

# უსაფრთხო აბორტი

პოლიტიკის და პრაქტიკის გზამკვლევი  
ჯანდაცვის სისტემებისათვის

*მეორე გამოცემა*



მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია



# უსაფრთხო აბორტი

პოლიტიკის და პრაქტიკის გზამკვლევი  
ჯანდაცვის სისტემებისათვის

მეორე გამოცემა



მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია

## წინასიტყვაობა/მადლიერების გამოხატვა

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია (WHO) ტექნიკური დახმარებისათვის მადლობას უხდის საერთაშორისო ექსპერტებს, რომლებიც საწყის ეტაპზე მონაწილეობდნენ ტექნიკურ და ონლაინ კონსულტაციებსა და სახელმძღვანელოს განხილვაში.

(დეტალები მონაწილეებისა და დამატებით სხვა/გარეგანი ოპონენტების შესახებ მოცემულია დანართი 4-ში )

## დაფინანსების წყარო

გაიდლაინის განვითარება მხარდაჭერილ იქნა UNDP/UNFPA/WHO/World ბანკის სპეციალური პროგრამის - „ ადამიანის რეპროდუქციის კვლევა, განვითარება და კვლევის ტრენინგი (HRP)“-მიერ.

WHO -ს ბიბლიოთეკის კატალოგიზაცია გამოცემის მონაცემებში:

Safe abortion: technical and policy guidance for health systems – 2-nd ed.

1.Abortion, Induced – methods 2.Abortion, induced – standards. 2. Prenatal care – organization and administration 4.Prenatal care – standards. 5. Maternal welfare 6. Health policy 7. Guidelines . 8.World Health Organization.

ISBN 978 92 4 154843 4(NLM კლასიფიკაცია: WQ 440)

© მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია 2012

დაცულია საავტორო უფლებები. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის პუბლიკაცია ხელმისაწვდომია ვებ-გვერდზე ([www.who.int](http://www.who.int)) ან შესაძლოა მისი გამოწერა შემდეგ მისამართზე: World Health Organization , 20 Avenue Appia, 1211 , Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). WHO -ს პუბლიკაციის გამრავლების ან თარგმნის მოთხოვნის უფლების მისაღებად საჭიროა მიმართოთ WHO-ს ვებგვერდს: ([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)).

პუბლიკაციაში წარმოდგენილი განსაზღვრებები და ამ პუბლიკაციებში ასახული მასალები არ გამოხატავს ცალსახად WHO -ს მოსაზრებებს, რომელიმე ქვეყნის იურიდიული სტატუსის, ტერიტორიის, ქალაქის/არეალის, ან მათი მმართველობითი ორგანოების შესახებ და არ გულისხმობს მათი საზღვრების დელიმიტაციას. რუკებზე სასაზღვრო ხაზები აღნიშნულია პუნქტირით მიახლოებით და შესაძლოა არ იყოს სრული თანხმობის საგანი/ინვევდეს აზრთა სხვადასხვაობას.

კონკრეტული კომპანიის ან მწარმოებლის პროდუქტის დასახელება არ გულისხმობს WHO ს მხრიდან მათ ცალსახა მხარდაჭერას ან რეკომენდირებას ან ამა თუ იმ პრეპარატის/პროდუქტის მიმართ უპირატესობის გამოხატვას სხვა ანალოგიურ კომპანიებ-ის პროდუქტებთან შედარებით, რომელთა შესახებაც ტექსტში არაა მითითებული. პატენტის მქონე პროდუქტების სახელები ძირითადად აღნიშნულია დიდი ასოებით (გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა ინფორმაცია შეცდომით ან სრულად არაა წარმოდგენილი).

WHO- მ მიიღო სიფრთხილის ზომები პუბლიკაციაში წარმოდგენილი ინფორმაციის დასადასტურებლად. თუმცა მასალა წერილობითი და სიტყვიერი გარანტიების/უფლებამოსილების გარეშე ვრცელდება. პასუხისმგებლობა მისისისრულის, სისწორის, ინტერპრეტაციის თაობაზე და გამოყენებასთან დაკავშირებით აკისრია მკითხველს. შესაბამისად, WHO პასუხს არ აგებს, რაიმე სახით მიყენებულ ზიანზე, რომელიც შესაძლოა წარმოდგენილი ინფორმაციის არასწორად გამოყენებით იქნას განპირობებული.

დაიბეჭდა მალტაში.

## აბრევიატურები:

<b>D&amp;C</b>	დილატაცია და (ბასრი) კიურეტაჟი;
<b>D&amp;E</b>	დილატაცია და ევაკუაცია;
<b>EVA</b>	ელექტრო ვაკუუმ-ასპირაცია;
<b>GMP</b>	კარგი სანარმოოპრაქტიკა;
<b>GRADE</b>	რეკომენდაციების შეფასების, განვითარების და ევოლუციის კლასიფიკაცია;
<b>hCG</b>	ადამიანის ქორიონული გონადოტროპინი;
<b>HIV</b>	ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი;
<b>HLD</b>	მაღალი ხარისხის დეზინფექცია;
<b>ICP</b>	საერთაშორისო კონფერენცია მოსახლეობასა და განვითარებაზე;
<b>IUD</b>	საშვილოსნოს შოდა საშუალება;
<b>I V</b>	ინტრავენური;
<b>KCI</b>	კალიუმის ქლორიდი;
<b>LM P</b>	უკანასკნელი/ბოლო მენსტრუაცია;
<b>MVA</b>	მანუალური ვაკუუმ-ასპირაცია;
<b>NGO</b>	არასამთავრობო ორგანიზაცია;
<b>PG</b>	პროსტაგლანდინი;
<b>Rh</b>	რეზუს-ფაქტორი;
<b>RT I</b>	რეპროდუქციული ტრაქტის ინფექცია;
<b>ST I</b>	სქესობრივად გადამდები ინფექცია;
<b>UN</b>	გაერთიანებული ერები;
<b>UNFPA</b>	გაერთიანებული ერების მოსახლეობის ფონდი;
<b>UNPD</b>	გაერთიანებული ერების მოსახლეობის დივიზიონი;
<b>USA</b>	ამერიკის შეერთებული შტატები;
<b>WHO</b>	მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია.

## დოკუმენტში გამოყენებული განმარტებები:

- ორსულობის ხანგრძლივობა ანუ გესტაციური ვადა: დღეების ან კვირების რიცხვი რეგულარული მენსტრუალური ციკლის მქონე ქალის უკანასკნელი ნორმალური მენსტრუაციის (LMP) პირველი დღიდან. (ქალებს, რომელთაც აქვთ არარეგულარული ციკლი, გესტაციური ვადის დასადგენად შესაძლოა დასჭირდეთ ფიზიკალური და ულტრაბგერითი გამოკვლევა).
- ორსულობის პირველ ტრიმესტრში, როგორც წესი იგულისხმება პირველი 12 ან პირველი 14 კვირა (იხ. ცხრილი 1).
- აბორტის მედიკამენტური მეთოდები (მედიკამენტური აბორტი): ფარმაცოლოგიური წამლების გამოყენება ორსულობის შეწყვეტის მიზნით. ზოგჯერ გამოიყენება შემდეგი ტერმინებიც: "არა-ქირურგიული აბორტი" ან „მედიკამენტოზური აბორტი“.
- მენსტრუალური რეგულაცია: საშვილოსნოს შიგთავსის ევაკუაცია ქალის განცხადების საფუძველზე მენსტრუაციის შეწყვეტასთან დაკავშირებით, ორსულობის ლაბორატორიული ან ულტრაბგერითი დადასტურების გარეშე.
- ოსმოდიალატატორები: სინთეზური მასალისაგან ან ზღვის წყალმცენარისაგან გაკეთებული (ლამინარია) მოკლე, თხელი ღერო. საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირის არეში განთავსების შემდეგ დილატორი შთანთქავს ტენს და თანდათანობით ხდება საშვილოსნოს ყელის გაფართოება/დილატაცია.
- მიზოპროსტოლისმიდების წესები:
  - ორალური-ტაბლეტების დაუყოვნებლივ მიღება;
  - ბუკალური- აბი თავსდება ლოყასა და ღრძილს შორის 30 წუთის განმავლობაში;
  - სუბლინგვალური- აბები თავსდება ენის ქვეშ 30 წუთის მანძილზე;
  - ვაგინალური - ტაბლეტები თავსდება საშოს თაღებში ( საშოს ყველაზე ღრმა ნაწილი) და ქალს ეძლევიანსტრუქცია, რომ დაწვეს 30 წუთით.

ცხრილი 1. გესტაციური ვადის ეკვივალენტი დღეებისა და კვირები ს მიხედვით პირველ ტრიმესტრში.	
გესტაციის კვირები	გესტაციის დღეები
<1	0-6
1	7-13
2	14-20
3	21-27
4	28-34
5	35-41
6	42-48
7	49-55
8	56-62
9	63-69
10	70-76
11	77-83
12	84-90
13	91-97
14	98-104

*შენიშვნა:* ადაპტირებულია დაავადებათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკაციის მე-10 გადასინჯვის მიხედვით- ICD-10, თავი 2, 2008. ფენე, მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაცია, 2009.

- აბორტის ქირურგიული მეთოდი (ქირურგიული აბორტი): ტრანსცერვიკალური პროცედურების გამოყენება ორსულობის შეწყვეტისათვის - ვაკუუმ-ასპირაციის, დილატაცია- ევაკუაციის (D&E) ჩათვლით. ( ქირურგიული აბორტის შესახებ დეტალური ინფორმაცია მოცემულია თავი 2, სექცია 2.2.4-ში)

ტერმინოლოგია ადამიანთა უფლებების საკითხებზე

- საერთაშორისო ადამიანთა უფლებების ხელშეკრულება: ან შეთანხმება/კონვენცია

არის ადაპტირებული საერთაშორისო საზოგადოების/სახელმწიფოების მიერ, როგორც წესი გაერთიანებული ერების გენერალურ ანსამბლიაზე. თითოეული ხელშეკრულება მიზნად ისახავს ადამიანთა უფლებების დაცვასა და შესაბამის ვალდებულებებს, რომლებიც როგორც წესი, სამართლებრივად იმ სახელმწიფოებთან არიან დაკავშირებული, რომელთაც შეთანხმების რატიფიცირება მოახდინეს. დანართი 7 -ში წარმოდგენილია ამ ხელშეკრულებათა სია.

- ხელშეკრულებათა მონიტორინგის ორგანო: საერთაშორისო ადამიანთა უფლებების ხელშეკრულების მონიტორინგს ახორციელებს სპეციალურად შემდგარი მონიტორინგის ორგანო. (იხილეთ დანართი 7). იგი წარმოდგენს დამოუკიდებელი ექსპერტებისაგან შემდგარ კომიტეტს, რომლის მთავარი ფუნქციას სახელმწიფოთა მონიტორინგი, შესაბამისი ხელშეკრულებების დაცვასთან დაკავშირებით. მათ რიცხვში ქვეყნების მიერ წარმოდგენილი ანგარიშების მიხედვით.
- ზოგადი კომენტარები/რეკომენდაციებია : ხელშეკრულების მონიტორინგის ორგანოების მიერ ადამიანის უფლებების უზრუნველყოფის შინაარსის ინტერპრეტაცია თემატურ საკითხებზე ან მუშაობის მეთოდებთან დაკავშირებით. საერთო შენიშვნებში განმარტებულია მონაწილე სახელმწიფოების ანგარიშგების ვალდებულება, ზოგიერთ საკითხთან მიმართებაში და შეთავაზებულია მიდგომები ხელშეკრულების დებულებების შესრულებასთან დაკავშირებით.
- დასკვნითი შენიშვნები :კონვენციასთან დაკავშირებით სახელმწიფოს ანგარიშის წარმოდგენის და მონაწილე სახელმწიფოებთან კონსტრუქციული დიალოგის წარმოების შემდეგ, ხელშეკრულების მონიტორინგის ორგანოთა მიერ გაიცემა დასკვნითი შესწორებები, რომელიც ყოველწლიურად იგზავნება გაერთიანებული ერების გენერალურ ანსამბლეაზე.
- რეგიონული ხელშეკრულებები ადამიანთა უფლებებისთაობაზე: ადამიანთა უფლებების შესახებ ხელშეკრულებები მიიღეს:

აფრიკაში, ამერიკაში, ევროპასა და შუა აზიაში. რეგიონალური ადამიანთა უფლებების ორგანოები, როგორცაა : აფრიკის გაერთიანება, ამერიკის შტატების ორგანიზაცია, ევროპის საბჭო, არაბული სახელმწიფოების მონიტორინგის ლიგა, აკვირდება ხელშეკრულების პირობების შესრულების მიმდინარეობას. ამ დრომდე სამხრეთ აღმოსავლეთ აზიასა და დასავლეთ ოკეანეთში არ არსებობს რეგიონალური ადამიანთა უფლებების ხელშეკრულებები. დანართი 7 შეიცავს რეგიონალური ადამიანთა უფლებების რეგიონალური ხელშეკრულებების სიას.

- ადამიანთა უფლებების სტანდარტები: ადამიანთა უფლებების მნიშვნელობა და კომპეტენციები, როგორაა ინტერპრეტირებული და გამოყენებული ამ სამუშაოს ამოცანების შესრულებისას ადამიანთა უფლებების დაცვის ორგანოების მიერ შემდეგ ორგანოებში: მაგალითად, საერთაშორისო, რეგიონალურ და ნაციონალურ სასამართლოებში და ადამიანთა უფლებების კომიტეტებში.

## სარჩევი

წინასიტყვაობა.....	10
გზამკვლევის განვითარების პროცესი .....	18
მიზები.....	18
მეთოდები.....	18
გადანყვეტილების მიღების პროცესი ტექნიკური კონსულტაციების განმავლობაში.....	20
დოკუმენტის მომზადება და ერთობლივი განხილვა.....	20
გზამკვლევის დოკუმენტის გავრცელება.....	20
გზამკვლევის განახლება .....	21
თავი პირველი .....	25
უსაფრთხო აბორტი : საჯარო ჯანდაცვა და ადამიანთა უფლებების გათვალისწინებით.....	25
მიზები .....	25
საჯარო ჯანდაცვა და ადამიანთა უფლებები.....	26
ორსულობები და აბორტები.....	27
არაუსაფრთხო აბორტის შემდგომი ჯანმრთელობა .....	27
კონტრაცეპტივების გამოყენება, შემთხვევითი ორსულობა და ოჯახის დაგეგმარების წაუმატებელი მცდელობები.....	30
რეგულირებისა და მართვის კონტექსტები.....	31
უსაფრთხო აბორტის ფასი .....	34
თავი მეორე.....	39
კლინიკური მკურნალობა ქალებისათვის, რომელთაც ჩაიტარეს აბორტი.....	39
აბორტამდელი მკურნალობა.....	41
აბორტის მეთოდები.....	46
აბორტის შემდგომი მკურნალობა და შედეგები.....	49
თავი მესამე .....	73
უსაფრთხო აბორტის დაგეგმვა და მართვა.....	73
შესავალი.....	74
სერვისების თანაფუნქციონირება.....	74
შედეგზე-დაფუძნებული სტანდარტები და გზამკვლევები.....	74
საჯარო აპარატურით მომარაგება და ჯანდაცვის პროვაიდერთა ტრეინინგი.....	84
მონიტორინგი, შეფასება და ხარისხის გაუმჯობესება.....	86
დაფინანსება.....	82



აბორტის სერვისის დაგეგმვისა და მართვის პროცესი.....	93
თავი მეოთხე.....	101
ლეგალურობისა და მართვის განხილვა.....	101
ქალების ჯანმრთელობა და ადამიანთა უფლებები.....	101
კანონები და მათი განხორციელება ადამიანის უფლებების კონტექსტში.....	105
შეიქმნას უფლების მიმნიჭებელი გარემო.....	115
დანართი 1	
ტექნიკური კონსულტაციისას აღმოჩენილი გამოკვლევის ხარვეზები.....	123
დანართი 2	
საბოლოო GRADE -ის კითხვები და შედეგები.....	124
დანართი3	
შედეგთა შეფასების სტანდარტული GRADE - ის კრიტერიუმი .....	127
დანართი4	
ტექნიკური კონსულტაციის მონაწილეები.....	129
დანართი 5	
რეკომენდაციები ტექნიკური კონსულტაციებიდან უსაფრთხო აბორტი: ჯანდაცვის სისტემებისათვის ტექნიკური და მართვის გზამკვლევი-ს მეორე გამოცემისათვის.....	132
დანართი 6	
პოსტ - აბორტული კონტრაცეფცივების გამოყენების არჩევანი.....	139
დანართი 7	
ძირითადი შეთანხმებები საერთაშორისო და რეგიონალური ადამიანთა უფლებების შესახებ .....	141

## წინასიტყვაობა

უკანასკნელი ორი ათწლეულის განმავლობაში მტკიცებები მედიცინაში, ახალი ტექნოლოგიები და ადამიანთა უფლებების წინ წამოწევა, საფუძველად დაედო უსაფრთხო აბორტის დანერგვას და გავრცელებას. მიუხედავად ამისა, მსოფლიოში ყოველწლიურად დაახლოებით 22 მილიონი აბორტი კეთდება უსაფრთხოების წესების დაუცველა, რის შედეგადაც დაახლოებით 47000 ქალი იღუპება, ხოლო 5 მილიონამდე კი - ინვალიდდება.(1) თითქმის ყოველი შემთხვევა, რომელმაც სიკვდილი და დაინვალიდება გამოიწვია, შესაძლოა თავიდან აცილებული ყოფილიყო სექსუალური განათლებით, ოჯახის დაგეგმარებით, უსაფრთხო, ლეგალურად აღიარებული აბორტის უზრუნველყოფითა და გართულებების პრევენციით. თითქმის ყველა განვითარებულ ქვეყანაში, უსაფრთხო აბორტის სერვისი იოლად ხელმისაწვდომია და ლეგალური, პაციენტის მოთხოვნის ან ფართო სოციალურ - ეკონომიკურ საუძველზე. იმ ქვეყნებში, რომლებშიც ორსულობის ნაადრევი შეწყვეტა კანონის მიერ მკაცრად იზღუდება და /ან არ არის ხელმისაწვდომი, უსაფრთხო აბორტი ხშირად მდიდართა პრივილეგია ხდება, მაშინ როცა ღარიბ ქალებს რჩებათ ერთადერთი შესაძლებლობა - მიმართონ საჯვო პირებს, ჩაიტარონ პროცედურა არაუსაფრთხო პირობებში, რაც ხშირად იწვევს მათ სიკვდილსა და დაავადყოფილებას, ამიტომ გახდა ეს პრობლემა სოციალური და ფინანსური პასუხისმგებლობის საკითხი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემებისათვის.

ქალთა ჯანმრთელობის დაცვის და უსაფრთხო აბორტის უზრუნველყოფის მიზნით, მტკიცებებზე დაფუძნებული საუკეთესო პრაქტიკის დანერგვის საჭიროებამ, გააჩინა მოთხოვნა ახალი ინსტრუქციისადმი და მსოფლიოს ჯანმრთელობის ორგანიზაციამ განაახლა 2003 წლის პუბლიკაცია „უსაფრთხო აბორტი“: რეკომენდაციები ჯანდაცვის სისტემებისათვის, რომლებიც წარმართავენ პოლიტიკას და პრაქტიკას/ ტექნიკურ საკითხებს“ WHO-ის სტანდარტების გათვალისწინებით, რაც გულისხმობს: შევითხვების და შედეგების პრიორიტეტების იდენტიფიკაციას, მტკიცებების მოძიებას, აღდგენას, შეფასებასა და სინთეზირებას, რეკომენდაციათა ფორმულირებას და გავრცელებას, რეალიზების, ევოლუციაზე გავლენის და განახლების დაგეგმვას. მეორე თავში მოცემული კლინიკური რეკომენდაციებისათვის პრიორიტეტულ შევითხვებთან დაკავშირებული მტკიცებების/ფაქტების პროფილი უკანასკნელ, სისტემატურ მიმოხილვებს ეყრდნობა, რომელთა უმეტესობა შესულია კოხრენის (Cochrane) სისტემატური მიმოხილვების მონაცემთა ბაზაში. აგრეთვე 2003 წლის გამოცემის ორიგინალის 1,3 და 4 თავებში მიმოხილულ იქნა და განახლდა იმისათვის, რომ მსოფლიოში გაავრცელებულიყო უახლესი მოსაზრებანი უსაფრთხო აბორტის თაობაზე, ახალი ლიტერატურა ამგვარი მომსახურების მიღების შესახებ, საერთაშორისო, რეგიონალურ და ნაციონალურ კანონებში ადამიანთა უფლებების ასახვის საკითხები. სახელმძღვანელოს განვითარების ჯგუფმა, რომელშიც შედიოდნენ საერთაშორისო ექსპერტები, ერთობლივად, კონსენსუსის მეთოდით, განიხილა საბოლოო, ფაქტებზე დაფუძნებული რეკომენდაციები.

სახელმძღვანელო განკუთვნილია: პოლიტიკის შემქმნელებისათვის, პროგრამ - მენეჯერებისა და სერვის-პროვაიდერებისათვის/შემსრულებელთათვის. გაიდლაინში/რეკომენდაციაში საჭიროა ინდივიდუალურად იქნას გათვალისწინებული, თითოეული ქალის კლინიკური მდგომარეობა, აბორტის იმ სპეციფიურ მეთოდის შერჩევისას, რომელსაც იგი ანიჭებს უპირატესობას .

მიუხედავად იმისა, რომ კანონი, რეგულაციები, პოლიტიკა და სერვისის სახეები სხვადასხვა ქვეყანაში განსხვავებულია, მოცემულ დოკუმენტში აღწერილი რეკომენდაციების და საუკეთესო პრაქტიკის მიზანს წარმოადგენს მტკიცებებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილების მიღება უსაფრთხო აბორტთან დაკავშირებით. მათი განვითარების დეტალები და შედეგების ხარისხების აპლიკაცია განთავსებულია მეთოდების ნაწილის ქვემოთ, გვერდზე 10. გრაფაში 1 წარმოდგენილია რეკომენდაციები ქირურგიული აბორტის სპეციფიკურ მეთოდებზე, ხოლო გრაფა 2 ახდენს მედიკამენტური აბორტის შესახებ რეკომენდაციათა შეჯამებას. გრაფა 3 რეკომენდირებას უწევს ქირურგიულ და მედიკამენტურ მეთოდებს, რომლებიც უპირატესია 12 კვირის გესტაციური ასაკისათვის. გრაფა 4 აჯამებს რეკომენდაციებს კლინიკური მომსახურების შესახებ, აბორტის წინა პერიოდში, რომელიც მოიცავს : საშვილოსნოს ყელის

მომზადებას, დიაგნოსტიკური ულტრაბგერის/ ექოგრაფიის გამოყენებას, ანტიბიოტიკებისა და ტკივილის-მართვის შესაძლებლობებს. გრაფა 5 აჯამებს პოსტ-აბორტულ მომსახურებასთან დაკავშირებულ რეკომენდაციებს -კონტრაცეპტივების მიღების, დაუსრულებელი აბორტის მკურნალობის ჩათვლით და საჭიროების შემთხვევაში რუტინულ ვიზიტებს აბორტის შემდგომ პერიოდში. გრაფა 6 აჯამებს მესამე თავში მოცემულ მთავარ კლინიკურ რეკომენდაციებს აბორტის სერვისების დაფუძნების და გაუმჯობესების შესახებ, ნაციონალური სტანდარტებისა და რეკომენდაციების განვითარების ჩათვლით; ტრენინგებსა და პროვადერთა აღჭურვას შესაბამისი მოწყობილობებით; ჯანმრთელობის სისტემების საჭიროებათა შეფასებას, პრიორიტეტების განსაზღვრას და ფინანსირებას; ინტერვენციათა გაცნობასა და მასშტაბის ზრდას. აგრეთვე მონიტორინგსა და განვითარებას. დაბოლოს, გრაფა 7 აჯამებს მე -4 თავში მოცემულ რეკომენდაციებს, რომლებიც შეეხება კანონს, პოლიტიკას და ადამიანთა უფლებების განსაზღვრას.

გაიდლაინის განვითარების ჯგუფის წევრებმა მიუთითეს მნიშვნელოვან ხარვეზებზე, რომლებიც საჭიროა ,გამოკვლევის საწყის ეტაპზე იქნეს აღმოფხვრილი. ყოველივე ზემოთქმულიდან გამომდინარე შეიძლება ითქვას, რომ ჯგუფმა ძალისხმევა არ დაიშურა იმისათვის, რომ აბორტი გაეხადა მედიცინის ზრუნვის საგანი. დართულ დოკუმენტში 1 ნარმოდგენილია მონაცემები სამომავლო კვლევის საჭიროებასთან დაკავშირებით.

## ბრაფა 1

### რეკომენდებული მეთოდები ქირურგიული აბორტისათვის

ვაკუუმ - ასპირაცია არის ქირურგიული აბორტის რეკომენდებული ტექნიკა ორსულთათვის, 12 -14 კვირამდე გესტაციური ვადით. პროცედურა არ უნდა დასრულდეს რუტინულად - ბასრი გამოფხვკით (კურეტაჟით) .ყელის გახსნა და კიურეტაჟი (D & C ) , თუ ჯერ კიდევ ტარდება, უნდა ჩანაცვლებულ იქნას ვაკუუმ- ასპირაციით.

(რეკომენდაციის სიძლიერე: ეფექტური/ძლიერი. მტკიცებებზე დაფუძნებული რანდომიზირებული კონტროლირებადი კვლევების ხარისხი : დაბალიდან საშუალომდე).

იხ. აგრეთვე:დართული დოკ. 5 ,რეკომენდაცია 1 , გვერდი113 .

## გრამა 2

რეკომენდებული მეთოდები მედიკამენტური აბორტისათვის

**მედიკამენტური აბორტის რეკომენდებული მეთოდი ჯარ მიფაპრისტონის, შემდეგ მიზოპროსტოლის მიღება**

**ორსულობისათვის გესტაციური ვადით 9 კვირამდე (63დღე)**

მედიკამენტური აბორტის რეკომენდებული მეთოდი არის მიფაპრისტოლის, შემდეგ 1-2 დღეში მიზოპროსტოლის მიღება [იხ.ქვემოთ შენიშვნა დოზირების და მიღების წესების შესახებ]

(რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი/ეფექტური.

მტკიცებებზე დაფუძნებული რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევების ხარისხი : საშუალო/ზომიერი).

**მიფაპრისტონისა და შემდეგ მიზოპროსტოლის დოზირება და მიღების წესები:**

**მიფაპრისტონი** ყოველთვის უნდა ორალურად იქნეს მიღებული, რეკომენდირებული დოზაა 200მგ. **მიზოპროსტოლის** მიღება რეკომენდებულია მიფაპრისტონის მიღებიდან 1-2 დღის (24-48 სთ) შემდეგ.

- ვაგინალური, ბუკალური, სუბლინგვალური მიღებისას მიზოპროსტოლის რეკომენდირებული დოზაა 800  $\mu$ g
- ორალური მიღებისას მიზოპროსტოლის რეკომენდირებული დოზაა 400  $\mu$ g
- 7 კვირამდე (49 დღე) გესტაციურ ვადაზე მიზოპროსტოლი შესაძლოა მიღებულ იქნას ვაგინალური, ბუკალური, სუბლინგვალური ან ორალური გზებით. 7 კვირის ორსულობის ვადის შემდეგ მიზოპროსტოლი ორალურად არ უნდა დაინიშნოს.
- ორსულობის 9 კვირამდე (63 დღე) დაშვებულია მიზოპროსტოლის მიღება ვაგინალურად, ბუკალურად ან სუბლინგვალური გზით.

იხ. აგრეთვე: დართული დოკ. 5, რეკომენდაცია 2, გვერდი 113

**ორსულობისათვის გასტაციური ვადით 9 დან-12 კვირამდე (63-84 დღე)**

მედიკამენტური აბორტის რეკომენდებული მეთოდი არის 200მგ მიფაპრისტონი მიღებული ორალურად, 36-48 საათის შემდეგ კი 800  $\mu$ g მიზოპროსტოლი ვაგინალურად. განმეორებითი მიზოპროსტოლის დოზა უნდა იყოს 400  $\mu$ g - ვაგინალურად ან სუბლინგვალურად, ყოველ 3 საათში ოთხი შემდგომი დოზის მიღებამდე, სანამ არ გამოიღვენება ჩანასახოვანი პროდუქტები.

(რეკომენდაციის სიძლიერე-სუსტი.

მტკიცებებზე დაფუძნებული რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევების ხარისხი: დაბალი).

იხ. აგრეთვე: დართული დოკ. 5, რეკომენდაცია 3, გვერდი 114 .

**ორსულობისათვის გასტაციური ვადით 12 კვირის ზემოთ (84 დღე)**

მედიკამენტური აბორტის რეკომენდებული მეთოდი არის 200 მგ მიფეპრისტონი მიღებული ორალურად, 36-48 საათის შემდეგ მიზოპროსტოლი განმეორებითი დოზით.

[იხ. მინიშნება მიზოპროსტოლის დოზირებასა და მიღების წესებზე ქვემოთ]

(რეკომენდაციის სიძლიერე-ძლიერი.  
მტკიცებებზე დაფუძნებული რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევების ხარისხი: დაბალიდან-  
საშუალომდე/ზომიერამდე)

- გესტაციური ვადით 12 დან 24 კვირამდე, პირველადი ორალური მიღების შემდეგ მიზოპროსტოლის დოზა უნდა იყოს ან 800  $\mu$ გ ვაგინალურად ან 400  $\mu$ გ ორალურად. განმეორებითი მიზოპროსტოლის დოზა უნდა იყოს 400  $\mu$ გ, ვაგინალურად ან ენისქვეშა გზით, ყოველ 3 საათში, მაგრამ არაუმეტეს 4 დოზისა.
- 24 კვირაზე მეტი ორსულობის ვადაზე მიზოპროსტოლის დოზა უნდა შემცირდეს, პროსტაგლანდინთა მიმართ საშვილოსნოს მგრძნობელობის მომატების გამო, კლინიკური გამოკვლევების ნაკლებობის მიზეზით რეკომენდაციები არ გაიცემა.

იხ. აგრეთვე: დართული დოკ. 6, გვერდი 115

**შემთხვევები, როცა მიფეპრისტონის მიღება არ შეიძლება**

**ორსულობაში გასტაციური ვადით 12 კვირამდე (84 დღე)**

მედიკამენტური აბორტის რეკომენდებული მეთოდი არის მიზოპროსტოლი 800  $\mu$ გ ვაგინალურად ან ენისქვეშ. სამი განმეორებითი დოზა 800  $\mu$ გ მიღებული უნდა იქნეს სულ მცირე 3-საათიანი ინტერვალებით, მაგრამ არა უმეტეს 12 საათის ხანგრძლივობით.

(რეკომენდაციის სიძლიერე-ძლიერი.  
მტკიცებებზე დაფუძნებული რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევების ხარისხი: მაღალი)

იხ. აგრეთვე დართული დოკ.5, რეკომენდაცია 4, გვერდი 115.

**ორსულობისათვის გასტაციური ვადით 12 კვირაზე მეტი (84 დღე)**

მედიკამენტური აბორტის რეკომენდებული მეთოდი არის 400  $\mu$ გ მიზოპროსტოლი ვაგინალურად ან ენისქვეშ, ყოველ 3 საათში განმეორებით, სულ 5 დოზა.

(რეკომენდაციის სიძლიერე-ძლიერი.  
მტკიცებებზე დაფუძნებული რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევების ხარისხი: დაბალიდან-  
საშუალომდე/ზომიერამდე)

ორსულობებისათვის 24 კვირის ზემოთ, მიზოპროსტოლის დოზა უნდა შემცირდეს, საშვილოსნოს მგრძნობელობის გამო პროსტაგლანდინთა მიმართ, კლინიკური გამოკვლევების ნაკლებობის მიზეზით რეკომენდაციები არ გაიცემა.

იხ. აგრეთვე: დართული დოკ. 5, რეკომენდაცია 6, გვერდები 115 და 116.

### ბრაფა 3

#### აბორტის რეკომენდებული მეთოდები გესტაციური ვადით 12-14 კვირამდე

დილატაცია და ევაკუაცია (D & E) და მედიკამენტური მეთოდები (მიფეპრისტონი და მიზოპროსტოლი; ან მხოლოდ მიზოპროსტოლი). ორივე რეკომენდებული მეთოდებია აბორტისათვის გესტაციური ვადით 12-14 კვირამდე . პროვაიდერის გამოცდილებისა და ტრეინინგისადმი ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით შესაძლებელი უნდა იყოს სულ მცირე ერთი ან ორივე მეთოდის გამოყენება

(რეკომენდაციის სიძლიერე-ძლიერი).

მტკიცებებზე დაფუძნებული რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევების ხარისხი: დაბალი

იხ. აგრეთვე: დართული დოკ.5, რეკომენდაცია 5 გვერდი 115.

### ბრაფა 4

#### რეკომენდაციები აბორტისათვის: მომზადება/ აბორტამდელი პროცედურები

##### საშილოსნოს ყელის მომზადება.

ქირურგიულ აბორტამდე რეკომენდებულია საშილოსნოს ყელის მომზადება ყველა ქალისათვის გესტაციური ვადით 12-14 კვირამდე. ეს ასევე მნიშვნელოვანია ნებისმიერ გესტაციურ ვადის მქონე ქალბატონებისათვის.

(რეკომენდაციის სიძლიერე-ძლიერი).

მტკიცებებზე დაფუძნებული რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევების ხარისხი: დაბალი

ქირურგიული აბორტის წინ საშილოსნოს ყელის მოსამზადებელი მეთოდებიდან ნებისმიერი შეიძლება იქნას რეკომენდებული ორსულობის პირველ ტრიმესტრში:

- ორალურად მიფეპრისტონი 200მგ (24-48 საათით ადრე); ან
- მიზოპროსტოლი 400 მკგ ენისქვეშ, 2-3 საათის წინ პროცედურამდე
- მიზოპროსტოლი 400 მკგ ვაგინალურად 3 საათით ადრე პროცედურამდე; ან
- ლამინარია განთავსება საშილოსნოს ყელში/ინტრაცერვიკალურად 6-24 საათით ადრე პროცედურამდე.

(რეკომენდაციის სიძლიერე-ძლიერი).

მტკიცებებზე დაფუძნებული რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევების ხარისხი :დაბალიდან-საშუალომდე/ზომიერამდე)

იხ. ასევე თანდართული დოკ 5, რეკომენდაცია 7, გვერდი 116.

დილატაცია და ევაკუაციის (D & E) წინ, გესტაციური ვადით 14 კვირა, ყველა ქალს სჭირდება საშილოსნოს ყელის მომზადება პროცედურისათვის.

(რეკომენდაციის სიძლიერე-ძლიერი. მტკიცებებზე დაფუძნებული რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევების ხარისხი: დაბალიდან-საშუალომდე/ზომიერამდე)

გესტაციური ვადით 14 კვირის შემდგომ საშილოსნოს ყელის მომზადების რეკომენდებული მეთოდები დილატაციასა და ევაკუაციამდე (D & E), არის ოსმოტური დილატატორი ან მიზოპროსტოლი.

(რეკომენდაციის სიძლიერე-ძლიერი. მტკიცებებზე დაფუძნებული რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევების ხარისხი: საშუალო/ზომიერი)

იხ. აგრეთვე: დართული დოკ 5, რეკომენდაცია 8, გვერდი 117.

### ულტრაბგერითი სონოგრაფია /სკანირება.

რუტინული პრე-აბორტული ულტრაბგერითი სკანირების გამოყენება არაა აუცილებელი.

(რეკომენდაციის სიძლიერე-ძლიერი)

მტკიცებებზე დაფუძნებული რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევების ხარისხი: ძალიან დაბალი).

იხ. აგრეთვე: დართული დოკ. 5, რეკომენდაცია 12, გვერდი 118.

### პროფილაქტიკური ანტიბიოტიკები

ყველა ქალმა, რომელმაც გაიკეთა ქირურგიული აბორტი, მიუხედავად მათი რისკისა მენჯის ანთებითი დავადების მიმართ, პროფილაქტიკისათვის უნდა მიიღოს შესაბამისი ანტიბიოტიკები პრე-ან პერიოპერაციულად.

(რეკომენდაციის სიძლიერე-ძლიერი).

მტკიცებებზე დაფუძნებული რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევების ხარისხი: საშულო/ზომიერი)

იხ. აგრეთვე: დართული დოკ. 5, რეკომენდაცია 11, გვერდი 118

ქალებისათვის, რომელთაც ჩაიტარეს მედიკამენტური აბორტი, პროფილაქტიკისათვის ანტიბიოტიკების გამოყენება (განმეორებით) არაა რეკომენდირებული.

(რეკომენდაციის სიძლიერე-ფეფქტური ,ინდივიდუალური მახასიათებელი დაფუძნებული კლინიკურ გამოკვლევებზე:ძალიან დაბალი)

იხ. აგრეთვე: დართული დოკ.5, რეკომენდაცია11, გვერდი118.

### ტკივილის მართვა

ყველა ქალს რუტინულად უნდა შესთავაზონ ტკივილგამაყუჩებელი (მაგ: არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო წამლები, როგორც სამედიცინო, ისე ქირურგიული აბორტის შემთხვევაში).

ზოგადი ანესთეზია არაა რეკომენდებული რუტინულად ვაკუუმ - ასპირაციის ან დილატაციისა და ევაკუაციის (D & E ) შემთხვევაში.

(რეკომენდაციის სიძლიერე-ძლიერი).

მტკიცებებზე დაფუძნებული რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევების ხარისხი : დაბალი)

შენიშვნები: მედიკამენტები ტკივილის მოსახსნელად, როგორც ქირურგიული, ისე მედიკამენტური აბორტის შემთხვევაში, ყოველთვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს პაციენტისათვის დაუყოვნებლივ, როცა ის მას მოისურვებს. უმეტეს შემთხვევებში ტკივილგამაყუჩებლები, ადგილობრივი ანესთეზია და /ან სედაცია სიტყვიერ გამხნევებასთან ერთად არის საკმარისი, თუმცა ტკივილგამაყუჩებელზე მოთხოვნა იზრდება გესტაციური ვადის პროპორციულად.

იხ. აგრეთვე: დართული დოკ. 5, რეკომენდაცია 14, გვერდი 118.

## გრამა 5

### რეკომენდაციები აბორტის შემდგომი პერიოდისათვის

#### კონტრაცეპცია

ქალებს შეუძლიათ დაინყონ ჰორმონალური კონტრაცეფციის მიღება ქირურგიული აბორტის გაკეთების დღიდანვე ან მაშინვე, როგორც კი მიიღებენ მედიკამენტური აბორტისათვის პირველსავე აბს. მედიკამენტური აბორტის შემდეგ, საშვილოსნოს შიდა საშუალება (IUD) შეიძლება იქნას შეტანილი მხოლოდ მას შემდეგ, როდესაც ცხადია, რომ ქალი აღარაა ორსულად.

(რეკომენდაციის სიძლიერე-ძლიერი.)

მტკიცებებზე დაფუძნებული რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევების ხარისხი: ძალიან დაბალი)

იხ. აგრეთვე: დართული დოკ. 5, რეკომენდაცია 13, გვერდი 118.

#### შემდგომი პერიოდი

გართულების გარეშე ჩატარებული ქირურგიული და მედიკამენტური აბორტის შემდეგ (მიფეპრისტონი, შემდეგ მიზოპროსტოლი) არაა აუცილებელი გვეგმიურად ვიზიტი ექიმთან. თუმცა, ქალებს უნდა ურჩიონ, რომ თუ კი მათ აქვთ სურვილი მიიღონ შესაბამისი დახმარება, ეს მათთვის სავსებით შესაძლებელია.

(რეკომენდაციის სიძლიერე-ძლიერი)

მტკიცებებზე დაფუძნებული რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევების ხარისხი: დაბალი)

იხ. აგრეთვე: დართული დოკ. 5, რეკომენდაცია 9, გვერდი 117.

#### დაუსრულებელი აბორტი

თუკი მკურნალობის პერიოდში საშვილოსნოს ზომა უტოლდება ორსულობის გესტაციური ასაკის მე-13 კვირის ზომას, ან ნაკლებს, ვაკუუმ-ასპირაცია ან მკურნალობა მიზოპროსტოლით, დაუსრულებელი აბორტის შემთხვევაში რეკომენდებულია. დოზა არის ერთჯერადი - მიზოპროსტოლი ენისქვეშ (400  $\mu$ გ) ან ორალურად (600  $\mu$ გ)

(რეკომენდაციის სიძლიერე-ძლიერი.)

მტკიცებებზე დაფუძნებული რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევების ხარისხი: დაბალი)

იხ. აგრეთვე: დართული დოკ. 5, რეკომენდაცია 10, გვერდი 117.



## გრაფა 6

### რეკომენდაციები ჯანდაცვის სისტემებისათვის

კანონის მიხედვით, უსაფრთხო აბორტის სერვისი, ყველა ქალისათვის იოლად მისაღები და ფინანსურად ხელმისაწვდომი უნდა იყოს. პირველადი დახმარების დონიდან, რეფერალური სისტემით ყველასათვის, ვინც საჭიროებს უფრო მაღალი დონის დახმარებას.

ნებისმიერი მოქმედება, რომლის მიზანი იქნება გააძლიეროს აბორტის სერვისი, დაფუძნებული უნდა იყოს ჯანმრთელობის მოთხოვნებზე, ქალთა უფლებებსა და გათვითცნობიერებულად ამ სერვისით მომსახურებზე, აგრეთვე ფართო სოციალურ, კულტურულ, პოლიტიკურ და ეკონომიკურ კონტექსტებზე.

ეროვნული სტანდარტები და სახელმძღვანელოები უსაფრთხო აბორტისათვის უნდა იყოს მტკიცებებზე დაფუძნებული და პერიოდულად განახლებული, აგრეთვე უნდა შეიცავდეს საჭირო რჩევებს, იმისათვის, რომ თანაბრად იყოს შესაძლებელი მაღალი ხარისხის მომსახურების მიღება. ახალმა ტაქტიკამ და პროგრამის ინტერვენციამ უნდა ასახოს ფაქტებზე დაფუძნებული საუკეთესო პრაქტიკა. სერვისის ინტერვენცია მოითხოვს ადგილობრივად განხორციელებულ შედეგებს და ეფექტურობის ჩვენებას, რომელიც გამოიკვეთება მცირე მასშტაბით ჩატარებულ პირველად ცდებში, რათა გამოკვლევულ იქნას რესურსები უფრო დიდი მასშტაბებისათვის.

აბორტის შემსრულებელთა ტრენინგები უნდა იყოს იმის გარანტი, რომ მათ აქვთ საკმარისი ცოდნა მაღალი ხარისხის მომსახურების მიწოდებისათვის, ეროვნული სტანდარტებისა და სახელმძღვანელოს გათვალისწინებით. გარანტირებულად მაღალი ხარისხის აბორტი, რომ ჩატარდეს, აუცილებელია მუდმივი ყურადღება, ხარისხის მონიტორინგი და განვითარება.

საჭიროა აბორტის სერვისების დაფინანსების გათვალისწინება ჯანდაცვის სისტემის ბიუჯეტში, რათა უზრუნველყოფილ იქნას მისი ხელმისაწვდომობა ყველა ქალისათვის. აბორტის სერვისის ფასი, როგორც წესი, უფრო დაბალია ვიდრე არაუსაფრთხო აბორტის შედეგად გამოწვეული გართულებების ხარჯები.

წარმატებული სერვისის მასშტაბის ზრდა მოითხოვს სისტემატურ დაგეგმვას, მენეჯმენტსა და ხელმძღვანელობას, აგრეთვე პროცესის მხარდაჭერას, ფინანსურ რესურსებით დაკმაყოფილებას.

დეტალებისათვის იხ. 3 თავი

## გრაფა 7

### რეგულაციასთან, პოლიტიკასთან და ადამიანთა უფლებების შესახებ შეხედულებებთან დაკავშირებული რეკომენდაციები.

კანონებმა და აბორტის შესახებ გატარებულმა ღონისძიებებმა უნდა დაიცვან ქალთა ჯანმრთელობა და მათი უფლებები.

რეგულაციები, პოლიტიკა და პროგრამული ბარიერები, რომლებიც ხელს უშლიან მისაწვდომობას და დროული უსაფრთხო აბორტის ჩატარებას, უნდა მოიხსნას.

საჭიროა რეგულირება და ღონისძიებების გატარება იმისათვის, რომ გარანტირებულ იყოს ყოველი ქალისათვის უსაფრთხო აბორტის სერვისი. ღონისძიებები უნდა მოიცავდნენ ქალთა უფლებების დაცვას, ქალისადმი პატივისცემასა და მისი ღირსების დაცვას, რათა მიღწეულ იქნას პოზიტიური შედეგები. ისინი უნდა იყვნენ ინფორმირებულნი მაღალი ხარისხის კონტრაცეპციების თაობაზე. ამავე დროს ღონისძიებები უნდა აკმაყოფილებდეს: ღარიბ ქალთა, მოზარდთა, გაუპატიურების მსხვერპლთა და HIV დაავადებულ ქალთა მოთხოვნებს.

დეტალებისათვის იხ. 4 თავი

## სახელმძღვანელოს/გაიდლაინის განვითარების პროცესი

### ისტორია გზამკვლევი

„უსაფრთხო აბორტი: რეკომენდაციები ჯანდაცვის სისტემებისათვის, რომლებიც წარმართავენ პოლიტიკას და ტექნიკურ საკითხებს“ დაიბეჭდა მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის (ჭო) მიერ 2003 წელს, როგორც პირველი სახელმძღვანელო გლობალურ დონეზე აბორტთან დაკავშირებული მკურნალობისა და პოლიტიკის შესახებ. მას შემდეგ იგი ითარგმნა: ფრანგულ, რუსულ, ესპანურ და გაერთიანებული ერების (UN) სხვა არაოფიციალურ ენებზე და ფართოდ გამოიყენება მთავრობების, არასამთავრობო ორგანიზაციების (NGO), ქალთა ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციების, ქალთა ჯანმრთელობისა და ადამიანთა უფლებების დამცველთა მიერ.

2003 წლის პუბლიკაციის შემდეგ მრავალი ცნობა შეგროვდა და დაიბეჭდა უსაფრთხო აბორტის შესახებ - ეპიდემიოლოგიური, კლინიკური, სერვისის მიწოდების, კანონისა და ადამიანთა უფლებების თაობაზე. ამიტომ გადამუშავებული გზამკვლევის მომზადება დაეფუძნა ექსტენსიური ლიტერატურის მიმოხილვას, სამართლებრივი საკითხების, პოლიტიკის, ასევე სერვისის მიწოდებასთან დაკავშირებული რეკომენდაციების განახლებას, ახალი სისტემატური კვლევების, ასევე არსებული/ძველ მიმოხილვათა და შედეგების ანალიზს, რათა შემდგომ შესაძლებელი გახდეს კლინიკურ შევითხვებზე მტკიცებით გამყარებული პასუხების გაცემა საერთაშორისო დონის ექსპერტთა რეკომენდაციების გათვალისწინებით. განახლებულ ვერსიაში, უამრავ საკითხთა შორის, ძირითადად განხილულ იქნება ცვლილებები, რომლებიც შეეხება აბორტის ჩატარების მეთოდებსა და მკურნალობასთან დაკავშირებულ საკითხებს, რომელიც ითვალისწინებს ახალ მეთოდთა ხელმისაწვდომობასა და გამოყენებას. ასევე იურიდიულ ასპექტებს, და ა.შ. რეკომენდაციები, რომლებთან დაკავშირებითაც ახალი შედეგები არ დაფიქსირებულა, დარჩა უცვლელად - ისე, როგორც 2003 წლის გაიდლაინში იყო წარმოდგენილი.

### მეთოდაი

დოკუმენტი მომზადდა გაიდლაინის განვითარების WHO - ს სტანდარტებისა და მოთხოვნების დაცვით. ჯამურად, ეს პროცესი მოიცავდა: პრიორიტეტული კითხვების შედგენას, ფაქტების/მტკიცებების მოძიებას, მათ შეფასებას და სინთეზირებას; რეკომენდაციების ფორმულირებას; გავრცელების დაგეგმვასა და მოდერნიზებას. პრიორიტეტული კითხვების თემა იყო WHO- ს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ცენტრის ინიციატივა (WHO-ს სამდივნო), რომელმაც 2003 წელს შეადგინა შევითხვების სია, ასევე უსაფრთხო აბორტით უზრუნველყოფის შედეგების ნუსხა და უზრუნველყო ახალ მონაცემთა დაბეჭდვა.

მსოფლიოს მასშტაბით დაინტერესებული პირები, მათ რიცხვში: ჯანდაცვის სერვისების პროვაიდერები, ჯანდაცვის პროგრამ-მენეჯერები, მკვლევარები, მეთოდოლოგები, იურისტები, ქალთა ჯანმრთელობისა და ადამიანთა უფლებების დამცველები გაერთიანდნენ იმისათვის, რომ შეედგინათ შევითხვების გეგმა, რომლებიც მოიცავდა: კლინიკურ, ტექნიკურსა და პროგრამასთან დაკავშირებულ საკითხებს. ეს სანყისი კონსულტაცია ჩატარდა ელექტრონულად და ყოველი პასუხი განხილულ იქნა WHO- ს სამდივნოს მიერ. შევითხვები და შედეგები, რომლებიც კრიტიკულად იქნა მიჩნეული, მოექცაამ დოკუმენტის თვალთახედვის არეალში. მტკიცებების კლასიფიცირებისათვის გამოყენებულ იქნა რეკომენდაციების შეფასების კლასიფიკაცია. საბოლოო შევითხვების სია გათვალისწინებულია GRADE-ის ცხრილებისათვის და შედეგები წარმოდგენილია დანართი 2-ში.

რანდომიზებული კლინიკური კვლევების კოხრეინის სისტემატური მიმოხილვა იყო პირველადი წყარო რეკომენდაციებისათვის. პრიორიტეტული შევითხვების სიაზე დაფუძნებული, რელევანტული კოხრეინის სისტემატური მიმოხილვა (3 – 14) იყო იდენტიფიცირებული და წარმართული ან განახლებული ძიების კონკრეტული, სტანდარტული სტრატეგიების გამოყენებით. დამატებით, სამი სისტემატური მიმოხილვა ჩატარდა კოხრეინის სისტემატური მიმოხილვის მონაცემთა ბაზისაგან დამოუკიდებლად და დაიბეჭდა რეცენზირებად ჟურნალებში (15-17). ძიების სტრატეგიები და სპეციფიური კრიტერიუმი - თუ

რომელი ცდა ჩაეტარებინათ და რომელი არა - შესულია შესაბამისად, სისტემატურ მიმოხილვაში. ხელმისაწვდომი მტკიცებებები შეფასებული და კლასიფიცირებულ იქნა შემდგომში, როგორც GRADE - ის მიდგომა (18-22), რომელიც ასახავდა პრიორიტეტულ შედარებებსა და შედეგებს; შედარებები და შედეგები, რომლებიც არ იყო რელევანტური რეკომენდაციებთან მიმართებაში გამორიცხული იქნა. შედეგად, მტკიცებების პროფილი (GRADE -ს ცხრილები) მომზადდა ([ib. www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/rhr\\_12\\_10](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/rhr_12_10)). მტკიცებების კლასიფიცირების სტანდარტული კრიტერიუმი GRADE - ის გამოყენებით წარმოდგენილია დანართ 3-ში. ყოველი შერჩეული შედარებისათვის, ხელმისაწვდომი პრიორიტეტული შედეგის მონაცემი შეფასებულ და წარმოდგენილ იქნა მტკიცებათა პროფილში (შენიშვნა: თუ პრიორიტეტული შედეგის მონაცემი არ იყო ხელმისაწვდომი სპეციფიური შედარებისათვის, ისინი არ იქნა გათვალისწინებული/ჩართული GRADE-ის ცხრილებში). მტკიცებების პროფილებზე დაფუძნებული რეკომენდაციები მომზადდა WHO-ს სამდივნოს მიერ.

თავი 3-ისათვის, რომელიც ეხება უსაფრთხო აბორტის სერვისების დაფუძნებასა და გაძლიერებას, ორი საკითხი იქნა იდენტიფიცირებული (უსაფრთხო აბორტის ინდიკატორები და უსაფრთხო აბორტის uzrunvelyofis კომპეტენციები), რომლისთვისაც უკვე არსებობდა WHO -ს გზამკვლევი. მაშასადამე, თავი 3-ის მიზანი იყო გადამუშავებისას, WHO-ს არსებული გაიდლაინიდან მასალის შერჩევა და შენიშვნების გაკეთება, აგრეთვე ექსტენსიური ლიტერატურის მოხსენებების ჩართვა და ფართო მიმოხილვის წარმართვა იმ საკითხებზე, რომლებიც უკვე წარმოდგენილი იყვნენ პირველი გამოცემის დოკუმენტის არსებულ რეკომენდაციებში და წყაროების განახლება.

თავი 4-ში სამართლებრივი და პოლიტიკური მისაზრებებით WHO-მ კონტრაქტი გააფორმა ტორონტოს უნივერსიტეტის (კანადა) იურიდიული ფაკულტეტის საერთაშორისო რეპროდუქციული და სექსუალური ჯანმრთელობის კანონმდებლობის შესახებ არსებულ პროგრამასთან-გადასინჯვაში და ხმარების და შეფასების მიზნით, მათ რიცხვში არსებული მასალის მიმართცვლილებების

შემოთავაზებისათვის, რომლებიც დაფუძნებული იქნებოდა საერთაშორისო და ადგილობრივ დონეებზე ადამიანთა უფლებების შეთანხმებულ პირობაზე და ადამიანთა უფლებების შემსწავლელ საერთაშორისო და რეგიონალურ ინსტანციათა მუშაობაზე. პროგრამაში ჩართულმა პერსონალმა აგრეთვე შექმნა ადამიანთა უფლებებისა და კანონების შესახებ ჩატარებული გამოკვლევების რეზიუმე და გაანალიზა შერჩეულ საკითხებთან დაკავშირებული დეტალები (მაგალითად, ჯანმრთელობის ჩვენების მიხედვით უსაფრთხო აბორტის შესახებ არსებული მითითებების გადამუშავება, გაცნობიერებული უარის თქმა მომსახურებაზე და აბორტის ლეგალური დამარეგულიერებელი ბარიერები).

იმისათვის, რომ მოკლედ მიმოხილათ რეკომენდაციები და მხარდამჭერი ფაქტები, ტექნიკური კონსულტაცია ორგანიზებულ იქნა WHO-ს სათაო ოფისში, ჟენევაში (შვეიცარია). გაიდლაინის განვითარების ჯგუფის წევრები და საერთაშორისო ექსპერტთა დიდი ნაწილი, რომლებმაც მონაწილეობა ონლაინ კონსულტაციებში მიიღეს, ასევე სხვა ექსპერტები მიწვეულ იყვნენ კონსულტაციაში მონაწილეობის მისაღებად (მონაწილეთა სიის სანახავად იხ. დანართი 4). რეკომენდაციების რეზიუმეები, შესწორებული თავები და დამხმარე დოკუმენტები მონაწილეთა შორის გავრცელდა მანამ, სანამ დაიწყებოდა კონსულტაციები მათი განხილვის მიზნით. დაინტერესების შესახებ განცხადებები/დეკლარაცია მონაწილეთაგან მიღებულ იქნა ტექნიკური კონსულტაციის დროს. ეს დეკლარაცია განხილული იყო WHO-ს სამდივნოს მიერ და საჭიროების მიხედვით WHO-ს ლეგალური საბჭოს ოფისის მიერ კონსულტაციების დაწყებამდე. კონსულტაციის ორმა მონაწილემ (ექიმებმა ლაურა კასტელმანმა და ჰელენა ფონ შერტცენმა) განაცხადა, რომ ისინი დასაქმებულნი არიან ორგანიზაციებში, რომელთაც აქვთ ან შესაძლოა ჰქონდეთ ინტერესთა კონფლიქტის კონფლიქტი. იმ რეკომენდაციების განხილვისას, რომლებიც პირდაპირ იყო მათი ორგანიზაციების სამუშაოსთან დაკავშირებული, მათ დატოვეს ოთახი საბოლოო რეკომენდაციათა მიღებამდე. სხვა წევრებს არ განუცხადებიათ, რომ მათ აქვთ ან შესაძლოა პოტენციურად ჰქონდეთ ინტერესთა კონფლიქტი.

## გადანყვებითუბის მიღება ტექნიკური კონსულტაციების პროცესში

თითოეული რეკომენდაციისათვის ტექნიკური კონსულტაციების მონაწილეებმა განიხილეს ტექსტის რეზიუმე, რომელიც მათთვის მოამზადა WHO-ს სამდივნომ იმ მიზნით, რომ შესაძლებელი ყოფილიყო კონსენსუსამდე მისვლა. კონსენსუსი განხილულია, როგორც მონაწილეთა უმრავლესობას შორის შეთანხმება, თუ არ არსებობს არცერთი აშკარა მონინაალმდევე. აღსანიშნავია, რომ ღია წინააღმდეგობა არ დაფიქსირებულა კონსულტაციის მიმდინარეობის დროს. ამგვარად, ალტერნატიული სისტემები, როგორცაა ხმის მიცემა არ გახდა საჭირო. მეცნიერული მტკიცებულებები, მათი ხარისხი, გამოყენებისათვის ვარგისიანობა, ხარჯები და ექსპერტთა სხვა მოსაზრებები გათვალისწინებულ იქნა საბოლოო რეკომენდაციების ფორმულირების დროს.

რეკომენდაციათა სიძლიერე განისაზღვრა თითოეული ინტერვენციის შეფასებით, შემდეგის გათვალისწინებით: (i) სასურველი და არასასურველი ეფექტი, (ii) ხელმისაწვდომი/ არსებული მტკიცებების ხარისხი; (iii) სხვადასხვა ინტერვენციასთან დაკავშირებული ღირებულებები და უპირატესობები (iv) ჯანდაცვის მუშაკთა განსხვავებული ანაზღაურება და (V) შესაძლო ცვლილებების შეტანა რეკომენდაციებში, შემდგომი კვლევების გათვალისწინებით. ზოგადად, ძლიერი რეკომენდაცია საშუალო და მაღალი ხარისხის მტკიცებებით მიუთითებს, რომ შემდგომი გამოკვლევები არ უნდა იქნას პრიორიტეტულად ჩათვლილი. რეკომენდაციების სრული ტექსტი იხ. დანართში 5.

თემები, რომლებიც არ იყო იდენტიფიცირებული, როგორც ახალი სისტემატური მიმოხილვის სუბიექტი/საგანი და რომელთა შესახებ უკვე არსებობდა WHO-ს რეკომენდაციები, ტექნიკურ კონსულტაციაზე წარადგინეს და ჯგუფში განიხილეს. რეკომენდაციები, რომლებიც ჯგუფმა მიიჩნია რელევანტურად, მონაწილეთა და მიღებულ იქნა. ზემოთ ხსენებული თემები მოიცავდა: უსაფრთხო აბორტის განმსაზღვრელ ფაქტორებს, აბორტის შემდგომ კონტრაცეპტივთა გამოყენებას, აბორტის სერვისების დაფუძნება- გაძლიერების შესახებ არსებულ რეკომენდაციებს,

აგრეთვე აბორტის შესახებ სათანადო ცოდნით აღჭურვას, რომელიც აღწერილია მე-3 თავში.

## დოკუმენტის მოზადება და ერთობლივი განხილვა

პირველადი დოკუმენტი, რომელიც მოიცავდა რეკომენდაციების რეზიუმეს მოზადდა და ხელმისაწვდომი გახდა მონაწილეთათვის ტექნიკურ კონსულტაციებამდე სამი კვირით ადრე. რეკომენდაციების რეზიუმეები ჩასწორდა შეხვედრის განმავლობაში დისკუსიებზე დაყრდნობით. შეხვედრის შემდეგ რეზიუმე განხილულ იქნა WHO-ს სამდივნოს მიერ. შესწორებული ვერსია ელექტრონულად გადაეგზავნა ყოველ მონაწილეს მათი დასტურისა და კომენტარებისათვის. თითოეულ თავს აკონტროლებდა კომპეტენტური შემსწორებელი, თავისი მოღვაწეობის არეალის შესაბამისად და ბოლოს, მთელი დოკუმენტი გადაიგზავნა გარეგანი კრიტიკული შეფასებისა და რეცენზირებისათვის. განხილვის პროცესში დოკუმენტს დაემატა მნიშვნელოვანი წინადადებები/მოსაზრებები; თუმცა WHO-ს სამდივნომ თავი შეიკავა ძირითადი კონტექსტის ცვლილებისაგან (მაგ. გზამკვლევის კონტექსტის გაზრდისაგან) ისე, როგორც იმ რეკომენდაციების შეცვლისაგან, რომლებიც კონსულტაციების დროს ურთიერთშეთანხმებით მიიღეს.

## გაიდლაინის დოკუმენტის გავრცელება

ისე, როგორც პირველი სახელმძღვანელოს გავრცელებისას, დისემინაცია ახლაც მოხდება დაბეჭდილი ვერსიების გავრცელების გზით და რეგიონული seminarების ორგანიზებით, რომლებიც შეეხება WHO-ს სტრატეგიულ მიდგომებს, ასევე სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მართვის გაძლიერების ღონისძიებებსა და პროგრამებს (23), დაკავშირებულს უსაფრთხო აბორტის თემასთან. სემინარების მიზანი იმ საშუალებების განვითარებაა, რომლებიც დაფუძნებული იქნებიან გამკვლევებ და მოახერხებენ რეპროდუქციულ და ჯანმრთელობის პროგრამებებთან ერთად გააძლიერონ უსაფრთხო აბორტის ჩატარების საშუალებები, სემინარები მოიცავს წინასწარ შერჩეული ქვეყნების

წარმომადგენლებს ჯანდაცვის სამინისტროს/დეპარტამენტის წარმომადგენლების სახით. სემინარში ასევე ჩართულნი იქნებიან ჯანდაცვის სხვადასხვა პროვაიდერები და პროგრამათა მენეჯერები, აგრეთვე NGO-ს წარმომადგენლები, პროფესიული ასოციაციები და UN-ის ორგანიზაციები. დაბეჭდილი გაიდლაინის ზეგავლენის შეფასებასაინტერესოა. ამცდელით იგეგმება დაკვირვება იმ ქვეყნებზე, რომლებიც მოითხოვენ დახმარებას სახელმძღვანელო პრინციპების გახორციელებაში ან განაცხადს შეიტანენ ამგვარი დახმარების მიღებისათვის და პირდაპირი დაკვირვება ქვეყნებისა, რომლებიც იყენებენ სტრატეგიულ მიდგომებს ან რომელთაც დახვეწეს თავიანთ ქვეყანაში არსებული აბორტის

პროგრამა. უსაფრთხო აბორტის მონიტორინგის მაჩვენებლები ასახულია და წარმოდგენილია ცხრილი 3.2-ში.

### **გაიდლაინის განახლება**

WHO-ს სამდივნო ითვალისწინებს, რომ ეს გზამკვლევი/სახელმძღვანელო პრინციპები ხელახლა განიხილება მისი პუბლიკაციიდან რამდენიმე ( 4 წელი ) წელში, წინასწარ მისი გადახედვის აუცილებლობის ახალ ფაქტიურ მონაცემებზე და მომხმარებელთან უკუკავშირზე დაფუძნებული განხილვის საჭიროების შეფასების შემდეგ.

## სყარობები:

### References

1. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*, 3rd ed. Geneva, World Health Organization, 2011.
2. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
3. Kulier R et al. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, (1):CD002855, updated 2010.
4. Kulier R et al. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, (4):CD002900.
5. Say L et al. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (1):CD003037, updated 2010.
6. Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, (1):CD006714.
7. Wildschut H et al. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, (1):CD005216.
8. Kapp N et al. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (2):CD007207.
9. Promsonthi P, Preechapornprasert D, Chanr chakul B. Nitric oxide donors for cervical ripening in firsttrimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (4):CD007444.
10. Newmann SJ et al. Cervical preparation for Second trimester dilation and evacuation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (8):CD007310.
11. Neilson JP et al. Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (1):CD007223.
12. Tuncalp O, Gulmezoglu AM, Souza JP. Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (9):CD001993.
13. Mueller M et al. Antibiotic prophylaxis for medical and surgical first trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, (3):CD005217.
14. Renner RM et al. Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (2):CD006712.
15. Kulier R, Kapp N. Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and secondtrimester abortion. *Contraception*, 2011, 83:30–33.
16. Grossman D, Grindlay K. Alternatives to ultrasound for follow-up after medication abortion: a systematic review. *Contraception*, 2011, 83(6):504–510.
17. Jackson E, Kapp N. Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception*, 2011, 83:116–126.
18. Guyatt GH et al. Incorporating considerations of resources use into grading recommendations. *British Medical Journal*, 2008, 336:1170–1173.
19. Guyatt GH et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 2008, 336:924–926.
20. Guyatt GH et al. What is “quality of evidence” and why is it important to clinicians? *British Medical Journal*, 2008, 336:995–998.
21. Guyatt GH et al. Going from evidence to recommendations. *British Medical Journal*, 2008, 336:1049–1051.
22. Schunemann HJ et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. *British Medical Journal*, 2008, 336:1106–1110.
23. *The WHO Strategic Approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programmes*. Geneva, World Health Organization, 200







## თავი პირველი

### უსაფრთხო აბორტი: საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და ადამიანთა უფლებების საფუძვლები

#### შინაარსი

- ყოველ წელს 22 მილიონი ჯანმრთელობისათვის საფრთხის შემცველი აბორტი კეთდება. მათი აბსოლუტური უმრავლესობა (98%) მოდის განვითარებად ქვეყნებზე და ხასიათდება ზრდის ტენდენციით: 20 მილიონიდან (2003 წ) - 22 მილიონამდე (2008 წ), თუმცა გლობალური მასშტაბით 2000 წლის შემდგომ პროცენტული წილი უცვლელია
- დაახლოებით 47000 ორსულობასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობა არის არაუსაფრთხო აბორტის შემდგომი გართულებების შედეგი. ამავე დროს, 5 მილიონი ქალი იტანჯება სხვადასხვა სახის დაავადებით და ინვალიდობით აბორტის შემდგომი გართულებების გამო.
- არასასურველ ორსულობათა რიცხვის შემცირებაში გარკვეული როლი შეასრულა შთამბეჭდავმა მიღწევებმა კონტრაცეპციის გამოყენების თვალსაზრისით, თუმცა ვერ გამოიჩინა უსაფრთხო აბორტის მნიშვნელობა. მსოფლიოს მასშტაბით დაახლოებით 33 მილიონი კონტრაცეპტივების მომხმარებელი მაინც ყოველწლიურად ხვდება არასასურველი ორსულობის პრობლემას, რომელთაგან ზოგიერთი აბორტით სრულდება, დანარჩენი კი - დაუგეგმავად გაჩენილი ბავშვებით.
- მიუხედავად იმისა ლეგალურად აკრძალულია თუ არა აბორტი, ქალების პასუხი კითხვაზე: „სურთ თუ არა არასასურველი ორსულობის შეწყვეტა და ეძიებენ თუ არა შეწყვეტის გზებს?“ ---თითქმის ერთნაირია. თუმცა, ლეგალური შეზღუდვა (სხვა ბარიერებთან ერთად) ნიშნავს, რომ ბევრი ქალი თვითონ ახდენს აბორტის ინდუცირებას, ან ეძებს აბორტის პროცედურის ჩატარების შესაძლებლობას საექვო უნარჩვევების მქონე პროვაიდერებთან.
- აბორტის ლეგალური სტატუსი ვერ ცვლის ქალებისათვის ამ სახის მომსახურებაზე

მოთხოვნას, სამაგიეროდ ის დრამატულად მოქმედებს მათთვის უსაფრთხო აბორტის მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე.

- იქ, სადაც აბორტი კანონითაა ნებადართული, პოსტ-აბორტული გართულებების შემთხვევები, როგორც წესი, ნაკლებია.
- აბორტი კანონით ნებადართულია თითქმის ყველა ქვეყანაში იმ მიზნით, რომ გადარჩეს ქალის სიცოცხლე და/ან შენარჩუნებულ იქნას ქალის ფიზიკური და მენტალური ჯანმრთელობა. ამიტომ, უსაფრთხო აბორტით მომსახურება, როგორც ლეგალური პროცედურა, უნდა იყოს ხელმისაწვდომი, რაც აბორტთან დაკავშირებული ავადობის და სიკვდილობის თავიდან აცილების შესაძლებლობას ქმნის.

#### 1.1 ისტორია

აბორტის შესახებ ცნობები არსებობს უძველესი დროიდან(1). თავდაპირველად აბორტი საფრთხის შემცველი იყო და წარმოადგენდა დიდ განსაცდელს ქალის ცხოვრებაში. ზოგადად, სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესებამ და უსაფრთხო და ეფექტური ტექნოლოგიების დანერგვამ, აგრეთვე აბორტის ჩატარების მეთოდების დახვეწამ შესაძლო გახდა არაუსაფრთხო აბორტების თავიდან აცილება და მათთან დაკავშირებული ლეტალური შემთხვევების სრულიად აღმოფხვრა, ეს მომსახურება დღეს უნივერსალურად ხელმისაწვდომია, მაგრამ 22 მილიონი აბორტი ყოველწლიურად მაინც საფრთხის შემცველ პირობებში სრულდება, შედეგად კი დაახლოებით 47 000 ქალი იღუპება. (2)

არაუსაფრთხო აბორტი WHO-ს მიერ განმარტებულია, როგორც „არასასურველი ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის პროცედურა, რომელიც ხორციელდება არაკვალიფიციური პირების მიერ ან ტარდება ისეთ გარემოში, რომელიც მინიმალურ სამედიცინო სტანდარტებსაც კი არ აკმაყოფილებს, ან როდესაც არსებობს ორივე ფაქტორი ერთად“

თითქმის ყველა განვითარებულ ქვეყანაში (რამდენიმე სახელმწიფოს გარდა) უსაფრთხო აბორტი - მოთხოვნით ან ფართო ეკონომიკური

და სოციალური მიზეზებით - დაშვებულია კანონით და სერვისი, როგორც წესი, ქალების უმრავლესობისათვის ხელმისაწვდომია (UNPD). უსაფრთხო აბორტის ხელმისაწვდომობა ძლიერ შეზღუდულია განვითარებად ქვეყნებში (3). იმ სახელმწიფოებში, რომლებშიც აბორტი მკაცრად აკრძალულია, ეს მომსახურება არათანაბრად არის ხელმისაწვდომი და მხოლოდ მდიდარ ქალთა პრივილეგიას წარმოადგენს, მაშინ როდესაც ღარიბ ქალებს ისღა დარჩენიათ მიმართონ საჯვო კომპეტენციის მქონე პროვაიდერებს, რაც არც თუ იშვიათად ლეტალობით და ინვალიდობით მთავრდება (4).

ამ თავში ინდუცირებულ აბორტთან დაკავშირებული ჯანდაცვის, პოლიტიკის, დემოგრაფიულ და სამართლებრივ კონტექსტში განხილულია პუბლიკაციის "უსაფრთხო აბორტი: რეკომენდაციები ჯანდაცვის სისტემებისათვის, რომლებიც წარმართავენ პოლიტიკას და პრაქტიკას/ტექნიკურ საკითხებს" (WHO, 2003წ) განახლებული ვერსია.

## 1.2 საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და ადამიანთა უფლებები

დიდიხანია არსებობს კონსენსუსი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ზეგავლენის შესახებ არაუსაფრთხო აბორტზე. 1967 წლისათვის მსოფლიო ჯანდაცვის ასამბლეამ (WHA) დაადგინა, რომ ამგვარი აბორტი უამრავ ქვეყანაში არის სერიოზული პრობლემა. (6). WHO-ს რეპროდუქციული ჯანდაცვის სტრატეგიაში-პროგრესის დაჩქარება საერთაშორისო მიზნების და ამოცანების შესასრულებლად, რომელიც შემდეგ, 2004 წელს გამოიყენა WHA-მ, აღნიშნულია:

„ არაუსაფრთხო აბორტს, როგორც დედის ლეტალობისა და ავადობის მიზეზს, რომლის თავიდან აცილება შესაძლებელია, უნდა მივუდგეთ, როგორც დედათა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების თაობაზე ათასწლეულის განვითარების მიზნების (ასევე სხვა საერთაშორისო განვითარების მიზნების და ამოცანების) ნაწილს“ (7)

ბოლო ორი ათწლეულის მანძილზე, ქვეყნების მიერ ხელმოწერილი დეკლარაციებისა და რეზოლუციების რაოდენობა ადასტურებს,

ფართო კონსენსუსს ქალთა მოკვდაობაში, არა - უსაფრთხო აბორტის მნიშვნელოვანი როლის შესახებ. მისი თავიდან აცილება შესაძლებელია სექსუალური განათლების გავრცელებით, ოჯახის დაგეგმარებით, კანონით დაშვებული უსაფრთხო აბორტის სერვისების ხელმისაწვდომობითა და პოსტაბორტულ პერიოდში სათანადო დახმარებით.

დისკუსია, რომელიც წარმოიშვა 1968 წელს ადამიანთა უფლებების საერთაშორისო კონფერენციაზე თეირანში (ირანის ისლამური რესპუბლიკა), დასრულდა რეპროდუქციული უფლებების შესახებ ახალი კონცეფციის შექმნით. ის განხილულ და მიღებულ იქნა მოსახლეობის და განვითარების საერთაშორისო კონფერენციაზე (ICPD) ქაიროში (ეგვიპტე) 1994 წელს (8).

არაუსაფრთხო აბორტების შემთხვევათა აღმოფხვრა/ელიმინირება არის ჯანმო-ს (WHO) გლობალური რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სტრატეგიის ერთ-ერთი საკვანძო კომპონენტი. (12). სტრატეგიას საფუძვლად უდევს ადამიანთა უფლებების პატივისცემისა და დაცვის შესახებ მიღებულის საერთაშორისო ხელშეკრულებების და საერთაშორისო შეთანხმებების/დეკლარაციების შესრულება, ყველა პერსონისათვის ჯანდაცვის უმაღლესი სტანდარტის მისაწვდომობის ჩათვლით. ყველა წევლის და ინდივიდის ძირითადი უფლებაა ჰქონდეს თავისი შვილების რაოდენობის განსაზღვრის, გაჩენის დროის და ადგილის თავისუფლად გადაწყვეტის და ინფორმაციის მიღების საშუალება: ქალის უფლებაა, რომ თავისუფლად და პასუხისმგებლობით, იძულების, ძალადობისა და დისკრიმინაციის გარეშე მიიღოს გადაწყვეტილება სექსუალობასთან, სექსუალურ დარეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით. მამაკაცისა და ქალის უფლებაა, რომ აირჩიონ მენჯილე და დაქორწინდნენ მხოლოდ მათი თავისუფალი ნების და სრული შეთანხმების საფუძველზე; ასევე - მიიღონ შესაბამისი ინფორმაცია და სარგებელი მეცნიერული მიღწევებისაგან (12). ამ უფლებების რეალიზაციისათვის და ქალთა სიცოცხლის გადასარჩენად, უსაფრთხო აბორტის უზრუნველყოფის პროგრამული, სამართლებრივი და პოლიტიკის ასპექტები საჭიროებს ადექვატური მიმართლებით წარმართვას, როგორც ეს არის წარმოდგენილი/განხილული შემდგომ თავებში.

### 1.3 ორსულობა და აბორტი

ყოველწლიურად მთელ მსოფლიოში 208 მილიონი ორსული ქალების 59%-ს (123 მილიონი) აქვს გეგმიური (სასურველი) ორსულობა, რომელიც სრულდება ბავშვის დაბადებით, ან თვითნებითი შეწყვეტით ან მკვდარი ნაყოფის შობით (4). ორსულობის დარჩენილი 41% (85 მილიონი) არის გაუთვალისწინებელი.

კონტრაცეპტივების გამოყენების ზრდის გამო 15-44 წლის ასაკის ქალთა შორის ორსულობის მაჩვენებელმა 160 ორსულობიდან /1000 ქალზე (1995 წელს) იკლო 134 ორსულობამდე/ 1000 ქალზე - 2008 წ (4). გათვალისწინებული და გაუთვალისწინებელი ორსულობების მაჩვენებელი 91 და 69-დან / ყოველ 1000 ქალზე ( 1995 წელს) დაეცა 79 და 55-მდე/ ყოველ 1000 ქალზე 2008 წელს, შესაბამისად. უფრო მეტიც, 15-44 წლის ყოველ 1000 ქალზე აბორტის მაჩვენებელი 35- დან ( 1995) შემცირდა 26 მდე/ ყოველ 1000 ქალზე (2008 წელს). ეს შემცირება ძირითადად მოხდა უსაფრთხო აბორტის გამო, მაშინ როცა არაუსაფრთხო აბორტების მაჩვენებელი დარჩა უცვლელი 2000 წლიდან - დაახლოებით 14 ყოველ 1000 ქალზე .(13). საფრთხის შემცველი აბორტის აბსოლუტური რიცხვმა შეადგინა დაახლოებით 20 მილიონი 2003 წელს და 22 მილიონი 2008 წელს. პროპორცია არაუსაფრთხო აბორტებისა გაიზარდა 44 % დან 1995 წელს, 47 % მდე 2008 წელს (13). მათ უმეტესობას ადგილი აქვს განვითარებად ქვეყნებში, სადაც დედათა ლეიტალობის მაჩვენებელი მაღალია და უსაფრთხო აბორტი მხოლოდ შეზღუდულადაა ხელმისაწვდომი.

### 1.4 არაუსაფრთხო აბორტის შედეგები ჯანმრთელობის თვალსაზრისით

აბორტის შემდგომ ქალის ჯანმრთელობის მდგომარეობა დამოკიდებულია იმაზე თუ როგორ პირობებში შესრულდა აბორტი, ასევე აბორტის სერვისის პროვაიდერის კვალიფიციაციაზე, აბორტის მეთოდზე, ქალის ჯანმრთელობასა და ორსულის გესტაციურ ვადაზე. არაუსაფრთხო აბორტი შეიძლება გამოწვეულ იქნას ქალის საშვილოსნოში რაიმე საშუალებით: ფესვების, ტოტების გამოყენებით ან კათეტერით შესვლით და/ან ექიმბაშური ტრადიციული საშუალებებით;

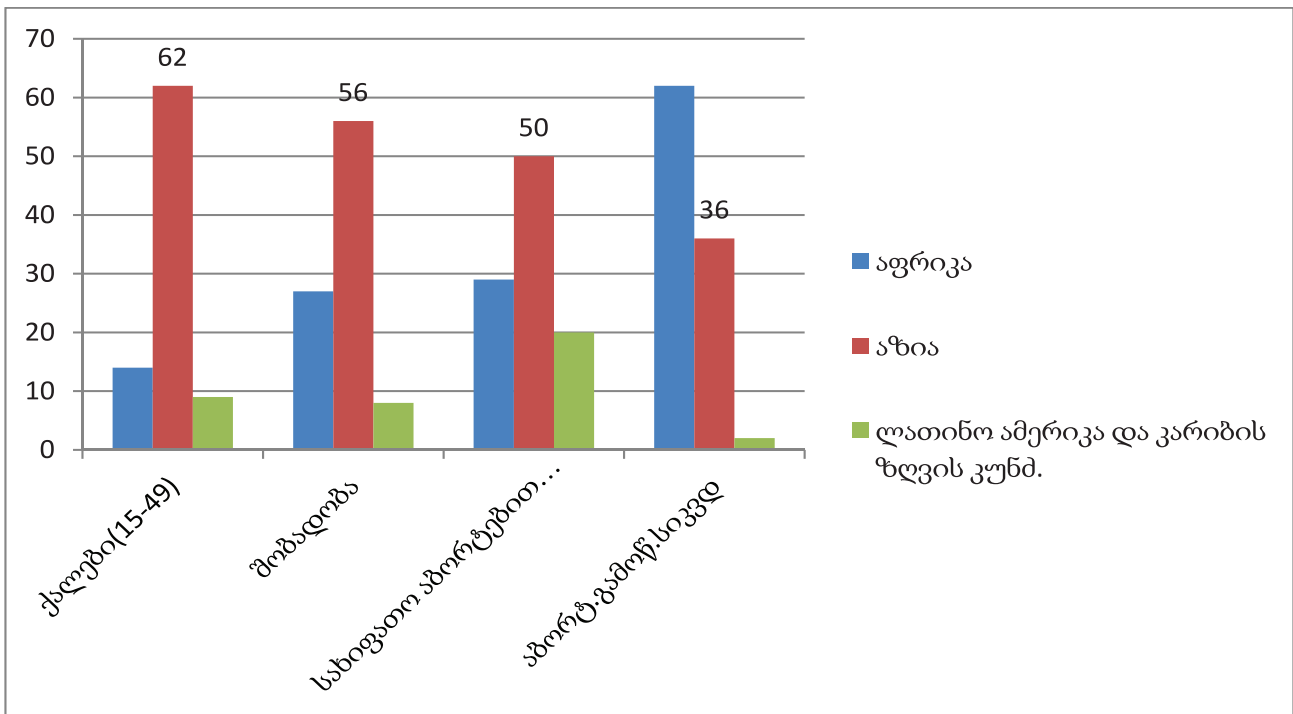
ასევე არაპროფესიონალის მიერ ჩატარებული საშვილოსნოს დილატაცია/კიურეტაჟის პროცედურით, ჯანმრთელობისათვის საზიანო ნივთიერების დალევითა და ზედმეტი ძალის გამოყენებით - ზოგიერთ შემთხვევებში ექიმბაშები იმდენად ძლიერად აწვებიან ქალს მუცლის მხრიდან ორსულობის შეწყვეტის მიზნით, რომ ეს იწვევს საშვილოსნოს გახეთქვას და ქალის სიკვდილს. (14). განსხვავებულია შედეგები, როცა პროსტაგლანდინი ან მისი ანალოგი მიზოპროსტოლი არასწორი დოზირებით გამოიყენება, თუმცა არსებობს ფაქტები, რომ არასწორი დოზირების შემთხვევებშიც კი ნაკლებია გართულებების რიცხვი და სიკვდილიანობის მაჩვენებელი. (15-17).

არაუსაფრთხო აბორტით გამოწვეული სიკვდილიანობა და დაინვალიდების შემთხვევები რთული აღსარიცხია იმის გამო, რომ ასეთი სიკვდილის შემთხვევები და გართულებები უმეტესად ფარულად ან არაღეგალურად ხდება და რეპუტაციის დაკარგვისა და დასჯის შიშით, ინციდენტის შესახებ საუბრისაგან თავს იკავებენ. განსაკუთრებით კი რთულია მეორე ტრიმესტრის აბორტის მიზნით გამოწვეული სიკვდილის შესახებ მონაცემების მიღება (18). უფრო მეტიც, ქალებმა შესაძლოა არ გაითვალისწინონ აბორტის შესაძლო გართულებები (19). ამიტომაც, არაუსაფრთხო აბორტის შედეგად გამოწვეული ქალების სიკვდილის შესახებ ცნობები მხოლოდ ჭორის დონეზეა. არაუსაფრთხო აბორტის გართულებებია: სისხლდენა, სეფსისი, პერიტონიტი, ასევე საშვილოსნოს ყელის, საშოსა და მუცლის ღრუს ორგანოთა დაზიანება(20). არაუსაფრთხო აბორტები დაახლოებით 20-30% შემთხვევაში განაპირობებენ რეპროდუქციული ტრაქტის დაინფიცირებას (21); ყოველი ოთხი ქალიდან ერთი კი - ავადდება პათოლოგიით, რომელიც მთელი სიცოცხლის განმავლობაში საჭიროებს მკურნალობას (22). იმ ქალებიდან, რომლებიც პოსპიტალში ცდილობდნენ პოსტ-აბორტული მკურნალობის მიღებას, რამდენიმეს ანამნეზში ჰქონდა არაუსაფრთხო აბორტი, მაგრამ დახმარებისათვის ექიმისათვის არ მიუმართავს. როგორც ჩანს, ან გართულებებს არ მიიჩნევდა სერიოზულად, ან შესაძლოა, არ გააჩნდა ამისათვის საჭირო თანხა, ან კიდევ, ეშინოდა სამართლებრივი დევნის და არასათანადო

მოპყრობის (23-30). მტკიცებებით დადასტურებულია, რომ ფიზიოლოგიური, ფინანსური და ემოციური დანახარჯები გაცილებით მეტი აქვთ იმ ქალებს, ვინც არაუსაფრთხო აბორტი გადაიტანა.

არც ერთ განვითარებად ქვეყანაში არაა სახიფათო აბორტის მაჩვენებელი ისე არაპროპორციულად მაღალი, როგორც აფრიკის რეგიონში.(31). აფრიკის პროცენტული წილი მსოფლიოში არაუსაფრთხო აბორტების საერთო პროცენტულ მაჩვენებლებთან შედარებით არის 29%. უფრო მეტიც, 62 % სახიფათო აბორტებით გამოწვეული სიკვდილის შემთხვევებისა 2008 წელს სწორედ აფრიკაში დაფიქსირდა (იხ. სურ. 1.1). არაუსაფრთხო აბორტის მიზეზით გამოწვეული ლეტალობის მაჩვენებელი განსხვავდება განვითარებად რეგიონებში. მაგ.: სიკვდილობის რისკი (არაუსაფრთხო აბორტებისაგან ) აფრიკაში შეადგენს 460 ყოველ/ 100000 ქალზე, ხოლო სუბ-საქარის აფრიკაში 520 -ს/ ყოველ 100000 ქალზე, ლათინო ამერიკასა და კარიბის კუნძულებზე 30-ს, ხოლო აზიაში 160/ ყოველ 100 000 ზე (2).

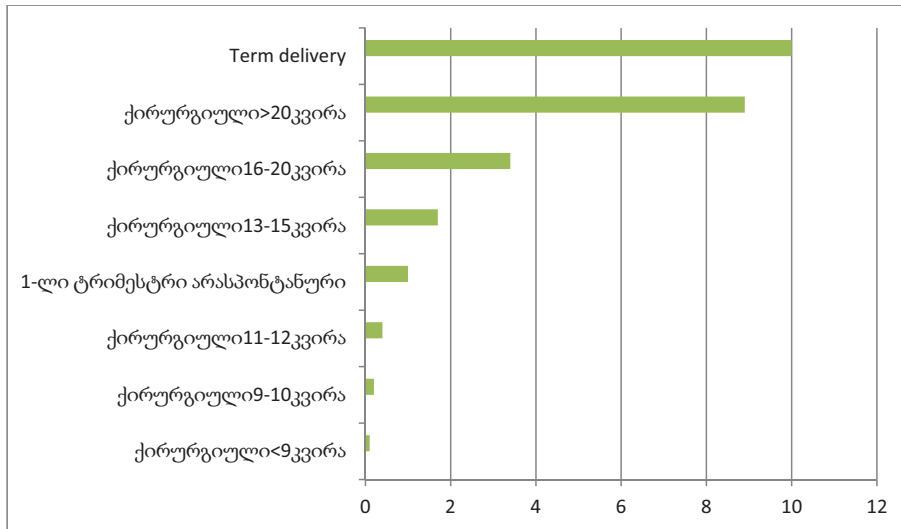
სურათი 1.1 ქალების, შობადობის, არაუსაფრთხო აბორტის და მასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის პროცენტული განაწილ ებაგანვითარებად რეგიონებში, 2008



წყარო 31

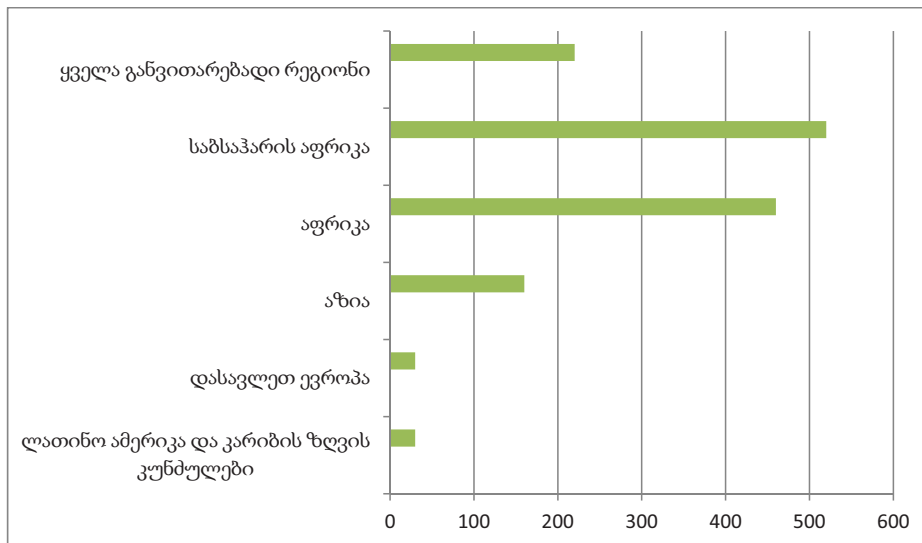
თუ აბორტი სრულდება კვალიფიციური პირების მიერ, ჰიგიენურ პირობებში , შესაბამისი სამედიცინო ტექნიკის და პრეპარატების გამოყენებით, ის უსაფრთხო სამედიცინო პროცედურაა. მაგალითად, ამერიკის შეერთებულ შტატებში სიკვდილიანობის პროცენტული მაჩვენებელი ლეგალური აბორტისას არის 0.7 /100 000 (32). ლეგალური აბორტის შემთხვევაში მე-2 ტრიმესტრის ბოლო ეტაპზე დაფიქსირებულია ლეტალობის მაჩვენებელი (33), რომელიც გაცილებით დაბალია ,ვიდრე სიკვდილის მინიმალური მაჩვენებელი საფრთხის შემცველი აბორტის დროს.(იხ. სურ. 1.2 და 1.3)

სურათი 1.2 ლეტალობის მაჩვენებელი ლეგალური ინდუცირებული და სპონტანური აბორტის, ასევე დროული მშობიარობის შემთხვევებში, ყოველ 100 000 პროცედურიდან (აშშ -ში)



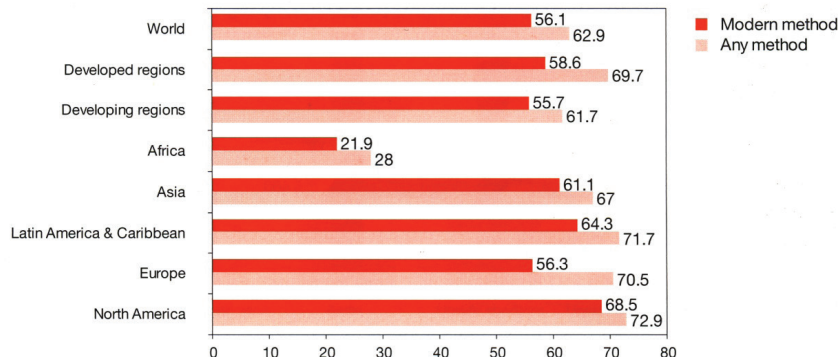
ლეგალურად კოპირებული, 32 რეკომენდაციიდან  
სიკვდილიანობა (ყოველ 100 000 შემთხვევიდან)

სურათი 1.3 ლეტალობის შემთხვევები 100 000 არაუსაფრთხო პროცედურიდან, რეგიონალური მონაცემი, 2008



კოპირებული, წყარო 2  
სიკვდილიანობა (ყოველ 100 000 სახიფათო აბორტის შემთხვევებიდან)

სურათი 1.4 დაქორწინებული ქალების %, რომლებიც იყენებენ კონტრაცეპციის მეთოდებს, 2007



(წყარო34)

**1.5 კონტრაცეპტივების გამოყენება, შემთხვევითი ორსულობა და ოჯახის დაგეგმარების წარუმატებელი მსდელობები**

გლობალურად 2007 წელს კონტრაცეფციის სხვადასხვა მეთოდი გავრცელებული იყო 15-49 წლის ასაკის ქალების 63 %-ში, რომლებიც იყვნენ ან დაოჯახებულნი ან პარტნიორებთან თანაცხოვრებაში (34). ჩასახვის საწინააღმდეგო თანამედროვე საშუალებების გამოყენება დაახლოებით 7% -ით დაბალი იყო და შეადგენდა 56%-ს. კონტრაცეპტივების გავრცელება, როგორც მთლიანად მსოფლიოში, ისე ყველა რეგიონში იზრდება. მიუხედავად ამისა, ეს მაჩვენებელი დაბალია აფრიკაში (28% - ყველა მეთოდით 22%კი -თანამედროვე მეთოდით), (იხ.სურ.1.4). ეს მაჩვენებელი კიდევ უფრო დაბალია საჰარის აფრიკაში, სადაც, 2007 წელს ნებისმიერი კონტრაცეპტული საშუალების გამოყენება იყო 21 %, ხოლო თანამედროვე მეთოდების 15%-ში. საპირისპიროდ, თანამედროვე მეთოდების გამოყენების პროცენტული წილი შეადგენდა დაახლოებით 66 %-ს ევროპაში, ჩრდ.ამერიკაში, აზიაში, ლათინო ამერიკასა და კარიბის ზღვის კუნძულებზე.

თანამედროვე კონტრაცეპტივების გამოყენებას მოჰყვა ის შედეგი, რომ იქაც კი, სადაც ნებადართულია აბორტი, მათი რიცხვი შემცირდა. აბორტის გამოყენების მაჩვენებლის შემცირება კონტრაცეპტივთა გამოყენების ზრდასთან ერთად გახდა რამდენიმე ავტორის კვლევის საგანი.(35,36). აღმოსავლეთ ევროპისა და ცენტრალური აზიის 12 ქვეყნიდან და ამერიკიდან მიღებული უახლესი მონაცემებით, რეგიონებში, სადაც აბორტი შობადობის რეგულირების ძირითად მეთოდად განიხილება, რაც უფრო მაღალი იყო თანამედროვე კონტრაცეპტივების გამოყენება, მით უფრო დაბალი აღმოჩნდა აბორტების რიცხვი(37). ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მაჩვენებელი ერთ-ერთი ყველაზე დაბალია აღმოსავლეთ ევროპაში, სადაც თანამედროვე კონტრაცეპტივების გამოყენების მაჩვენებელი მაღალია და აბორტის სერვისი, როგორც წესი, მოთხოვნის შემთხვევაში ლეგალურად ხელმისაწვდომია. ამგვარად, ოჯახის დაგეგმარება არის ეფექტური საშუალება არასასურველი ორსულობებისა და აბორტების შემცირებისათვის. თუმცა, კონტრაცეფციას არ შეუძლია აღმოფხვრას აბორტის მომსახურების ხელმისაწვდომობის აუცილებლობა. მას არ შეუძლია დაიცვას ქალები ძალადობის შემთხვევებისას, რომელსაც შეიძლება მოჰყვეს არასასურველი ორსულობა. ისე როგორც ის ფაქტი, რომ არც ერთ კონტრაცეპტივს არ შეუძლია 100 %-ით დაიცვას ქალი დაუგეგმავი ორსულობისაგან. კონტრაცეპტივების გავრცელებისა (34) და მათი არაეფექტურობის მაჩვენებლების (51) შესწავლით დადგინდა, რომ 2007 წლის მონაცემების მიხედვით, მსოფლიოში დაახლოებით 33 მილიონი ქალი კონტრაცეპტივთა გამოყენების მიუხედავად, ყოველწლიურად დგება არასასურველი ორსულობის პრობლემის წინაშე (ცხრილი1.1). იმ შემთხვევაში თუ არაა ხელმისაწვდომი უსაფრთხო აბორტი, ზოგიერთი მათგანი მიმართავს არაკვალიფიციურ პირებს, ხოლო დანარჩენი კი არასასურველ ნაყოფს შობს. არასასურველი ბავშვების დაბადების შორეული შედეგები არაა კარგად შესწავლილი, მაგრამ ისინი შეიძლება ძალზედ საზიანო იყოს ქალისა და თავად არასასურველი ბავშვებისათვის(38).

ოჯახის დაგეგმარების წარუმატებელი მცდელობები, როგორც წესი განიხილება, როგორც შემთხვევები, როდესაც ქალები თავს არიდებენ ან ცდილობენ გადადონ ორსულობა, მაგრამ არ იყენებენ არანაირ კონტრაცეფციულ მეთოდს. ეს ტენდენცია ჯერ კიდევ არსებობს, მიუხედავად იმისა, რომ რამდენადმე შემცირდა (39). საერთოდ კი - განვითარებად ქვეყნებში ქალთა 11% დგება წარუმატებელი ოჯახის დაგეგმვის პრობლემის წინაშე. საბსაჰარის აფრიკის რეგიონში, რომელიც განვითარებადი ქვეყნების დაბალსაფეხურზე მდგომ ქვეყანათა რიცხვს მიეკუთვნება, წარუმატებელი ოჯახის დაგეგმარების პრობლემას აწყდება ყოველ ოთხ ქალში ერთი (15-49 წ ასაკობრივ ჯგუფში). ქალები ამ პრობლემას კვლავ და კვლავ შეეჩეხებიან თუ არ მოგვარდება დაგეგმვის საკითხები.

ოჯახის დაგეგმარების წარუმატებელ შემთხვევათაგან განსხვავებით, უსაფრთხო აბორტის ხელმისაწვდომობის არ არსებობის საკითხი ნაკლებადაა შესწავლილი, და ცხადია მკაცრი რეალობა იმისა, რომ 22 მილიონი ქალიდან, რომელიც იკეთებს არაუსაფრთხო აბორტს (2), 47 000 კვდება შემდგომი გართულებებისაგან. შედარებით დაბალრისკიანი არაუსაფრთხო აბორტის დროსაც კი, თუ ის ხდება ლეგალურად აკრძალულ კონტექსტში, ქალი იძულებულია წავიდეს არასასურველ რისკზე. ასეთი შემთხვევების დროს, ლეგალური აკრძალვებისა და აბორტთან დაკავშირებულ უარყოფითი შეხედულებების გამო, აბორტის შემდგომი შესაძლო გართულებების შემთხვევებში ქალები ცდილობენ თავი შეიკავონ დროული სამედიცინო დახმარების მიღებისაგან.

## 1.6 რეპულირებისა და მართვის კონტაქტები

ქვეყნებში, სადაც კანონით დაშვებულია აბორტი (კონკრეტული ნორმების მითითებით), არაუსაფრთხო აბორტებისა და მათგან გამომწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლები მინიმუმამდეა დაყვანილი.(2)

ინდუცირებული აბორტი სოციო-ეკონომიკური მიზეზებით ნებადართულია განვითარებადი ქვეყნების მხოლოდ 16 % -ში; შედარებისათვის: განვითარებული ქვეყნების შესაბამისი მაჩვენებელი, შეადგენს 80%-ს (იხ. ცხრილი 1.2). ოთხიდან სამი აბორტი განვითარებად ქვეყნებში სახიფათო გზით კეთდება (გამონაკლისია ჩინეთის რესპუბლიკა)(13). ამ ქვეყნებში მხოლოდ ცოტამ თუ იცის, რომ აქვთ უსაფრთხო აბორტის გაკეთების კანონიერი უფლება. აგრეთვე, შესაძლოა არც პროვაიდერებმა იციან, რომ აბორტი დაშვებულია კანონით ან არ სურთ ლეგალურად გასწიონ მომსახურება. უფრო მეტიც, ზოგიერთ ქვეყანაში ეს კანონები საერთოდ არ გამოიყენება(40).

არასასურველი ორსულობის შემთხვევაში აბორტის ალბათობა ერთნაირია, მიუხედავად იმისა, იგი კანონით აკრძალულია თუ არა (13). ლეგალურმა აკრძალვამ ის შედეგი გამოიღო, რომ ბევრმა ქალმა მომსახურების მიღება სცადა სხვა ქვეყანაში ან არაკვალიფიციური პირებისაგან, ხშირად არაჰიგიენურ პირობებში, რაც მნიშვნელოვნად ზრდის სიკვდილისა და დაინვალიდების რისკებს. დედათა მოკვდაობის მაჩვენებელი ყოველ 100 000 ცოცხალშობილზე, როგორც წესი, უფრო მაღალია ისეთ ქვეყნებში, რომლებშიც აკრძალულია აბორტი და უფრო ნაკლებია სახელმწიფოებში, სადაც აბორტის სერვისის მიღება, სურვილის შემთხვევაში, შესაძლებელია. (41,42). დაგროვილი ფაქტების/მტკიცებების მიხედვით აბორტზე აკრძალვის გაუქმებით მცირდება, როგორც სახიფათო აბორტით გამომწვეული ლეტალობის, ისე ზოგადად, ქალთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი.(43,44,45,46).

ზოგიერთ ქვეყანაში, რომლებშიც ქალთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი, აბორტის შეზღუდვის შესახებ კანონმდებლობის მიუხედავად, დაბალია, ბევრ ქალს მეზობელ სახელმწიფოში ხელი მიუწვდება უსაფრთხო ან შედარებით უსაფრთხო აბორტზე; აგრეთვე უსაფრთხო, მაგრამ არალეგალურ აბორტითა და მიზოპროსტოლის თვითნებური (სახლის პირობებში) მიღებით ორსულობის შეწყვეტის შესაძლებლობაზე (47-49).

ცხრილი 1.1 ქალთა რიცხვი, რომლებიც იყენებენ კონტრაცეპტულ მეთოდს და ისინი ვინც კონტრაცეფტივების გამოყენების პირველ წელს დაორსულდა (არასასურველი ორსულობა). ცხრილი შედგენილია კონტრაცეპტული მეთოდების ტიპის მიხედვით. საერთაშორისო მონაცემები, 2007

კონტრაცეფციული მეთოდი	არაეფექტურობის პროცენტული მაჩვენებელი% (ა)	მომხმარებლების რიცხვი,ათასებში (ბ)	ქალთა რიცხვი შემთხვევითი ორსულობებით (კონტ.გამოყენებისას), ათასებში (გ)
ქალის სტერილიზაცია	0.5	232 564	1163
მამაკაცის სტერილიზაცია	0.15	32 078	48
საინექციო პრეპარატი	0.3	42 389	127
საშვილოსნოსშიდა საშუალება	0.8	162 680	1301
აბები	5.0	100 816	5041
მამაკაცის კონდომი	14	69 884	9784
ვაგინალური ბარიერი	20	2291	485
პერიოდულად თავის შეკავება	25	37 806	9452
შენწყვეტილი აქტი	19	32 078	6095
ტოტალური	4.7	712 586	33 469

ა თრუსელი (51) შედეგები დაფუძნებულია აშშ -ს მონაცემებზე.არაეფექტურობა მოიცავს არაეფექტურობას ტიპური გამოყენებისას და მომხმარებლის მიერ მათ არაეფექტურად გამოყენებას.

ბ დაფუძნებულია 15-49 წლამდე ქალების რიცხვზე, რომლებიც არიან გათხოვილი ან კავშირში, 2007 და სპეციფიური კონტრაცეფციული მეთოდების გამოყენების პროცენტზე(34).

გ სვეტი (4) = სვეტი(3) x სვეტი((2)/100)

კანონით აკრძალვასთან ერთად უსაფრთხო აბორტის მიღების სხვა ბარიერები არის: გადახდისუნარობა, სოციალური მხარდაჭერის ნაკლებობა, მკურნალობის მიღების დროის გადავადება, პროვადერთა ნეგატიური დამოკიდებულება და სერვისების დაბალი ხარისხი. განსაკუთრებით ზარალდებიან ახალგაზრდა ქალები, როცა ეფექტური კონტრაცეფცია მხოლოდ გათხოვილი ქალებისათვისაა ხელმისაწვდომი ან იქ, სადაც ძალადობის მაჩვენებელი მაღალია. განვითარებად ქვეყნებში სახიფათო აბორტის თითქმის 14 % 20 წელზე ნაკლები ასაკის ქალებში გვხვდება. აფრიკაში იგი შეადგენს - 2/3 -ს(50).



ცხრილი 1.2 მიზეზები რომელთა გამო აბორტი ნებადართულია (% მაჩვენებელი ქვეყნებისა) რეგიონებისა და სუბრეგიონების მიხედვით, 2009

ქვეყანა ან რაიონი	ქალის სიცოცხლის გადასარჩენად	ფიზიკური ჯანმრ. შესანარჩუნებლად	მენტალური ჯანმრ. შესანარჩუნებ.	გაუპატ. ან ინცესტი	ფეტალური ზარალი	ეკონომ. ან სოც მიზეზები	მოთხოვნისას	ქვეყ. რიცხვი
ყველა ქვეყანა	97	67	63	49	47	34	29	195
განვითარებული ქვეყნები	96	88	86	84	84	80	69	49
განვითარებადი ქვეყნები	97	60	55	37	34	19	16	146
აფრიკა	100	60	55	32	32	8	6	53
აღმ. აფრიკა	100	71	65	18	24	6	0	17
Middle აფრიკა	100	33	22	11	11	0	0	9
ჩრდ. აფრიკა	100	50	50	33	17	17	17	6
სამხ. აფრიკა	100	80	80	60	80	20	20	5
დას. აფრიკა	100	63	56	50	44	6	6	16
აზია	100	63	61	50	54	39	37	46
აღმ. აზია	100	100	100	100	100	75	75	4
სამხ. ცენტრ. აზია	100	64	64	57	50	50	43	14
სამხ. აღმ. აზია	100	55	45	36	36	27	27	11
დას. აზია	100	59	59	41	59	29	29	17
ლათ. ამერიკა და კარიბის ზღვ. კუნძ.	88	58	52	36	21	18	9	33
კარიბ. ზღვ. კუნძ.	92	69	69	38	23	23	8	13
ცენტრ. ამერიკა	75	50	38	25	25	25	13	8
სამხ. ამერიკა	92	50	42	42	17	8	8	12
ოკეანია /ა	100	50	50	14	7	0	0	14

აიაპონია, ავსტრალია, ახალია ზელანდია არ შედის რეგიონში, მაგრამ შედიან განვითარებულ ქვეყნებში კოპირებული წყარო, 3-დან

## 1.7 უსაფრთხო აბორტის ფასი

უსაფრთხო აბორტი ეკონომიურია. არაუსაფრთხო აბორტის შემდგომი გართულებების სამკურნალოდ დახარჯული თანხა აჭარბებს მის ფასს, განსაკუთრებით კი ღარიბ ქვეყნებში. საშუალოდ, თითოეულ ასეთ შემთხვევაზე თანხა, რომლითაც მთავრობა ზარალდება, შეადგენს დაახლოებით (2006 წლის კურსით, ამერიკულ დოლარებში): 114 დოლარს აფრიკაში, 130 დოლარს ლათინო ამერიკაში (52). თუმცა არაუსაფრთხო აბორტის ღირებულება ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემების მიხედვით, აღემატება პოსტ-აბორტულ ხარჯებს. საბოლოო კვლევით (52). ინდუცირებული აბორტის შემდგომი გართულებებისათვის ყოველწლიური დანახარჯი შეადგენს 23 მილიონ აშშ \$-ს პირველადი დახმარების დონეზე და 6 მილიარდ აშშ \$-ს პოსტ-აბორტული უშვილობის მკურნალობისათვის. ყოველწლიურად საბსაჰარას აფრიკაში პოსტ-აბორტული გართულებების მკურნალობისათვის საჭიროა 200 მილიონი აშშ \$-ს, ამავე დროს, ეს თანხა არის ინდივიდთა პირადი ხარჯებიდან/ანგარიშიდან. უფრო მეტიც, 930 მილიონი აშშ \$ არის ზარალი, რომელიც მოჰყვება ყოველწლიურად იმ ინდივიდთა საქმიანობით მიღებული შემოსავლის დაკარგვას, რომლებიც პოსტ-აბორტული გართულების შედეგად ქრონიკულად დაავადდნენ ან გარდაიცვალნენ (52).

არაუსაფრთხო აბორტით გამოწვეული ხარჯი მექსიკაში შეფასებული იყო 2.6 მილიონ აშშ \$-ად (2005 წელს) ,ვიდრე მათ არ მოახდინეს აბორტის ლეგალიზაცია(53). უსაფრთხო აბორტის ხელმისაწვდომობით სისტემამ პოტენციურად დაზოგა 1.7 მილიონი \$ ყოველწლიურად. აქედან გამომდინარე, შეიძლება დაიზოგოს ბევრი თანხა და იგი მოხმარდეს სხვა გადაუდებელ საკითხს, ხარისხიანი მომსახურების შეთავაზებას თანამედროვე სტანდარტების და გაიდლაინების დანერგვით, ასევე სპეციალისტების მომზადებას/ტრენინგებს და შესაბამისი ტექნოლოგიების შექმნას. კონტრაცეპციის ეფექტური გამოყენება და/ან უსაფრთხო აბორტის სერვისით სარგებლობა ქმნის საზოგადოების ჯანმრთელობისა და ადამიანთა უფლებების დაცვის ეკონომიკურ საფუძველს/ნიადაგს.

## წყაროები

### References

1. Joffe C. Abortion and medicine: a sociopolitical history. In Paul M et al., eds. Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care. Oxford, Wiley-Blackwell, 2009:1–9.
2. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, 6th ed. Geneva, World Health Organization, 2011.
3. United Nations, Department for Economic and Social Affairs, Population Division. World abortion policies. New York, United Nations, 2011 (ST/ESA/SER.A/302).
4. Singh S et al. Abortion worldwide: a decade of uneven progress. New York, Guttmacher Institute, 2009.
5. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva, World Health Organization, 2003.
6. Resolution WHA20.41. Health aspects of population dynamics. In: Twentieth World Health Assembly, Geneva, 23 May 1967. Geneva, World Health Organization, 1967 (WHA20/1967/REC/1).
7. Resolution WHA57.12. Reproductive health: strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. In: Fifty-seventh World Health Assembly, Geneva, 17–22 May 2004. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHA57/2004/REC/1).
8. International Conference on Population and Development – ICPD – Programme of Action. New York, United Nations Population Fund, 1995 (A/ CONF171/13/Rev.1 ([http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd\\_eng.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_eng.pdf), accessed 31 August 2011).
9. Resolution S-21.2. Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and development. In: Twenty-first special session of

- the United Nations General Assembly New York, 30 June–2 July 1999. New York, United Nations, 1999 (A/RES/S-21/2).
10. Plan of action on sexual and reproductive health and rights (Maputo Plan of Action). Addis Ababa, The African Union Commission, 2006 ([http://www.unfpa.org/africa/newdocs/maputo\\_eng.pdf](http://www.unfpa.org/africa/newdocs/maputo_eng.pdf), accessed 31 August 2011).
  11. Access to safe and legal abortion in Europe. Strasbourg, Council of Europe, 2008 (Resolution 1607 of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe; <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta08/ERES1607.htm>, accessed 31 August 2011).
  12. Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. Geneva, World Health Organization, 2004.
  13. Sedgh G, et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*, 2012, 379:625–632.
  14. Ugboma HA, Akani CI. Abdominal massage: another cause of maternal mortality. *Nigerian Journal of Medicine*, 2004, 13:259–262.
  15. Harper CC et al. Reducing maternal mortality due to elective abortion: potential impact of misoprostol in low-resource settings. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 98:66–69.
  16. Miller S et al. Misoprostol and declining abortion-related morbidity in Santo Domingo, Dominican Republic: a temporal association. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112:1291–1296.
  17. Sherris J et al. Misoprostol use in developing countries: results from a multicountry study. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2005, 88:76–81.
  18. Walker D et al. Deaths from complications of unsafe abortion: misclassified second trimester deaths. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12:27–38.
  19. Benson J. Evaluating abortion-care programs: old challenges, new directions. *Studies in Family Planning*, 2005, 36:189–202.
  20. Grimes D et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*, 2006, 368:1908–1919.
  21. Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated-mortality in 2000, 4th ed. Geneva, World Health Organization, 2004.
  22. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet*, 2006, 368:1887–1892.
  23. Singh S, Wulf D. Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries. *International Family Planning Perspectives*, 1994, 20:4–13.
  24. Singh S, Wulf D, Jones H. Health professionals' perceptions about induced abortion in South Central and Southeast Asia. *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23:59–67 and 72.
  25. Singh S et al. Estimating the level of abortion in the Philippines and Bangladesh. *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23:100–107 and 144.
  26. Juarez F et al. Incidence of induced abortions in the Philippines: current level and trends. *International Family Planning Perspectives*, 2005, 31:140–149.
  27. Singh S et al. The incidence of induced abortion in Uganda. *International Family Planning Perspectives*, 2005, 31:183–191.
  28. Huntington D. Abortion in Egypt: official constraints and popular practices. In: Makhoulf Obermeyer C, ed. *Cross-cultural perspectives on reproductive health*. New York, Oxford University Press, 2001:175–192.
  29. Ferrando D. El aborto inducido en el Peru, hechos y cifras. [Clandestine abortion in Peru, facts and figures.] Lima, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristan and Pathfinder International, 2002.
  30. Unwanted pregnancy and postabortion complications in Pakistan. Findings from a national study. Islamabad, The Population Council, 2002.

31. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences and challenges. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2009, 1149–1158.
32. Bartlett LA et al. Risk factors for legal induced-abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103:729–737.
33. Lichtenberg E, Grimes D. Surgical complications: prevention and management. In Paul M et al., eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Oxford, Wiley-Blackwell, 2009:224–251.
34. United Nations, Department for Economic and Social Affairs, Population Division. *World contraceptive use (wallchart)*. New York, United Nations, 2009 (ST/ESA/SER.A/285).
35. Bongaarts J, Westoff C. The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in Family Planning*, 2000, 31:193–202.
36. Marston C, Cleland J. Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence. *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29:6–13.
37. Westoff CF. *Recent trends in abortion and contraception in 12 countries*. Washington, DC, ORC Macro, 2005, No. 8.
38. David HP. Born unwanted, 35 years later: the Prague study. *Reproductive Health Matters*, 2006, 14:181–190.
39. *The Millennium Development Goals report 2010: statistical annexes*. New York, United Nations, 2010.
40. Schuster S. Women's experiences of the abortion law in Cameroon: "What really matters". *Reproductive Health Matters*, 2010, 18:137–144.
41. *World Health Report 2008 – primary health care: now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.
42. *Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda*. Geneva, World Health Organization, 2009.
43. David HP. Abortion in Europe, 1920–91 – a public health perspective. *Studies in Family Planning*, 1992, 23:1–22.
44. Jewkes R et al. Prevalence of morbidity associated with abortion before and after legalisation in South Africa. *British Medical Journal*, 2002, 324:1252–1253.
45. Jewkes R and Rees H. Dramatic decline in abortion mortality due to the Choice on Termination of Pregnancy Act. *South African Medical Journal*, 2005, 95[4]:250.
46. Pradhan A et al., *Nepal Maternal Mortality and Morbidity Study 2008/2009: Summary of Preliminary Findings*, Kathmandu, Nepal: Family Health Division, Department of Health Services, Ministry of Health, 2009.
47. Kulczycki A. Abortion in Latin America: changes in practice, growing conflict, and recent policy developments. *Studies in Family Planning*, 2011, 42(3):199–220.
48. Briozzo L et al. A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2006, 95(2):221–226.
49. Payne D. More British abortions for Irish women. *British Medical Journal*, 1999, 318(7176):77.
50. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*, 5th ed. Geneva, World Health Organization, 2007.
51. Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, et al. eds. *Contraceptive technology*, 17th revised ed. New York, Ardent Media, 1998:779–884. Levin C et al. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:120–132.
52. Vlassoff M et al. Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges. Brighton, Institute of Development Studies, 2008 (IDS Research Reports 59).
53. Levin C et al. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:120–132.





## თავი მეორე

### დახმარების გაწევა ქალებისათვის, რომელთაც აბორტის მიზნით მიმართეს კლინიკას.

#### რეზიუმე

თავში განხილულია აბორტამდე, აბორტის პროცედურის მიმდინარეობის პროცესში და აბორტის შემდეგ კლინიკური მომსახურებით უზრუნველყოფის საკითხები. სამედიცინო დანებსებულებაში ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის სერვისის წარმართვის დეტალები აღწერილია ჯანმო-ს (WHO ) დოკუმენტში „Clinical practice handbook for safe abortion care.“ მომდევნო რეკომენდაციები დაფუძნებულია მტკიცებულებებზე და ხელმისაწვდომია GRADE-ს(Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) ცხრილების სახით, რომელიც ონლაინ სივრცეში დევს. GRADE-ის მეთოდოლოგიური დეტალები წარმოდგენილია სპეციალურ სექციაში - მეთოდების შესახებ (გვერდები 10-11). GRADE-ს ცხრილები კი წარმოდგენილია შემდეგ მისამართზე: [www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/rhr\\_12\\_10](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/rhr_12_10).

#### კრეაბორტული დახმარება

- გესტაციური ვადის დადგენა არის მნიშვნელოვანი ფაქტორი ორსულობის შეწყვეტის ყველაზე უფრო ადექვატური მეთოდის არჩევისას. ისეთი პროცედურები, როგორცაა მცირე მენჯის ორგანოების ბიმანუალური გასინჯვა და ორსულობის სხვა ნიშნების გამოვლენა, როგორც წესი, საკმარისია. დიაგნოზის დასადასტურებლად შესაძლოა დამატებით გამოყენებული იქნას ლაბორატორიული და ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა.
- ქირურგიული აბორტის შემდეგ ანტიბიოტიკების რუტინული დანიშვნა ამცირებს პოსტაბორტულ ინფექციის განვითარების რისკს, მაგრამ აბორტის გაკეთებაზე ქალს არ შეიძლება უარი ეთქვას, როდესაც არაა ანტიბიოტიკების

პროფილაქტიკურად დანიშვნის შესაძლებლობა (GRADE ცხრილები 66-70).

- ქალს შესაბამის/მოსაწვდომ ფორმატში უნდა მიენოდოს სრული, ზუსტი, იოლად გასაგები ინფორმაცია პროცედურის შესახებ - რა ელის აბორტის მიმდინარეობის პროცესში და ოპერაციის შემდგომ, რომელიც დაეხმარება მას ინფორმირებული და თავისუფალი გადაწყვეტილების მიღებაში. ასევე საჭიროა ქალმა მიიღოს ინფორმაცია პოსტაბორტული კონტრაცეპციის შესახებ.

#### აბორტის მეთოდები

- ორსულობის პირველი ტრიმესტრის აბორტის დროს რეკომენდებულია შემდეგი მეთოდები:
  - მანუალური ან ელექტროვაკუუმ-ასპირაცია ორსულობის 12-14 კვირამდე( GRADE ცხრილები 36 და 37 );
  - მედიკამენტური მეთოდი კომბინირებული თერაპია, რომელიც გულისხმობს მიფეპრისტონის და შემდგომ მიზოპროსტოლის ერთჯერადი დოზის ორალურ მიღებას, ორსულობის 9 კვირამდე (63 დღე) (GRADE ცხრილები 30-32);
  - მედიკამენტური მეთოდი ორსულობის 9 კვირაზე (63 დღე) მეტი ვადის დროს - ორალურად მიფეპრისტონი, შემდეგ კი მიზოპროსტოლის განმეორებითი დოზა (GRADE ცხრილები 94-121); ან
  - სადაც მიფეპრისტონი არაა ხელმისაწვდომი: მხოლოდ მიზოპროსტოლი განმეორებითი დოზებით (GRADE ცხრილი 113).
- დილატაცია და კიურეტაჟი ((D&E ) კეთდება მხოლოდ მაშინ, როცა არაა ვაკუუმასპირაციის ან მედიკამენტური აბორტის შესაძლებლობა ( GRADE ცხრილი 35).
  - ორსულობის 12 -14 კვირაზე მეტი ვადის შემთხვევაში რეკომენდებულია შემდეგი მეთოდები:
  - დილატაცია და ვაკუაცია (D&E), ვაკუუმის

ასპირაციისა და სააბორტო მაშების გამოყენებით (GRADE ცხრილები 33და 34); ან

- მიფეპრისტონი, შემდეგ მიზოპროსტოლის განმეორებითი დოზა (GRADE ცხრილები 71-92); ან - როცა მიფეპრისტონი არაა ხელმისაწვდომი, მიზოპროსტოლის განმეორებითი დოზები (GRADE ცხრილები 71-92).
- ყველა ქალისათვის გესტაციური ვადით 12-14 კვირა და მეტი, რეკომენდებულია ქირურგიულ აბორტამდე საშვილოსნოს ყელის მოშლადება, თუმცა ამ უკანასკნელის გამოყენება კარგია ნებისმიერ გესტაციურ ვადაზე. განსაკუთრებით მაშინ, როცა საშვილოსნოს ყელის დაზიანების და/ ან საშვილოსნოს პერფორაციის რისკი მაღალია (GRADE ცხრილები 1-19).
- როგორც ქირურგიული, ისე მედიკამენტური აბორტის დროს საჭიროა ქალებს შესთავაზონ ტკივილის შესამსუბუქებელი საშუალებები, განსაკუთრებით მაშინ, თუ იგი მოითხოვს გაუტკივარებას (GRADE ცხრილები 38-60,125-132). ამ მიზნით უმეტესად გამოიყენება ანალგეტიკების, ადგილობრივი გაუტკივარების და/ან მსუბუქი სედატიური საშუალებების დანიშვნა ვერბალური მხარდაჭერის ფონზე. ტკივილგამამყუჩებლების საჭიროება იზრდება გესტაციურ ვადასთან ერთად.
- ადგილობრივი ანესთეზია (მაგ.: ლიდოკაინი საშვილოსნოს ყელის ირგვლივ) ნაჩვენებია ქალის დისკომფორტის შესამსუბუქებლად მაშინ, როცა ქირურგიული აბორტის დროს საჭიროა საშვილოსნოს ყელის მექანიკური გახსნა. ზოგადი ანესთეზია აბორტის რუტინული პროცედურებისათვის არაა რეკომენდებული, ვინაიდან მას უფრო მეტი გართულებები ახლავს, ვიდრე ადგილობრივ ანესთეზიას (GRADE ცხრილები 38-60).
- ინფექციის კონტროლის სტანდარტული ღონისძიებები უნდა იქნას გამოყენებული ყველა შემთხვევაში და ყველა პაციენტისათვის დახმარების აღმოჩენის დროს, რათა შემცირდეს სისხლით გადამდები ინფექციების გადაცემის რისკი ([http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR\\_AM2\\_E7\\_.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7_.pdf)).

## დახმარების შემდგომი პერიოდი

- ქირურგიული აბორტის შემდეგ ქალებს შეუძლიათ გაეწეონ კლინიკიდან თვითგოძნობის გაუმჯობესებისა და სასიცოცხლოდ აუცილებელი ფუნქციების მაჩვენებელთა ნორმალუზებისთანავე.
- გაურთულებელი ქირურგიული ან მედიკამენტური აბორტის (მიფეპრისტონი პლუს მიზოპროსტოლის გამოყენება) შემდეგ რუტინული ვიზიტები არაა საჭირო. ქალებისათვის, რომელთაც სურთ კლინიკაში დაბრუნება, შემდგომი ვიზიტი შესაძლოა დაიგეგმოს პროცედურიდან 7-14 დღეში (GRADE ცხრილები 39).
- აბორტის (ქირურგიული/მედიკამენტური) შემდგომ, კლინიკიდან გაწერის წინ ყველა ქალს უნდა მიენოდოს ინფორმაცია კონტრაცეფციის შესახებ და უზრუნველყოფილ იქნას კონტრაცეპტივებით ან გაიგზავნოს კონსულტაციაზე ჩასახვის სანინაალმდეგო მეთოდის შესარჩევად.

(<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family-planning/9789241563888/en/index.html>).

- ქალებს უნდა მიეცეთ ვერბალური ან წერილობითი ინსტრუქცია იმის თაობაზე, როგორ დააკვირდნენ თავიანთი ჯანმრთელობის მდგომარეობას გაწერის შემდგომ - რამდენად ჭარბი სისხლდენაა მოსალოდნელი, როგორ გამოიყენონ პოტენციური გართულებები და სად მიმართონ გართულების შემთხვევაში. შესაძლებლობის ფარგლებში მიზანშეწონილია გაცემულ იქნას ტელეფონის ნომერი, რომელზეც ქალი დარეკავს საჭიროებისამებრ და დასვამს კითხვებს ან გამოთქვამს ეჭვებს, რაც შეამცირებს მათი კლინიკაში დაბრუნების საჭიროებას.

## 2.1 პრე-აბორტული დახმარება

ორსულობის შეწყვეტის მომსახურების გაწევის წინ დახმარების პირველ ნაბიჯს წარმოადგენს ორსულობის ფაქტის დადასტურება, შემდგომ უნდა განისაზღვროს ორსულობის ვადა და დავრწმუნდეთ, რომ ორსულობა



არის საშვილოსნოს შიგნით. აბორტთან დაკავშირებული რისკი თუნდაც უმნიშვნელოდ (აბორტის პროცედურის სათანადოდ შესრულების პირობებში), მაგრამ მაინც იზრდება ორსულობის ხანდაზმულობასთან ერთად (1,2). გესტაციის ვადის დადგენა არის უმთავრესი/კრიტიკული ფაქტორი ორსულობის შეწყვეტის ადექვატური მეთოდის შერჩევისათვის. ასევე არსებითია იმ ინფორმაციის შინაარსის განსაზღვრა, რაც ქალს უნდა მიეწოდოს აბორტამდე. სერვისის მიმწოდებელ ყველა პირს უნდა ჰყავდეს კვალიფიციური და კომპეტენტური პერსონალი, რომელთაც შეუძლიათ ქალის სამედიცინო ისტორიას გაეცნოს/შეაფასოს და შეასრულოს მცირე მენჯის ორგანოების ბიმანუალური და აბდომინალური გასინჯვა გესტაციური ვადის განსაზღვრის მიზნით. ჯანდაცვის ცენტრებმა, რომელთაც არ ჰყავთ პერსონალი და პირობები ინდუცირებული აბორტის ჩასატარებლად, მინიმალურ დროში უნდა უზრუნველყონ ქალების უახლოეს სერვის ცენტრში გადაყვანა. ასევე პერსონალი უნდა იყოს კომპეტენტური, შესთავაზოს კონსულტაცია და დაეხმაროს ქალს მისი უფლებების დაცვაში. (იხ. ნაწილი 2.1.8).

### 2.1.1 ანამნეზის შეკრება

ქალების უმეტესობას ფეხმძიმობაზე ეჭვი მაშინ უჩნდება, როდესაც მოსალოდნელ დროს არ დაეწყება მენსტრუაცია. საჭიროა ქალთან საუბრით დაზუსტდეს უკანასკნელი მენსტრუალური ციკლის (LMP) პირველი დღე. ე.ი სისხლდენის პირველი დღე და ასევე - იყო თუ არა მენსტრუაცია ნორმალური, ისეთი, როგორც ზოგადად მისთვის დამახასიათებელი - მენსტრუალური ციკლის რეგულარობის ჩათვლით. ქალს შესაძლოა უბრალოდ, ამენორეა ჰქონდეს და მენსტრუაციის აკრეფა არ იყოს ორსულობასთან დაკავშირებული. ან შესაძლებელია მეორე ვარიანტიც - იყოს ფეხმძიმედ და ჩვეულებრივ ჰქონდეს მენსტრუაცია. ამავე დროს არაა გამორიცხული მეძუძური ქალი დაორსულდეს, ვიდრე მშობიარობის შემდგომ პირველად მოუვა მენსტრუაცია. სხვა სიმპტომები, რომელთაც როგორც წესი, ქალები ასახელებენ არის: სარძევე ჯირკვლების გაჭირვება, მტკივნეულობით გამოკვლევის დროს, ჯამის მადის მომატება, გულისრევა და/ან პირღებინება,

დალლილობა და შარდვის გახშირება.

გარდა ორსულობის ვადის დადგენისა, ანამნეზით უნდა განისაზღვროს მედიკამენტური ან ქირურგიული აბორტის მეთოდების უკუჩვენებები და ჩარევის შემთხვევაში მოსალოდნელ გართულებათა რისკ-ფაქტორები; ასევე მოპოვებულ იქნას: პერსონალური და საოჯახო ანამნეზური მონაცემები თანდაყოლილი და გენეტიკური დაავადებების შესახებ; სამედიცინო-გინეკოლოგიური ისტორია - მათ რიცხვში, ინფორმაცია ექტოპიური ორსულობის ფაქტის არსებობის თაობაზე და სისხლისდენისადმი მიდრეკილების /ციკლის დარღვევის ან მოცემულ მომენტში რაიმე მედიკამენტის გამოყენების ფაქტის შესახებ; მოხდეს გადატანილი სქესობრივად გადამდები ინფექციის არსებობის ისტორიის, ასევე ალერგიების და ძალადობის რისკების შეფასება. საჭიროა ჯანდაცვის პროვაიდერის გაფრთხილება ძალადობის შესაძლებლობის შესახებ არასასურველი ორსულობის კონტექსტში. (იხ. ნაწილი 2.2.7.1). HIV გამოკვლევა უნდა იქნას შეთავაზებული, მაგრამ არაა აუცილებელი იმისათვის, რომ ქალმა გაიკეთოს აბორტი.

### 2.1.2 ფიზიკალური გამოკვლევა

საჭიროა საბაზისო რუტინული გამოკვლევების (პულსი, სისხლის წნევა და ზოგ შემთხვევაში - ტემპერატურა) ჩატარება. ამის გარდა, ჯანდაცვის პროვაიდერებმა უნდა დაადასტურონ ორსულობა და განსაზღვრონ მისი ვადა მცირე მენჯის ორგანოების ბიმანუალური და აბდომინალური გასინჯვით. მიუხედავად იმისა, რომ ზოგადად მედ. მუშაკები პროფესიონალურად მომზადებულნი არიან და შეუძლიათ განსაზღვრონ გესტაციური ვადა, მათი გარკვეული ნაწილი მაინც ვერ ფლობს მცირე ვადაზე (პირველ ტრიმესტრში) ორსულობის დიაგნოსტიკის ან ვადის დადგენისათვის აუცილებელ ჩვევებს, ამიტომ არც თუ იშვიათად, საჭირო ხდება პერსონალის დამატებითი მომზადება (იხ. თავი 3).

ორსულობის ნიშნები, რომლებიც შეიძლება მენჯის ორგანოების ბიმანუალურად გასინჯვით, უკვე ორსულობის 6-8 კვირაზე აღმოჩნდეს, არის: საშვილოსნოს ზეყელის დარბილება, ასევე თავად საშვილოსნოს დარბილება და გადიდება. თუ

ორსული ქალის საშვილოსნოს ზომები ჩამორჩება უკანასკნელი მენსტრუაციის პირველი დღიდან ათვლილ გესტაციურ ვადას, შეიძლება ვიფიქროთ არშემდგარ ან ექტოპიურ ორსულობაზე. იმ შემთხვევაში, როცა საშვილოსნოს ზომები უფრო დიდია აღმოჩნდება ვიდრე ნავარაუდევია, შესაძლოა უკანასკნელი მენსტრუაციის პირველი დღის მიხედვით არასწორი დათვლა აღმოჩნდეს ცდომის მიზეზი და რეალურად ორსულობა უფრო მეტი ვადის იყოს, ან საქმე გვექონდეს მრავალნაყოფიან ორსულობასთან, ბუშტნამქერთან ან საშვილოსნოს ფიბრომის/ მენჯის ორგანოთა სხვა სახის სიმსივნის არსებობასთან. ფიზიკალური გასინჯვა არის უფრო ზუსტი, თუ ქალი საშარდე ბუშტს დაცლის გამოკვლევის დაწყებამდე.

ფიზიკალური გასინჯვის დროს ჯანდაცვის პროვაიდერი ვალდებულია დააზუსტოს საშვილოსნოს მდებარეობა - არის თუ არა საშვილოსნო მიქცეული წინ ან გადახრილი უკან. ხომ არაა იგი ისეთ პოზიციაში, რომ ზეგავლენა იქონიოს გესტაციური ვადის დადგენაზე ან გაართულოს აბორტის პროცედურის ჩატარება. მედმუშავი პროფესიულად უნდა იყოს კარგად მომზადებული, რათა შეამჩნიოს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციის ნიშნები და რეპროდუქციული ტრაქტის სხვა ინფექციები/მდგომარეობები, როგორცაა მაგალითად ანემია ან მალარია, რომელთაც შესაძლოა დასჭირდეთ დამატებითი ჩარევა ან რეფერალი -სპეციალიზირებული სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის მიზნით.

### 2.1.3 ლაბორატორიული გამოკვლევა

ქალის ორსულობის დადგენისა და გესტაციის სავარაუდო ვადის შეფასებისათვის მედმუშავებს უმეტეს შემთხვევაში, მხოლოდ ანამნეზური მონაცემები და ფიზიკალური გასინჯვის შედეგები სჭირდებათ. ორსულობის ტესტი შესაძლოა გაკეთდეს მაშინ, როდესაც არაა ნათლად გამოკვეთილი ორსულობის ტიპური ნიშნები და პროვაიდერი არაა დარწმუნებული ქალის ორსულობაში. მით უფრო, ტესტირების შედეგის მიღების აუცილებლობამ არ უნდა შეუშალოს ხელი და გადადოს ჩანასახის ევაკუაცია საშვილოსნოს ღრუდან. რუტინული ლაბორატორიული ტესტირება არაა აბორტის სერვისის პრერეკვიზიტი.

ანემიის გამოვლენის მიზნით ჰემოგლობინისა და ჰემატოკრიტის დონის განსაზღვრა ენდემიურ კერებში (მოცემული პათოლოგიის თვალსაზრისით), მედმუშავს შესაძლებლობას აძლევს მიიღოს მკურნალობის კურსის დაწყების გადაწყვეტილება. ასევე, მოემზადოს აბორტის პროცედურის მიმდინარეობისას და შემდგომ პერიოდში განვითარებული სისხლდენის სანი-ნააღმდეგო ზომების მიღებისათვის .

საჭიროებისამებრ, ხდება სისხლის ჯგუფის და რეზუს-ფაქტორის გამოკვლევა და ანტირეზუს - იმუნოგლობინის შეყვანა (იხ.ნაწილი 2.1.7).

### 2.1.4 ულტრაბგერითი სკანირება

ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის დროს რუტინული ულტრაბგერითი სკანირება არაა აუცილებელი(3-5)( GRADE ცხრილები 122-124). სადაც ეს ხელმისაწვდომია, სკანირებამ შესაძლოა ხელი შეუწყოს გესტაციის ნაკვირიდან საშვილოსნოს შიდა ორსულობის აღმოჩენას და გამორიცხოს ექტოპიური ორსულობა( 6). სკანირებით შეიძლება დადგინდეს არა მარტო გესტაციური ვადა, არამედ აღმოჩნდეს პათოლოგია ან ჩანასახის არასიცოცხლისუნარიანობა. ზოგიერთი სპეციალისტი აღნიშნულ ტექნოლოგიას იყენებს D & E პროცედურის ჩატარებამდე და ჩატარების შემდეგ. თუ სამედიცინო დანესებულებაში გათვალისწინებულია ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა, აბორტის გაკეთების მიზნით შემოსული ქალები უნდა იქნენ გამიჯნულნი (უნდა გაისინჯონ განცალკევებით) ანტენატალური დაკვირვების ქვეშ მყოფი ორსულობისგან.

### 2.1.5 რეპროდუქციული ტრაქტის ინფექციები

ორსულობის შეწყვეტის მომენტში რეპროდუქციულ ტრაქტის ქვედა ნაწილში ინფექციის არსებობა წარმოადგენს ოპერაციის შემდგომ პერიოდში სეპტიური გართულებების, განვითარების რისკ-ფაქტორს (7). როგორც კვლევებმა აჩვენა, ქირურგიული აბორტის დროს ანტიბიოტიკების რუტინული მიღება ანახევრებს ინფიცირების რისკს პოსტოპერაციულ პერიოდში(8,9). ამავდროს, თუ ვერ მოხერხდა ანტიბიოტიკებით პროფილაქტიკური კურსის ჩატარება, იგი

არ უნდა იქნას განხილული ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის წინააღმდეგ ჩვენებად. ყველა შემთხვევაში პოსტოპერაციული ინფექციის პროფილაქტიკაში უმნიშვნელოვანეს როლს ასრულებს სისუფთავე და დეზინფექციის წესების მკაცრად დაცვა(იხ. ნაწილი 2.2.7.1).

მედიკამენტური აბორტის შემთხვევაში საშვილოსნოს შიდა ინფექციის შანსი ნაკლებია. ამდენად, ანტიბიოტიკების პროფილაქტიკური მიღებაც არაა საჭირო. (10) (GRADE ცხრილები 70).

თუ კლინიკური ნიშნები ადასტურებენ ინფიცირებას, ქალს მაშინვე უნდა დაენიშნოს ანტიბიოტიკებით მკურნალობის კურსი და მხოლოდ ამის შემდეგ გაუკეთდეს აბორტი. სადაც ლაბორატორიული კვლევა STI-ზე რუტინულად ტარდება არაა გამოვლენილი ინფიცირების ნიშნები, აბორტი არ უნდა გადაიდოს და არაა საჭირო გამოკვლევის პასუხების/ტესტის შედეგების ლოდინი.

## 2.1.6 ექტოპიური ორსულობა

ექტოპიური ორსულობა ხშირად არ გვხვდება (მხოლოდ ორსულთა 1,5 – 2 %-ში), მაგრამ იგი არის სიცოცხლისათვის საფრთხის შემცველი/საშიში მოვლენა. ნიშნები და სიმპტომები რომლებიც მიგვანიშნებენ საშვილოსნოს გარე ორსულობაზე არის: საშვილოსნოს შედარებით მცირე ზომა ორსულობის სავარაუდო ვადასთან შედარებით და ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილში. განსაკუთრებით საყურადღებოა, როცა ტკივილს თან ახლავს სისხლდენა საშოდან და სისხლიანი გამონადენი; ასევე, თავბრუსხვევა და გულისწასვლა; სიფერმკრთალე და ზოგჯერ სიმსივნური ნარმონაქმნის არსებობა დანამატის არეში. თუ ექსტრაუტერინულ ორსულობაზე იქნა ეჭვი მიტანილი, გადაუდებლად აუცილებელია წინასწარი დიაგნოზის დადასტურება და მკურნალობის დაწყება ან ქალის რეფერალი/სპეციალიზირებულ განყოფილებაში მისი სასწრაფოდ გადაყვანის უზრუნველყოფა, სადაც იქნება დიაგნოზის დაზუსტების და სათანადო დახმარების აღმოჩენის შესაძლებლობა (11). ქირურგიული აბორტის შემდეგ ასპირაციული მასალის/ქსოვილის დათვალიერება თითქმის სრულად გამორიცხავს ექტოპიური ორსულობის

რისკს(იხ. ნაწილი 2.2.4.5).

ცალკე უნდა აღინიშნოს, რომ სიმპტომატიკის მსგავსების გამო საშვილოსნოს გარე ორსულობის დიაგნოსტიკა გართულებულია მედიკამენტური აბორტის მიმდინარეობის პროცესში და შემდეგ (12). შესაბამისად, ორსულობის შეწყვეტის მიზნით მედიკამენტური მეთოდის გამოყენებამდე აუცილებელია ექტოპიური ორსულობის გამორიცხვა და მედპერსონალმა უნდა შეძლოს ექსტრაუტერინული ორსულობის ნიშნების ამოცნობა და ქალები გააფრთხილონ, რომ საშვილოსნოს გარე ორსულობის სიმპტომების გამოვლენისას, მათ ესტირობათ სასწრაფო სამედიცინო ჩარევა, რისთვისაც უნდა მიმართონ სტაციონარს.

იმ შემთხვევაში, როდესაც კლინიკური ნიშნები (მაგ: ანამნეზში ექტოპიური ორსულობა, ან მენჯის ანთებითი დაავადება, შეუსაბამო გესტაციურ და მენსტრუაციის მიხედვით განსაზღვრულ ვადებს შორის, ვაგინალური სისხლდენა, ორსულობა საშვილოსნოს შიდა საშუალების /სპირალის არსებობის ან მენჯის ტკივილის ფონზე) სახეგა, ექტოპიური ორსულობის გამოსარიცხად საჭიროა შემდგომი გამოკვლევების ჩატარება (14), რომელიც მოიცავს: მენჯის ულტრაბგერითი და სერიული ქორიონული გონადოტროპინის(hCG) გამოკვლევებს. თუ ეს შეუძლებელია, ან თუ გარე ორსულობა დადგინდა და/ან სიმპტომები გამოვლინდა, ქალი მკურნალობისათვის უნდა იქნას გადაყვანილი შესაბამის რეფერალურ ცენტრში.

## 2.1.7 Rh-იმუნოზიზაცია

1961 წლიდან აშშ-ში ყველა რეზუს უარყოფითი სისხლის მქონე ქალისათვის რეკომენდებულ იქნა Rh-იმუნო გლობულინით პასიური იმუნოზაცია ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტიდან 72 საათის განმავლობაში(15). თუმცა ჯერ კიდევ არ არსებობს სარწმუნო მტკიცებები ადრეული ინდუცირებული აბორტის დროს რამდენად აუცილებელია იგი(16). იმსიტუაციებში, როდესაც რეზუს უარყოფიანთა რიცხვი არის დიდი და Rh-იმუნო გლობულინი გაიცემა რუტინულად, მისი გაკეთება/შეყვანა უნდა მოხდეს აბორტის პროცედურის დროს. ამასთან, 12 კვირაზე ნაკლები გესტაციის ვადაზე Rh-იმუნო

გლობულინის დოზა შესაძლოა შემცირებულ იქნეს 300  $\mu\text{g}$ -დან (რომელიც დროული მშობიარობის შემდეგ კეთდება) 50  $\mu\text{g}$ -მდე (17). აბორტის სერვისით უზრუნველყოფისათვის Rh -ის გამოკვლევა არაა აუცილებელი იქ, სადაც ეს არაა ხელმისაწვდომი ან რეზუსარყოფითი სტატუსის გავრცელება დაბალია.

9 კვირამდე (63 დღე) ვადის ფეხმძიმობის დროს დედის Rh სენსიტიზაციის თეორიული რისკი დაბალია(17). ამგვარად, Rh სტატუსის განსაზღვრა და ანტი -D -ს პროფილაქტიკის შეთავაზება, ორსულობის ადრეულ ვადაზე არაა აუცილებელი პრე რეკვიზიტი(12). თუ Rh-იმუნოგლობინი ხელმისაწვდომია, მედიკამენტური აბორტის დროს რეკომენდებულია მისი შეყვანა პროსტაგლანდინთან ერთად (18). იმ ქალებს, რომლებიც მიზოპროსტოლს სახლში იღებენ, Rh-იმუნოგლობულინი შესაძლებელია გაუკეთდეს მიფეპრისტონის მიღების დროს.

### 2.1.8 ინფორმირება და კონსულტირება

შესაბამისი ინფორმაციით უზრუნველყოფა განუყოფელი შემადგენელი ნაწილია მაღალ-ხარისხიანი მომსახურების/სერვისის მიწოდებისათვის (19). ყოველმა ქალმა, რომელიც ირჩევს აბორტს უნდა მიიღოს ადექვატური, გასაგები და ზუსტი ინფორმაცია. ამასთან, თვითონ ინფორმირება უნდა მოხდეს პრივატულ გარემოში, კონფიდენციალობის სრული დაცვით, შესაბამისი კვალიფიკაციის მქონე სამედიცინო პერსონალისაგან, რომელსაც აქვს ამომწურავი ცოდნა და გამოცდილება აბორტის სხვადასხვა მეთოდის შესახებ. ინფორმაცია ყველა ქალს, განურჩევლად მისი ასაკისა და circumstances-ისა, უნდა მიენოდოს იმ ფორმით, რომ მან შეძლოს გადაწყვეტილების მიღება აბორტის გაკეთებასა და მეთოდის შერჩევის თაობაზე.

ინფორმაცია, კონსულტაცია და აბორტის პროცედურები უნდა იყოს ხელმისაწვდომი და დროული. მესამე თავში მოცემულია მოთხოვნები და დეტალები კადრების მომზადების/ტრენინგების და ქალთა ინფორმირება/კონსულტირების (ეთიკური სტანდარტების ჩათვლით) თვალსაზრისით შესასრულებელი სამუშაოს ორგანიზებასთან დაკავშირებით.

### 2.1.8.1 ინფორმირება და კონსულტირება გადაწყვეტილების მიღების მიზნით

ინფორმაციის მიწოდებას და კონსულტირებას ენიჭება მნიშვნელოვანი როლი ქალისათვის საჭირო დახმარების აღმოჩენისას - არჩევანის სხვადასხვა ვარიანტების განხილვის დროს. ასევე გადაწყვეტილების ზეწოლის გარეშე მიღებისათვის. ბევრქალს აბორტის გაკეთების გადაწყვეტილება მიღებული აქვს მანამდე, ვიდრე დახმარების ძიებას შეუდგებოდა. საჭიროა მისი არჩევანის პატივისცემა (კონსულტაციის თავსმოხვევის გარეშე) და კონფიდენციალობის სრული დაცვა. ამავე დროს გადაწყვეტილების მიღების პროცესი არ უნდა იყოს პროფესიონალის მიერ დირექტიულად წარმართული(19,20).

თუქალი ირჩევს აბორტს, მედ.მუშაკი ვალდებულია მას აუხსნას კანონის მოთხოვნები სერვისთან დაკავშირებით. მას უნდა მიეცეს დრო, რამდენიც სჭირდება გადაწყვეტილების მისაღებად მაშინაც კი, როცა საჭირო ხდება კლინიკაში განმეორებითი ვიზიტი გარკვეული პერიოდის შემდეგ. ნებისმიერ შემთხვევაში მნიშვნელოვანია საუბრის პროცესში ქალმა გაიგოს, რამდენად უსაფრთხო და ეფექტურია აბორტის გაკეთება ორსულობის მცირე ვადაზე. ქალის მიერ გადაწყვეტილების მიღების შემთხვევაში, აბორტი უნდა იქნას გაკეთებული რაც შეიძლება სწრაფად (19). ამასთან, მედ.მუშაკი ვალდებულია ქალებს, რომლებმაც გადაწყვიტეს ორსულობის შენარჩუნება, მიაწოდოს ინფორმაციის აუცილებელი მოცულობა ანტენატალური ზრუნვის შესახებ და/ან განიხილოს შვილების საკითხი გარემოებიდან გამომდინარე. ასევე ქალის სპეციალიზირებულ დანესებულებაში გაგზავნის/რეფერალის საკითხი.

ცალკეულ შემთხვევებში ქალი შეიძლება პარტნიორის, ოჯახის წევრების, ჯანდაცვის პროვაიდერების, ან სხვების ზეწოლას განიცდიდეს, რომ გაიკეთოს აბორტი. მსგავსი პრესინგის თვალსაზრისით, განსაკუთრებით მონყვლადია დაუქორწინებელი მოზარდი გოგონები, ოჯახური ძალადობის მსხვერპლი ქალები და HIV ინფიცირებულები. იმ შემთხვევაში, როცა მედმუშაკს უჩნდება ეჭვი, რომ ქალი მოქმედებს იძულებით, უნდა ესაუბროს მას განმარტოვებით, ან გაგზავნოს იგი დამატებით კონსულტაციაზე. თუ პერსონალისათვის ცნობილია სექსუალური ან სხვა

სახის ძალადობის ფაქტები, საჭიროებისამებრ, მათ უნდა მისცენ ქალს მიმართულება და გააგზავნონ კონსულტაციაზე და/ან ადექვატური მკურნალობისათვის სხვა დაწესებულებაში. სამკურნალო დაწესებულებათა მენეჯერებმა უნდა იზრუნონ, რომ მთელ პერსონალს ჰქონდეს ინფორმაცია მომსახურების ამგვარი ფორმების არსებობის შესახებ ჯანდაცვის სისტემის ფარგლებში და საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით (იხ.თავი3).

### 2.1.8.2 ინფორმაცია აბორტის პროცედურის ჩატარების წესის შესახებ

ქალს მინიმუმ შემდეგი ინფორმაცია მაინც უნდა მიეწოდოს:

- რა მოქმედებები იქნება განხორციელებული აბორტის პროცედურის პროცესში და შემდეგ.
- რა უხერხულობებს განიცდის და გადაიტანს ქალი (მაგ: მენსტრუაციისმაგვარი ტკივილი და სისხლდენა);
- რა დრო დასჭირდება პროცედურას;
- რა სახის ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების და მეთოდების გამოყენება შეეძლება;
- როგორი რისკი და გართულებებია მოსალოდნელი მოცემული მეთოდის გამოყენებისას;
- რა პერიოდის შემდეგ შეუძლია დაუბრუნდეს ჩვეული ცხოვრების რიტმს, მათ რიცხვში სქესობრივ ცხოვრებას.
- რაში გამოიხატება აბორტის შემდგომი დაკვირვება

თუ აბორტის ამა თუ იმ მეთოდის არჩევა შესაძლებელია/ხელმისაწვდომია, ჯანდაცვის პროვაიდერები უნდა იყვნენ ინფორმირებულები და შეძლონ ქალს მიაწოდონ სრული ინფორმაცია შესაბამისი მეთოდის თაობაზე - ორსულობის ვადის, ქალის ჯანმრთელობის მდგომარეობის, აგრეთვე პოტენციური რისკ-ფაქტორების გათვალისწინებით და მასთან ერთად განიხილონ თითოეული მეთოდის დადებითი და უარყოფითი მხარეები. (21,22). მეთოდის არჩევის შესაძლებლობა აბორტის მსურველი ქალების უმეტესობისათვის

არის უკიდურესად მნიშვნელოვანი. რამდენიმე კვლევის მიხედვით, ადრეული ორსულობის ეტაპზე ქალები ირჩევენ მედიკამენტურ აბორტს, როგორც უფრო მისაღებ მეთოდს, განსხვავებით გვიანი გესტაციური ვადისაგან (21,23-25).

### 2.1.8.3 ინფორმაცია და სერვისები კონტრაცეფციის შესახებ

კონტრაცეპტივების შესახებ კონსულტაციების მიზანი აბორტის კონტექსტში არის ის, რომ არჩეული მეთოდის გამოყენება პაციენტმა დაიწყოს ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის შემდგომ დაუყოვნებლივ, თუ ის დარწმუნდება, რომ ეს მეთოდი მისთვის ყველაზე მეტად შესაფერისი და სანდოა, ეს გაზრდის მისი მუდმივი გამოყენების შესაძლებლობას. კონტრაცეპტივების შესახებ ინფორმაციის მიწოდება და კონსულტაციის შეთავაზება არის აბორტის სერვისის მთავარი ნაწილი, რადგან ის ეხმარება ქალს, მომავალში თავი აარიდოს არასასურველ ორსულობას. იდეალურ შემთხვევაში პრე-აბორტული კონსულტაცია მოიცავს დისკუსიას კონტრაცეპტული მეთოდების შესახებ. ყველა ქალმა უნდა იცოდეს, რომ ოვულაცია აბორტიდან ორ კვირაში აღდგება. (26) და მას ხელახლა აქვს ორსულობის რისკი, ვიდრე იგი არ გამოიყენებს ეფექტურ კონტრაცეპტულ მეთოდს. ქალს მიეწოდება დაწვრილებითი ინფორმაცია ყველაზე შესაფერისი კონტრაცეპტული მეთოდის არჩევის მიზნით, რომელიც მის მოთხოვნებს დააკმაყოფილებს. თუ მას სურს აბორტის გაკეთება და მიიჩნევს, რომ ორსულობა დადგა კონტრაცეპტივის არაეფექტურობის გამო, ჯანდაცვის პროვაიდერმა უნდა განიხილოს შეცდომები კონტრაცეპციის მეთოდის გამოყენებისას, ურჩიოს ქალს, როგორ გამოიყენოს იგი სწორად, ან შეცვალოს კონტრაცეპციის სხვა მეთოდით ( უფრო მეტი ინფორმაციისათვის ნახეთ ნაწილი 2.3 და დანართი 6). მეთოდის საბოლოო სელექცია ქალის გადაწყვეტილებით უნდა მოხდეს.

კონტრაცეპციის ამა თუ იმ მეთოდის გამოყენება, არავითარ შემთხვევაში არ უნდა იყოს აბორტით უზრუნველყოფის ნინაპირობა. ზოგიერთ ქალს კონტრაცეპტული მეთოდების ვარიანტების განხილვა ურჩევნია აბორტის შემდგომ.

## 2.2 აბორტის მეთოდები რეზიუმე

ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მეთოდები განსხვავებულია გესტაციური ვადების მიხედვით. ვადები უმთავრესად საორიენტაციო ხასიათისაა და არა დროის შეზღუდვის მაჩვენებელი. მაგალითად, ტრენირებული პროვაიდერების უმეტესობას 12 კვირის ორსულობის ვადამდე ვაკუუმ - ასპირაციის გაკეთება შეუძლიათ უსაფრთხოდ, მაშინ როცა სხვებს, რომლებმაც გაიარეს სპეციალური მომზადება და ფლობენ შესაბამისი ზომების მქონე ასპირაციულ კანულას, შეუძლიათ აღნიშნული პროცედურა ჩაატარონ უსაფრთხოდ ორსულობის 15 კვირაზე ნაკლებ ვადაზე (3). უსაფრთხო და ეფექტური მედიკამენტური აბორტის მისაწვდომობა გაიზარდა მიფეპრისტონისა და მიზოპროსტოლის გამოყენების ზრდის ხარჯზე (მიფეპრისტონისა და მიზოპროსტოლის გამოყენების გლობალური რუკები შეგიძლიათ იხილოთ: [www.gynuity.org](http://www.gynuity.org)). ამ მედიკამენტების შესახებ ინფორმაცია/ცოდნა და მათი სწორად გამოყენება (მაშინაც კი, როცა მიფეპრისტოლის არახელმისაწვდომობის გამო მხოლოდ მიზოპროსტოლი გამოიყენება), მნიშვნელოვანია პროგრამის დამგეგმავთათვის, მენეჯერების, მედ. მუშაკებისა და ფარმაცევტებისათვის, ვინაიდან ხდება მედიკამენტების გაცნობა/დანერგვა ჯანდაცვის სისტემებში.

### უკანასკნელი მენსტრუალური ციკლის პირველი დღიდან 12-14 კვირაზე გამოყენებული მეთოდები

აბორტის რეკომენდებული მეთოდი მანუალური ან ელექტრო-ვაკუუმ ასპირაცია ან მედიკამენტური მეთოდი მიფეპრისტონისა და მიზოპროსტოლის კომბინაციის გამოყენებით დადგენილია, რომ როდესაც მიფეპრისტონის შემდეგ ხდება პროსტაგლანდინის ანალოგის მიღება, აბორტი ორსულობის 9 კვირამდე (63 დღე) უსაფრთხო და ეფექტურია (4,19) შეზღუდული მტკიცებები ასევე აჩვენებს მიზოპროსტოლის განმეორებითი დოზების რეჟიმის უსაფრთხოებას და ეფექტურობას გესტაციის 9 -დან 12 კვირამდე ვადაზე (3,4,27,28). თუმცა, მხოლოდ მიზოპროსტოლი არის ნაკლებად ეფექტური, ვიდრე მისი მიფეპრისტონთან კომბინაციაში მიღება.

მედიკამენტური მეთოდის გამოყენებისას, კლინიკაში საჭიროა ვაკუუმ - ასპირაციის, როგორც სარეზერვო მეთოდის არსებობა (საჭიროებისამებრ, არასრული ან არშემდგარი აბორტის შემთხვევაში), ან ქალის გადაყვანა უფრო მაღალ დონეზე სპეციალიზირებული დახმარების უზრუნველყოფისათვის.

პროგრამის მენეჯერებმა და პოლიტიკის წარმმართველმა პირებმა ყველანაირად უნდა ეცადონ, რომ D&C შეიცვალოს ვაკუუმ - ასპირაციით ან მედიკამენტური აბორტის მეთოდით.

უკანასკნელი მენსტრუალური ციკლის პირველი დღიდან 12-14 კვირის შემდეგ გამოყენებული მეთოდები

რეკომენდებული ქირურგიული მეთოდი საშვილოსნოს ყელის გახსნა და ჩანასახოვანი პროდუქტების ევაკუაცია (D&E) ვაკუუმ - ასპირაციის და სააბორტო მაშების გამოყენებით. ხოლო რეკომენდებული მედიკამენტური მეთოდი არის მიფეპრისტონი, რომელსაც მოჰყვება მიზოპროსტოლის განმეორებითი დოზები .

### ქირურგიული აბორტის წინა მოსამზადებელი პროცედურები

#### 2.2.1 საშვილოსნოს ყელის მომზადება

პირველ ტრიმესტრში ქირურგიული აბორტის ჩატარების წინ არსებობს საშვილოსნოს ყელის წინასწარი მომზადების პრაქტიკა ოსმოდოლატორების (როგორებიცაა ლამინარია ან ფარმაკოლოგიური ნივთიერება/აგენტის) გამოყენებით. ამგვარი პროცედურა არა მარტო ამარტივებს და აჩქარებს აბორტის ჩატარების პროცესს, არამედ ამცირებს საშვილოსნოს ყელის მექანიკური გაფართოების საჭიროებას და ადრეული გართულებების განვითარების სიხშირეს (29,30). ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის წინ საშვილოსნოს ყელის წინასწარი მომზადება ნაჩვენებია გარკვეული კატეგორიის ქალებისათვის, სახელდობრ მათთვის, ვისაც აქვთ საშვილოსნოს ყელის ანომალია ან ანამნეზში ქირურგიული ჩარევის ეპიზოდი; ასევე მოზარდებისა და დიდი გესტაციური ვადის მქონე ქალებისათვის, ვინაიდან ყოველ მათგანს აქვს საშვილოსნოს ყელის დაზიანების და/ ან

საშვილოსნოს პერფორაციის მაღალი რისკი, რაც შეიძლება სისხლდენის მიზეზი გახდეს. (31,32). საშვილოსნოს ყელის მომზადებას აქვს უარყოფითი მხარეებიც, მათ რიცხვში, დამატებითი დისკომფორტი ქალისათვის, გაზრდილი ხარჯები და დრო ეფექტური ადმინისტრირებისათვის. იგი რეკომენდებულია ყველა ორსულისათვის 12-14 კვირაზე მეტი გესტაციური ვადით (29,30,33). თუმცა მისი გამოყენება დასაშვებია ორსულობის ნებისმიერ ვადაზე, განსაკუთრებით, როცა არსებობს საშვილოსნოს ყელის დაზიანებისა და საშვილოსნოს პერფორაციის მაღალი რისკი.

საშვილოსნოს ყელის ეფექტური მომზადება ოსმო - დილატატორით მოითხოვს სულ მცირე 4 საათს. გამოკვლევამ აჩვენა, რომ ორსულობის პირველი ტრიმესტრის ქირურგიული აბორტის დროს 400 µg მიზოპროსტოლის მიღება ვაგინალურად 3-4 საათით, ან ენის ქვეშ 2-3 საათით ადრე პროცედურამდე, არის ეფექტური საშუალება საშვილოსნოს ყელის მოსამზადებლად (29). ასევე ეფექტურია 200 მგ მიფეპრისტონის ორალურად მიღება 36 საათით ადრე ვაკუუმ - ასპირაციის პროცედურამდე (29,34). 20 კვირის გესტაციის ვადაზე საშვილოსნოს ყელის D&C-სათვის მომზადების თვალსაზრისით მიზოპროსტოლი ნაკლებ ეფექტურია, ვიდრე ლამინარიის გამოყენება. მიზოპროსტოლის კომბინაციას ოსმო-დილატაციასთან არ აქვს რაიმე დამატებითი ეფექტურობა საშვილოსნოს ყელის გახსნისათვის 19 კვირამდე ორსულობის ვადაზე (30).

## გაუტივირების მეთოდაი

ქალების უმეტესობა აცხადებს, რომ აბორტის დროს განიცდის სხვადასხვა ხარისხის ტკივილს. ადგილობრივი ანესთეზიით ქირურგიული აბორტის გაკეთების დროს, ტკივილის შეგრძნებასთან ასოცირებული ფაქტორები გაანალიზებულ იქნა სხვადასხვა მიმოხილვით კვლევაში. დაკვირვება აჩვენებს, რომ ტკივილის სიმწვავე იცვლება ქალის ასაკის, ორსულობის ვადის, დისმენორეის ისტორიის, საშვილოსნოს ყელის გახსნის და შფოთვის/ შიშის ხარისხის მიხედვით (35-37). Ddadgenilia, რომანამენში ბუნებრივი გზით წარმართული წინა მშობიარობა და პროვაიდერის მდიდარი გამოცდილება ასოცირდება ხელოვნური

აბორტით გამოწვეული ტკივილის შემარბილებელ/ შემამსუბუქებელ ფაქტორთან (35,38). გესტაციურ ვადასა და ტკივილს შორის დამოკიდებულების თაობაზე, ისე როგორც აბორტის პროცედურისათვის საჭირო საშვილოსნოს ყელის დილატაციის ხარისხის შესახებ მონაცემებიურ თერთსაპირისპიროა (35,36,38). ამავე დროს ოპერაციის სწრაფად შესრულება ნაკლებ ტკივილთანაა ასოცირებული (35).

ტკივილის კუპირების ადეკვატური მეთოდები არ საჭიროებს დიდ დანახარჯებს მედიკამენტურ საშუალებებზე, ალტერნატივას და პერსონალის მომზადებაზე. უგულებელყოფა ისეთი მნიშვნელოვანი ელემენტის, როგორცაა გაუტივირება, ზრდის ქალის შფოთსა და დისკომფორტს. ამასთან, პოტენციურად ზრდის პროცედურის ჩატარების სირთულეს და ნეგატიურად აისახება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე.

როგორც დაუსრულებელი აბორტის გამო ჩატარებული ჩარევის შემდეგ ქალებმა განაცხადეს, კონსულტირებამ და თანაგრძნობითმა დამოკიდებულებამ შესაძლოა შეამციროს შიში და ტკივილის აღქმის დონე, (39). არაფარმაკოლოგიური რელაქსაციის ტექნიკას აქვს შედეგი უფრო ხანმოკლე პროცედურის შემთხვევაში და ამცირებს ტკივილგამაყუჩებლის საჭიროებას (40,41), მუსიკის მოსმენამ შესაძლოა შეამციროს პროცედურით განპირობებული ტკივილი (37). ადამიანი, რომელიც ატარებს პროცედურას, ასევე სხვა დამხმარე პერსონალი, უნდა იყოს მეგობრული და სანდო. სადაც ამის შესაძლებლობა არსებობს და ქალი მოისურვებს, ოპერაციაზე შესაძლოა მხარდამჭერი პირის (მაგალითად ქმარი ან პარტნიორი ან სხვა ოჯახის წევრი) დასწრება. თუმცა არაფარმაკოლოგიური მიდგომა არ უნდა იყოს განხილული და აღქმული ტკივილის ფარმაკოლოგიური მეთოდის შემცვლელად.

## 222.1 გაუტივირების მედიკამენტოზური მეთოდაი

როგორც ქირურგიული, ისე მედიკამენტური აბორტის დროს ტკივილის მოსახსნელად საჭიროა ქალებისათვის (მათი სურვილის შემთხვევაში) მედიკამენტოზური საშუალებების

შეთავაზება და მიწოდება/უზრუნველყოფა. ტკივილის მართვისათვის მიღებულია სამი ტიპის პრეპარატის (ცალკე ან კომბინაციაში) გამოყენება: ანალგეტიკები, რომლებიც ამცირებენ ტკივილს, ტრანკვილიზატორები, რომლებიც ამცირებენ შიშს და გაუტკივარების საშუალებები, რომლებიც აქვეითებენ ფიზიკურ შეგრძნებას. ქირურგიული აბორტის უმრავლეს შემთხვევაში ვერბალური მხარდაჭერის ფონზე, სრულიად საკმარისი იქნება ანალგეტიკების, ადგილობრივი ანესთეზიის და /ან მსუბუქი დამამშვიდებლების გამოყენება. აღნიშნული მედიკამენტების უმრავლესობა შედარებით იაფია.

ქირურგიული ან მედიკამენტოზური აბორტის დროს არანარკოტული ანალგეტიკების (მაგ., არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო საშუალებების) გამოყენება, რომლებიც შესულია ჯანმო-ს (WHO) ძირითადი სამკურნალო საშუალებების ჩამონათვალში, ჩვეულებრივ, საკმარისია ტკივილის შემცირებისათვის (42,43). რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევებით დადგენილია, რომ პარაცეტამოლი არააეფექტური ქირურგიული აბორტის (44-46) და ასევე მედიკამენტური აბორტის (47) დროს; შესაბამისად, არაა რეკომენდებული ტკივილის შესამცირებლად მისი გამოყენება.

ორსულობის ქირურგიული გზით შეწყვეტისას, წინასაოპერაციოდ ტრანკვილიზატორების (მაგ.: დიაზეპამი) შეყვანა იწვევს შიშის შეგრძნების შემცირებას და ხელს უწყობს რელაქსაციას, რაც თავის მხრივ, აადვილებს პროცედურას, როგორც ქალის, ისე პროვაიდერისათვის. ამ მედიკამენტებმა შესაძლოა განაპირობონ ამნეზიის განვითარება (ზოგიერთ ქალს ეს მოსწონს კიდევ), მაგრამ მათ ასევე შეუძლიათ გამოიწვიონ ძილიანობა და თავისუფლად გადაადგილების / მოძრაობის უნარის შეზღუდვა (37). ასევე შეიძლება მიზანშეწონილი იყოს ნარკოტიკული ანალგეტიკების დამატებითი დანიშვნა, თუმცა ისეთი გართულების ალბათობა, როგორცაა რესპირატორული დეპრესია (სუნთქვის ფუნქციის დათრგუნვა) მაღალია და რეანიმაციული მოწყობილობების და ნარკოტიკების გამანეიტრალებელი საშუალებების ხელმისაწვდომობის აუცილებლობას განაპირობებს.

## 2.2.2.2. ანესთეზია

თუ ქირურგიული აბორტის დროს საჭიროა საშვილოსნოს ყელის მექანიკური დილატაცია, ქალისათვის დისკომფორტის შერბილებისა და მოხსნისათვის ხშირად გამოიყენება პარაცეტრევიკალური ბლოკადა ადგილობრივი ანესთეზიის სახით, სწრაფადმოქმედი ლიდოკაინი კეთდება საშვილოსნოს ყელის ირგვლივ, ლორწოვანი გარსის ქვეშ ე.წ. “ოთხი კვადრანტის” არეში. ადგილობრივი ანესთეზიის უპირატესობა ზოგად ანესთეზიასთან შედარებით მდგომარეობს: ორგანიზმის ფუნქციის აღდგენის დროის შემოკლებაში, პროცედურული რისკისა და გართულებების შემცირებასა და სწრაფ გამოჯანმრთელებაში. ასევე, იძლევა იმ ქალთა მდგომარეობის კონტროლის საშუალებას, რომელიც არის გონზე და შეუძლია კომუნიკაცია პროვაიდერთან. ადგილობრივი ანესთეზია უნდა გაკეთდეს ოსტატურად, რათა თავიდან იქნას აცილებული მედიკამენტის ინტრავენური გავრცელება. ანესთეზიის გამოყენება ვაკუუმ - ასპირაციასთან ერთად უსაფრთხოა; მიუხედავად მისი საკმაოდ ხშირი გამოყენებისა, ჯერ კიდევ არაა შესწავლილი რა დონეზე შეუძლია მას ტკივილის შემცირება. აბორტის პროცედურისათვის ზოგადი ანესთეზიის რუტინული გამოყენება არაა რეკომენდებული, ვინაიდან ის ზრდის კლინიკურ რისკს (1,48-50). ზოგადი გაუტკივარება უფრო მეტადაა ასოცირებული მოსალოდნელ სისხლდენასთან, ვიდრე ადგილობრივი ანესთეზია (1,2). ზოგადი ანესთეზიის გამოყენება ზრდის ღირებულებას, როგორც ჯანდაცვის დანებსულებების, ისე ქალისათვის, ვინაიდან კლინიკების უმეტესობა მოითხოვს, რომ ზოგადი გაუტკივარების შემდეგ ისინი ღამის განმავლობაში დარჩნენ ჰოსპიტალში. მიუხედავად ამისა, იგი არის ტკივილის კონტროლის ყველაზე ეფექტური მეთოდი. ზოგიერთ ქალს ურჩევნია ზოგადი ანესთეზია და შესაძლოა, რთული პროცედურის შემთხვევაში იგი პროვაიდერისათვისაც იყოს მისაღები. ნებისმიერ კლინიკაში, რომელშიც ზოგადი ანესთეზია კეთდება, უნდა იყოს სპეციალური აღჭურვილობა და მისი გამოყენების უნარის/პრაქტიკული ჩვევების მქონე პერსონალი, რომელსაც შეუძლია გაუმკლავდეს ნებისმიერ გართულებას.



### 2.2.3 პროცედურის წინ ჩანასახის დაღუპვის / სიკვდილის ინდუქცია

20 კვირის გესტაციურვადაზე მედიკამენტური აბორტის პირობებში, პროცედურის წინ უნდა იქნას გათვალისწინებული ჩანასახის სიკვდილი. თანამედროვე მედიკამენტური მეთოდები, როგორცაა მიფეპრისტონისა და მიზოპროსტოლის კომბინაცია ან მხოლოდ მიზოპროსტოლი, პირდაპირ არაა ფეტიციდალური ეფექტის მქონე. ექსპულსიის შემდეგ ჩანასახის/ ნაყოფის გარდამავალი სიცოცხლისუნარიანობის ინციდენტები დაკავშირებულია გესტაციური ვადის ზრდასთან და აბორტის ინტერვალის შემცირებასთან (51,52). ჩანასახის სიკვდილის ყველაზე ხშირად გამომწვევი პრე-პროცედურული რეჟიმი გულისხმობს (53):

- ჭიკლარის გზით პოტასიუმის ქლორიდის შეყვანა (KCl) ჩანასახში, ან ჩანასახის გულის კამერაში, რომელიც არის ძალიან ეფექტური, მაგრამ მოითხოვს სიზუსტეს, უსაფრთხო ინექციას და შესაბამის დროს გულისცემის შეწყვეტაზე ულტრაბგერითი დაკვირვებისათვის.
- დიგოქსინის ინტრაამნიონური ან ინტრაფეტალური ინექცია. დიგოქსინი უფრო ნაკლებად ეფექტურია ვიდრე KCl, რომ გამოიწვიოს საშვილოსნოში ჩანასახის დაღუპვა; თუმცა იგი ტექნიკურად უფრო იოლად გამოსაყენებელია. არ სჭირდება ულტრაბგერითი დაკვირვება, როდესაც კეთდება ინტრაამნიონურად და დადასტურებულია, რომ უსაფრთხოა დედისათვის (51). დიგოქსინს სჭირდება დრო ნაყოფის აბსორბციისათვის; ამიტომაც ის როგორც წესი, აბორტის ინდუქციამდე ერთი დღით ადრე შეჰყავთ მიზოპროსტოლთან ერთად (33,54).

### 2.2.4 აბორტის ჭირუბილი მეთოდი

#### 2.2.4.1 ვაკუუმ-ასპირაცია

ქირურგიული აბორტის რეკომენდებული მეთოდი 15 კვირაზე ნაკლებ გესტაციურ ვადაზე არის ვაკუუმ - ასპირაცია (57). ვაკუუმ -ასპირაციის ძლიერი ეფექტურობა დადგენილია რამდენიმე რანდომიზირებული კონტროლირებადი კვლევით, რომლის მიხედვით დასრულებული აბორტის მაჩვენებელი 95% -დან 100 % -მდეა. (55,56). თანაბრად ეფექტურია ელექტრო და მანუალური

ტექნოლოგიები. თუმცა მანუალური ვაკუუმ - ასპირაციის გამოყენება ასოცირებულია ნაკლებ ტკივილთან 9 კვირამდე გესტაციურ ვადაზე და უფრო გართულებულ პროცედურასთან 9 კვირის გესტაციური ვადის შემდეგ (57). 14 კვირის გესტაციურ ვადაზე ვაკუუმ-ასპირაცია უფრო ეფექტურია და როგორც წესი, მას ახლავს უმნიშვნელო გართულებები მედიკამენტურ აბორტთან შედარებით (56,58).

ვაკუუმ - ასპირაციის პროცესი მოიცავს საშვილოსნოს ღრუს შემცველობის ევაკუაციას პლასტიკური ან მეტალის ასპირაციული კანულით/ მილით, რომელიც დაკავშირებულია ვაკუუმის წყაროსთან. ელექტრო ვაკუუმ -ასპირაციის (EVA) დროს გამოიყენება ელექტრო ვაკუუმის ტუმბო/ელექტრო შემწოვი. მანუალური ვაკუუმის ასპირაციის (MVA) დროს, ვაკუუმი იქმნება ხელით გააქტიურებული/მოქმედებაში მოყვანილი პლასტიკური ან მეტალის ასპირაციული კანულით/ მილით, რომლის მოცულობა არის 60 მლ. არსებული ასპირატორები გათვლილია სხვადასხვა ზომის პლასტიკური კანულის გამოყენებაზე 4-დან არა ნაკლებ 12 მმ დიამეტრის დიაპაზონით. თითოეული პროცედურისათვის კანულა / კათეტერის სწორად შერჩევისათვის საჭიროა გესტაციური ვადის და საშვილოსნოს ყელის დილატაციის ხარისხის გათვალისწინება; როგორც წესი, კათეტერის დიამეტრი პირდაპირაა დაკავშირებული გესტაციურ ვადასთან (კვირებში). ზოგიერთი კათეტერი და ასპირატორების უმრავლესობა მაღალი დონის დემინფექციის გავლის შემდეგ ხელახლა შეიძლება იქნას გამოყენებული. ასევე არსებობს მექანიკური შემწოვები (ტუმბო), რომლებიც იმართება პედლით.

ორსულობის ვადის მიხედვით ვაკუუმ-ასპირაციის მეთოდი აბორტის პროცედურას სჭირდება არა უმეტეს 3- დან 10 წუთი და შესაძლებელია შესრულდეს ამბულატორიაში, გაუტკივარების საშუალებების გამოყენებითა და/ან ადგილობრივი ანესთეზიით. აბორტის დასრულება მოწმდება ასპირირებული ქსოვილით. ორსულობის ყველაზე ადრეულ ეტაპზე ასპირაციული კანულა/კათეტერი შესაძლოა შეტანილ იქნას საშვილოსნოს ყელის დილატაციის გარეშე. მიუხედავად ამისა, კათეტერის შეყვანამდე დილატაციისათვის გამოიყენება მექანიკური ან ოსმოტიური დილატატორები,

როგორც ცალკე, ისე პროსტაგლანდინთან ერთად ან საშვილოსნოს ყელის წინასწარი მომზადება, ისეთი ფარმაცოლოგიური პრეპარატების მიღების ფონზე, როგორებიცაა მიფეპრისტონი და მიზოპროსტოლი და რომელთა მიღება უნდა მოხდეს კათეტერის ჩადგამამდე (იხ. ნაწილი 2.2.1). ზოგადად, ვაკუუმ - ასპირაციის პროცედურა შესაძლოა დასრულდეს უსაფრთხოდ, ინტრაუტერინული კიურეტის ან სხვა ინსტრუმენტის გამოყენების გარეშე. არცერთი მონაცემი არ აჩვენებს, რომ კიურეტის გამოყენება ვაკუუმ - ასპირაციის შემდეგ ამცირებს განმეორებითი პროცედურის საჭიროების რისკს (59).

ქალების უმეტესობას, რომელთაც ორსულობის პირველ ტრიმესტრში ადგილობრივი ანესთეზიით ჰქონდათ აბორტი, პოსტოპერაციულ პალატაში პერსონალის დაკვირვების ქვეშ დაახლოებით 30 წუთის გატარების შემდეგ, შეუძლიათ კლინიკის დატოვება. დასვენების უფრო ხანგრძლივი პერიოდია საჭირო აბორტის პროცედურის შესასრულებლად უფრო მაღალ გესტაციურ ვადაზე, სადაც გამოყენებულ იყო სედაცია ან ზოგადი ანესთეზია.

ვაკუუმ - ასპირაცია ძალიან უსაფრთხო პროცედურაა. ნიუ იორკში (აშშ) ორსულობის პირველ სემესტრში ვაკუუმ - ასპირაციის მეთოდით ჩატარებული აბორტის შემდეგ, 170 000 ქალის გამოკვლევით მიღებულმა მონაცემებმა ცხადყო, რომ 0.1 %-ზე ნაკლებ ქალს აღენიშნა სერიოზული გართულება და დასჭირდა პოსპიტალიზაცია (60). იშვიათ შემთხვევაში, ვაკუუმ - ასპირაციის შედეგად შეიძლება განვითარდეს ისეთი გართულებები, როგორიცაა მცირე მენჯის ორგანოების ინფექცია, ჭარბი სისხლდენა, საშვილოსნოს ყელის ტრავმა, საშვილოსნოს შიგთავსის არასრული ევაკუაცია, საშვილოსნოს პერფორაცია, გართულებები ანესთეზიის შემდეგ და ორსულობის გაგრძელება (1,2). სპაზმი ან მუცლის ქვედა ნაწილში ტკივილი და მენსტრუაციის მსგავსი სისხლდენა ორსულობის შეწყვეტის ნებისმიერი პროცედურის გვერდით ეფექტს განეკუთვნება.

#### 2.2.4.2. დილატაცია და კიურეტაჟი

დილატაცია და კიურეტაჟი (D & C) - არის მექანიკური გამაფართოებლების ან ფარმაცოლოგიური საშუალებებით საშვილოსნოს ყელის გახსნის/გაფართოების და ბასრი მეტალის კიუ-

რეტის გამოყენებით საშვილოსნოს კედლების გამოფხვიკის პროცედურა.

D & C ნაკლებად უსაფრთხოა, ვიდრე ვაკუუმ - ასპირაცია (61) და შესაბამისად, უფრო მეტად მტკივნეულია ქალისათვის. საჭიროა ვაკუუმ - ასპირაციამ ჩაანაცვლოს D & C. მნიშვნელოვან გართულებათა მაჩვენებელი D & C-ის დროს 2-3-ჯერ აღემატება შესაბამის მაჩვენებლებს ვაკუუმ - ასპირაციის შემთხვევაში (3). რანდომიზირებული კონტროლირებადი გამოკვლევებით მოხდა დილატაცია & კიურეტაჟის შედარება ვაკუუმ - ასპირაციასთან 10 კვირამდე ვადის ორსულობის შეწყვეტისას, კვლევამ აჩვენა, რომ ვაკუუმ - ასპირაცია უფრო სწრაფია და ასოცირდება სისხლის ნაკლებ დაკარგვასთან, ვიდრე D & C (63,64).

D & C შეცვლა ვაკუუმ - ასპირაციით აუმჯობესებს პროცედურის უსაფრთხოებას და მომსახურების ხარისხს. დანესებულებებში, სადაც მოცემულ მომენტში არ არსებობს აბორტის სერვისი, უპირატესობა უნდა მიენიჭოს ვაკუუმ - ასპირაციის და არა D & C-ის დანერგვას. იმ ადგილებში სადაც ჯერ კიდევ დილატაცია & კიურეტაჟი გამოიყენება, მენეჯერებმა უნდა უზრუნველყონ გაუტკივარების სათანადო ზომები, პერსონალის მაღალი პროფესიული მომზადება და ადექვატური კლინიკური პრაქტიკა გამოცდილი ექიმების ზედამხედველობის ქვეშ.

#### 2.2.4.3 დილატაცია და ევაკუაცია

საშვილოსნოს ყელის გახსნა და ჩასახვის პროდუქტის ევაკუაცია (D&E) გამოიყენება ორსულობის 12-14 კვირის ვადის შემდეგ. ეს არის ყველაზე უსაფრთხო და ეფექტური ქირურგიული აბორტის მეთოდი გვიან გესტაციურ ვადაზე, როცა პროფესიონალი პროვაიდერები აკეთებენ ოპერაციას D&E-სათვის აუცილებელია საშვილოსნოს ყელის მომზადება ოსმო - დილატატორების გამოყენებით ან ფარმაცოლოგიური საშუალებებით (იხ. ნაწილი 2.1) და საშვილოსნოს შიგთავსის ევაკუაციას EVA გამოყენებით, 12-16 მმ დიამეტრის კათეტერის და გრძელი მაშის მეშვეობით. ორსულობის ვადის/ხანგრძლივობისაგან დამოკიდებულებით, საშვილოსნოს ყელის გაფართოებისათვის შეიძლება 2 საათიდან - 2 დღემდე დრო გახდეს საჭირო. ბევრი პროვაიდერი დასახმარებლად

იყენებს ულტრაბგერას D&E -ის პროცედურის მიმდინარეობისას, მაგრამ მისი გამოყენება არაა აუცილებელი(65).

რანდომიზირებული კონტროლირებადი კვლევის შედეგებმა, რომლის მიზანი იყო საშვილოსნოს ყელის გაფართოების და ჩასახვის პროდუქტების ევაკუაციის შედარებითი შეფასება, აჩვენა, რომ D&E პროცედურა პროსტოგლანდინის (PG F-2 ალფა)ინტრა -ამნიონურ ინსტალაციასთან შედარებით არის უფრო სწრაფი, უსაფრთხო და მისაღები 18 კვირამდე ორსულობის დროს(66). ერთი პატარა ცდის პირობებში მოხდა D&E შედარება მიფეპრისტონისა და მიზოპროსტოლის განმეორებითი დოზის ეფექტთან. დადგინდა, რომ პირველმა ნაკლები გვერდითი ეფექტები და ტკივილი გამოიწვია (67). როგორც ნებისმიერი სამედიცინო პროცედურის შემთხვევაში, პროვაიდერებს სჭირდებათ აუცილებელი სწავლება/ტრენინგი, სათანადო აღჭურვილობა და D&E -ს უსაფრთხოდ ჩატარების უნარ-ჩვევები(68).

D&E პროცედურა შესაძლოა ჩატარდეს ამბულატორიულ განყოფილებაში პარაცერვიკალური ბლოკადის და არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო ტკივილგამაყუჩებლების/ანალგეზიის გამოყენებით ან msu buqi sedacii T. ზოგადი ანესთეზია არაა აუცილებელი და ის შეიძლება რისკის გაზრდის მიზეზი გახდეს (იხ. ნაწილი 2.2.2.2). D&E- პროცედურას, როგორც წესი, სჭირდება არა უმეტეს 30 წუთისა. პერსონალმაც და ქალმაც, რომელსაც პროცედურა უკეთდება უნდა იცოდეს, რომ მოსალოდნელია უფრო მეტი სისხლდენა, ვიდრე პირველი ტრიმესტრის აბორტისათვის არის დამახასიათებელი. პერსონალს ასევე სჭირდება მომზადება, რომ შეძლოს კვალიფიციური კონსულტირება და პაციენტისათვის მეორე ტრიმესტრის აბორტისათვის დამახასიათებელი სპეციფიკური ინფორმაციის მიწოდება.

#### **2.2.4.4. გვიანი პერიოდის აბორტის სხვა პირურგიული მეთოდები .**

ქირურგიული ოპერაციების უმეტესობა არ უნდა იყოს აბორტის უპირველესი და ერთადერთი მეთოდი. ჰისტერექტომიას არა აქვს როლი/ გამოყენება აბორტის თანამედროვე პრაქტიკაში - ავადობის, სიკვდილიანობის მაჩვენებლების და ფასის საგრძნობლად მაღალი დონის გამო,

ვიდრე ამას D&E-ს ან მედიკამენტური აბორტის მეთოდების გამოყენების შემთხვევაში აქვს ადგილი. შესაბამისად, ჰისტერექტომიის გაკეთება გარდაუვალი აუცილებლობის გარდა არაა მიზანშეწონილი .

#### **2.2.4.5 მასალის / ქსოვილების გამოკვლევა პირურგიული აბორტის შემდგომ**

ქირურგიული გზით ორსულობის შეწყვეტის შემდეგ, აუცილებელია სასწაფოდ დაიწყო ჩანასახის პროდუქტების კვლევა საშვილოსნოს გარე ორსულობის გამორიცხვისა და აბორტის დასრულების დასადასტურებლად. ვაკუუმ - ასპირაციის შემთხვევაში 6 კვირის ორსულობის ვადიდან, გამოცდილ და კვალიფიციურ პროვაიდერს ვიზუალურად შეუძლია ჩანასახის პროდუქტის შეფასება ქორიონის ბუსუსების მიხედვით. თუ ასპირირებულ მასალაში არ აღინიშნება სავარაუდო ჩანასახოვანი პროდუქტები, უნდა ვიფიქროთ საშვილოსნოს გარე ორსულობაზე. ასეთ შემთხვევაში ქალმა საჭიროა ჩაიტაროს დამატებითი გამოკვლევები (იხ. ნაწილი 2.1.6). ამავე დროს პროვაიდერი უნდა იყოს ყურადღებით, რომ შეამჩნიოს ბუმბნამქარის სავარაუდო ნიშნები. თუ ასპირატი არის მცირე და არ შეესაბამება ორსულობის გამოთვლილ ვადას, მედ. მუშაკებს შეუძლიათ ეჭვის შეტანა, რომ აბორტი შესრულებული იყო არასრულად (დაუსრულებლო აბორტი). ყოველდღიურ პრაქტიკაში ჩანასახის პროდუქტების გაგზავნა პათანატომიური გამოკვლევისათვის არაა აუცილებელი, ვინაიდან ტრენინგებულ პროვაიდერს შეუძლია ქსოვილების რუტინული ექსპერტიზის ჩატარება.

#### **2.2.5 აბორტის მედიკამენტური მეთოდები (იხ. მრავალ 2.1)**

დადასტურებულია ,რომ აბორტის მედიკამენტური მეთოდი არის უსაფრთხო და ეფექტური (4, 19, 24, 69-71). მკურნალობის ყველაზე გავრცელებული სქემები დაფუძნებულია ანტიპროგესტოგენ მიფეპრისტონის გამოყენებაზე, რომლის მოქმედება ბოჭავს პროგესტერონის რეცეპტორებს და ახდენს მის ინჰიბიციას, რითაც ხელს უშლის ორსულობის გაგრძელებას. მკურნალობის მოქმედი სქემით ხდება მიფეპროსტონის საწყისი დოზის შეყვანა,

შემდეგ კი - პროსტაგლანდინის სინთეტური ანალოგის - მიზოპროსტოლის მიღება, რაც იწვევს საშვილოსნოს შეკუმშვების აქტივაციას და ხელს უწყობს ჩანასახოვანი პროდუქტების გამოდევნის პროცესს (72). გემეპროსტი არის პროსტაგლანდინის ანალოგი მიზოპროსტოლის მსგავსად, მაგრამ ის უფრო ძვირია, სჭირდება გაცივება და მხოლოდ ვაგინალურად გამოიყენება (12). ამგვარად, მიუხედავად იმისა, რომ გემეპროსტს აქვს იგივე ეფექტურობა, რაც მიზოპროსტოლს, მედიკამენტური აბორტის გამოწვევისათვის პროსტაგლანდინის ანალოგებს შორის მიზოპროსტოლი ყველაზე ხშირად გამოიყენება (73). რამდენიმე სხვა პროსტაგლანდინი (ისეთები, როგორებიცაა სულპროსტონი და პროსტაგლანდინ F -2 ალფა)

უკვე აღარ გამოიყენება, გვერდითი ეფექტების და/ ან ნაკლები ეფექტურობის გამო (74). მედიკამენტური აბორტის შედეგები სპონტანური აბორტის ანალოგიურია და ვლინდება მუცლის ქვედა ნაწილში შეტევითი ტკივილების და გახანგრძლივებული მენსტრუაციის მსგავსი სისხლდენის სახით, რომელიც გრძელდება საშუალოდ 9 დღე (იშვიათ შემთხვევაში 45 დღემდე) (75). გვერდით მოვლენებს წარმოადგენს გულისრევა, ღებინება და დიარეა. მიფეპრისტონისა და პროსტაგლანდინის ანალოგის დანიშვნა სიფრთხილითაა საჭირო ღვიძლის ან თირკმელზედა ჯირკვლის მწვავე ან ქრონიკული უკმარისობის, პათოლოგიური სისხლდენის, შეძენილი პორფირიის და ნებისმიერ ნამალზე ალერგიის დროს.

## ბრაფა 2.1

### მიფეპრისტონის (კომბინაციაში მიზოპროსტოლთან) დოზირება და მიღების წესი

#### 9 კვირაზე (63 დღე) ორსულობის ვადისათვის :

- 200 მგ მიფეპრისტონი ორალურად;
- მიზოპროსტოლი რეკომენდებულია 1 – 2 დღის (24-48 საათი) განმავლობაში მიფეპროსტონის ორალურად მიღების შემდეგ;
- ვაგინალური, ბუკალური ან ენისქვეშა წესით მიღებისას მიზოპროსტოლის რეკომენდებული დოზა არის 800  $\mu$ გ ;
- ორალური მიღებისას მიზოპროსტოლის რეკომენდებული დოზა არის 400  $\mu$ გ ;
- 7 კვირაზე (49დღე) მეტი გესტაციური ვადის დროს მიზოპროსტოლი უნდა იქნას მიღებული ვაგინალურად, ბუკალურად, ენისქვეშა გზით ან ორალურად. ორსულობის 7 კვირის შემდეგ მიზოპროსტოლის ორალური მიღება აღარაა დასაშვები;
- 9 კვირაზე (63 დღე) მეტი გესტაციური ვადის შემთხვევაში მიზოპროსტოლი შესაძლოა მიღებულ იქნას ვაგინალურად, ბუკალურად ან ენისქვეშა მეთოდით.

#### 9-12 კვირაზე (63-84 დღე) ორსულობის ვადისათვის :

- 200 მგ მიფეპრისტონი ორალურად, 36 დან 48 საათის შემდეგ უნდა მიიღოს ;
- 800 $\mu$ გ ვაგინალური მიზოპროსტოლი;
- მიზოპროსტოლის 400  $\mu$ გ მაქსიმუმ 4 მომდევნო დოზა 3 საათიანი ინტერვალებით ვაგინალურად ან სუბლინგვალურად;

#### 12 კვირაზე (84 დღეზე) მეტი ორსულობის ვადისათვის :

- 200 mg მიფეპრისტონის მიღება ორალურად, 36-დან 48 საათის შემდეგ უნდა მიიღოს ;
- 400  $\mu$ გ მიზოპროსტოლი ორალურად ან 800 $\mu$ გ ვაგინალურად, შემდგომში 400  $\mu$ გ მიზოპროსტოლი ვაგინალურად ან ენისქვეშა ყოველ 3 საათში მაქსიმ 5 დოზამდე ;
- 24 კვირაზე მეტი გესტაციური ვადის ორსულობისათვის , მიზოპროსტოლის დოზა უნდა იქნას შემცირებული საშვილოსნოს პროსტაგლანდინისადმი მგრძობელობის გაზრდის გამო, მაგრამ კლინიკური გამოკვლევების ნაკლებობიდან გამომდინარე განსაკუთრებული რეკომენდაციები ამ შემთხვევაში არ გაიცემა.

საშვილოსნოს გარე ორსულობის დროს მიფეპრისტონი არაა ეფექტური; საშვილოსნოს გარე ორსულობაზე ეჭვის შემთხვევაში საჭიროა დამატებითი გამოკვლევების ჩატარება და დიაგნოზის დადასტურებისთანავე მკურნალობის დაწყება (11). საჭიროა სიფრთხილე და საკითხის კლინიკური შეფასება, როცა ქალი იყენებს კორტიკოსტეროიდს დიდი ხნის განმავლობაში ან აღენიშნება სისხლდენა, მძიმე ანემია, თანდაყოლილი გულის დაავადება და/ან კარდიოვასკულარული რისკ-ფაქტორები (12).

მედიკამენტური აბორტის მეთოდის რულიად მისაღებია შეზღუდული რესურსების მქონე რიგ ქვეყანაში (76-78). მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა იზრდება გლობალურად და მედიკამენტური აბორტისათვის მიფეპრისტონისა და მიზოპროსტოლის კომბინაცია ამჟამად ჩართულია WHO-ს ესენციალური მედიკამენტების მოდელურ სიაში/ ჩამონათვალში (73-79). იქედან გამომდინარე, რომ ეს მედიკამენტები სულ უფრო ხელმისაწვდომი ხდება, პროგრამის მენეჯერებმა უნდა განსაზღვრონ, რა მოთხოვნები შეიძლება გაჩნდეს აბორტის მედიკამენტური მეთოდის დანერგვასთან დაკავშირებით (იხ. თავი 3).

### 2.2.5.1. მიფეპრისტონი და პროსტაგლანდინის ანალოგი

ორსულობისათვის გესტაციური ვადით 9 კვირამდე (63 დღე)

დადგენილი, რომ მიფეპრისტონის გამოყენება მიზოპროსტოლთან ერთად ძალიან ეფექტური, უსაფრთხო და მისაღებია 9 კვირამდე გესტაციური ვადის ორსულობის დროს. ეფექტურობის მაჩვენებელი 98 % მდებარეობს (70, 80). ქალების დაახლოებით 2-5 % -ში მიფეპრისტონისა და მიზოპროსტოლის კომბინირებული მკურნალობის შემდეგ საჭირო გახდა ქირურგიული ჩარევა არასრული აბორტის პრობლემის გადასაჭრელად, ან გაგრძელებული ორსულობის შესაწყვეტად ან სისხლდენის გასაკონტროლებლად (81).

მიფეპრისტონის დანიშვნის საწყისი პროტოკოლის მიხედვით რეკომენდებულია პერორალურად 600 მგ მიფეპრისტონის მიღება, ვაგინალურად 1 მგ გემეპროსტთან ერთად (36-38 საათის შემდეგ).

თუმცა, რამდენიმე გამოკვლევამ აჩვენა, რომ 200 მგ მიფეპრისტონი არის მისაღები დოზა, ვინაიდან იგი ისევე ეფექტურია, როგორც 600 მგ (4,81-83). რიგმა კვლევებმა ცხადყო, რომ მიფეპრისტონის მთლიანი 125-150 მგ-იანი დოზა შესაძლოა მიღებულ იქნას ხუთ ან ექვს ნაწილად დაყოფილ 25 მგ -იან დოზებად 3 დღის განმავლობაში (84), პრეპარატის მიღების აღნიშნული წესი ფართოდაა გავრცელებული ჩინეთის სახალხო რესპუბლიკაში. თუმცა სერვისის ხელმისაწვდომობისა და პაციენტებისათვის სანდოობის თვალსაზრისით რეკომენდებულია მიფეპრისტონის ერთჯერადი დოზა. მიფეპრისტონის 50 მგ დოზა არის ნაკლებ ეფექტური ვიდრე 200 მგ, კომბინაციაში გემეპროსტთან ერთად (85). შემთხვევის ანალიზმა აჩვენა, რომ მიფეპრისტონი, როდესაც კომბინირებულია მიზოპროსტოლის 800µგ- თან (ვაგინალურად) ისეთივე ეფექტური იყო, როგორც 200 მგ, თუმცა ეფექტურობა ორივე ჯგუფში მოსალოდნელზე მნიშვნელოვნად დაბალი იყო (86).

მიზოპროსტოლი, როგორც პროსტაგლანდინის ანალოგი, არის ეფექტური პრეპარატი და გაცილებით იაფია, ვიდრე გემეპროსტი. ამავდროს არ საჭიროებს მაცივარში შენახვას და არჩევანის გაცემებისას ბევრი ქვეყანა უპირატესობას სწორედ მიზოპროსტოლს ანიჭებს. მედიკამენტური აბორტის დროს ეფექტური მკურნალობის სქემა მოიცავს ორალურად 200 მგ მიფეპრისტონის მიღების შემდეგ მიზოპროსტოლის 800µგ-ის ენისქვეშ, ბუკალურად ან ვაგინალურად შეყვანას (4). მიზოპროსტოლის პერორალურ (ან ენისქვეშ და ბუკალურად) მიღებაზე უფრო მაღალი ეფექტურობა და ნაკლები გვერდითი მოვლენები ახასიათებს მიზოპროსტოლის ვაგინალურ მიღებას (4). მიზოპროსტოლის პერორალური დოზა 400 µგ ეფექტურია 7 კვირის (49 დღე) ორსულობის ვადამდე. შემდგომ პერიოდში არაეფექტურობის მაჩვენებელი უფრო იზრდება ორსულობის პროგრესირების გამო (12,81).

პროტოკოლების უმეტესობის მოთხოვნათა შესაბამისად ქალებმა მიფეპრისტონი და 2 დღის შემდეგ პროსტაგლანდინის ანალოგი უნდა მიიღონ კლინიკაში, მედ. პერსონალის მეთვალყურეობის ქვეშ. მიფეპრისტონის მიღების შემდეგ მათ შეუძლიათ სახლში წასვლა მათთან წინასწარი

გასაუბრების და მოსალოდნელი სისხლდენისა და ჩანასახის პროდუქტების შესაძლო გამოძევების/ გამოდევნის შესახებ რეკომენდაციების მიცემის შემდეგ. მათ რიცხვში იმის თაობაზე, როგორ შეამჩნიონ გართულებების წარმოშობა და სად უნდა მიმართონ მსგავსი გართულებების განვითარების შემთხვევაში (80,88).

მიზოპროსტოლის მომდევნო მიღებისას დაკვირვება გრძელდება 4-6 საათის მანძილზე. ამ პერიოდში ქალების 90 % აძევებს ჩანასახოვან პროდუქტებს. ზოგიერთ ქალს შესაძლოა დასჭირდეს მედიკამენტური მკურნალობა მუცლის ქვედა ნაწილში მოვლითი ხასიათის ტკივილების მოსახსნელად/ ტკივილთან გასამკლავებლად (იხ. ნაწილი 2.2.2.1).

არშემდგარი აბორტის შემთხვევაში, როდესაც ორსულობა გრძელდება, საჭიროა ქალისათვის მიზოპროსტოლის ხელახალი მიღების ან ქირურგიული აბორტის შეთავაზება (12). კლინიკაში უნდა იყოს ტექნიკური შესაძლებლობა ვაკუუმ - ასპირაციის ჩასატარებლად ან უნდა მოხდეს ქალის რეფერალი სხვა კლინიკაში, სადაც ვაკუუმ - ასპირაციის ოპერაციის ჩატარება არის შესაძლებელი. ყველა შემთხვევაში „ჭანდაცვის პროვაიდერებმა უნდა იზრუნონ, რომ ქალს შეეძლოს ასეთი მომსახურების სასწრაფოდ მიღება.

ქალები, როგორც წესი, კმაყოფილები არიან პროცედურით, თუ მათ რეალური მოლოდინები აქვთ (90). ამიტომ მათ ესაჭიროებათ ამომწურავი და სრული ინფორმაცია - რას უნდა ელოდნენ და როგორი გვერდითი ეფექტები არსებობს მედიკამენტური აბორტის დროს. ჭანდაცვის მუშაკებმა უნდა განსაზღვრონ და დააკვირდნენ რამდენად რეალურად ესმის ქალს პროტოკოლის მოთხოვნების შესრულების აუცილებლობა (განსაკუთრებით, როცა იგი მედიკამენტებს / ან რომელიმე მედიკამენტს დამოუკიდებლად იღებს) ან რამდენად შეუძლია გართულების შემჩნევა და იცის რა გააკეთოს ასეთ შემთხვევაში.

## 9 დან 12 კვირამდე (63-84 დღე) გესტაციური ვადის ორსულობებისათვის

შეზღუდული მონაცემების მიხედვით ამ ვადაზე მედიკამენტური აბორტის ყველაზე ეფექტური სქემა არის: მიფეპრისტონი 200 მგ ორალურად, შემდეგ კი (36-48 საათის შემდეგ) მიზოპროსტოლი 800 მკგ ვაგინალურად, მიღება უნდა მოხდეს კლინიკაში. 400 მკგ მიზოპროსტოლის მაქსიმუმ 4 შემდგომი დოზა შესაძლოა მიღებულ იქნას 3 საათიანი ინტერვალით, ვაგინალურად ან ენისქვეშ (27,28). ორსულობის აღნიშნულ ვადაზე პრეპარატ(ებ)ის მიღების რეჟიმი და ადგილი ჯერ კიდევ კვლევის საგანს წარმოადგენს.

## 12 კვირაზე მეტი (>84 დღე) გესტაციური ვადის ორსულობებისათვის.

მკურნალობის სქემა, რომელიც გულისხმობს 200 მგ მიფეპრისტონის პერორალურ მიღებას, შემდგომში მიზოპროსტოლის განმეორებითი დოზების შეყვანით, არის უსაფრთხო და ძალიან ეფექტური, როდესაც მისი მიღება კლინიკაში ხდება (3,91). სასურველი ეფექტი ასევე მიიღწევა, როდესაც 200 მგ მიფეპრისტონის პერორალურ მიღებას 36-48 საათის შემდეგ მოჰყვება 800 მკგ მიზოპროსტოლის ვაგინალურად შეყვანა და შემდგომში 400 მკგ მიზოპროსტოლის ყოველ 3 საათში ვაგინალურად ან ენისქვეშა გზით მიღება. 4 ასეთი დოზა არის ძალიან ეფექტური (91). 24 კვირაზე მეტი ორსულობებისათვის საჭიროა მიზოპროსტოლის დოზა შემცირდეს, ვინაიდან საშვილოსნოს მგრძობელობა პროსტაგლანდინების მიმართ გაზრდილია, თუმცა კლინიკური გამოკვლევების ნაკლებობის გამო რეკომენდაციები არ გაიცემა.

1მგ გემეპროსტის ვაგინალურად მიღება 200 მგ მიფეპრისტონის შემდეგ და გამეორება ყოველ 6 საათში ოთხჯერ იგივე დოზით, ასევე ეფექტურია (92). გემეპროსტით მკურნალობა საჭიროებისამებრ, შეიძლება გაგრძელდეს ყოველ 3 საათში, 4 დამატებითი დოზით (93,94).

### 2.2.5.2. მხოლოდმიზოპროსტოლი

#### ორსულობისათვის განსაკუთრებული ვადით 12 კვირამდე (84 დღე)

განალიზებულ იქნა მხოლოდ მიზოპროსტოლის ეფექტურობა და უსაფრთხოება. მიუხედავად იმისა, რომ შედარებითი გამოკვლევები არ ჩატარებულა, ანალიზმა აჩვენა, რომ კომბინირებული (მიფეპრისტონთან ერთად) მკურნალობისაგან განსხვავებით, მხოლოდ მიზოპროსტოლის მიღება ნაკლებად ეფექტურია. ამასთან, აბორტის პროცედურის ჩატარებისათვის უფრო დიდი დროა საჭირო და ოპერაცია უფრო მტკივნეულია კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის გაცილებით ძლიერ გამოხატული გვერდითი მოვლენების ფონზე (4,95).

მიზოპროსტოლის უფრო ფართო ხელმისაწვდომობის, დაბალი ფასის და იმის გამო, რომ ზოგიერთ ქვეყანაში მისი ხშირი გამოყენებით მნიშვნელოვნად შემცირდა კრიმინალური და არაუსაფრთხო აბორტით გამოწვეული გართულებების სიხშირე (96), შემდგომი კვლევები თანამედროვე ეტაპზე მიმართულია მხოლოდ მიზოპროსტოლით მკურნალობის ოპტიმალური რეჟიმის შემუშავებისაკენ, განსაკუთრებით იქ, სადაც მიფეპრისტონი არაა ხელმისაწვდომი.

მიზოპროსტოლის რეკომენდებული დოზა არის 800 მკგ ვაგინალურად ან ენისქვეშ, გამეორებული სულ მცირე ყოველ 3 საათში მაგრამ არა უმეტეს 3 დოზისა 12 საათში. აღნიშნული სქემის ეფექტურობა არის დასრულებული აბორტის 75-90%. ენისქვეშა მიღება არის ნაკლებ ეფექტური, ვიდრე ვაგინალური (იმ შემთხვევის გარდა, როცა პრეპარატის მიღება ხდება ყოველ სამ საათში), მაგრამ ამ მეთოდს აქვს გასტროინტესტინალური გვერდითი ეფექტები (4,96,97). ორალური მიღება არაა რეკომენდირებული მისი ნაკლები ეფექტურობის გამო.

#### ორსულობისათვის განსაკუთრებული ვადით 12 კვირის შემთხვევაში (84 დღე)

მიზოპროსტოლი არის ეფექტური საშუალება ინდუცირებული აბორტისათვის ორსულობის 12 კვირის შემთხვევაში. თუმცა აბორტის დასრულებისათვის საჭირო დრო არაა ისეთი მცირე, როგორც მისი

მიფეპრისტონთან კომბინაციის შემთხვევაში. რეკომენდებული დოზაა 400 მკგ მიზოპროსტოლი ვაგინალურად ან ენისქვეშ ყოველ 3 საათში - სულ 5 დოზა (91,98)

უშვილო ქალებისათვის მიზოპროსტოლის ვაგინალური მოხმარება არის უფრო ეფექტური, ვიდრე ენისქვეშა. 24 კვირამდე მეტ ვადაზე მიზოპროსტოლის დოზა ორსულებს უნდა შეუმცირდეს პროსტაგლანდინების მიმართ საშვილოსნოს გაძლიერებული მგრძობელობის გამო. თუმცა, კლინიკური გამოკვლევების ნაკლებობის გამო რეკომენდაცია დოზირების შესახებ არ გაიცემა.

ზოგიერთ ქვეყანაში ორსულობის მეორე ტრიმესტრში ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტისათვის დარეგისტრირებულია მხოლოდ გემიპროსტის ვაგინალურად შეყვანა. რეკომენდებული დოზაა 1 მგ, რომელიც კეთდება პირველი დღის განმავლობაში ყოველ 3 საათში, სულ 5 დოზის სახით და საჭიროებისამებრ მეორდება მეორე დღეს. მკურნალობის აღნიშნული სქემით ქალების 80% და 95% -ს წარმატებით უწყდება ორსულობა, შესაბამისად, 24 და 48 საათში (99).

### 2.2.5.3 მედიკამენტური აბორტის სხვა მეთოდები

რიგ ქვეყნებში, სადაც მიფეპრისტონი არაა ხელმისაწვდომი, დაგროვილია მიზოპროსტოლთან ერთად მეტოტრექსატის გამოყენების გამოცდილება მედიკამენტური აბორტისათვის ორსულობის მცირე (7 კვირამდე) ვადაზე. მეტოტრექსატი არის ციტოტოქსიკური მედიკამენტი და იგი გამოიყენება გარკვეული ტიპის კიბოს, რევმატიული ართრიტის, ფსორიაზის და სხვა დაავადებების სამკურნალოდ. მიზოპროსტოლთან მისი კომბინირებული მიღება, უსაფრთხოა. რამდენიმე გამოკვლევამ აჩვენა, რომ ეფექტურობა 90%-ზე მაღალია განსაკუთრებით მაშინ, როცა 50 მგ მეტოტრექსატი მიიღება ორალურად ან ინტრამუსკულარულად და მას 3-4 დღის შემდეგ მოჰყვება 800 მკგ მიზოპროსტოლის ვაგინალურად შეყვანა (4). თუმცა ჯანმო-ს (WHO) ტოქსიკოლოგთა ნაწილის რეკომენდაციით ორსულობის შეწყვეტისათვის მეტოტრექსატის გამოყენება არაა გამართლებული, ვინაიდან

აბორტის წარუმატებლად დასრულების ვითარებაში იგი იწვევს ტერატოგენიას (100). მიუხედავად იმისა, რომ ჯერ კიდევ არაა ცნობილი რეალური რისკის ხარისხი, მეტოტრეფსატის გამოყენების პირობებში დაუსრულებელი აბორტის/ ორსულობის გაგრძელების შემდეგ დაფიქსირებულია კიდურების დეფექტის, თავის ქალისა და სახის ანომალიების შემთხვევები (101-103). ამგვარად, აღნიშნული სერვისისათვის რეკომენდებულია მიფეპრისტონისა და მიზოპროსტოლის კომბინირებული გამოყენება.

12 კვირის გესტაციური ვადის ზემოთ საშვილოსნოს შეკუმშვისა და ინდუცირებული აბორტის გამოწვევისათვის არსებობს სხვა საშუალებებიც. მათ მიეკუთვნება: ჰიპერტონული ხსნარის ან შარდოვანას ჰიპეროსმოლარული ხსნარის ინტრაამნიონური შეყვანა, ეტაკ-რიდინის ინტრა-ან ექსტრაამნიონურად, პროსტა-გლანდინის ანალოგის პარენტერალურად ან ინტრა/ექსტრაამნიონურად და ოქსიტოცინის ინტრავენურად ან ინტრამუსკულარულად შეყვანა (91-104). თუმცა თანამედროვე მედიკამენტოზურ მეთოდებთან შედარებით, ჩამოთვლილი მეთოდების და პრეპარატების შეყვანის გზების უმეტესობა ასოცირებულია ინვაზიურ და არაუსაფრთხო ჩარევასთან.

## 2.2.6 აბორტის გართულებების მართვა

როდესაც აბორტი კეთდება თანამედროვე სამედიცინო პირობებში მაღალკვალიფიცირებული და ტრენირებული პერსონალის მიერ, გართულებები ძალიან იშვიათია, ხოლო სიკვდილის რისკი - უმნიშვნელო (შედარება არაუსაფრთხო აბორტთან იხ. თავი 1). ამის მიუხედავად ყოველ კლინიკას, რომელიც ჯანდაცვის სისტემის ნებისმიერ დონეზე ფუნქციონირებს, უნდა ჰყავდეს პერსონალი, რომელსაც შესწავს უნარი შეამჩნიოს გართულებები აბორტის შემდეგ და დღე-ღამის ნებისმიერ მონაკვეთში აღმოუჩინოს ქალს გადაუდებელი დახმარება ან გააგზავნოს იგი სპეციალიზირებულ განყოფილებაში (104). აბორტის შემდგომი გართულების შემთხვევაში პერსონალს უნდა ჰქონდეს ანალოგიური/მსგავსი უნარ-ჩვევები, რაც არის საჭირო სპონტანური აბორტის დროს.

### 2.2.6.1. გაგრძელებული ორსულობა

წარუმატებელი აბორტი/ ორსულობის გაგრძელება შესაძლოა მოხდეს იმ ქალებში, რომელთაც ჩაიტარეს მედიკამენტური ან ქირურგიული აბორტის პროცედურა, თუმცა ორსულობის გაგრძელების რისკი გაცილებით ხშირია მედიკამენტური აბორტის დროს. ქალს, რომელსაც აღენიშნება გაგრძელებული ორსულობის სიმპტომები, რაც შეიძლება სწრაფად უნდა შესთავაზონ საშვილოსნოს ევაკუაცია.

### 2.2.6.2 არასრული აბორტი

თუ ორსულობის შეწყვეტის პროცედურას აკეთებს პროფესიონალი, არასრული აბორტი ვაკუუმ-ასპირაციის პირობებში, არ არსებობს. ეს მოვლენა უფრო ხშირად მედიკამენტურ აბორტს ახასიათებს (56). შესაბამისი ნიშნები/ სიმპტომებია: ვაგინალური სისხლდენა, ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილში და ინფექციის ნიშნები. ეჭვი არასრული აბორტზე შესაძლოა იყოს სრულიად საფუძვლიანი, თუ ორსულობის საორიენტაციო ვადა არ დასტურდება ქირურგიული აბორტის დროს ასპირირებული ქსოვილის ვიზუალური გასინჯვის შედეგებით. ნებისმიერი კლინიკის პერონალმა უნდა გაიაროს სწავლება/ტრენინგი და იყოს აღჭურვილი სათანადოდ, იმისათვის, რომ შეძლოს არასრული აბორტის მკურნალობა საშვილოსნოს შიგთავსის განმეორებითი ევაკუაციის სახით, ვაკუუმ-ასპირაციის მეთოდით. ასევე ყურადღება მიაქციოს სისხლდენის და ინფექციის შესაძლებლობას. არასრული აბორტი უნდა იქნას დასრულებული ვაკუუმ-ასპირაციით ან მიზოპროსტოლით. ვაკუუმ-ასპირაცია არის რეკომენდებული საშვილოსნოს შიგთავსის ევაკუაციისათვის (D&C-თან შედარებით), რამეთუ ის ასოცირდება ნაკლები სისხლის დაკარგვასთან, ნაკლებ ტკივილთან და უფრო ხანმოკლე პროცედურასთან (105). არასრული აბორტისათვის ასევე შეიძლება გამოყენებული იქნას მიზოპროსტოლი; 13 კვირამდე გესტაციური ვადის ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის, ან დაუსრულებელი აბორტის შემთხვევაში მიზოპროსტოლით და ვაკუუმ - ასპირაციით მკურნალობის შედარებამ გვერდითი ეფექტების თვალსაზრისით აჩვენა, რომ მიზოპროსტოლის გამოყენებისას მეტი



დაუგეგმავი ქირურგიული ჩარევა გახდა საჭირო (106). რეკომენდებული მიზოპროსტოლის დოზა და მიღების წესი ინდიკაციისათვის არის 600  $\mu$ გ ორალურად და 40  $\mu$ გ ენისქვეშა გზით(106,107). ვაგინალურმა სისხლდენამ შეიძლება ხელი შეუშლოს ვაგინალურად შეყვანილი მედიკამენტის აბსორბციას (108); ამგვარად 400-800  $\mu$ გ -მდე მიზოპროსტოლის ვაგინალური შეყვანა შეიძლება გამოყენებულ იქნას ეფექტურად(106). არასრული აბორტის მართვასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილება უნდა დაეფუძნოს ქალის კლინიკურ მდგომარეობას და მისსავე არჩევანს.

### 2.2.6.3 სისხლდენა

სისხლდენა შეიძლება გამოწვეულ იყოს საშვილოსნოს ჩანასახის პროდუქტთა დარჩენილი ნაწილებით,ტრავმითა ან საშვილოსნოს ყელის დაზიანებით, კოაგულოპათიით ან იშვიათად, საშვილოსნოს პერფორაციით. კონკრეტული მიზეზის გათვალისწინებით საჭირო მკურნალობა მოიცავს საშვილოსნოს შიგთავსის განმეორებით ევაკუაციას და უტეროტონური საშუალებების შეყვანას (სისხლდენის შესაჩერებლად); ინტრავენურად სითხის გადასხმას და იშვიათ შემთხვევებში, სისხლის გადასხმას; შედეგების ფაქტორების შევსებას; ლაპაროსკოპიას ან დიაგნოსტიკურ ლაპაროტომიას. ვაკუუმ - ასპირაციის დროს სისხლდენის ნაკლები ინციდენტების გამო ოქსიტოცინური მედიკამენტების რუტინულად დანიშვნა არაა აუცილებელი. თუმცა მათზე მოთხოვნილება შეიძლება წარმოიშვას/გაჩნდეს საშვილოსნოს ყელის გახსნისა და შიგთავსის ევაკუაციის (D&E-ს) შემთხვევაში. გახანგრძლივებული მენსტრუალური სისხლდენა მედიკამენტური აბორტის დროს მოსალოდნელია. ვაგინალური სისხლდენის შემცირება მედიკამენტური აბორტიდან საშუალოდ 2 კვირის შემდეგ ხდება, მაგრამ ინდივიდუალურ შემთხვევაში სისხლდენა და გამონადენი შესაძლოა შენარჩუნდეს 45 დღემდე; ასეთი სისხლდენა იშვიათად საჭიროებს სასწრაფო ჩარევას. თუმცა ნებისმიერ კლინიკას უნდა შეეძლოს ქალის მდგომარეობის სტაბილიზაცია და დაუყოვნებლივი მკურნალობა ან სისხლდენის მქონე პაციენტთა გადაუდებელი გაგზავნა სპეციალიზირებულ დანესებულებაში (19).

### 2.2.6.4 ინფექცია

ვარგად ჩატარებული აბორტის შემდეგ, ინფიცირებას იშვიათ შემთხვევაში აქვს ადგილი. უფრო სავარაუდოა, რომ გენიტალური ტრაქტის დაინფიცირდება მოხდეს აბორტის დროს საშვილოსნოს გამოფხვკის ან ბავშვის გაჩენის შემდეგ. ინფექციის ტიპური სიმპტომები არის: ტემპერატურის მომატება ან შემცივნება,სუნინი გამონადენი საშოდან, ტკივილი მუცლის და მცირე მენჯის ღრუს არეში,გაგრძელებული ვაგინალური სისხლდენა ან გამონადენი, საშვილოსნოს მტკივნეულობა გასინჯვისას და სისხლის თეთრი უტრედების მომატებული რაოდენობა. ინფექციის დიაგნოზის დასამისთანავე მკურნალმა ექიმმა ქალს უნდა დაუნიშნოს ანტიბიოტიკები და თუ ჩანასახის პროდუქტის ნარჩენებია ინფექციის მიზეზი, საჭიროა საშვილოსნოს შიგთავსის განმეორებითი ევაკუაცია. უფრო მწვავე ინფექციის დროს ქალებს შესაძლოა დასჭირდეთ ჰოსპიტალიზაცია. როგორც 2.11.5 ნაწილში განვიხილეთ, ანტიბიოტიკების პროფილაქტიკური დანიშვნა აბორტი შემდეგ გამოკვლეულია და დადგენილია, რომ იგი ამცირებს პოსტ-აბორტული ინფიცირების რისკს (9) .ამიტომ, მკურნალობის კურსის დანიშვნა/მიღება საჭიროა, თუ ეს შესაძლებელია.

მედიკამენტური აბორტის შემდეგ მენჯის ღრუს ორგანოების ინფიცირების შესახებ მონაცემები მცირეა,თუმცა იგი ვაკუუმ-ასპირაციის შემდეგ იშვიათადხდება. მენჯის ინფიცირების სიმპტომებიდან აღსანიშნავია ტკივილი, თუმცა არც იგი და არც სხვა სიმპტომები სპეციფიკური არაა. ამიტომ ,რთულია ზუსტი დიაგნოზის დასმა. ქალებს, რომელთაც აქვთ მცირე მენჯის არეში ტკივილი,საშოდან ჩირქიანი გამონადენი და ტემპერატურა უნდა ჩაუტარდეს მკურნალობა ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებით.

მედიკამენტური აბორტის შემდეგ ტემპერატურის გარეშე ანაერობული ინფექციის იშვიათი შემთხვევები დაფიქსირდა კანადასა და ამერიკაში (10,12,109). სხვა შემთხვევებში ქალებს ჰქონდათ დაბალი სიცხე ან საერთოდ არ ჰქონდათ ტემპერატურა, პერიოდულად გულისრევა, პირ-ლებინება, სისუსტე და აბდომინალური ტკივილი, მდგომარეობის სწრაფი გაუარესება (საათებსა და დღეებში), ტაქიკარდია და მწვავე ჰიპოტენზია, მზარდი ჰემატოკრიტი, ლეიკოციტების მომატება

და ნეიტროფილია. ამასთან, ყველა ქალს აქვს კლოსტრიდიუმთან დაკავშირებული შოკი. მსგავს შემთხვევებს ადგილი ჰქონდა აბორტის გარეშე, მაგალითად, ლოგინობის ხანაში ნორმალური მშობიარობის შემდეგ (110). არ არსებობს მტკიცებულება იმის თაობაზე, რომ მედიკამენტური აბორტის შემთხვევაში ანტიბიოტიკების პროფილაქტიკური მიღება ამცირებს სერიოზული ინფექციის იშვიათ ფატალურ შედეგებს, ამდენად, აბორტის პროცედურის შემდეგ ანტიბიოტიკების რუტინული პროფილაქტიკური დანიშვნა არაა რეკომენდებული.

### 2.2.6.5 საშვილოსნოს პერფორაცია

საშვილოსნოს პერფორაცია ხშირად შეუმჩნეველი რჩება და მისი კუპირებისათვის რაიმე სახის ჩარევა საჭირო არ ხდება. გამოკვლევამ აჩვენა, რომ 700 ქალიდან, რომელთაც ჩაიტარეს ერთდროულად პირველი ტრიმესტრის აბორტი და ლაპაროსკოპიური სტერილიზაცია, 14-დან 12 შემთხვევაში საშვილოსნოს გახვრეტა იყო იმდენად უმნიშვნელო, რომ ვერც კი შემაჩნევდნენ ლაპაროსკოპიის გარეშე (111). საშვილოსნოს პერფორაციაზე ეჭვის მიტანისას, ერთადერთი რაც უნდა გაკეთდეს, არის ქალის საერთო მდგომარეობაზე დაკვირვება და ანტიბიოტიკოთერაპია. როდესაც ხელმისაწვდომია და საჭირო, ლაპაროსკოპია არის გამოკვლევის ერთერთი ყველაზე კარგი მეთოდი. თუ ლაპაროსკოპია და/ან პაციენტის მდგომარეობა აღძრავს თუნდაც უმნიშვნელო ეჭვს, რომ დაზიანდა ნაწლავები ან სისხლძარღვები ან სხვა ანატომიური სტრუქტურები, დაზიანებული ქსოვილების აღდგენისათვის საჭიროა ლაპარატომია.

### 2.2.6.6 ანესთეზიასთან დაკავშირებული ბართულებები

ადგილობრივი ანესთეზია უფრო უსაფრთხოა, ვიდრე ზოგადი ანესთეზია, არა მარტო ვაკუუმ-ასპირაციისას პირველ ტრიმესტრში და არამედ D&E-ის შემთხვევაშიც ორსულობის მეორე ტრიმესტრში (1,49,50). თუ ზოგადი ანესთეზია გამოიყენება, პერსონალს უნდა შეეძლოს სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა

კრუნჩხვის და კარდიორეპირაციული დარღვევების კორექციისათვის. უნდა იქნეს ხელმისაწვდომი მედიკამენტები, რომლებიც გამოიყენება ნარკოტიკული საშუალებების ნეიტრალიზაციისათვის.

### 2.2.6 საშვილოსნოს გახევა

საშვილოსნოს გახევა იშვიათი გაართულებაა. ის ასოცირებულია გვიან გესტაციურ ასაკთან და საშვილოსნოზე არსებულ ნაწიბურთან, მაგრამ დაფიქსირებულია გახევის შემთხვევები იმ ქალებშიც, რომლებსაც არ ჰქონდათ ეს რისკ-ფაქტორები. მეტა ანალიზის მიხედვით ქალებში, რომლებსაც ადრე გადატანილი ჰქონდათ საკეისრო კვეთა, მედიკამენტური (მიზოპროსტოლი) აბორტის დროს (ორსულობის მეორე ტრიმესტრში) საშვილოსნოს გახევის რისკი არის 0.28% (112).

### 2.2.6.8 აბორტის შორეული შედეგები

ქალთა უმეტესობას, რომელთაც აბორტი სწორად ჩუტარდათ არ აღენიშნებათ ჩარევასთან დაკავშირებული რაიმე სახის შორეული შედეგი თვითგრძნობის და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის თვალსაზრისით (113-115). თანამედროვე ეტაპზე უსაფრთხო, ინდუცირებული აბორტით გამოწვეული სიკვდილის რისკი უფრო დაბალია, ვიდრე პენიცილინის ინექციით (116) ან ბოლომდე მიტანილი ორსულობით (1) გამოწვეული სიკვდილის რისკი.

გამოკვლევებით არ დასტურდება პირველი ტრიმესტრის უსაფრთხო აბორტის გავლენა შემდეგი ორსულობის არახელსაყრელ გამოსავალზე (117). მიუხედავად იმისა, რომ მეორე ტრიმესტრის აბორტი არაა საფუძვლიანად შესწავლილი, ასევე არ არსებობს დამადასტურებელი ფაქტები, რომ აბორტი იქონიებს გავლენას მომდევნო ორსულობებზე (114,118).

სანდო ეპიდემიოლოგიური კვლევებით არ დასტურდება ძუძუს კიბოს გამომწვევის რისკის გაზრდა ქალებში, რომლებიც თვითნებითი და/ან ხელოვნური აბორტის პროცედურას დაეყვამდებარნენ ორსულობის პირველ ტრიმესტრში

(119,120). გამოკვლევის შედეგების გულმოდგინე ანალიზმა აჩვენა, რომ ქალების მცირე ნაწილს აღენიშნებათ მსუბუქი ფსიქოლოგიური მოვლენები და როგორც ჩანს, იგი წარმოადგენს ადრე არსებული მდგომარეობის გაგრძელებას (121,122).

## 2.2.6.9სხვა გართულებები

არაუსაფრთხო აბორტის შემდეგ სხვადასხვა გართულება (მონამვლა, აბდომინალური ტრავმა, გენიტალური ტრაქტის ინფექცია და სხვა) შეიძლება განვითარდეს, იმის მიხედვით თუ რა მეთოდით იქნა აბორტი გაკეთებული. ქალებს ააბორტთან დაკავშირებული გართულებებით უნდა ჩაუტარდეს შესაბამისი მკურნალობა (იხ.ნაწილი 2.2.6.1-2.2.2.6.6) ასევე საჭიროა ადექვატური მკურნალობა პოსტ-აბორტული პათოლოგიების შემთხვევაში(იხ. ნაწილი 2.3).

## 2.2.7 აბორტის პროცედურასთან დაკავშირებული სხვა საკითხები

### 2.2.7.1 ინფექციის პრევენცია და კონტროლი

იმის გამო რომ აბორტის პროცედურის დროს დახმარების აღმოჩენისას ადგილი აქვს ნებისმიერი პროფილის კლინიკური და დამხმარე პერსონალის კონტაქტს სისხლთან და სხეულის სხვა ბიოლოგიურ სითხეებთან, საჭიროა პერსონალმა პრაქტიკულად დაიცვას სიფრთხილის უნივერსალური ზომები ინფექციის პროფილაქტიკის და მასთან ბრძოლის მიზნით, ამავე დროს იგი ვალდებულია ჰქონდეს მკაფიო წარმოდგენა მოსალოდნელი საშიშროების შესახებ, როგორც თავისი, ისე პაციენტების ჯანმრთელობის ინტერესების თვალსაზრისით.

სიფრთხილის უნივერსალური ზომები არის ინფექციური კონტროლის ელემენტარული სტანდარტები, რომლითაც უნდა იხელმძღვანელოს პერსონალმა მუდმივად, პაციენტის მოვლის პროცესში, რათა მინიმუმამდე დაიყვანოს სისხლით გადამდები ინფექციების გავრცელების რისკი. ეს ზომებია: ხელების დაბანა საპნითა და წყლით პროცედურამდე და მის შემდეგ; სისხლთან და სხვა ბიოლოგიურ სითხეებთან კონტაქტის დროს დამცავი ბარიერების (ხელთათმანების, ნიღბების, წინსაფრების, დამცავი სათვალეების)

გამოყენება; ულ სამედიცინო ნარჩენების უსაფრთხო განადგურება; სათანადოდ მოპყრობა გამოყენებულ თეთრეულად, ბასრ/მჩხვლეთავ საგნებთან და მათი უსაფრთხო განადგურება; დაბინძურებული ხელსაწყოების და ინსტრუმენტების გულმოდგინე დეზინფექცია (123).

## ხელუბის დაბანა და დამცავი ბარიერების გამოყენება

პაციენტთან კონტაქტისთანავე, ასევე სისხლთან და სხეულის სხვა ბიოლოგიურ სითხეებთან ნებისმიერი შეხების შემდეგ პერსონალმა კარგად უნდა დაიბანოს ხელი(124). საჭიროა სარგებლობა ხელთათმანებით, რომელთაც გავლილი აქვთ ეფექტური დეზინფექცია და/ან მაღალი დონის სტერილიზაცია. ხელთათმანები უნდა შეიცვალოს ყოველი ახალიპაციენტის, ასევეერთი და იგივე ქალის ვაგინალური ( რექტალური)გასინჯვისას. პროცედურის დასრულების და ხელთათმანის გახდის შემდეგ, ჯანდაცვის პროვაიდერებმა აუცილებლად უნდა დაიბანონ ხელები, რამეთუ ხელთათმანებს შესაძლოა ჰქონდეთ თვალთუხილავი დეფექტები. (124). საჭიროა აღინიშნოს, რომ ისეთი დამატებითი საგნების გამოყენებას, როგორცაა სტერილური ბახილები, არ აქვსპრინციპული მნიშვნელობა ინფიცირების სიხშირის შემცირების თვალსაზრისით, თუმცა ხარჯი იზრდება.

## გასუფთავება

ყოველდღიური დალაგების და იატაკების მორეცხვისათვის ასევე ტუალეტების, კედლების და რეზინის შესაფენების გასაწმენდათ სრულიად საკმარისია სარეცხი საშუალებები (დეტერგენტები) და ცხელი წყალი. ბიოლოგიური სითხეების შემთხვევითი გაბნევით გაჩენილი ლაქების მოცილების მიზნით საჭიროა მაღალი სიმტკიცის ხელთათმანებით და სითხის შემწოვი მასალით (სალფეთქები და ა.შ.) სარგებლობა, რათა მათი დახმარებით მოხერხდეს რაც შეიძლება მეტი დაღვრილი სითხის განწმენდა. შემდგომში, უნდა მოხდეს გამოყენებული მასალების გადაყრა ნესტისადმი მდგრად კონტეინერში, რომელიც უნდა დაინვას ან დაიმარხოს ღრმა ორმოში.

ადგილი, სადაც სითხე დაიღვარა, უნდა დამუშავდეს ქლორისშემცველისპეციალური მადეზინფიცირებელი საშუალებით და საბოლოოდ გულმოდგინეთ გაირეცხოს ცხელი წყლით და საპნით. გარეცხილი. საწოლის თეთრეულის განმეორებითი გამოყენება მინიმუმამდე უნდა იქნას დაყვანილი. შესაძლებლობის ფარგლებში ბიოლოგიური სითხეებით ფართედ დალაქავებული თეთრეულის გადატანა უნდა მოხდეს ნესტისადმი მდგრად/გამძლე პარკებში. თუ ასეთი პარკები არაა,თეთრეული უნდა დაიკეცოს (ხელთათმანების გამოყენებით), დასვრილი მხარე უნდა მოექცეს შიგნით და ფრთხილად იქნას გატანილი.

### **ორგანიზმის ბიოლოგიური სითხეებით დაბინძურებული ნარჩენების უსაფრთხო კონტამინაცია (განადგურება).**

მყარი ნარჩენები, რომელიც დაბინძურებულია სისხლით, ბიოლოგიურსითხეებით ,ასევე ,ლაბორატორიული პრეპარატები ან ადამიანის ორგანიზმის ქსოვილები, უნდა განადგურდეს კლინიკურ ნარჩენების მსგავსად, ლოკალური რეგულაციების დაცვით(123). ისეთი ნარჩენები, როგორიცაა სისხლი ან ორგანიზმის ბიოლოგიური სითხეები უნდა გადაიღვაროს დრენაჟში, რომელიც უერთდება კოლექტორს, ან საპირფარეშო ხვრელს,რომლებიც შესაბამის დამუშავებას ექვემდებარებიან.

### **ბასრ/მჩხვლეთავ ინსტრუმენტებთან სიფრთხილით მოპყრობა და მათი განადგურება.**

სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებაში HIV-ინფექციის გადადების ყველაზე დიდი საშიშროება დაკავშირებულია კანის საფარველის მთლიანობის დარღვევასთან, რომელიც შეიძლება დაბინძურებული ნემსებით ან ბასრი/მჩხვლეთავი ინსტრუმენტებით შემთხვევით ჩხვლეტის შედეგად მოხდეს. ეს აგრეთვე ვრცელდება B და C ჰეპატიტის გადადებაზე. უმეტესობა დაინფიცირებისა არის ნემსების კანში ღრმა შეჭრით განპირობებული. ასეთ დაზიანებებს ხშირად ადგილი აქვს გამოყენებულ ნემსზე დამცავი ჩაჩის დახურვის მცდელობისას. ასევე ნახმარი ნემსების განმეორებითი გამოყენებისათვის განმდის

პროცესში და მათი არაადექვატური განადგურების შემთხვევაში. ნემსების ხელახალი გამოყენება, თუ შესაძლებელია, უნდა იყოს აცილებული.(124) მაგრამ ზოგჯერ ეს აუცილებელია, როდესაც ასეთი შემთხვევაა ცალი ხელით თავსახურის დაფარების მეთოდი უნდა იქნეს გამოყენებული. ბასრი იარაღების განსათავსებლად იყენებენ სპეციალურ კონტეინერებს. ავსებული კონტეინერები უნდა დაინვას დახურულ (ნავის დანვისათვის) დანადგარებში ან დაიმარხოს ღრმა ორმოში. დამატებითი სიფრთხილის ზომები ტრავმების თავიდან ასაცილებლად არის: ხელთათმანის ტარება, ქალების მკურნალობის /პროცედურის დროს შუქის ადექვატური წყაროს ქონა, კონტეინერების დადგმა ბასრი/ მჩხვლეთავი საგნების გამოყენების ადგილზე, მათი ჩვეულებრივ ნარჩენებში გადაყრის არ დაშვება და ბავშვებისათვის მიუწვდომელ ადგილზე შენახვა. ქირურგიული ნაკერის დადებისას ნემსსაჭერით სარგებლობა.

### **გამოყენების შემდეგ ინსტრუმენტების უსაფრთხო განმდის**

ოპერაციის დამთავრებისთანავე ყველა გამოყენებული ინსტრუმენტი უნდა გაიგზავნოს გასანმენდად და სტერილიზაციისათვის. მედიკამენტური აღჭურვილობა და ინსტრუმენტები, რომლებიც ერთჯერადი გამოყენებისათვისაა განკუთვნილი არ უნდა იქნას განმეორებით გამოყენებული(124).იქ სადაც ინსტრუმენტის დამუშავებისათვის არაა ცენტრალიზებული სამსახური და/ან სერვისები ან სამედიცინო დაწესებულებას არ აქვს შესაბამისი ტექნიკური რესურსები რეკომენდებულია ქვემოთ ჩამოთვლილი მოქმედებებით/ პროცედურებითხელმძღვანელობა.

დაბინძურებისაგან მექანიკური გასუფთავება მნიშვნელოვან ეტაპს წარმოადგენს ინსტრუმენტების შესაბამისი საბოლოო განმდის უზრუნველყოფაში (124). ინსტრუმენტები უნდა იყოს გამდინარე წყლით და საპნით დაუყოვნებლივ გარეცხილი. მისმა გაშრობამ შესაძლოა გაართულოს ინსტრუმენტისაგან ნარჩენების მოშორება. დეზინფექციისათვის მაგალითად 0.5 % იანი ქლორინის ხსნარი შესაძლოა იქნას

გამოყენებული.ასპირატორებს განმეორებულად და შემდგომში გამოყენებამდე უნდა გაუკეთდეს დემონტაჟი. მოცილებადი კაბელები უნდა იქნეს კათეტერიდან მოშორებული.

**გაფრთხილება: ასპირატორები, კათეტერი და ადაპტორები არაა უსაფრთხო შიშვლი ხელის შეხებისათვის მანამ, სანამ არ გაინჰინდებიან.**

მომდევნო ეტაპზე ყველა ინსტრუმენტი ექვემდებარება სტერილიზაციას ან მაღალი დონის დეზინფექციას მადეზინფიცირებელი ხსნარის გამოყენებით. სტერილიზაცია კლავს ყველა მიკროორგანიზმს ბაქტერიული ენდოსპორების ჩათვლით, რომლებიც ტეტანუსის და აეროვანი განგრენის გამომწვევს წარმოადგენენ. მაღალი დონის დეზინფექცია (HLD) ანადგურებს ყველა

მიკროორგანიზმს ჰეპატიტისა და HIV -ს ჩათვლით, მაგრამ მთლად სანდოდ ვერ უმკლავდება ბაქტერიულ ენდოსპორებს.

სასურველი ეფექტი ყველაზე უკეთესად მიიღწევა ორთქლით სტერილიზაციის შედეგად წნევის ქვეშ (20 საათის განმავლობაში 121 გრადუსზე) ან მრავალსაათიანი (>5საათზე) ჩაღობით გლუტარალდეჰიდის ხსნარში(125). ფენოლით ან ანტისეპტიკებით ვერ მიიღწევა მაღალი დონის დეზინფექცია (HLD). ინსტრუმენტები, რომლებიც ცივად დამუშავდნენ (ხსნარში დაღობით) პროცედურის შემდეგ საგულდაგულოდ უნდა იქნეს გავლებული ადუღებულ წყალში. ინსტრუმენტები, რომლებსაც ჩაუტარდათ სტერილიზება უნდა გაივლოს სტერილურ წყალში. (იხ.გრაფა 2.1 ინსტრუმენტების დამუშავების დეტალებისათვის).

**ბრაფა 2.1 ინსტრუმენტების დამუშავება**

მეთოდი	საშუალება	ხანგრძლივობა	შენიშვნები
სტერილიზაცია	ორთქლი (აუტოკლავი)	20წთ. 121 °C და 103.5-140 kPa წნევით	ორთქლი აღწევს ყველა საჭირო ადგილას დრო უნდა გაიზარდოს 30 წთ მდე შეფუთული ნივთებისათვის
	2% გლუტარალდეჰიდი	5 საათიანი კონტაქტი 20-25 °C -ზე 2 % იან ტუტის ხსნართან(7.5-9)	ზოგიერთი მწარმოებელი გვთავაზობს 10 საათიან სტერილიზებას.
მაღალი დონის დეზინფექცია (HLD)	ქლორინი (სოდიუმი ჰიპოქლორიტი)	5 წთ-იანი კონტაქტი 20-25 °C დამცავ ჰიპოქლორიტთან (PH=7-8)5000 pm იან ქლორინის კონცენტრაციაში.(დაახლოებით 10% ხსნარი ოჯახის მათეთრებლისა - შესაძლოა იყოს საზიანო მეტალებისათვის).	ზოგიერთი წყაროს რეკომენდაციით 20 წთ 5 % იან ხსნარში თუ ონკანის წყლითაა განზავებული ,ან 1% თუ ადუღებულ წყალთან.
	2% გლუტარალდეჰიდი	30 წთ-იანი კონტაქტი 20-25 °C -ზე 2 % იან ტუტის ხსნართან (7.5-9)	ზოგიერთი მწარმოებელი გვირჩევს 20 წთს HLD-სთვის
	ხარშვა	20 წუთი მდულარე წყალში	ჭურჭელი ბოლომდე უნდა იყოს სავსე; ინსტრუმენტი რაც დაცურავს არ საჭიროებს სრულ ჩაფლობას წყალში.

შენიშვნა: სტერილიზაციის და DLD ტექნიკების ეფექტურობა დამოკიდებულია ინსტრუმენტების პირველად გასუფთავებაზე ინსტრუმენტებზე შემხმარი და გამშრალი ორგანული ნივთიერებების და მასალების ნარჩენებისაგან .(123,125,126).

ზოგიერთი მწარმოებელი უშვებს მაღალი ხარისხის პლასტიკატიტ და მზადებულ შპრიცებს ვაკუუმ-ასპირაციისათვის, რომელიც შესაძლოა სტერილიზებული იქნას ორთქლით, თუმცა სხვა პლასტიკატიტ და მზადებული ინსტრუმენტები იღუნება და დადნება მაღალ ტემპერატურაზე ჩატარებული სტერილიზაციით. ჯანდაცვის პროვაიდერებმა ყურადღება უნდა მიაქციონ ინსტრუმენტების ინსტრუქციას, რომ გაიგონ რომელი მეთოდია შესაფერისი მათი გასტერილებისათვის. და ბოლოს, მწარმოებლების მიერ ინსტრუქციაში მოცემული დემონსტრაციის ნესები უნდა იყოს დაცული.

### 2.3 პოსტ აბორტული ზრუნვა

სპონტანური ან ინდუცირებული აბორტის შემდეგ ქალმა უნდა მიიღოს შესაბამისი დახმარება. იმ ქალებისათვის, რომელთაც აბორტი არა უსაფრთხო პირობებში ჩაუტარდათ, მოსალოდნელი გართულებების ან დაუსრულებელი აბორტის შემთხვევაში, პოსტ აბორტული მკურნალობა (მაგ: ვაკუუმ - ასპირაცია) არის სტრატეგია, რომ შემცირდეს აბორტით გამოწვეული დაინვალიდებისა და სიკვდილიანობის რისკი (იხ. ნაწილი 2.2.6.2). მომავალში არასასურველი ორსულობის თავიდან ასაცილებლად საჭიროა ქალს შესთავაზონ კონტრაცეპტივები და იგი დააკავშირონ შესაბამის საზოგადოებასთან სხვა სერვისისათვის. უსაფრთხო აბორტის შემდეგ შესაძლოა არც იყოს აუცილებელი განმეორებითი ვიზიტი პოსტ-აბორტული მკურნალობისათვის, თუ ქალს აქვს ინფორმაცია იმის შესახებ, რა გართულებებს მიაქციოს ყურადღება და როგორ მოიძიოს დახმარება, ან/ და თუ იგი მიიღებს საჭირო მედიკამენტებს ან რჩევებს, რომლებიც მის მოთხოვნას კონტრაცეპციის შესახებ აკმაყოფილებს.

ყველა ქალს უნდა მიენოდოს გასაგები ინფორმაცია და მიიღოს კონსულტაცია პოსტ-აბორტული კონტრაცეფციის ყველა ვარიანტის გაცნობით, გადაუდებელი/ სასწრაფო კონტრაცეპტივების ჩათვლით ვიდრე ისინი დატოვებენ კლინიკას. კონტრაცეფციის ნებისმიერი მეთოდი, მათ რიცხვში IUD და ჰორმონალური კონტრაცეპტივები, შესაძლოა გამოყენებული იქნას

მედიკამენტური და ქირურგიული აბორტის პროცედურის დასრულებისთანავე, ამავე დროს უნდა იქნას გათვალისწინებულ თითოეული ქალის ჯანმრთელობის მდგომარეობა და კონკრეტულ მეთოდთან დაკავშირებული შემზღვევები (იხ. დანართი 6). არსებობს რამდენიმე მეთოდი, რომელიც არ შეიძლება მაშინვე (აბორტის შემდეგ) იქნას რეკომენდებული. მაგალითად, დიაფრაგმა და საშვილოსნოს ყელის ჩაჩი არ უნდა იქნას გამოყენებული მეორე ტრიმესტრის აბორტიდან 6 კვირის გასვლამდე და ფერტილობაზე - დაფუძნებული მეთოდის გამოყენება უნდა დაიწყოს მხოლოდ რეგულარული მენსტრუალური ციკლის ჩამოყალიბების შემდეგ. (127). IUD-ის ჩადგმა აბორტის გაკეთებისთანავე უფრო ეფექტურია, ვიდრე მისი მოგვიანებით გამოყენება. (128-130). მიუხედავად იმისა, რომ იგი არის უსაფრთხო, არსებობს ექსპულსიის რისკი მეორე ტრიმესტრის აბორტის დროს მისი ჩადგმისას (131). მედიკამენტური აბორტის შემთხვევაში ჰორმონული კონტრაცეპტივი შესაძლოა მიღებულ იქნას პირველი ტაბლეტის მიღებისთანავე, მაგრამ აბორტის დასრულების დადასტურება აუცილებელია IUD-ის ჩადგმის ან სტერილიზაციის წინ. და ბოლოს, როცა ქალი ითხოვს სტერილიზაციას, ყურადღება უნდა მიექცეს იმ ფაქტს, ხომ არ არის ეს განპირობებული რაიმე არსებული პრობლემით.

აბორტის სერვისის მიმწოდებელ/ უზრუნველყოფის კლინიკებშივე უნდა იყოს ხელმისაწვდომი კონტრაცეპტული მეთოდები. იმ შემთხვევაში, როცა ქალის მიერ არჩეული მეთოდი ადგილზე ვერ გაკეთდება (მაგ: სტერილიზაცია, პირველადი დახმარების დონეზე ხშირად არ კეთდება), მაშინ ქალს უნდა მიენოდოს ინფორმაცია მომსახურების მიღების შესაძლებლობის შესახებ სხვა დანესებულებაში. იმ მეთოდებისათვის, რომლებიც ადგილზე არ კეთდება, საჭიროა აბორტის კლინიკებმა შექმნან ურთიერთდაკავშირებული სისტემა, რათა ქალისთვის მისაწვდომი გახდეს აბორტის შერჩეული მეთოდი. ამასთან, ყველა ქალი უნდა იყოს ინფორმირებული სასწრაფო კონტრაცეფციის შესახებ და უნდა მოხდეს გათვალისწინება იმისა, რომ ეს საშუალებები მათქონდეთ სახლში სამომავლო მოხმარებისათვის (განსაკუთრებით იმ ქალებისათვის, რომლებიც თვდაცვის

პირველად საშუალებად კონდომს ხმარობენდა მათთვის, ვინც არჩევს, რომ მაშინვე არ დაწყოს რუტინულადკონტრაცეპტივის მიღება.

პროვაიდერებს სჭირდებათ ფიქრი და განსჯა STI-ს პრევენციის შესახებ, HIV -ს ჩათვლითდა კონდომის გამოყენების მნიშვნელობაზე იმ ქალებისათვის, ვინც კონტრაცეპტივის სხვა მეთოდს ირჩევს(127). ინფორმაცია ინფექციის პრევენციის შესახებ განსაკუთრებით იმ ქალებისათვის უნდა იყოს ხაზგასმული, რომლებიც ასეთი რისკის ქვეშ დგანან და/ან HIV-ს და სხვა STI-ის ფართედგავრცელების არეალში ცხოვრობენ. HIV-ს კონსულტირება და გამოკვლევა უნდა იყოს შესაძლებელი დაწესწებულებაში ან უნდა განხორციელდეს რეფერალისსხვა კლინიკაში. ორმაგი დაცვა, ან მხოლოდ ერთი მეთოდის გამოყენება, როგორცაა კონდომი, ან მეთოდთა კომბინაცია, რათა თავი დაიცვან როგორც ორსულობის, ისე STI-საგან, უნდა იყოს ხაზგასმული.

კლინიკიდან გამოწერის შემდეგ ქალებმა უნდა მიიღონ ზეპირი, წერილობითი გასაგები ინსტრუქცია იმის შესახებ, როგორ მოუარონ თავს და როგორ შენიშონ და ყურადღება მიაქციონ გართულების სიმპტომებს. ამ ინსტრუქციებმა უნდა მოიცვან შემდეგი საკითხები: სექსუალური ურთიერთობისაგან თავის შეკავება და ასევე სისხლდენის შეწყვეტამდე საშოში დიაფრაგმის ან სხვასაშუალებისარმოთავსება;კონტრაცეპტივების ხელმისაწვდომობა, სასწრაფო კონტრაცეპტივების ჩათვლით, რათა თავიდან იქნას აცილებული ორსულობა. (ნაყოფიერება შესაძლოა დაბრუნდეს აბორტიდან 2 კვირაში ), აგრეთვე კლინიკაში დაბრუნებისსაჭიროება, თუ მცირე მენჯის არეში ტკივილი გაძლიერდება ან/და გაძლიერდება სისხლდენა, ან/და აინევს ტემპერატურა(19). იმ დროის განმავლობაში, რაც საჭიროა მედიკამენტური აბორტის დასრულებულებისათვის, ქალს უნდა ჰქონდეს ოჯახის ექიმთან, ან აბორტის სერვისის ნებისმიერ პროვაიდერთან კონტაქტის შესაძლებლობა,ნებისმიერ დროს რომელიც უპასუხებს მის შეკითხვებს და დახმარებას უზრუნველყოფს.

### 2.3.1. აბორტის ქირურგიული მეთოდი

ქირურგიული აბორტის შემდგომი დაკვირვების

დროს პერსონალმა უნდა უზრუნველყოს ქალის დასვენებისათვის აუცილებელი პირობების შექმნა, გამოხატოს მხარდაჭერა და თვალყური ადევნოს/გააკონტროლოს მათი მდგომარეობა. მედ. პერსონალმა განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიაქციოს ქალის ჩივილს ტკივილზე,ვინაიდან ტკივილი შესაძლოა გამოწვეული იყოს საშვილოსნოს პერფორაციით (რომელსაც სავარაუდოდ დასჭირდება დაკვირვება ან მკურნალობისათვის ლაპარატომიის გამოყენება) ან მწვავე ჰემატომეტრის მიზეზით (საშვილოსნოს ღრუში სისხლის დაგროვება, რომელიც უნდა დაექვემდებაროს რე-ასპირაციას). შესაბამისად, უკიდურესად აუცილებელია (განსაკუთრებით გვიან ეტაპზე გაკეთებული აბორტისას) შეფასდეს საშვილოსნოს ზომები მისი ბიმანუალური გასინჯვით. გართულებების არ არსებობის შემთხვევაში ქალების უმრავლესობას შეუძლიათ დატოვონ კლინიკა მდგომარეობის სტაბილიზაციისთანავე, როგორც კი მოხდება სასიცოცხლო ფუნქციების ნორმალიზება (19). მოგვიანებითი ვადების ორსულობისას აბორტის პროცედურა სრულდება ძლიერი სედაციისა და ზოგადი ანესთეზიის ფონზე. შესაბამისად, გამოჯანმრთელების პერიოდი უფრო ხანგრძლივია და ქალს სჭირდება გულმოდგინე დაკვირვება.

ქირურგიული აბორტის შემდეგ ქალს აღენიშნება მენსტრუალურის-მსგავსი სისხლდენა რამდენიმე კვირის მანძილზე. იგი უნდა იყოს გაფრთხილებული, რომ სისხლდენა მენსტრუალურზე უფრო ძლიერი და მტკივნეულია. სიმპტომები, რომელთაც სჭირდებათ კლინიკური ზედამხედველობა, არის შემდეგი: ძლიერი სისხლდენა, ტემპერატურის მომატება ერთ დღეზე მეტ ხანს, საშინელი მენჯის ტკივილი, ან იშვიათად, პროგრესირებული ორსულობის ნიშნები, როგორცაა გულისრევა, ზოგჯერ პირღებინებასთან ერთად (როგორც წესი, მოსალოდნელია ქირურგიული აბორტის შემდეგ 24 საათის განმავლობაში). მედ. პერსონალმა უნდა ურჩიოს ქალს, რომ მოსალოდნელია ტკივილი, რომლის მოხსნა შესაძლებელია არასტეროიდული, ურეცეპტოდ გასაცემი მედიკამენტით (მაგალითად, იბუპროფენით) . ინფორმაცია გართულებების და დახმარების მიღების შესაძლებლობის/ადგილის შესახებ უნდა იყოს ხელმისაწვდომი იმ ქალებისათვის, რომლებმაც არ იციან კითხვა.

პირველი ტრიმესტრის აბორტის შემდეგ ქალების უმრავლესობას შეუძლიათ დაუბრუნდნენ ცხოვრების ჩვეულ რიტმს (190). ქალებს, რომლებმაც ქირურგიული აბორტი ჩაუტარადათ, პროცედურიდან 2 კვირის განმავლობაში სტირდებთ კვალიფიციური პერსონალის კონსულტაცია. ეს ვიზიტი იქნება პროვაიდერისათვის შანსი, რომ გაესაუბროს ქალს მისი გამოცდილების შესახებ, თუ ეს საჭიროა. მაგალითად, ქალებს, რომლებმაც გაიკეთეს აბორტი სამედიცინო მიზეზებით ან მათ, ვინც იყვნენ გაუპატიურების მსხვერპლნი, შესაძლოა ჰქონდეთ დანაკარგის გრძნობა და ამბივალენტურობა, შესაძლოა დასტირდეთ დამატებითი კონსულტაცია.

### 2.3.2 აბორტის მედიკამენტური მეთოდი

გესტაციის 9 კვირამდე (63 დღე) ვადაზე მიფეპრისტონის და მიზოპროსტოლის კომბინაციის მაღალი ეფექტურობის გამო, მედიკამენტური აბორტის შემდეგ არაა საჭირო აბორტის დასრულების დადასტურება. სხვა შემთხვევაში განმეორებითი კონსულტაციისათვის შეიძლება მოხდეს იმ ქალების დაბარება, რომელთაც აღენიშნებათ ორსულობის გაგრძელების, სისხლდენის ნიშნები, ან ტემპერატურის მომატება. მხოლოდ მიზოპროსტოლით გამოწვეული აბორტიდან 7-14 დღის შემდეგ საჭიროა ქალები დაბრუნდნენ კლინიკაში აბორტის დასრულების დასადასტურებლად.

9 კვირის ვადაზე ორსულობის მკურნალობის პროტოკოლის ( მიფეპრისტონი, შემდგომში მიზოპროსტოლოს მიღებით ) მიხედვით კლინიკაში გასინჯვისათვის დაბრუნება საჭიროა მიზოპროსტოლის მიღებიდან 4-6 საათის შემდეგ, აბორტის დასადასტურებლად მოცემული

პერიოდის განმავლობაში. ზოგადად, დადასტურება ხდება ჰიგიენური შესაფენების და საწოლის სუდნოს შიგთავსის დათვალიერებით, რომელსაც ქალი იყენებდა დაკვირვების პროცესში.

აბორტის დასრულების ფაქტის დადასტურება შესაძლოა მენჯის ულტრაბგერითი გამოკვლევით, რომელიც გამოიყენება ორსულობის გაგრძელების დიაგნოსტიკის, დაუსრულებელი აბორტის შემთხვევაში განმეორებითი პროცედურის (ვაკუუმ-ასპირაციის) საჭიროების განსაზღვრისათვის (123). ორსულობის გაგრძელების შემთხვევაში ქალს უნდა განემართოს (შეთავაზებულ იქნას) ვაკუუმ-ასპირაციის ან მიზოპროსტოლის განმეორებით შეყვანის საჭიროება. მისანვდომ ლიტერატურაში მონაცემები ნარუმატებელი მედიკამენტური აბორტის შემდეგ ნაყოფის ანომალიის განვითარების პოტენციური რისკების შესახებ არის შეზღუდული და არასარწმუნო. ამავე დროს ქალები უნდა იყვნენ ინფორმირებულნი, რომ აბორტის გამომწვევი მედიკამენტების ნაყოფზე ზეგავლენის რისკის შესახებ ფაქტების სიმცირის გამო დაკვირვება/ზედამხედველობა მნიშვნელოვანია (12,133).

12 კვირის ვადაზე მეტი ორსულობის შეწყვეტის შემთხვევაში სისხლდენის და დაუსრულებელი აბორტის რისკი მომატებულია, ამიტომ ასეთი ქალები უნდა იყვნენ გაძლიერებული მეთვალყურეობის ქვეშ არა მარტო ნაყოფის, არამედ პლაცენტის გამოძევების დასრულებამდე. დამატებით, 9 კვირაზე მეტი გესტაციური ვადის პირობებში სამედიცინო აბორტი უმჯობესია და აუცილებელიც ჩატარდეს სამედიცინო დანესებულებაში (უსაფრთხოების მეტი გარანტიისათვის).



## სყარტაბი

### References

1. Bartlett LA et al. Risk factors for legal induced-abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103:729–737.
2. Grimes DA, Cates W, Jr. Complications from legally-induced abortion: a review. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 1979, 34(3):177–191.
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion. Evidence-based guideline no. 7. London, RCOG Press, 2004.
4. Kulier R et al. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, (1):CD002855.
5. Kulier R, Kapp N. Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and secondtrimester abortion. *Contraception*, 2010, 83:30–33.
6. Laing FD, Frates MC. Ultrasound evaluation during the first trimester of pregnancy. In: Callen P, ed. *Ultrasonography in obstetrics and gynecology*, 4th ed. Philadelphia, WB Saunders, 2010:118–119.
7. Penney GC et al. A randomised comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:599–604.
8. Low N et al. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, (3):CD005217.
9. Sawaya GF et al. Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a metaanalysis. *Obstetrics and Gynecology*, 1996, 87:884–890.
10. Shannon C et al. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception*, 2004, 70:183–190.
11. *Managing the complications of pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2003.
12. *Frequently asked clinical questions about medical abortion*. Geneva, World Health Organization, 2006.
13. Majhi AK et al. Ectopic pregnancy-an analysis of 180 cases. *Journal of the Indian Medical Association*, 2007, 105:308–312.
14. Barnhart KT et al. Risk factors for ectopic pregnancy in women with symptomatic first-trimester pregnancies. *Fertility and Sterility*, 2006, 86:36–43.
15. Finn R et al. Experimental studies on prevention of Rh haemolytic disease. *British Medical Journal*, 1961, 1(523):1486–1490.
16. Naik K et al. The incidence of fetomaternal haemorrhage following elective termination of first-trimester pregnancy. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 1988, 27:355–357.
17. Fiala C, Fux M, Gemzell DK. Rh-prophylaxis in early abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2003, 82:892–903.
18. Urquhart DR, Templeton A. Reduced risk of isoimmunisation in medical abortion. *Lancet*, 1990, 335:914.
19. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
20. Baker A, Beresford T. Informed consent, patient education and counseling. In: Paul M et al. eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell, 2009:48–62.
21. Henshaw RC et al. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. *British Medical Journal*, 1993, 307:714–717.
22. Slade P et al. A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:1288–1295.
23. Honkanen H, von Hertzen H. Users' perspectives on medical abortion in Finland. *Contracep-*

tion, 2002, 65:419–423.

24. Winikoff B et al. Safety, efficacy, and acceptability of medical abortion in China, Cuba, and India: a comparative trial of mifepristone–misoprostol versus surgical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1997, 176:431–437
25. Honkanen H et al., WHO Research Group on Post-Ovulatory Methods for Fertility Regulation. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004, 111:715–725.
26. Cameron IT, Baird DT. The return to ovulation following early abortion – a comparison between vacuum aspiration and prostaglandin. *Acta Endocrinologica*, 1988, 118:161–167.
27. Hamoda H et al. A randomised controlled trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion up to 13 weeks of gestation. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112(8):1102–1108.
28. Tang OS et al. Pilot study on the use of repeated doses of sublingual misoprostol in termination of pregnancy up to 12 weeks gestation: efficacy and acceptability. *Human Reproduction*, 2002, 17:654–658.
29. Kapp N et al. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (2):CD007207.
30. Newmann SJ et al. Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (8):CD007310.
31. Grimes DA, Schulz KF, Cates WJ. Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *Journal of the American Medical Association*, 1984, 251:2108–2112.
32. Schulz KF, Grimes DA, Cates W. Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *Lancet*, 1983, 1(8335):1182–1185.
33. Borgatta L, Kapp N. Clinical guidelines. Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception*, 2011, 84(1):4–18.
34. World Health Organization, Task Force on Post-Ovulatory Methods for Fertility Regulation. Cervical ripening with mifepristone (RU 486) in late first trimester abortion. Geneva, World Health Organization, 1994 (Report No. 50).
35. Smith G et al. Pain of first trimester abortion: its quantification and relations with other variables. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1979, 133:489–498.
36. Belanger E, Melzack R, Lauzon P. Pain of first-trimester abortion: a study of psychosocial and medical predictors. *Pain*, 1989, 36:339–350.
37. Renner RM et al. Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009;(2):CD006712.
38. Borgatta L, Nickinovich D. Pain during early abortion. *Journal of Reproductive Medicine*, 1997, 42:287–293.
39. Solo J. Easing the pain: pain management in the treatment of incomplete abortion. *Reproductive Health Matters*, 2000, 8:45–51.
40. Faymonville ME et al. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain*, 1997, 73:361–367.
41. Marc I et al. The use of hypnosis to improve pain management during voluntary interruption of pregnancy: an open randomized preliminary study. *Contraception*, 2007, 75:52–58.
42. Suprpto K, Reed S. Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1984, 150:1000–1001.
43. Matambo J, Moodley J, Chigumadzi P. Analgesia for termination of pregnancy. *South African Medical Journal*, 1999, 89:816.
44. Cade L, Ashley J. Prophylactic paracetamol for analgesia after vaginal termination of pregnancy. *Anaesthesia and Intensive Care*, 1993, 21:93–96.
45. Hein A, Jakobsson J, Ryberg G. Paracetamol 1 g given rectally at the end of minor gynaecological

- surgery is not efficacious in reducing postoperative pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 1999,43:248–251.
46. Dahl V, Fjellanger F, Raeder JC. No effect of preoperative paracetamol and codeine suppositories for pain after termination of pregnancies in general anaesthesia. *European Journal of Pain*, 2000, 4:211–215.
  47. Jackson E, Kapp N. Pain control in first and second trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception*, 2011, 83:116–126.
  48. Lawson HW et al. Abortion mortality, United States, 1972 through 1987. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1994, 171:1365–1372.
  49. Mackay H, Schulz KF, Grimes D. Safety of local versus general anaesthesia for second trimester dilation and evacuation abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 1985, 66:661–665.
  50. Osborn JF et al. General-anesthesia, a risk factor for complication following induced-abortion. *European Journal of Epidemiology*, 1990, 6:416–422.
  51. Drey E et al. Safety of intra-amniotic digoxim administration before late second-trimester abortion by dilation and evacuation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 182:1063–1066.
  52. Lalitkumar S et al. Mid-trimester induced abortion: a review. *Human Reproduction Update*, 2007, 13:37–52.
  53. Hammond C. Recent advances in second-trimester abortion: an evidence-based review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2009, 200:347–356.
  54. Nucatola D, Roth N, Gatter M. A randomized pilot study on the effectiveness and side-effect profiles of two doses of digoxin as fetocide when administered intraamniotically or intrafetally prior to secondtrimester surgical abortion. *Contraception*, 2010, 81:67–74.
  55. Greenslade F et al. Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care*, 1993, 3:1–4.
  56. Niinimaki M et al. Immediate complications after medical compared with surgical termination of pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 114:795–804.
  57. Kulier R et al. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (4):CD002900.
  58. Creinin MD. Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception*, 2000, 62:117–124.
  59. Paul M et al, eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell, 2009.
  60. Hakim-Elahi E, Tovell HM, Burnhill MS. Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstetrics and Gynecology*, 1990, 76:129–135.
  61. Cates W, Grimes DA, Schulz KF. Abortion surveillance at CDC – creating public health light out of political heat. *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 19:12–17.
  62. Grimes DA et al. The Joint Program for the Study of Abortion/CDC – a preliminary report. Abortion in the seventies. In: Hern WM, Andrikopoulos B, eds. *Abortion in the seventies: proceedings of the Western Regional Conference on Abortion*. NewYork, National Abortion Federation, 1977:41–54.
  63. Lean T et al. A comparison of D&C and vacuum aspiration for performing first trimester abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1976, 14:481–486.
  64. Say L et al. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (1):CD003037.
  65. Darney PD, Sweet RL. Routine intraoperative ultrasonography for second trimester abortion reduces incidence of uterine perforation. *Journal of Ultrasound Medicine*, 1989, 8:71–75.

66. Grimes DA, Hulka JF, McCutthen ME. Midtrimester abortion by dilatation and evacuation versus intraamniotic instillation of prostglandin F2 alpha: a randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1980, 137:785–790.
67. Grimes DA, Smith MS, Witham AD. Mifepristone and misoprostol versus dilation and evacuation for midtrimester abortion: a pilot randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004, 111(2):148–153.
68. Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, (1):CD006714.
69. Ashok PW et al. An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Human Reproduction*, 1998, 13:2962–2965
70. Trussell J, Ellertson C. Estimating the efficacy of medical abortion. *Contraception*, 1999, 60:119–135.
71. Urquhart DR et al. The efficacy and tolerance of mifepristone and prostaglandin in termination of pregnancy of less than 63 days gestation; UK multicentre study – final results. *Contraception*, 1997, 55:1–5.
72. Swahn ML, Bygdeman M. The effect of the anti-progestin RU 486 on uterine contractility and sensitivity to prostaglandin and oxytocin. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1988, 95:126–134.
73. WHO model list of essential medicines, 16th ed. Geneva, World Health Organization, 2010.
74. Sang G, He C, Shao Q. A large-scale introductory trial on termination of early pregnancy by mifepristone in combination with different prostaglandins. *Chinese Journal of Clinical Pharmacology*, 1999, 15:323–329.
75. Creinin MD, Aubeny E. Medical abortion in early pregnancy. In: Paul M et al, eds. *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. New York, Churchill Livingstone, 1999:91–106.
76. Elul B et al. Side effects of mifepristone-misoprostol abortion versus surgical abortion – data from a trial in China, Cuba, and India. *Contraception*, 1999, 59:107–114.
77. Ngoc NTN et al. Safety, efficacy and acceptability of mifepristone-misoprostol medical abortion in Vietnam. *International Family Planning Perspectives*, 1999, 25:10–14 and 33.
78. Tran NT et al. Feasibility, efficacy, safety and acceptability of mifepristone-misoprostol for medical abortion in the Democratic People's Republic of Korea. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2010, 109:209–212.
79. *Essential medicines: WHO model list*, 12th ed. Geneva, World Health Organization, 2002.
80. Fjerstad M et al. Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion. *New England Journal of Medicine*, 2009, 361:145–151.
81. World Health Organization, Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomised trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2000, 107:524–530.
82. Mckinley C, Thong KJ, Baird DT. The effect of dose of mifepristone and gestation on the efficacy of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction*, 1993, 8:1502–1505.
83. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Termination of pregnancy with reduced doses of mifepristone. *British Medical Journal*, 1993, 307:532–537.
84. World Health Organization. Pregnancy termination with mifepristone and gemeprost: a multicenter comparison between repeated doses and a single dose of mifepristone. *Fertility and Sterility*, 1991, 56:32–40.
85. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Lowering the doses of mifepristone and gameprost for early abortion: a randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*,

- 2001, 108:738–742.
86. Von Hertzen H et al. Two mifepristone doses and two intervals of misoprostol administration for termination of early pregnancy: a randomised factorial controlled equivalence trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2009, 116:381–389.
  87. Elrefaey H et al. Induction of abortion with mifepristone (Ru-486) and oral or vaginal misoprostol. *New England Journal of Medicine*, 1995, 332:983–987.
  88. Ngo TD et al. Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. Geneva, World Health Organization, 2011 (Report no. 89).
  89. Hajri S et al. Expanding medical abortion in Tunisia: women’s experiences from a multi-site expansion study. *Contraception*, 2004, 70:487–491.
  90. Breitbart V. Counseling for medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 183(2 Suppl.):S26–S33.
  91. Wildschut H et al. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (2):CD005216.
  92. Ho PC, Chan YF, Lau W. Misoprostol is as effective as gemeprost in termination of second trimester pregnancy when combined with mifepristone: a randomised comparative trial. *Contraception*, 1996, 53:281–283.
  93. Gemzell-Danielsson K, Ostlund E. Termination of second trimester pregnancy with mifepristone and gemeprost – the clinical experience of 197 consecutive cases. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2000, 79:702–706.
  94. Tang OS, Thong KJ, Baird DT. Second trimester medical abortion with mifepristone and gemeprost: a review of 956 cases. *Contraception*, 2001, 64:29–32.
  95. Bugalho A et al. Termination of pregnancies of <6 weeks gestation with a single dose of 800 µg of vaginal misoprostol. *Contraception*, 2000, 61:47–50.
  96. Costa SH, Vessey MP. Misoprostol and illegal abortion in Rio-De-Janeiro, Brazil. *Lancet*, 1993, 341:1258–1261.
  97. Faundes A et al. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2007, 99(Suppl. 2):S172–S177.
  98. Ho PC et al. Misoprostol for the termination of pregnancy with a live fetus at 13 to 26 weeks. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2007, 99(Suppl. 2):S178–S181.
  99. Thong KJ, Robertson AJ, Baird DT. A retrospective study of 932 second trimester terminations using gemeprost (16,16 dimethyl-trans delta 2 PGE1 methyl ester). *Prostaglandins*, 1992, 44:65–74.
  100. UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Methotrexate for the termination of early pregnancy: a toxicology review. *Reproductive Health Matters*, 1997, 9:162–166.
  101. Powell HR, Ekert H. Methotrexate-induced congenital malformations. *Medical Journal of Australia*, 1971, 2:1076–1077.
  102. Diniz E et al. Efietos sobre o concepto do metotrexato (ametofterina) administrado a mae. Apresentacao de caso. *Revista do Hospital das Clinicas, Faculdade de Medicina a Universidade de Sao Paulo*, 1978, 33:286–290.
  103. Feldkamp M, Carey JC. Clinical teratology counseling and consultation case-report – low-dose methotrexate exposure in the early weeks of pregnancy. *Teratology*, 1993, 47:533–539.
  104. Clinical management of abortion complications: a practical guide. Geneva, World Health Organization, 1994.
  105. Tuncalp O, Gulmezoglu AM, Souza J. Surgical procedures to evacuate incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (1):CD001993.

106. Neilson JP et al. Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (1):CD007223.
107. Diop A et al. Two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: a randomized clinical trial. *Contraception*, 2009, 79:456–462.
108. Tang OS et al. Pharmacokinetics of repeated doses of misoprostol. *Human Reproduction*, 2009, 24:1862–1869.
109. FDA public health advisory; sepsis and medical abortion. Silver Spring, MD, US Food and Drug Administration, 2010.
110. Ho CS et al. Undiagnosed cases of fatal *Clostridium*-associated toxic shock in Californian women of childbearing age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2009, 201:459–457.
111. Kaali SG, Szigetvari IA, Bartfai GS. The frequency and management of uterine perforations during 1sttrimester abortions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1989, 161:406–408.
112. Goyal V. Uterine rupture in second-trimester misoprostol- induced abortion after cesarean delivery: a systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 113:1117–1123.
113. Medical methods for termination of pregnancy. WHO Technical Report Series 871. Geneva, World Health Organization, 1997.
114. Atrash HK, Hogue CJ. The effect of pregnancy termination on future reproduction. *Baillieres Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 1990, 4:391–405.
115. Virk J, Zhang J, Olsen J. Medical abortion and the risk of subsequent adverse pregnancy outcomes. *New England Journal of Medicine*, 2007, 357:648–653.
116. Cates W Jr, Grimes DA, Schulz KF. The public health impact of legal abortion: 30 years later. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2003, 35:25–28.
117. Rowland Hogue CJ et al. Answering questions about long-term outcomes. In Paul M et al., eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell, 2009:252–263.
118. Lurie S et al. The influence of midtrimester termination of pregnancy on subsequent fertility: four to five years follow-up. *Contraception*, 1994, 50:239–241.
119. Beral V et al. Breast cancer and abortion: collaborative reanalysis of data from 53 epidemiological studies, including 83 000 women with breast cancer from 3.6 countries. *Lancet*, 2004, 363:1007–1016.
120. Melbye M et al. Induced abortion and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 1997, 336:81–85.
121. Dagg PKB. The psychological sequelae of therapeutic- abortion – denied and completed. *American Journal of Psychiatry*, 1991, 148:578–585.
122. Major B et al. Abortion and mental health evaluating the evidence. *American Psychologist*, 2009, 64:863–890.
123. World Health Organization. Standard precautions in health care. WHO Infection Control, October 2007, Epidemic and Pandemic Alert and Response ([http:// www.who.int/csr/resources/publications/EPR\\_AM2\\_ E7.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf), accessed 1 September 2011).
124. WHO guidelines on hand hygiene and health care. First global patient safety challenge, clean care is safer care. Geneva, World Health Organization, 2009 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf), accessed 1 September 2011).
125. Sopwith W, Hart T, Garner P. Preventing infection from reusable medical equipment: a systematic review. *BMC Infectious Diseases*, 2002, 2:4.
126. Tietjen L, Bossemeyer D, McIntosh N. Infection prevention: guidelines for healthcare facilities with limited resources. Baltimore, MD, Jhpiego, 2003 ([http:// pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/)

PNACT433.pdf, accessed 1 September 2011).

127. World Health Organization and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP) IP. Family planning: a global handbook for providers. Baltimore and Geneva, CCP and WHO, 2008.
128. Goodman S et al. A. Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion. *Contraception*, 2008, 78:143–148.
129. Reeves MF, Smith KJ, Creinin MD. Contraceptive effectiveness of immediate compared with delayed insertion of intrauterine devices after abortion: a decision analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 2007, 109:1286–1294.
130. Roberts H, Silva M, Xu S. Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. *Contraception*, 2010, 82:260–265.
131. Stanwood NL, Grimes DA, Schulz KF. Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, 108:1168–1173.
132. Reeves MF et al. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 2009, 34:104–109.
133. Sitruk-Ware R, Davey A, Sakiz E. Fetal malformation and failed medical termination of pregnancy. *Lancet*, 1998, 352:323.





## თავი მესამე

### უსაფრთხო აბორტის მომსახურების დაგეგმვა და მართვა

#### რეზიუმე

უსაფრთხო, ლეგალური აბორტის მომსახურების დაგეგმვასა და მართვას სჭირდება ჯანდაცვის სისტემასთან დაკავშირებული მთელი რიგი საკითხების/ფაქტორების გათვალისწინება. მათ შორის: მნიშვნელოვანია იმის გარკვევა სერვისის მიეკუთვნება სახელმწიფო, კერძო თუ არაკომერციულ სექტორს. უმრავლეს შემთხვევაში არსებული პირობების მცირედი მოდიფიცირება, რამდენიმე დამატებითი აღჭურვილობისა და მედიკამენტის შექმნა და/ან საბაზისო ტრენინგის ჩატარება საკმარისია, რომ შესაბამისი/ადეკვატური სერვისის მიწოდება უზრუნველყოფილ იქნას იმ დანესებულების ბაზაზე, სადაც ამის პრაქტიკა ადრე არ იყო, ან შეიქმნას დანესებულებაში არსებული სერვისების პოტენციალის გაძლიერების, უსაფრთხოების და ეფექტურობის ხარისხის გაზრდის პირობები, რაც თავის მხრივ შესაძლებელს გახდის ზოგადად სერვისის გაუმჯობესებას. ახალი სერვისების შექმნა და არსებულის გაუმჯობესება უნდა დაეფუძნოს დაგეგმვის პროცესს, რომელიც მოიცავს რელევანტური სამეცნიერო ლიტერატურის მიმოხილვიდან და ჯანმო-ს (WHO) კონსულტაციური პროცესიდან გამომდინარე პრინციპებს და რეკომენდაციებს (ნაჩვენებია ონლაინ პუბლიკაციების ლინქებზე).

- ეროვნულსტანდარტებისა და გზამკვლევების/გაიდლაინების შექმნა გააიოლებს უსაფრთხო აბორტის სერვისის ხელმისაწვდომობას და ასევე მომსახურების უზრუნველყოფას კანონის სრული დაცვით. სტანდარტები და გაიდლაინები განიხილავენ შემდეგ საკითხებს: ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის ფორმები და სერვისის კონკრეტული პირობები; ძირითადი აღჭურვილობა, მოწყობილობები, ინსტრუმენტები, მედიკამენტები, შესაბამისი კლინიკური ბაზა; სპეციალისტებთან პაციენტის მიმართვის/გაგზავნის მექანიზმი, ქალის არჩევანის/გადანწყვეტილებისადმი პატივისცემით დამოკიდებულება, ავტონომია და კონფიდენციალობა; მოზარდი-

გოგონების განსაკუთრებული მოთხოვნების გათვალისწინება და სპეციალური ინორმატივების შემუშავება, რომლებიც ეხება სექსუალური ძალადობის მსხვერპლ ქალებს; ჯანდაცვის პროვაიდერთა კეთილსინდისიერება.

- ჯანდაცვის პროვაიდერთა უნარები და პროფესიონალიზმი უნდა ამაღლდეს: ტრენინგებით, მხარდაჭერით/დახმარებით, მასტიმულირებელი ზედამხედველობით, მონიტორინგით, შეფასებით და სხვა ხარისხის გამაუმჯობესებელი პროცესებით. ტრენინგ იუნდა იყოს კომპეტენციებზე დაფუძნებული და მიმართული მედპერსონალის დამოკიდებულებისა და ეთიკური საკითხებისადმი, რომელიც უკავშირდება უსაფრთხო, ინდუცირებულ აბორტს. ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501002\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501002_eng.pdf)). მონიტორინგი და ევოლუცია მოიცავს სერვისის რუტინული სტატისტიკის შეგროვებას, უსაფრთხო აბორტის ინდიკატორებს, კონტროლის ბარათის გამოყენებას, პერიოდულ სპეციალურ გამოკვლევებს და უკუკავშირის მექანიზმს ხარისხისგან გრძობადი გაუმჯობესებისათვის (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/924156315x/en/index.html>).
- დაფინანსება: ჯანდაცვის ბიუჯეტმა უნდა დაფაროს პერსონალის ანაზღაურების, აღჭურვილობის, მედიკამენტების, მარაგისა და ძირითადი (კაპიტალური), ასევე ტრენინგის პროგრამების ხარჯები. ყურადღება უნდა მიექცეს იმას, რომ ქალებმა, რომელთაც სჭირდებათ სერვისის ჩატარება, შეძლონ მომსახურების ღირებულების გადახდა. არსებულ ჯანდაცვის სერვისებში უსაფრთხო აბორტის სერვისის ღირებულება, როგორც წესი, დაბალია (ქალის ჯანმრთელობის შენარჩუნების/ნაკლები ზიანის მიყენების თვალსაზრისით) არა უსაფრთხო აბორტის სერვისის ფასთან შედარებით. <http://screening.iarc.fr/doc/policybrief1.pdf>.
- პოლიტიკისა და პროგრამის განვითარებისადმი სისტემური მიდგომა: ნიშნავს პოლიტიკის და პროგრამების დაგეგმვასა და დანერგვას საბოლოო შედეგზე ორიენტირებით - რომ დაცული იყოს ქალის ჯანმრთელობა და მისი უფლებები. პროცესი მოიცავს არსებული სიტუაციის შეფასებას; ინტერვენციითა

გაცნობასა და მათი განხორციელების/მიზანშეწონილობის ტესტირებას, ასევე მისაღებლობის და ეფექტურობის მცირე მასშტაბში შემოწმებას; დადებითი ინტერვენციების უფრო დიდ მასშტაბზე მორგებას /გავრცელებას ისე, რომ მათ უფრო მეტი სარგებელი მოუტანონ ჯანდაცვის სისტემასა და ქალთა კეთილდღეობას, მათ ოჯახებსა და ზოგადად, საზოგადოებას ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic\\_approach/9789241500319/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic_approach/9789241500319/en/index.html)).

### 3.1 შესავალი

ამ თავში განხილულია უსაფრთხო აბორტის სერვისების შექმნისა და/ან მათი გაძლიერების საკითხები. ის ხაზს უსვამს უსაფრთხო აბორტის საკვანძო კომპონენტებს, როგორც პოლიტიკის, პროგრამების და სერვისების ადგილზეჩართვის პროცესს. ისეთი საკითხების გათვალისწინებით, როგორცაა საჭიროებათა და პრიორიტეტების შეფასება, მცირე მასშტაბის ინტერვენციების გაცნობა და წარმატებული ინტერვენციების მასშტაბის გაზრდა, მათი გავლენის გაფართოება.

პოლიტიკის შემქმნელებმა და ჯანდაცვის მენეჯერებმა, რომლებიც საქმიანობენ, პაციენტთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისით უზრუნველყოფისათვის, უნდა გააკონტროლონ, რომ უსაფრთხო აბორტი არის ხელმისაწვდომი და მისაღები კანონის სრული დაცვით. ქალები ყველა ქვეყანაში იკეთებენ ხელოვნურ აბორტს. იქ, სადაც აღნიშნული მომსახურება ლეგალურად არის ნებადართული, აბორტები, როგორც წესი, არის უსაფრთხო, ხოლო იქ სადაც მსგავსი ტიპის მომსახურების მიღება შეზღუდული და აკრძალულია, როგორც წესი, ეს პროცედურა სახიფათოა (1,2). აბორტის შესახებ კანონებმა და სერვისებმა უნდა დაიცვან ყველა ქალის ადამიანური უფლებები და ჯანმრთელობა, მოზარდების ჩათვლით. მათ არ უნდა შექმნან ისეთი პირობები, რომლებიც ქალებსა და მოზარდებს აიძულებთ არაუსაფრთხო აბორტის ძიებას. ქვეყანათა უმრავლესობას აქვს ერთი ან მეტი ინდიკატორი უსაფრთხო აბორტის უზრუნველყოფის შესახებ. თუმცა, ისეთ ქვეყნებში, სადაც ხელოვნურ აბორტს კანონი

მკაცრად კრძალავს, ეს სერვისი შეზღუდულია და შევებული მათთვის, ვისაც ის არაუსაფრთხო აბორტისაგან გამწვეული გართულებების სამკურნალოდ სჭირდება. ეს უკანასკნელი, როგორც წესი მოიხსენიება, როგორც „პოსტ-აბორტული დახმარება“ აბორტის შემდგომი გართულებების გადაუდებელი მკურნალობა მნიშვნელოვანია არაუსაფრთხო აბორტით გამოწვეული სიკვდილიანობისა და ავადობის მაჩვენებლის შესამცირებლად, თუმცა მას არ შეუძლია ჩაანაცვლოს ლეგალური, უსაფრთხო ხელოვნური აბორტის უზრუნველყოფით ქალების ჯანმრთელობისა და უფლებების დაცვა.

### 3.2 სერვისების დაზგუფება

აბორტის სერვისის უნდა იყოს ჯანდაცვის სისტემაში ინტეგრირებული საზოგადოებრივი სერვისის ან საზოგადოების მიერ დაფინანსებული არამომგებიანი სერვისი, რათა აღიარებული იქნას მისი, როგორც ლეგიტიმური ჯანდაცვის სერვისის სტატუსი და მოხდეს ქალებისა და ჯანდაცვის პროვაიდერების დაცვა სტიგმატიზაციისა და დისკრიმინაციისაგან.

სერვისები ყოველთვის უნდა მოიცავდეს მინიმუმ:

- აბორტის შესახებ ზუსტ სამედიცინო ინფორმაციას ისეთი ფორმით, რომ ქალს შეეძლოს მისი გაგება, გათვალისწინება, ასევე მისივე მოითხოვნით არადირექტიულ კონსულტაცირებას, ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღების გაადვილების მიზნით.
- აბორტის სერვისით გადაუდებელ უზრუნველყოფას.
- აბორტის გართულებების დროულ მკურნალობას, არაუსაფრთხო აბორტით გამოწვეული გართულებების ჩათვლით;
- ინფორმაციის მიწოდებას კონტრაცეპტივების, სერვისებისა და რეფერალის შესახებ, რომ თავიდან იქნას აცილებული განმეორებითი, არასასურველი ორსულობა და შემცირდეს შემდგომში აბორტის საჭიროება.

უსაფრთხო აბორტის სერვისების მიღების შესაძლებლობა არაა დამოკიდებული მხოლოდ

მის ხელმისაწვდომობაზე, არამედ ასევე მნიშვნელოვანია ქალების მკურნალობის ჩატარების გზა, მანერა კლინიკური კონტექსტის გათვალისწინებით. მომსახურება ისე უნდა წარიმართოს, რომ არ შეიღაცოს ქალის ღირსების გრძობა, გარანტირებულ იქნას სერვისის კონფიდენციალურობა და იგი აკმაყოფილებდეს ქალის საჭიროებებსა და პერსპექტივებს. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ღარიბი, მოზარდი, დაზარალებული და სხვა მოწყვლადი და მარგინალიზებული ქალების სპეციალურ საჭიროებებს.

### **3.3 მტკიცებაზე -დაფუძნებული სტანდარტები და გზამკვლევი/გაიდლაინები**

ბევრ ქვეყანაში არ არსებობს მტკიცებებზე-დაფუძნებული სტანდარტები და გაიდლაინები ორსულობის შეწყვეტის პროცედურის /სერვისის უზრუნველყოფისა და აბორტის გართულებების მკურნალობის ჩათვლით. აბორტის სტანდარტები გულისხმობს უსაფრთხო და სათანადო ხარისხის ლეგალური სერვისის შესრულებისას ფუძემდებლური პრინციპებისა და ძირითადი მოთხოვნების დაცვას. ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტისას სამედიცინო დახმარების შესახებ არსებული გაიდლაინები არის მტკიცებებზე-დაფუძნებულ რეკომენდაციები და მიზნად ისახავს უსაფრთხო აბორტის სერვისით უზრუნველყოფას. იმ ქვეყნებში, რომლებშიც უკვე არსებობს სტანდარტები და გზამკვლევები, მათი რუტინული მიმოხილვა და განახლება იძლევა გარანტიას, რომ გრძელდება ქალების ფსიქიკურ, მენტალურ და სოციალური კეთილდღეობაზე ზრუნვა და ისინი ასახავენ საუკეთესო პრაქტიკის ახალ ფაქტებს. სტანდარტები და გზამკვლევები უნდა განვითარდეს და განახლდეს იმ მიზნით, რომ მოიშალოს ბარიერები და მივიღოთ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უმაღლესი სტანდარტი.

#### **3.3.1 აბორტის სერვისის ტიპები, სად და ვისგან შეიძლება მათი მიღება/უზრუნველყოფა.**

უსაფრთხო სერვისების ხელმისაწვდომობა და ტრენირებული/კვალიფიციური პროვაიდერების

სიუხვე ძირითად პოპულაციაში არის მნიშვნელოვანი უსაფრთხო ამორტის სერვისების მისაწვდომობის უზრუნველყოფისათვის. პროვაიდერებისა და დაწესებულებების რეგულაცია უნდა იყოს დაფუძნებული საუკეთესო პრაქტიკის ფაქტებზე და მიზნად ისახავდეს გარანტირებულად უსაფრთხო, მაღალი ხარისხისა და ხელმისაწვდომი სერვისის მიღებას. აბორტისათვის საჭირო საშუალებები და პირობები როგორც ვერძო, ისე სახელმწიფო სექტორებში (შესაბამისი რეფერალური მექანიზმებით) უნდა იყოს ხელმისაწვდომი ჯანდაცვის ყველა დონეზე.

სამედიცინო პროცედურის უსაფრთხოდ ჩატარება აბორტის დროს შეუძლია ნებისმიერ ჯეროვნად მომზადებულ ჯანდაცვის პროვაიდერს, საშუალო დონის პროვაიდერების ჩათვლით (3-5,6). ამ დოკუმენტის კონტექსტში ტერმინი “საშუალო დონის პროვაიდერი” გულისხმობს არა-ექიმ კლინიცისტებს (მაგ: ბებიაქალები, პრაქტიკოსი ექთანი, კლინიკური ოფიცრები, ექიმის ასისტენტი, ოჯახის კეთილდღეობის ვიზიტორი და სხვას), რომლებსაც გავლილი აქვთ გადამზადება რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საბაზისო კლინიკური პროცედურების წარმართვის შესახებ. მენჯის ღრუს ორგანოების ბიმანუალური გასინჯვიდან ორსულობის ვადის დადგენამდე, საშვილოსნოს პოზიციის განსაზღვრის, საშვილოსნოს გაზომვისა და სხვა ტრანსცერვიკალური პროცედურების შესახებ.

აბორტის სერვისის მიღება პირველადი დახმარების დონეზე და ამბულატორიული დახმარების პირობებში ( იგულისხმება უმაღლესი დონის დაწესებულებები), არის უსაფრთხო. ასეთ შემთხვევაში ხარჯები მინიმიზებულია, ხოლო ქალის ჯანმრთელობის უზრუნველყოფის გარანტია მაქსიმუმამდეა გაზრდილი(7). იქ სადაც პირველადი ჯანდაცვის ეტაპზე კარგი ხარისხის აბორტის პროცედურის ჩატარება შეუძლებელია, მნიშვნელოვანია, რომ სერვისის უფრო მაღალი დონის მისაღებად მოხდეს პაციენტის რეფერალი (იხ. გრაფა 3.1). სურვილის შემთხვევაში სახლში მიზოპროსტოლის მიღება (კლინიკაში მიფეპრისტონის მიღების შემდეგ) აუმჯობესებს პრივატულობას, არის მოსახერხებელი და მისაღები - უსაფრთხოებისათვის ზიანის მიყენების

გარეშე.(8-10). სტაციონარული დახმარების შესაძლებლობა, როგორც რეზერვი, უნდა იქნას გამოყენებული 9 კვირაზე მეტი(63 დღე) გესტაციური ვადის ორსულობის და აბორტის შემდგომი მძიმე გართულებების მართვისათვის (იხ.თავი2).

### 3.3.1.1 თემის დონე

თემზე დაფუძნებული ჯანდაცვის მუშაკებს შეუძლიათ მნიშვნელოვანი როლი შეასრულონ და ქალებს დაეხმარონ არასასურველი ორსულობის თავიდან აცილებაში -კონტრაცეპტული საშუალებების და მეთოდების შესახებ ინფორმაციის მიწოდებით და კონსულტირებით.ამასთან, მოახდინონ მათი ინფორმირება არაუსაფრთხო აბორტის

რისკების შესახებ(11). ისინი ქალებს აგრეთვე აწვდიან ინფორმაციას ორსულობის ტესტის შეძენის და უსაფრთხო, ლეგალური აბორტის მიღების ადგილის და ა.შ. საკითხებზე. შეუძლიათ არაუსაფრთხო აბორტის შემდგომი გართულებების მქონე ქალების რეფერალი გადაუდებელი დახმარებისათვის. ქიმიკოსებს/ფარმაცევტებს, თემის ჯანდაცვის მუშაკების მსგავსად, შეუძლიათ დაეხმარონ ქალებს არასასურველი ორსულობის თავიდან აცილებაში მათთვის დეტალური ინფორმაციის მიწოდებით კონტრაცეპტულ საშუალებებსა და მეთოდებზე. მათ ასევე შეუძლიათ ქალებს მისცენ ორსულობის ტესტი და გააგზავნონ უსაფრთხო აბორტის ცენტრებში.

## ბრაფა 3.1

### ჯანდაცვის სისტემის თითოეული დონისათვის შესაფერისი სერვისის ტიპი

#### თემის დონე :

- რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ საზოგადოებრივი განათლება/ინფორმაცია, კონტრაცეფციისა და აბორტის ჩათვლით;
- კონტრაცეპციის შესაფერისი მეთოდების პოპულარიზაცია ადგილობრივ მოსახლეობაში
- ყველა კატეგორიის მედმუშაკთა სწავლება, რათა მათ შეძლონ მოსახლეობის ინფორმირება და ქალების რეფერალი უსაფრთხო და ლეგალური აბორტისათვის შესაბამის კლინიკაში
- ჯანდაცვის სისტემაში მომუშავე პერსონალი არის კვალიფიციური იმდენად ,რომ შეუძლია ორსულობის დადასტურება და ქალისათვის შესაფერისი მკურნალობისათვის გზის ჩვენება;
- არაუსაფრთხო აბორტის შემდგომი გართულების შემთხვევაში ქალთა გადაყვანის უზრუნველყოფა საჭირო სერვისის მისაღებად ;
- მედპერსონალის ყველა კატეგორიის (და სხვა ძირითადი პროფესიის წარმომადგენლების, როგორებიც არიან მასწავლებლები, პოლიცია) სწავლება, რათა მათ შეძლონ გაუპატიურების ნიშნების დადგენა და დაზარალებულთათვის შესაბამისი დახმარების აღმოჩენა,მათი გადაგზავნით კლინიკებში, რომლებშიც უმკურნალებენ და აგრეთვე სხვადასხვა სოციალური სერვისებით მოემსახურებიან;

#### პირველადი საგედიციონო დახმარების დონე:

- მკურნალობის ყველა ელემენტი, რაც თემის დონეზე იყო აღნიშნული
- ყველა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სამსახურში მყოფ, ტრენინგ გავლილ პირს უნდა შეეძლოს კონტრაცეფციის შესახებ რჩევების მიცემა, აგრეთვე არასასურველ ორსულობასა და აბორტზე ინფორმაციის მიწოდება;
- კონტრაცეპტული მეთოდების უფრო ფართო არჩევანის (IUD-ს , იმპლანტებისა და საინექციო პრეპარატების ჩათვლით) წარმოდგენა.
- ვაკუუმ-ასპირაცია (მანუალური ან ელექტრო) ორსულობებისათვის გესტაციური ვადით 12-14 კვირამდე (იხ.თავი 2);
- აბორტის მედიკამენტური მეთოდი ორსულობებისათვის გესტაციური ვადით 9 ან 12 კვირამდე, თუ ქალს შეუძლია კლინიკაში დარჩენა აბორტის დასრულებამდე (იხ.თავი 2);
- კლინიკური მდგომარეობის სტაბილიზაცია ,ანტიბიოტიკებით მკურნალობა და საშვილოსნოს შიგთავსის ევაკუაცია იმ ქალებისათვის, რომელთაც აღენიშნებათ აბორტის შემდგომი გართულებები;
- ვაკუუმ-ასპირაცია ან მიზოპროსტოლით მკურნალობა მათთვის ვისაც აღენიშნება არასრული აბორტი;
- სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში იმ ქალების დროულად გაგზავნა ,რომლებსაც სჭირდებათ აბორტი ან პოსტაბორტული გართულებების მკურნალობა, როდესაც აღნიშნული მომსახურება ადგილზე არაა ხელმისაწვდომი.

#### რეფერალური ჰოსპიტლები:

- აბორტის დროს დახმარების ყველა ელემენტი, რომელიც აღნიშნული იყო პირველადი დახმარების საფეხურზე.
- სხვა კონტრაცეპციულ მეთოდებთან ერთად/დამატებით სტერილიზაციით უზრუნველყოფა
- აბორტის მომსახურების ხელმისაწვდომობა ყველა სიტუაციაში, ორსულობის ნებისმიერ პერიოდში, რომელიც არ ეწინააღმდეგება კანონს.
- აბორტის შემდგომი ნებისმიერი გართულების მკურნალობა;
- პროგრამების შესახებ ინფორმაცია და მათი გავრცელება მთელი არეალის დაფარვით;
- ყველა პროფესიონალი პროვაიდერის ტრენირება აბორტის უზრუნველყოფასთან დაკავშირებით

### 3.3.1.2 პირველადი დახმარების დონე

პირველადი დახმარების დონეზე, როგორც ვაკუუმ-ასპირაცია, ისე მედიკამენტური აბორტი შეიძლება უზრუნველყოფილ იქნას ამბულატორიის ბაზაზე, რაც არ მოითხოვს ტექნიკურ ცოდნას ან უნარებს, ძვირადღირებულ აღჭურვილობას, ისეთს როგორცაა ულტრაბგერა ან სრული პერსონალის ყოლა (მაგ ანესთეზიოლოგი)(12). პირველადი დახმარების პერსონალს, როგორც წესი, მიეკუთვნება: მედდები, ბეზიაქალები, ჯანდაცვის ასისტენტები და ზოგჯერ ექიმები. ჯანდაცვის პერსონალს, რომელსაც შეუძლია ბიძანუალურად მენჯის გასინჯვა და ორსულობის ვადის დიაგნოსტიკა, აგრეთვე ტრანსცერვიკალური პროცედურის შესრულება (მაგ: IUD-ს), შეუძლია ვაკუუმ-ასპირაციის შესრულებისათვის საჭირო ტრენინგების გავლა (5,6,13-15). იქ სადაც აბორტის მედიკამენტური მეთოდები ხელმისაწვდომი და რეგისტრირებულია, საშუალო-დონის ჯანდაცვის პროვაიდერებსაც შეუძლიათ დაგეგმონ და ზედამხედველობა გაუწიონ აბორტის სერვისებს (3,16,17)

ვაკუუმ-ასპირაციისა და მედიკამენტური აბორტის შემთხვევაში რეფერალი, უფრო მაღალი დონის მკურნალობის მისაღებად, უნდა იყოს ადგილის მიხედვით ხელმისაწვდომი (12).

### 3.3.1.3 რეფერალური ჰოსპიტალები

რეფერალურ ჰოსპიტალებს უნდა ჰყავდეს პერსონალი და ჰქონდეს ადეკვატური პირობები იმისათვის, რომ ნებისმიერ სიტუაციაში შეასრულოს კანონით დაშვებული აბორტის პროცედურა და აგრეთვე, უნდა შეძლოს აბორტის გართულებების მართვა.

### 3.3.2 აბორტის მეთოდები

ქალის არჩევანის პატივისცემა აბორტის განსხვავებული, უსაფრთხო და ეფექტური მეთოდებს შორის ერთ-ერთის შერჩევას, არის ჯანდაცვის სერვისის უმნიშვნელოვანესი ფაქტორი. მიუხედავად იმისა, რომ არჩეულ მეთოდს დიდი

მნიშვნელობა აქვს ჯანდაცვის სისტემისათვის, ყველაზე მწირი რესურსების კლინიკებსაც კი უნდა შეეძლოს მედიკამენტური და მანუალური ასპირაციის მეთოდით პაციენტის უზრუნველყოფა. იქ სადაც, არჩევანის შესაძლებლობა არაა, სულ მცირე ერთი რეკომენდებული მეთოდი მაინც უნდა იყოს ხელმისაწვდომი. ვაკუუმ-ასპირაცია და მედიკამენტური მეთოდი ასევე ყოველთვის ფართოდ ხელმისაწვდომი უნდა იყოს სპონტანური და არაუსაფრთხო აბორტით გამოწვეული გართულებების მკურნალობისათვის.

### 3.3.3 ჯანდაცვის პროვაიდერებისა და დახმარებას მიწვევების ლიცენზირება და სერტიფიცირება

იქ სადაც აბორტის პროვაიდერების სერტიფიკაცია აუცილებელია, ჯანდაცვის პროვაიდერები გარანტირებულად უნდა აკმაყოფილებდნენ აბორტის მომსახურების უზრუნველყოფის კრიტერიუმებს ეროვნული სტანდარტების მიხედვით და მან არ უნდა შეუქმნას ბარიერი ლეგალური სერვისის მიღების შესაძლებლობას. აბორტით მკურნალობის სერტიფიცირება და ლიცენზირება ისევე უნდა კეთდებოდეს, როგორც სხვა სამედიცინო პროცედურისას და მან არ უნდა შეუშალოს ხელი აბორტის სერვისის ხელმისაწვდომობას.

ამავე დროს, ლიცენზირების კრიტერიუმები არ უნდა იყოს გადაჭარბებულად მოთხოვნადი, მაგალითად ისეთი ინფრასტრუქტურის, აღჭურვილობის ან პერსონალის ყოლის მიმართ, რომელიც არაა ფუნდამენტური მნიშვნელობის უსაფრთხო პროცედურების უზრუნველყოფისათვის. დანესებულებათა ლიცენზირების კრიტერიუმებში გარკვევით უნდა იყოს გამოტანილი პირველად დონეზე დახმარებისათვის საჭირო მოთხოვნები და რეფერალური დონისათვის აუცილებელი პირობები, იმისათვის, რომ მან კი არ შეზღუდოს, არამედ გაადვილოს მკურნალობის მიღების პროცესი. ლიცენზირების კრიტერიუმები კერძო და სახელმწიფო სექტორისათვის ერთი და იგივე უნდა იყოს და არა დანესებულებათა ეკონომიურ სარგებელზე გათვლილი.

### 3.3.4 რეფერალური მქაანდობები

უსაფრთხო აბორტის სერვისით უზრუნველყოფისათვის კარგად მომუშავე რეფერალური სისტემების არსებობა ისეთივე ფუნდამენტური მნიშვნელობისაა, როგორც ჯანმრთელობის ინტერვენციის ყველა შემთხვევაში. პაციენტის დროული გადაგზავნა შესაფერის პირობებში ამცირებს მკურნალობის გადავადების და დაგვიანების შემთხვევებს, წარმოადგენს უსაფრთხოების გარანტიას და ამსუბუქებს არა-უსაფრთხო აბორტით გამოწვეულ სერიოზულ გართულებებს (12).

### 3.3.5. ქალის გაცნობიერებული და ნაბიტი არჩევნის პატივისცემა, ავტონომია და კონფიდენციალობის დაცვა და განსაკუთრებული ყურადღების მიქცევა მოზარდებისა და სპეციფიკური მოთხოვნების ქალებისათვის

ადგილობრივად მოქმედი კანონმდებლობით, ნორმებით და სტანდარტებით უნდა იქნას გათვალისწინებული ქალის არჩევნის პატივისცემა და ინფორმირებული და თავისუფალი, დამოუკიდებელი გადაწყვეტილების მიღების შესაძლებლობა და არა-დისკრიმინაცია, ასევე ყველა ქალის კონფიდენციალობის და ანონიმურობის დაცვა, მოზარდების ჩათვლით (18). ეს უფლებები განმტკიცებულია საერთაშორისო და ადგილობრივი ხელშეკრულებებით ადამიანის უფლებების შესახებ, ასევე ეროვნული კონსტიტუციით და კანონებით.

### 3.3.5.1 ინფორმირებული და ნაბიტი /თავისუფალი გადაწყვეტილების მიღება

ინდივიდუალური სიტუაციისა და კონტექსტის გათვალისწინებით ქალი, რომელიც ცდილობს არასასურველი ორსულობის პრობლემის მოგვარებას, არც თუ იშვიათად თავს დაუცველად გრძნობს მედპერსონალთან პირისპირ დარჩენისას. საჭიროა, რომ მას მოეცნენ პატივისცემითა და გაგებით. სამედიცინო მუშაკები ასევე ყურადღებით უნდა მოეცნენ ქალის მოთხოვნებს, გასაგებად მიაწოდონ აუცილებელი

ინფორმაცია, რათა მან დამოუკიდებლად - გეგავლენის, იძულებისა და დისკრიმინაციის გარეშე შეძლოს გადაწყვეტილების მიღება (გაიკეთოს თუ არა აბორტი). ჯანდაცვის პროვაიდერებმა უნდა გაითვალისწინონ სიტუაციები, რომლის დროსაც ქალი იძულებულია სურვილის წინააღმდეგ გაიკეთოს აბორტი (მაგ: მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო, HIV). ასეთ შემთხვევებშიმედ. მუშაკმა უნდა შექმნას პირობები და ყველაფერი გააკეთოს, რომ ქალმა შეძლოს სრულად ინფორმირებული და თავისუფალი გადაწყვეტილების დამოუკიდებლად მიღება.

### 3.3.5.2 მესამე - მხარის ავტორიზაცია

ნებისმიერი ადამიანისადმი პატივისცემითი დამოკიდებულების საბაზისო ეთიკური პრინციპს წარმოადგენს მისი პირადი ავტონომიის დაცვა. ავტონომია ნიშნავს, რომ მენტალურად კომპეტენტურ მოზრდილებს ჯანდაცვის სერვისის მიღებისათვის არ სჭირდებათ მესამე მხარის (მაგ: ქმრის, პარტნიორის, მშობლის) ავტორიზაცია, თანხმობა. ამგვარად, ჯანდაცვის პროვაიდერებმა არ უნდა მოითხოვონ მესამე მხარის თანხმობა, თუ ამას არ მოითხოვს კანონი და შესაბამისი ნორმატიული აქტი.

მოზარდებმა შესაძლოა თავი შეიკავონ საჭირო ჯანდაცვის სერვისის მიღებისაგან, თუ კი მათ ეცოდინებათ, რომ მოსთხოვენ მშობლების ან თანმხლები პირის ნებართვას. ეს კი ზრდის აბორტის სერვისის მისაღებად ფარულად მოქმედების შესაძლებლობას. ამიტომ ჯანდაცვის პროვაიდერებს უნდა შეეძლოთ მათი ინფორმირება, დარიგება და მომსახურება გაგების/აღქმის უნარის მიხედვით, რათა ნათელი გახდეს მკურნალობის შეთავაზებული მეთოდის არსი. მოზარდები არ უნდა უკუაგდონ ასაკის გამო (19). ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებლები საჭიროა დაეხმარონ უმცირესობებს მათი საუკეთესო ინტერესების იდენტიფიცირებაში, ორსულობის თაობაზე მშობლების ან სხვა სანდო პირების მიუკერძოებელი კონსულტირების ჩათვლით (ტენდენციურობის, დისკრიმინაციისა და ძალდატანების გარეშე).

### 3.3.5.3 განსაკუთრებული მოთხოვნების მქონე პირების დაცვა

კონტექსტის გათვალისწინებით, გაუთხოვარი ქალები, მოზარდები, უკიდურეს სიღარიბეში მცხოვრებნი, ეთნიკური უმცირესობის წარმომადგენლები, ლტოლვილები და სხვა იძულებით გადაადგილებული პირები, ასევე ისინი, ვინც ოჯახური ძალადობის მსხვერპლია, შესაძლოა იყვნენ დაუცველები აბორტის სერვისის მიღების არათანაბარი ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით. აბორტის სერვისის პროვაიდერებმა უნდა უზრუნველყონ, რომ ყველა ქალის მკურნალობა წარიმართოს დისკრიმინაციის გარეშე და მისდამი პატივისცემით.

სტიგმა და დისკრიმინაცია ასოცირებული ფიზიკურ და მენტალურ დარღვევებთან და ჯანმრთელობის სტატუსთან (როგორცაა მაგალითად, ცხოვრება HIV-ით), გავრცელებულია და შეიძლება გახდეს აბორტის იძულებით გაკეთების მიზეზი. იძულებითი დათანხმება არღვევს ქალის უფლებებს და ამიტომ უნდა აღმოიფხვრას(20). ამგვარად, ჯანდაცვის პროვაიდერებს აქვთ ვალდებულება დაიცვან ადამიანთა უფლებები, დარწმუნდნენ, რომ ქალები არ არიან ძალადობის მსხვერპლნი და იღებენ საჭირო ფსიქოლოგიურ, სოციალურ და ჯანდაცვით მომსახურებას თავიანთი არჩევანის მიხედვით.

### 3.3.5.4 კონფიდენციალურობა და ანონიმურობა

კონფიდენციალობის დარღვევის შიშით უამრავი ქალი (განსაკუთრებით კი მოზარდები და გაუთხოვრები) თავს იკავებს უსაფრთხო, ლეგალური აბორტის სერვისის მიღებისაგან და ამჭობინებს აბორტის თვითინდუცირებას ან ფარულად (არაუსაფრთხო აბორტი) გაკეთებას. კონფიდენციალობა, როგორც სამედიცინო ეთიკის საკვანძო პრინციპი და პრივატულობის/პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის ასპექტი (21), უნდა იყოს გარანტირებული. ამიტომაც ჯანდაცვის პროვაიდერების მოვალეობაა კონფიდენციალური ინფორმაციის დაცვა არასანქცირებული გამჟღავნებისაგან. ისინი უნდა დარწმუნდნენ, რომ ქალები, რომლებიც სხვებს გადასცემენ თავიანთ კონფიდენციალურ ინფორმაციას ამას აკეთებენ თავისუფლად. მოზარდები ითვლებიან მომნიშვნელოვანად მიიღონ კონსულტაცია

მშობლების ან სხვა პერსონების დასწრების გარეშე. ისინი სარგებლობენ პრივატულობის/პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის უფლებით და შეუძლიათ მოითხოვონ კონფიდენციალური სერვისი და მკურნალობა (იხ.განყოფ.3.3.5.2).

ჯანდაცვის სერვისების მენეჯერები უნდა დარწმუნდნენ, რომ პროვაიდერსა და ქალს შორის არსებობს საუბრის კონფიდენციალურად წარმართვის და პაციენტის სერვისით უზრუნველყოფის პირობები. მაგალითად, საპროცედურო ოთახები უნდა იყოს იზოლირებული ტიპის-ვიზუალური და აუდიტორიული ანონიმურობის დაცვისათვის და მხოლოდ მომსახურე პერსონალი უნდა ესწრებოდეს პროცედურას. უნდა არსებობდეს გასახდელი ოთახი ცალკე, ფარდებით დაფარული ფანჯრებით და ნაჭერი/ ქაღალდი, რომ პროცედურის დროს ქალს გადაეფაროს.

### 3.3.5.5. სპეციალური მომსახურება ქალებისათვის, რომლებიც გაუპატიურების მსხვერპლნი გახდნენ

ქალებს, რომლებიც გაუპატიურების შედეგად დაორსულდნენ, სჭირდებათ სპეციალური დახმარება. ყველა დონეზე ჯანდაცვის სისტემამ უნდა შესთავაზოს მათ შესაფერისი მკურნალობა და მხარდაჭერა. ასეთ შემთხვევებში სტანდარტები დგამკვლევები საგულდაგულოდ უნდა შემუშავდეს და ჯანდაცვის პროვაიდერებმა და პოლიციელებმა უნდა გაიარონ შესაბამისი ტრენინგები. ამ სტანდარტებით არ უნდა იყოს საჭირო ზედმეტი ადმინისტრაციული და სამართლებრივი პროცედურების შემოღება, მაგალითად: მოსთხოვო ქალს სასამართლოში სარჩელის შეტანა ან მოძალადის დასახელება(22). იდეალურ შემთხვევაში სტანდარტი უნდა წარმოადგენდეს იმ სტანდარტების და ნორმატივების ნაწილს, რომლის მიხედვით რეგლამენტირებულია გაუპატიურებულ ქალებთან მოპყრობის ზოგადი პრინციპები და სპეციალური მენეჯმენტი: ფიზიკური და ფსიქოლოგიური დაცვა/დახმარება, ასევე გადაუდებელი კონტრაცეფცია, ტრავმების და HIV-ის პრევენცია, სექსუალურად გადამდები ინფექციების საწინააღმდეგო მკურნალობა, სამართლებრივი მტკიცებების შეგროვება და კონსულტირება შემდგომი ზრუნვით (20).



### 3.3.6 ჯანდაცვის პროვაიდერთა შეგნებული უარი

ჯანდაცვის პროვაიდერები ზოგჯერ შეგნებულად არიდებენ თავს აბორტის გაკეთებას და არც კი აგზავნიან ქალს სხვა პროვაიდერთან. ჯანდაცვის ინდივიდუალურ პროვაიდერებს აბორტის მომსახურებაზე უარის თქმის უფლება აქვთ, თუმცა ეს არ ნიშნავს, რომ მათ შეუძლიათ ქალს ხელი შეუშალონ ან უარი უთხრან რეფერალზე, რადგან გადავადებამ შეიძლება ქალის სიცოცხლე რისკის ქვეშ დააყენოს. ნაციონალური კანონმდებლობის შესაბამისად, ჯანდაცვის პროვაიდერმა ქალი სურვილის მიხედვით უნდა გადააგზავნოს კვალიფიკაციურ მემუშაკთან იმავე ან უახლოეს კლინიკაში. იქ, სადაც რეფერალი არ ხერხდება, ჯანდაცვის პროვაიდერმა (რომელიც უარზე იყო) უნდა ჩაატაროს ეს პროცედურა, რათა გადაარჩინოს ქალის სიცოცხლე და თავიდან ააცილოს მას ჯანმრთელობის სამუდამო დაკარგვა. ქალებს, რომლებსაც არაუსაფრთხო/ არალეგალური აბორტის მიზეზით აღენიშნებათ პოსტ-აბორტული გართულებები, ნებისმიერი სხვა სასწრაფო მომსახურების მომლოდინე პაციენტის მსგავსად, უნდა ჩაუტარდეთ მყისიერი მკურნალობა პათივისცემით - დამსჯელი, არა კეთილგანწყობილი, მიკერძოებული ქცევის გარეშე (იხ.თავი 4).

### 3.4 დანახარჯების ალტერნატივა და ჯანდაცვის პროვაიდერთა ტრეინინგი

უსაფრთხო აბორტის ჩასატარებლად აუცილებელია სათანადოდ აღჭურვილი კლინიკები და მაღალი კვალიფიკაციის მქონე ჯანდაცვის პროვაიდერები. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის წარმომადგენლებს ევალებათ გააკონტროლონ, რომ ადგილზე არსებული სისტემები მუშაობენ უწყვეტად და დროულად. ამასთან, ფლობენ უსაფრთხო აბორტისათვის აუცილებელ კომპონენტების ( სამედიცინო აღჭურვილობა, ნამლები, კონტრაცეპტივები ) საჭირო მარაგს. გარდა ამისა, ჯანდაცვის პროვაიდერებს ესაჭიროებათ სერვისამდელი და სერვისის-შემდგომი ტრეინინგი, რომელიც დაფუძნებული იქნება უსაფრთხო აბორტის შესახებ არსებულ მუდმივად განახლებად გაიდლაინებზე.

#### 3.4.1 დანახარჯების მოზადება და ალტერნატივა.

უსაფრთხო აბორტის ჩასატარებლად უნდა არსებობდეს შესაბამისი პირობები, კარგად მომზადებული და აღჭურვილი გარემო. მხარდამჭერი სერვისები (როგორცაა: საჭირო საქონლის შესყიდვა, მიწოდების ლოჯისტიკური ჯაჭვის ფუნქციონირება და ფინანსური მექანიზმი) ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც ტრეინინგ პროვაიდერების არსებობა ახალი სერვისების დანერგვისათვის.

**ცხრილი 3.1 ნაშლავი, მარაგი და აღჭურვილობა უსაფრთხო აბორტის ჩასატარებლად**

პროცედურული საფეხური	ნაშლავი და მარაგი	აღჭურვილობა
<p>კლინიკური შეფასება</p> <p>ქირურგიული აბორტის პროცედურის D&amp;E საჭირო აპარატურა, ხაზგასმულია გამუქებული შრიფტით)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• სუფთა ხელთათმანები</li> <li>• სუფთა წყალი</li> <li>• სარეცხი საშუალება ან საპონი</li> <li>• საშვილოსნოს ყელის მოსამზადებლად საჭირო საშუალებები (მაგ: მიზოპროსტოლის აბები, ოსმო-დილატორები, მიფეპრისტონი)</li> <li>• საშუალებები ტკივილის კონტროლისათვის, ისეთები, როგორიცაა ანალგეტიკები და დამანყნარებლები</li> <li>• ხელთათმანები</li> <li>• ხალათი, ნიღაბი</li> <li>• ნემსები(22 გ პარაცერვიკალური ბლოკირებისათვის და 21 გ ნაშლის შესაყვანად)</li> <li>• შპრიცები (5, 10 და 20 ml)</li> <li>• ლიდოკაინი პარაცერვიკალური ბლოკირებისათვის</li> <li>• მარლის ღრუბელი ან ბამბის ბურთები</li> <li>• ანტისეპტიკური საშუალება(არა-ალკოჰოლური ) საშვილოსნოს მოსამზადებლად</li> <li>• ინსტრუმენტების ჩასალბობი მონაცემილობა</li> <li>• სტერილიზაცია ან მაღალ ხარისხიანი დეზინფექცია (ხსნარების და მასალების)</li> <li>• სილიკონი შპრიცის გასაპოხად</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• არტერიული წნევის საზომი</li> <li>• სტეტოსკოპი</li> <li>• სარკვეები (ფართო პირით, რომ გაიზარდოს საშვილოსნოს ყელის ექსპანზიონი, მოკლე რომ თავიდან იქნას აცილებული ყელის დაზიანება) ან Sims-ის სარკვე, თუ ასისტენტი ხელმისაწვდომია)</li> <li>• ტყვიის მაშები (ატრამე ული დამჭერი)</li> <li>• ვიწრო დილატორი 37 მმ -მდე (51 მმდე) ან ეკვივალენტური სიგრძის</li> <li>• ელექტრონული ვაკუუმ-ასპირატორი ( 14 ან 16მმანი კანულატი(შპრიცი) ) ან MVA ასპირატორი 12 მმ კანულათი</li> <li>• Bierer-ის მაშებისაშვილოსნოს ღრუს შიგთავსის ევაკუაცი-ისათვის ( დიდი და პატარა მაშა)</li> <li>• Sopher-ის მაშა საშვილოსნოს ღრუს შიგთავსის ევაკუაციისათვის (პატარა)</li> <li>• დიდი ,პოსტნატალურიმოქნილი კიურეტი</li> <li>• ბეგდისებური მაშები</li> <li>• ფოლადის თასი ხსნარის დასამზადებლად</li> <li>• ინსტრუმენტების ლანგარი/სინი</li> <li>• სუფთა შუშის ჭურჭელი ქსოვილის ინსპექციისათვის</li> <li>• საწური(მეტალის, მინის ან მარლის)</li> </ul>
<p>მედიკამენტური აბორტი</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• მიფეპრისტონი</li> <li>• მიზოპროსტოლი</li> <li>• საშუალებები ტკივილის კონტროლისათვის</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• პრივატული გარემო იმ ქალებისათვის ,რომლებიც ელოდებიან ნაყოფის გამოდევნას ცალკე ,მშობიარეთაგან და მოსაცდელისაგან გამოყოფილი ადგილი სკამებით</li> <li>• სანიტარული კვანძი ადექატური აღჭურვილობით</li> </ul>
<p>გამოჭან-მრთელეება</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• სანიტარული ხელსახოცი ან ბამბის ბურთულები</li> <li>• ტკივილიგამაყუჩებლები</li> <li>• ანტიბიოტიკები</li> <li>• ინფორმაცია პოსტ-პროცედურულ თვითმკურნალობაზე</li> <li>• პოსტ-აბორტული კონტრაცეპტული მეთოდები და ინფორმაცია ,და /ან რეფერალი</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• არტერიული წნევის საზომი</li> <li>• სტეტოსკოპი</li> </ul>
<p>გართულებების შემთხვევაში</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• შესაბამისი ანტაგონისტების გამოყენება ტკივილის სამართავად</li> <li>• უტეროტონიკები (ოქსიტოცინი,მიზოპროსტოლი,ან ერგომეტრინი)</li> <li>• IV(ინტრავენური)ხაზი და სითხეები(მარილიანი,ნატრიუმის ლაქტატი,გლუკოზა)</li> <li>• ეფექტური რეფერალური მექანიზმი ,როდესაც საჭიროა უფრო მაღალი დონის მომსახურება</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ჟანგბადი და ამბუს აპარატი</li> <li>• ადგილობრივად ულტრაბგერის მისაწვდომობა (სურვილისამებრ)</li> <li>• ნემს-დამჭერი ;ძაფები</li> <li>• მაკრატლები</li> <li>• საშვილოსნოზე დაჭერა(ე.წ uterine packing))</li> </ul>

იქ, სადაც სერვისები უკვე არსებობს, ინფრასტრუქტურულმა განახლებამ შესაძლოა მეტი პაციენტი მოიზიდოს და გაზარდოს პაციენტთა კონფიდენციალურობის გარანტია. ახალი მეთოდების გაცნობით, როგორებიცაა ვაკუუმ-ასპირაცია და მედიკამენტური აბორტი, შესაძლებელია გაუმჯობესდეს უსაფრთხოება და შემცირდეს ხარჯები (23,24).

#### **3.4.1.1 აუსტილაბელი აღჭურვილობა, მედიკამენტები და მარაგები**

ვაკუუმ-ასპირაციისა (მანუალური და ელექტრო) და მედიკამენტური აბორტისათვის საჭირო აღჭურვილობის, მედიკამენტებისა და მარაგის უმრავლესობა ემთხვევა იმას, რაც სხვა გენეკოლოგიური სერვისების შესასრულებლად საჭირო. (იხ.გრაფა 3.1)

ვაკუუმ-ასპირაციის (პლასტიკის კანულეთი) გამოყენებისაკენ გადახრა დამოკიდებულია ოფიციალურ სურვილზე და ადგილობრივად ინსტრუმენტების ხელმისაწვდომობაზე. ისეთ ადგილებში, სადაც მანუალური ვაკუუმ-ასპირაციის (MVA) ინსტრუმენტები არაა დაშვებული, საჭიროა ძალისხმევა, რომ ისინი მთავრობის მიერ აღიარებულ იქნან სტანდარტულ ინსტრუმენტებად/ჩართულ იქნან ინსტრუმენტების სტანდარტულ ჩამონათვალში. რაც ნიშნავს, რომ ეს ინსტრუმენტები და მედიკამენტები რუტინულად იქნებიან ჩართულნი დაგეგმვაში, ბიუჯეტში, შესყიდვის, დისტრიბუციისა და მენეჯმენტის სისტემებში. კრიტერიუმები რომლის მიხედვით ხდება დეტერმინირება, რომელი ინსტრუმენტი უნდა იქნას გამოყენებული, მოიცავს შემდეგს: ხარისხი, გამძლეობა, ღირებულება და სისტემის მიერ მათი მუდმივი ხელმისაწვდომობის და ხანგრძლივად შენარჩუნების უნარი. ისე, როგორც ნებისმიერი ფარმაცოლოგიური საშუალება, მიფეპრისტონი და მიზოპროსტოლი (მედიკამენტური აბორტისათვის) უნდა შექმნილ იქნას იმ მწარმოებლისაგან, რომელიც კარგი სანარმოო პრაქტიკის (GMP) პრინციპებს იცავს.

MVA-ს ინსტრუმენტები შეიძლება იყოს ერთჯერადად ან მრავალჯერადად გამოსაყენებელი. იმ შემთხვევებში, როდესაც საქმე ეხება მრავალჯერადად გამოსაყენებელ ინსტრუმენტებს, აუცილებელია რომ შექმნისას ყურადღება მიექცეს

მათ გამძლეობას ხანგრძლივად გამოყენების თვალსაზრისით, რეგულარული განმენდის, მაღალი-დონის დეზინფექციის ან სტერილიზაციის პირობებში. ერთჯერადი ინსტრუმენტები სიფრთხილით უნდა იქნას გადაყრილი მედ. მუშაკებისა და საზოგადოებისათვის შესაძლო ჯანმრთელობის საფრთხე/რისკის თავიდან ასაცილებლად. მრავალჯერადი ინსტრუმენტების გამოყენება დაკავშირებულია ნაკლებ ხარჯებთან, მაგრამ ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია გასუფთავებისა და დეზინფექციის წესების მკაცრად დაცვა.

#### **3.4.1.2 მედიკამენტებისა და საამბიციინო დანიშნულების მოწყობილობებისადმი წაყენებული ნორმატიული/ მარაგულირებადი მოთხოვნები**

ყოველ ქვეყანას აქვს სპეციფიკური მარეგულირებელი მოთხოვნები ნამლების რეგისტრაციასა, იმპორტზე და სამედიცინო აღჭურვილობის შემოტანაზე, როგორცაა MVA-ს ინსტრუმენტები. თუმცა WHO-ს მიერ შემოთავაზებული ესენციალური ნამლების სია უამრავმა ქვეყანამ აღიარა. მათ რიცხვში: მედიკამენტური აბორტისათვის მიფეპრისტონისა და მიზოპროსტოლის კომბინაცია; მხოლოდ მიზოპროსტოლის მიღება არასრული აბორტისა და მუცლის მოშლის დროს; არანარკოტიკული ანალგეტიკები - არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები (მაგ. იბუპროფენი); ტრანკვილიზატორები(მაგ, დიაზეპამი) და ადგილობრივი ანესთეზიის საშუალებები (მაგ. ლიდოკაინი)(25). ნაციონალური ესენციალური ნამლების სიაში ჩართვა ნიშნავს, რომ მედიკამენტი ქვეყანაში არის რეგისტრირებული და ხელმისაწვდომი. იქ, სადაც წამალი არაა დარეგისტრირებული, ზოგიერთი ქვეყანა უშვებს მის იმპორტირებას WHO-ს საერთაშორისო ვაჭრობაში ჩართული ფარმაცევტული პროდუქტების ხარისხის დადასტურების სერტიფიკაციის სქემის მეშვეობით(26).

საქონელი, რომელიც წარმოდგენილია გრაფაში 3.1 არის აუცილებელი აბორტის სერვისის უზრუნველყოფისათვის, ამიტომ ეს იარაღები უნდა შედიოდეს მედიკამენტების ნაციონალურ მარაგში ლოჯისტიკური მენეჯმენტის პროგრამით და ხელმისაწვდომი უნდა იყოს იმ ჯანდაცვის

პროვაიდერებისათვის, რომლებიც აბორტის სერვისებს უზრუნველყოფენ.

### 3.4.2 პროვაიდერის უნარები და შესრულების უზრუნველყოფა

#### 3.4.2.1 ჯანდაცვის პროვაიდერის უნარები და ტრენინგები

ჯანდაცვის პროვაიდერებს, რომლებიც არასრული აბორტის დროს აკეთებენ ვაკუუმ-ასპირაციას, შეუძლიათ ამ მეთოდით ინდუცირებული აბორტის ჩატარების ტექნიკას დაეუფლონ მინიმალური დამატებითი ტრენინგის საშუალებით. ჯანდაცვის ყველა ასეთი პროვაიდერი შეიძლება მომზადდეს და მან შეძლოს მედიკამენტური აბორტის წარმართვა.

უნარების ტრენინგების გარდა, ღირებულებების განმსაზღვრელი სავარჯიშოები დაეხმარება პროვაიდერებს განასხვავონ საკუთარი მიდგომები და შეხედულებები იმ ქალთა საჭიროებებისაგან, რომლებიც აბორტის სერვისის მიღებას ითხოვენ. (27). ღირებულებების გარკვევა მნიშვნელოვანია იმის გასაგებად, თუ რა გავლენას ახდენს პირადი ღირებულებები პროვაიდერების ქცევაზე/დამოკიდებულებაზე აბორტის მაძიებელი ქალებისადმი. მიუხედავად პროვაიდერთა მცდელობისა აბორტისა და აბორტის მიმღებ ქალთა შესახებ ნეგატიური და წინასწარ ჩამოყალიბებული შეხედულებები უარყონ, იგი რეალურად ახდენს გეგავლენას პროფესიონალურ განსჯასა და მომსახურების დონეზე..

უამრავ შემთხვევაში იმისათვის, რომ უსაფრთხო/ლეგალური აბორტი ყველა ქალისათვის ხელმისაწვდომი იყოს, საჭიროა საშუალო დონის ჯანდაცვის პროფესიონალთა გადახალისება, სწავლება/ტრენინგება (30-34). შედარებითმა გამოკვლევებმა აჩვენეს, რომ პირველი ტრიმესტრის MVA -ის აბორტის გართულებების სიხშირის მხრივ, არ აღინიშნება განსხვავება ექიმებისა და საშუალო დონის ჯანდაცვის პროვაიდერების მიერ ჩატარებულ პროცედურებს შორის(6). სტანდარტებში და გზამკვლევებში წარმოდგენილი შესრულების მეთოდები და უნარები უნდა იყოს ბაზისი მედპერსონალის სერვისამდელი ტრენინგისათვის და აბორტის პროვაიდერებმა დროდადრო უნდა გაიარონ სწავლება, რათა დადასტურდეს მათი უნარი,

სტანდარტების დაცვით შეასრულონ აბორტის პროცედურა.

#### 3.4.2.2 ტრენინგ პროგრამები

აბორტის ტრენინგები, ისე როგორც ყველა სხვა ჯანმრთელობის ინტერვენციის საკითხი, დაფუძნებული უნდა იყოს კომპეტენციებზე და ჩატარდეს ისეთ გარემოში, სადაც არის პაციენტთა სიმრავლე, რათა მონაწილეებს ჰქონდეთ საჭირო პრაქტიკის გავლის შესაძლებლობა, აბორტის გართულებების მენეჯმენტის ჩათვლით. გარდა ამისა, ტრენინგები უნდა იყოს მიმართული რეპროდუქციული და სექსუალური ჯანმრთელობისა შესახებ ჯანდაცვის პროვაიდერთა შეხედულებების და მიდგომების ფორმირებაზე, რათა ისინი აბორტის პროცედურის ჩატარების დროს ქალებს მოეცენ თბილად და პატივისცემით, კონფიდენციალობისა და ანონიმურობის დაცვით, ასევე მოზარდებისათვის, გაუპატიურებული ქალებისათვის და სხვა მოწყვლადი ჯგუფებისათვის (რომელთაც ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ან მძიმე სოციო-ეკონომიკური მიზეზები აწუხებთ) განსაკუთრებული მომსახურების აუცილებლობის გათვალისწინებით.

ჯანდაცვის პროვაიდერთათვის ახალი, მოდერნიზებული კლინიკური პროცედურებით ტრენინგის ჩატარება არის სერვისების შეცვლისათვის ძლიერი ინსტრუმენტი, მაგრამ მხოლოდ ტრენინგება არაა საკმარისი. ტრენინგ-გავლილ პროვაიდერებს სჭირდებათ პრაქტიკა ( რათა მოახერხონ მიღებული ცოდნის რეალიზაცია პრაქტიკაში ) და სამუშაო გარემო, სადაც არსებობს ადეკვატური მონყობილობა, მედიკამენტები, კომპენსაციის მიღების და პროფესიონალური ზრდის შესაძლებლობა, რომ მოხერხდეს უსაფრთხო აბორტის ჩატარებისათვის სათანადო პირობების შექმნა. მედ. პერსონალის მიერ გაიდლაინების და სტანდარტების მოთხოვნათა მუდმივად დაცვის მიზნით დანესებულებაში საჭიროა მათი მხარდაჭერი და ხელშეწყობი ზედამხედველების/მეთვალყურეების არსებობა. გრაფა 3.2 -ში მოცემულია რეკომენდირებული ტრენინგის შინაარსი, რომელიც გამოსადეგია ყველა იმ ჯანდაცვის პროვაიდერისათვის, რომელიც პასუხისმგებელია აბორტის სერვისზე.

### 3.5 მონიტორინგი, შეფასება და ხარისხის გაუმჯობესება

ისე, როგორც ჯანდაცვის ნებისმიერი სერვისის, აბორტის მომსახურების მაღალი დონით უზრუნველყოფა დამოკიდებულია მონიტორინგის, შეფასებისა და ხარისხის გაუმჯობესების ეფექტურ პროცესზე. სერვისის სტატისტიკური მონაცემების, რუტინული მონიტორინგისა და მათი ჯანდაცვის დონეზე შეფასებების აკურატულად აღწერაარის პროგრამის მენეჯმენტის ძირითადი კომპონენტი, ხოლო ამ მონაცემების ანალიზზე დაყრდნობით შესაძლებელია საჭირო ინფორმაციის მიღებასერვისის ხელმისაწვდომობის და ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით.

#### ბრაზა 3.2

##### რეკომენდებული ტრენინგის შინაარსი აბორტის პროვაიდერთათვის

###### **აბორტის სერვისების მნიშვნელოვანი წინაპირობები:**

- იურიდიული სტატუსი, ნორმატიული/მარეგულირებელი მოთხოვნები, პოლიტიკის ძირითადი პრინციპები;
- არაუსაფრთხო აბორტის გავლენაჯანმრთელობაზე;
- ეთიკური პასუხისმგებლობა აბორტის პროცედურის შესრულებისას (ან ქალის რეფერალი, როცა ჯანდაცვის პროვაიდერს აქვს აბორტის ჩატარებაზე უარის შეთანხმებულიმიზმი ) და არაუსაფრთხო აბორტის გართულებების მკურნალობის დროს;
- აბორტის სერვისის ეროვნული სტანდარტები და გაიდლაინები
- უსაფრთხო აბორტთან დაკავშირებული ადამიანის უფლებები

###### **პროვაიდერსა და პაციენტს შორის ურთიერთობა და კონსულტირება:**

- აბორტისადმი ჯანდაცვის პროვაიდერების დამოკიდებულებისა და შეხედულების გარკვევა ;
- კონფიდენციალურობა და ანონიმურობა;
- ინტერპერსონალური კომუნიკაცია და კონსულტირების უნარი;
- აბორტისა და კონტრაცეპტივების შესახებ ინფორმაცია;
- HIV -სთან და სხვა STI -სთან დაკავშირებული საკითხები და საფრთხეები;
- მოსახლეობის ჯგუფები, რომლებიც განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებენ : მოზარდები, ღარიბი ქალები, ეთნიკური უმცირესობების წევრები, ლტოლვილები, ინვალიდი ქალები, სქესობრივი ძალადობის მსხვერპლი და HIV-ით ან სხვა STI-ით დაავადებულნი;
- აღმოჩენა იმ ნიშნების, რომლებიც მეტყველებს სქესობრივ ძალადობაზე და ასეთი ქალებისათვის დახმარების აღმოჩენა - კონსულტირება და სერვისით უზრუნველყოფა;
- ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღება;

###### **კლინიკური უნარები:**

- ორსულობით და აბორტით განპირობებულიანატომიური და ფიზიოლოგიური ცვლილებები
- ქალის მდგომარეობის შეფასება პროცედურის წინ : ანამნეზი, გამოკვლევები, ორსულობის ვადის დადგენა და სხვ.);
- STI სკრინინგი
- საშვილოსნოს ყელის დილატაცია
- საშვილოსნოს ევაკუაცია
- ინფექციის პრევენცია
- ტკივილის კონტროლი
- აბორტის გართულებების გამოცნობა და მათი მკურნალობა
- პროცედურის შემდგომი დახმარების მენეჯმენტი, კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაციის მიწოდების, კონსულტირებისა და მეთოდების გაცნობის ჩათვლით
- რეფერალისა და რეფერალური პროცედურების კრიტერიუმები

###### **ადმინისტრაციული/მენეჯმენტის საკითხები და ხარისხის მართვა:**

- სერვისის ორგანიზება ისე, რომ გარანტირებული იყოს პაციენტთა სიმრავლის შემთხვევაშიც კი ანონიმურობა და კონფიდენციალურობა;
- ჩანაწერების შენახვა და სერვისის სტატისტიკის შესახებ ანგარიშის გაკეთება;
- ანონიმურობისა და კონფიდენციალურობის შენახვის პრაქტიკა;
- ლოჯისტიკის, ადგილრილობისა და მატერიალური მარაგების მენეჯმენტი;
- მონიტორინგი, შეფასება და ხარისხის გაუმჯობესება/შეფასება;
- რეფერალისა და ტრანსპორტირების ეფექტური მექანიზმი;
- ზედამხედველობის/კურატორობის სტანდარტები;

### 3.5.1 მონიტორინგი

მონიტორინგის მეშვეობით ხდება მომსახურების შესრულების პროცესზე ზედამხედველობა, მათ შორის დაკვირვება ტენდენციებზე დროის გარკვეულ მონაკვეთში. რუტინულ მონიტორინგს შეუძლია მენეჯერებსა და კურატორებს დაეხმაროს პრობლემის აღმოჩენასა და გადაწყვეტაში, ან მის თავიდან აცილებაში მანამ, ვიდრე ისინი უფრო სერიოზულ სახეს მიიღებენ და გამრავლდებიან. სათანადო მონიტორინგი იძლევა სერვისის პროვაიდერთა მოსმენის და მათგან მნიშვნელოვანი რეკომენდაციების მიღების შესაძლებლობას მკურნალობის ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით. კარგად ორგანიზებული მონიტორინგი კლინიკის მენეჯერებს და პერსონალის ხელმძღვანელობას ხელს უწყობს უკუკავშირის დამყარებაში ერთი მხრივ, ადმინისტრაციასა და კურატორების/ ზედამხედველების ჯგუფს, ხოლო მეორე მხრივ - პერსონალს შორის პრობლემების გამომწვევი მიზეზების დანახვის თვალსაზრისით და ეხმარება თანამშრომელთა ჩართვას ეფექტური გადაწყვეტილებების მიღებაში. დაწესებულების დონეზე მონიტორინგის მექანიზმი მოიცავს: ავადმყოფობის ისტორიის განხილვას, ჩანაწერების ჟურნალის დათვალიერებას, მედპერსონალის მუშაობაზე მეთვალყურეობას, საკონტოლო ჩამონათვალის გამოყენებას, დაწესებულების ფარგლებში შერჩევითი გამოკვლევების და აუდიტორული შემოწმების განხორციელებას დედათა სიკვდილიანობის სტატისტიკური ანალიზის საფუძველზე. მიზანშეწონილობის თვალსაზრისით არაა საჭირო, რომ აბორტის შესახებ მონაცემები აღირიცხოს ცალკე აღრიცხვის სისტემაში. იგი უნდა შედიოდეს მონაცემთა საერთო მასაში, რომელთა შეგროვება ხდება ოფიციალური სტატისტიკის ფარგლებში. რუტინული აბორტის სერვისის სტატისტიკა მოიცავს: ქალების ასაკის და რაოდენობის დადგენას, რომელთაც ჩაუტარდათ აბორტი რომელიმე მეთოდით (ვაკუუმ-ასპირაცია, მედიკამენტური აბორტი D&E) და ორსულობის გესტაციური ვადის აღნიშვნას.

უსაფრთხო აბორტის ნაციონალური ინდიკატორების მონიტორინგი მნიშვნელოვანია და იგი გარკვეულწილად უკულებელყოფილი იყო (35). აბორტის სპეციფიკური ინდიკატორების და სერვისის სტატისტიკის გაცნობა უნდა განვითარდეს ნაციონალური დედათა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პროგრამების

მონიტორინგის კონტექსტის გათვალისწინებით. აბორტის შესახებ მონაცემები უნდა გაერთიანდეს არსებული მენეჯმენტის საინფორმაციო სისტემაში (მაგ: ფორმა, ჟურნალი, არქივის ჩანაწერები, ჩამონათვალი, პაციენტების ჩანაწერი, ყოველ-დღიური აქტივობების დაფიქსირება) (36,37). WHO-ს უსაფრთხო აბორტის ინდიკატორების სისტემა მოცემულია ცხრილში 3.2.

### 3.5.2 ხარისხის შეფასება და მისი გაუმჯობესება

ხარისხის შეფასება და გაუმჯობესება მოიცავს ეროვნულ სტანდარტებსა და გაიდლაინებზე დაფუძნებულ გაზომვადი შედეგების იდენტიფიცირების დაგეგმვას და სისტემატიურ პროცესებს, აგრეთვე ჯანდაცვის სერვისების მომხმარებელთა და პროვაიდერთა პერსპექტივებს, იმ მონაცემთა შეგროვებას, რომლებიც ასახავენ შედეგების მიღწევის ხარისხს და უზრუნველყოფენ სერვის მენეჯერებისა და პროვაიდერების უკუკავშირს. ხარისხის გაუმჯობესების პროცესი უნდა იყოს მცდელობა ინდივიდუალური და ორგანიზაციული ბარიერების აღმოჩენისა და გადალახვისა ისე, რომ მივიღოთ მაღალი ხარისხის მომსახურება (39-41). აბორტის შემთხვევაში მიზანი არის მუდმივი გაუმჯობესებისათვის აუცილებელი ცვლილებები, რათა მიღწეულ იქნეს ხარისხიანი სერვისი რომელიც დააკმაყოფილებს, როგორც ჯანდაცვის პროვაიდერთა საჭიროებებს, ისე ქალთა უფლებებს და ჯანდაცვითი ხასიათის მოთხოვნებს. ხარისხის განვითარება მოიცავს მუდმივ მონიტორინგს რუტინული სერვისების მიწოდებაზე, პროვაიდერთა მომსახურებაზე და პაციენტების გამოსავალზე, აგრეთვე, პერიოდულ შეფასებას, ჩატარებულს დაწესებულების დონეზე.

### 3.5.3 ევოლუცია / შეფასება

ევოლუცია არის სერვისის მიწოდების პროცესისა და შედეგების სისტემატიური შეფასება. ამომწურავი შეფასება საჭიროებს მონაცემებს მრავალმხრივი წყაროებიდან-სერვისის სტატისტიკის, ჯანდაცვის პროვაიდერთა და ქალების/საზოგადოების უკუკავშირის და ფინანსური ჩანაწერების ჩათვლით. პროგრამის შემფასებლებმა ყურადღება უნდა გაამახვილონ პოლიტიკასთან, პროგრამებსა და სერვისთან დაკავშირებულ სამ საკვანძო საკითხზე: მისაღებობა, ხელმისაწვდომობა და დახმარების ხარისხი. მაგალითები რიგი საკითხების შესახებ

და შეკითხვები პერიოდული შეფასებისათვის ხაზგასმულია გრაფა 3.3-ში. ამ კითხვებზე პასუხებით შესაძლებელია ინფორმაციის მიღება, რომელიც ხელმძღვანელებსა და პროგრამის მენეჯერებს დაეხმარებათ უკეთესად გაიგონ და დაძლიონ არსებული ბარიერები ხარისხიანი დახმარების მიწოდების და განვითარებისათვის.

<b>ცხრილი 3.2 უსაფრთხო აბორტის ინდიკატორები</b>				
<b>არაალი</b>	<b>ინდიკატორი</b>	<b>საზომის სახე</b>	<b>ინდიკატორის სახე (ცენტრალური b, დამატებითი c)</b>	<b>მონაცემთა წყარო</b>
ხელმისაწვდომობა	დანესებულებების რაოდენობა, რომელიც სთა-ვაზოლს უსაფრთხო აბორტის სერვისს ყოველ 500 000 კაცზე;	მაჩვენებელი	დამატებითი	HIS d
	ტრენინგული ჯანდაცვის პროვაიდერები, რომლებიც უსაფრთხო აბორტს ატარებენ კანონების სრული დაცვით;	პროცენტი	დამატებითი	გამოკვლევა (დანესებულების)
	მოსახლეობა, რომელიც ცხოვრობს ორი საათის მანძილზე აბორტის სერვისის მიმწოდებელი დანესებულებიდან;	პროცენტი	დამატებითი	გამოკვლევა (მოსახლეობის)
ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა	მოსახლეობა, რომელსაც აქვს სწორი ინფორმაცია აბორტის ლეგალურ სტატუსზე;	პროცენტი	დამატებითი	გამოკვლევა (მოსახლეობის)
	ჯანდაცვის პროფესიონალები, რომელთაც აქვთ სწორი ინფორმაცია აბორტის ლეგალურ სტატუსზე;	პროცენტი	დამატებითი	გამოკვლევა (დანესებულების)
ხარისხის ხელმისაწვდომობა	სერვისის მიმწოდებელთა რაოდენობა, რომლებიც იყენებენ WHO-ს აბორტისათვის რეკომენდებულ მეთოდებს;	პროცენტი	დამატებითი	გამოკვლევა (დანესებულების)
	სერვისის მიმწოდებელთა რაოდენობა, რომლებიც იყენებენ WHO-ს მიერ რეკომენდებულ აბორტის გართულებების მენეჯმენტის მეთოდებს;	პროცენტი	დამატებითი	გამოკვლევა (დანესებულების)
შედეგი/გავლენა	აბორტით გამოწვეული სამედიცინო-გენეკოლოგიური გართულებები	პროცენტი	ცენტრალური	HIS
	ჰოსპიტალიზაციის სიხშირის მაჩვენებელი ყოველ 1000 ქალზე;	მაჩვენებელი	დამატებითი	HIS
	აბორტი ყოველ 1000 ცოცხალდაბადებულთან მიმართებით;	შეფარდება	ცენტრალური	HIS/გამოკვლევა (მოსახლეობა)
	აბორტით გამოწვეული დედის სიკვდილი	პროცენტი	ცენტრალური	HIS/გამოკვლევა (სპეციალური)/ სიცოცხლის რეგისტრაცია
<p>a) სხვა ინდიკატორები რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უნივერსალური ხელმისაწვდომობის მისაღწევად მოცემულია წყარო 38.</p> <p>b) ინდიკატორები, რომლებიც ყველა ქვეყანაში უნდა გაითვალისწინოს</p> <p>c) ინდიკატორები, რომელთა გათვალისწინებაც შეუძლიათ ქვეყნებს თავიანთ სპეციფიკურ საჭიროებებზე მორგებით, კონტექსტუალური მახასიათებლები და შესაძლებლობები (მაგ: როცა ცენტრალური მონაცემის მაჩვენებელი მაღალია)</p> <p>d) ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემა</p> <p>ცხრილი შედგებილია წყარო 38-ზე დაყრდნობით.</p>				

### გრაფა 3.3

შპკითხვები და საპითხვები, რომლებიც გათვალისწინებულ უნდა იქნას აბორტის სერვისის პერიოდული შეფასებისას

მოცემული საკითხები და შეკითხვები მხოლოდ შეფასების მიზანს ემსახურება; შესაბამისი WHOს რეკომენდაციების სანახავად იხილეთ თავი 2, 3 და 4.  
**უსაფრთხო აბორტის ხელმისაწვდომობა**

**რა არის ხელოვნური აბორტის ლეგალური საფუძველი?**

- მოთხოვნით;
- სოციალურ-ეკონომიკური მიზეზით;
- ჯანმრთელობა (დაუზუსტებელ ან კონკრეტულ პირობებში);
- მენტალური ჯანმრთელობა (დაუზუსტებელ ან კონკრეტულ პირობებში);
- ფიზიკური ჯანმრთელობა (დაუზუსტებელ ან კონკრეტულ პირობებში);
- გაუპატიურება;
- ინცესტი;
- სიცოცხლის გადარჩენა.

**რა არის აბორტის სერვისის ღირებულება?**

- ოფიციალური გადასახადი
  - პროვაიდერის ჰონორარი
  - კლინიკის გადასახადი
- არაფორმალური გადასახადი ჯანდაცვის პროვაიდერთათვის;
- ტრანსპორტირების ხარჯი;
- განთავსების ხარჯი;
- არჩევანის გადასახადი;
- ინდივიდუალური დაზღვევით დაფარული თანხა;
- სოციალური უზრუნველყოფითდაფარული თანხა.

**საჭიროა თუ არა მესამე პირის ნებართვა აბორტის შესრულებისათვის?**

- მშობლის/მეურვის ან მეუღლის/პარტნიორის თანხმობა;
- სამედიცინო კომისიის თანხმობა;
- ერთზე მეტი სპეციალისტისან ექიმის თანხმობა.

**უსაფრთხო აბორტის სერვისის ხელმისაწვდომობა**

**არის თუ არა საკმარისი დაწესებულებები, იმისათვის რომ აბორტის მსურველმა ქალებმა მიიღონ ეს სერვისი?**

- აბორტის სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებათა რიცხვი ყოველ 500 000 მოსახლეზე.

**რა არის დაწესებულებაში აბორტის სერვისის ღირებულება?**

- პროვაიდერის დრო;
- აღჭურვილობა/ინსტრუმენტები და მარაგი;
- მედიკამენტები;
- სერვისის შიდა ტრენინგი;
- სხვა ძირითადი და დამატებითი ხარჯები.

**აბორტის როგორი სტატისტიკაა ხელმისაწვდომი?**

- სამედიცინო/გენეკოლოგიური ჰოსპიტალიზაციის ტოტალური რიცხვი
- ხელოვნური აბორტის ტოტალური რიცხვი
- გართულებების ტოტალური რიცხვი (პროცესის დროს და შემდეგ);
- გართულებების პროცენტი, როდესაც საჭირო გახდა ჰოსპიტალიზაცია;
- გართულებების ტოტალური რიცხვი (არაუსაფრთხო ან სპონტანური აბორტით გამოწვეული).



### ბრაფა 3.3 გაგრძელება

*როგორი აბორტის მეთოდებია ხელმისაწვდომი და გამოყენებული ?*

ორსულობებისათვის გესტაციური ვადით <12-14 კვირა

- ვაკუუმ-ასპირაცია;
- მიფეპრისტონი და მიზოპროსტოლი;
- მხოლოდ მიზოპროსტოლი;
- დილატაცია და კიურეტაჟი.

ორსულობებისათვის გესტაციური ვადით >12-14 კვირა:

- დილატაცია და ევაკუაცია;
- მიფეპრისტონი და მიზოპროსტოლი;
- მხოლოდ მიზოპროსტოლი;
- ჰიპერტონული ხსნარის ინსტალაცია;
- ეტაკრიდინის ლაქტატი.

#### მკურნალობის ხარისხი

*აქვთ თუ არა პროვაიდერებს აბორტის ჩასატარებლად საჭირო კვალიფიკაცია ?*

- ორსულობის დადასტურება;
- გესტაციური ვადის დადგენა;
- შესაბამისი ქირურგიული პროცედურის ტექნიკა;
- ტკივილის შესაბამისი კონტროლი;
- შესაბამისი მედიკამენტური აბორტის რეჟიმი;
- შესაბამისი აბორტის შემდგომი მკურნალობა.

*ინფექციის პრევენციის კარგი პრაქტიკა თუ ხორციელდება რუტინულად?*

- სტანდარტული სიფრთხილის ზომების რუტინულად დაცვა;
- არ-შეხებისტექნიკა, რომელიც გამოიყენება ქირურგიულ მეთოდისდროს
- გამოყენებული ინსტრუმენტების სითხეში ჩაყურსვა;
  - ინსტრუმენტების გასუფთავება;
  - სამედიცინო ინსტრუმენტების მაღალი-დონის დეზინფექცია ან სტერილიზაცია;
  - პროფილაქტიკური ანტინიოტიკების მიღება ქირურგიული მეთოდისას.

*რომელი ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები არსებობს და რეალურად რომელი მათგანი გამოიყენება აქტიურად ?*

- ვერბალური რელაქსირების ტექნიკა;
- ანალგეზია;
- ადგილობრივი ანესთეზია;
- სედაცია;
- ზოგადი ანესთეზია.

### პრაქტიკა 3.3 გაგრძელება

რომელი კონტრაცეპტული მეთოდები არის ხელმისაწვდომი და რომელი მეთოდები გამოიყენება?

- ბარიერული მეთოდები:
  - კონდომი;
  - საშვილოსნოს ყელისბარიერები;
- ბუნებრივი მეთოდები;
- ჰორმონალური მეთოდები:
  - აბები;
  - ვაგინალური რგოლი;
  - ტრანსდერმალური პლასტერი;
  - საინექციო პრეპარატები;
  - იმპლანტები;
- IUD-სასვილოსნოს შიდა საშუალებები;
- სტერილიზაცია;
- გადაუდებელი კონტრაცეპცია.

*რა საინფორმაციო, საგანმანათლებლო და საკომუნიკაციო მასალები არის ხელმისაწვდომი და რა ინფორმაცია მიენიჭება რუტინულად ?*

- პროცედურის შესახებ;
- პოსტ-აბორტული მკურნალობის შესახებ;
- კონტრაცეპციის შესახებ;
- სხვა საჭიროებებისათვის.

*არის კონსულტაცია რუტინულად შეთავაზებული?*

- პროცედურის ;
- შემდგომი მკურნალობის;
- კონტრაცეპტივების;
- სხვა საჭიროებებისათვის.

*არის თუ არა სერვისები ეფექტურად და შედეგიანად წარმართული?*

- სერვისის-შიდა ტრენინგის რუტინულად ჩატარება;
- ადეკვატური ზედამხედველობა;
- საკმარისი ფინანსირება
- საკმარისი მედიკამენტებითა და მარაგით უზრუნველყოფა, დისტრიბუცია და შევსება ;
- ინფორმაციული სისტემის ადეკვატური მენეჯმენტი;
- ხარისხის განვითარების/შეფასების მექანიზმები;
- სერვისის მონიტორინგისა და შეფასების მექანიზმები.

*ადგილზე არის ადეკვატური რეფერალური სისტემა:*

- ხელოვნური აბორტისათვის(შემთხვევებში, როცა საქმე გვაქვს შეგნებულ უარზე პროვადერის მხრიდან);
- გართულებების მენეჯმენტისათვის;
- კონტრაცეფციისათვის;
- რეპროდუქციული ტრაქტის ინფექციის შემთხვევაში;
- სქესობრივი ძალადობის დროს;

### ბრაფი 3.3 გაგრძელება

*არის თუ არა ქალის ანონიმურობის ყველა ასპექტი დაცული აბორტთან მიმართებაში ?*

- ვიზუალური ანონიმურობა პროცედურისას და გამოკვლევისას;
- აუდიტორიული ანონიმურობა კონსულტირების, გამოკვლევისა და პროცედურის დროს;
- პროცედურისას მეორადი მნიშვნელობის პერსონალის ოთახიდან გასვლა;
- მიფეპრისტონის შემდგომ სახლში მიზოპროსტილის გამოყენების შეთავაზება;
- შესაფერისი ტუალეტები ,ანონიმურობის გარანტიით;
- აბორტის სერვისის ადგილისათვის ცალკე მაჩვენებელი

*არის ქალის კონფიდენციალურობა (აბორტთან მიმართებით) დაცული ?*

- სამედიცინო ჩანაწერებზე ხელმისაწვდომობა შეზღუდულია;
- კონფიდენციალურობა დაცულია ყველა ქალისათვის, მოზარდთა ჩათვლით.

*დახმარების გადადების შემთხვევები მინიმუმამდეა დაყვანილი?*

- არ უნდა იყოს სავალდებულო მოცდის პერიოდი;
- დროის საჭიროება მოთხოვნასა და პროცედურის დანიშვნას შორის;
- პროცედურისათვის ლოდინი, მოცდის დრო;
- ტოტალური დრო ჰოსპიტალში/კლინიკაში,

*არსებობს სხვა, პოტენციური სერვისის ჩატარების ბარიერი?*

- მოთხოვნა HIV ან სხვა ტესტებზე, რომლებიც არაა კლინიკურად ნაჩვენები;
- სავალდებულო კონსულტაცია, გარდა ქალისათვის აბორტის შესახებ საჭირო ინფორმაციის მიწოდებისა;
- მოთხოვნები აუცილებელ ულტრაბგერით გამოკვლევაზე აბორტამდე;
- მოთხოვნა მოუსმინონ ნაყოფის გულისცემას აბორტამდე;

მოთხოვნა ნახონ ხელოვნური აბორტის პერმანენტული სამედიცინო ჩანაწერები, რომელშიც არაა დაცული კონფიდენციალობა.

*ქალთა პერსპექტივები აბორტის სერვისთან დაკავშირებით*

- იყვნენ თუ არა კლინიკის პერსონალი და აბორტის პროვაიდერი პროფესიონალები და მეგობრულები?
- მიეწოდა თუ არა შესაბამისი ინფორმაცია პროცედურის, კონტრაცეპტივებისა და შემდგომი მკურნალობის შესახებ ?
- ჰქონდა ქალს შეკითხვების დასმის უფლება?
- პასუხი სათანადოდ გაეცათ შეკითხვებს?
- ანონიმურობა დაცული იყო?
- რეკომენდირებას გაუწევს თუ არა ქალი დანესებულებას?
- რეკომენდირებას გაუწევს თუ არა ქალი პროვაიდერს?

*პროვაიდერის პერსპექტივები*

- აკმაყოფილებს თუ არა მტკიცებებზე დაფუძნებულ სტანდარტს აბორტის სერვისის ორგანიზაცია და იმპლემენტაცია?
- მკურნალობის ხარისხი შესაფერისია?
- როგორ შეიძლება გაუმჯობესდეს მუშაობა დაკმაყოფილების ხარისხის გაზრდისათვის?
- აქვს ზედამხედველს ადექვატური მხარდაჭერა?
- არის სამუშაო სტიმულირებული (მაგ: ხელფასი ,გადასახადი, პროფესიონალური ზრდის შანსი) შესაფერისია?

### 3.6 დაფინანსება

ჯანდაცვის სერვისების ბიუჯეტი უნდა შეიცავდეს შესაბამის ფონდს შემდეგი სახის ხარჯების დასაფარად:

- ალტერნატიულობა, მედიკამენტები და მარაგი რაც საჭიროა უსაფრთხო აბორტის წარმოებისათვის;
- პერსონალის დრო;
- ტრენინგ-პროგრამები და ზედამხედველობა;
- ინსტრუქციათა განახლება;
- ჩანაწერების გაკეთება;
- მონიტორინგი და შეფასება.

იმ პირობით, რომ აბორტის პროგრამა შეიძლება იყოს ნაციონალურ დედათა და რეპროდუქციული ჯანდაცვის პროგრამებთან ინტეგრირებული, აბორტის მომსახურების გაუმჯობესების ხარჯები იქნება მინიმუმირებული. ზოგადად, უსაფრთხო აბორტის სერვისის ჩასატარებლად თითქმის არაა საჭიროპროვაიდერის დამატებითი უნარები, მედიკამენტები, ალტერნატიულობა ან მარაგი - ისეთრამ, რაც არ გამოიყენება ნებისმიერი გადაუდებელი სამედიცინო-გენეკოლოგიური დახმარებისას.

#### 3.6.1 დაწესებულების ან ჯანდაცვის სისტემის ხარჯები

უსაფრთხო, ლეგალური აბორტის ჩატარება უფრო ნაკლებ ხარჯებთანაა დაკავშირებული, ვიდრე საფრთხის შემცველი აბორტით გამოწვეული გართულებების მკურნალობა (43-47). აბორტისათვის საჭირო დანახარჯებში იგულისხმება იშვიათი კაპიტალური ხარჯები და პერიოდული დაბანდებები, როგორცაა ასპირაციის აპარატის (MVA) ;გასასინჯი მაგიდის; ორთქლის სასტერილიზაციოს ან ავტოკლავის; მოსაცდელი, საკონსულტაციო ოთახებისა და პალატების, ასევე ტუალეტების გარემონტების ხარჯები; პერიოდული ხარჯები მოიცავს: იმ ინსტრუმენტებისა და აპარატების შესყიდვას, რომელთა მარაგი რეგულარულად უნდა შეიცვას. მაგალითად, კათეტერები და მანუალური ვაკუუმ-ასპირატორები; ანტისეპტიკები და ინსტრუმენტთა მაღალი დონის დეზინფექციისათვის საჭირო

საშუალებები; წამლები ტკივილის მართვისათვის, ინფექციის პრევენციის და სამედიცინო აბორტისათვის.

გადანყვეტილების მიღება იმის თაობაზე, აბორტის რომელი მეთოდი შეირჩეს და როგორ მოხდეს სერვისის ორგანიზება, პირდაპირ-პროროციულადაა დაკავშირებული მომსახურების ფასთან და მის ხელმისაწვდომობასთან. ორი საორგანიზაციო საკითხია ყურადსაღები: ვაკუუმ-ასპირაციის მეთოდისათვის უპირატესობის მინიჭება D&C -თან შედარებით და ქალების ინფორმირება, რომ აბორტისათვის კლინიკას მიმართონ ორსულობის ადრეულ ვადებზე.

- D&C-დან ვაკუუმ-ასპირაციაზე ან მედიკამენტურ მეთოდზე გადასვლა არის ქალის საშვილოსნოს ევაკუაციისათვის უფრო უსაფრთხო და ამცირებს ჯანდაცვის სისტემის ხარჯებს (23, 24). ვაკუუმ-ასპირაციის პროცედურა შესაძლებელია შესრულდეს საშუალო დონის ჯანდაცვის პროვაიდერის მიერ ოფისში ან გასასინჯ ოთახში, მაშინ როცა D&C ხშირად სრულდება საოპერაციოში -ექიმის მიერ. აგრეთვე ვაკუუმ-ასპირაციის დროს, როგორც წესი, ნაკლები ტკივილგამაყუჩებლებია საჭირო, ვიდრე D&C-ის დროს (23,47,48).
- თუ ჯანდაცვის სისტემა ეფექტურად მიაწვდის ქალს ინფორმაციას იმის შესახებ, რომ ორსულობის ადრეულ ეტაპზე მიმართონ აბორტის სერვისს, პროცედურა უფრო იაფი ეღირება და შედარებით მეტი დანახარჯები თავიდან იქნება აცილებული. მაგალითად, მიფეპრისტონისა და მიზოპროსტოლის კომბინაციის გაცნობა ასოცირებული იყო საზოგადოების მიერ აბორტის სერვისის ძიებასთან ადრეულ გესტაციურ ვადებზე (49.50). მიზოპროსტოლის სახლში მიღება ქალისათვის მოსახერხებელია და ამცირებს პერსონალისა და დანესებულების გამოყენების საჭიროებას, აგრეთვე ქმნის იმის საშუალებას, რომ დაბალი ხარისხის დანესებულებებში მოხდეს მკურნალობა, რაც თავის მხრივ, შეამცირებს ტრანსპორტირების ხარჯებს და დროის დაკარგვას.

### 3.6.2 ქალაქისათვის სერვისის ღირებულებების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა

ხშირ შემთხვევაში სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამა მოსახლეობის უმრავლესობისათვის არაა ხელმისაწვდომი, ან დაზღვევის შემთხვევაში არსებული პაკეტი არ ანაზღაურებს აბორტის ხარჯებს. ზოგჯერ ჯანდაცვის სერვისების დაფინანსების სხვა წყაროებიც გამოიყენება, მაგალითად იმ ინდივიდთა შემოწირულობა, რომლებიც იყენებენ ჯანდაცვის სისტემას. WHO რეკომენდაციით ინდივიდთა მიერ სერვისზე გადასახადი უმჯობესია შეგროვილი იყოს, როგორც წინასწარი შენატანი ოპერაციამდე და არა უშუალოდ სერვისის მიღების დროს (51). თუმცა, ხშირად გადასახადი მოითხოვება ყოველ მომხმარებელზე და ეს არის სერიოზული ბარიერი ღარიბი ქალებისა და მოზარდებისათვის. გარდა ამისა, ქალებს, რომლებსაც სურთ აბორტის გაკეთება, შესაძლოა მოუწიოთ ზედმეტი თანხის გადახდა (ოფიციალური გადასახადის გარდა პროვაიდერებისათვის თანხის მიცემა), რაც ტრანსპორტირების ხარჯებთან და არჩევანზე დახარჯულ დროსთან ერთად შესაძლოა გახდეს ბევრი ქალისათვის ხელშემშლელი ფაქტორი. მაღალი გადასახადის თავიდან აცილების მიზნით ქალები მიმართავენ აბორტის თვითინდუცირებას ან არაუსაფრთხო აბორტის გზას, რაც ხშირად მწვავე გართულებებთან და ჰოსპიტალიზაციასთან არის დაკავშირებული (52,53).

ადამიანის უფლებების პატივისცემა, დაცვა და შესრულება მოითხოვს, რომ ქალებისათვის ლეგალური აბორტის სერვისი ხელმისაწვდომი იყოს მიუხედავად იმისა, აქვთ თუ არა მათ გადახდის საშუალება (54). იქ, სადაც მომხმარებელს უწევს გადახდა, აბორტის სერვისის საფასური უნდა იყოს მომხმარებლის გადახდისუნარიანობაზე მორგებული, ასევე უნდა განვითარდეს პროგრამები, რომელთა მეშვეობით მოზარდებსა და ღარიბ ქალებს არ მოუწევთ ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტისათვის თანხის გადახდა. აბორტის სერვისის ანაზღაურება, შესაძლებლობის ფარგლებში, უნდა იქნეს დაზღვევის გეგმაში შეტანილი. აბორტზე უარის თქმა ან გადადება იმ მიზეზით, რომ ქალს არ აქვს გადახდის საშუალება არ შეიძლება. გარდა ამისა, ყველა დანესებულებამ უნდა გააკონტროლოს, რომ პერსონალი არ იღებს რაიმე დამატებით თანხას მომხმარებლისაგან.

### 3.7 უსაფრთხო აბორტის სერვისის დაგეგმვისა და მართვის პროცესი

აბორტის სერვისების დაფუძნება ან მათზე ხელმისაწვდომობის გაძლიერება ნაციონალურ ან სუბნაციონალურ დონეზე, კანონების სრული დაცვით უნდა განხორციელოს კომპეტენტურმა პირმა, რომელსაც შეუძლია ლიდერობა და სხვა დაინტერესებულ პირთა შემოკრება, ფონდის მობილიზება და ტექნიკური სახის მრავალი აქტივობის მხარდაჭერა. იდეალურ შემთხვევაში ხელმძღვანელობა უნდა იყოს ჯანდაცვის ან სხვა ინსტიტუციის სამინისტროში/დეპარტამენტში, რათა ზეგავლენა მოახდინოს და მობილიზება გაუკეთოს ნაციონალურ აქტივობებს. მნიშვნელოვანი პირები არიან: მთავრობის სხვა სამინისტროს/დეპარტამენტის წარმომადგენლები, მაგალითად განათლების, გენდერის და ქალთა დაცვის, ადგილობრივი მთავრობის, სოციალური უზრუნველყოფის და მოზარდთა დაცვის; ასევე სამედიცინო უნივერსიტეტების და ჯანდაცვის პროფესიონალური ასოციაციების (განსაკუთრებით სამეანო-გენეკოლოგიური პროფილის) წარმომადგენლები და ოჯახის ექიმები, ექთნები, ბებიაქალები და ფარმაცევტები; საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სხვა კადრები; ქალის ჯანმრთელობის დამცველები, არასამთავრობო ორგანიზაციები, რომელიც ფოკუსირებულია ქალზე, ახალგაზრდობაზე, ჯანმრთელობასა და ადამიანთა უფლებების დაცვაზე (55).

პრინციპები, რომლებიც საფუძვლად უდევს აბორტის სერვისის ხარისხის განვითარებას უნდა ითვალისწინებდეს შემდეგს: პროცესი უნდა იყოს სახელმწიფოს გამგებლობაში და მის მიერვე მართვადი; მტკიცებებზე დაფუძნებული; მრავალი პერსპექტივის მომცველი; ყველასათვის ხელმისაწვდომი; სქესისა და გენერული თანასწორობის გამოხატველი და არა დისკრიმინაციული; ჯანდაცვასა და ადამიანთა უფლებებზე დაფუძნებული; სისტემაზე ფოკუსირებული(55).

აბორტის სერვისის გაძლიერება არის პოლიტიკური და მმართველობითი გამოწვევა. ამავ დროს კლინიკური და ტექნიკური ამოცანა. ერთ-ერთი მეთოდი, რომელიც ეფექტურად იქნა გამოყენებული ესაა WHO -ს სტრატეგიული მიდგომა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანდაცვის პოლიტიკის

და პროგრამების გაძლიერებისათვის (55-60). სტრატეგიული მიდგომა იწყება შემფასებელი გუნდის შექმნით, რომელიც წარმოადგენს დაინტერესებულ პირთა გაერთიანებას, რომლებიც განახორციელებენ შეფასებას აბორტთან დაკავშირებული საჭიროებების იდენტიფიცირების და პრიორიტეზირებისათვის, უზრუნველყოფენ კონტრაცეპტულ სერვისებზე ხელმისაწვდომობას და ხარისხიან დახმარებას.

შემფასებელი გუნდის რეკომენდაციებსა და კვლევებზე დაყრდნობით პოლიტიკის და პროგრამის ინტერვენცია ხორციელდება მცირე მასშტაბზე, რომ დადგენილ იქნას პროგრამის მიზანშეწონილობა, ეფექტურობა და ხელმისაწვდომობა. წარმატების შემთხვევაში ინტერვენცია უფრო ფართო მასშტაბებზე გავრცელდება.

ნებისმიერი მეთოდის გამოყენების შემთხვევაში აუცილებელია, რომ პოლიტიკისა და სერვისის გასაძლიერებლად წარმართული ყველა აქტივობა დაეფუძნოს: სერვისის მიწოდების სისტემის გაცნობიერებას, პროვაიდერთა საჭიროებებს, ქალების მოთხოვნებს და არსებულ სოციალურ, კულტურულ, ლეგალურ, პოლიტიკურ და ეკონომიკურ კონტექსტებს. აგრეთვე მნიშვნელოვანია მრავალი პერსპექტივის გაერთიანებაც. ეს ეხმარება იმის გარანტირებას, რომ შეფასებაზე დაფუძნებული რეკომენდაციები და გეგმები, უმრავლესობისათვის მისაღები იქნება და აქედან გამომდინარე, უფრო მეტად შესრულდება. დიდი მნიშვნელობა აქვს მომხმარებელთა და პოტენციურ კლიენტთა მომსახურების არსებული პერსპექტივების გათვალისწინებას, რამეთუ ესაა სერვისების გამოყენების და ბარიერების აღმოჩენის მთავარი წყარო. აგრეთვე მნიშვნელოვანია, რომ შეფასებით გაირკვეს ზოგადად - გამოკვლეულ ადამიანთა ხელმისაწვდომობა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე და სპეციფიურად - მათი ხელმისაწვდომობა კონტრაცეპციის შესახებ ინფორმაციაზე კონსულტაციაზე და მეთოდებზე, რამეთუ ესაა არასასურველი ორსულობის ინციდენტის მნიშვნელოვანი დეტერმინანტი.

### 3.7.1 არსებული სიტუაციის შეფასება

ლოკალურ კონტექსტში აბორტის მომსახურების გაუმჯობესების საჭიროება განსხვავებულია მასშტაბის მიხედვით-სისტემური დონიდან ინდივიდუალურ დანერგვებამდე - და სპეციფიკური არეალის/ზონების გათვალისწინებით, რომელთაც სჭირდებათ გაძლიერება. დანერგვების დონეზე აბორტის სერვისის გასაუმჯობესებლად (იხილეთ პარაგრაფი 3.5.2 ) ნაციონალურ ან ჯანდაცვის სისტემის დონეზე პირველი ნაბიჯი არის, არასასურველ ორსულობებთან და აბორტთან დაკავშირებით, მიმდინარე სიტუაციის შეფასება რიგი საკითხების შესახებ არსებული ინფორმაციის შეგროვება/ გაანალიზებით:

- სექსუალობასთან, კონტრაცეფციასა და აბორტთან დაკავშირებული კანონმდებლობა;
- ადამიანთა უფლებების შესახებ არსებული რატიფიცირებული შეთანხმებები;
- კონტრაცეპტივების მისაღებობა და ხელმისაწვდომობა;
- სექსუალური განათლება;
- სერვისის-მიწოდების სტანდარტები და გზამკვლევები;
- ჯანდაცვისა და სხვა მსგავსი პროფესიული სკოლების სასწავლო პროგრამა;
- აბორტთან დაკავშირებული სამედიცინო მოწყობილობებისა და წამლების ხელმისაწვდომობა;
- ჯანდაცვის სტატისტიკა დანერგვების და ნაციონალურ დონეზე;
- დემოგრაფიული /რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გამოკვლევები;
- რელევანტური კვლევები;
- ჯანმრთელობის დაზღვევა ან სხვა ზომები აბორტის სერვისისათვის გედმეტი ხარჯის თავიდან ასაცილებლად.

არსებული ინფორმაციის შეკრებისა და მიმოხილვის შემდეგ გუნდს შეუძლია შექმნას გზამკვლევი, რომელსაც გამოიყენებენ ხელმძღვანელები და ჯანდაცვის პროვაიდერები, ასევე ქალები და თემის სხვა წევრები. გაიდლაინის კითხვები შეიძლება უნდა იყვნენ მიმართული

პოლიტიკის, პროგრამების და სერვისების გაძლიერებისაკენ, რათა:

- თავიდან იქნას აცილებული არასასურველი ორსულობა;
- გააუმჯობესდეს უსაფრთხო აბორტის ხელმისაწვდომობა;
- გააუმჯობესდეს აბორტის ხარისხი.

თითოეული მათგანის დეტალური განხილვა დაეხმარება გუნდს აღმოაჩინოს და პრიორიტეტი მიანიჭოს უფრო კრიტიკულ პოლიტიკურ და პროგრამულ საჭიროებებს. გზამკვლევი წარმოდგენილია სტრატეგიის შეფასების პროცესის წარმართვის შესახებ უფრო დეტალური ინფორმაციით (61) შემდეგ მისამართზე: ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/familyplanning/RHR\\_02\\_11](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/familyplanning/RHR_02_11)).

### 3.7.2 ინტერვენციათა გაცნობა აბორტის სერვისის გასაძლიერებლად

ახალი პოლიტიკის და პროგრამების ინტერვენციები უნდა განხორციელდეს ფაქტებზე დაფუძნებული საუკეთესო პრაქტიკით. აბორტის პოლიტიკის და პროგრამების მტკიცებულებები ასახულია რეკომენდაციებში, რომელიც წარმოდგენილია სახელმძღვანელო დოკუმენტში. თუმცა, პროგრამის მენეჯერებს სურთ დარწმუნდნენ იმაში, რომ არსებული რესურსებიდან გამომდინარე ახალი პოლიტიკის და პროგრამების განხორციელების ლოკალური მტკიცებები, ეფექტურობა, მისაღებობა, სერვისის მიწოდების პრაქტიკა, პოლიტიკის და პროგრამის მეთოდოლოგიის ცვლილებებისათვის საჭირო თანხა, იქნება თუ არა საკმარისი დანერგვისათვის / დიდ მასშტაბზე გავრცელებისათვის. მაშინაც კი როდესაც ინტერვენციები დაფუძნებულია საერთაშორისოდ აღიარებულ კარგ პრაქტიკაზე, ზოგიერთი მტკიცების ადგილობრივად განხორციელება და მისაღებლობა თემის წევრთა შორის, როგორც წესი, საჭიროებს გავრცელების შეზღუდვას. პოლიტიკის წარმართველთა მიერ მოთხოვნილი მტკიცებების ხარისხიდან გამომდინარე ინტერვენციების ტესტირებამ შეიძლება განიცადოს მერყეობა მარტივი პილოტირებული ან დემონსტრაციული პროექტიდან, უფრო საფუძვლიან გამოკვლევამდე.

### 3.7.3 პოლიტიკის გავრცელება და პროგრამული ინტერვენციები

გავრცელება ნიშნავს ჯანდაცვის სისტემის შესაძლებლობას გაავრცელოს მართვისა და ინტერვენციების პროგრამები, რომლებიც უკვე წარდგენილი არიან აბორტის სერვისის ხელმისაწვდომობის გასაუმჯობესებლად, რათა მთელი მოსახლეობის დონეზე იქნეს მიღწეული შედეგი. მეტისმეტად ხშირად ხდება ისე, რომ გავრცელებას მიიჩნევენ როგორც პროგრამის გავრცობის ჩვეულებრივ საფეხურს და არ აქცევენ სათანადო/ განსაკუთრებულ ყურადღებას. როდესაც პროგრამის დემონსტრირებისას ინტერვენციების წარმატება დადასტურდება, მას ჯანდაცვის სისტემა აღიარებს და იწყებს მის გავრცელებას, იმ დასკვნაზე დაყრდნობით, რომ პილოტურ ფაზაში წარმატება საკმარისია მის ფართო მასშტაბზე გასავრცელებლად. ხშირად ეს ასეცაა, თუმცა უფრო ხშირად საპირისპირო ხდება. წარმატებულ გავრცელებას სჭირდება სისტემატური დაგეგმარება, მენეჯმენტი, გზამკვლევები და იმ პროცესთა მხარდაჭერა, რომელთა მეშვეობით ვრცელდება ინტერვენციები და ხდება მათი ინსტიტუციონალიზაცია. გავრცელებას ასევე სჭირდება შესაბამისი ადამიანური და ფინანსური რესურსები პროცესის მხარდასაჭერად. გავრცელების სტრატეგიათა პროცესის განვითარების შესახებ ამომწურავი ინფორმაციაა გზამკვლევში, რომელიც ხელმისაწვდომია WHO და ExpandNet -ში (62-64; <http://www.expandnet.net/tools>).

გავრცელების სისტემური მიდგომების ასეინიშნება, რომ პროცესი მიმდინარეობს " რეალური სამყაროს" სირთულეების გათვალისწინებით, რომელიც შედგება ურთიერთსაპირისპირო ინტერესების მქონე განსხვავებული წევრებისაგან. ტექნიკურ მოთხოვნებზე ყურადღების მიქცევა აუცილებელია, მაგრამ ასევე მნიშვნელოვანია პოლიტიკური, მენეჯერული და საკუთრების მომცველი საკითხები, რომლებიც მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ, რადგან ხარისხის გასაუმჯობესებელი ინტერვენციების დანერგვა ხშირად მოითხოვს ღირებულებების გადაფასებას, ისევე როგორც პრაქტიკის შეცვლას. ეს კი განსაკუთრებით საყურადღებოა უსაფრთხო აბორტის თემის განხილვისას.

ჯანდაცვის სისტემებს ხშირად შეზღუდული შესაძლებლობები აქვთ გაავრცელონ სხვადასხვა საჭირო სერვისები, რომელთაც მმართველობა აკონტროლებს და ახალი ინტერვენციების წარდგენამ შესაძლოა კიდევ უფრო გაამწვავოს ისედაც დაძაბული სისტემა. თუმცა, როცა გავრცელება ხორციელდება სისტემური მიდგომით და შესაფერისი ფინანსური და ადამიანური რესურსების მხარდაჭერით, პროცესი შესაძლოა წარიმართოს წარმატებულად და მიზანიც მიღწევადი გახდეს, მიზანი უნივერსალური ხელმისაწვდომობა ჯანდაცვაზე, მათ შორის კი უსაფრთხო აბორტის სერვისზე.



## სყარობები

### References

1. Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda. Geneva, World Health Organization, 2009.
2. Myers JE, Seif MW. Global perspective of legal abortion – trends, analysis and accessibility. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2010, 24:457–466.
3. Warriner IK et al. Can midlevel health-care providers administer early medical abortion as safely and effectively as doctors? A randomised controlled equivalence trial in Nepal. *Lancet*, 2011, 377:1155–1161.
4. Kishen M, Stedman Y. The role of advanced nurse practitioners in the availability of abortion services. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2010, 24:569–578.
5. Jejeebhoy S et al. Can nurses perform MVA as safely and effectively as physicians? Evidence from India. *Contraception*, 2011, 84:615–621.
6. Warriner IK et al. Rates of complication in first-trimester manual vacuum abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet*, 2006, 368(9551):1965–1972.
7. Shearer JC, Walker DG, Vlassoff M. Cost of postabortion care in low- and middle-income countries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2009, 108:165–169.
8. Bracken H. Family Planning Association of India (FPAI)/Gynuity Health Projects Research Group for Simplifying Medical Abortion in India. Home administration of misoprostol for early medical abortion in India. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2010, 108:228–232.
9. Shannon C et al. Regimens of misoprostol with mifepristone for early medical abortion: a randomised trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2006, 113:621–628.
10. Ngo TD et al. Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. Geneva, World Health Organization, 2011 (Report no. 89).
11. Complications of abortion: technical and managerial guidelines for prevention and treatment. Geneva, World Health Organization, 1995.
12. Sexual and reproductive health care core competencies for primary health. Geneva, World Health Organization, 2011.
13. Freedman M et al. Comparison of complication rates in first trimester abortions performed by physician assistants and physicians. *American Journal of Public Health*, 1986, 76:550–554.
14. Greenslade F et al. Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care*, 1993, 3(2):1–4.
15. Berer M. Provision of abortion by mid-level providers: international policy, practice and perspectives. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009, 87:58–63.
16. Iyengar SD. Introducing medical abortion within the primary health system: comparison with other health interventions and commodities. *Reproductive Health Matters*, 2005, 13:13–19.
17. Yarnell J, Swica Y, Winikoff B. Non-physician clinicians can safely provide first trimester medical abortion. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:61–69.
18. Cook RJ, Dickens BM. Human rights dynamics of abortion law reform. *Human Rights Quarterly*, 2003, 25:1–59.
19. General Comment No. 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child. Geneva, Committee on the Rights of the Child, 2003 (Report no. CRC/GC/2003/4).
20. World Health Organization and The Office of the United Nations High Commissioner for Refugees. Clinical management of survivors of rape. A guide to the development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations. Geneva, World Health Organization, 2002.
21. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Respect-

- ing adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 92:182–187.
22. Billings D et al. Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:87–95.
  23. Johnson BR et al. Costs and resource utilization for the treatment of incomplete abortion in Kenya and Mexico. *Social Science and Medicine*, 1993, 36:1443–1453.
  24. Jowett M. Safe motherhood interventions in low-income countries: an economic justification and evidence of cost effectiveness. *Health Policy*, 2000, 53:201–228.
  25. WHO model list of essential medicines, 16th ed. Geneva, World Health Organization, 2010.
  26. Model certificate of a pharmaceutical product. Geneva, World Health Organization, 2011 ([http://www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/regulation\\_legislation/certification/modelcertificate/en/index.html](http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/regulation_legislation/certification/modelcertificate/en/index.html), accessed 1 September 2011).
  27. Mitchell EMH et al. Building alliances from ambivalence: evaluation of abortion values clarification workshops with stakeholders in South Africa. *African Journal of Reproductive Health*, 2005, 9:89–99.
  28. The abortion option: a values clarification guide for health care professionals. Washington, DC, National Abortion Federation, 2005.
  29. Turner KL, Chapman Page K. Abortion attitude transformation: a values clarification toolkit for global audiences. Chapel Hill, Ipas, 2008.
  30. Billings D et al. Midwives and comprehensive postabortion care in Ghana. In: Huntington D, PietPelon NJ, eds. *Postabortion care: lessons from operations research*. New York, Population Council, 1999:141–158.
  31. Dickson-Tetteh K et al. Abortion care services provided by registered midwives in South Africa: a report on the midwifery training program. *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28:144–150.
  32. Senegal: postabortion care. Train more providers in postabortion care. New York, Population Council, 2000.
  33. PRIME postabortion care. Program for International Training in Health (INTRAH). Chapel Hill, University of North Carolina, 2001.
  34. Yumkella F, Githiori F. Expanding opportunities for postabortion care at the community level through private nurse-midwives in Kenya. Chapel Hill, Program for International Training in Health (INTRAH), 2000.
  35. Healy J, Otsea K, Benson J. Counting abortions so that abortion counts: indicators for monitoring the availability and use of abortion care services. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2006, 95:209–220.
  36. Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health. Geneva, World Health Organization, 2010.
  37. Monitoring emergency obstetric care: a handbook. Geneva, World Health Organization, 2009.
  38. World Health Organization, UNFPA. National-level monitoring of the achievement of universal access to reproductive health: conceptual and practical considerations and related indicators. Geneva, World Health Organization, 2008.
  39. Mulligan EA. Striving for excellence in abortion services. *Australian Health Review*, 2006, 30:468–473.
  40. Foy R et al. Theory-based identification of barriers to quality improvement: induced abortion care. *Journal for Quality in Health Care*, 2005, 17:147–155.
  41. Morrison J. Audit of the care of women requesting induced abortion. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2003, 23:521–524.
  42. EngenderHealth, Ipas. COPE® for comprehensive abortion care: a toolkit to accompany the COPE handbook. EngenderHealth Quality Improvement Series. New York, EngenderHealth, 2009.
  43. Billings DL, Benson J. Postabortion care in Latin

- America: policy and service recommendations from a decade of operations research. *Health Policy and Planning*, 2005, 20:158–166.
44. Johnston HB, Gallo MF, Benson J. Reducing the costs to health systems of unsafe abortion: a comparison of four strategies. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2007, 33:250–257.
  45. Vlassoff M et al. Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges. Brighton, Institute of Development Studies, 2008 (Report no. 59).
  46. Levin C et al. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:120–132.
  47. Hu D et al. Cost-effectiveness analysis of unsafe abortion. *African Journal of Reproductive Health*, 2010, 14:85–103.
  48. Grimes D et al. Abortion in the seventies. In: *The Joint Program for the Study of Abortion/CDC – a preliminary report*. Washington, DC, National Abortion Federation, 1977:41–46.
  49. Jones R, Henshaw R. Mifepristone for early medical abortion: experiences in France, Great Britain and Sweden. *Perspectives in Sexual and Reproductive Health*, 2002, 34:154–161.
  50. Finer L, Wei J. Effect of mifepristone on abortion access in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 114:623–630.
  51. Performance incentives for health care providers. Geneva, World Health Organization, 2010 (Discussion Paper 1).
  52. Duggal R. The political economy of abortion in India: cost and expenditure patterns. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12(24 Suppl.):130–137.
  53. Nagma-e-Rehan. Cost of the treatment of complications of unsafe abortion in public hospitals. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2011, 61:169–172.
  54. Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. In: *Fifty-eighth World Health Assembly*, 16–25 May 2005. Geneva, World Health Organization, 2005 (WHA58/2005/REC/1).
  55. The WHO Strategic Approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programmes. Geneva, World Health Organization, 2007.
  56. Abortion in Viet Nam: an assessment of policy, programme and research issues. Geneva, World Health Organization, 1999.
  57. Johnson BR, Horga M, Fajans P. A strategic assessment of abortion and contraception in Romania. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12(24 Suppl.):184–194.
  58. Tsogt B, Kisghgee S, Johnson BR. Applying the WHO Strategic Approach to strengthening first and second trimester abortion services in Mongolia. *Reproductive Health Matters*, 2008, 16(31 Suppl.):127–134.
  59. Strategic assessment of policy, quality and access to contraception and abortion in the Republic of Macedonia. Skopje, Republic Institute for Health Protection, 2008.
  60. Jackson E et al. A strategic assessment of unsafe abortion in Malawi. *Reproductive Health Matters*, 2011, 19:133–143.
  61. Making decisions about contraceptive introduction. A guide for conducting assessments to broaden contraceptive choice and improve quality of care. Geneva, World Health Organization, 2002.
  62. World Health Organization, ExpandNet. Practical guidance for scaling up health service innovations. Geneva, World Health Organization, 2009.
  63. World Health Organization, ExpandNet. Nine steps for developing a scaling-up strategy. Geneva, World Health Organization, 2010.
  64. World Health Organization, ExpandNet. Beginning with the end in mind: planning pilot projects and programmatic research for scaling up success. Geneva, World Health Organization, 2011.



## თავი მეოთხე

### პოლიტიკის და ნორმატიულ-სამართლებრივი ასპექტები

#### რეზიუმე

- არაუსაფრთხო აბორტი არის დედათა სიკვდილობისა და ავადობის ოთხ ძირითად მიზეზთაგან ერთ-ერთი. მისმიზეზად ხშირად უსაფრთხო აბორტის სერვისების ნაკლებად ხელმისაწვდომობას ასახელებენ. ინდუცირებული აბორტითიქმის ყველა ქვეყანაში სრულდება განსხვავებულ სიტუაციებში, მაგრამ კანონმდებლობის შესაბამისად.
- ადამიანთა უფლებების დამცველები და სასამართლოები საერთაშორისო, ადგილობრივ და ნაციონალურ დონეებზე რეკომენდაციას უწევენ აბორტის დეკრიმინალიზაციას და დახმარების უზრუნველყოფას ქალების სიცოცხლის და ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით, ასევე სქესობრივი ძალადობის შემთხვევაში. მაშინაც კი როცა ეს შეზღუდულად ხდება, კანონმდებლობა ემსახურება ზოგადად, ქალის ჯანმრთელობის შენარჩუნებასა და დაცვას.
- დამატებითი ბარიერი, რომელიც შესაძლოა იყოს ან არც იყოს აღნიშნული კანონში, ხშირად აფერხებს ქალს მიიღოს სერვისი ლეგალურად. ეს ბარიერებია: ინფორმაციის სიმცირე; მესამე პირის დასწრების აუცილებლობა; შეზღუდული ოდენობა დანესებულებებისა და პროვაიდერებისა, რომელთაც შეუძლიათ კანონიერად წარმართონ სერვისი; ხელმისაწვდომი ფასის არსებობისა და კონფიდენციალობის/ანონიმურობის დაცვის გარანტიის არ ქონა; პროვაიდერთა ნაწილისაგან შეგნებული უარის თქმის შესაძლებლობა, რეფერალური კლინიკაში გაგზავნის გარეშე.
- აუცილებელია ხელსაყრელი ნორმატიულ-სამართლებრივი რეჟიმის /გარემოს არსებობა, რათა ყველა ქალს, რომელსაც ლეგალურად აქვს აბორტის სერვისის მიღების უფლება, ჰქონდეს ხელმისაწვდომობა მაღალი ხარისხის მომსახურებაზე. სტრატეგია ისე უნდა იყოს განსაზღვრული, რომ შეიქმნას ქალთა უფლებების დაცვისა და ჯანმრთელობის პოზიტიური

შედეგების მიღწევის წინაპირობები, მათ შორის ოჯახის დაგეგმვის თაობაზე ინფორმაციის გავრცელების და მაღალხარისხიანი მომსახურების შეთავაზების/აღმოჩენის თვალსაზრისით. ამავე დროს უნდა მოხდეს მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფების კონკრეტული მოთხოვნების დაკმაყოფილება. მათ შორის: ღარიბი ქალების, სქესობრივი ძალადობის მსხვერპლთა, HIV -ით დაავადებულების და მოზარდების.

#### 4.1 ქალების ჯანმრთელობა და ადამიანთა უფლებები

დედათა სიკვდილობის 13% გამონვეულია არაუსაფრთხო აბორტით (1), ხოლო ტოტალურად სიკვდილიანობისა და ინვალიდობის 20% კი - დაკავშირებულია ორსულობასა და მშობიარობასთან (2). თითქმის ყოველთვის, არაუსაფრთხო აბორტით გამონვეული სიკვდილსა და ავადობას ადგილი აქვს ისეთ ქვეყნებში, სადაც მისი ჩატარება კანონით და პრაქტიკულად შეზღუდულია. ყოველწლიურად დაახლოებით 47000 ქალი კვდება არაუსაფრთხო აბორტით განპირობებული გართულებების შედეგად (3). დაახლოებით 5 მილიონი ქალი კი ავადდება დროებით ან სამუდამოდ, უშვილობის ჩათვლით (4). იქ, სადაც უსაფრთხო აბორტის ხელმისაწვდომობაზე ნაკლები შეზღუდვაა, სიკვდილიანობისა და ავადობის მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად შემცირებულია (5). ეს თავი ყურადღებას ამახვილებს ქალის ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებებს შორის არსებულ მჭიდრო კავშირზე და მათი დაცვისათვის კანონებისა და პოლიტიკის საჭიროებაზე.

სახელმწიფოების უმრავლესობამ მოახდინა საერთაშორისო ხელშეკრულებებისა და კონვენციების რატიფიცირება, რომლებიც იცავენ ადამიანთა უფლებებს, შემდეგის ჩათვლით: ჰქონდეთ ჯანდაცვის მომსახურების უმაღლესი სტანდარტი. არადისკრიმინაციის, სიცოცხლის, თავისუფლების, უსაფრთხოების, ასევე არაადამიანური, დამამცირებელი მოპყრობის თავიდან აცილების, განათლებისა და ინფორმაციის მიღების უფლება. ეს უფლებები უფრო ვრცლად განმარტებული და წარმოდგენილია

რეგიონალურხელშეკრულებებში, რომლებიც დადგენილია მრავალი სახელმწიფოს ეროვნულ კონსტიტუციასა და კანონებში. ადამიანთა უფლებების გათვალისწინებით, გაერთიანებული ერების საერთაშორისო კონფერენციაზე “მოსახლეობა და განვითარება” 1999 (ICPD+5) მთავრობები შეთანხმდნენ, რომ განიხილონ და შეაფასონ პროცესი „ისეთ სიტუაციებში, რომლებშიც აბორტი არაა კანონსაწინააღმდეგო ქმედება, ჯანდაცვამ უნდა განვრთნას, ალტურვოს ჯანდაცვის სისტემის პროვაიდერები და მიიღოს სხვა ზომები, რათა გარანტირებულ იქნას ამგვარი აბორტების უსაფრთხოება და ხელმისაწვდომობა. საჭიროა დამატებითი ზომების მიღება, რათა დაცული იყოს ქალის ჯანმრთელობა“ (6). დოკუმენტის ორიგინალი, უსაფრთხო აბორტი: ტექნიკური და პოლიტიკის გზამკვლევი ჯანდაცვის სისტემებისათვის, რომელიც დაიბეჭდა World Health Organization (WHO)-ს მიერ გამოიცა 2003 წელს - ამ შეთანხმების შემდეგ(7).

ბოლო 15 წლის მანძილზე, ადამიანთა უფლებები აბორტის კონტექსტში სულ უფრო მეტად გამოიყენება საერთაშორისო და რეგიონალური ადამიანთა უფლებების ორგანიზაციებისა და ეროვნული სასამართლოების მიერ, გაერთიანებული ერების მონიტორინგის ორგანიზაციის ჩათვლით (იხ გრაფა 4.1).

მათ სახელმწიფოებს ურჩიეს, რომ შეცვალონ კანონები, რომლებიც კრიმინალიზებას ახდენენ იმ სამედიცინო პროცედურებს, რომლებიც ესაჭიროებათ მხოლოდ ქალებს და აგრეთვე უარი თქვან ამ პროცედურის გამოვლილი ქალების დასაჭაზე(8), ორივე რეკომენდაცია გამოდგება აბორტის შემთხვევაში. ქალების ჯანმრთელობისა და ადამიანთა უფლების დასაცავად ადამიანთა უფლებებზე მომუშავე ორგანიზაციებმა რეკომენდაცია გაუწიეს ქვეყნებს, რათა მათ ყველანაირად ეცადონ რომ ქალებს არ მოუწიოთ ფარულად, სიცოცხლისათვის საშიში აბორტის პროცედურის ძიება და აგრეთვე აბორტი გახადონ ლეგალური, მინიმუმ იმ შემთხვევების დროს, როდესაც არასრული აბორტის შემდეგ ფეხმძიმობის გაგრძელება ქალის სიცოცხლესა(9) და ქალის ჯანმრთელობას (10) ემუქრება, ასევე გაუპატიურებისა და ინცესტის დროს(11).მათ აგრეთვე რეკომენდაცია გაუწიეს სახელმწიფოებს, რომ უზრუნველყონ დროული და ხელმისაწვდომი მაღალი ხარისხის ჯანდაცვის სერვისის ჩატარება ქალის სრული ინფორმირების შემდეგ, მისივე თანხმობით, მისდამი პატივისცემის გამოხატვით. გარანტირებულუნდაიქნასკონფიდენციალურობის დაცვა და შეესაბამებოდეს ქალის საჭიროებებსა და მოლოდინს (8).

## გრაფა 4.1

**უსაფრთხო აბორტთან მიმართებაში ადამიანთა უფლებების გამოყენების მაგალითები, ყოვლისმომცველი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის კონტექსტში - ადამიანთა უფლებების დაცვის საერთაშორისო და რეგიონალური ორგანიზაციების მიერ.**

ადამიანთა უფლებები, რომლებიც განმტკიცებულია საერთაშორისო და რეგიონალური შეთანხმებებით, ასევე ნაციონალური კონსტიტუციით, წარმოადგენს გაერთიანებული ერების მონიტორინგის ორგანოს პროდუქტს და მოიცავს ზოგადკომენტარებს/რეკო- მენდაციებს სახელმწიფოსათვის დასკვნითი შენიშვნების სახით, ისე როგორც რეგიონალური და ეროვნული სასამართლოების გადაწყვეტილების ფორმით ყალიბდება ადამიანთა უფლებების თაობაზე ანგარიშგების სისტემა საერთაშორისო ,ეროვნულ და რეგიონულ დონეებზე. ისინი კარგ მეგზურობას უწევენ სახელმწიფოს(დასკვნითი შენიშვნებით ინდივიდუალურად ქვეყნისათვის ) და აწვდიან ინფორმაციას ადამიანთა უფლებების დაცვის, პატივისცემისა და სრულფასოვანი უზრუნველყოფისათვის საჭირო ზომების შესახებ.

გაეროს მონიტორინგის ორგანოებმა, რეგიონალურმა და ეროვნულმა სასამართლოებმა ბოლო ათწლეულის განმავლობაში მნიშვნელოვანი ყურადღება დაუთმეს აბორტის თემას, აგრეთვე არაუსაფრთხო აბორტით გამოწვეულ დედათა სიკვდილიანობას, აბორტის კრიმინალიზაციას და შემზღუდავ კანონებს, რომლებიც უბიძგებენ ქალებს არალეგალური, საფრთხის შემცველი აბორტის ძიებისაკენ. მათ მოუწოდეს სახელმწიფოებს, რომ უზრუნველყონ ქალები და მოზარდები ამომწურავი ინფორმაციითა და სერვისებით სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობის საკითხებთან დაკავშირებით და დაგმონ ადმინისტრაციული და მარეგულირებელი ბარიერები, რომლებიც ხელს უშლიან ქალებს უსაფრთხო აბორტის ხელმისაწვდომობასა და აბორტის შემდგომი გართულებების მკურნალობაში. თუ ამას არ გააკეთებენ, სახელმწიფოები დაარღვევენ ხელშეკრულებებს და კონსტიტუციონალურ ვალდებულებას - პატივი სცენ და დაიცვან სიცოცხლის უფლება, არადისკრიმინაციის უფლება, უმადლესი ჯანდაცვის სტანდარტის უფლება, ბოროტი, არაჰუმანური, დეგრადირებული საქციელის თავიდან აცილების უფლება და ანონიმურობის, კონფიდენციალურობის უფლება, ინფორმაციისა და განათლების უფლება. გაეროს შეთანხმებათა მონიტორინგის ორგანოების რეკომენდაციები და რეგიონალური სასამართლოების გადაწყვეტილებები სახელმწიფოებთან მიმართებაში, მოიცავს შემდეგ მაგალითებს:

### **აბორტის ლეგალური საფუძვლების გარანტირება**

- არაუსაფრთხო აბორტის პრევენციული ზომების მიღება, ცვლილებების შეტანა აბორტის შემზღუდავ კანონებში, რომლებიც საფრთხეს უქმნიან ქალებისა და მოზარდების სიცოცხლეს (9).
- ლეგალური აბორტის ჩატარების შემთხვევებში, როდესაც არასრული აბორტის გამო გაგრძელებული ორსულობა ემუქრება ქალისა და მოზარდის სიცოცხლეს (10)
- ლეგალური აბორტის ჩატარება გაუპატიურებისა და ინცესტის შემთხვევების დროს(11).
- ცვლილებების შეტანა იმ კანონებში, რომლებიც სისხლის სამართლებრივ პასუხისმგებ -ლობას შეიცავს და ხელს უწყობენ მედიკამენტური აბორტის კრიმინალიზაციას, ესაჭიროებათ ქალებს ასეთი პროცედურისათვის სასჯელის აცილებისათვის (12).

*დეტალურმა წყაროებმა აჩვენა, რომ გაეროს ხელშეკრულების მონიტორინგის ორგანოების ზოგადი კომენტარები და რეკომენდაციები სულ უფრო იზრდება ისე, როგორც შემაჯამებელი შენიშვნები ,რეგიონალური ორგანიზაციების პირობები და რეგიონალური სასამართლოების გადაწყვეტილებები აბორტთან დაკავშირებით.*

ქალის ჯანმრთელობასა და უსაფრთხო აბორტს შორის არსებული კავშირის სააშკარაოზე გამოტანის შემდეგ რეკომენდებულია, რომ კანონებმა და მართვის ფორმებმა დაიცვან და პატივი სცენ ქალის ჯანმრთელობასა და მათ უფლებებს.

## გრამა 4.1 გაგრძელება

### უსაფრთხო აბორტის პროცესის დაგეგმვა და მართვა

- უზრუნველყოფილუნდა იყოს დროული და ხელმისაწვდომი მაღალი ხარისხის ჯანდაცვის სერვისი, რომელიც ტარდება ქალის სრული ინფორმირების შემდეგ მიღებული თანხმობით, მისდამი პატივისცემისგამოხატვით, კონფიდენციალურობის გარანტირებული დაცვით .იგი უნდა შეესაბამებოდეს ქალის საჭიროებებსა და მოლოდინს (13).
- უნდა შემცირდეს ნაადრევი ორსულობითა და არაუსაფრთხო აბორტის პრაქტიკით გამოწვეული დედათა სიკვდილობა და ავადობა მოზარდებში, განვითარდეს და განხორციელდეს პროგრამები, რომლებიც უზრუნველყოფენ სექსუალურ და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების ხელმისაწვდომობას. მათ რიცხვში: ოჯახის დაგეგმვის, კონტრაცეფციის და უსაფრთხო აბორტის სერვისის ჩათვლით, სადაც აბორტი არაა კანონსაწინააღმდეგო ქმედება(14).
- უნდა მოხდეს სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე არსებული ინფორმაციის წარმოდგენა და მექანიზმის შემუშავება, რომელიც უზრუნველყოფს ყველა ქალისა და მოზარდისათვის ლეგალური აბორტის სერვისების შესახებ ინფორმაციის ხელმისაწვდომობას (15).

### რეგულირების, პოლიტიკის და ხელმისაწვდომობის ბარიერების დაძლევა

- გაუქმდეს მესამე პირის თანხმობის აუცილებლობა, რომელიც არღვევს ქალებისა და მოზარდების უფლებებსა და პირად თავისუფლებას - მიიღონ გადაწყვეტილება რეპროდუქციის შესახებ (16).
- იმ ბარიერთა აღკვეთა, რომლებიც ქალებს ხელს უშლის ჯანდაცვის სერვისის მიღებაში. მაგალითად, ჯანდაცვის სერვისის ძვირადღირებულება, მეუღლის, მშობლის ან ჰოსპიტალის ხელმძღვანელისაგან წინასწარი ნებართვის მიღების საჭიროება, ჯანდაცვის დაწესებულებამდე დიდი მანძილისარსებობა და მოხერხებული, ხელმისაწვდომი საზოგადოებრივი ტრანსპორტის არ ქონა და აგრეთვე იმის უზრუნველყოფა, რომ მედპერსონალის მიერ შეგნებული უარის შემთხვევაში ინდივიდს ხელი არ შეეშალოს იმ სერვისის მიღებაში, რომლის ლეგალური უფლება აქვს (17).
- საკანონმდებლო /ან პოლიტიკური ბაზის შექმნა, რომელიც უზრუნველყოფს ქალის ხელმისაწვდომობას აბორტის სერვისებზე ისეთ შემთხვევებში, როდესაც ეს სამედიცინო პროცედურა კანონით დაშვებულია (18).

### აბორტის გართულებების მკურნალობა

- ინდუცირებული აბორტის შესახებ კანონის არსებობის მიუხედავად აბორტის შემდგომი გართულებების დროული მკურნალობა, რათა დაცულ იქნას ქალის ჯანმრთელობა და სიცოცხლე(19).
- გამოირიცხოს ჩვენების/აღიარების მოპოვების პრაქტიკა სამართლებრივი დევნის მიზნით, როდესაც ქალი საჭიროებს გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას არალეგალური აბორტის გამო და ექიმებისა და სხვა ჯანდაცვის პერსონალის კანონით დავალდებულება, რომ აცნობოს სამართალდამცავ ორგანოებს იმ ქალთა შესახებ, ვინც გაიკეთა აბორტი(20).



#### 4.2 კანონები და მათი იმპლემენტაცია ადამიანის უფლებების კონტექსტში

აბორტის ლეგალურ აკრძალვას არ მოაქვს აბორტის შემთხვევების შემცირება და არც შობადობის მაჩვენებლის გაზრდა (21,22) და პირიქით „კანონები და პოლიტიკა, რომლებიც უზრუნველყოფენ უსაფრთხო აბორტზე ხელმისაწვდომობას, არ ზრდის ჩატარებული აბორტების რაოდენობის სიხშირეს. პრინციპული ეფექტი არის ის, რომ ფარული პროცედურებიდან პაციენტები გადადიან ლეგალურ და უსაფრთხო სერვისების მიღებაზე (21,23).

აბორტის სერვისის ლეგალურად აკრძალვა არ ამცირებს მასზე მოთხოვნას, მაგრამ როგორც წესი ზრდის იმ ქალთა რიცხვს, რომლებიც იწყებენ უკანონო და არაუსაფრთხო აბორტის ძიებას, რაც თავის მხრივ, ზრდის სიკვდილიანობისა და ავადობის შემთხვევებს. ლეგალური აკრძალვა უამრავ ქალს აიძულებს ამგვარი სერვისის სხვა ქვეყანაში/შტატში ეძიოს (24,25), რაც დიდ თანხებთანაა დაკავშირებული, აფერხებს სერვისის მიწოდებას და ქმნის სოციალურ უთანასწორობას. აბორტის შეზღუდვა მოსახლეობის გაზრდის მიზნით რამდენიმე ქვეყანაში განხორციელდა. ყოველი ასეთი შემთხვევისას აბორტის შეზღუდვამ გამოწვია არალეგალური, არაუსაფრთხო აბორტებისაგან და ორსულობასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის ზრდა, შობადობის მხოლოდ უმნიშვნელოდ მომატების ფონზე (26-29).

მე-20 საუკუნის პირველ ნახევარში, როდესაც მოხდა არაუსაფრთხო აბორტის აღიარება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს პრობლემად, თანდათან დაიწყო აბორტის შესახებ კანონმდებლობის ლიბერალიზაცია - ლეგალიზაციის და /ან ფართო ლეგალური ინტერპრეტაციებისა და განცხადებების მეშვეობით. 1960 წლის ბოლოდან იწყება აბორტის ლიბერალიზაციისა და ლეგალიზების საფუძვლების მოძებნა.(30). 1985 წლის შემდეგ 36-

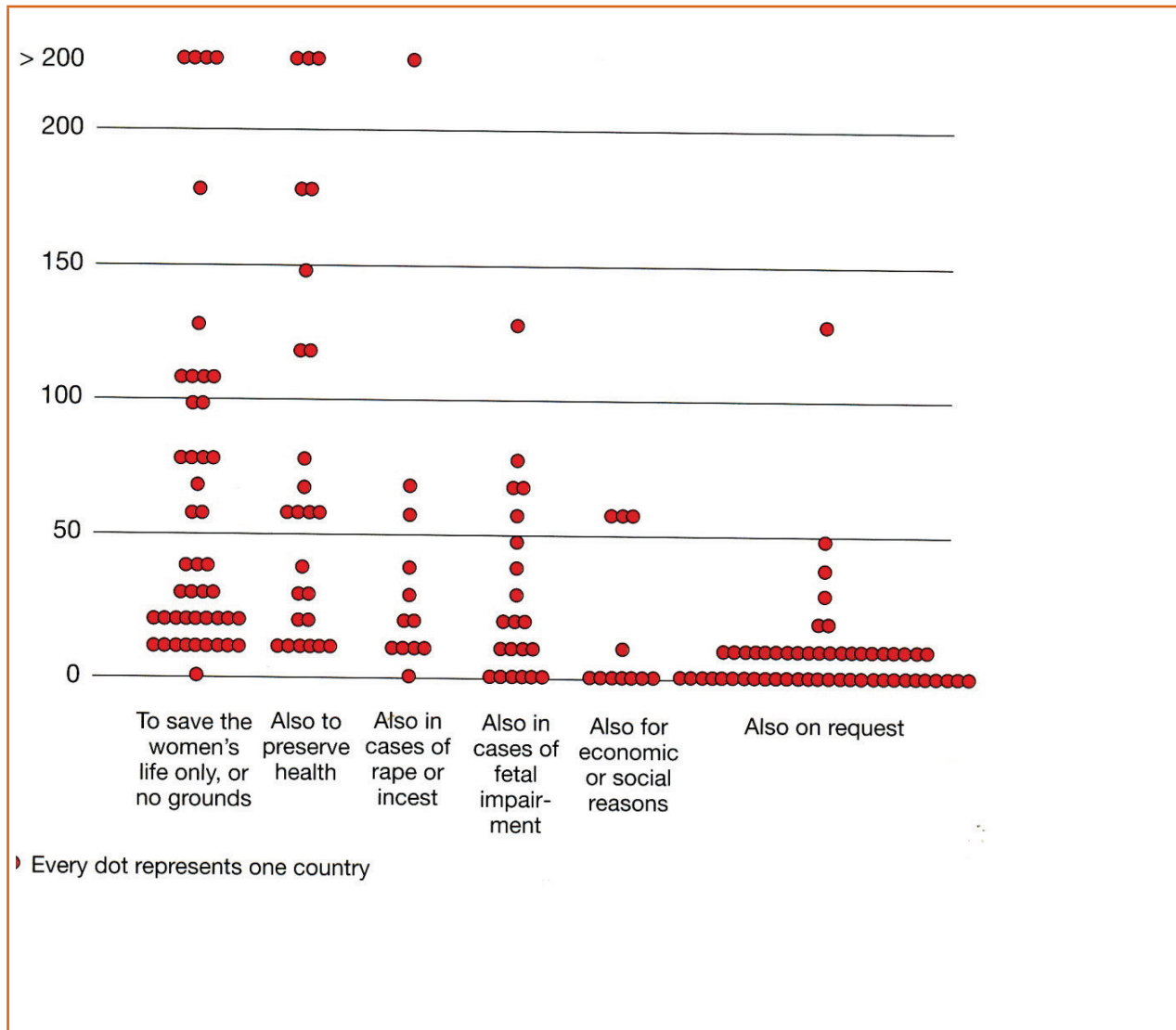
ზემეტ ქვეყანაში მოხდა აბორტის კანონმდებლობის შეცვლა და მათი ლიბერალიზაცია. სახელმწიფოთა მხოლოდ მცირეოდენმა რიცხვმა უფრო მეტი შეზღუდვა შემოიღო თავიანთ კანონებში(31).

მტკიცებებმა კარგად აჩვენა, რომ იქ სადაც ქალის მოთხოვნის და ფართო სოციო-ეკონომიკური ნიადაგის საფუძველზე აბორტი ლეგალურია, ხოლო უსაფრთხო პროცედურები ხელმისაწვდომი შემცირებულია, როგორც არაუსაფრთხო აბორტის, ისე აბორტთან დაკავშირებული სიკვდილიანობისა და ავადობის მაჩვენებლები (32-35)(იხ. ფორმა 4.1)

ორმოცდაჩვიდმეტ ქვეყანაში, სადაც ცხოვრობს მსოფლიოში ქალთა საერთო რაოდენობის 40%, ორსული ქალებისათვის აბორტის პროცედურა ნებადართულია (31,36). ამ კონტექსტში საბოლოო გადაწყვეტილების მიღება-გააგრძელოს თუ შეწყვიტოს ორსულობა, მხოლოდ ქალზეა დამოკიდებული. ზოგიერთ კრიმინალურ და სისხლის სამართლის კოდექსებში აბორტი მთელი ორსულობის მანძილზე ან კონკრეტულ გესტაციურ ვადამდე არაა კრიმინალური რეგულაციის საკითხი და უკვე ამოღებულია, როგორც მკაფიო/ცალკე დანაშაული. მსგავს სიტუაციებში აბორტის სერვისი, როგორც წესი, ინტეგრირებულია ჯანდაცვის სისტემაში და იმართება იმ წესებითა და რეგულაციებით, რომელიც საერთოა ყველა ჯანდაცვის სერვისისა და სამედიცინო სტანდარტისათვის. მსოფლიოში ქალების დაახლოებით 20% ცხოვრობს ისეთ ქვეყნებში, რომელშიც ნებადართულია აბორტის პროცედურის ჩატარება სოციალური და ეკონომიკური გარემოებების გათვალისწინებით (31)

მიუხედავად ამისა, მსოფლიოში რეპროდუქციულ ასაკში მყოფი ქალების 40% ჯერ კიდევ ცხოვრობს ისეთ ქვეყნებში, რომელთაც აქვთ მკაცრად შეზღუდული კანონმდებლობა (31,37) და /ან აბორტი, კანონიერია, მაგრამ არაა ხელმისაწვდომი და მისაღები.

სურ.4.1 არაუსაფრთხო აბორტით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ყოველ 100 000 ცოცხალშობილთან მიმართებაში, აბორტის ლეგალური საფუძველის გათვალისწინებით.



- ყოველი წერტილი წარმოადგენს ერთ ქვეყანას

წყარო : The World Health Report 2008-primary health care now more than ever .Geneva, World Health Organization,2008.

## 4.2.1 აბორტის მარაგულირებალი იურიდიული ნორმაების გააზრება

### 4.2.1.1 როცა ქალის სიცოცხლე საფრთხის ქვეშაა

თითქმის ყველა ქვეყანაში აბორტი ნებადართულია ქალის სიცოცხლის გადასარ - ჩენად. ეს ეთანხმება/შეესაბამება ადამიანის უფლებას სიცოცხლეზე, რომელიც საჭიროებს კანონით დაცვას, მათ რიცხვში ორსულობის დროს, როდესაც სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა იქმნება ან ორსული ქალის სიცოცხლეს სხვაგვარად ემუქრება საფრთხე (9).

როგორც სამედიცინო, ისე სოციალურმა პირობებმა შეიძლება შექმნას სიცოცხლისათვის საფრთხის შემცველი მდგომარეობა. რიგ სახელმწიფოში მიღებულია სიტუაციების დეტალური ჩამონათვალით სარგებლობა. ამ ჩამონათვალიში, როგორც წესი, ნათლად არის მოცემული სიტუაციები, რომლებიც სიცოცხლისათვის საშიშად ითვლება. ასეთი სია შესაძლოა ინტერპრეტირებულ იქნას შემზღუდავი ნორმების პოზიციიდან ან მისი შინაარსი ამომწურავად იქნას მიჩნეული, როდესაც რეალურად სია შექმნილია სიტუაციათა იმ მახასიათებლების საილუსტრაციოდ, რომლებიც სიცოცხლისათვის სახიფათოდაა მიჩნეული და არ შეიძლება გამოიყენებოდეს პირდაპირ იმის დასადგენად თუ რა არის სიცოცხლისათვის სახიფათო ყოველი ინდივიდუალური ქალის შემთხვევაში. ზოგიერთ შემთხვევებში, ექიმები თვლიან, რომ აუცილებელია უსაფრთხო აბორტის სერვისის ჩატარება, რადგან თუ კი ისინი არ გააკეთებენ ამას, მაშინ ქალი ნავაარაკვალაფიციურ პრაქტიკანტთან და რისკის ქვეშ დააყენებს საკუთარ სიცოცხლეს (38). სიცოცხლისათვის სახიფათო სოციალური პრობლემის მაგალითია ორსულობა, რომელიც შეურაცხყოფს ე.წ ოჯახის „ღირსებას“. მაგალითად ზოგიერთ ქვეყანაში ქორწინების გარეშე ორსულობის გამო ქალი ხდება ფიზიკური ძალადობის მსხვერპლი. უფრო მეტიც, ეს შემთხვევა მას სიცოცხლის ფასადაც კი შეიძლება დაუჭდეს.

- იქაც კი, სადაც აბორტის დაშვების ერთადერთი საფუძველი არის ქალის სიცოცხლის დაცვა, საჭიროა ტრენირებული სერვის - პროვაიდერების არსებობა, რათა მომსახურება გასაგები/ცნობილი და ხელმისაწვდომი,

ხოლო აბორტის შემდგომი გართულებების მკურნალობის მიღება დაბრკოლებების გარეშე გახდეს შესაძლებელი. სიცოცხლის გადარჩენა უნდა იყოს მთავარი ამოცანა ორსულობის ნებისმიერ პერიოდში და როდესაც ორსულობის შეწყვეტა აუცილებელია, უნდა შესრულდეს რაც შეიძლება სწრაფად არსებული რისკის მინიმუმამდე დაყვანის მიზნით. აბორტით გამოწვეული გართულებების მკურნალობა ისე უნდა წარიმართოს, რომ არ შეილახოს ქალის ღირსება და არ დაირღვას თანასწორუფლებიანობა.

### 4.2.1.2 როცა ქალის ჯანმრთელობა საფრთხის ქვეშაა.

ადამიანის უფლებების სრულფასოვანი დაცვა გულისხმობს, რომ ქალს ხელი მიუწვდებოდეს უსაფრთხო აბორტზე, როდესაც იგი მისი ჯანმრთელობის დასაცავად საჭირო (10). ფიზიკური ჯანმრთელობა, ფართე ვაგებით, მოიცავს პირობებს, რომლებიც აუარესებენ ორსულობის მიმდინარეობას და პირიქით, რომელთაც ამძიმებს ორსულობა. მენტალური ჯანმრთელობა მოიცავს ფსიქოლოგიურ დისტრესს/აშლილობას ან მენტალურ დაავადებას, რომელიც გამოწვეულია, მაგალითად სექსუალური ძალადობით და ნაყოფის განვითარების დარღვევის დიაგნოზით (39). ქალის ჯანმრთელობის რისკის შესაფასებლად სოციალური გარემოებებიც უნდა იქნას გათვალისწინებული.

- ბევრი ქვეყანის კანონმდებლობა არ განიხილავს ჯანმრთელობის კონკრეტულ ასპექტებს, მხოლოდ ახდენს აბორტის დაშვების ფაქტის კონსტატირებას - ორსული ქალის ჯანმრთელობისათვის ზიანის მიყენების თავიდან ასაცილებლად. ყველა ქვეყანა, რომელიც არის ჯანმო-ს (WHO) წევრი აღიარებს ამ ორგანიზაციის მიერ დადგენილი ჯანმრთელობის კონსტიტუციური განმარტებას: „ჯანმრთელობა ესაა ფიზიკური, მენტალური და სოციალური კეთილდღეობის მდგომარეობა და არა მხოლოდ დაავადების და ფიზიკური დეფექტების არ არსებობა,“ (40). ეს განმარტება არის ძირითადი დებულება იმ კანონისა, რომელიც ქალთა ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით იძლევა აბორტზე ნებადართვას.

#### 4.2.1.3 როდესაც ორსულობა არის გაუპატიურებისა და ინცესტის შედეგი

ქალების დაცვა მკაცრი, არაადამიანური და ღირსების შემლახველი მოპყრობისაგან მოითხოვს, რომ მათ, ვინც დაორსულდა სექსუალური ძალადობის შედეგად უნდა ჰქონდეთ აბორტის სერვისის მიღების ლეგალური უფლება (41). ქვეყნების დაახლოებით 50% აღიარებს ამ სტანდარტს და აბორტზე ნებას რთავს გაუპატიურების სპეციფიურ შემთხვევებში და ზოგადად, როცა ორსულობა არის კრიმინალური აქტის - მაგალითად, ინცესტის შედეგი (36). ზოგიერთი ქვეყანის სასამართლოში მტკიცებულებად საჭიროა აქტის შესახებ ქალის ჩვენება, სხვებში აუცილებელია სასამართლოს დასკვნა სექსუალური ძალადობის შესახებ ან პოლიციის გამოძიება აქტის ძალადობრივი (და არა ნებაყოფლობითი) ხასიათის დასადასტურებლად. ჩამოთვლილმა მოთხოვნებმა შეიძლება გამოიწვიოს ძალადობაგადატანილ ქალთა მიერ სამედიცინო სერვისის მისაღებად დაგვიანებით მიმართვა, კანონით დაშვებული გესტაციური ვადის გადაჭარბება. უამრავ შემთხვევაში ქალებს, რომლებიც გახდნენ გაუპატიურების მსხვერპლნი, შესაძლოა ემინოდეთ დისკრიმინაციის პოლიციის მხრიდან და თავი აარიდონ ჩვენების მიცემას. სიტუაცია უბიძგებს ქალს მიმართოს არალეგალურ, ჯანმრთელობისათვის საფრთხის შემცველი აბორტის სერვისის ძიებას, რომ შეწყვიტონ ორსულობა, ან უარი თქვან აბორტზე ორსულობის ძალიან დიდი ვადის გამო.

- შენიშვნა:
- ადმინისტრაციული მოთხოვნები მინიმუმამდე უნდა იქნას დაყვანილი და უნდა შემუშავდეს მკაფიო პროტოკოლები, როგორც პოლიციის თანამშრომლების, ისე ჯანდაცვის პროვაიდერებისათვის, რათა უზრუნველყოფილ იქნას ქალთა დროული მიმართვიანობა და შესაბამისი სამედიცინო მიმსახურების ხელმისაწვდომობა (44,45).

#### 4.2.1.4 როდესაც ადგილი აქვს ნაყოფის განვითარების დარღვევას/ ნორმიდან გადახრას.

აღნიშნული მიზეზი სულ უფრო ხშირად

განიხილება, როგორც ინდუცირებული აბორტის სრულიად დასაბუთებული ჩვენება. ქვეყნები, რომლებიც როგორც წესი, აბორტს კრძალავენ, სულ უფრო მეტად ამბობენ უარს სერვისის ჩატარების შეზღუდვაზე იმ შემთხვევებში, როდესაც პაციენტს აღენიშნება ნაყოფის პათოლოგია ან გენეტიკური და სხვა მიზეზით გამოწვეული ანომალია. უკანასკნელ წლებში გაჩნდა რეალური შესაძლებლობა მოხდეს ნაყოფის სიცოცხლესთან ან დამოუკიდებელ ცხოვრებასთან შეუსაბამო მდგომარეობის დროული დიაგნოსტიკა. რიგ ქვეყნებში ანომალიათა სიებს ადგენენ/აკეთებენ ჩამონათვალს (36). ამგვარი სიები, როგორც წესი შეზღუდულია და ამიტომაც წარმოადგენს ბარიერს ქალებისათვის, რომლებსაც სურთ უსაფრთხო აბორტის სერვისის მიღება. ზოგიერთი ქვეყნის კანონმდებლობაში საერთოდ არაა გათვალისწინებული რაიმე ჩარევა ნაყოფის პათოლოგიის დროს; უფრო სწორად, ჯანდაცვა ან სოციალური მიზეზები ისეა წარმოდგენილი, რომ ყურადღება ექცევა ქალის ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვას ნაყოფის განვითარების მანკის დიაგნოზის დადასტურებისას განცდილი სტრესის გამო. (46,47).

- პრენატალური ტესტები და სამედიცინო დიაგნოსტიკების სხვა სერვისები ვერ იქნება ლეგალურად შეზღუდული, რადგან ქალმა შესაძლოა გადაწყვიტოს ორსულობის შეწყვეტა. ქალს აქვს უფლება იცოდეს საკუთარი ორსულობის სტატუსი და იმოქმედოს ამ ინფორმაციიდან გამომდინარე.

#### 4.2.1.5 მიზეზები, რომელიც დააკვირება სოციალურ - ეკონომიკური მიზეზების გათვალისწინებით აბორტი

მრავალ ქვეყანაში, რომლებშიც სოციალურ - ეკონომიკური მიზეზების გათვალისწინებით აბორტი ნებადართულია, მიღებულია კანონმდებლობის ინტერპრეტირება იმის მინიშვნით, იმოქმედებს თუ არა ორსულობის გაგრძელება ქალის ცხოვრების ფაქტიურ და მოსალოდნელ სოციალურ - ეკონომიკურ პირობებზე/გარემოებებზე - ჯანმრთელობის უმაღლესი, მიღწევადი სტანდარტის მისაწვდომობის ჩათვლით. ზოგიერთი კანონი გამოყოფს სპეციფიურ მიზეზებს, როგორცაა ორსულობა ქორწინების გარეშე, წარუმატებელი

კონტრაცეფცია, ან ინტელექტუალური აშლილობა, რომელიც სამომავლოდ ბავშვზე ზრუნვის უუნარობის საფრთხეს ქმნის(48). კანონმა ასევე შეიძლება გაითვალისწინოს დისტრესი, როგორც შეცვლილი პირობების/გარემოებების შედეგი და ბავშვზე დამატებითი საზრუნავის არსებობა ოჯახის წევრებისათვის.

#### 4.2.1.6 მოთხოვნით

UN წევრი ქვეყნების დაახლოებით მესამედში ნებადართულია აბორტის სერვისი ორსული ქალის თავისუფალი და ინფორმირებული მოთხოვნით(36). აბორტის ნებაყოფლობითობა დამკვიდრდა მასშემდეგ, რაც სახელმწიფოთა უმრავლესობაში აღიარეს ქალების მისწრაფება ორსულობის ხელოვნურ შეწყვეტას მიმართოს ერთ-ერთი ზემოხსენებული მიზეზით და რაიმე სხვა სპეციფიკური მიზეზის საჭიროების გარეშე. ამ კანონის სამართლებრივი საფუძველია ქალის თავისუფალი არჩევანის უფლება. უმრავლესობა ქვეყნებისა, რომლებიც მოთხოვნით აბორტს არ კრძალავს, აწესებს საზღვრებს/შეზღუდვებს ორსულობის გესტაციური ვადის საფუძველზე.

#### 4.2.1.7 შეზღუდვები დაკავშირებული ორსულობის ვადასთან.

კანონებმა და პოლიტიკამ, რომლებიც აწესებენ ლიმიტს ორსულობის გარკვეულ ვადაზე (როდესაც დასაშვებია აბორტის გაკეთება), შეიძლება გამოიღოს ნეგატიური შედეგი იმ ქალებისათვის, რომლებიც გადასცდნენ დაწესებულ ზღვარს. ამგვარი პოლიტიკა/კანონი აიძულებს ქალებს სერვისი ეძიონ არაუსაფრთხო პროვაიდერთან, ან მიმართონ თვითინდუცირებას მიზოპროსტოლით ან ნაკლებადუსაფრთხო საშუალებით, ან ეძიონ სერვისი სხვა ქვეყანაში, რაც ხარჯებთანაა დაკავშირებული და აყოვნებს სერვისის მიღებას. შესაბამისად, ზრდის ჯანმრთელობის რისკს და ქმნის სოციალური უთანასწორობას. ამასთან, ზოგიერთი სერვისის-მიწოდების კონტექსტი ზღუდავს გესტაციური ვადის ლიმიტით გათვალისწინებულ სერვისებსაც კი, რომელიც არაა ფაქტებზე - დაფუძნებული. მაგალითად, რიგ სახელმწიფოებში

ამბულატორიული აბორტის სერვისი დასაშვებია მხოლოდ 8 კვირის ორსულობის ვადაზე. მაშინ, როდესაც ეს სერვისი უსაფრთხოა 12-14 კვირის გესტაციურ ვადაზეც (იხ თავი 2 და 3). აგრეთვე ზოგიერთი ქვეყანა ვაკუუმ-ასპირაციას უშვებს მხოლოდ 6 ან 8 კვირის ორსულობამდე, მაშინ როცა ის უსაფრთხოა 12-14 კვირის ვადაზეც თუ მას ჩაატარებს გამოცდილი სამედიცინო პერსონალი. ასეთი მიდგომა ქალებს ნაახალისებს ნაკლებად უსაფრთხო პროცედურების (მაგალითად როგორცაა დილატაცია და კიურეტაჟი) შემდგომი გამოყენებისათვის.

#### 4.2.2 უსაფრთხო აბორტის ხელმისაწვდომობის ხელისშემშლელი უბაღალური, მარაგულირებადი და ადმინისტრაციული ბარიერები - ადამიანთა უფლებების კონტაქსტში

ლეგალური საფუძველი და მისი ინტერპრეტირების სფერო არის იურიდიული და პოლიტიკური გარემოს მხოლოდ ერთი განზომილება, რომელიც ზეგავლენას ახდენს უსაფრთხო აბორტის სერვისებთან ქალის ხელმისაწვდომობაზე. ჯანდაცვის სისტემის და სერვისის მიწოდების ბარიერები, როგორც ეს მე -3 თავშია ახსნილი, შესაძლოა კოდიფიცირებული იყოს კანონებში, რეგულაციებში, პოლიტიკასა და პრაქტიკაში. კანონებმა, პოლიტიკამ და პრაქტიკამ, რომლებიც ზღუდავენ აბორტის შესახებ ინფორმაციისა და სერვისის ხელმისაწვდომობას, შეიძლება შეაკავოს დახმარებისათვის ქალების მიმართვიანობა და შექმნას ე.წ. „გაცივების ეფექტი „ (ჩაახშოს ქმედება შიშის, დევნისა და ჯარიმების გამო). ბარიერების მაგალითებია:

- ლეგალური აბორტის სერვისის შესახებ ინფორმაციისადმი ხელმისაწვდომობის აკრძალვა ან აბორტის სამართლებრივი სტატუსის შესახებ საჯარო ინფორმაციის არ წარმოდგენა/ შეზღუდვა;
- მესამე მხარის (ერთი ან მეტი მედმუშავის, ჰოსპიტლის კომიტეტის, სასამართლოს და პოლიციის, მშობლის, მეურვის ან ქალის მეუღლის/პარტნიორისაგან) თანხმობის მოთხოვნა;
- აბორტის მისაწვდომი მეთოდების შეზღუდვა

ქირურგიული და მედიკამენტური მეთოდების ჩათვლით, მაგალითად ესენციალური მედიკამენტების დამტკიცებელი / მარეგულირებელი თანხმობის არ არსებობის გამო;

- ჯანდაცვის პროვაიდერების და დაწესებულებების დიაპაზონის შეზღუდვა, რომელთაც შეუძლიათ უსაფრთხო სერვისების მიწოდების უზრუნველყოფა .მაგ.: ექიმებისა, თანამედროვე აღჭურვილობის მქონე კლინიკაში;
- შეგნებული/გაცნობიერებული უარის შემთხვევაში, რეფერალის ვალდებულებისაგან თავის შეკავება;
- მოცდის სავალდებულო პერიოდის საჭიროება/ მოთხოვნა;
- ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინფორმაციის ცენზურა, დაფარვა ან მისი განზრახ/წინასწარგანზრახვით არასწორად წარდგენა/გამრუდება (იხ. მე-3 თავი);
- ღარიბი ქალებისა და მოზარდებისათვის აბორტის სერვისის სამედიცინო დაზღვევით მოცვის ან მისი ღირებულების გაუქმების ან შემცირების გამორიცხვა;
- ანონიმურობისა და კონფიდენციალობის დაცვის გარანტიის არ ქონა, აბორტის გართულებების მკურნალობის ჩათვლით (იხ. მე-3 თავი);
- არალეგალური აბორტის გართულების მქონე ქალისათვის მკურნალობამდე იმ პრაქტიკოსის დასახელების მოთხოვნა, ვინც მას გაუკეთა აბორტი;
- სამართლებრივი საფუძვლების შეზღუდული ინტერპრეტაცია.

#### **ეს ბარიერები ხელშეწყობია არაუსაფრთხო აბორტისათვის რადგან ისინი:**

- ფორმალური ჯანდაცვის სისტემის შიგნით ახდენენ ქალების თავშეკავებას დახმარების ძიებისაგან და სერვის-პროვაიდერებისა - მომსახურების მიწოდებისაგან ;
- იწვევენ სერვისების ხელმისაწვდომობის დაყოვნებას/შეკავებას, რაც გესტაციური ვადის

ლიმიტის გადაჭარბების გამო, შესაძლოა დასრულდეს კანონიერი საფუძვლით აბორტის სერვისზე უარის თქმით;

- ქმნიანშემაფერხებელ,რთულადმინისტრაციულ პროცედურებს;
- ზრდის აბორტის სერვისის ღირებულებას;
- ზღუდავს სერვისთა ხელმისაწვდომობას და მათთვის თანაბარ გეოგრაფიულ დისტრიბუციას.

*შერჩეული პოლიტიკური ბარიერების დეტალები იხ. ქვემოთ.*

#### **4.2.2.1 ინფორმაციის მისაწვდომობა**

ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა უსაფრთხო აბორტის საკვანძო დეტერმინანტია. კრიმინალური კანონები, აბორტთან დაკავშირებული ინფორმაციით უზრუნველყოფის ჩათვლით და აბორტის სტიგმატიზაცია ქალებს აფერხებთ, რომ მოითხოვონ მედმუშაკებისაგან ლეგალური სერვისების შესახებ სრული ინფორმაცია. ქალებს ურჩევნიათ არ ითხოვონ კონსულტაცია თავიანთი რეგულარული ჯანდაცვის პროვაიდერებისაგან ან ეძიონ დახმარება თემის გარეთ.

ბევრმა ქალმა და ჯანდაცვის პროვაიდერმა (ისევე როგორც პოლიციამ და სასამართლოს წარმომადგენლებმა )არ იციან რა არის დაშვებული ლეგალურად აბორტთან დაკავშირებით (50,51). მაგალითად , ქვეყანაში ,რომელშიც აბორტი ქალების ჯანმრთელობის დასაცავად ან კონტრაცეპციული მეთოდის წარუმატებლობის მიზეზით დაშვებულია 20 კვირამდე ვადის ორსულობის შემთხვევაში, ჩატარებულმა გამოკვლევამ აჩვენა, რომ 75% -ზე მეტმა დაოჯახებულმა ქალმა და კაცმა არ იცოდა ასეთ სიტუაციაში აბორტი ლეგალური იყო თუ არა (52). საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პოლიტიკამ და რეგულაციებმა სპეციალურად უნდა უზრუნველყონ აბორტის შესახებ კანონის სწორად, ნათლად გაგება. ბევრ ქვეყანაში არ არსებობს ფორმალური დასტური ან რეგულაციის რაიმე სხვა საშუალება(53). კანონის შეცვლის შიში ქალებზე უარყოფითად აისახება. ისინი თავს არიდებენ ოფიციალურ სექტორებში აბორტის სერვისის მიღებას. ჯანდაცვის პროფესიონალები

მეტისმეტად დიდ სიფრთხილეს ამჟღავნებენ იმასთან დაკავშირებით -შესაბამება თუ არა პროცედურა კანონიერ დაშვებას, ამგვარად, უარს ამბობენ ქალის იმ სერვისით უზრუნველყოფაზე, რომლის კანონიერი უფლებაც მათ რეალურად აქვთ. სხვა შემთხვევებისას, არსებობს არაადეკვატური ან საპირისპირო ინფორმაცია, მაგალითად წამლების სწორი დოზირებისა მედიკამენტური აბორტის დროს.

- ქალის ჯანმრთელობისა და უფლებების დასაცავად მისთვის უსაფრთხო, ლეგალური აბორტის შესახებ ინფორმაციის მიწოდება არის უდიდესი მნიშვნელობის მქონე. სახელმწიფოებმა უნდა მოახდინონ ლეგალურ აბორტთან ასოცირებული ინფორმაციის გავრცელების დეკრიმინალიზაცია და შეიმუშაონ მკაფიო გზამკვლევი თუ როგორ არის აბორტის ლეგალური საფუძველი ინტერპრეტირებული და გამოყენებული. სად და როგორ არის ხელმისაწვდომი სრული ლეგალური სერვისები აბორტთან დაკავშირებით. კანონპროექტებზე მომუშავეებმა, მოსამართლეებმა, ადვოკატებმა და პოლიტიკის შემქმნელებმა აგრეთვე უნდა გააცნობიერონ ადამიანთა უფლებებისა და ჯანმრთელობის ურთიერთკავშირი უსაფრთხო აბორტთან მიმართებაში. შექმნან ხელმისაწვდომობა ტრენინგების ჩატარების გზით ან სხვა შესაბამისი მიზნობრივი ინფორმაციის გავრცელებით.

#### 4.2.2.2 მესამე პირის თანხმობა

მშობლის ან პარტნიორისაგან ნებართვის მიღების აუცილებლობა შესაძლოა ქალისათვის შემაფერხებელი ფაქტორი აღმოჩნდეს უსაფრთხო, ლეგალური აბორტის სერვისის ძიების დროს (54). დახმარების ხელმისაწვდომობა ასევე შეიძლება უმიზეზოდ გადაიდოს მედიკამენტების გამოყენებაზე ნებართვის არ ქონის გამო, განსაკუთრებით იმ შემთხვევებში, როცა საჭირო სპეციალისტები და ჰოსპიტლის კომიტეტი მიუწვდომელია. მეუღლის, მშობლის ან ჰოსპიტალის ხელმძღვანელთა ნებართვის საჭიროება

არღვევს ქალისა და მამაკაცის თანასწორობაზე დაფუძნებულობის დაცვაზე (8,16). ნებართვაზე მოლაპარაკების პროცედურები განსაკუთრებით მძიმედ აწვებათ ღარიბ ქალებს, მოზარდებს, მცირე განათლების მქონეთ და მათ, ვინც გახდა ან არის ოჯახური კონფლიქტისა და ძალადობის რისკს ქვეშ, ეს კი ქმნის სერვისიზე არათანასწორ ხელმისაწვდომობას. მშობლის ნებართვის აუცილებლობა, რომელიც ხშირად დაფუძნებულია თვითნებურ ასაკობრივ ლიმიტზედა ახალგაზრდა ქალთა უფლებებისა და შესაძლებლობების განვითარებას უზღუდვლად (55).

- აბორტის სერვისის მიღებისათვის მესამე პირის ნებართვა არ უნდა იყოს აუცილებელი. უმცირესობათა საუკეთესო ინტერესებისა და კეთილდღეობის დასაცავად და მათი შესაძლებლობების განვითარების გათვალისწინებამ, პოლიტიკამ და პრაქტიკამ უნდა წაახალისოს, მაგრამ არ მოითხოვოს მშობელთა ვალდებულება: მხარდაჭერის, ინფორმაციისა და განათლებისათვის (იხ. აგრეთვე მე-3 თავი).

#### 4.2.2.3 ესენციური წამლებით მომარაგება

მედიკამენტური მეთოდი შესაძლოა არ იყოს ხელმისაწვდომი მარეგულირებელი ალიარების/ დამტკიცებისან ესენციური მედიკამენტების რეგისტრაციის არ არსებობის მიზეზით. როგორც მიფეპრისტონი, ისე მიზოპროსტოლი 2005 წლიდან შესულია WHO-ს ესენციური მედიკამენტების სიაში (56,57) და მაინც, მრავალ ქვეყანას ჯერ კიდევ არ დაურეგისტრირებია წამლები და არ შეუტანია ისინი თავიანთი ქვეყნის ესენციური სამკურნალო საშუალებების ეროვნულ სიაში. ზოგჯერ ლეგალური შეზღუდვა შეიძლება შეეხოს პრეპარატების დისტრიბუციის შეზღუდვასაც, მათი კანონით ალიარების შემდეგ.

- მედიკამენტური აბორტისათვის საჭირო /ადექვატური წამლების მარაგის რეგისტრაცია და დისტრიბუცია (იხ თავი 3) აუცილებელია აბორტის სერვისის

ხარისხის გაუმჯობესებისათვის. ესენციურ მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა საჭიროა, რათა თავიდან იქნას აცილებული დაურეგისტრირებელი (არაკონტროლირებადი ხარისხით) წამლების შეძენის მიზეზით გამოწვეული ქალის ჯანმრთელობის დაზიანება.

#### 4.2.2.4 რეგულაცია და დანერგვის პროცესებისათვის

აბორტის სერვისის მიწოდების ლეგალური უფლების მქონე პროვაიდერების სპექტრი (მაგ., მხოლოდ გინეკოლოგი) ან დანერგვლებათა (მაგ.: მხოლოდ უმაღლესი დონის) შემზღვევა ამცირებს სერვისის ხელმისაწვდომობას და შესაბამისად მათ თანაბარ გეოგრაფიულ დისტრიბუციას, რის შედეგადაც ქალს უწევს დახმარებისათვის შორ მანძილზე გადაადგილება. ამასთან, იზრდება მისი ხარჯები და საჭირო ხდება სერვისის გადაღება(58).

- პროვაიდერთა და დანერგვლებათა რეგულაცია უნდა იყოს მტკიცებებზე დაფუძნებული, თავიდან აცილებულ იქნას ზედმეტი მედიკალიზაცია, დამატებითი და შეუსაბამო მოთხოვნები. დანერგვლებისა და პროვაიდერების რეგულაცია უნდა იყოს დაფუძნებული უსაფრთხო აბორტის უზრუნველყოფისათვის საჭირო სპეციფიკურ კრიტერიუმებზე (იხ. მე-3 თავი). ვაკუუმ -ასპირაცია და მედიკამენტური მეთოდი, რომელიც მე-2 თავშია რეკომენდებული, შესაძლებელია უსაფრთხოდ ჩატარდეს პირველადი დახმარების დონეზეც, საშუალო დონის პროვაიდერთა მიერ (59,60). რეგულაციები პროვაიდერების და დანერგვლებებისათვის უნდა იყოს მიმართული იმის გარანტირებისაკენ, რომ WHO-ს მიერ რეკომენდებული მეთოდებით შესაძლოა სერვისის უსაფრთხოდ და ეფექტურად მიწოდება.

#### 4.2.2.5 შიდა რეგულაციები

ჯანდაცვის პროვაიდერები ზოგჯერ *principali* მოსაზრებებით უარს აცხადებენ აბორტის პროცედურის ჩატარებაზე არ აგზავნიან ქალს სხვა სპეციალისტთან. თუ აბორტის

პროვაიდერი არაა ხელმისაწვდომი ამან შესაძლოა გამოიწვიოს სერვისის გადაღება და შესაბამისად, ქალების ჯანმრთელობისა და სიცოცხლის რისკის გაზრდა. მიუხედავად იმისა, რომ აზრისა და რელიგიის თავისუფლებას საერთაშორისო კანონები იცავს, ისინი აგრეთვე ითვალისწინებს პირობას: რელიგიისა და პირადი შეხედულებების თავისუფალი მანიფესტირება იზღუდება ადამიანთა ფუნდამენტური უფლებების დაცვის ჩარჩოებში(61). მაშასადამე, კანონებმა და რეგულაციებმა არ უნდა მისცეს უფლება პროვაიდერებსა და ინსტიტუციებს, ქალებს ხელი შეუშალონ კანონიერი ჯანმრთელობის სერვისის მიღებაში(62).

- პროფესიული ეთიკის ნორმების შესაბამისად, მედ. მუშაკები მოვალენი არიან პროცედურის ჩატარებაზე შეგნებული უარის თქმის შემთხვევაში ორსული ქალი გააგზავნონ კვალიფიციურ პროფესიონალთან, რომელიც მზადაა ამგვარი პროცედურის მიწოდებისათვის და მუშაობს იმავე კლინიკაში, ან უახლოეს ლეგალურ ჯანდაცვის დანერგვლებაში. იქ, სადაც რეფერალი არაა შესაძლებელი, ჯანდაცვის პროვაიდერი (რომელიც უარს ამბობს სერვისის მიწოდებაზე ) უნდა დათანხმდეს აბორტის გაკეთებას ქალის სიცოცხლის გადასარჩენად და მისი ჯანმრთელობის გაუარესების თავიდან ასაცილებლად. ჯანმრთელობის სერვისები ისე უნდა იყოს ორგანიზებული, რომ პროფესიონალთა თავისუფალი გადაწყვეტილების უფლებამ არ განაპირობოს პაციენტთა ხელმისაწვდომობის შემზღვევა სერვისზე, რომელიც ლეგალურად დასაშვებია.

#### 4.2.2.6 დალოდების პერიოდი

ხშირად კანონი და რეგულაციები ან /და ადმინისტრაციული პროცედურები დანერგვლებასა ან პროვაიდერებს ავალდებულებს დალოდების პერიოდის დაცვას, რამაც შესაძლოა გამოიწვიოს პროცესის გადავადება ან ქალისათვის მიუწვდომელი გახადოს უსაფრთხო, ლეგალური აბორტის სერვისი და შეამციროს იგი, როგორც კომპეტენტური გადაწყვეტილების მიმღები პირი (24,43).



- სახელმწიფომ და ჯანდაცვის პროვაიდერებმა უნდა უზრუნველყონ, რომ აბორტის სერვისი ჩატარდეს ქალის გადაწყვეტილების პატივისცემით. დალოდების პერიოდმა არ უნდა შეუქმნას საფრთხე ქალისათვის ლეგალური, უსაფრთხო აბორტის ხელმისაწვდომობას. ქვეყნებმა არ უნდა დაუშვან დალოდების პერიოდის აუცილებლობა, როცა სამედიცინო თვალსაზრისით არ არსებობს ამის საჭიროება და გააფართოონ თავიანთი სერვისი, რათა შესაბამისად მოემსახურონ სერვისზე კანონიერი უფლების მქონე ყველა ქალს.

**4.2.2.7 ჯანდაცვასთან დაკავშირებული ინფორმაციის ცანხურა, შეკავება ან განზრახ არასწორად წარმოდგენა/ასახვა.**

ქალს აქვს უფლება სათანადოდ მომზადებული პერსონალისაგან მიიღოს სრული ინფორმაცია თავისი ჯანმრთელობის და დახმარების შესაძლებლობების შესახებ, მათ შორის სერვისის მოსალოდნელი სარგებელისა და შეთავაზებული პროცედურის პოტენციური გვერდითი -ეფექტის, ასევე სხვა ალტერნატივების არსებობის შესახებ(8). ჯანდაცვასთან დაკავშირებული ინფორმაციისცენზურამ, შეკავებამ ან განზრახ არასწორად წარმოდგენამ შესაძლოა გამოიწვიოს სერვისის ხელმისაწვდომობის შემცირება ან გადადება, რაც თავის მხრივ, ზრდის ქალების ჯანმრთელობის რისკს. ინფორმაციის მიწოდება არის აუცილებელი პირობა მაღალი ხარისხის აბორტის სერვისით უზრუნველყოფისათვის. (იხ. გრაფა 4.2 და აგრეთვე მე-2 თავი „ინფორმაცია და კონსულტირება“).

ინფორმაცია უნდა იყოს სრული, აკურატული და ადვილად გასაგები, ისე უნდა იქნას მიწოდებული რომ ქალმა იგრძნოს, რომ მას აქვს თავისუფალი, გაცნობიერებული თანხმობის უფლება, რომ არ იბღალღებოთ მისი ღირსების გრძნობა, გარანტირებულია კონფიდენციალურობა და ანონიმურობა და სერვისი მორგებულია მის საჭიროებებსა და სურვილებს (8).

- სახელმწიფოებმა არ უნდა შეზღუდონ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა, ჯანდაცვასთან დაკავშირებული ინფორმაციისცენზურის, შეკავების ან განზრახ არასწორად წარმოდგენის ჩათვლით.

**4.2.2.8 აბორტის გართულებების მკურნალობის ხელმისაწვდომობა**

ჯანდაცვის პროვაიდერები ვალდებული არიან, ჩაუტარონ აბორტის შემდგომი გართულებების მქონე ქალებს, შესაფერისი სამედიცინო დახმარება მათი სიცოცხლის გადასარჩენად, მიუხედავად იმისა თუ როგორია აბორტის ლეგალური საფუძველი(19). თუმცა, რიგ შემთხვევებში აბორტის გართულებების მკურნალობას მხოლოდ მაშინ იწყებენ, როცა ქალი დაასახელებს იმ პიროვნებას ვინც ჩაუტარა არალეგალური პროცედურა. ამგვარი მკურნალობა უნდა იქნას, ჩაითვალოს წამებად, ღირსების შემლახველ და არაჰუმანურ მოპყრობად(20).

## გრაფა 4.2

### ძირითადი ინფორმაცია ქალებისათვის

- ქალებს იძულების, დისკრიმინაციისა და ძალადობის გარეშე, უფლება აქვთ თავისუფლად და პასუხისმგებლობით გადანყვიტონ უნდათ თუ არა, რომ იყოლიონ ბავშვი;
- როგორ ხდება დაორსულება, მისი ნიშნები, სიმპტომები და სად მოიპოვონ ორსულობის ტესტი;
- როგორ აიცილონ თავიდან არასასურველი ორსულობა, სად, როგორ მოიპოვონ კონტრაცეფციული მეთოდები, მაგალითად კონდომები;
- სად და როგორ მიიღონ ლეგალური, უსაფრთხო აბორტის სერვისი და რა არის მისი ღირებულება;
- კანონით შეზღუდული გესტაციური ვადის მაქსიმუმის შესახებ დეტალური ინფორმაცია, როდემდეა აბორტის სერვისი დაშვებული;
- ის, რ ომ აბორტი არის ძალიან უსაფრთხო პროცედურა, მაგრამ გართულების რისკი იზრდება გესტაციური ვადის ზრდასთან ერთად;
- როგორ შეამჩნიონ მუცლის მოშლის ან არაუსაფრთხო აბორტის გართულებები, სასიცოცხლო მნიშვნელობის მკურნალობის დაუყოვნებლივი ძიება და სად და როდის მიმართონ სერვისს.

ჩვენებების მიცემის/აღიარების პრაქტიკა არალეგალური აბორტის შედეგად გადაუდებელი მკურნალობის მაძიებელი ქალისაგან, ასევე ეჭიმების და სხვა სამედიცინო პერსონალისადმი ლეგალური მოთხოვნილება, რომელიც ავალდებულებს მათ ანგარიშის წარმოდგენას იმ ქალების შესახებ, რომელთაც ჩაიტარეს აბორტი. სახელმწიფო ვალდებულია ჩაუტაროს დაუყოვნებლივი, უპირობო მკურნალობა მათ, ვისაც ესაჭიროება სასწრაფო სამედიცინო დახმარება (19,20,41).

#### 4.2.2.9 აბორტის შესახებ კანონების შემდგომი ინტეგრირება

ადამიანთა უფლებების პატივისცემა, დაცვა და შესრულება მოითხოვს, რომ მთავრობამ უზრუნველყოს კანონით დაშვებული, რეალურად ხელმისაწვდომი აბორტის სერვისი(10,64). უნდა არსებობდეს ადმინისტრაციული და ინსტიტუციონალური მექანიზმები, რომელმაც სერვისის პროვაიდერებისა და დანესებულების ადმინისტრატორების გადანყვეტილებები უნდა განიხილოს, როგორც ცალკე მდგომმა ორგანომ და ყურადღება მიაქციოს ორსული ქალის მისაზრებას, დროულად მოძებნოს პრობლემის გადანყვეტის გზა (64).

#### 4.3 ხელსაყრელი გარემოს შექმნა.

უფლების მიმნიჭებელი გარემო აუცილებელია იმის გარანტირებისათვის, რომ ყველა ქალს ხელი მიუწვდებოდეს უსაფრთხო, ლეგალურ აბორტზე. პოლიტიკის საფუძველი უნდა იყოს ქალთა პატივისცემა და უფლებების სრულფასოვანი დაცვა, რათა მიღწეულ იქნას პოზიტიური შედეგი და მაღალი ხარისხის კონტრაცეფციული ინფორმაციით და სერვისებით დააკმაყოფილონ განსაკუთრებული საჭიროებების მქონე ქალების (ღარიბი ქალები, მოზარდები, გაუპატიურების მსხვერპლნი და HIV-ით დაავადებულებები) მოთხოვნები. ადამიანთა უფლებების პატივისცემა, დაცვა და შესრულება მოითხოვს ამომწურავ რეგულაციებს და პოლიტიკის არსებობას, მიმართულს აბორტის უსაფრთხოებისა და ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფისაკენ. არსებული პოლიტიკა უნდა იქნეს გამოკვლეული, რათა დადგინდეს, სადაა ხარვეზი, რომელიც საჭიროებს გამოსწორებას (იხ. აგრეთვე მე-3 თავი).

პოლიტიკის მიზანი უნდა იყოს:

- პატივი სცეს, დაიცვას და განახორციელოს ქალთა უფლებები, მათი ღირსების,

ავტონომიისა და თანასწორობის დაცვის ჩათვლით;

- ხელი შეუწყოს და დაიცვას ქალების ჯანმრთელობა, როგორც ფიზიკური, მენტალური და სოციალური კეთილდღეობის მდგომარეობა;
- შეამციროს არასასურველი ორსულობების სიხშირე მაღალი ხარისხის კონტრაცეფციული ინფორმაციითა და სერვისების უზრუნველყოფით, კონტრაცეფციული მეთოდების ფართო არჩევანის, გადაუდებელი კონტრაცეფციის და გასაგები სექსუალური განათლების ჩათვლით;
- თავიდან აიცილოს დისკრიმინაცია და სტიგმა იმ ქალებისა, რომლებიც ეძიებენ აბორტის სერვისს ან აბორტით გამოწვეული გართულებების მკურნალობას;
- დედათა სიკვდილიანობის და არაუსაფრთხო აბორტით გამოწვეული ავადობის შემცირება, იმის გარანტირებით, რომ ყოველი ქალისათვის, რომელსაც აქვს უფლება ლეგალურ აბორტზე, მისაწვდომი იყოს უსაფრთხო დროული სერვისების მიღება, პოსტ-აბორტული კონტრაცეფტივების ჩათვლით;
- უმწეო და სოციალურად დაუცველი ჯგუფების (ღარიბი ქალების, მოზარდების, მარტოხელებისა და დევნილების, HIV-ით დაავადებულთა და გაუპატიურების მსხვერპლთა) კონკრეტული მოთხოვნების დაკმაყოფილება;

მიუხედავად იმისა, რომ ქვეყნები განსხვავდებიან ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის მდგომარეობით და რესურსებით, ყველა ქვეყანას შეუძლია გაადგას უშუალო და მიზანმიმართული ნაბიჯები გასაგები პოლიტიკის შესამუშავებლად „რომელიც გააფართოვებს სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ხელმისაწვდომობას, უსაფრთხო აბორტის სერვისის ჩათვლით.

## სყარობები

### References

1. Ahman E, Shah IH. New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2011, 115:121–126.
2. Global burden of disease 2004 update. Geneva: World Health Organization, 2008.
3. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, 6th ed. Geneva, World Health Organization, 2011.
4. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet*, 2006, 368:1887–1892.
5. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences and challenges. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 20 09, 31:1149 –1158.
6. Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, adopted by the twenty-first special session of the General Assembly, New York, 30 June–2 July 1999. New York, United Nations, 1999.
7. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva, World Health Organization, 2003.
8. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. General recommendation no. 24: Women and health (article 12). United Nations, 1999.
9. Human Rights Committee. General comment no. 28: equality of rights between men and women (article 3), 20 March 2000. United Nations; Human Rights Committee. Concluding observations: Ecuador, 18 August 1998. United Nations; Human Rights Committee. Concluding observations: Guatemala, 27 August 2001. United Nations; Human Rights Committee. Concluding observations: Poland, 2 December 2004. United Nations. Human Rights Committee. Concluding observations: Madagascar, 11 May 2007. United Nations, Human Rights Committee. Concluding observations: Chile, 18 May 2007. United Nations; Human Rights Committee. Concluding observations: Colombia, 26 May 2004. United Nations; Human Rights Committee. Karen Noella Llantoy Huaman v. Peru, Communication no. 1153/2003, UN Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003, 2005; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Concluding observations: Colombia, 5 February 1999. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Concluding comments: Nicaragua, 2 February 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Concluding comments: Brazil, 10 August 2007. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. Concluding observations: Nepal, 24 September 2001. United Nations; Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Concluding observations: Costa Rica, 22 April 2008. United Nations; Committee on the Rights of the Child. Concluding observations: Chile, 23 April 2007. United Nations; Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa, adopted 11 July 2003, Article 14.2. Maputo, African Commission on Human and People's Rights. 100 Safe abortion: technical and policy guidance for health systems Legal and policy considerations
10. Committee on Economic Social and Cultural Rights. Concluding observations: Malta, 4 December 2004. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. Concluding observations: Monaco, 13 June 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. General recommendation no. 24: Women and health (article 12). United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Concluding observations: Colombia, 5 February 1999. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Concluding comments: Dominican Republic, 18 August 2004. United Nations; Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa, adopted 11 July 2003, Article 14.2. Maputo, African Commission on Human and People's Rights.

11. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Concluding observations; Nepal, 29 August 2001. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. Concluding observations: Malta, 4 December 2004. United Nations; Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Concluding observations: Chile, 1 December 2004. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. Concluding observations: Monaco, 13 June 2006. United Nations; Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Concluding observations: Costa Rica, 22 April 2008; United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Concluding comments: Colombia, 5 February 1999. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Concluding comments: Sri Lanka, 1 February 2002. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Concluding comments: Honduras, 10 August 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. L.C. v. Peru, CEDAW/C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; Committee on the Rights of the Child. Concluding observations: Chile, 23 April 2007; Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa, adopted 11 July 2003, Article 14.2. Maputo, African Commission on Human and People's Rights.
12. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Concluding comments: Colombia, 5 February 1999, United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Concluding comments: Mauritius, 17 March 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Concluding comments: Chile. 25 August 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Concluding comments: Nicaragua, 2 February 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Concluding comments: Brazil, 10 August 2007; United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Concluding comments: Liechtenstein, 10 August 2007. United Nations.
- Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Concluding comments: Honduras, 10 August 2007. United Nations; Human Rights Committee. Concluding observations: El Salvador, 18 November 2010. United Nations; Human Rights Committee. Concluding observations: Guatemala, 27 August 2001. United Nations.
13. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. General recommendation no. 24: Women and health (article 12). United Nations, 1999; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Concluding comments: Honduras, 10 August 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Concluding observations: Nicaragua, 2 February 2007. United Nations; Committee on the Rights of the Child, General comment no. 4 Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child. United Nations, 2003; Committee on the Rights of the Child, Concluding observations: Chile, 23 April 2007. United Nations. Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa,, adopted 11 July 2003, Article 14.2. Maputo, African Commission on Human and People's Rights.
14. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. General recommendation no. 24: Women and health (article 12). United Nations, 1999. Legal and policy considerations Safe abortion: technical and policy guidance for health systems 101
15. Committee on Economic Social and Cultural Rights. General comment no. 14: The right to the highest attainable standard of health (article 12) United Nations, 2000; Committee on the Rights of the Child. General comment no. 4 Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child. 01 July 2003. United Nations; European Court of Human Rights. Case of Tysiac v. Poland. Council of Europe, 2007 (Application no. 5410/03); European Court of Human Rights. Case of Open Door Counselling and Dublin Well Woman v. Ireland, 1992, Series A, no. 246. Council of Europe.

16. Human Rights Committee. General comment no. 28: equality of rights between men and women (article 3). United Nations 2000; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. General recommendation no. 24: Women and health (article 12). United Nations, 1999.
17. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. General recommendation no. 24: Women and health (article 12). United Nations, 1999; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Concluding comments: Colombia. United Nations, 1999; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Concluding comments: Nicaragua, 2 February 2007. United Nations; Human Rights Committee Concluding observations: Zambia, 9 August 2007. United Nations; European Court of Human Rights, *R.R. v. Poland*, App. No. 27617/04, Eur. Ct. H.R, Council of Europe, 2011.
18. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *L.C. v. Peru*, CEDAW/C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; European Court of Human Rights. *Tysi c v. Poland*, App. no. 5410/03. Council of Europe, 2007; European Court of Human Rights. *A.B.C. v. Ireland*, App. no. 25579/05. Council of Europe, 2004.
19. Committee against Torture. Concluding observations on Chile, 14 June 2004. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Concluding comments: Sri Lanka, 1 February 2002. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Concluding comments: Mauritius, 17 March 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Concluding comments: Chile, 25 August 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Concluding comments: Brazil, 10 August 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Concluding observations: Honduras, 10 August 2007. United Nations.
20. Committee against Torture Concluding observations on Chile, 14 June 2004. United Nations.
21. Sedgh G, et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*, 2012, 379:625–632.
22. Levine PB, Staiger D. Abortion policy and fertility outcomes: the Eastern European experience. *Journal of Law and Economics*, 2004, XL-VII:223–243.
23. Grimes D et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*, 2006, 368:1908–1919.
24. Joyce et al. The impact of state mandatory counselling and waiting period laws on abortion: a literature review. New York, Guttmacher Institute, 2009.
25. Payne D. More British abortions for Irish women. *British Medical Journal*, 1999, 318(7176):77.
26. David HP. Soviet Union. In: *Abortion research: international experience*. HP David, ed. Lexington, MA, Lexington Books, 1974.
27. Serbanescu et al. The impact of recent policy changes on fertility, abortion, and contraceptive use in Romania. *Studies in Family Planning*, 1995, 26 (2):76 – 87.
28. Zhirova IA et al. Abortion-related maternal mortality in the Russian Federation. *Studies in Family Planning*, 2004, 35(3):178 –188. 102 Safe abortion: technical and policy guidance for health systems Legal and policy considerations 40. Constitution of the World Health Organization, 47th ed. Geneva, World Health Organization, 2009.
29. Human Rights Committee. General comment no. 28: equality of rights between men and women (article 3). 20 March 2000. United Nations.
30. Clinical management of rape survivors: developing protocols for use with refugees and internally displaced persons. Geneva, World Health Organization, 2004.
31. Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. *Reproductive health and human rights: integrating medicine, ethics and law*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
32. Billings D et al. Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:87–95.

33. Villela WV, Oliveira Araujo M. Making legal abortion available in Brazil: partnership in practice. *Reproductive Health Matters*, 2000, 8:77–82.
34. Cook RJ, Ngwena CG. Women's access to health care: the legal framework. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2006, 94:216–225.
35. Cook RJ et al. Prenatal management of anencephaly. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2008, 102:304–308.
36. Becker D, Garcia SG, Larsen U. Knowledge and opinions about abortion law among Mexican youth. *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28:205–213.
37. Goldman LA et al. Brazilian obstetrician-gynecologists and abortion: a survey of knowledge, opinions and practices. *Reproductive Health*, 2005, 2:10.
38. Jewkes R et al. Why are women still aborting outside designated facilities in metropolitan South Africa? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112:1236–1242.
39. Morroni C, Myer L, Tibazarwa K. Knowledge of the abortion legislation among South African women: a cross-sectional study. *Reproductive Health*, 2006, 3:7. 29. Millennium development goals in Russia: looking into the future. Moscow, United Nations Development Programme, 2010.30. Cook RJ, Dickens BM. Human rights dynamics of abortion law reform. *Human Rights Quarterly*, 2003, 25:1–59.
40. Boland R, Katzive L. Developments in laws on induced abortion: 1998–2007. *International Family Planning Perspectives*, 2008, 34:110–120.
41. Berer M. National laws and unsafe abortion: the parameters of change. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12:1–8.
42. Bartlett LA et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103:729–737.
43. Jewkes R et al. The impact of age on the epidemiology of incomplete abortions in South Africa after legislative change. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004, 112:355–359.
44. World Health Report 2008 – Primary health care: now more than ever. Geneva, World Health Organization, 2008.
45. UN Department for Economic and Social Affairs. World abortion policies 2011. New York, Population Division, United Nations, 2011.
46. Singh S et al. Abortion worldwide: a decade of uneven progress. New York, Guttmacher Institute, 2009.
47. Oye-Adeniran BA, Umoh AV, Nnatu SNN. Complications of unsafe abortion: a case study and the need for abortion law reform in Nigeria. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:19–22.
48. Human Rights Committee. Karen Noella Llantoy Huaman v. Peru. Communication no. 1153/2003, UN Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003, 2005. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. L.C. v. Peru, CEDAW/C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; Committee against Torture. Concluding observations: Peru, 16 May 2006. United Nations. Legal and policy considerations Safe abortion: technical and policy guidance for health systems 103
49. Committee on Economic Social and Cultural Rights. General comment no. 14: The right to the highest attainable standard of health (article 12), 2000. United Nations.
50. Committee on the Elimination of Discrimination against Women, L.C. v. Peru, CEDAW/C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; European Court of Human Rights. Case of Tysiac v. Poland. Application no. 5410/03. Council of Europe, 2007; Paulina del Carmen Ramirez Jacinto, Mexico, Friendly Settlement, Report No. 21/07, Petition 161–01, 9 March 2007. Inter-American Commission on Human Rights, 2007.
51. Iyengar K, Iyengar SD. Elective abortion as a primary health service in rural India: experience with manual vacuum aspiration. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:54–63.
52. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Achieving transparency in implementing abortion laws. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 99:157–161.

53. Mundigo A, Indriso C. Abortion in the developing world. London and New York, Zed Books, 1999.
54. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 92:182–187.
55. WHO model list of essential medicines, 16th ed. Geneva, World Health Organization, 2010.
56. PATH, World Health Organization, United Nations Population Fund. Essential medicines for reproductive health: guiding principles for their inclusion on national medicines lists. Seattle, WA, PATH, 2006.
57. Scott Jones B, Weitz TA. Legal barriers to secondtrimester abortion provision and public health consequences. *American Journal of Public Health*, 2009, 99(4):623–630.
58. Warriner IK et al. Rates of complication in firsttrimester manual vacuum abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet*, 2006, 368:1965–1972
59. Warriner IK et al. Can midlevel health-care providers administer early medical abortion as safely and effectively as doctors? A randomised controlled equivalence trial in Nepal. *Lancet*, 2011, 377:1155 –1161.
60. International Covenant on Civil and Political Rights, entry into force 23 March 1976, Article 18. United Nations.
61. European Court of Human Rights, *Kontaktinformation-Therapie and Hagen v. Austria*, 57 Eur. Ct. H.R. 81. Council of Europe, 1988.







# დანართი 1

## ბიქინიური კონსულტაციის დროს გამოვლენილი კვლევის ხარვეზები

- მიფერისტონის (200 მგ) შემდეგ მიზოპროსტოლის მცირე დოზების (მაგ: 600  $\mu$ g) მიღების ეფექტურობა ადრეულგესტაციურვადაზე .
- არსებობს თუ არა სარგებელი, როდესაც მიზოპროსტოლის სანყის დოზა არის უფრო მეტი ვიდრე მისი განმეორებითი დოზა ( მეორე ტრიმესტრის მედიკამენტური აბორტის დროს ).
- 9 -12 კვირის გესტაციურ ვადაზე მედიკამენტური აბორტის უფრო ეფექტური კომბინირებულირეჟიმის შერჩევა.
- მიფერისტონსა და მიზოპროსტოლს შორის ინტერვალის იდენტიფიკაცია ქალის არჩევანის მიხედვით და იმის გათვალისწინებით, რომ ყველაზე ეფექტური აბორტისათვის არის 24საათიდან 48 საათამდე შუალედი.
- განსაზღვრა: აქვს თუ არა ტკივილის შემამცირებელი ეფექტი ქირურგიული აბორტის წინ საშვილოსნოს ყელის წინასწარ მომზადებას
- დადგენა: აქვს თუ არა საშვილოსნოს ყელის მომზადებას რაიმე ეფექტი ორსულობის პირველი ტრიმესტრის (9 -12 კვირის გესტაციური ვადა) ბოლოს ქირურგიული აბორტის შედგომი გართულებების თავიდან ასაცილებლად.
- საშვილოსნოს ყელის მომზადების რისკი და სარგებელი და დამოკიდებულია თუ არა იგი პროვაიდერის გამოცდილებაზე.
- კარბოპროსტის ფარმაკოკინეტიკის იდენტიფიკაცია. დადგენა: არის თუ არა იგი გემეპროსტის მსგავსი.
- მედიკამენტური და ქირურგიული აბორტის შემდგომი პერიოდის მართვის ალგორითმის განვითარება.
- მედიკამენტური აბორტის შემდგომ კონტრაცეპტივთა გამოყენების უსაფრთხოების შეფასება (განსაკუთრებით IUD, იმპლანტებისა და საინექციო პრეპარატების).
- სეპტიური აბორტის შემდგომი პერიოდის შეფასება, როდესაც შესაძლებელია IUD-ს ჩადგმა უსაფრთხოდ.
- საუკეთესო გაუტკივარების მეთოდის შემუშავება, როგორც პირველი, ისე მეორე ტრიმესტრის აბორტის შემთხვევაში, შესაბამისი მედიკამენტოზური საშუალებების მიღების/შეყვანის პერიოდების განსაზღვრით.
- აბორტის პროვაიდერთა, როგორც მასტიმულირებლის როლის შეფასება უსაფრთხო აბორტის უზრუნველყოფის პირობებში და აგრეთვე იმის განსაზღვრა, თუ როგორ მოქმედებს თუ არა იგი აბორტის სერვისის ხელმისაწვდომობაზე.
- განსაზღვრა იმისა, თუ რა სახით იხდიან ქალები აბორტის სერვისის საფასურს და შესაძლებელია თუ არა ამ ინფორმაციით მიუკერძოებელი სერვისების ხელმისაწვდომობის პრობლემის გადაჭრა.
- უსაფრთხო აბორტის უზრუნველყოფასა და ხელმისაწვდომობაზე ინტერნეტის, ტელემედიის, სოციალური მარკეტინგისა და სხვა მსგავსი სერვისების ზეგავლენის შეფასება.

## დანართი 2

### GRADE -ს ფინალური კითხვები და შედეგები

- როდესაც მიფეპრისტონი არაა ხელმისაწვდომი, მედიკამენტური აბორტის, რომელი მეთოდია რეკომენდებული ორსულობის 12 კვირამდე ვადაზე?
  - შედეგი1: არასრული აბორტი;
  - შედეგი2: გაგრძელებული ორსულობა;
  - შედეგი3: გვერდითი ეფექტები (ზოგადი,ინდივიდუალური);
  - შედეგი4: აბორტსა და მკურნალობას შორის არსებული ინტერვალი;
  - შედეგი5: სხვა პროცედურასთან დაკავშირებული გართულებები.
- ქირურგიული აბორტის დროს გაუტკივარების რა მეთოდი უნდა იქნას გამოყენებული 12-14 კვირის ორსულობის ვადაზე?
  - შედეგი1: პროცედურული ტკივილის შემცირების ეფექტურობა;
  - შედეგი2: გვერდითი ეფექტები(ზოგადი,ინდივიდუალური);
  - შედეგი3: გაუტკივარებასთან დაკავშირებული გართულებები.
- შეიძლება ანტიბიოტიკების გამოყენებაპოსტ-აბორტული ინფექციის პრევენციისათვის?
  - შედეგი 1: ინფექცია;
  - შედეგი2: გვერდითი ეფექტები (ზოგადი,ინდივიდუალური);
  - შედეგი3: გართულებები;
  - შედეგი4: ღირებულება/ფასი.
- 12 კვირამდე გესტაციურ ვადაზე როგორია მედიკამენტური აბორტისათვის პრეპარატების მიღების რეკომენდებული რეჟიმი ?
  - შედეგი1: არასრული აბორტი;
  - შედეგი2: ორსულობის გაგრძელება;
  - შედეგი3:გვერდითი ეფექტები (ზოგადი,ინდივიდუალური);
  - შედეგი4: აბორტსა და მკურნალობას შორის არსებული ინტერვალი;
  - შედეგი5: სხვა პროცედურასთან დაკავშირებული გართულებები.
- რა არის აბორტის რეკომენდებული მეთოდი 12 კვირაზე მეტ გესტაციურ ვადაზე?
  - შედეგი1: არასრული აბორტი;
  - შედეგი2: ორსულობის გაგრძელება;

- გ. შედეგი 3: გვერდითი ეფექტები (ზოგადი,ინდივიდუალური);
- დ. შედეგი4: აბორტსა და მკურნალობას შორის არსებული ინტერვალი;
- ე. შედეგი5: სხვა პროცედურასთან დაკავშირებული გართულებები.

6. როგორ უნდა ჩატარდეს არასრული აბორტის მკურნალობა?

- ა. შედეგი 1: დასრულებული აბორტი;
- ბ. შედეგი2: გვერდითი ეფექტები (ზოგადი,ინდივიდუალური);
- გ. შედეგი3: აბორტსა და მკურნალობას შორის არსებული ინტერვალი;
- დ. შედეგი4: სხვა პროცედურასთან დაკავშირებული გართულებები.

7. მედიკამენტური აბორტის რა მეთოდები უნდა იქნას გამოყენებული 12 კვირაზე მეტ გესტაციურ ვადაზე ?

- ა. შედეგი 1: დასრულებული აბორტი;
- ბ. შედეგი2: გვერდითი ეფექტები (ზოგადი,ინდივიდუალური);
- გ. შედეგი3: პროცედურასთან დაკავშირებული გართულებები;
- დ. შედეგი4: აბორტსა და მკურნალობას შორის არსებული ინტერვალი.

8. როგორ უნდა დასრულდეს ქირურგიული აბორტის სერვისამდელი საშვილოსნოს ყელის მომზადების პროცედურა ?

- ა. შედეგი1: წარმატებული საშვილოსნოს ყელის დილატაცია;
- ბ. შედეგი2: საშვილოსნოს ყელის დილატაციის ხარისხი( მმ -ში);
- გ. შედეგი3: პაციენტის მიმღეობა;
- დ. შედეგი4: პროცედურის ხანგრძლივობა;
- ე. შედეგი5: აბორტსა და მკურნალობას შორის არსებული ინტერვალი;
- ვ. შედეგი6: გვერდითი ეფექტები (ზოგადი,ინდივიდუალური);
- ზ. შედეგი7: გართულებები.

9. ვინ უნდა განახორციელოს ქირურგიული აბორტის პროცედურამდელი საშვილოსნოს ყელის მომზადება ?

- ა. შედეგი1: აღარ არის ყელის შემდგომი დილატაციის საჭიროება;
- ბ. შედეგი2: საშვილოსნოს ყელის დილატაციის ხარისხი( მმ -ში);
- გ. შედეგი3: პაციენტის არჩევანი;
- დ. შედეგი4: გართულებები.

10. მედიკამენტური აბორტის დროს გაუტკივარების რომელი მეთოდებია გამოყენებული ?
- ა. შედეგი1: გვერდითი ეფექტები (ზოგადი,ინდივიდუალური);
  - ბ. შედეგი2: გართულებები;
  - გ. შედეგი3: აბორტსა და მკურნალობას შორის არსებული ინტერვალი;
  - დ. შედეგი4: პროცედურულ ტკივილთან გამკლავების ეფექტურობა.
11. რეკომენდებულია თუ არა აბორტამდელი ულტრა ბგერითი პროცედურა ?
- ა. შედეგი1: გართულებები;
  - ბ. შედეგი2: არასრული აბორტი.
12. ქირურგიული აბორტის რა მეთოდებია გამართლებული 12 კვირამდე გესტაციურ ასაკში ?
- ა. შედეგი1: არასრული აბორტი;
  - ბ. შედეგი2: გვერდითი ეფექტები (ზოგადი,ინდივიდუალური);
  - გ. შედეგი3: სხვა პროცედურასთან დაკავშირებული გართულებები.
13. აუცილებელია ქალებისათვის თუ არა აბორტის შემდგომი ვიზიტი ?
- ა. შედეგი1: გართულებები;
  - ბ. შედეგი2: ფასი;
  - გ. შედეგი3: პაციენტის დასაშვებობა/acceptability.

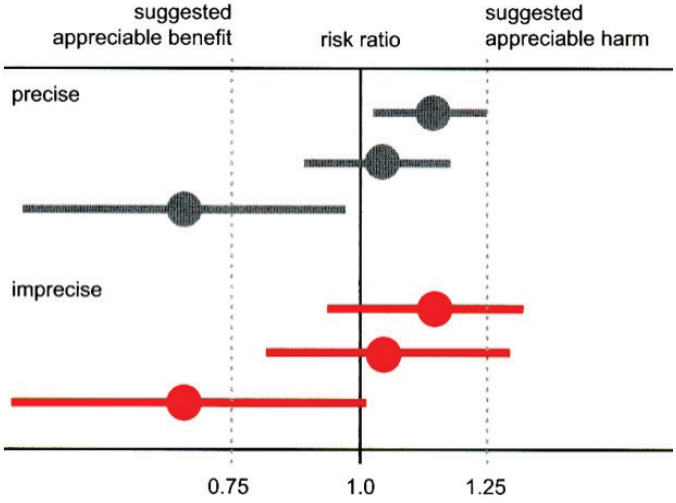
ყურადღება უნდა მიექცეს იმას,რომ რეკომენდაციებში (დანართი 5) ,ეს შეკითხვა ცალ-ცალკეა განხილული ორ რეკომენდაციად, 9 კვირაზე ნაკლებ გესტაციურ ვადისა და 9-12 კვირამდე გესტაციურ ასაკის გათვალისწინებით.

## დანართი 3

### შდგთა შფასების სტანდარტული GRADE - ის კრიტერიუმი

იხ. წყაროები 19-23.

სფერო	ხარისხი	მახასიათებლები
დიზაინის შესწავლა	0	ყველა რენდომიზირებული კონტროლირებადი გამოკვლევა
	-1	ყველა მიმოხილვითი
კვლევის დიზაინის შეზღუდვები	0	კვლევით უზრუნველყოფილი გაერთიანებული ეფექტის უმეტესობას აქვს შეცდომის/გადახრის დაბალი რისკი
	-1	კვლევით უზრუნველყოფილი გაერთიანებული ეფექტის უმეტესობას აქვს შეცდომის/გადახრის საშუალო ან მაღალი რისკით
	-2	კვლევით უზრუნველყოფილი გაერთიანებული ეფექტის უმეტესობას აქვს შეცდომის/გადახრის საშუალო ან მაღალი შეცდომის რისკით
	შენიშვნა:	შეცდომის/გადახრის დაბალი რისკი: არ არის შეზღუდვები ან მცირე შეზღუდვები;  შეცდომის/გადახრის საშუალო რისკი :სერიოზული შეზღუდვები, განსაკუთრებული შეზღუდვები.  შეცდომის მაღალირისკი: შეზღუდვები რანდომიზაციაზე,შეზღუდვების დაფარვაზე,მცირე დაბლოკილი რენდომიზირების ჩათვლით(<10) ან სხვა სერიოზული, ფუნდამენტური მნიშვნელობის მეთოდოლოგიური შეზღუდვები
შეუსაბამობა	0	არა მწვავე ჰეტეროგენობა( $L 2 < 60\%$ ან $\chi 2 \geq 0.05$ )
	-1	მწვავე,აუხსნელი ,ჰეტეროგენობა( $2 \geq 60\%$ or $\chi 2 < 0.05$ )  თუ ჰეტეროგენობა გამონეული იქნა პუბლიკაციების ტენდენციურობით ან უზუსტობით, მცირე კვლევის გამო, მხოლოდ პუბლიკაციური შეცდომაა უზუსტობის მიზეზი ( მაგრამ,მსგავსი შეცდომა არ უნდა გაიპაროს ორჯერ)
არაპირდაპირობა	0	არ შეინიშნება არაპირდაპირობა
	-1	მოსახლეობის, ინტერვენციების,კომპარატორისა და შედეგების არაპირდაპირი შედარების არსებობა

<p>გაურკვევლობა/ უზუსტობა</p>	<p>0</p>	<p>ქვემოთ მოცემული გამოსახულების მიხედვით სანდოობის ინტერვალი არის ზუსტი. შემოთავაზებული შესამჩნევი სარგებელი /რისკის ფარდობა/შემოთავაზებული შესამჩნევი ზიანი</p>  <p>ტოტალურად ერთად აღებული მოსახლეობის გამოკვლევა არაა მცირე(მაგ. რიცხვი საშუალოდ შეადგენს 300 მონაწილეს) და ტოტალური რიცხვი მოვლენებისა არის 30 ზე მეტი.</p>
	<p>-1</p>	<p>ერთერთი, ზემოხსენებული პირობიდან არაა შესრულებული</p>
	<p>-2</p>	<p>ორი ზემოხსენებული პირობიდან არაა შესრულებული</p>
	<p>შენიშვნა:</p>	<p>თუ მოვლენათა ტოტალური რიცხვი შეადგენს 30- ზე ნაკლებს, ხოლო ერთად აღებულ გამოკვლევაში მონაწილე მოსახლეობის რიცხვი კი შესაბამისად ძალიან დიდია (მაგ. 3000 პაციენტზე მეტი) შედეგი არ უნდა იქნეს გათვალისწინებული, თუ ორივე: ინტერვენციებისა და მკონტროლებელ ჯგუფებში არ ჩატარდა არანაირი მოვლენა,სპეციფიკური შედეგი და მისი ხარისხი უნდა შეფასებული იყოს ,როგორც ძალიან დაბალი.</p>
<p>სისტემატური შეცდომა</p>	<p>0</p>	<p>მტკიცებულებების ასიმეტრიულობის არ არსებობა ან - 5 ზე ნაკლები გამოკვლევა ჩატარდა</p>
	<p>-1</p>	<p>მტკიცებულებების ასიმეტრიულობა ,სულ მცირე 5 გამოკვლევა.</p>



## დანართი 4 თექნიკური კონსულტაციის მონაწილეები

**ქეიში Marijke Alblas**

კლინიკოსი, ჯანდაცვის ადვოკატი  
დამოუკიდებელი სამედიცინო კონსულტანტი  
კეიპ ტაუნი  
სამხრეთ აფრიკა

**Ms Mohsina Bilgrami**

ჯანდაცვის ადვოკატი  
რედაქტორი  
რეპროდუქციულ ჯანმრთელობის საქმეები  
ლონდონი  
დიდი ბრიტანეთისა და ჩრდილოეთ ირლანდიის  
გაერთიანებული სამეფო

**ქეიში Mohsina Bilgrami**

პროგრამის მენეჯერი, მართვის  
ხელმძღვანელი, ჯანდაცვის ადვოკატი  
დირექტორის შემცვლელი  
Marie Stope-ის საზოგადოება  
კარახი  
პაკისტანი

**ქეიში Paul Blumenthal**

კლინიკოსი, მკვლევარი  
მეან-გენეკოლოგიის პროფესორი  
სტანფორდის უნივერსიტეტის მედიცინის სკოლა  
სტანფორდი კალიფორნია  
ამერიკის შეერთებული შტატები

**ქეიში Lidia Casas-Becerra**

ადვოკატი, მკვლევარი, ჯანდაცვის ადვოკატი  
სამართლის პროფესორი  
სიეგო პორტალეს სამართლის სკოლა  
დიეგო პორტალეს უნივერსიტეტი  
სანტიაგო  
ჩილე

**ქეიში Laura Castleman**

კლინიკოსი, პროგრამის მენეჯერი  
მთავარი ექიმი  
იპასი  
ბირმინგჰემი მიჩიგანი  
ამერიკის შეერთებული შტატები

**Ms Jane Cottingham**

მკვლევარი, ჯანდაცვის ადვოკატი  
სექსუალური და რეპროდუქციული  
ჯანმრთელობისა და უფლებების დამოუკიდებელი  
კონსულტანტი  
კაროუჯი ჟენევის ესკალადა  
შვეიცარია

**Dr Kelly Culwell**

კლინიკოსი, ჯანდაცვის ადვოკატი, პროგრამის  
მენეჯერი  
მთავარი მრჩეველი  
საერთაშორისო ოჯახის დაგეგმარების ფედერაცია  
ლონდონი  
დიდი ბრიტანეთისა და ჩრდილოეთ ირლანდიის  
გაერთიანებული სამეფო

**ქეიში Teresa Depineres**

მკვლევარი, კლინიკოსი, პროგრამის მენეჯერი  
მთავარი ტექნიკოსი მრჩეველი  
Fundacion Orientame  
ბოგოტა  
კოლუმბია

**ქეიში Joanna Erdman**

ადვოკატი, მკვლევარი, ჯანდაცვის ადვოკატი  
ადიუნქტ პროფესორი, სამართლის ფაკულტეტი  
ტორონტოს უნივერსიტეტი  
ონტარიო  
კანადა

**ექიმი Anibal Faundes**

ლინიკოს, ჯანდაცვის ადვოკატი

მეან-გენოკოლოგი პროფესორი  
კამპინას სახელმწიფო უნივერსიტეტი  
კამპინასი, სან-პაულო  
ბრაზილია

**პროფესორი Mahmoud Fathalla**

კლინიკოსი, მკვლევარი, ჯანდაცვის ადვოკატი

ასიუტის უნივერსიტეტი  
ასიუტი  
ეგვიპტე

**ექიმი Kristina Gemzell-Danielsson**

მკვლევარი, კლინიკოსი, მართვის ხელმძღვანელი

მეან-გენოკოლოგი პროფესორი  
კაროლინსკა უნივერსიტეტის ჰოსპიტალი  
სტოკჰოლმი  
შვედეთი

**ექიმი Anna Glasier**

კლინიკოსი, მკვლევარი

LNS ლოტიანი და ედინბურგის უნივერსიტეტი  
ედინბურგი  
შოტლანდია

**ექიმი Türkiz Gökgöl**

მკვლევარი, მართვის ხელმძღვანელი, პროგრამის მენეჯერი

საერთაშორისო პროგრამათა ხელმძღვანელი  
The Susan Thompson Buffett Foundation  
ომაჰა ნებრასკა  
ამერიკის შეერთებული შტატები

**ექიმი David Grimes**

მეთოდოლოგი, ეპიდემიოლოგისტი, მკვლევარი

ცნობილი მეცნიერი  
ოჯახის ჯანმრთელობაზე ზრუნვის საერთაშორისო  
ორგანიზაცია

დიურჰემი ჩრდილოეთ კაროლინა  
ამერიკის შეერთებული შტატები

**ექიმი Selma Hajri**

კლინიკოსი, მკვლევარი

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კონსულტანტი  
კოორდინატორი  
მედიკამენტური აბორტის აფრიკული ქსელი  
(ANMA)  
ტუნისი  
ტუნისია

**ექიმი Pak Chung Ho**

კლინიკოსი, მკვლევარი

მეან-გენეკოლოგი პროფესორი  
დედოფალი მერის ჰოსპიტალი  
ჰონგ კონგი  
ჩინეთის სახალხო რესპუბლიკა

**ექიმი Sharad Iyengar**

კლინიკოსი, მართვის ხელმძღვანელი

მთავარი აღმსრულებელი  
ექსპერიმენტული გამოკვლევა და ჯანმრთელობის  
ტრენინგი  
უდაიპური  
ინდოეთი

**Ms Heidi Bart Johnston**

დროებითი მრჩეველი

რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების  
კონსულტანტი  
ვედციკონი  
შვეიცარია

**Ms Bonnie Scott Jones**

ადვოკატი, ჯანდაცვის ადვოკატი

ხელმძღვანელის შემცვლელი  
რეპროდუქციული უფლებების ცენტრი  
ნიუ იორკი  
ამერიკის შეერთებული შტატები

**Dr Vasantha Kandiah**

**მკვლევარი**

კონსულტანტი

მოსახლეობისა და ოჯახის დაგვემარების  
განვითარების სამინისტრო

კუალა ლუმპური

მალაიზია

**Dr Nguyen Duy Khe**

**პროგრამის მენეჯერი**

დირექტორი, დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის  
დეპარტამენტი

ჯანდაცვის სამინისტრო

ჰანოი

ვიეტნამი

**Dr Chisale Mhango**

**პროგრამის მენეჯერი**

ხელმძღვანელი, რეპროდუქციული  
ჯანმრთელობის გაერთიანება

ჯანდაცვის სამინისტრო

ლილონგვე

მალავი

**Dr Suneeta Mittal**

**კლინიკოსი, მკვლევარი, ჯანდაცვის ადვოკატი**

დირექტორი, მეან-გენოკოლოგიის დეპარტამენტი  
სამედიცინო მეცნიერების მთელი ინდიოეთის  
ინსტიტუტი

ანსარი ნაგარი, ნიუ დელი

ინდოეთი

**Dr Nuriye Ortayl**

**კლინიკოსი, პროგრამის მენეჯერი**

მთავარი მრჩეველი

UNFPA

ნიუ იორკი

ამერიკის შეერთებული შტატები

**Dr Mariana Romero**

**მკვლევარი, ჯანდაცვის ადვოკატი**

უმცროსი მკვლევარი

CEDES

ბუენოს აირესი

არგენტინა

**Dr Helena von Herten**

**მკვლევარი**

კონსულტანტი

Concept Foundation

ფენევა

შვეიცარია

**Dr Beverly Winikoff**

**მეთოდოლოგი, ეპიდემიოლოგისტი, მკვლევარი**

პრეზიდენტი

ჯინუიტი ჯანდაცვის პროექტები

ნიუ იორკი

ამერიკის შეერთებული შტატები

**Ms Patricia Ann Whyte**

**დროებითი მრჩეველი**

მთავარი მკვლევარი

დეაკინის სტრატეგიული ცენტრი მოსახლეობის  
ჯანდაცვაში

ჯანდაცვის ფაკულტეტი, დეაკინის უნივერსიტეტი

ვიქტორია

ავსტრალია

დამატებითი ექსპერტული კომიტეტი

**Ms Rebecca Cook**

**საერთაშორისო ადამიანთა უფლებების  
სამართლის მმართველი**

სამართლის ფაკულტეტი

ტორონტო, ონტარიო

კანადა

**Ms Laura Katsive**

## პროგრამის ოფიცერი

Wellspring Advisors, LL

ნიუ იორკი

ამერიკის შეერთებული შტატები

**ქეიმი Paul FA Van Loo**

სექსუალურ და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კონსულტანტი

ვალ დლიემ

შვეიცარია

**WHO-ს რეგიონული მრჩეველები**

Dr Khadiddiatou Mbaye, აფრიკის რეგიონული ოფისი

Dr Gunta Lazdane, ევროპის რეგიონული ოფისი

**WHO-ს სამდივნო**

Dr Katherine Ba-Thike

Dr Dalia Brahmi

Dr Peter Fajans

Dr Bela Ganatra

Dr Emily Jackson

Dr Ronald Johnson

Dr Nathalie Kapp

Ms Eszter Kismodi

Dr Regina Kulier

Dr Michael Mbizvo

Dr Lale Say

Dr Iqbal Shah

Dr João Paulo Dias de Souza

**დამკვირვებლები**

Dr Mari Mathiesen

მენეჯმენტის ორგანოს წევრი

ესტონეთის ჯანდაცვის დაზღვევის ფონდი

ლემბიტუ

ესტონეთი

Dr Helvi Tarien

**ჯანდაცვის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი**

ესტონეთის ჯანდაცვის დაზღვევის ფონდი

ლემბიტუ

ესტონეთი.

## დანართი 5

**რეკომენდაციები ტექნიკური კონსულტაციებიდან მეორე გამოცემისათვის: „უსაფრთხო აბორტი: ტექნიკური და პოლიტიკის გზამკვლევი ჯანდაცვის სისტემებისათვის”**

**რეკომენდაცია 1: ქირურგიული აბორტი 12-14 კვირის განსაზღვრულ ვადაში**

ვაკუუმ-ასპირაცია არის ქირურგიული აბორტის რეკომენდებული მეთოდი გესტაციის 12-14 კვირამდე ვადაზე. პროცედურა რუტინულად არ უნდა დასრულდეს ბასრი კიურეტაჟით. დილატაცია და კიურეტაჟი (D&C), თუ ისევ რჩება პრაქტიკაში, უნდა შეიცვალოს ვაკუუმ-ასპირაციით.

(რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი)

შენიშვნები

- მიმოხილვითმა კვლევებმა აჩვენეს, რომ ვაკუუმ-ასპირაცია ნაკლებ გართულებებთან ასოცირდება, ვიდრე D&C; თუმცაღა რენდომიზირებულმა კვლევამ ვერ მოახერხა გართულებების მაჩვენებელთა შორის განსხვავება დაედგინა.
- არ არსებობს მტკიცება, რომელიც დაადასტურებდა, რომ ვაკუუმ-ასპირაციის გამოყენების შემდეგ ბასრი კიურეტაჟის გამოყენება უფრო წარმატებულს ხდის პროცედურას (მაგ:ბასრი კიურეტაჟის გამოყენება „დასრულებული” აბორტისათვის).
- მტკიცებების ხარისხი დაფუძნებული რანდომიზირებულ კონტროლირებად კვლევაზე არის საშუალოზე დაბალი/ნაკლებად ზომიერი

**რეკომენდაცია 2: მედიკამენტური აბორტი 9 კვირის (63 დღე) განსაზღვრულ ვადაში**

**რეკომენდაცია 2.1**

მედიკამენტური აბორტის რეკომენდებული მეთოდია მიფეპრისტონის შემდგომ მიზოპროსტოლის გამოყენება.

(რეკომენდაციის სიძლიერე : ძლიერი)

## შენიშვნები

- რანდომიზირებული კონტროლორებადი კვლევები ახდენენ კომბინირებული რეჟიმის (მიფეპრისტონი, შემდეგ მიზოპროსტოლი) უფრო მაღალი ეფექტურობის დემონსტრირებას, მხოლოდ მიზოპროსტოლის გამოყენებასთან შედარებით.
- მტკიცებების ხარისხი დაფუძნებული რანდომიზირებულ კონტროლირებად კვლევაზე არის საშუალო/ ზომიერი

## რეკომენდაცია 2.2

მიფეპრისტონი ყოველთვის ორალურად უნდა იქნას მიღებული. რეკომენდებული დოზაა 200 მგ. (რეკომენდაციის სიძლიერე : ძლიერი)

## შენიშვნები

- რანდომიზირებულმა კონტროლირებადმა კვლევებმა აჩვენა, რომ 200 მგ მიფეპრისტონი არის ისეთივე ეფექტური როგორც 600მგ.
- მტკიცებების ხარისხი დაფუძნებული რანდომიზირებულ კონტროლირებად კვლევაზე არის საშუალო/ ზომიერი

## რეკომენდაცია 2.3

ვაგინალური, ბუკალური და სუბლინგვალური გზებით გამოყენებისათვის მიზოპროსტოლის რეკომენდებული დოზა არის 800µg. ორალურად მიღებისას კი მიზოპროსტოლის რეკომენდებული დოზაა 400 µg.

(რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი)

## შენიშვნები

- მიზოპროსტოლის ეფექტურობა დამოკიდებულია გესტაციურ ვადაზე, მედიკამენტის მიღების გზაზე და დოზირებაზე/მიღების სიხშირეზე. მიმდინარეობს გამოკვლევა იმის დასადგენად, რომელ კლინიკურ სიტუაციებში შესაძლებელია მიზოპროსტოლის უმცირესი დოზა გამოყენებულ იქნას შედარებით ეფექტურად, ან არის თუ არა ეს საერთოდ შესაძლებელი.

- მტკიცებების ხარისხი დაფუძნებული რანდომიზირებულ კონტროლირებად კვლევაზე არის საშუალო/ ზომიერი.

## რეკომენდაცია 2.4

რეკომენდებული დოზები და მიფეპრისტონის შემდეგ მიზოპროსტოლის მიღების გზები:

მიფეპრისტონი ყოველთვის ორალურად უნდა იქნას მიღებული. რეკომენდებული დოზაა 200მგ.

მიზოპროსტოლის მიღება რეკომენდებულია 1 დან 2 დღის (24 დან 48 სთ) შემდეგ მიფეპრისტოლის მიღებიდან.

- მიზოპროსტოლის რეკომენდებული დოზა ვაგინალური, ბუკალური და სუბლინგვალური მიღებისას არის 800 µg.
- ორალურად მიღებისას მიზოპროსტოლის რეკომენდებული დოზაა 400 µg.
- 7 კვირამდე (49 დღე) ორსულობის დროს მიზოპროსტოლი შესაძლოა მიღებული იქნას ვაგინალურად, ბუკალურად, სუბლინგვალურად ან ორალური გზით. 7 კვირის გესტაციური ვადის შემდეგ მიზოპროსტოლის ორალურად მიღება არაა დასაშვები.
- ორსულობის 9 კვირამდე (63 დღე) მიზოპროსტოლი შესაძლოა მიღებულ იქნას ვაგინალურად, ბუკალურად ან სუბლინგვალურად.

(რეკომენდაციის სიძლიერე :ძლიერი)

## შენიშვნები

- მიზოპროსტოლის ვაგინალური შეყვანა რეკომენდებულია და ეფუძნება მის მაღალ ეფექტურობას და გვერდითი ეფექტების დაბალ მაჩვენებლებს, სხვა გზებით პრეპარატის მიღებასთან შედარებით. თუმცა, ზოგიერთმა ქალმა შესაძლოა არჩიოს/ამჭობინოს პრეპარატის არავაგინალური გზით მიღება.
- მტკიცებების ხარისხი დაფუძნებული რანდომიზირებულ კონტროლირებად კვლევაზე არის საშუალო/ ზომიერი

**რეკომენდაცია 3: მედიკამენტური აბორტი 9 დან 12 კვირამდე (63-84 დღე) ორსულობის ვადაზე.**

მედიკამენტური აბორტის რეკომენდებული მეთოდი არის 200მგ მიფეპრისტონის მიღება ორალურად და 36-48 საათის შემდეგ 800µg მიზოპროსტოლის შეყვანა ვაგინალურად. შემდგომი მიზოპროსტოლის დოზა უნდა იყოს 400 µg - ვაგინალურად ან სუბლინგვალურად ყოველ 3 საათში 4 ჯერადად (4 დოზა), ჩანასახოვანი პროდუქტების ექსპულსიამდე/ გამოდევნამდე საშვილოსნოდან.

(რეკომენდაციის სიძლიერე: სუსტი)

**შენიშვნები:**

- მედიკამენტური აბორტის რეჟიმი 9 -დან 12 კვირის ორსულობის ვადაზე ჯერ კიდევ კვლევის საგანი არის; რეკომენდაცია გაიცემა მას შემდეგ რაც დასრულდება გამოკვლევა.
- მტკიცებების ხარისხი დაფუძნებული რანდომიზირებულ კონტროლირებად კვლევაზე, არის ძალიან დაბალი.

რეკომენდაცია 4: მედიკამენტური აბორტი 12 კვირამდე (84 დღე) გესტაციურ ვადაზე, როდესაც მიფეპრისტონი არაა ხელმისაწვდომი

მედიკამენტური აბორტის რეკომენდებული მეთოდი, მაშინ როდესაც მიფეპრისტონი არაა ხელმისაწვდომი, არის 800 µg მიზოპროსტოლის შეყვანა ვაგინალური ან სუბლინგვალური გზით. 3 განმეორებითი დოზა 800 µg უნდა იქნას მიღებული 3 საათიანი ინტერვალებით, მაგრამ არა უკვიანეს 12 საათისა.

(რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი)

**შენიშვნები**

- სუბლინგვალური გზით მიღებული მიზოპროსტოლი, უფრო მეტ გვერდით ეფექტებთან ასოცირდება, ვაგინალურთან შედარებით. უშვილო ქალებში სუბლინგვალურად მედიკამენტის მიღება, ნაკლებ ეფექტურია, როცა ინტერვალი განმეორებით დოზებს შორის 3 საათზე მეტია.

- მტკიცებების ხარისხი დაფუძნებული რანდომიზირებულ კონტროლირებად კვლევაზე არის მაღალი.
- მიფეპრისტონის მიზოპროსტოლთან ერთად მიღება არის უფრო ეფექტური და ასოცირდება ნაკლებ გვერდით ეფექტებთან, ვიდრე მხოლოდ მიზოპროსტოლის შეყვანა. ზოგიერთ ადგილას გამოიყენება მეტოტრექსატის კომბინირება მიზოპროსტოლთან, თუმცა არაა რეკომენდებული WHO-ს მიერ, არის დაბალ ეფექტური ვიდრე მიფეპრისტონი და მიზოპროსტოლი ერთად, მაგრამ უკეთესია ვიდრე მხოლოდ მიზოპროსტოლი.

**რეკომენდაცია 5: აბორტის მეთოდები 12 - 14 კვირამდე (84 -დან 98 დღე) მები ორსულობის ვადაზე**

დილატაცია / ევაკუაცია (D&E) და მედიკამენტური მეთოდები (მიფეპრისტონი და მიზოპროსტოლი; მიზოპროსტოლი მხოლოდ) ორივე რეკომენდებულია აბორტისათვის 12-14 კვირამდე მეტ გესტაციურ ვადაზე. დაწესებულებებმა უნდა შესთავაზონ ორივე ან სულ მცირე ერთი მეთოდი მაინც, პროვადიერის გამოცდილებისა და ტრენინგის ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით.

(რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი)

**შენიშვნები**

- ამ საკითხის შესახებ მტკიცებულებები მეტად შეზღუდულია, ვინაიდან ქალები ნაკლებად გამოთქვამენ სურვილს ქირურგიული და მედიკამენტური აბორტების შესახებ რანდომიზირებულ კლინიკურ ექსპერიმენტებში მონაწილეობის მიღებაზე.
- მტკიცებების ხარისხი, დაფუძნებული რანდომიზირებულ კონტროლირებად კვლევაზე არის დაბალი.
- თუ ქალს აქვს ჯანმრთელობის პრობლემა, რომელიც მის მიერ არჩეულ აბორტის მეთოდისათვის უკუჩვენებას წარმოადგენს, მაშინ არჩევანი უნდა შეიზღუდოს, ან საერთოდ უარი ეთქვას პროცედურის ჩატარებაზე.

## რეკომენდაცია 6: მედიკამენტური აბორტი 12 კვირის (84 დღე)განსახილველი ვადის ზამოთ

მედიკამენტური აბორტის რეკომენდებული მეთოდი არის 200 მგ მიფეპრისტონის მიღება ორალურად, შემდგომი მიზოპროსტოლის განმეორებითი დოზების მიღებით 36 - 48 საათში.

(რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი)

- 12 დან 24 კვირამდე ორსულობის დროს მიზოპროსტოლისანაწილის დოზა (მიფეპრისტონის მიღების შემდეგ) უნდა იყოს 800  $\mu\text{g}$  ვაგინალურად ან 400  $\mu\text{g}$  ორალურად. შემდგომი მიზოპროსტოლის დოზა უნდა იყოს 400  $\mu\text{g}$  ,შეყვანილი ვაგინალურად ან სუბლინგვალურად, ყოველ 3 საათში, 4 განმეორებითი დოზის სახით.
- 24 კვირის ორსულობის ვადაზე მიზოპროსტოლის დოზა უნდა შემცირდეს საშვილოსნოს მაღალი სენსიტიურობის გამო პროსტაგლანდინებზე, მაგრამ კლინიკური გამოკვლევების სიმციროს გამო დოზირების შესახებ რეკომენდაცია არ გაიცემა.

(რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი)

იმ შემთხვევებში, როდესაც მიფეპრისტონი არაა ხელმისაწვდომი, მედიკამენტური აბორტის რეკომენდებული მეთოდი არის 400 $\mu\text{g}$  მიზოპროსტოლის შეყვანა ვაგინალურად ან სუბლინგვალურად, ყოველ სამ საათში განმეორებული დოზით - ხუთჯერ.

(რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი)

### შენიშვნები:

- მიფეპრისტონის მიღებასა და მიზოპროსტოლის შეყვანას შორის 36 საათზე ნაკლები ინტერვალი ასოცირებულია აბორტის გახანგრძლივებასა და არასრული აბორტის შემთხვევების მაღალ მაჩვენებელთან.
- ეტაკრიდინის ლაქტატის მიღება ინდუცირებული აბორტისათვის ისეთივე შედეგთანაა ასოცირებული, როგორც მხოლოდ მიზოპროსტოლის გამოყენების რეჟიმი; გამოკვლევებში არაა შედარებული რამდენად ეფექტური და უსაფრთხოა მხოლოდ მიზოპ-

როსტოლის შეყვანა, მიფეპრისტონისა და მიზოპროსტოლის კომბინაციასთან შედარებით.

- მეორე ტრიმესტრში მედიკამენტური აბორტის დროს ქალებს (ნაწილობრივ საშვილოსნოზე) აქვთ საშვილოსნოს გახევის ძალიან დაბალი (0,28%) რისკი
- უშვილო ქალებში, მხოლოდ მიფეპრისტონის გამოყენება ვაგინალურად უფრო ეფექტურია, ვიდრე სუბლინგვალურად.
- მტკიცებების ხარისხი, დაფუძნებული რანდომიზირებულ კონტროლირებად კვლევაზე არის საშუალოზე დაბალი.

## რეკომენდაცია 7: საშვილოსნოს ყელის მომზადება ქირურგიული აბორტის წინ 12- 14 კვირამდე(84-98დღე ) გათავსიურ ვადაზე.

### რეკომენდაცია 7.1

ქირურგიული აბორტის პროცედურის წინ საშვილოსნოს ყელის მომზადება რეკომენდებულია ყველა ქალისათვის, რომელთა ორსულობის ვადა არის 12 -დან 14 კვირამდე, თუმცა მისი გამოყენება ფეხმძიმობის ნებისმიერ ვადაზე შეიძლება იყოს გათვალისწინებული.

(რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი)

### შენიშვნები:

- მხედველობაში უნდა იქნას მიღებული დროის გახანგრძლივება და გვერდითი ეფექტები, ტკივილის, ვაგინალური სისხლდენის და შეწყვეტილი აბორტის ჩათვლით, ასოცირებული საშვილოსნოს ყელის მომზადებასთან 12- 14 კვირაზე ნაკლებ ვადაზე.
- აბორტის სერვისი არ უნდა იქნეს შეზღუდული იმ მიზეზით, რომ არაა ხელმისაწვდომი საშვილოსნოს ყელის მომზადება.
- მტკიცებების ხარისხი დაფუძნებული რანდომიზირებულ კონტროლირებად კვლევაზე არის დაბალი.

## რეკომენდაცია 7.2

პირველ ტრიმესტრში ქირურგიულიაბორტის წინ, საშვილოსნოს ყელის მომზადების ნებისმიერი შემდეგი მეთოდი რეკომენდებულია:

- მიფეპრისტონი 200მგ(24 - 48 საათით ადრე პროცედურამდე) ორალურად; ან
- მიზოპროსტოლი 400  $\mu$ გ სუბლინგვალურად - პროცედურამდე 2 - 3 საათით ადრე; ან
- მიზოპროსტოლი 400  $\mu$ გ ვაგინალურად - პროცედურამდე 3 საათით ადრე; ან
- ლამინარია მოთავსებული ინტრაცერვიკალურად 6- 24 საათით ადრე პროცედურამდე.

(რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი)

## შენიშვნები:

- საშვილოსნოს ყელის მომზადების ფასი, ლოკალური ხელმისაწვდომობა და ტრენინგი გეგავლენას იქონიებს მეთოდის არჩევანზე.
- მტკიცებების ხარისხი დაფუძნებული, რანდომიზირებულ კონტროლირებად კვლევაზე არის საშუალოზე დაბალი.

## რეკომენდაცია 8: საშვილოსნოს ყელის მომზადება ქირურგიული აბორტის პროცედურის წინ 14 კვირის ან 14 კვირაზე მეტი (98 დღე) ორსულობის ვადაზე.

## რეკომენდაცია 8.1

ყველა ქალმა, რომელიც დილატაციასა და ევაკუაციას (D&E) იკეთებს 14 კვირაზე მეტ ვადაზე, აბორტის წინ აუცილებლად უნდა გაიაროს საშვილოსნოს ყელის მომზადების პროცედურა.

(რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი)

## შენიშვნა:

- მტკიცებების ხარისხი, დაფუძნებული რანდომიზირებულ კონტროლირებად კვლევაზე, არის საშუალოზე დაბალი.

## რეკომენდაცია 8.2

დილატაცია/ევაკუაციის (D&E) წინ საშვილოსნოს ყელის მომზადების რეკომენდებული მეთოდები 14 კვირაზე მეტი გესტაციის ვადაზე არის ოსმო-დილატაცია ან ან მიზოპროსტოლი.

(რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი)

შენიშვნები:

- მიზოპროსტოლის ეფექტთან შედარებით, ოსმო-დილატაცია ამცირებს პროცედურის ხანგრძლივობას და შემდგომი დილატაციის საჭიროებას. D&E პროცედურის წინ მიზოპროსტოლის გამოყენება ორსულობის 20 კვირაზე მეტ ვადაზე, ჯერ არ ყოფილა კლინიკურიგამოკვლევის სუბიექტი.
- მტკიცებების ხარისხი დაფუძნებული რანდომიზირებულ კონტროლირებად კვლევაზე, არის საშუალო/ზომიერი.

## რეკომენდაცია 9: ხელოვნური აბორტის შემდგომი ზრუნვა

გართულებების გარეშე ჩატარებული ქირურგიული ან მედიკამენტური აბორტის შემდეგ ( მიფეპრისტონი, შემდეგ მიზოპროსტოლი ) კლინიკაში შემდგომი რუტინული ვიზიტების საჭიროება არ არის. თუმცა, ქალებს უნდა მიეცეს რჩევა-დარიგება, რომ დამატებითი სერვისები მათთვის ხელმისაწვდომია საჭიროებისა და სურვილისამებრ.

(რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი)

## შენიშვნები:

- ქალები ადეკვატურად უნდა იყვნენ ინფორმირებულნი, როგორ ამოიცნონ გაგრძელებული ორსულობის სიმპტომები და სხვა სამედიცინო მიზეზები: გახანგრძლივებული სისხლდენა, ტემპერატურა. მათ ასევე უნდა იცოდნენ, რომ თუ გემოხსენებულიდან, რომელიმე აღენიშნებათ, სასწრაფოდ უნდა დაბრუნდნენ კლინიკაში.
- პირველი ტრიმესტრის მედიკამენტური აბორტის შემდეგ კლინიკაში განმეორებითი



ვიზიტის შემცვლელი ალტერნატიული სტრატეგიის შემუშავება არის ამჟამინდელი კვლევის საგანი.

- მტკიცებების ხარისხი დაფუძნებული რანდომიზირებულ კონტროლირებად კვლევაზე არის დაბალი.

### რეკომენდაცია 10: დაუსრულებელი აბორტის მკურნალობა

იმ შემთხვევაში, როცა საშვილოსნოს ზომა მკურნალობის დროს არის 13 კვირის (ან ნაკლები) ორსულობის ეკვივალენტური, ქალებისათვის - არასრული აბორტით, რეკომენდებული მეთოდია ვაკუუმ-ასპირაცია ან მიზოპროსტოლით მკურნალობა. მიზოპროსტოლის რეკომენდებული რეჟიმი არის ერთჯერადად: 400µg მიზოპროსტოლი სუბლინგვალურად ან 600 µg ორალურად.

(რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი)

### შენიშვნები:

არასრული აბორტისას გამოდევნითი ტაქტიკა შესაძლოა იყოს ისეთივე ეფექტური, როგორც მიზოპროსტოლი, თუმცა პროცესს დასტირდება მეტი დრო. არჩევანის გაკეთება ზემოხსენებულ ორ მეთოდს შორის უნდა იყოს დამოკიდებული ქალის კლინიკურ მდგომარეობასა და მისთვის სასურველ/მისაღებ მკურნალობის მეთოდზე.

- რეკომენდაცია ეყრდნობა იმ ქალების გამოკვლევას, რომელთაც გადატანილი ჰქონდათ სპონტანური აბორტი. არშემდგარი აბორტი განსხვავდება სპონტანური ან ხელოვნური აბორტის დაუსრულებელი პროცედურისაგან.
- პირველი ტრიმესტრის ქირურგიული აბორტის რეკომენდაციაზე დაყრდნობით ვაკუუმ ასპირაცია შესაძლოა გამოყენებულ იქნას ქალებში, რომელთა საშვილოსნოს ზომა 14 კვირის ორსულობის ოდენობისაა.
- მიზოპროსტოლი შესაძლოა ასევე იქნას გამოყენებული ვაგინალურად. კვლევაში ვაგინალური მიზოპროსტოლი გამოყენებულ იქნა დოზებით: 400µg- დან 800 µg -მდე .

დოზირების შედარებითი ცდების შედეგები არ გამოქვეყნებულა.

- მტკიცებების ხარისხი დაფუძნებული რანდომიზირებულ კონტროლირებად კვლევაზე არის დაბალი.

### რეკომენდაცია 11: ინდუსირებადი აბორტის პროფილაქტიკა ანტიბიოტიკებით.

ყველა ქალმა, რომელსაც უტარდება ქირურგიული აბორტი, მიუხედავად მათი რისკისა მენჯის ანთებადი ინფექციის განვითარების თვალსაზრისით, პროფილაქტიკურად უნდა მიიღოს შესაბამისი ანტიბიოტიკი პროცედურამდე ან შემდეგ.

(რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი)

შენიშვნები:

- ანტიბიოტიკების ნაკლებობამ არ უნდა შეუშალოს ხელი აბორტზე ხელმისაწვდომობას;
- ნიტროიმიდაზოლის, ტეტრაციკლინის ან პენიცილინის ერთჯერადად მიღება ეფექტურ შედეგს იძლევა;
- მტკიცებების ხარისხი დაფუძნებული რანდომიზირებულ კონტროლირებად კვლევაზე არის საშუალო/ზომიერი. მტკიცებების ხარისხი დაფუძნებული მედიკამენტური აბორტის ერთ მიმოხილვით კვლევაზე არის ძალიან დაბალი; ქირურგიული აბორტისათვის კი იგი არის საშუალო.

### რეკომენდაცია 12: ულტრაბგერითი პროცედურის ჩატარება ხელოვნურ აბორტამდე

რუტინულად ულტრაბგერითი სკანირების ჩატარება აბორტამდე არაა აუცილებელი.

(რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი)

შენიშვნა:

- მტკიცებების ხარისხი დაფუძნებული რანდომიზირებულ კონტროლირებად კვლევაზე, არის ძალიან დაბალი.

### რეკომენდაცია 13: აბორტის შემდგომი კონტრაცეფცია

ქალებს შეუძლიათ დაიწყონ ჰორმონალური კონტრაცეპტივების მიღება ქირურგიული აბორტის დროს ან მედიკამენტური აბორტის საშუალების/პრეპარატის პირველი ტაბლეტის მიღებიდანვე.

(რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი)

მედიკამენტური აბორტის შემდეგ შესაძლებელია ჩაიდგას IUD, თუ კი არსებობს იმის გარანტია, რომ ქალი აღარაა ორსულად.

### შენიშვნები

- მედიკამენტური აბორტის დროს ნაყოფის საშვილოსნოდან გამოდევნამდე ჰორმონალური კონტრაცეპტივების მიღება ჯერ არ არის კლინიკურად გამოკვლეული.
- მტკიცებების ხარისხი, დაფუძნებული რანდომიზირებულ კონტროლირებად კვლევაზე არის ძალიან დაბალი.

### რეკომენდაცია 14: ტკივილის მართვა აბორტის პროცედურისას

როგორც ქირურგიული, ისე მედიკამენტური აბორტის დროს ყველა ქალს რუტინულად უნდა შესთავაზონ ტკივილ გამაყუჩებლები (მაგ: არასტეროიდულიანთების სანინაალმდეგო წამლები).

(რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი)

ვაკუუმ-ასპირაციისა და D&E - ს დროს ზოგადი ანესთეზია არაა რუტინული წესით რეკომენდებული

(რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი)

### შენიშვნები

- გაუტკივარება ყოველთვის უნდა შეთავაზონ ქალს, როგორც მედიკამენტური, ისე ქირურგიული აბორტის დროს და სურვილის შემთხვევაში უზრუნველყონ სერვისის მიწოდება დაუყოვნებლივ. უმრავლეს შემთხვევებში ტკივილგამაყუჩებლები, ადგილობრივი ანესთეზია და/ან სედაცია ვერბალურ მხარდაჭერასთან ერთად საკმარისია, თუმცა ტკივილის მართვა სულ უფრო რთული ხდება გესტაციური ვადის ზრდასთან ერთად;
- გაუტკივარების საშუალებების შეყვანის/მიღების განრიგი არაა ადექვატურად შესწავლილი, ამიტომაც რეკომენდაციები სპეციფიური რეჟიმების შესახებ არ გაიცემა; ამასთან, გაუტკივარების უზრუნველყოფა არის უსაფრთხო აბორტის პროცედურის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ნაწილი/პირობა;
- ინტრავენული ნარკოტიკები და/ან ტრანკვილიზატორები, ასევე პარაცეტამოლი ბლოკადა ფართოდ გამოიყენება, თუმცა არც ეს საკითხი არაა ადექვატურად გამოკვლეული.
- ტკივილთან გასამკლავებლად არასტეროიდული, ანთების სანინაალმდეგო საშუალებების ეფექტურობა დამტკიცებულია, მაშინ როდესაც ქირურგიული ან მედიკამენტური აბორტის დროს პარაცეტამოლის გამოყენება ტკივილის შესამსუბუქებლად -არაეფექტურია;
- ზოგიერთ ქალს შესაძლოა დასჭირდეს დამატებითი ნარკოტიკული ტკივილ გამაყუჩებლები, განსაკუთრებით მეორე ტრიმესტრის აბორტისას;
- რეგიონალური ანესთეზიის გამოყენება მედიკამენტური აბორტის შემთხვევაში, 12 კვირაზე მეტი ორსულობის დროს, არ არის კლინიკურად გამოკვლეული;
- ზოგადი ანესთეზია ასოცირებულია გვერდითი ეფექტების და არასასურველი გართულებების დონესთან, ვიდრე ტკივილის გაყუჩების სხვა მეთოდები;
- მტკიცებების ხარისხი დაფუძნებული რანდომიზირებულ კონტროლირებად კვლევაზე არის დაბალი.

## დანართი 6

პოსტ-აბორტული კონტრაცეფციების გამოყენების არჩევანი/პოსტ-აბორტული სამედიცინო eligibility კონტრაცეპტივების გამოყენების.

ცხრილი A1. პოსტაბორტული კონტრაცეპტული საშუალებების: ჰორმონალური, ინტრაუტერინული მონოციკლებებისა და ბარიერული კონტრაცეფციის მეთოდების შინაარსი										
პოსტ აბორტული მდგომარეობა	COC	CIC	პლასტიკური ვაგინალური ბეჭედი	POP	DMPA, NET-EN	LNG/ETG იმპლანტები	სპილენძიანი IUD	კონდომი	სპერმიციდი	დიაფრაგმა
პირველი ტრიმესტრი	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
მეორე ტრიმესტრი	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1
დაუყოვნებელივი/სასწრაფო პოსტ - სეპტი - ური აბორტი	1	1	1	1	1	1	4	4	1	1

CIC, კომბინირებული საინექციო პრეპარატი; COC, კომბინირებადი ორალური კონტრაცეპცივი; DMPA, NET-EN, პროსტაგლანდინი, მხოლოდ საინექციო; დეპოტი მედროქსიპროგესტერონის აცეტატი / ნორეთისტერონი ენანთატი; IUD, ინტრაუტერინული მონოციკლობა; LNG/ETG, მხოლოდ-პროგესტოგენის იმპლანტები; ლევენორგესტრელ/ეტონორგესტრელი; POP, მხოლოდ პროგესტოგენის აბები.

კატეგორიათა განმარტება

- 1: ა სიტუაცია, რომლის დროსაც არაა შეზღუდვა კონტრაცეფციის გამოყენებაზე;
- 2: ა სიტუაცია, რომლის დროსაც მეთოდის გამოყენებისას დადებითი მხარეები აჭარბებს თეორიულ, ან დამტკიცებულ რისკებს;
- 3: სიტუაცია, რომლის დროსაც თეორიული ან დამტკიცებული რისკები აჭარბებს მეთოდის გამოყენების დადებით მხარეებს;
- 4: სიტუაცია, რომლის დროსაც არსებობს მიუღებელი ჯანმრთელობის რისკი კონტრაცეფციული მეთოდის გამოყენების შემთხვევაში.

1 დაუქმებულია კონტრაცეპტული მეთოდების გამოყენების არჩევანის კრიტერიუმებზე, მე-4 გამოცემა. ვენევა, მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაცია WHO, 2009

ცხრილი A2. პოსტ აბორტული სამედიცინო რეკომენდაციათა არჩევანი, ქალების ქირურგიული სტერილიზაციისათვის	
პოსტ -აბორტული მდგომარეობა	ქალის ქირურგიული სტერილიზაცია
გართულებების გარეშე	A
პოსტ -აბორტული სეფსისი ან ტემპერატურა	D
მწვავე პოსტ-აბორტული სისხლდენა	D
გენიტალური ტრაქტის მძიმე ტრავმა, აბორტის დროს საშოს და /ან საშვილოსნოს ყელის დაზიანება	D
საშვილოსნოს პერფორაცია	S
მწვავე პემატომა	D

**კატეგორიათა განმარტება**

- **A= (accept):** არ არსებობს სტერილიზაციაზე უარის თქმის მიზეზი ამ სიტუაციაში მყოფისათვის.
- **C= (caution/):** პროცედურა, როგორც წესი ტარდება ჩვეულებრივ/რუტინულ გარემოში, მაგრამ დამატებითი მომზადებითა და სიფრთხილით.
- **D= (delay):** პროცედურა გადადებულია სანამ მდგომარეობა არ განვითარდება ან/და გამოსწორდება; უნდა იყოს შეთავაზებული ალტერნატიული დროებითი კონტრაცეპტული მეთოდი.
- **S= (special):** პროცედურა უნდა ჩატარდეს ისეთ გარემოში, რომელშიც გამოცდილი ქირურგი და პერსონალი მუშაობს და ხელმისაწვდომია ზოგადი ანესთეზიისათვის საჭირო აღჭურვილობა ისევე, როგორც სხვა დამატებითი სამედიცინო მომსახურება. ამ პირობებისათვის ასევე აუცილებელია არჩევანის შესაძლებლობის ქონა, რათა ჩატარდეს შესაფერისი პროცედურა და საჭიროებისამებრ, ანესთეზიით უზრუნველყოფა. ალტერნატიული დროებითი კონტრაცეფცია უნდა იქნას შეთავაზებული იმ შემთხვევაში, თუ საჭიროა რეფერალი ან არსებობს დაყოვნების რაიმე სხვა მიზეზი.

## დანართი 7

ძირითადი საერთაშორისო და რეგიონალური შეთანხმებები ადამიანთა უფლებების შესახებ

ცხრილი A3. ძირითადი საერთაშორისო შეთანხმებები ადამიანის უფლებების შესახებ	
ადამიანთა უფლებების შესახებ საერთაშორისო შეთანხმება (მისი ძალაში შესვლის თარიღი)	შეთანხმების მონიტორინგის ორგანო
საერთაშორისო კონვენცია ნებისმიერი ფორმის რასისტული დისკრიმინაციის აკრძალვის შესახებ (ICERD) (1969)	რასისტული დისკრიმინაციის აკრძალვისკომიტეტი
საერთაშორისო შეთანხმება ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურული უფლებების შესახებ (ICESCR) (1976)	ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურული უფლებებისკომიტეტი
საერთაშორისო შეთანხმება სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების შესახებ (ICCPR) (1976)	ადამიანთა უფლებების კომიტეტი
საერთაშორისო კონვენცია ქალების დისკრიმინაციის შეწყვეტის შესახებ (CEDAW) (1981)	კონვენცია ქალების დისკრიმინაციის შეწყვეტის კომიტეტი
კონვენცია წამების და სხვა „არაჰუმანური, ღირსების შემლახავი მოპყრობისა და დასჯის შესახებ (CAT) (1987)	წამების ამკრძალავი კომიტეტი
კონვენცია ბავშვთა უფლებების შესახებ (CRC) (1990)	ბავშვთა უფლებების კომიტეტი
საერთაშორისო კონვენცია ყველა მიგრანტი მუშაკების და მათი ოჯახის წევრების დაცვის შესახებ (2003)	მიგრანტი მომუშავეების დაცვის კომიტეტი
კონვენცია ფიზიკურად ინვალიდი პიროვნებების უფლებების დაცვის შესახებ (CRPD) (2008)	ინვალიდი პიროვნებების უფლებების დაცვის კომიტეტი

<b>ცხრილი A4. ადამიანთა უფლებების რეგიონალური შეთანხმებები</b>	
ადამიანთა უფლებების რეგიონალური შეთანხმებები(მისი ძალაში შესვლის თარიღი)	შეთანხმების მონიტორინგის ორგანო
ამერიკული დეკლარაცია ადამიანის უფლებებსა და ვალდებულებებზე (1948)	ადამიანის უფლებების ინტერ-ამერიკული კომისია
ფუნდამენტური თავისუფლებისა და ადამიანთა უფლებების დაცვის კონვენცია(შესწორებული პროტოკოლი 1,4,6,7,12 და 13) (1953)	ადამიანთა უფლებების ევროპული სასამართლო
ადამიანთა უფლებების ამერიკული კონვენცია (1978)	ადამიანის უფლებების ინტერ-ამერიკული კომისია
აფრიკული ქარტია ადამიანისა და ხალხთა უფლებებზე (1986)	ადამიანისა და ხალხთა უფლებების აფრიკული კომისია
ინტერ ამერიკული კონვენცია ქალების წინააღმდეგ ძალადობის პრევენციის, დასჯის, აღმოფხვრის შესახებ („Belem do Para ” –ს კონვენცია ) (1996)	ინტერ-ამერიკული კომისია ადამიანთა უფლებების შესახებ.
ბავშვთა უფლებებისა და კეთილდღეობის აფრიკული ული ქარტია (1999)	ბავშვთა უფლებებისა და კეთილდღეობის ექსპერტთა აფრიკული კომიტეტი
ეკონომიკური ,სოციალური და კულტურული უფლებების სფეროში ადამიანთა უფლებების ამერიკული კონვენციის დამატებითი პროტოკოლი („სან სალვადორისპროტოკოლი“) (1999)	ადამიანთა უფლებების ინტერ ამერიკული კომისია
ადამიანისა და ხალხების უფლებების ქალთა უფლებებზე მიმართულ აფრიკული ქარტიის პროტოკოლი(2005)	ადამიანთა და ხალხების უფლებების აფრიკული კომისია
ადამიანთა უფლებების არაბული ქარტია(2008)	ადამიანთა უფლებების არაბული კომიტეტი
ევროკავშირის ფუნდამენტური უფლებების ქარტია (2009)	გენერალური სასამართლო/ევროპული სასამართლოს პალატა.



