ciężkie i nieodwracalne uszkodzenie płodu (Ustawa z dnia 27 kwietnia 1996 roku dopuszczała przerywanie ciąży, gdy przemawiały za tym wskazania lekarskie, trudne warunki życiowe oraz gdy zachodziło podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku przestępstwa – w praktyce na prośbę ciężarnej) [21]. Nowe regulacje prawne nie przyczyniły się do wzrostu dzietności i doprowadziły do ukształtowania się podziemia aborcyjnego, to znaczy nielegalnego przerywania ciąży w gabinetach ginekologicznych oraz podawania środków farmakologicznych i wczesnoporonnych, a także do rozwoju tzw. turystyki aborcyjnej [22]. Częściowa penalizacja aborcji nie pozwala także na rzetelne operowanie statystykami. Według oficjalnych danych podawanych przez Ministerstwo Zdrowia w 2014 roku przeprowadzono w Polsce 977 legalnych aborcji [23]. NFZ w tym samym roku zarejestrował 1812 zabiegów przerywania ciąży, które podlegały refundacji [24]. Od 2002 roku liczba rejestrowanych przerwania ciąży wzrosła czterokrotnie, głównie za sprawą powiększającej się z roku na rok liczby zabiegów uzasadnionych wynika-

mi badań prenatalnych. W 2002 roku wykonano ogółem 159 aborcji, w tym 82 w wyniku badań prenatalnych, 71 z powodu zagrożenia życia lub zdrowia matki, 6 w wyniku czynu zabronionego, podczas gdy w 2011 roku na 669 aborcji 620 wykonano z powodu badań prenatalnych i 49 z powodu zagrożenia zdrowia czy życia matki [25].

Rzeczywista skala aborcji w Polsce, ze względu na restrykcyjne przepisy prawne, jest trudna do oszacowania. Organizacje pozarządowe, takie jak Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, szacują, że przeprowadza się ich ponad 100 tysięcy rocznie [22]. Jednak nowe regulacje prawne ograniczyły omawiane zjawisko. Z badań przeprowadzonych w 2013 roku przez CBOS wynika, że odsetek kobiet przerywających ciążę jest wyższy w starszych grupach wiekowych – szczególną granicę wyznaczają 35-latk, czyli respondentki, które weszły w wiek rozrodczy na krótko przed zaostrzeniem prawa aborcyjnego. Kobiety młodsze decydowały się na aborcję prawie trzykrotnie rzadziej niż kobiety mające 35 lat i więcej (13% wobec 36%, największy odsetek dokonanych aborcji dotyczy kobiet w przedziale od 55 do 64 lat – 42%) [25].

Warto podkreślić, że Polacy mają coraz bardziej pozytywny stosunek do stosowania antykoncepcji. W badaniach CBOS wzrasta liczba respondentów akceptujących używanie środków antykoncepcyjnych. Jednocześnie następuje wzrost krytycyzmu wobec przerywania ciąży [26]. Po 1989 roku w znaczący sposób wzrosła także dostępność środków antykoncepcyjnych. Przyjęto akty prawne regulujące kwestię zapewnienia poradnictwa antykoncepcyjnego oraz środków antykoncepcyjnych, wskazania środków refundowanych (obecnie w Polsce na liście leków refundowanych znajduje się 7 rodzajów leków posiadających właściwości lecznicze z działaniem antykoncepcyjnym). Ustawowo uregulowano także obowiązek posiadania na stanie aptek produktów leczniczych (antykoncepcji hormonalnej) w ilości i asortymencie niezbędnym do zaspokojenia potrzeb [27, 28]. Można jednak nadal mówić o utrudnieniach w dostępie do nowoczesnych środków antykoncepcyjnych – na przykład tabletki antykoncepcyjne są sprzedawane jedynie na receptę, a ich cena jest dla niektórych kobiet za wysoka, zwłaszcza jeśli łączy się z wizytą w prywatnym gabinecie ginekologicznym. W przypadku dostępności środków antykoncepcyjnych dla dziewcząt mamy obecnie w Polsce do czynienia z niespójnymi uregulowaniami prawnymi. Od kwietnia 2015 roku, w związku z koniecznością dostosowania polskiego prawa do dyrektywy Komisji Europejskiej, obowiązuje rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie wydawania z aptek produktów leczniczych, które stanowi, że „hormonalne środki antykoncepcyjne do stosowania wewnętrznego, posiadające kategorię dostępności OTC, wydaje się bez recepty osobie, która ukończyła 15. rok życia” [29]. Do tej kategorii produktów należy ellaOne – produkt antykoncepcyjny przeznaczony do stosowania w przypadkach nagłych, na przykład gdy stosowana antykoncepcja zawiodła. Jednocześnie dziewczyna, która nie ukończyła 18. roku życia, nie może nabyć w aptece pigułek hormonalnych – aby dostać na nie receptę, musi udać się do ginekologa w towarzystwie rodzica lub prawnego opiekuna.

Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z 1993 roku zobowiązała także władze państwowe do wprowadzenia do programów nauczania szkolnego wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji. Obecny kształt edukacji seksualnej w Polsce – realizacja zajęć edukacyjnych wychowania do życia w rodzinie – wzbudza wiele gorących, nacechowanych ideologicznie polemik. Status tych zajęć, ich organizacja, kształt podstawy programowej, dobór nauczycieli, a zwłaszcza treści umieszczone w podręcznikach nie pozwalają na pozytywną ocenę jej efektywności [30]. Dotyczy to zwłaszcza problemu stosowania antykoncepcji. Świadczą o tym rezultaty pomiaru wiedzy uczniów. W badaniach Instytutu Badań Edukacyjnych (IBE) z 2015 roku, zrealizowanych na reprezentatywnej próbie osiemnastolatków, w przypadku pytań na temat płodności i antykoncepcji uzyskano silnie zróżnicowany poziom poprawnych odpowiedzi. Co prawda większość respondentów potrafiła wskazać główną zasadę działania prezerwatywy, lecz tylko mniej niż połowa z nich umiała przyporządkować taką zasadę środkom hormonalnym, a mniej niż jedna trzecia spirali wewnątrzmacicznej. Poprawne wskazania w odniesieniu do stwierdzeń „Kobieta może zająć w ciążę już po pierwszym stosunku seksualnym” oraz „Po stosunku seksualnym odbywanym na stojąco nie zachodzi się w ciążę” podała zdecydowana większość badanych (odpowiednio – około 90% i 80%). Jednak pomimo tego że na zajęciach wychowania do życia w rodzinie relatywnie dużo czasu poświęca się metodom planowania rodziny, tylko 41% młodych kobiet i zaledwie 22% mężczyzn wiedziało, że nieprawdziwa jest teza „U większości kobiet największe prawdopodobieństwo zajścia w ciążę jest tuż po miesiączce”. Szczególnie niepokojący jest wysoki odsetek osiemnastolatków udzielających niepoprawnych odpowiedzi w tym bloku pytań (np. ponad jedna trzecia badanych postrzega stosunek przerywany jako skuteczną metodę zapobiegania ciąży) [31]. Jest to niepokojące, tym bardziej że w Polsce obserwujemy ciągły wzrost odsetka młodzieży po inicjacji seksualnej. O ile w 1990 roku w badaniach *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) stwierdzono, że w grupie osiemnastolatków 36% chłopców i 18% dziewcząt deklarowało odbycie inicjacji seksualnej [32], o tyle w 2010 roku twierdziło już tak 45% chłopców i 38% dziewcząt [33], a w najnowszych badaniach, zrealizowanych przez IBE w 2015 roku, takie deklaracje uzyskano od 53% chłopców oraz 48% dziewcząt [31].

■ Materiał i metoda

W niniejszym opracowaniu poddano reinterpretacji wyniki badań przeprowadzonych w 2011 roku na reprezentatywnej próbie 3206 dorosłych Polaków. Była to kolejna, czwarta edycja ogólnopolskich badań Zbigniewa Izdebskiego dotyczących seksualności Polaków. Badaną populację stanowili mieszkańcy Polski w wieku 15–59 lat. Dobór próby miał charakter losowo-kwotowy.

W badaniu połączono dwie techniki zbierania danych: bezpośredni wywiad prowadzony przez przeszkolonego ankietera z respondentem i samodzielnie wypełnianą ankietę. W poniższych analizach uwzględnione zostały odpowiedzi 2467 respondentów w wieku 15–49 lat, kobiety stanowiły 49,4%, mężczyźni 50,1% badanych. Wykorzystano także wybrane rezultaty uzyskane w poprzedniej edycji tych badań, zrealizowanej w 2005 roku. Zastosowano w niej takie same techniki badawcze i sposób doboru próby. Próbę badawczą stanowiło 3200 osób w wieku reprodukcyjnym (15–49 lat), w tym 49,6% kobiet i 50,4% mężczyzn.

Do ustalenia, czy istnieją związki pomiędzy zmiennymi, wykorzystano metodę identyfikacji pól znaczących w tablicach dwuwymiarowych. Wyliczenie dla każdego pola tabeli wartości funkcji odstępstw pozwoliło (przy ustalonym poziomie istotności) na stwierdzenie, które pola tablicy są znaczące, tzn. ich liczebności istotnie statystycznie różnią się od liczebności oczekiwanych, przy założeniu niezależności cech [34].

■ Wyniki

Badane osoby w wieku reprodukcyjnym spytano o to, czy planują mieć w przyszłości dzieci. Wskazania respondentów pozwalają mówić o zróżnicowanym obrazie ich planów prokreacyjnych. Niemal połowa badanych (48,3%) planuje w przyszłości rodzicielstwo, w tym 24,1% jest tego pewna. Jednak niewiele mniejsza grupa respondentów (40,8%) nie planuje mieć w przyszłości dzieci, dominują przy tym odpowiedzi osób, które nie mają co do tego wątpliwości (23,4%). Co piąty respondent nie potrafił odnieść się do tego pytania, a co setny (23 osoby) nie ma planów prokreacyjnych, gdyż nie może mieć dzieci ze względów zdrowotnych (**Tabela I**).

Uzyskany obraz planów prokreacyjnych różni się znacząco, na niekorzyść, od przytoczonych wcześniej deklaracji respondentów w badaniach potrzeb prokreacyjnych oraz preferowanego i realizowanego modelu rodziny, realizowanych między innymi przez CBOS. Być może zaważyło na tym umieszczenie pytania o chęć posiadania dzieci w kontekście innych pytań dotyczących pozostawania w związku i aktywności seksualnej. Wydaje się, że deklaracje osób badanych dotyczące planów prokreacyjnych są w takiej sytuacji bardziej realistyczne. Respondenci, zwłaszcza starsi, w mniejszym stopniu traktują swoje deklaracje jako wskazania preferowanych wartości, bardziej odnoszą je do obrazu swoich relacji w aktualnym związku.

Respondenci, którzy w przyszłości zdecydowanie chcą mieć dzieci, to częściej: osoby, które nie mają dzieci (44%); osoby młodsze, w wieku 15–17 lat (46%), 18–24 lata (50%), 25–29 lat (37%); osoby stanu wolnego (41%); osoby, które nigdy nie były w stałym związku (40%); osoby niepozostające obecnie w związku (34%); osoby pozostające w związku kohabitacyjnym (33%).

Respondenci, którzy w przyszłości zdecydowanie nie chcą mieć dzieci, to częściej: osoby, które mają dzieci powyżej 18. roku życia (72%) oraz do 18. roku życia (34%); osoby najstarsze w próbie, w wieku 40–49 lat

Czy planuje Pan(i) mieć w przyszłości dzieci?	Płeć		Ogółem N = 2467
	Kobiety N = 1219	Mężczyźni N = 1147	
	%	%	%
zdecydowanie tak	23,4	24,7	24,1
raczej tak	20,3	28,0	24,2
raczej nie	17,7	17,0	17,4
zdecydowanie nie	29,4	17,6	23,4
trudno powiedzieć	7,4	11,4	9,4
odmowa odpowiedzi	0,3	0,7	0,5
nie mogą ze względów zdrowotnych	1,3	0,6	0,9

Tabela I. Plany prokreacyjne a płeć respondentów, N = 2467, 2011 rok.

Źródło: Opracowanie własne.

(59%); osoby owdowiałe (87%), rozwiedzione (43%) oraz osoby zamężne/żonate (37%).

Należy zauważyć, że sposób sformułowania pytania zapewne zaważył na rozkładzie odpowiedzi osób badanych. W poprzedniej turze badań, zrealizowanej w 2005 roku, badanych pytano o ich plany prokreacyjne dotyczące najbliższych trzech lat. Przy tak zakreślonym horyzoncie czasowym tylko 17,4% respondentów przewidywała posiadanie dziecka, w tym zaledwie 8,3% była o tym jednoznacznie przeświadczona. Dominowały negatywne plany prokreacyjne (72,2%), przy czym niemal połowa respondentów (48,2%) była co do tego pewna. Przy tym na pytanie: Czy planuje Pan(i), że w ciągu najbliższych trzech lat będzie miał(a) Pan(i) dziecko? odpowiedź pozytywną częściej wybierały osoby w wieku 25–29 lat („zdecydowanie tak” – 17%; „raczej tak” – 14%). Relatywnie często deklarowały plany prokreacyjne także osoby w wieku 30–39 lat („zdecydowanie tak” – 11%; „raczej tak” – 9%) oraz 18–24 lata („zdecydowanie tak” – 7%; „raczej tak” – 10%).

W badaniach CBOS zrealizowanych w 2007 roku na liczącej 38 866 osób reprezentatywnej próbie losowo-adresowej dorosłych mieszkańców Polski uzyskano podobne rezultaty. Najważniejszymi czynnikami różnicującymi postawy prokreacyjne były: wiek, płeć i posiadanie dzieci, przy czym stwierdzono, że na plany dotyczące decyzji o posiadaniu potomstwa wpływa w dużej mierze wiek badanych. Pozytywne plany prokreacyjne najczęściej deklarowali badani od 18. do 24. roku życia. Autorzy badań uznali, że zależność między wiekiem a planami prokreacyjnymi wynika po części z faktu, że starsi respondenci w większości zrealizowali już swoje plany w tym zakresie, a fakt posiadania potomstwa jest najważniejszym czynnikiem różnicującym preferencje prokreacyjne [35].

Prezentowane badania pozwoliły także na ustalenie, jaka jest skala zrealizowanych planów prokreacyjnych respondentów. Niemal połowa osób biorących udział w badaniu (46,5%) nie posiadała dzieci, równie liczna kategoria respondentów posiadała dzieci do 18. roku życia (45,7%), a 15,1% było rodzicami dzieci starszych,

powyżej 18. roku życia (7% osób badanych wskazało, że posiada dzieci w obu wydzielonych kategoriach wiekowych). Na badanych, którzy byli już rodzicami, przypadało średnio 1,7 dziecka, przy czym osoby posiadające dzieci do 18. roku życia najczęściej miały jedno dziecko (47,9%), rzadziej dwoje (38,6%) i troje dzieci (9,5%). Licniejsze potomstwo występowało sporadycznie (4,1%). Podobny rozkład danych wystąpił w przypadku osób posiadających dzieci powyżej 18. roku życia (odpowiednio: 50,6%, 36,5%, 9,2%, 3,7%).

Respondenci, którzy nie mają dzieci, to częściej: mężczyźni (55%); osoby młodsze, w wieku 15–17 (98%), 18–24 (91%), 25–29 lat (54%); osoby stanu wolnego (90%); niepozostające obecnie w związku (86%); osoby, które nie rozpoczęły jeszcze regularnego życia seksualnego (99%).

Osoby, które mają dzieci do lat 18, to częściej: kobiety (52%); osoby starsze, w wieku 30–39 (72%) oraz 40–49 lat (56%); osoby zamężne/żonate (79%), owdowiałe (74%), rozwiedzione (59%), pozostające w separacji (73%); pozostające obecnie w związku (62%).

Osoby, które mają dzieci powyżej 18. roku życia, to częściej: kobiety (19%); osoby w wieku 40–49 lat (54%); osoby zamężne/żonate (25%), rozwiedzione (39%); pozostające obecnie w związku (19%); niepozostające w kohabitacji (16%).

Warto zauważyć, że 15% osób badanych powyżej 40. roku życia nie ma dzieci. Realizacja przez nie planów dotyczących posiadania w przyszłości potomstwa może się okazać trudna, a w przypadku kobiet, z uwagi na spadek potencjału prokreacyjnego, nawet niemożliwa. Podobne zjawisko odnotowano w badaniach CBOS w 2012 roku, w których deklaracje respondentów pokazują, że wśród osób powyżej 45. roku życia znaczna część nie zrealizowała swoich pragnień dotyczących liczby dzieci. Takie deklaracje składały także osoby już posiadające dzieci. Autorzy badań wskazują, że „preferencje tych osób wskazują na skalę zjawiska, jakim jest ograniczanie liczby potomstwa z racji różnych zewnętrznych uwarunkowań. Zestawienie preferencji i faktycznej liczby dzieci pokazuje, że stosunkowo duża grupa ludzi w innej sytu-

acji życiowej mogłaby zdecydować się na powiększenie rodziny” [4].

W badaniach seksualności osób w wieku reprodukcyjnym, których wyniki zostały wykorzystane w niniejszym opracowaniu, duży blok pytań dotyczył problemu stosowania antykoncepcji. W tym miejscu celowe wydaje się przytoczenie odpowiedzi badanych dotyczących stosowania jakichkolwiek metod zapobiegania ciąży i preferencji respondentów w ich stosowaniu. Prawie trzy czwarte respondentów (72,4%), którzy rozpoczęli regularne życie seksualne i w ciągu ostatnich 12 miesięcy mieli kontakty seksualne, stosowało jakąś metodę antykoncepcji. Deklaracje kobiet i mężczyzn w tym zakresie są zbliżone. Porównanie rezultatów badań z wynikami uzyskanymi w roku 2005 [36] pozwala na stwierdzenie, że niemal identyczny odsetek respondentów nie stosował żadnych metod zapobiegania ciąży (26,5% vs 26,7%), natomiast zwiększył się odsetek badanych deklarujących stosowanie antykoncepcji (72,4% vs 53,3%), przy tym rozkład wyników w tym zakresie zaburza znacząca skala braku odpowiedzi na to pytanie w roku 2005 (**Tabela II**).

Używanie metod zapobiegania ciąży w czasie stosunku częściej deklarowały: osoby nieposiadające dzieci (79%); osoby żyjące w pojedynkę (81%); osoby w wieku 18–24 lata (82%); osoby stanu wolnego (79%); osoby wierzące, lecz niepraktykujące (81%); osoby niepozostające aktualnie w związku (81%); osoby, które nie były nigdy w stałym związku (87%).

Jeśli chodzi o preferencje badanych odnoszące się do stosowania antykoncepcji, to rozkład ich odpowiedzi wskazuje na to, że najbardziej popularną metodą zapobiegania ciąży jest prezerwatywa (66%), w dalszej kolejności tabletki antykoncepcyjne (30%), stosunek przerywany (21%) oraz naturalne metody planowania rodziny (13%). Plastry, krążki dopochwowe, tabletki po stosunku, spirale domaciczne, zastrzyki hormonalne, globulki i żele to metody, do których w zapobieganiu ciąży uciekają się nieliczni Polacy w wieku reprodukcyjnym (**Tabela III**).

Stosowanie naturalnych metod planowania rodziny częściej deklarowały: osoby w wieku 40–49 lat (17%); osoby pozostające w związku małżeńskim (16%); osoby pozostające obecnie w stałym związku (14%); osoby po-

Czy w trakcie stosunków w ciągu ostatnich 12 miesięcy używana była przez Pana(ia) albo partnera/partnerkę jakaś metoda zapobiegania ciąży?	Płeć		Ogółem N = 1833
	Kobiety N = 934	Mężczyźni N = 899	
	%	%	
tak	71,5	73,4	72,4
nie	28,4	24,6	26,5
brak odpowiedzi	0,1	2,1	1,1

Tabela II. Stosowanie antykoncepcji a płeć respondentów, osoby, które rozpoczęły regularne życie seksualne i miały kontakty seksualne w ciągu ostatnich 12 miesięcy, 15–49 lat, N = 1833, 2011 rok.

Źródło: Opracowanie własne.

Czy w trakcie stosunków w ciągu ostatnich 12 miesięcy używana była przez Pana(ia) albo partnera/partnerkę jakaś metoda zapobiegania ciąży – jaka?	Płeć		Ogółem N = 1327
	Kobiety N = 668	Mężczyźni N = 659	
	%	%	
naturalne metody planowania rodziny	13,2	12,4	12,8
prezerwatywa	60,0	71,9	65,9
stosunek przerywany	21,8	20,8	21,3
tabletki antykoncepcyjne	31,2	27,8	29,5
tabletki po stosunku	1,2	1,8	1,5
kapturek/krążek dopochwowy/pierścień dopochwowy	2,0	1,2	1,6
globulki/zele/pianki/kremy plemnikobójcze	0,5	1,3	0,9
plastry	2,8	1,7	2,3
zastrzyki hormonalne	0,3	0,2	0,2
spirala domaciczna/wkładka domaciczna	2,2	0,2	1,2
inne metody	0,2	0,5	0,3
brak odpowiedzi	1,5	0,4	1,0

Tabela III. Stosowane metody antykoncepcji w ciągu ostatnich 12 miesięcy a płeć respondentów, osoby, które w okresie 12 miesięcy stosowały metody zapobiegania ciąży, 15–49 lat, N = 1327, 2011 rok.

Źródło: Opracowanie własne.

siadające dzieci do 18 lat (15%); osoby głęboko wierzące i regularnie praktykujące (28%).

Używanie prezerwatywy jako metody zapobiegania ciąży częściej deklarowały: osoby w wieku 15–18 (91%) i 18–24 lata (77%); osoby stanu wolnego (78%); osoby niepozostające obecnie w stałym związku (84%); osoby, które nigdy nie były w stałym związku (89%); osoby planujące posiadanie dzieci (73%); osoby nieposiadające dzieci (78%).

Stosowanie stosunku przerywanego jako metody antykoncepcyjnej częściej deklarowały: osoby pozostające obecnie w związku (22%); osoby wierzące i nieregularnie praktykujące (25%).

Używanie tabletek antykoncepcyjnych jako metody zapobiegania ciąży częściej deklarowały: osoby w wieku 25–29 lat (35%); osoby pozostające w kohabitacji (37%); osoby niewierzące (47%); osoby planujące posiadanie dzieci (32%).

Ponieważ w poprzedniej edycji badań Z. Izdebskiego, zrealizowanych na ogólnopolskiej reprezentatywnej próbie osób w wieku reprodukcyjnym w 2005 roku, zadano respondentom identyczne pytanie, możliwe jest porównanie uzyskanych rezultatów [36]. Można mówić o znaczących zmianach preferencji osób badanych w zakresie stosowania metod zapobiegania ciąży. Częściej stosowano prezerwatywę (65,9% vs 45,0%), tabletki antykoncepcyjne (29,5% vs 23,6%). W tym ostatnim przypadku należy zauważyć, że wskazywano także plastry i zastrzyki hormonalne – 2,5%, czyli metody hormonalne, których nie uwzględniono w badaniu w 2005 roku. Przy pewnej stabilizacji skali korzystania z naturalnych metod planowania rodziny (12,8% vs 14,4%) można byłoby mówić o korzystnych zmianach w badanym zakresie, o stosowaniu w szerszej skali efektywniejszych metod zapobiegania ciąży. Jednak obraz ten burzy wzrost częstości wskazań przez osoby badane na stosunek przerywany (21,3% vs 15,8%), a więc procedurę wyjątkowo zawodną.

Co więcej, nie można też mówić o radykalnych zmianach na korzyść w dłuższej perspektywie czasowej. W wyniku badań zrealizowanych w 1996 roku stwierdzono, że najpopularniejszą metodą regulacji urodzeń był kalendarzyk małżeński i stosunek przerywany. Większość respondentów (55%) nie używała jakiegokolwiek metody bądź stosowała nieskuteczne sposoby zapobiegania ciąży (ponad 30% nie stosowało żadnej metody, 15% praktykowało stosunek przerywany, a 10% posługiwało się kalendarzykiem małżeńskim). Ze skuteczniejszych metod najczęściej stosowano prezerwatywę (21%), następnie tabletkę antykoncepcyjną (8%) i spiralę (5%). Tak więc zmiany w omawianym zakresie następują powoli.

Biorąc pod uwagę dużą skalę stosowania przez respondentów mało skutecznych metod zapobiegania ciąży, nie może dziwić fakt, że obawa przed niechcianą ciążą jest najczęściej wskazywaną odpowiedzią (25,8%) na pytanie: „Czy kiedykolwiek coś Panu(i) utrudniało, przeszkodziło w odbyciu stosunku?”. Deklaracje takie częściej składają kobiety (32%), osoby najmłodsze, 15–17-letnie (43%) i nieplanujące posiadania dzieci (28%). Należy zaznaczyć jednak, że w 2005 roku aż

62,3% respondentów obawiało się nieplanowanej ciąży. Kobiety wybierały tę odpowiedź częściej niż mężczyźni (67% vs 58%). Nastąpiło więc radykalne zmniejszenie obaw dotyczących nieplanowanej prokreacji.

Jeśli chodzi o stosowanie antykoncepcji przez aktywną seksualnie młodzież, to – odwołując się do rezultatów innych badań – można uznać, że niewiele się zmienia w ostatnim dziesięcioleciu. W badaniach Z. Izdebskiego, zrealizowanych w 2004 roku wśród uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych, stwierdzono, że respondenci podczas ostatniego stosunku najczęściej używali prezerwatywy (56%), znacznie rzadziej pigułki antykoncepcyjnej (16%), globulki, żelu, pianki i kremu plemnikobójczego (5%), krażka dopochwowego (3%) i spirali domaciczej (2,3%). Znaczny odsetek nastolatków wymienił bardzo zawodne metody – 22% stosunek przerywany, a 13% metody naturalne (kalendarzyk małżeński i metodę objawowo-termiczną) [36]. Bardzo zbliżone wyniki uzyskano w badaniach IBE zrealizowanych 11 lat później. Osiemnastolatki w trakcie ostatniego stosunku korzystały z prezerwatywy (65%), środków hormonalnych (17%), a 11% z metod naturalnych. Korzystną zmianą był mniejszy odsetek respondentów (12%) wskazujących na stosunek przerywany [31]. Co ciekawe, pomimo niezadowolającej wiedzy na temat płodności i antykoncepcji oraz częstego wykorzystywania mało efektywnych metod zapobiegania ciąży w Polsce odnotowujemy zmniejszenie skali przedwczesnego macierzyństwa. Podczas gdy w roku 2004 w 20 606 przypadkach matkami zostały dziewczęta, które w chwili porodu nie ukończyły 19 lat, i udział młodocianych matek w grupie osób, które w tym roku urodziły żywe dzieci, wynosił 4,96%, to w roku 2013 odnotowano 14 492 takie przypadki, a udział nastolatek w grupie kobiet, które urodziły żywe dzieci, wynosił 3,92% [37].

Wnioski

W niniejszym opracowaniu zostały przedstawione ważne składowe zdrowia reprodukcyjnego – plany prokreacyjne współczesnych Polaków i stosowanie przez nich antykoncepcji. W wyniku reinterpretacji rezultatów badań seksualności osób w wieku reprodukcyjnym (15–49 lat), zrealizowanych w 2011 roku, a także wykorzystania możliwości ich zestawienia w wybranym zakresie z rezultatami wcześniejszych edycji tych badań, można było sformułować liczne konkluzje. Najważniejsze z nich to:

- osoby badane posiadają zróżnicowane plany prokreacyjne; niemal połowa z nich planuje w przyszłości rodzicielstwo (powiększenie liczby dzieci), jednak niewiele mniejsza grupa respondentów nie planuje posiadania dzieci (powiększenia rodziny); uzyskany obraz planów prokreacyjnych różni się znacząco, na niekorzyść, od deklaracji respondentów uzyskanych w innych badaniach, skoncentrowanych na diagnozie potrzeb prokreacyjnych oraz preferowanego i realizowanego modelu rodziny;
- stwierdzono, że plany prokreacyjne osób badanych różnicuje wiele zmiennych, takich jak: posiadanie dzieci, wiek, stan cywilny, pozytywne plany prokre-

acyjne najczęściej deklarowali badani w wieku od 18 do 24 lat, którzy nie posiadali jeszcze potomstwa;

- ustalono, jaka jest skala zrealizowanych planów prokreacyjnych respondentów; niemal połowa osób biorących udział w badaniu nie posiadała jeszcze dzieci; na badanych, którzy byli już rodzicami, przypadało średnio 1,7 dziecka, przy czym najczęściej byli to jedynacy;
- prawie trzy czwarte osób badanych, które rozpoczęły regularne życie seksualne i w ciągu ostatnich 12 miesięcy miały kontakty seksualne, stosowało jakąś metodę antykoncepcji;
- porównanie wyników badań uzyskanych w kolejnych edycjach badań seksualności osób w wieku reprodukcyjnym pozwoliło na ustalenie znaczących zmian preferencji w zakresie stosowania metod zapobiegania ciąży; częściej stosowano prezerwatywę oraz środki hormonalne; skala korzystania z naturalnych metod planowania rodziny była podobna; częściej stosowano stosunek przerywany, a więc procedurę wyjątkowo zawodną;
- obawa przed niechcianą ciążą jest najczęściej wskazywaną odpowiedzią na pytanie o trudności związane z odbywaniem stosunków seksualnych; przeżywa ją co czwarty aktywny seksualnie respondent; w odniesieniu do poprzedniej edycji badań nastąpiło radykalne zmniejszenie obaw dotyczących nieplanowanej prokreacji.

Analizując uzyskane wyniki badań w kontekście zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego osób badanych, za ważny problem należałoby przede wszystkim uznać to, w jakim stopniu prokreacja jest wynikiem planów obojga partnerów, a w jakim skutkiem niestosowania środków antykoncepcyjnych lub stosowania ich w sposób niekonsekwentny, nieumiejętny bądź korzystania z metod o dużej zawodności (o niskim wskaźniku Pearl). Omawiane w niniejszym opracowaniu rezultaty badań nie w pełni pozwalają na udzielenie odpowiedzi na to pytanie. Reasumując, należy stwierdzić, że potrzebne są dalsze badania omawianego problemu, zarówno ilościowe, jak i jakościowe, które pozwoliłyby na diagnozę relacji w związku i aktywności seksualnej Polaków w wieku reprodukcyjnym w kontekście ich planów prokreacyjnych oraz stosowania przez nich antykoncepcji.

Co do działań, które mogłyby przezwyciężyć dostrzeżoną w zaprezentowanej diagnozie tendencję do korzystania przez znaczącą część aktywnych seksualnie osób w wieku reprodukcyjnym z zawodnych środków zapobiegania ciąży oraz utrzymywanie się relatywnie dużej skali osób, które z nich rezygnują, to wśród specjalistów istnieje duża zgodność, że należy zmodyfikować działania o charakterze edukacyjnym. Potrzebę rzetelnej edukacji seksualnej, uwzględniającej najnowszą wiedzę naukową, dostrzegają nie tylko przedstawiciele nauk społecznych zajmujący się problematyką seksualności współczesnych Polaków, lecz także reprezentanci nauk medycznych, zwłaszcza ginekologów. W *Rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego i Funduszu Ludnościowego Narodów Zjednoczonych (UNFPA) w sprawie zdrowia reprodukcyjnego wśród licznych działań, które*

należy podjąć, wymienia się przede wszystkim: popularyzację wiedzy na temat możliwości planowania rodziny, zwiększenie dostępności do środków antykoncepcyjnych oraz ograniczenie liczby niepożądanych ciąż [38].

Piśmiennictwo

1. *Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health. Reproductive Health/Pregnancy Programme*, WHO, Copenhagen 2001: 7.
2. Izdebski Z., Niemiec T., *Zdrowie seksualne i reprodukcyjne*, w: Izdebski Z., Niemiec T., Waż K., *(Zbyt)młodzi rodzice*, Wydawnictwo TRIO, Warszawa 2011.
3. *Defining Sexual Health. Report of a Technical Consultation on Sexual Health*, WHO, 28–31 January 2002 Geneva, http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf; dostęp: 15.05.2016.
4. Komunikat z badań CBOS, BS/61/2012, *Potrzeby prokreacyjne oraz preferowany i realizowany model rodziny*, http://cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_061_12.PDF; dostęp: 19.09.2016.
5. Mynarska M., *Kto planuje mieć dzieci w Polsce do 2015 roku?*, „Studia Demograficzne” 2011; 1 (159): 75–98.
6. Testa M.R., *Family Sizes in Europe: Evidence from the 2011*, Eurobarometer Survey, http://www.oeaw.ac.at/vid/download/edrp_2_2012.pdf; dostęp: 20.09.2016.
7. *Badanie postaw i przekonań Polaków dotyczących posiadania dzieci i polityki prorodzinnej*, Dom Badawczy Maison, Warsaw Enterprise Institute, Warszawa 2015, <http://wei.org.pl/fles/manager/fle-da993e2b58fe1ecd-04481f4ef7552545.pdf>; dostęp: 17.10.2016.
8. Duszczyk M., Fihel A., Kielkowska M., Kordasiewicz A., Radziwinowiczówna A., *Analiza kontekstualna i przyczynowa rodziny i dzietności*, „Studia i Materiały” nr 2, Ośrodek Badań nad Migracjami, Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2014: 4.
9. Kotowska I.E., *Uwagi o sytuacji demograficznej Polski u progu XXI wieku*, „Studia Demograficzne” 1998; 1: 10.
10. Sobotka T., *The diverse faces of the Second Demographic Transition in Europe*, „Demographic Research” 2007; 19 (8): 171–224.
11. Kluzowa K., Slany K., *Przemiany realizacji funkcji prokreacyjnych w rodzinie*, w: Mierzwiński B., Dybowska E. (red.), *Oblicze współczesnej rodziny polskiej*, WAM, Kraków 2004: 2.
12. Kotowska I.E., Józwiak J., Matysiak A., Baranowska A., *Poland: Fertility decline – a response to profound societal change and transformations in the labour market?*, „Demographic Research” 2008; 19: 795–854.
13. Firlit-Fesnak G., *Rodziny polskie i polityka rodzinna; stan i kierunki przemian*, w: Firlit-Fesnak G., Szyłko-Skoczny M. (red.), *Polityka społeczna. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007: 189.
14. Tymicki K., *Zamierzenia prokreacyjne a możliwość ich realizacji w kontekście czynników biologicznych*, „Zeszyty Naukowe Instytutu Statystyki i Demografii SGH” 2013; 32: 34.
15. Bancroft J., *Seksualność człowieka*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011: 19.
16. Wejbert-Wąsiewicz E., *Antykoncepcja jako tabu. O nieważności tego, co ważne*, „Terazniejszość – Człowiek – Edukacja” 2015; 18, 4 (72): 67–81.

17. Okólski M., *Reprodukcja ludności a modernizacja społeczeństwa. Polski syndrom*, KiW, Warszawa 1988.
18. Jaworski A., Grodzki A., Izdebski Z., *Przemiany obyczajowości seksualnej młodzieży*, TEPR, Warszawa 1994.
19. Lew-Starowicz Z., *Zabiegi przerywania ciąży w populacji 760 pacjentek Lekarskich Przychodni Specjalistycznych Towarzystwa Rozwoju Rodziny: analiza statystyczna*, „Problemy Rodziny” 1989; 4: 36–38.
20. Philipov D., *Fertility in Times of Discontinuous Societal Change: The Case of Central and Eastern Europe*, MPIDR Working Paper, Max Planck Institute for Demographic Research, Rostock, Germany 2002.
21. *Ustawa z 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*, Dz.U. 93.17.78 ze zm.
22. Nowicka W., *Ustawa antyaborcyjna w Polsce – stan prawny i rzeczywisty*, w: Nowicka W. (red.), *Prawa reprodukcyjne w Polsce: Skutki ustawy antyaborcyjnej. Raport*, Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, Warszawa 2007.
23. *Odpowiedź na interpelację nr 3717*, <http://www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=7D5F64B9>; dostęp: 20.09.2016.
24. *Aborcje w Polsce. NFZ ujawnia dane: w 2014 o jedną trzecią więcej rozliczonych zabiegów niż rok wcześniej*, http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114871,17693105,Aborcje_w_Polsce_NFZ_ujawnia_dane_w_2014_o_jedna.html; dostęp: 22.09.2016.
25. Komunikat z badań CBOS, BS/60/2013, *Doświadczenia aborcyjne Polek*, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_060_13.PDF; dostęp: 12.10.2016.
26. Komunikat z badań CBOS, BS/111/2013, *Wartości i normy*, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_111_13.PDF; dostęp: 20.09.2016.
27. *Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Dz.U. 04.210.2135 ze zm.
28. *Ustawa z 6 września 2001 r. prawo farmaceutyczne*, Dz.U. 04.53.533 ze zm.
29. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych*, Dz.U. 2.04.2015, poz. 477.
30. Izdebski Z., Wąż K., *Edukacja seksualna. Potrzeba, oczekiwania społeczne, realizacja*, „Edukacja. Studia. Badania. Innowacje” 2011; 1: 47–60.
31. *Opinie i oczekiwania młodych dorosłych (osiemnastolatków) oraz rodziców dzieci w wieku szkolnym wobec edukacji dotyczącej rozwoju psychoseksualnego i seksualności. Raport z badania*, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2015.
32. Woynarowska B., Szymańska M.M., Mazur J., *Wiedza i przekonania o HIV/AIDS. Zachowania seksualne. Raport z badań wykonanych w 1998 r.*, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania, Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 1999.
33. Mazur J., Małkowska-Szkućnik A. (red.), *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.
34. Sawiński Z., *Metoda identyfikacji znaczących pól w tablicach dwuzmiennych*, Uniwersytet Warszawski, Instytut Studiów Społecznych, Warszawa 1994.
35. Komunikat z badań CBOS, BS/4/2010, *Postawy prokreacyjne Polaków*, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2010/K_004_10.PDF; dostęp: 20.05.2015.
36. Izdebski Z., *Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.
37. *Dane demograficzne GUS, 2014*, <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/CustomSelectData.aspx?s=uro&y=2013&t=00>; dostęp: 27.08.2015.
38. *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego i Funduszu Ludnościowego Narodów Zjednoczonych (UNFPA) w sprawie zdrowia reprodukcyjnego, Załącznik 2, Planowanie rodziny i niepłodność*, Racot, 26–28 marca 2004, „Ginekologia Praktyczna” 2004; 12 (2): 2–6.