

ŹRÓDŁA I LITERATURA UZUPEŁNIAJĄCA

- American College of Obstetricians and Gynecologists. Domestic violence. ACOG educational bulletin. (2000) *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 71:79-87.
- Annett H., Rifkin S. (1995) *Guidelines for rapid participatory appraisals to assess community health needs*. Geneva, World Health Organization.
- AVSC International. (1995) Post abortion women. In AVSC International. *Family planning counseling – a curriculum prototype*. New York, AVSC International.
- AVSC International. (1999) *Infection prevention curriculum: a training course for health care providers other staff of hospitals and clinics*. New York, AVSC International.
- AVSC International. (2000) *Infection prevention: multimedia package (Training CD-ROM and reference booklet)*. New York, AVSC International.
- Baird O.T., Grimes D.A., VanLook P.F.A. (red.). (1995) *Modern methods of inducing abortion*. Oxford, Blackwell Science.
- Baird T., Castleman L.O., Gringle R.E. i Blumenthal P.O. (2000) *Clinician's guide for second-trimester abortion*. Carrboro, NC., Ipas.
- Baird T.L. i Flinn S.K. (2001) *Manual vacuum aspiration: expanding women's access to safe abortion services*. Chapel Hill, NC., Ipas.
- Baker A. (1995) *Abortion and options counseling: a comprehensive reference*. Granite City, IL, The Hope Clinic for Women.
- Bertrand J., Tsui A. (1995) *Indicators for reproductive health program evaluation*. Chapel Hill, NC., The Evaluation project.
- Brazier E., Rizzuto R., Wolf M. (1998) *Prevention and management of unsafe abortion: a guide for action*. New York, Family Care International.
- Center for Reproductive Law and Policy. (2000) *Making abortion safe, legal, and accessible: a tool kit for action*. New York, Center for Reproductive Law and Policy.
- Comprehensive abortion care with Ipas MVA Plus TM – Reference manual and trainer's manual*. Chapel Hill, NC., Ipas (w druku).
- Consortium for Emergency Contraception. (2000) *Emergency contraceptive pills: medical and service delivery guidelines*. Seattle, Consortium for Emergency Contraception.
- Consortium for Emergency Contraception. (2000) *Expanding global access to emergency contraception. A collaborative approach to meeting women's needs*. Seattle, Consortium for Emergency Contraception.
- Cook R., Dickens B. (2001) *Advancing safe motherhood through human rights*. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/01.5)
- Cook R.J., Dickens B.M., Bliss L.E. (1999) International developments in abortion law from 1988 to 1998. *American Journal of Public Health* 89:579-586.
- Counseling the post abortion patient: training for service providers. Trainer's guide (maszynopis)*. (1999) New York, AVSC International.
- Data PAC Core Questionnaire Series*. Final Report. (1998) Carrboro, NC., Ipas. (2001)
- DeBruyn M. (2001) *Violence, pregnancy and abortion: issues of women's rights and public health. A review of worldwide data and recommendations for action*. Chapel Hill, NC., Ipas.
- Dickson-Tetteh K., Gabriel M., Rees H., Gringle R., Winkler J. (1998) *Abortion care manual: a guide for the training of registered midwives in termination of pregnancy, management of incomplete abortion and related reproductive health matters*. Johannesburg, Reproductive Health Research Unit i Ipas.
- Foreit R., Frejka T. (red.). (1998) *Family planning operations research*. New York, Population Council.
- Gerhardt A.J., Hausknecht R., Baird T.L., Shochet T. (2000) *Manual vacuum aspiration. Slide presentation on one compact disc*. New York, Physicians for Reproductive Choice and Health.
- Germain A., Kim T. (1998) *Expanding access to safe abortion: strategies for action*. New York, International Women's Health Coalition.
- Hord C.E. (2001) *Making safe abortion accessible: a practical guide for advocates*. Chapel Hill, NC., Ipas.
- Hord C.E., Baird T.L., Billings D.L. (1999) *Advancing the role of midlevel providers in abortion and post abortion care: a global review and key future actions*. Issues in Abortion Care No. 6. Carrboro, NC., Ipas.
- Huber D. (1997) *Postpartum and post abortion contraception: a comprehensive training course*. Watertown, MA, Pathfinder International.
- Paul M., Lichtenberg E.S., Borgatta L., Grimes D., Stubblefield P.G. (red.). (1999) *A clinicians guide to medical and surgical abortion*. Philadelphia, Churchill Livingstone.
- Pereira I.G., Novaesda Mota C. (2000) *Manual para o estabelecimento de un servicio de atendimento para aborto previsto por lei [Manual for establishing services for providing abortion foreseen by law]*. Carrboro, NC., Ipas.
- Physicians for Reproductive Choice and Health. (1999) *Medical abortion slide and lecture presentation*. New York, Physicians for Reproductive Choice and Health.
- Policar M.J., Pollack A.E. (1995) *Clinical training curriculum in abortion practice*. Washington, DC., National Abortion Federation.
- Reproductive Health for Refugees Consortium. (1997) *Refugee reproductive health needs assessment field tools*. New York, RHR Consortium.
- Reproductive Health for Refugees Consortium. (1998) *Five-day training program for health personnel on reproductive health programming in refugee settings*. New York, RHR Consortium.
- Rinehart W., Rudy S., Drenna M. (1998) *GATHER guide to counseling*. Population Reports, Series J, No. 48. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program.
- Santana F., Sloan N.L., Schiavon R., Billings D., King T., Pobia B., Langer A. (2000) *Guideline and instructions for monitoring and evaluation of postabortion care services (electronic version 1.0)*. New York, The Population Council.
- Solter C., Farrell B, Gutierrez M. (1997) *Manual vacuum aspiration: a comprehensive training course*. Watertown, MA., Pathfinder International.
- Talluri-Rao S, Baird T.L. (1999) *Counseling and information guide for medical abortion – with training guide*. Chapel Hill, NC., Ipas.
- United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. (Dodatkowe informacje dotyczące międzynarodowych konwencji o ochronie praw człowieka znajdują się na stronie: www.unhchr.ch).
- Varkey S.J., Fonn S. i Kethhapile M. (2001) *Health workers for choice: working to improve quality of abortion services*. Johannesburg, Women's Health Project, University of the Witwatersrand.
- WHOC Certification scheme on the quality of pharmaceutical products moving in international commerce*. (Dodatkowe informacje znajdują się na stronie: www.who.int/medicines/library/dap).
- Winkler J, Gringle R. (1999) *Post abortion family planning: a two day curriculum for improving counseling and services*. Chapel Hill, NC., Ipas.
- Wolf M. i Benson J. (1994) Meeting women's needs for post abortion family planning: report of a Bellagio technical working group. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 45 (Supplement).
- World Health Organization. (1995) *Complications of abortion: technical and managerial guidelines for prevention and treatment*. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization. (1996) *Studying unsafe abortion: a practical guide*. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHT/MSM/96.25)
- World Health Organization. (1997) *Post-abortion family planning: a practical guide for programme managers*. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHT/97.20)
- World Health Organization. (1999) *Interpreting reproductive health*. Geneva, World Health Organization. (WHO/CHS/RHR/99.7)
- World Health Organization. (2000) *Strengthening the provision of adolescent friendly health services to meet the health and development needs of adolescents in Africa. A consensus statement*. Geneva, World Health Organization. (WHO/FCH/CAH/01.16 i AFR/ADH/01.3)
- Yardy L., Leonard A.H., Winkler J. (1993) *Manual vacuum aspiration guide for clinicians*. Carrboro, NC., Ipas.

ANEKS 2

DOKUMENTY POROZUMIEŃ MIĘDZYNARODOWYCH DOTYCZĄCYCH PRZERYWANIA CIĄŻY

W ciągu ostatnich dziesięcioleci wzrosło międzynarodowe zrozumienie podstawowych praw obywatelskich, społecznych i ekonomicznych, od urodzenia przynależnych każdemu człowiekowi. Prawa te są ujmowane w międzynarodowych porozumieniach, traktatach i innych instrumentach prawnych. Takie porozumienia tworzą solidną podstawę do polepszania jakości życia ludzi, gdyż ratyfikujące je państwa zobowiązują się do przestrzegania zawartych w tych dokumentach praw, łącznie z wprowadzeniem zmian we własnych przepisach prawnych i polityce.

Konferencje międzynarodowe, które odbyły się w latach dziewięćdziesiątych, wypracowały dokumenty traktujące o aspektach zdrowia reprodukcyjnego. Te dokumenty, powstałe w wyniku międzynarodowego konsensu i przyjęte przez większość państw, są wspierane przez instytucje służące kontroli przestrzegania paktów praw człowieka, i wyraźnie artykułują prawa dotyczące zdrowia reprodukcyjnego. Poniżej zamieszczono oświadczenia zawarte w ostatnich dokumentach międzynarodowych, podkreślające kwestie związane z bezpiecznym przerywaniem ciąży.

1974 – Światowa Konferencja na rzecz Ludności, Bukareszteński Plan Działania

„Wszystkie pary i jednostki mają fundamentalne prawo do swobodnego i odpowiedzialnego decydowania o liczbie dzieci i czasie, w jakim chcą je mieć, a także do informacji, edukacji i środków umożliwiających realizację tego prawa”.

Paragraf 14 (f)

1984 – Zalecenia dotyczące dalszej realizacji Światowego Planu Działania na rzecz Ludności, Meksyk

„Światowy Plan Działania na rzecz Ludności uznaje za jedną ze swoich zasad podstawowe prawo człowieka, jakim jest prawo wszystkich par i jednostek do swobodnego i odpowiedzialnego decydowania o liczbie dzieci i czasie, w jakim chcą je mieć. Aby móc to prawo wyegzekwować, pary i jednostki muszą mieć dostęp do koniecznej edukacji, informacji i środków pozwalających regulować płodność, niezależnie od ogólnej polityki demograficznej rządu”.

Paragraf 24

1994 – Program Działania przyjęty na Międzynarodowej Konferencji na rzecz Ludności i Rozwoju, Kair

„Promowanie sprawiedliwości i równości płci oraz emancypacji kobiet... a także zapewnienie kobietom możliwości kontrolowania swojej płodności to podstawy programów związanych z ludnością i rozwojem”.

Zasada 4

„Zdrowie reprodukcyjne to pełny dobrostan w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, nie zaś wyłącznie brak choroby lub niedomagań, we wszystkich sprawach związanych z układem reprodukcyjnym, jego funkcjami i procesami. Zdrowie reprodukcyjne oznacza zatem, że ludzie są w stanie prowadzić satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne oraz mają zdolność do reprodukcji i swobodę decydowania czy, kiedy i ile chcą mieć dzieci. Z tego ostatniego warunku wynika prawo mężczyzn i kobiet do informacji i dostępu do preferowanych bezpiecznych, skutecznych, przystępnych cenowo i akceptowanych metod planowania rodziny i innych preferowanych przez nich metod regulacji płodności, które nie są niezgodne z prawem...”

Paragraf 7.2

„Prawa reprodukcyjne to pewne prawa człowieka, które zostały już uznane w narodowych systemach prawnych, międzynarodowych dokumentach dotyczących praw człowieka i innych dokumentach konsensusowych. Opierają się na uznaniu podstawowego prawa wszystkich par i jednostek do swobodnego i odpowiedzialnego decydowania, ile, kiedy i w jakich odstępach czasu chcą mieć dzieci, jak również do informacji i środków do osiągnięcia tego celu, a także do możliwie najlepszego zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego. Obejmują one również prawo do decyzji w sprawach reprodukcji, podejmowanych w sposób wolny od dyskryminacji, przymusu i przemocy... Wspieranie odpowiedzialnego korzystania z praw reprodukcyjnych powinno stanowić podstawę polityki i programów rządowych i społecznych w zakresie zdrowia reprodukcyjnego oraz planowania rodziny”.

Paragraf 7.3

„Rządy powinny umożliwić parom i jednostkom branie odpowiedzialności za własne zdrowie reprodukcyjne przez likwidację niepotrzebnych barier prawnych, medycznych i klinicznych w uzyskiwaniu informacji i dostępu do usług i metod planowania rodziny”.

Paragraf 7.20

„W żadnym wypadku nie należy promować przerywania ciąży jako metody planowania rodziny. Wzywa się wszystkie rządy i odpowiednie organizacje międzyrządowe i pozarządowe do zwiększenia troski o zdrowie kobiet, do traktowania zdrowotnych skutków *niebezpiecznej aborcji** jako głównego problemu zdrowia publicznego oraz do zmniejszania liczby przypadków przerywania ciąży przez rozwijanie i doskonalenie usług planowania rodziny. Zapobieganie niechcianej ciąży musi być zawsze kwestią nadrzędną; należy pod-

jąc wszelkie próby wyeliminowania konieczności przerywania ciąży. Kobiety, które zaszły w niechcianą ciążę, powinny mieć dostęp do wiarygodnej informacji i poradnictwa nacechowanego zrozumieniem. Wszelkie działania i zmiany w systemie zdrowotnym związane z przerywaniem ciąży, na szczeblu krajowym lub lokalnym, mogą być dokonywane jedynie w procesie ustawodawczym. Gdy przerwanie ciąży nie jest sprzeczne z prawem, powinno być bezpieczne. Przy leczeniu komplikacji powstałych w wyniku przerywania ciąży kobiety w każdej sytuacji powinny mieć dostęp do usług odpowiedniej jakości. Po zabiegu przerywania ciąży należy bezzwłocznie zaoferować kobiecie usługi w dziedzinie poradnictwa poaborcyjnego, edukacji i planowania rodziny, co może się również przyczynić do uniknięcia kolejnych zabiegów przerywania ciąży.

**Niebezpieczną aborcję definiuje się jako postępowanie w celu zakończenia niechcianej ciąży przeprowadzone przez osoby nie posiadające odpowiednich kwalifikacji albo w warunkach nie spełniających minimalnych norm medycznych, lub przy zaistnieniu obu tych okoliczności. (WHO)*

Paragraf 8.25

1995 – Czwarta Konferencja Światowa na rzecz Kobiet, Pekin

„Przynależne kobietom prawa człowieka obejmują ich prawo do sprawowania kontroli nad swoją seksualnością, łącznie ze zdrowiem seksualnym i reprodukcyjnym, oraz do wolnych i odpowiedzialnych decyzji w tych sprawach, podejmowanych bez przymusu, dyskryminacji i przemocy. Oparte na zasadach równości, łącznie z pełnym poszanowaniem integralności osobistej, stosunki seksualne i reprodukcyjne kobiet i mężczyzn wymagają wzajemnego szacunku, porozumienia i przyjęcia wspólnej odpowiedzialności za zachowanie seksualne i ich konsekwencje”.

Paragraf 96

„Rządy, we współpracy z organizacjami pozarządowymi, a także organizacjami pracodawców i pracowników oraz przy wsparciu ze strony instytucji międzynarodowych, mają:

- j. Uczynić istotnym zadaniem publicznej służby zdrowia ocenę szkodliwych dla zdrowia skutków *niebezpiecznej aborcji* i przeciwdziałanie im, zgodnie z paragrafem 8.25 Programu Działania Międzynarodowej Konferencji na rzecz Ludności i Rozwoju;
- k. Rozważyć możliwość zmiany ustaw przewidujących kary dla kobiet, które poddały się nielegalnej aborcji, zgodnie z paragrafem 8.25 Programu Działania Międzynarodowej Konferencji na rzecz Ludności i Rozwoju (...)

Paragraf 106

1999 – Kluczowe Działania dotyczące Wdrażania Programu Działania uzgodnionego na Międzynarodowej Konferencji na rzecz Ludności i Rozwoju

„(i) W żadnym wypadku nie należy promować przerywania ciąży jako metody planowania rodziny.

Wszystkie rządy i odpowiednie organizacje międzyrządowe i pozarządowe powinny wzmocnić działania na rzecz zdrowia kobiet, zając się komplikacjami zdrowotnymi po *niebezpiecznej aborcji* jako istotnym problemem zdrowia publicznego oraz zmniejszyć liczbę przypadków przerywania ciąży wprowadzając powszechne i udoskonalone usługi planowania rodziny. Zapobieganie niechcianej ciąży musi być zawsze kwestią nadrzędną; należy podjąć wszelkie próby wyeliminowania konieczności przerywania ciąży. Kobiety, które zaszły w niechcianą ciążę, powinny mieć dostęp do wiarygodnych informacji oraz nacechowanego zrozumieniem poradnictwa. Jakiegokolwiek zmiany w systemie zdrowotnym związane z przerywaniem ciąży mogą być określane tylko na szczeblu krajowym lub lokalnym, zgodnie z procedurą legislacyjną danego kraju. W przypadkach, w których przerwanie ciąży nie jest sprzeczne z prawem, zabiegi powinny być bezpieczne. W każdej okoliczności kobiety powinny mieć dostęp do odpowiedniej jakości usług, gdy chodzi o leczenie komplikacji związanych z przerywaniem ciąży. Po zabiegu przerywania ciąży należy bezzwłocznie zapewnić kobiecie poradnictwo, edukację i usługi planowania rodziny, co pomoże uniknąć kolejnych zabiegów.

(ii) Rządy powinny podjąć odpowiednie kroki, aby kobiety mogły uniknąć przerywania ciąży, które w żadnym razie nie może być propagowane jako metoda planowania rodziny; a kobiety, które poddały się zabiegom przerywania ciąży, muszą być zawsze traktowane po ludzku i otrzymywać odpowiednie informacje.

(iii) Uznając powyższe, w przypadkach, gdy przerywanie ciąży nie jest sprzeczne z prawem, instytucje opieki zdrowotnej powinny systemowo organizować szkolenie personelu i zapewniać sprzęt medyczny oraz podejmować inne kroki w celu zapewnienia bezpieczeństwa i dostępności przerywania ciąży. Należy podjąć dodatkowe działania w celu ochrony zdrowia kobiet”.

Paragraf 63

2000 – Dalsze Działania i Inicjatywy mające na celu wdrożenie Deklaracji Pekinńskiej i Platformy Działania

„Opracować i wdrożyć programy adresowane do osób niepełnoletnich, aby zapewnić im w sposób nie dyskryminujący edukację i informacje oraz odpowiednie, konkretne, przyjazne i dostępne usługi odpowiadające ich potrzebom, związane ze zdrowiem reprodukcyjnym i seksualnym. Jednocześnie należy uwzględnić prawo osób niepełnoletnich do prywatności, poufności, szacunku i prawo do podjęcia decyzji na podstawie rzetelnych informacji a także obowiązki i prawa rodziców oraz opiekunów prawnych do stanowienia o swoich podopiecznych, przez co rozumie się ustalanie wytycznych w korzystaniu przez dziecko z praw ujętych w Konwencji Praw Dziecka i CEDAW. Przy podejmowaniu wszelkich działań dotyczących dzieci priorytetem jest najwyższe dobro dziecka”.

Paragraf 115 fbis

ANEKS 3

NARZĘDZIA I WYPOSAŻENIE POTRZEBNE DO METODY PRÓŻNIOWEJ RĘCZNEJ

Podstawowe wyposażenie

- zestaw do kroplówki i płyny (mleczan sodu, glukoza, roztwór soli)
- aspiratory (strzykawki) (5, 10 i 20 ml)
- igły (22G do blokady okołoszyjkowej; 21G do podawania leków)
- sterylne rękawice (małe, średnie, duże)
- waciki lub gaziki
- wodny roztwór antyseptyczny (nie zawierający alkoholu)
- detergenty lub mydło
- czysta woda
- chlor lub aldehyd glutarowy do dezynfekcji/odkażania
- silny środek do dezynfekcji lub sterylizacji

Narzędzia i sprzęt

- wziernik pochwowy
- kulociąg
- kleszczyki gazikowe (pierścieniowe) lub kleszczyki do tamponowania macicy
- rozszerzadła szyjkowe Pratta (metalowe) lub Dennistona (plastikowe), rozmiary F13 do F27
- pojemnik na płyn odkażający
- cedzak (metalowy, szklany lub z gazy)
- przezroczyste szklane naczynie do analizy tkanek

Leki

- leki przeciwbólowe (np. acetaminophen, ibuprofen lub pethidine)
- leki uspokajające (np. diazepam)
- środki znieczulające – chloroprocaina (1-2%) lub lidokaina (0,5-2%) bez epinefryny
- oksytocyna 10 jednostek lub ergometryna 0,2 mg

Narzędzia do ręcznego odessania próżniowego

- aspirator próżniowy
- giętkie kaniule różnej wielkości
- złącza, w razie potrzeby
- olej silikonowy do smarowania strzykawek, w razie potrzeby.

ANEKS 4

ANTYKONCEPCJA PO PRZERWANIU CIĄŻY

Metoda	Rozpoczęcie stosowania po przerwaniu ciąży	Uwagi
Doustne pigułki antykoncepcyjne (z samym progestagenem oraz dwuskładnikowe z kombinacją progestagenu z estrogenem)	<ul style="list-style-type: none">można rozpocząć stosowanie natychmiast, nawet w dniu zabiegu, zarówno pigułek zawierających sam progestagen, jak i dwuskładnikowych	<ul style="list-style-type: none">jeżeli nie można zapewnić kobiecie odpowiedniego poradnictwa i tego, by mogła podjąć decyzję na podstawie rzetelnych informacji, należy odczekać z rozpoczęciem stosowania tej metody i zalecić używanie prezerwatyw do czasu rozpoczęcia przyjmowania pigułeknie chroni przed zakażeniem chorobami przenoszonymi drogą płciową i wirusem HIVmożna rozpocząć stosowanie natychmiast, nawet jeśli występuje infekcja
Zastrzyki medroksyprogesteronu (DMPA, NET-EN, Cyclofem i Mesigyna)	<ul style="list-style-type: none">można stosować od razu	<ul style="list-style-type: none">jeżeli nie można zapewnić kobiecie odpowiedniego poradnictwa i tego, by mogła podjąć decyzję na podstawie rzetelnych informacji, należy odczekać z rozpoczęciem stosowania tej metody i zalecić używanie prezerwatyw do czasu pierwszego zastrzykunie chroni przed zakażeniem chorobami przenoszonymi drogą płciową i wirusem HIVmożna rozpocząć stosowanie natychmiast, nawet jeśli występuje infekcja
Implanty	<ul style="list-style-type: none">można stosować od razu	<ul style="list-style-type: none">jeżeli nie można zapewnić kobiecie odpowiedniego poradnictwa i tego, by mogła podjąć decyzję na podstawie rzetelnych informacji, należy odczekać z rozpoczęciem stosowania tej metody i zalecić używanie prezerwatyw do czasu założenia implantukonieczność skorzystania z pomocy wykwalifikowanej osoby, która założy i usunie implantnie chroni przed zakażeniem chorobami przenoszonymi drogą płciową i wirusem HIVmożna rozpocząć stosowanie natychmiast, nawet jeśli występuje infekcja
Wkładka wewnątrzmaciczna	<ul style="list-style-type: none">wkładkę można założyć po wykluczeniu ryzyka lub obecności infekcjinależy odczekać do czasu wyleczenia ciężkiego skaleczenia, zatamowania krwotoku i poprawy zdrowia w przypadku ostrej anemii	<ul style="list-style-type: none">jeżeli nie można zapewnić kobiecie odpowiedniego poradnictwa i tego, by mogła podjąć decyzję na podstawie rzetelnych informacji, należy odczekać z rozpoczęciem stosowania tej metody i zalecić używanie prezerwatyw do czasu założenia wkładkikonieczność skorzystania z pomocy wykwalifikowanej osoby, która założy i usunie wkładkęnie chroni przed zakażeniem chorobami przenoszonymi drogą płciową i wirusem HIVistnieją pewne obawy co do zwiększonego ryzyka odrzucenia wkładki po zabiegu przerwania ciąży w drugim trymestrzemoże dojść do uszkodzenia macicy podczas zakładaniaw przypadku wystąpienia infekcji, nie należy zakładać wkładki przed upływem co najmniej 3 miesięcy od zabiegu przerwania ciąży
Prezerwatywy (dla mężczyzn i kobiet)	<ul style="list-style-type: none">rozpocząć stosowanie z chwilą podjęcia współżycia	<ul style="list-style-type: none">dobra metoda tymczasowa, jeżeli kobieta zdecydowała się na inną, ale nie może rozpocząć jej stosowania od razu; dobra metoda kontynuacyjna, jeżeli stosuje się ją systematycznie i prawidłowo

Metoda	Rozpoczęcie stosowania po przerwaniu ciąży	Uwagi
		<ul style="list-style-type: none"> • prezerwatywa dla mężczyzn jest jedyną metodą o udowodnionej skuteczności ochrony zarówno przed ciążą, jak i zakażeniem chorobami przenoszonymi drogą płciową oraz wirusem HIV • prezerwatywa dla kobiet pomaga chronić przed zakażeniem wirusem HIV i chorobami przenoszonymi drogą płciową, ale jest mniej skuteczna niż prezerwatywa dla mężczyzn
Środki plemnikobójcze (pianki, kremy, żele, globulki, itp.)	<ul style="list-style-type: none"> • rozpocząć stosowanie z chwilą podjęcia współżycia 	<ul style="list-style-type: none"> • do stosowania jako metoda tymczasowa, jeżeli nie można od razu zacząć stosować innej metody • znacznie mniej skuteczna od innych metod • nie chroni przed zakażeniem chorobami przenoszonymi drogą płciową lub wirusem HIV
Diafragma (błona dopchłowa) ze środkiem plemnikobójczym, kapturek naszyjkowy	<ul style="list-style-type: none"> • diafragmę można dopasować od razu po zabiegu przerwania ciąży w pierwszym trymestrze • po zabiegu przerwania ciąży w drugim trymestrze należy odczekać z dopasowaniem diafragmy do czasu, gdy macica powróci do wielkości sprzed ciąży (6 tygodni) • należy odczekać z dopasowaniem kapturka naszyjkowego do czasu, gdy macica powróci do wielkości sprzed ciąży (4-6 tygodni) 	<ul style="list-style-type: none"> • diafragma dopasowana przed zabiegiem przerwania ciąży w drugim trymestrze może być za mała zaraz po zabiegu ze względu na zmiany w tkance pochwy i/lub szyjki macicy • diafragma może do pewnego stopnia chronić przed zakażeniem chorobami przenoszonymi drogą płciową, ale nie przed wirusem HIV
Obserwacja cyklu i dni płodnych	<ul style="list-style-type: none"> • nie zaleca się stosowania zaraz po zabiegu przerwania ciąży • kobieta może rozpocząć stosowanie tej metody po trzech cyklach menstruacyjnych po zabiegu 	<ul style="list-style-type: none"> • skuteczność zależy w dużym stopniu od prawidłowego stosowania • nie chroni przed zakażeniem chorobami przenoszonymi drogą płciową i wirusem HIV
Podwiązanie jajowodów	<ul style="list-style-type: none"> • można wykonać zabieg (mini-laparotomię lub laparoskopię) zaraz po przerwaniu ciąży bez komplikacji • w przypadku sepsy lub gorączki pozabiegowej, ciężkiego krwawienia, ciężkiego uszkodzenia dróg rodnych lub krwiaka macicy, należy odczekać z wykonaniem zabiegu do zakończenia terapii i wyleczenia 	<ul style="list-style-type: none"> • pacjent/ka musi przed zabiegiem dobrowolnej sterylizacji (podwiązanie jajowodów lub wycięcie nasieniowodów) skorzystać z odpowiedniego poradnictwa, podjąć decyzję na podstawie rzetelnych informacji i wyrazić zgodę • nie chroni przed zakażeniem chorobami przenoszonymi drogą płciową i wirusem HIV
Antykoncepcja postkoitalna (sam lewonorgestrel oraz połączenie estrogenu i progestagenu)	<ul style="list-style-type: none"> • można zastosować natychmiast po stosunku bez zabezpieczenia 	<ul style="list-style-type: none"> • nieodpowiednia do regularnego stosowania • ważna pomocnicza metoda antykoncepcyjna, stosowana po stosunku bez zabezpieczenia • nie chroni przed zakażeniem chorobami przenoszonymi drogą płciową i wirusem HIV

Źródło: Informacje zawarte w powyższej tabeli zostały zaczerpnięte z: Światowa Organizacja Zdrowia (2000) *Improving access to quality care in family planning – Medical eligibility criteria for contraceptive use*. Wydanie drugie. Genewa, Światowa Organizacja Zdrowia. (WHO/RHR/00.2)