

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНЕ ПІДПРИЄМСТВО «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. В.Н. КАРАЗІНА
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО «УЖГОРОДСЬКИЙ
ПОЛОГОВИЙ БУДИНОК» УЖГОРОДСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР ТОВ « ФАМІЛІА МЕДІКУС»**

**МЕДИЧНИЙ АБОРТ
КЛІНІЧНА НАСТАНОВА, ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗАХ**

Зміст

Склад мультидисциплінарної робочої групи з розробки галузевих стандартів	5
СКОРОЧЕННЯ ТА АБРЕВІАТУРА	7
Глосарій	8
ПЕРЕДМОВА РОБОЧОЇ ГРУПИ	12
ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ	14
ГЛАВА 1	28
ВСТУП	28
1.1 Передумови та контекст	28
1.2 Завдання, обґрунтування, цільова аудиторія, інклюзивність та структура настанови	29
1.2.1 Мета та обґрунтування	29
1.2.2 Цільова аудиторія	30
1.2.3 Рівність, інклюзивність та допомога, орієнтована на потреби людей	30
1.2.4 Концептуальна структура настанови	31
1.3 Сприятливе середовище для комплексної допомоги з переривання вагітності	31
1.3.1 Права людини й сприятлива правова база та політика	33
1.3.2 Наявність та доступність інформації	41
1.3.3 Фактори системи охорони здоров'я	42
1.4 Аспекти системи охорони здоров'я	43
1.4.1 Загальне охоплення послугами охорони здоров'я та первинною медико-санітарною допомогою	44
1.4.2 Фінансування охорони здоров'я	45
1.4.3 Кваліфікації та підготовка медичних кадрів	47
1.4.4 Товари	48
1.4.5 Моніторинг та оцінка якості допомоги з переривання вагітності	50
ГЛАВА 2	54
РЕГЛАМЕНТУВАННЯ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ У ТОМУ ЧИСЛІ ВІДПОВІДНО ДО РЕКОМЕНДАЦІЙ	54
2.1 Поширені підходи щодо врегулювання питання переривання вагітності	54
2.2 Рекомендації щодо врегулювання питань переривання вагітності	56
2.2.1 Криміналізація абортів	56
2.2.2 Використання підстав для контролю доступу до переривання вагітності	59
2.2.3 Обмеження, пов'язані з терміном гестації	61
ГЛАВА 3	63
РЕКОМЕНДАЦІЇ ТА ПОЛОЖЕННЯ НАЙКРАЩОЇ ПРАКТИКИ У ВСЬОМУ ЛАНЦЮЖКУ ДОПОМОГИ З ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ	63
3.1 Передумови	63
3.1.1 Структура інформації в цій главі	63
3.1.2 Принципи та припущення, що лежать в основі рекомендацій щодо ролі медичних працівників	64
3.2 Послуги, доступні на всіх етапах ланцюга допомоги	65
3.2.1 Інформування	65
3.2.2 Пропозиція консультації та її організація	68
3.2.3 Зв'язок з додатковими послугами	72
3.3 Допомога перед абортom	72
3.3.1 Обов'язкові періоди очікування на вимогу держави, медичних установ або медичних працівників	72
3.3.2 Дозвіл третьої особи на переривання вагітності	73
3.3.3 Резус-ізоімунація	75
3.3.4 Антибіотикопрофілактика	76
3.3.5 Визначення гестаційного терміну вагітності	76
3.3.6 Знеболення при перериванні вагітності	77

3.3.7 Підготовка шийки матки до хірургічного переривання вагітності	82
3.3.8 Обмеження (в законі або політиці) для категорій медичних працівників, які можуть бути законними постачальниками послуг з переривання вагітності	90
3.3.9 Відмова з міркувань совісті або відмова медичних працівників надавати допомогу з переривання вагітності	91
3.4 Переривання вагітності.....	94
3.4.1 Хірургічні методи переривання вагітності.....	95
3.4.2 Медикаментозне ведення штучного переривання вагітності	100
3.4.3 Вагітність, що не розвивається.....	108
3.4.4 Внутрішньоутробна загибель плода	110
3.5 Допомога після переривання вагітності.....	113
3.5.1 Подальша допомога після переривання вагітності	114
3.5.2 Неповний аборт	115
3.5.3 Ведення ускладнень без загрози життю: інфекція та кровотеча	120
3.5.4 Контрацепція після переривання вагітності.....	123
3.6 Варіанти надання послуг та підходи самопомоги.....	129
3.6.1 Надання послуг із підтримкою	129
3.6.2 Підходи самопомоги у частковому чи повному виконанні медикаментозного переривання вагітності	133
3.6.3 Самопомога для контрацепції після переривання вагітності	135
ГЛАВА 4	138
ПОШИРЕННЯ, ЗАСТОСОВНІСТЬ, ПРОГАЛИНИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ПОДАЛЬШІ ОНОВЛЕННЯ НАСТАНОВИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЙ.....	138
4.1 Розповсюдження	138
4.2 Впровадження настанови та оцінка її результатів.....	138
4.3 Прогалини у дослідженнях / теми для подальших досліджень.....	139
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	142
Додаток 1. Зовнішні експерти та персонал ВООЗ, які брали участь у розробці керівництва	151
Додаток 2. Деякі договори у сфері прав людини та їх наглядові договірні органи	169
Додаток 3. Література для глосарію.....	171
Додаток 4. Методи та процедури розробки керівництва	173
Додаток 5. Категорії та ролі медичних працівників	184
Додаток 6. Моніторинг та оцінка якості допомоги по переривання вагітності: вибір індикаторів	187
Додаток 7. Систематичні огляди та посилання на питання РІСО та рекомендації	189
Додаток 8. Питання РІСО для категорії «Законодавство та політика»	209
Додаток 9. Питання РІСО для категорії «Клінічні послуги»	215
Додаток 10. Питання РІСО для категорії «Надання послуг»	225
· Додаткові матеріали та веб-додатки, доступи онлайн (англійською мовою):	
· Веб-додаток А. Ключові міжнародні стандарти прав людини щодо переривання вагітності	
https://apps.who.int/ins/bitstream/handle/10665/349317/9789240039506-eng.pdf	
· Веб-додаток В. Технічні наради під час розробки посібника:	
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349318/9789240039513-eng.pdf	
· Додатковий матеріал1:Таблиці «Від доказів-до рішень» для рекомендацій категорії«Законодавство та політика».: https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483	
· Додатковий матеріал1:Таблиці «Від доказів-до рішень» для рекомендацій категорії«Клінічні послуги»: https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483	
· Додатковий матеріал1:Таблиці «Від доказів-до рішень» для рекомендацій	

категорії «Надання послуг» та повідомлень про передові практики:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>

Склад мультидисциплінарної робочої групи з розробки галузевих стандартів медичної допомоги за темою «Медичний аборт»

Резніченко Галина Іванівна	професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктивної медицини Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, заступник голови робочої групи з клінічних питань, д.мед.н., професор;
Банніков Володимир Іванович	експерт з репродуктивного здоров'я IPPF/Міжнародної Федерації планування сім'ї (за згодою);
Бойчук Алла Володимирівна	завідувач кафедри акушерства та гінекології факультету післядипломної освіти Тернопільського національного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського, д.мед.н., професор;
Грищенко Ольга Валентинівна	завідувач кафедри акушерства та гінекології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна, д.мед.н., професор;
Квашенко Валентина Павлівна	провідний експерт з акушерства та гінекології медичного центру ТОВ «ФАМІЛІА МЕДІКУС», д.мед.н., професор (за згодою);
Макарчук Оксана Михайлівна	професор кафедри акушерства та гінекології ім. І.Д. Ланового Івано-Франківського національного медичного університету, д.мед.н., професор;
Майструк Галина Павлівна	керівник Благодійного фонду “Здоров’я жінки та планування сім’ї” (за згодою);
Трещак Іван Іванович	лікар акушер-гінеколог комунального неприбуткового підприємства «Ужгородський пологовий будинок» Ужгородської міської ради (за згодою), к.мед.н.;
Хаджинова Наталія Афанасіївна	начальник відділу реалізації політик у сфері медичного забезпечення Директорату медичних послуг Міністерства охорони здоров’я України;
Шаповал Ольга Сергіївна	професор кафедри акушерства та гінекології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, д.мед.н., професор;

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна	начальник відділу стандартизації медичної допомоги Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров’я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу.
----------------------------	--

Електронну версію документа можна завантажити з офіційного сайту Міністерства охорони здоров'я України (<http://www.moz.gov.ua>) та з Реєстру медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги, що розміщений на сайті Державного експертного центру МОЗ України (<https://www.dec.gov.ua/mtd/home/>).

Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України є членом:

Guidelines International Network
(Міжнародна мережа настанов)



Рецензенти:

Камінський
В'ячеслав
Володимирович

в.о. ректора Національного університету охорони здоров'я імені
П.Л. Шупика, академік НАМН України, д.мед.н., професор

Посохова Світлана
Петрівна

професор кафедри акушерства та гінекології Одеського
національного медичного університету, д.мед.н, Заслужений
лікар України

Перегляд клінічної настанови заплановано на 2028 рік

СКОРОЧЕННЯ ТА АБРЕВІАТУРА

ВАШ	візуальна аналогова шкала
в/в	внутрішньовенно
ВІЛ	вірус імунodefіциту людини
ВМЗ	внутрішньоматковий засіб
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЗОПОЗ	загальне охоплення послугами охорони здоров'я
ВУЗП	внутрішньоутробна загибель плода
ГХПН	гемолітична хвороба плода та новонародженого
ГЗР	група зовнішніх рецензентів
ГОДР	група оцінки доказів та рекомендацій
ГРН	група з розробки настанови
ГСД	група синтезу доказів
ДМПА	депо-медроксипрогестерону ацетат
ПІСІШ	інфекція, що передається статевим шляхом
КГК	комбіновані гормональні контрацептиви
ККП	клінічні критерії прийнятності
КДПВ	комплексна допомога з переривання вагітності
КПЕА	контрольована пацієнткою епідуральна анестезія
КСО	комплексна сексуальна освіта
МВА	мануальна вакуум-аспірація
МІО	моніторинг і оцінка
НО РЛП	Національний орган регулювання лікарського постачання
НУО	неурядова організація
НСПЗП	нестероїдний протизапальний препарат
ОК	оральний контрацептив
ПМСД	первинна медико-санітарна допомога
ВЗНА	відділ із запобігання небезпечним абортам (PUA)
ПРООН	програма розвитку Організації Об'єднаних Націй
ПЦБ	парацервікальна блокада
СРЗ	сексуальне та репродуктивне здоров'я
СРЗП	сексуальне та репродуктивне здоров'я та права
УЗД	ультразвукове дослідження
ЦМС	центральні медичні склади
ЧПК	чисто прогестинові контрацептиви
ЕВА	електрична вакуум-аспірація
ЕКР	експертний комітет з рекомендацій
CEDAW	конвенція з ліквідації дискримінації щодо жінок
CESCR	Комітет ООН з економічних, соціальних та культурних прав
CRC	Конвенція ООН з прав дитини
D&C	дилатація та кюретаж (вишкрібання)
D&E	дилатація та евакуація
EtD	від доказів-до рішень
GRADE	класифікація оцінки, розробки та визначення ефективності рекомендацій
PICO	Р-популяція (population), І – втручання (intervention), З - порівняння (comparator). Про - результат(и) (outcome(s))
Rh	резус (група кров)
UNFPA	Фонд народонаселення ООН

Глосарій

Для забезпечення взаєморозуміння та послідовності, нижче наведено список основних термінів та понять, що використовуються в цій Настанові:

- **Допомога на базі громади:** Послуги, що надаються обциніними медичними працівниками у широкому розумінні, відповідно до їх підготовки та можливостей: сюди відносяться різні категорії як професійних, так непрофесійних медичних працівників, які працюють офіційно та неофіційно, на платній та безоплатній основі, а також персонал медичних установ, який надає їм підтримку та нагляд, проводить роботу з громадою та інформаційні кампанії (1).
- **Комплексна допомога з переривання вагітності (КДПВ):** Надання інформації, ведення переривання вагітності (включаючи штучний аборт та допомогу при втраті вагітності), а також допомогу після переривання вагітності.
- **Заклучні висновки:** Після подання національної доповіді та конструктивного діалогу з національною стороною у певній угоді, наглядові договірні органи приймають заключні висновки, як включаються до річного звіту та передаються до Генеральної Асамблеї ООН (2).
- **Седація зі збереженням свідомості:** Використання комбінації препаратів (седативного засобу для розслаблення та анестетика для знеболювання) з метою введення людини в напівсонний стан під час медичної процедури
- **Заперечення чи відмова з міркувань совісті:** Практика відмови медичних працівників від надання допомоги з переривання вагітності з міркувань совісті чи релігійних спонукань.
- **Декриміналізація:** Виключення переривання вагітності з усіх законів про кримінальну діяльність / кримінальної відповідальності, незастосування до абортів інших кримінальних правопорушень (напр., вбивство, ненавмисне вбивство) та забезпечення відсутності кримінальних правопорушень покарань за переривання вагітності, надання допомоги з переривання вагітності, надання інформації щодо переривання вагітності або виконання процедури переривання вагітності всіх задіяних осіб.
- **Дилатація та евакуація (D&E):** D&E використовується на термінах після 12-14 тижнів вагітності. Це найбільш безпечний та ефективний хірургічний метод переривання вагітності на пізніх термінах у разі наявності кваліфікованих та досвідчених професіоналів. D&E вимагає підготовки шийки матки осмотичними дилататорами та/або за допомогою фармакологічних препаратів, з евакуацією вмісту матки спочатку з застосуванням щипців та подальшою вакуум-аспірацією (див. статтю в цьому списку) для видалення залишків крові або тканин.
- **Гестаційний термін (тривалість вагітності):** Кількість днів чи тижнів з першого дня останньої звичайної менструації у жінок з регулярним менструальним циклом (табл. 1). У жінок з нерегулярним менструальним циклом або у яких невідома дата початку останньої менструації, термін гестації визначається за розміром матки та оцінюється в тижнях, виходячи з даних ультразвукового дослідження, що відповідають розмірам вагітної матки на таких термінах гестації, визначені за датою початку останньої менструації.

Таблиця 1. Еквівалентні терміни гестації у тижнях та днях на ранніх термінах вагітності

Тиждень гестації V	Днів гестації
0	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

Примітка: D День 0 - це перший день останньої менструації; також він вважається першим днем тижня вагітності 0 (не тижня 1).

Джерело: Адаптовано з Настанови «Безпечний аборт» 2012 (2), на підставі Міжнародної статистичної класифікації хворіб та супутніх проблем зі здоров'ям, 10-й перегляд (МКХ-10), 2004 (3).

- Загальний коментар / рекомендації: Інтерпретація наглядного договірному органу змісту та дії конвенцій про права людини. Метою спільних коментарів є з'ясування обов'язків держав-учасниць щодо надання доповідей щодо певних положень, а також винесення пропозицій щодо підходів до виконання договірних положень (2).
- Здоров'я: Стан повного фізичного, психічного та соціального добробуту, а не лише відсутність хвороб та фізичних дефектів (4).
- Система охорони здоров'я: Система охорони здоров'я складається з усіх організацій, осіб та дій, основною метою яких є зміцнення, відновлення чи підтримання здоров'я (5).
- Медичні працівники: Усі особи, як беруть участь у діях, основною метою яких є зміцнення здоров'я (6; Глава 1: Медичні працівники).
- Стандарти прав людини: зміст та зміст прав людини, як вони передбачаються міжнародними договорами з прав людини та як вони трактуються та застосовуються органами захисту прав людини, на яких покладено цей обов'язок, серед яких можуть бути міжнародні, регіональні та національні суди та комітети з прав людини (2).
- Неповний аборт: Клінічні ознаки відкритої шийки матки та кровотечі при неповному вигнанні з матки всіх продуктів зачаття або у випадку, якщо вигнання продуктів зачаття не відповідає оцінці терміну вагітності. Найбільш поширені симптоми включають у собі вагінальну кровотечу та біль у животі. До неускладненого неповного абортів можуть привести штучний або спонтанний аборт (тобто викидень).
- Міжнародний договір про права людини (іноді також називається угодою або конвенцією): Міжнародний правовий інструмент, прийнятий міжнародним співтовариством держав, зазвичай на Генеральній Асамблеї ООН. Кожен договір окреслює низку прав людини та відповідні зобов'язання, що є юридично обов'язковими для держав, які ратифікували договір (2) (Відповідні договори перелічені у Додатку 2).
- Внутрішньоутробна загибель плода (смерть плода): Внутрішньоутробна смерть плода у будь-який момент перебігу вагітності (7).
- Обов'язковий період вичікування: Вимога чекати певний період часу між зверненням за допомогою з переривання вагітності та її отриманням, запроваджена відповідно до закону, політики або існуючих практик.
- Медикаментозні методи переривання вагітності (медикаментозний аборт): використання фармакологічних речовин для переривання вагітності (2).
- Психічне здоров'я: Стан благополуччя, при якому кожна людина реалізує свій власний потенціал, може впоратися зі звичайними життєвими стресами, продуктивно та плідно працювати та робити внесок у життя громади (8).
- Викидень (спонтанний аборт): Спонтанна втрата вагітності на терміні до 24 тижнів гестації, до того, як плід зазвичай стає життєздатним поза маткою. Клінічними ознаками викидня є вагінальна кровотеча, що зазвичай супроводжується болем у животі і

спазмами. Під час вигнання продуктів зачаття з матки викидень класифікується як "повний" "неповний", залежно від того, чи залишилися в матці ембріональні тканини (9).

- Вагітність, що не розвивається: Зупинка розвитку вагітності, при якому ембріон/плід/ембріональні тканини або порожнє плідне яйце залишаються в матці, а шийка матки закрита. Симптоми можуть включати біль та/або кровотечу, або симптомів може не бути (10).

- Осмотичні дилататори: Короткі, тонкі прутики з морських водоростей (ламінарії) або синтетичного матеріалу. Після розміщення в шийці матки дилататор вбирає в себе вологу набухає, поступово розкриваючи шийку матки (2).

- Політика: Закон, нормативно-правовий акт, процедура, адміністративні заходи, стимулюючі чи добровільні практики уряду та інших органів (11).

- Допомога після переривання вагітності: Надання послуг після переривання вагітності, таких як послуги контрацепції, а також направлення на отримання інших необхідних послуг в громаді або за її межами. Сюди також можна віднести ведення ускладнень переривання вагітності.

- Первинна медико-санітарна допомога (ПМСП): Підхід до охорони здоров'я з залученням всього суспільства, метою якого є забезпечення якомога вищого рівня здоров'я та благополуччя та їх справедливий розподіл з урахуванням потреб та переваг людей на якомога ранньому етапі безперервної допомоги, починаючи зі зміцнення здоров'я та профілактики захворювань до лікування, реабілітації та паліативного догляду, з найбільшим наближенням послуг до місць повсякденного життя людей (12).

- Якість допомоги: Якість допомоги включає шість компонентів якості, відповідно до яких медична допомога має бути:

ефективною - допомога має ґрунтуватися на наукових доказах та призводити до покращення медичних результатів для окремих осіб та громад, виходячи з їхніх потреб;

дієвою - допомога має бути організована таким чином, щоб оптимізувати використання ресурсів та уникнути їх непотрібних витрат;

доступною - медична допомога має бути своєчасною, географічно доступною та надаватися там, де навички персоналу та наявні ресурси відповідають медичним потребам;

прийнятною / орієнтованою на потреби людей - при наданні медичної допомоги необхідно враховувати переваги та очікування окремих користувачів послуг та культури їх громад;

рівноправною - якість медичної допомоги не повинна залежати від особистих характеристик особи, що звернулася за допомогою, таких як гендер, приналежність до певної раси або етнічної групи, географічного розташування або соціально-економічного становища;

безпечною - при наданні медичної допомоги необхідно мінімізувати ризики та шкоду користувачам послуг (13; стор. 9).

- Регламентування переривання вагітності: Усі формалізовані закони, політики та інші інструменти (напр., протокол рівня медичного закладу), які регламентують питання вагітності та абортів.

- Самодопомога: Здатність осіб, сімей та громад зміцнювати здоров'я, попереджати захворювання, підтримувати здоров'я та справлятися з захворюваннями та інвалідністю за допомогою медичного працівника або без неї. Таким чином, самодопомога охоплює зміцнення здоров'я, профілактику та контроль захворювань, самостійний прийом медикаментів, здійснення догляду за несамотійними людьми, звернення за допомогою до стаціонару/до фахівця/до закладів первинної ланки, за необхідності, а також реабілітацію та паліативний догляд. Сюди входить ряд практик та підходів самодопомоги (14).

- Самостійне переривання вагітності: Самостійне здійснення всього процесу медикаментозного переривання вагітності або одного або кількох складових його етапів, наприклад, самооцінка допустимості медикаментозного абортів, самостійний прийом медичних препаратів без безпосереднього нагляду медичного працівника, а також

самооцінка успішності переривання вагітності.

- Соціальне підприємство (соціальний бізнес): Визначається як компанія зі специфічними соціальними завданнями, спрямованими досягненнями основний мети. Соціальні підприємства прагнуть досягти максимального прибутку з максимальною користю для суспільства та навколишнього середовища. Прибуток таких компаній використовується передусім на фінансування соціальних програм (15).

- Соціальна франшиза: Визначається як система договірних відносин, зазвичай ініційованих неурядовою організацією, яка використовує комерційний принцип франшизи задля досягнення соціальних цілей. Головна відмінність між комерційною та соціальною франшизою полягає в тому, що соціальна франшиза спрямована на отримання суспільної вигоди, тоді як метою комерційної франшизи є прибуток (16,17).

- Соціальний маркетинг: У широкому значенні це застосування технік маркетингу стосовно до соціальних проблем, щоб переконати чи мотивувати людей до вибору якогось напрямку дій чи поведінки, що прийнято вважати корисним. Це планування, впровадження та контроль програм, спрямованих на покращення доступності соціальної ідеї або практики в цільовій групі.

- Соціальний маркетинг не може створити поведінку, але може допомогти зробити цю поведінку прийнятною викликати бажання її слідувати. Стратегії соціального маркетингу переважно превентивні (18).

- Хірургічні методи переривання вагітності (хірургічний аборт): Застосування трансцервікальних процедур для переривання вагітності, а саме, процедур вакуум-аспірації та дилатації та евакуації (D&E). (Див. визначення цих термінів у списку) (2).

- Телемедицина (або Telehealth): Режим надання медичних послуг, за якого постачальники послуг та одержувачі або постачальники послуг та консультанти розділені відстанню (19). Така взаємодія може відбуватися в режимі реального часу (синхронізовано), наприклад, телефоном або за допомогою відеоконференції. Також взаємодія може відбуватися асинхронно (збереження повідомлення та пересилання), коли сторона, що запитує, отримує відповідь на свій запит пізніше, наприклад, електронною поштою або у вигляді текстового/відео/аудіоповідомлення.

Телемедицина "клієнт-постачальник допомоги": Надання медичних послуг на відстані; надання медичних послуг в умовах, коли клієнта/пацієнта та медичного працівника поділяє відстань (напр., консультації між клієнтом/пацієнтом та медичним працівником, що знаходяться на відстані один від одного; передача клієнтом/пацієнтом медичних даних [знімків, записів, відео] медичному працівнику) (20).

- Дозвіл третьої сторони: Вимога дозволу на переривання вагітності від третіх осіб, крім жінки, дівчини або іншої вагітної особи (як правило, батька, опікуна, чоловіка, партнера, медичного працівника, органу охорони здоров'я або судового органу), що накладається законодавством, політикою або прийняте на практиці, за умови дотримання інших застосовних правових вимог для законного проведення переривання вагітності.

- Наглядовий договірний орган: Усі міжнародні договори з прав людини (див. вище) підлягають моніторингу спеціальними наглядовими договірними органами (див. Додаток 2). Наглядові договірні органи - це комітети, у які входять незалежні експерти, їхня основна функція полягає в моніторингу дотримання державами умов даного договору, включаючи аналіз національних доповідей (2).

- Загальне охоплення послугами охорони здоров'я (ЗОПОЗ): Забезпечення загального доступу до необхідних послуг з зміцнення здоров'я, профілактики захворювань, лікування, реабілітації та паліативної допомоги достатнього для ефективності якості, а також гарантії того, що використання цих послуг не призведе користувачів до фінансових труднощів (12).

- Вакуум-аспірація (електрична або ручна; ЕВА або МВА): Процедура вакуум-аспірації складається з евакуації вмісту матки через пластикову або металеву канюлю, підключену до джерела вакууму.

- Електрична вакуум-аспірація (ЕВА) проводиться з використанням електричного вакуумного насоса. При ручній вакуум-аспірації (МВА) вакуум створюється з використанням пластикового ручного аспіратора об'ємом 60 мл (інакше називається шприц). Для роботи з аспіраторами МВА використовують канюлі 4-12 мм. Трубки для електричного вакуумного насоса можуть використовуватися з канюлями діаметром до 16 мм, що дає можливість проведення вакуум-аспірації на термінах вагітності до 15-16 тижнів або надання допомоги після переривання вагітності при розширеній шийці матки, коли для ефективної вакуум-аспірації необхідна канюля більшого розміру.

КОМЕНТАР РОБОЧОЇ ГРУПИ: В Україні викидень (спонтанний аборт): Спонтанна втрата вагітності на терміні гестації до 22 тижнів (Наказ МОЗ України від 03.11.2008 р. №624)

ПЕРЕДМОВА РОБОЧОЇ ГРУПИ

Актуальність для України

Медичний аборт (МА) є однією з провідних причин звернення до лікаря акушера-гінеколога. Аборт є поширеною процедурою - 6 з 10 небажаних вагітностей та 3 з 10 всіх вагітностей закінчуються штучним перериванням. За глобальними оцінками, 45% всіх абортів є небезпечними. Це найважливіша проблема громадської охорони здоров'я та прав людини; показники небезпечних абортів все більше концентруються в країнах, що розвиваються (97% небезпечних абортів) та серед вразливих і маргіналізованих груп.

За даними ВООЗ у світі щорічно відбувається до 40-45 млн абортів (близько 125 тисяч на добу). В Україні, варто зазначити, що знижується як кількість абортів у жінок фертильного віку, так і серед неповнолітніх, а також кількість смертей жінок після абортів.

У 2010 році в Україні було зафіксовано 164767 абортів, в тому числі у дівчат до 14 років - 83, у віці 15-17 років - 2249 абортів. За останні десять років кількість абортів знизилася до 61048 абортів у 2020 році, в тому числі у віці до 14 років - 35 абортів, а у віці 15-17 років - 538.

Методологія створення клінічної настанови

За основу даної Клінічної настанови обрано настанову *Abortion care guideline* ISBN 978-92-4-003948-3 (electronic version) ISBN 978-92-4-003949-0 (print version) © World Health Organization 2022 *Abortion care guideline* ISBN 978-92-4-003948-3 (electronic version) ISBN 978-92-4-003949-0 (print version) © World Health Organization 2022, яка найбільш широко розкриває питання системного підходу до медичного абортів. Адаптація Клінічної настанови передбачає внесення до незмінного тексту оригінальної настанови «Коментарів робочої групи», у яких відображено можливість виконання тих чи інших положень Клінічної настанови в реальних умовах вітчизняної системи охорони здоров'я, доступність медичних втручань, наявність реєстрації в Україні лікарських засобів, що зазначені в Клінічній настанові та відповідність нормативної бази щодо організації надання медичної допомоги.

Дана Клінічна настанова (КН) є рекомендаційним документом з найкращої медичної практики і не повинна розцінюватися як стандарт медичного лікування. Дотримання положень КН не гарантує успішного лікування у конкретному випадку; її не можна розглядати як посібник, що включає усі необхідні методи діагностики та лікування або виключає інші. Настанови не відміняють індивідуальної відповідальності спеціалістів з охорони здоров'я за прийняття належних рішень відповідно до обставин та стану конкретної пацієнтки. Спеціаліст з охорони здоров'я також відповідає за перевірку правил та положень, застосованих до лікарських засобів та медичних виробів, чинних на момент призначення таких медичних технологій. Остаточне рішення стосовно вибору конкретної клінічної процедури або плану лікування повинен приймати лікар з урахуванням клінічного

стану пацієнтки, можливостей для проведення діагностики та лікування у конкретному закладі охорони здоров'я.

Мета і сфера застосування

Метою даної настанови є надання доказових рекомендацій щодо діагностики вагітності та виконання із застосуванням безпечних методик медичного аборт (МА), а також особливостей передабортного консультування і післяабортної контрацепції.

Огляд літератури та використані інструменти оцінювання якості доказів при формулюванні рекомендацій

Abortion care guideline ISBN 978-92-4-003948-3 (electronic version) ISBN 978-92-4-003949-0 (print version) © World Health Organization 2022.

Було проведено великий огляд літератури Medline за 2014-2022 роки. Ключові слова пошуку MEDLINE: небажана вагітність; медичний (штучний) аборт; обсяг обстеження для проведення медичного аборт; фактори ризику медичного аборт; протипокази для медикаментозного переривання вагітності; передабортне консультування; методи виконання штучного аборт до 12 тижнів вагітності; анестезія під час аборт; техніка штучного аборт; ускладнення штучного аборт; післяабортне спостереження та консультування; контрацепція після аборт.

Отримані в результаті пошуку статті вивчали, сортували, оцінювали експерти. Подальші посилання були використані з обраних статей. Також пошук було здійснено у Кокранівській бібліотеці, ключові слова пошуку: небажана вагітність; медичний (штучний) аборт; обсяг обстеження для проведення медичного аборт; фактори ризику медичного аборт; протипокази для медикаментозного переривання вагітності; передабортне консультування; методи виконання штучного аборт до 12 тижнів вагітності; анестезія під час аборт; техніка штучного аборт; ускладнення штучного аборт; післяабортне спостереження та консультування; контрацепція після аборт.

Повні методи розробки настанови є представлені в додатку 4.

ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ

Сексуальне та репродуктивне здоров'я є базовою цінністю для людей, пар та сімей, а також для соціального та економічного розвитку громад та націй. Відповідно до Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), метою організації є "досягнення всіма народами можливо вищого рівня здоров'я"; на виконання цієї мети, функції ВООЗ включають надання технічної допомоги країнам у галузі охорони здоров'я.

Загальний доступ до інформації та послуг у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я (СРЗ) є запорукою здоров'я як окремих осіб, так громади, а також реалізації прав людини. У зв'язку з пандемією COVID-19, виходячи з досвіду попередніх спалахів захворювань, в результаті яких значно постраждали послуги СРЗ, а люди відчули себе безпорадними, схильними до ризику захворювань, ВООЗ включила комплексний догляд під час переривання вагітності до списку базових медичних послуг в деяких недавніх технічних публікаціях.

Комплексна допомога з переривання вагітності включає надання інформації, виконання переривання вагітності (включаючи штучний аборт), а також допомогу, пов'язану з мимовільним перериванням вагітності/ спонтанним аборт, та допомога після переривання вагітності.

Поліпшення доступу до комплексної допомоги з переривання вагітності в рамках системи охорони здоров'я є обов'язковим для досягнення Цілей сталого розвитку (ЦСР), що стосуються здоров'я та благополуччя (ЦСР 3) та гендерної рівності (ЦСР 5). Глобальна Стратегія репродуктивного здоров'я ВООЗ, яка має на меті прискорити прогрес до досягнення міжнародних цілей розвитку, визначає ліквідацію небезпечних абортів пріоритетним завданням. Важливість якісної допомоги при перериванні вагітності також наголошується у Глобальній стратегії охорони здоров'я жінок, дітей та підлітків ООН, яка охоплює доказово обґрунтовані втручання у перериванні вагітності та допомогу після переривання вагітності як ефективний спосіб допомогти процвітання людей та трансформації громад.

Якість допомоги з переривання вагітності є фундаментальною для даної настанови. Якість допомоги (див. Глосарій) складається з кількох компонентів.

Вона визначається як допомога, що: ефективна, дієва, доступна, прийнятна/орієнтована на пацієнта, справедлива та безпечна.

Ефективний догляд - це надання допомоги, яка ґрунтується на доказах спрямована на покращення здоров'я людей та громад відповідно до їхніх потреб.

Дієва допомога оптимізує використання ресурсів та мінімізує відходи.

Якісна допомога з переривання вагітності повинна бути доступною (своєчасною, доступною фінансово, географічно, надаватися в установах з наявністю кваліфікованого персоналу та ресурсів, що відповідають потребам), а також прийнятною (враховувати переваги та цінності ¹ окремих користувачів послуг та культур їх громаді).

Доступ до послуг переривання вагітності обов'язково має бути справедливим, а якість допомоги не повинна відрізнятися залежно від особистих характеристик людей, які звертаються за допомогою, таких як гендер, раса, релігія, етнічна приналежність, соціально-економічний статус, освіта, наявність інвалідності або залежно від їхнього географічного розташування у країні.

І нарешті, якісна допомога з переривання вагітності передбачає її безпечне надання та мінімізацію ризиків та шкоди для користувачів послуг.

Переривання вагітності - це безпечне та нескладне втручання, яке можна ефективно виконати з застосуванням медикаментів або за допомогою хірургічної процедури в ряді

¹ Під час розгляду концепції «базових медичних послуг» важливо зазначити, що різні регіони навіть у межах однієї країни можуть вимагати різних підходів до визначення базових медичних послуг до переорієнтації компонентів системи охорони здоров'я і підтримки цих послуг. Див.: Maintaining essential health services: operational guidance for COVID-19 context, interim guidance, 1 June 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential-health-services-2020.1>). Додаткові посилання на цю тему можна знайти в розділі 1.1 Глави 1. 2 Термін «небезпечний аборт» стосується переривання вагітності, виконаного особою, у якій відсутні необхідні навички, та/або в обстановці, що не відповідає мінімальним медичним стандартам.

медичних установ. Ускладнення як медикаментозного, так хірургічного абортів не часті при безпечному перериванні вагітності, тобто, виконаного особою, яка має необхідні навички, з використанням методів, рекомендованих ВООЗ, відповідно до терміну гестації. На глобальному рівні аборт є поширеною процедурою - 6 з 10 небажаних вагітностей та 3 з 10 всіх вагітностей закінчуються штучним перериванням. Однак, за глобальними оцінками, 45% всіх абортів є небезпечними. Це найважливіша проблема громадської охорони здоров'я та прав людини; показники небезпечних абортів все більше концентруються в країнах, що розвиваються (97% небезпечних абортів) та серед вразливих та маргіналізованих груп. Правові обмеження та інші бар'єри означають, що для багатьох жінок якісні послуги з переривання вагітності стають важкодоступними або зовсім недоступними, вони можуть вдаватися до штучного переривання вагітності самостійно, небезпечними методами або звернутися за такими послугами до некваліфікованих постачальників допомоги. Правовий статус абортів не впливає на потребу жінок у перериванні вагітності, але значно впливає на доступність безпечного абортів для жінок.

Небезпечні абортів є причиною з 4,7% до 13,2% всіх випадків материнської смертності, тобто, від 13 865 до 38 940 смертей щорічно трапляються через нездатність надання послуг безпечного переривання вагітності.

Медикаментозний аборт став революцією у доступі до якісних послуг з переривання вагітності у світі. Препарати для переривання вагітності можуть безпечно та ефективно застосовуватися як у медичному закладі, так і самостійно особами поза медичним закладом (напр., вдома), за наявності джерела достовірної інформації та препаратів перевіреної якості. Людям, які безпечно переривають вагітність вдома в перші 12 тижнів гестації, може бути необхідна чи бажана підтримка навчених медичних працівників на певному етапі процесу. Надання послуг з мінімальним медичним супроводом може значно покращити доступність процесу переривання вагітності, а також його приватність, зручність та прийнятність, без шкоди для безпеки чи ефективності.

Щоб забезпечити доступ до комплексних послуг з переривання вагітності, дотримання дії на рівні правової системи, системи охорони здоров'я та на рівні громад. Оточення, в якому знаходиться людина, відіграє найважливішу роль у формуванні доступу до допомоги та впливає на стан здоров'я. Сприятливе середовище - це фундамент для якісної комплексної допомоги під час переривання вагітності, де існують три наріжні камені:

1. Повага до прав людини, а також сприятлива правова база політики;
2. Наявність та доступність інформації;
3. Підтримуюча, загальнодоступна, доступна фінансово та добре функціонуюча система охорони здоров'я.

Переривання вагітності законне майже в усіх країнах, хоча конкретні обставини, при яких люди можуть мати доступ до послуг абортів, відрізняються. Крім цього, майже у всіх країнах, де аборт є легальним, врегулювання цієї процедури відрізняється від інших медичних послуг. На відміну від інших медичних послуг, переривання вагітності, крім законів про охорону здоров'я, часто регламентується кримінальним правом. Це стосується прав вагітних жінок, а також може негативно вплинути (напр., відмова від дій через страх репресій чи покарань) на надання якісної допомоги. Тому чіткі позиція та доступні закони та політика, засновані на правах людини, є частиною забезпечення сприятливого середовища.

Завдання, обґрунтування, цільова аудиторія, інклюзивність та структура клінічної настанови

Настанови є основним засобом, за допомогою якого ВООЗ виконує своє технічне лідерство в галузі охорони здоров'я. Рекомендації ВООЗ підлягають суворому процесу забезпечення якості, який генерує рекомендації для клінічної практики чи громадської політики охорони здоров'я з метою досягнення найкращих результатів індивідуального чи

колективного здоров'я. Задля цієї мети ВООЗ взяла на себе зобов'язання інтегрувати права людини в програми та політику охорони здоров'я на національному та регіональному рівнях, розглядаючи базові детермінанти здоров'я як частину комплексного підходу до здоров'я та прав людини

Мета та обґрунтування

Метою цієї настанови є надання повного набору рекомендацій ВООЗ та повідомлень про передові практики щодо переривання вагітності. Хоча законодавчий, нормативний, політичний контекст та умови надання послуг у різних країнах відрізняються, метою рекомендацій та передових практик, описаних у цьому документі, є забезпечення обґрунтованого прийняття рішень щодо високоякісної допомоги під час переривання вагітності.

Ця настанова служить оновленням і замінює собою рекомендації, подані в таких попередніх настановах ВООЗ:

· *Безпечний аборт: Рекомендації для систем охорони здоров'я з питань політики та практики, друге видання (2012).*

· *Ролі працівників охорони здоров'я у наданні допомоги з безпечного переривання вагітності та контрацепції після абортів (відомі раніше як рекомендації щодо "поділу завдань") (2015), та Медикаментозне ведення переривання вагітності (2018 р.).*

Ця настанова містить нові рекомендації, які доповнюють деякі існуючі рекомендації, що залишилися без змін та підлягають оновленню в результаті повторної оцінки з використанням однаково скрупульозних методів як для нових, так і для оновлених рекомендацій (детальніша інформація - у розділі "Методи розробки настанови") нижче.

Рекомендації, наведені в цій настанові, стосуються трьох основних категорій, які є базовими у наданні допомоги з переривання вагітності: Законодавство та політика, Клінічні послуги та Надання послуг. Рекомендації щодо законодавства та політик, які мають бути прийняті або, навпаки, скасовані для забезпечення та підтримки якісної допомоги з переривання вагітності, охоплюють сім областей: криміналізація переривання вагітності, підходи до вирішення абортів, що базуються на підставах, пороговий гестаційний вік для переривання вагітності, обов'язковий період очікування перед проведенням процедури переривання вагітності на запит, дозвіл третьої сторони на переривання вагітності, обмеження категорій медичних працівників, які можуть надавати допомогу з переривання вагітності, а також заперечення/відмова медичного працівника з міркувань совісті.

Рекомендації щодо клінічних послуг охоплюють способи переривання вагітності та відповідну медичну допомогу - від надання інформації, консультування та знеболювання до способів та схем переривання вагітності (включаючи відмінності залежно від медичних показань), а також допомога рекомендації щодо надання послуг стосуються того, які категорії медичних працівників можуть надавати відповідні клінічні послуги. Також у настанові представлені рекомендації щодо самостійного переривання вагітності, що охоплюють завдання, які жінка може здійснити самостійно: медикаментозний аборт на ранньому терміні гестації^{2 3} та використання різних засобів контрацепції, включаючи самостійне введення ін'єкційних контрацептивів. Також було сформульовано рекомендацію щодо застосування телемедицини для проведення медикаментозного абортів на ранніх термінах та описано передові практики інших підходів до надання послуг переривання вагітності. Загалом, рекомендації, подані у цьому документі відображають нещодавні зміни в цих аспектах допомоги з переривання вагітності.

У останньому розділі описані прогалини та пріоритети досліджень, а також нові сфери інтересів.

² У попередній редакції настанови Безпечний аборт (ВООЗ, 2012) було розглянуто ці питання та пов'язані з ними втручання та надано одну зведену рекомендацію. У цьому посібнику всі ці питання розглядаються окремо як сім окремих рекомендацій (Рекомендації 1,2, 3, 6, 7,21, 22).

³ Повний розгляд усіх методів контрацепції виходить за меж тематики даного посібника, але після переривання вагітності можливе використання будь-яких методів контрацепції, включаючи низку засобів для самостійного введення.

Організація рекомендацій у цій настанові вказує на те, що медичні послуги мають бути інтегровані в систему охорони здоров'я таким чином, щоб справедливо та без дискримінації задовольняти потреби жінок, дівчат або інших вагітних у міру їх просування за маршрутом допомоги з переривання вагітності - допомога до переривання вагітності, переривання вагітності та допомогу після переривання вагітності. Будучи орієнтованою на цінності та переваги осіб, які звертаються за допомогою з переривання вагітності, та розглядаючи їх як активних учасників та бенефіціарів медичних послуг, концептуальна система допомоги при перериванні вагітності в цій Настанові (див. Схему 1) визнає та враховує потреби всіх, що стосуються переривання вагітності. Однак такі основні цінності, як гідність, самостійність, справедливість, конфіденційність, інформування, соціальна підтримка, підтримуючий догляд та довіра є фундаментальними для допомоги з переривання вагітності та відображені у всіх положеннях цієї Настанови. Необхідні подальші зусилля для встановлення взаємозв'язків між якісною допомогою з переривання вагітності та іншими компонентами системи охорони здоров'я, а всі послуги, що надаються тим, хто звертається за медичною допомогою повинні враховувати питання прав людини та гендерної рівності.

Цільова аудиторія та інклюзивність

Метою цієї Настанови є надання рекомендацій для осіб, відповідальних за розробку політики на національному та субнаціональному рівнях, виконавців та керівників програм охорони сексуального та репродуктивного здоров'я (СРЗ), членів неурядових організацій та професійних асоціацій, а також для медичних працівників та інших зацікавлених сторін у області сексуального та репродуктивного здоров'я та прав (СРЗП), щоб допомогти їм у забезпеченні наявності доступності якісних, доказово обґрунтованих послуг з переривання вагітності у всьому світі.

Кожен має право на доступ до вільних від дискримінації та справедливих послуг СРЗ. Право на свободу від дискримінації закріплено у Загальній Декларації прав людини, а також інших загальних договорах з прав людини та регіональних інструментів щодо забезпечення прав людини.

Було заявлено, що право на свободу від дискримінації, гарантоване Міжнародним пактом щодо економічних, соціальних та культурних прав, що охоплює сексуальну орієнтацію, гендерну ідентичність та статеві ознаки. Як сказано у доповіді Незалежного експерта з захисту від насильства та дискримінації на підставі сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності Генеральної Асамблеї ООН 2018 року, "право на ефективне визнання гендерної ідентичності людини пов'язане з правом рівноправного визнання перед законом.

У цій настанові визнається, що більшість доказів можна вважати отриманими з досліджень, проведених серед популяції цисгендерних жінок. Також визнається, що цисгендерні жінки, чоловіки-трансгендери, небінарні люди, сексуально флюїдні люди, а також люди інтерсекс з жіночою репродуктивною системою, які можуть завагітніти, також можуть потребувати допомоги з переривання вагітності. Для стислості та читабельності цієї настанови частіше всього використовувалось слово "жінки" для позначення всіх гендерно різних людей, яким може бути потрібна допомога з переривання вагітності; також використовуються слова "особа", "людина", "людина, що звертається за перериванням вагітності". Постачальники послуг СРЗ, включаючи допомогу з переривання вагітності, повинні брати до уваги потреби всіх людей та надавати всім однакову допомогу; гендерна ідентичність або її вираз не повинні ставати приводом до дискримінації.

Методи розробки настанови

Координаційна група ВООЗ разом з розширеним Секретаріатом ВООЗ, а також персоналом штаб квартири ВООЗ та регіональних бюро здійснили широкомасштабний процес розробки настанови за участю великої кількості експертів та персоналу підтримки.

Початок процесу поклав опитування на тему оновлення настанови ВООЗ з безпечного абортів, проведене у вересні 2018 року. Після цього з листопада 2018 року по червень 2019 року проводились оглядові наради для визначення ключових тематичних областей та формулювання основних питань для пошуку та аналізу доказової бази для кожної з трьох категорій: Законодавство та політика, Клінічні послуги та Надання послуг. Для забезпечення ширшого представництва були скликані наступні зустрічі, результати яких використовувалися у розробці даної настанови: (i) Аспекти впровадження допомоги з переривання вагітності в умовах гуманітарних криз, (ii) Глобальні цінності та переваги щодо допомоги з переривання вагітності, (iii) Молодь та безпечний аборт.

Координаційна група ВООЗ запросила експертів глобального рівня для скликання трьох експертних груп щодо кожної з трьох категорій. Ці експерти, як увійшли до Групи оцінки доказів та рекомендацій (ГОДР) для кожної категорії, взяли активну участь у низці дводенних зустрічей з метою обговорення та розробки нових та оновлених рекомендацій, що ґрунтуються на доказах, отриманих від Команд з синтезу даних (КСД). Координаційна група ВООЗ обрала та запросила членів Групи з розробки настанови (ГРН) з числа членів ГОДР для кожної категорії. Таким чином було сформовано єдину мультидисциплінарну групу, яка включила також представника молоді та радника з прав людини, яка завершила підготовку рекомендацій.

Відповідно до процесу розробки настанов ВООЗ, ГОДР та ГРН здійснювали підготовку та доопрацювання рекомендацій, виходячи з наявної доказової бази (якість даних у якій варіювалося від високої до дуже низької), з застосуванням Класифікації оцінки, розробки та визначення ефективності рекомендацій (GRADE) до розробки рекомендацій та з посиланням на таблиці "Від доказів до рішень", підготовлені Командами з синтезу даних. Також при розробці рекомендацій використовувалися знання та досвід учасників процесу. Рішення щодо спрямованості та сили кожної рекомендації приймалися з застосуванням схеми WHO-INTEGRATE (див. Примітки до підсумкової таблиці нижче). Ця ж схема, але з інноваційним підходом до оцінки доказової бази, використовувалася для рекомендацій щодо законодавства та політики. В результаті такого підходу докази оцінювалися з погляду захисту та дотримання прав людини як невід'ємних компонентів медичних результатів та аналізу.

За результатами зустрічей ГОДР та ГРН оновлені рекомендації та проект керівництва були переглянуті членами ГРН та Групи зовнішніх рецензентів. Прокоментувати проект настанови також було запрошено спостерігачів ГРН та рецензентів-представників кількох організацій впровадження. Було внесено правки, після чого настанова була направлена на схвалення Експертного комітету за рекомендаціями ВООЗ. Після цього було внесено остаточні виправлення Управління Верховного комісара ООН з прав людини, виконано остаточне редагування та підготовка до публікації та запуску. Повна інформація щодо методів розробки настанови представлена у Додатку 4.

Зведена таблиця рекомендацій, представлених у цій настанові

Важливі зауваження:

i. Група експертів, скликана ВООЗ з цією метою, визначила рекомендації, а також спрямованість (за чи проти) та силу (сильна чи слабка) для кожної з них. Ці визначення базувалися на шести істотних критеріях схеми WHO-INTEGRATE, що застосовуються до кожного втручання для певної популяції - баланс користі та шкоди здоров'ю; права людини та соціально-культурна прийнятність; рівність, справедливість та відсутність дискримінації в охороні здоров'я; наслідки суспільству; фінансові та економічні міркування; а також здійсненність та аспекти, що стосуються системи охорони здоров'я. Також брався до уваги мета-критерій-якість даних (тобто, тип, розмір та обмеження досліджень, що використовуються як доказова база). Використовувалися такі терміни:

- * **Рекомендується** - сильна рекомендація на користь втручання
- * **Пропонується** - слабка рекомендація на користь втручання

* **Не рекомендується** - сильна рекомендація проти втручання / на користь втручання порівняння.

Більшість рекомендацій кодовані літерами ЗП - "Законодавство та політика", КП - "Клінічні послуги" або НП - "Надання послуг". Кодування означає широку категорію, у межах якої оцінювалися та аналізувалися докази для даного втручання відповідними групами експертів (МІДР). Крім цього, п'ять рекомендацій зазначено кодом "САМОДОПОМОГА".

Рекомендації групи НП, що стосуються категорій медичних працівників, припускають, що люди, як працюють у названих категоріях, мають навички та знання, необхідні для виконання певних втручань. Ролі, навички та знання для всіх категорій медичних працівників, згаданих у цих рекомендаціях, описані в таблиці категорій та ролей медичних працівників у Додатку 5.

Більш детальну інформацію можна знайти в публікації ВООЗ від 2011 року, де описуються компетенції (включаючи знання та навички), необхідні для виконання кожного завдання.

Рекомендації вважалися "новими" (як вони зазначені в цій таблиці та в Розділі 3) у випадку, якщо в попередній настанові ВООЗ рекомендацій з цієї теми або з цього втручання не існувало. Зокрема, слід зазначити, що у настанові ВООЗ Безпечний аборт від 2012 року було надано загальну рекомендацію щодо законодавства та політики; в даній настанові вона була розділена на ряд окремих рекомендацій, але вони не вважаються "новими" (тобто Рекомендації, 2, 3, 6, 7, 21, 22).

РОЗДІЛ Тематична область Номер та тип рекомендації	Рекомендації або положення найкращої практики
УРЕГУЛЮВАННЯ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ	
Криміналізація	
1 (ЗАКОНОДАВСТВО І ПОЛІТИКА; ЗП)	1. Рекомендується повна декриміналізація абортів. Примітки: - Декриміналізація означає виключення переривання вагітності з усіх законів про кримінальну відповідальність, незастосування до абортів інших кримінальних правопорушень (напр. вбивство, ненавмисне вбивство) та забезпечення відсутності кримінальних покарань за переривання вагітності, допомогу з перериванням вагітності і надання інформації про переривання вагітності або виконання процедури переривання вагітності для всіх зацікавлених осіб. - Внаслідок декриміналізації жодна особа, яка пережила втрату вагітності, не повинна бути запідозрена у нелегальному аборті при зверненні за допомогою. - Декриміналізація абортів не повинна робити жінок, дівчат або інших вагітних уразливими перед насильницьким або примусовим перериванням вагітності, насильницький або примусовий аборт повинні розцінюватися як серйозне насильство, оскільки ці втручання є добровільними.
Обґрунтовані підходи	
2 (ЗП)	2. а. Не рекомендуються закони та інші нормативно-правові акти, що обмежують переривання вагітності з певних підстав. б. Рекомендується проведення переривання вагітності на прохання жінки, дівчини чи іншої вагітної людини. Примітки: - Підходи до обмеження доступу до переривання вагітності, за певних підстав, слід переглянути на користь доступності переривання вагітності на прохання жінки, дівчини чи іншої вагітної людини. - Існуючі обґрунтування, доки вони не будуть замінені перериванням вагітності за запитом, повинні бути сформульовані та застосовуватися відповідно до міжнародного гуманітарного права. Це означає, що зміст, тлумачення та застосування законодавства та політики про підстави для переривання вагітності слід переглянути з метою забезпечення дотримання прав людини. Для цього необхідно: - Визначити, інтерпретувати та застосовувати існуючі обґрунтування відповідно до норм прав людини - Зробити переривання вагітності доступним у випадках, коли доношування вагітності може заподіяти жінці, дівчині або іншій вагітній людині значний біль або страждання, включаючи ситуації (коли вагітність настала внаслідок зґвалтування або інцесту або коли вагітність нежиттєздатна, але не обмежуючись ними; - Зробити переривання вагітності доступним у випадках, коли вагітність загрожує життю чи здоров'ю жінки, дівчини, та або іншої вагітної людини; - Відобразити у медичних обґрунтуваннях визначення фізичного та психічного здоров'я ВООЗ (див. Глосарій); - Скасувати процедури вимоги "докази" або "встановлення" відповідності підставам, наприклад, вимоги надання ухвали суду чи поліцейського рапорту у разі зґвалтування або сексуального насильства (джерела на підтримку цієї інформації перераховані у Веб-Додатку

	A: Ключові стандарти міжнародного права з прав людини, що стосуються переривання вагітності).
Обмеження, пов'язані з терміном гестації	
3 (ЗП)	3. Не рекомендується закони та інші нормативно-правові акти, що забороняють переривання вагітності на підставі меж терміну гестації.
ПОСЛУГИ В ЛАНЦЮЖКУ БЕЗПЕРЕРВНОЇ ДОПОМОГИ Інформування про допомогу з переривання вагітності	
4. НАДАННЯ ПОСЛУГ (НП)	4. По всьому ланцюжку безперервної допомоги з переривання вагітності: a. Рекомендується надання інформації щодо допомоги з переривання вагітності медичними працівниками на рівні громади, фармацевтами, практиками традиційної та допоміжної медицини, медсестрами, що виконують допоміжні функції/ медсестрами- акушерками, що виконують допоміжні функції, медичними сестрами, фельдшерами/помічниками лікарів, лікарями загальної практики та лікарями. b. Пропонується надання інформації щодо допомоги з переривання вагітності працівниками аптек. Умова: коли співробітники аптеки працюють під прямим керівництвом фармацевта та є доступ або можливість перенаправлення до належних медичних послуг
Організація консультування	
5.НП	5. По всьому ланцюжку безперервної допомоги з переривання вагітності: a. Рекомендується надання консультування медичними працівниками на рівні громади, фармацевтами, практиками традиційної та допоміжної медицини, медсестрами, що виконують допоміжні функції/медсестрами-акушерками, що виконують допоміжні функції, медичними сестрами, фельдшерами/помічниками лікарів, лікарями загальної практики та лікарями-фахівцями. b. Пропонується надання консультування співробітниками аптек та фармацевтами. • Умова: Надання збалансованого консультування (тобто як про медикаментозні так і про хірургічні методи) та наявність доступу до належних медичних послуг або можливість перенаправлення у разі вибору жінкою хірургічного методу переривання вагітності.
ДО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ	
Обов'язкові періоди очікування 6 (ЗП)	6. Не рекомендується встановлювати обов'язкові періоди очікування перед перериванням вагітності.
Дозвіл третьої сторони 7 (ЗП)	7. Рекомендується, щоб переривання вагітності було доступним на прохання жінки, дівчини або іншої вагітної особи без дозволу будь-яких інших осіб, органів чи установ. Примітка: Хоча залучення батьків або партнера до процесу ухвалення рішення про переривання вагітності може підтримати жінку, дівчину або іншу вагітну людину та допомогти їм. Таке залучення має базуватися на цінностях та перевагах людини, яка звертається за перериванням вагітності, а не встановлюватися як частина обов'язкового дозволу третіх осіб. <i>Коментар робочої групи: рішення щодо переривання вагітності фізичною особою, яка досягла 14 років приймається з її згоди та за участі батьків або опікунів. Рішення щодо переривання вагітності особою, яка не досягла 14 років приймається за участі батьків або опікунів (Цивільний Кодекс України частина.3 стаття 284).</i>
Резус-імунізація при перериванні вагітності терміном <12 тижнів	
8 (КЛІНІЧНІ ПОСЛУГИ; КП) (НОВА)	8. Як при медикаментозному, так при хірургічному перериванні вагітності на терміні <12тижнів: Не рекомендується введення антирезус-імуноглобуліну (D). Примітка: На терміні гестації ≥ 12 тижнів застосовується стандарт допомоги при введенні антирезус-імуноглобуліну (D).
Антибіотикопрофілактика при хірургічному та медикаментозному перериванні вагітності	
9 (КП)	9. а. При хірургічному перериванні вагітності, незалежно від ризику запальних захворювань органів малого тазу у жінки: Рекомендується належна до- або периопераційна антибіотикопрофілактика. b. При медикаментозному перериванні вагітності Не рекомендується профілактичне призначення антибіотиків. Примітка: Відсутність антибіотиків не повинна бути обмеженням доступу до послуги переривання вагітності.
Визначення терміну гестації: Ультразвукове сканування перед перериванням вагітності	
10 (КП)	10. Як при медикаментозному, так і при хірургічному перериванні вагітності: Не рекомендується застосування ультразвукового сканування як умови для надання послуг з переривання вагітності *. Примітка: - Правові норми, що обмежують доступність послуг переривання вагітності залежно від терміну гестації, можуть вимагати застосування ультразвукового обстеження для визначення терміну гестації перед перериванням вагітності або призводити до такого застосування навіть у разі відсутності клінічної необхідності. Усунення правових обмежень у доступі до переривання вагітності залежно від терміну гестації (див. Рекомендацію 3) має створити можливість уникнути необґрунтованих ультразвукових обстежень перед перериванням вагітності, а також покращити доступність послуг з переривання вагітності в умовах утрудненого доступу до УЗД. - В окремих випадках можливі клінічні причини щодо ультразвукового обстеження перед перериванням вагітності .
Знеболення при перериванні вагітності	
11-14 (КП) при хірургічному перериванні вагітності та підготовці шийки матки до переривання вагітності	Для знеболення при хірургічному перериванні вагітності на будь-якому терміні гестації: 11. а. Рекомендується рутинне забезпечення знеболення (напр. нестероїдними протизапальними препаратами [НСПЗП]) та надання його всім охочим; b. Не рекомендується рутинне застосування загальної анестезії. 12. (НОВА) Для знеболення при хірургічному перериванні вагітності на терміні гестації <14 тижнів: a. Рекомендується застосування парацервікальної блокади; b. За умови доступності седативних засобів, Пропонується для знеболення седация у комбінації з парацервікальною блокадою. 13. (НОВА) Для знеболення під час підготовки шийки матки осмотичними дилататорами перед перериванням вагітності на терміні гестації ≥ 14 тижнів: Пропонується застосування парацервікальної блокади.

КОМЕНТАР: у НОВИХ рекомендаціях 12,13 та 14 вказані знеболювальні засоби як ДОПОВНЕННЯ до НСПЗП (11 а)

	Примітка: Під час підготовки шийки матки можна застосовувати додаткові знеболювальні засоби, наприклад, вагінальний гель. (Див. Рекомендації 17-20 щодо підготовки шийки матки нижче). 14. (НОВА) Для знеболювання при хірургічному перериванні вагітності на терміні гестації ≥ 14 тижнів: a. Рекомендується застосування парацервікальної блокади; b. За умови доступності седативних засобів, пропонується для знеболювання седація у комбінації з парацервікальною блокадою.
15 та 16 (КП) при медикаментозному перериванні вагітності КОМЕНТАР: у новій Рекомендації 16 вказані знеболювальні засоби як ДОПОВНЕННЯ до НСПЗП (15)	15. При медикаментозному перериванні на будь-якому терміні гестації: Рекомендується рутинно пропонувати знеболювання (напр., нестероїдними протизапальними препаратами [НСПЗП]) та надавати його для індивідуального використання та за бажанням. 16. (НОВА) Для знеболювання при медикаментозному перериванні вагітності на терміні ≥ 12 тижнів: Пропонується розглянути використання додаткових методів контролю болю чи дискомфорту через зростання больових відчуттів зі збільшенням терміну гестації. Такі методи включають певні протибловотні препарати та епідуральну анестезію, якщо вони доступні. Примітка: При медикаментозному перериванні вагітності на терміні гестації < 14 тижнів у разі відсутності або неможливості застосування НСПЗП (напр. ібупрофену) можна використовувати ацетамінофен для знеболювання.
Підготовка шийки матки перед хірургічним перериванням вагітності	
17 (КП) Термін < 12 тижнів	17. Перед хірургічним перериванням вагітності терміном < 12 тижнів: a. Підготовка шийки матки: Пропонується використання таких медикаментозних схем: - Міфепристон 200 мг перорально за 24-48 годин до процедури - Мізопростол 400 мкг сублінгвально за 1 -2 години до процедури - Мізопростол 400 мкг вагінально або трансбуккально за 2-3 години до процедури b. Не рекомендується використання осмотичних дилататорів для підготовки шийки матки. Примітка: - Застосуванням мізопростолу сублінгвально ефективніше. - Необхідно забезпечити належне знеболювання.
18 (КП) (НОВА) термін ≥ 12 тижнів	18. Перед хірургічним перериванням вагітності на пізніших термінах: a. Для хірургічного переривання вагітності на терміні гестації ≥ 12 тижнів: Пропонується підготовка шийки матки перед процедурою. b. Для хірургічного переривання вагітності на терміні від 12 до 19 тижнів: Пропонується підготовка шийки матки тільки медикаментозно (переважна комбінація міфепристону та мізопростолу) або з застосуванням осмотичного дилатора в комбінації з медикаментами [міфепристон, мізопростол або їх комбінацією]. c. Для хірургічного переривання вагітності терміном від 12 до 19 тижнів з застосуванням осмотичного дилатора для підготовки шийки матки: Пропонується, щоб період між введенням осмотичного дилатора та процедурою переривання вагітності не перевищував двох днів. d. Для хірургічного переривання вагітності на терміні ≥ 19 тижнів: Рекомендується підготовка шийки матки з застосуванням осмотичного дилатора у комбінації з медикаментами [міфепристон, мізопростол або їх комбінацією]. Примітка: * Є обмежені докази щодо підготовки шийки матки для переривання вагітності на терміні від 12 до 14 тижнів, тому медичним працівникам слід скористатися клінічною оцінкою при прийнятті рішення про найбільш зручний спосіб підготовки шийки матки перед процедурою вакуум-аспірації та евакуації плідного яйця.
19 (НП) з використанням лікарських засобів, на будь-якому терміні гестації	19. Перед хірургічним перериванням вагітності на будь-якому терміні гестації: a. Рекомендується медикаментозна підготовка шийки матки представниками традиційної та допоміжної медицини, медсестрами, що виконують допоміжні функції / медсестрами-акушерками, фельдшерами / помічниками лікарів, лікарями загальної практики. b. Пропонується проведення підготовки шийки матки медико-санітарними працівниками, співробітниками аптек та фармацевтами. Умова: Застосування лікарських засобів для підготовки шийки матки є частиною процесу хірургічного переривання вагітності, і тому перед початком процедури переривання вагітності медичний працівник повинен переконатися у безперервності допомоги жінці, яка отримує лікарські засоби Коментар робочої групи: підготовка шийки матки, як і медикаментозне і хірургічне переривання вагітності є безперервним процесом, який здійснює підготовлений медичний працівник (лікар фахівець), що несе відповідальність за проведення та завершення даної процедури (Наказ МОЗ України від 29 березня 2002 р. № 117, зі змінами згідно Наказу МОЗ України від 25.01.2023 року № 138).
20 (НП) з застосуванням осмотичних дилататорів на терміні ≥ 12 тижнів	20. Перед дилатацією та евакуацією на терміні ≥ 12 тижнів: a. Рекомендується підготовка шийки матки з застосуванням осмотичних дилататорів медсестрами, які виконують допоміжні функції / медсестрами-акушерками, виконують допоміжні функції V, медсестрами, акушерками, фельдшерами/ помічниками лікарів, лікарями загальної практики та лікарями-фахівцями. b. Пропонується підготовка шийки матки з застосуванням осмотичних дилататорів представниками традиційної та допоміжної медицини. Умова: Медичний працівник повинен переконатися в безперервності ланцюжка допомоги від початку підготовки шийки матки до процедури дилатації і евакуації. Коментар робочої групи: підготовка шийки матки, як і медикаментозне і хірургічне переривання вагітності є безперервним процесом, який здійснює підготовлений медичний працівник (лікар фахівець), що несе відповідальність за проведення та завершення даної процедури (Наказ МОЗ України від 29 березня 2002 р. № 117, зі змінами згідно Наказу МОЗ України від 25.01.2023 року № 138).
21 (ЗП)	21. Не рекомендується наявність законодавства, що регламентує, які категорії медичних працівників які можуть виконувати переривання вагітності та суперечить рекомендаціям ВООЗ. Примітка:

	За наявності закону або політики, які регламентують, хто може виконувати переривання вагітності, необхідно забезпечити відповідність такої у законодавстві рекомендаціям ВООЗ, поданим у Главі 3 цієї настанови.
Відмова з міркувань совісті	
22 (ЗП)	22. Рекомендується захищати доступ до допомоги з переривання вагітності та її безперервність від бар'єрів, що створюються відмовою від участі в аборті з міркувань совісті. Примітки: - Незважаючи на те, що зобов'язання в галузі прав людини щодо забезпечення відмови з міркувань совісті не перешкоджає доступу до якісної допомоги з переривання вагітності, а попередні рекомендації ВООЗ, метою яких було забезпечення відмови з міркувань совісті не ставлять під загрозу доступ до допомоги з переривання вагітності або не перешкоджають йому, відмова з міркувань совісті продовжує служити бар'єром доступу до якісної допомоги з переривання вагітності. - Держави повинні гарантувати відповідність правовим нормам та планувати/організовувати системи охорони здоров'я таким чином, щоб забезпечити доступ до якісної допомоги з переривання вагітності та її безперервність. У разі неможливого врегулювання питання відмови з міркувань совісті таким чином, щоб права осіб, які звертаються за перериванням вагітності, були дотримані, захищені та реалізовані, відмова у наданні допомоги з переривання вагітності з міркувань совісті не може бути виправданою. - Проаналізована література розглядала вплив відмови з міркувань совісті на доступність та наявність допомоги переривання вагітності, також на ефективність регулювання відмови з міркувань совісті з погляду поліпшення таких результатів. - Проте міжнародне право з прав людини надає деякі рекомендації щодо того, як держави можуть забезпечити дотримання, захист та реалізацію прав людей, які звертаються за послугами переривання вагітності (див. детальнішу інформацію в основному тексті).
ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ	
Методи хірургічного переривання вагітності	
23 (КП)	23. При хірургічному перериванні вагітності терміном <14тижнів: а. Рекомендується вакуум-аспірація. б. Не рекомендується дилатація та кюретаж (D&C), включаючи контрольне вишкрібання (тобто, щоб "завершити" переривання вагітності) після вакуум-аспірації. Примітки: - Результати обсерваційних досліджень вказують на зв'язок вакуум-аспірації з меншою частотою ускладнень, ніж D&C; однак, рандомізовані контрольовані дослідження були недостатньо потужними для виявлення відмінностей у частоті ускладнень. - Немає доказів на підтримку контрольного вишкрібання після вакуум-аспірації. - Якість даних, отриманих з рандомізованих контрольованих досліджень, варіювалася від низької до середньої.
24 (НП) вакуум-аспірація терміном < 14 тижнів	24. Для хірургічного переривання вагітності терміном <14тижнів: а. Рекомендується проведення вакуум-аспірації (представниками традиційної та допоміжної медицини, медичними сестрами, акушерками, фельдшерами/помічниками лікарів, лікарями загальної практики та лікарями-фахівцями). б. Пропонується проведення вакуум-аспірації медичними сестрами, як виконують допоміжні функції (медсестрами- акушерками, що виконують допоміжні функції). Умова: За наявності стійких механізмів системи охорони здоров'я з залучення медичних сестер, як виконують допоміжні функції/ медичних сестер-акушерок, що виконують допоміжні функції, надання базової невідкладної акушерської допомоги, а також за наявності стійких систем переадресації та моніторингу. <i>Коментар робочої групи: хірургічне переривання вагітності є безперервним процесом, який здійснює підготовлений медичний працівник (лікар фахівець), який несе відповідальність за проведення та завершення даної процедури (Наказ МОЗ України від 29 березня 2002 р. № 117, зі змінами згідно Наказу МОЗ України від 25.01.2023 року № 138).</i>
25 (КП) Для хірургічного переривання вагітності на терміні ≥14 тижнів	Для хірургічного переривання вагітності на терміні ≥14 тижнів: Рекомендується дилатація та евакуація на терміні ≥14 тижнів (D&E). Коментар: Під час D&E може застосовуватися вакуум-аспірація (тобто, з метою амніотомії або усунення залишків ембріональних тканин наприкінці процедури D&E).
26 (НП) Дилатація та кюретаж терміном ≥14 тижнів	Для хірургічного переривання вагітності на терміні ≥14 тижнів: а. Рекомендується проведення процедури D&E лікарями загальної практики та лікарями-фахівцями. б. Пропонується проведення процедури D&E представниками традиційної та допоміжної медицини, акушерками та фельдшерами/помічниками лікарів. Умова: За наявності стійких механізмів системи охорони здоров'я щодо залучення медичних працівників цих категорій до інших завдань, що стосуються здоров'я матерів та репродуктивного здоров'я. <i>Коментар робочої групи: підготовка шийки матки, як і медикаментозне і хірургічне переривання вагітності є безперервним процесом, який здійснює підготовлений медичний працівник (лікар фахівець), що несе відповідальність за завершення даної процедури (Наказ МОЗ України від 29 березня 2002 р. № 117, зі змінами згідно Наказу МОЗ України від 25.01.2023 року № 138).</i>
Медикаментозне ведення штучного переривання вагітності	
27 (КП) терміном < 12 тижнів	27. Для медикаментозного переривання вагітності терміном <12 тижнів: а. Рекомендується застосування міфепристону в дозі 200 мг перорально, після чого через 1-2 дні мізопростол у дозі 800 мкг вагінально, сублінгвально або трансбуккально. Мінімальний рекомендований інтервал між прийомом міфепристону та мізопростолу повинен становити 24 години. б. При використанні тільки мізопростолу: Рекомендується використання мізопростолу в дозі 800 мкг вагінально, сублінгвально або трансбуккально. с. (НОВА) Пропонується використання комбінованої схеми летрозол плюс мізопростол (летрозол у дозі 10 мг на день перорально протягом 3 днів, після чого мізопростол у дозі 800 мкг сублінгвально на четвертий день) як безпечний та ефективний варіант.* ‡ Примітки: Результати клінічних досліджень вказують на те, що комбінована схема (Рекомендація 27а) більш

	ефективна, ніж тільки мізопростол. • Рекомендація включає всі шляхи введення мізопростолу як варіанти вибору пацієнтки та медичного працівника. • Пропонована комбінована схема летрозол плюс мізопростол може бути безпечною та ефективною на терміні до 14 тижнів гестації. * За необхідності досягнення успішності процесу переривання вагітності можна розглянути призначення повторних доз мізопростолу. У цій настанові є недостатньо інформації щодо максимально\кількості доз мізопростолу. † Для визначення безпеки, ефективності та прийнятності комбінованої схеми летрозол плюс мізопростол на пізніших термінах гестації необхідно додаткові докази, особливо в порівнянні з комбінованою схемою міфепристон плюс мізопростол) наявні дослідження порівнювали застосування тільки мізопростолу). <i>Коментар робочої групи: в Україні лікарський засіб летрозол не має показань для переривання вагітності (Інструкція для медичного застосування, Державний формуляр лікарських засобів, Наказ МОЗ України від 13.06.2022р. №1011).</i>
28 (НП) терміном < 12 тижнів* повністю чи частково (тобто, виконання всіх завдань або деяких підзавдань)	28. Для медикаментозного переривання вагітності на терміні <12 тижнів: Рекомендовано самостійне медикаментозне переривання вагітності (див. Рекомендацію 50), медикаментозне переривання вагітності медичними працівниками, співробітниками аптек, фармацевтами, представниками традиційної та допоміжної медицини, медсестрами, виконують допоміжні функції, медичними сестрами, акушерками, фельдшерами/помічниками лікаря, лікарями загальної практики та лікарями-фахівцями. * Докази проведення медикаментозного переривання вагітності людьми, які не є лікарями, стосуються термінів вагітності до 10 тижнів (70 днів). † Для цієї рекомендації схеми медикаментозного переривання вагітності, охоплені наявною доказовою базою, включають міфепристон плюс мізопростол або тільки мізопростол (схема з використанням летрозолу не була включена). <i>Коментар робочої групи: медикаментозне переривання вагітності є безперервним процесом, який здійснює підготовлений медичний працівник (лікар фахівець), який несе відповідальність за проведення та завершення даної процедури (Наказ МОЗ України від 29 березня 2002 р. № 117, зі змінами згідно Наказу МОЗ України від 25.01.2023 року № 138).</i>
29 (КП) на терміні ≥12 тижнів	29. Для медикаментозного переривання вагітності на терміні ≥12 тижнів: а. Пропонується використання міфепристону в дозі 200 мг перорально, після чого через 1 -2 дні призначаються повторні дози мізопростолу в дозі 400 мкг кожні 3 години трансбуккально, сублінгвально або вагінально. б. При використанні тільки мізопростолу: Пропонується використання повторних доз мізопростолу 400 мкг вагінально, сублінгвально або трансбуккально кожні 3 години. Примітки: • Комбінована схема (Рекомендація 29а) ефективніша, ніж тільки мізопростолом. • Докази вказують на те, що вагінальне введення є найефективнішим. Пропонується включити усі шляхи введення як можливі варіанти для вибору пацієнткою та медичним працівником. • З ембріональними тканинами слід поводитися так само, як з іншими біологічними матеріалами, якщо жінка не висловлює бажання розпорядитися ними в інший спосіб. За необхідності введенням мізопростолу можна повторити через певні інтервали для досягнення ефективності переривання вагітності. Медичні працівники повинні бути обережними застосовувати клінічну оцінку при визначенні максимальної кількості доз мізопростолу для призначення вагітним з рубцем на матці. Розрив матки - це рідкісне ускладнення: на пізніших термінах гестації необхідно брати до уваги клінічну оцінку та готовність системи охорони здоров'я до надання екстреної допомоги при розрив матки. Обмеженість даних вимагає зниження дози мізопростолу при штучному перериванні вагітності терміном більше 24 тижнів. Для визначення необхідного дозування препарату слід застосовувати клінічну оцінку з урахуванням вищої чутливості матки до простагландинів.
30 (НП) терміном ≥12 тижнів	30. Для медикаментозного переривання вагітності на терміні ≥12 тижнів: а. Рекомендуються медикаментозне ведення лікарями загальної практики та лікарями-фахівцями. б. Пропонується медикаментозне ведення представниками традиційної та допоміжної медицини, медсестрами, які виконують допоміжні функції/медсестрами-акушерками, які виконують допоміжні функції, медичними сестрами, акушерками та фельдшерами/помічниками лікаря. • Умова: За наявності стійкого та легкого доступу до належної хірургічної підтримки та відповідної інфраструктури для усунення неповного абортів або інших ускладнень <i>Коментар робочої групи: медикаментозне переривання вагітності є безперервним процесом, який здійснює підготовлений медичний працівник (лікар фахівець), який несе відповідальність за проведення та завершення даної процедури (Наказ МОЗ України від 29 березня 2002 р. № 117, зі змінами згідно Наказу МОЗ України від 25.01.2023 року № 138).</i>
Вагітність, що не розвивається	
31 (КП) (НОВА) Медикаментозне ведення терміном <14тижнів	31. При вагітності, що не розвивається, на терміні <14 тижнів, для осіб, як віддають перевагу медикаментозному веденню: Рекомендується використання міфепристону в комбінації з мізопростолом, а не тільки мізопростолу. • Рекомендована схема: міфепристон у дозі 200 мг перорально, після чого мізопростол у дозі 800 мкг будь-яким шляхом введення (трансбуккально, вагінально або сублінгвально).* • Альтернативна схема: мізопростол у дозі 800 мкг будь-яким шляхом введення (трансбуккально, вагінально або сублінгвально). Примітки: • Рішення щодо способу ведення вагітності, що не розвивається (вичікувального, медикаментозного або хірургічного) має ґрунтуватися на клінічному стані жінки та її переваг щодо лікування. • Можна запропонувати варіант вичікувального ведення, за умови, що жінка, дівчина чи інша вагітна людина поінформовані про більш тривалий процес експульсії ембріональних тканин та підвищений ризик неповного спорожнення матки. • З ембріональними тканинами слід поводитися так само, як з іншими біологічними матеріалами, якщо жінка не висловлює бажання розпорядитися ними в інший спосіб. • Мінімальний рекомендований інтервал між прийомом міфепристону та мізопростолу має становити 24 години. • При використанні альтернативної схеми (тільки мізопростол), слід зазначити, що є докази більшої ефективності повторних доз мізопростолу для успішного переривання вагітності на

	терміні гестації ≥ 9 тижнів. У цій настанові ми не даємо інформації щодо максимальної кількості доз мізопростолу.
Внутрішньоутробна загибель плода	
32 (КП) Медикаментозне ведення на терміні ≥ 14 до ≤ 28 тижнів	32. Для медикаментозного ведення ВУЗП на терміні з ≥ 14 до ≤ 28 тижнів: Пропонується використання міфепристону в комбінації з мізопростолом, а не тільки мізопростолу. • Пропонована схема: міфепристон у дозі 200 мг перорально, після чого через 1-2 дні вводяться повторні дози мізопростолу 400 мкг сублінгвально або вагінально кожні 4-6 годин. • Альтернативна схема: повторні дози мізопростолу 400 мкг сублінгвально або вагінально кожні 4-6 годин. Примітки: • Результати клінічних досліджень вказують на те, що комбінована схема ефективніша, ніж використання тільки мізопростолу. • З ембріональними тканинами слід поводитися так само, як з іншими біологічними матеріалами, якщо жінка не висловлює бажання розпорядитися ними в інший спосіб. • Введення мізопростолу можна повторити через певний інтервал, якщо це необхідно для досягнення ефективного переривання вагітності. Медичні працівники повинні бути обережними застосовувати клінічну оцінку при визначенні максимальної кількості доз мізопростолу для призначення вагітним з рубцем на матці. Розрив матки - це рідкісне ускладнення; на пізніших термінах гестації необхідно брати до уваги клінічну оцінку та готовність системи охорони здоров'я до надання екстреної допомоги при розриві матки. • Необхідно знизити дозу мізопростолу при ВУЗП на терміні більше 28 тижнів. Для визначення необхідного дозування препарату слід застосовувати клінічну оцінку з урахуванням вищої чутливості матки до простагландинів.
33 (НП) (НОВА) Медикаментозне ведення на терміні ≥ 14 до ≤ 28 тижнів	33. При ВУЗП на терміні з ≥ 14 до ≤ 28 тижнів: а. Рекомендовано медикаментозне ведення лікарями загальної практики та лікарями-фахівцями. б. Пропонується медикаментозне ведення представниками традиційної та допоміжної медицини, медсестрами, як виконують допоміжні функції / медсестрами-акушерками, які виконують допоміжні функції, медичними сестрами, акушерками та фельдшерами/помічниками лікаря. • Умова: За наявності стійкого та легкого доступу до належної хірургічної підтримки та відповідної інфраструктури для усунення неповного абортів або інших ускладнень.
ПІСЛЯ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ Подальша допомога чи додаткові послуги	
34 (КП)	34. Після неускладненого хірургічного або медикаментозного переривання вагітності: Рекомендується: немає необхідності в наступних рутинних відвідуваннях. Проте, слід надати інформацію про наявність додаткових послуг, якщо вони необхідні чи бажані. Примітки: • Жінок, дівчат та інших вагітних необхідно адекватно поінформувати про симптоми вагітності, що триває (що може бути або може не бути ознакою невдалого переривання вагітності) та про інші медичні причини для повторного відвідування медичного працівника, таких як тривала рясна кровотеча, повна відсутність кровотеч при медикаментозному перериванні вагітності, біль, який не зменшується з прийомом знеболювальних препаратів, або лихоманка. • Якість даних була низькою (обсерваційні дослідження та опосередковані дані).
Неповний аборт	
35 та 36 (КП)	35. При неповному аборті на терміні < 14 тижнів: Рекомендована вакуум-аспірація або медикаментозне ведення. 36а. Для медикаментозного ведення неповного абортів терміном < 14 тижнів за розміром матки: Пропонується введення мізопростолу в дозі 600 мкг перорально або мізопростолу в дозі 400 мкг сублінгвально. 36 б. Для медикаментозного ведення неповного абортів на терміні ≥ 14 тижнів за розміром матки: Пропонується введення мізопростолу в дозі 400 мкг сублінгвально, вагінально або трансбуккально кожні 3 години.* Примітки: • Рішення про спосіб ведення неповного абортів має прийматися з урахуванням клінічного стану жінки та переваги у лікуванні. • Вичікувальне ведення неповного абортів може бути ефективним, як застосування мізопростолу; його можна запропонувати як вибір за умови, що жінка, дівчина або інша вагітна людина поінформовані про більш тривалий процес експульсії ембріональних тканин, підвищений ризик неповного спорожнення матки. • Рекомендація 35 була екстраполізована з дослідження, проведеного серед жінок, які повідомляли про спонтанний аборт. *За необхідності введення мізопростолу можна повторити через певні інтервали для досягнення ефективності переривання вагітності. На терміні гестації ≥ 14 тижнів медичні працівники повинні проявляти обережність та застосовувати клінічну оцінку при визначенні максимальної кількості доз мізопростолу для призначення вагітним особам з розрізом на матці в анамнезі. Розрив матки - це рідкісне ускладнення; на пізніших термінах гестації необхідно брати до уваги клінічну оцінку та готовність системи охорони здоров'я до надання екстреної допомоги при розриві матки.
37 (НП) Медикаментозне ведення з застосуванням мізопростолу на терміні < 14 тижнів	37. При неускладненому неповному аборті на терміні < 14 тижнів: Рекомендується медикаментозне ведення з застосуванням мізопростолу медичними працівниками громади, співробітниками аптек, фармацевтами, представниками традиційної та допоміжної медицини, медичними сестрами, що виконують допоміжні функції/медичними сестрами/помічниками лікарів, лікарями загальної практики та лікарями-фахівцями. <i>Коментар робочої групи: медикаментозне введення, застосування мізопростолу при неускладненому неповному аборті здійснює підготовлений медичний працівник (лікар-фахівець), який несе відповідальність за проведення та завершення даної процедури (Наказ МОЗ України від 29 березня 2002 р. № 117, зі змінами згідно Наказу МОЗ України від 25.01.2023 року № 138).</i>
38 (ПУ) Вакуум-аспірація терміном < 14 тижнів	При неповному аборті терміном < 14 тижнів: а. Рекомендується проведення вакуум-аспірації представниками традиційної та допоміжної медицини, медичними сестрами, акушерками, фельдшерами/помічниками лікарів, лікарями загальної практики та лікарями-фахівцями. б. Пропонується проведення вакуум-аспірації медсестрами, як виконують допоміжні функції/медсестрами-акушерками, що виконують допоміжні функції. • Умова: За наявності стійких механізмів системи охорони здоров'я з залучення медичних сестер, як

	виконують допоміжні функції, медичних сестер-акушерок, що виконують допоміжні функції, надання базової невідкладної акушерської допомоги, а також за наявності стійких систем переадресації та моніторингу. <i>Коментар робочої групи: вакуум-аспірацію при неповному аборті здійснює підготовлений медичний працівник (лікар-фахівець), який несе відповідальність за проведення та завершення даної процедури (Наказ МОЗ України від 29 березня 2002 р. № 117, зі змінами згідно Наказу МОЗ України від 25.01.2023 року № 138).</i>
Ведення ускладнень, які не загрожують життю	
39 (НП) Інфекція	39. При інфекції після переривання вагітності, що не загрожує життю: Рекомендується первинне введення представниками традиційної та допоміжної медицини, медичними сестрами, акушерками, фельдшерами/помічниками лікарів, лікарями загальної практики та лікарями - фахівцями.* *Важливо, щоб фармацевти, співробітники аптек та громади, медичні працівники мали знання з розпізнавання ознак та симптомів в цього ускладнення.
40 (НП) Кровотеча	40. При кровотечі після переривання вагітності, що не загрожує життю: Рекомендується первинне ведення представниками традиційної та допоміжної медицини, медичними сестрами, що виконують допоміжні функції/медичними сестрами-акушерками, що виконують допоміжні функції, медичними сестрами, акушерками, фельдерами/лікарями.* *Важливо, щоб фармацевти, співробітники аптек та громади, медичні працівники мали знання з розпізнавання ознак та симптомів в цього ускладнення.
Час призначення контрацепції після переривання вагітності	
41 (КП)	41. Наступні засоби контрацепції можна використовувати негайно (Категорія ККП 1 – без обмежень) після хірургічного або медикаментозного переривання вагітності (у першому та у другому триместрі, а також після абортів, ускладненого інфекцією): комбіновані гормональні контрацептиви (КГК), чисто прогестинові контрацептиви, а також бар'єрні засоби контрацепції (презервативи, сперміциди, піхвова діафрагма, піхвовий ковпачок. Примітка: Діафрагма та ковпачок не використовуються до 6 тижнів після переривання вагітності у другому триместрі). Використання внутрішньоматкових засобів (ВМС) можна починати відразу після хірургічного або медикаментозного переривання вагітності в першому триместрі (Категорія ККП 1-без обмежень) або після переривання вагітності у другому триместрі (Категорія ККП 2 - переваги в основному перевищують ризики), але не слід починати негайно після абортів, ускладненого інфекцією (Категорія ККП 4 - введення ВМС може значно посилити стан). Біологічні методи контрацепції: Використання симптоматичних методів контрацепції після переривання вагітності слід починати з обережністю (можлива необхідність у спеціальному консультуванні для забезпечення правильного використання цього методу в таких обставинах), а використання календарного методу слід відкласти (до оцінки стану; необхідно запропонувати альтернативні часові методи контрацепції).
42 (КП) Контрацепція та хірургічне переривання вагітності	42. Для осіб, як проходять процедуру хірургічного переривання вагітності та охочих користуватися засобами контрацепції: Рекомендується початок контрацепції під час хірургічного переривання вагітності. Примітка: •Якість даних, отриманих з рандомізованих контрольованих досліджень, була дуже низькою.
43 (КП) Контрацепція та медикаментозне переривання вагітності	Для осіб, як проходять процедуру медикаментозного переривання вагітності міфепристоном у комбінації з мізопростолом або лише мізопростолом: а. Для тих, хто вибирає гормональні засоби контрацепції (таблетки, пластир, вагінальні кільця, імплантаційні або ін'єкційні контрацептиви): Пропонується надати цим особам можливість розпочати використання гормональних засобів контрацепції відразу після прийому першої таблетки у схемі медикаментозного переривання вагітності. б. Для тих, хто обирає ВМС: Пропонується встановлення ВМС під час визначення успішності процедури переривання вагітності. Примітка (для Рекомендацій 43а та б): • Ця рекомендація застосовується до комбінованої схеми міфепристон плюс мізопростол та до використання тільки мізопростолу. Тут не згадується комбінація летрозолу та мізопростолу, тому що ця схема не оцінювалася у включених дослідженнях. на підставі яких формували ці рекомендації. Примітка (тільки для Рекомендації 43а): • Негайне внутрішньом'язове введення депо-медроксипрогестерону ацетату (ДМПА) асоціюється з невеликим зниженням ефективності схем медикаментозного переривання вагітності. Однак, незважаючи на це, слід пропонувати негайне введення ДМПА як один з способів контрацепції після переривання вагітності . • Для прийняття рішення щодо початку використання гормональних методів контрацепції для осіб, які проходять процедуру медикаментозного переривання вагітності тільки мізопростолом, використовувалися непрямі дані . • Не було виявлено даних щодо використання комбінованих гормональних контрацептивів (таблеток або ін'єкційних контрацептивів) для осіб, які проходять процедуру медикаментозного переривання вагітності. • Особи, які вибирають контрацептивне кільце, слід проінструктувати про необхідність перевіряти кільце на предмет експульсії в разі рясної кровотечі в процесі медикаментозного переривання вагітності .
44 (НП) Внутрішньоматкові засоби (ВМЗ)	44. Для внутрішньоматкових засобів (ВМЗ): а. Рекомендується введення/видалення медсестрами-акушерками, що виконують допоміжні функції, медсестрами, акушерками, фельдшерами/помічниками лікаря, лікарями загальної практики та лікарями-фахівцями.

	6. Пропонується введення / видалення представниками традиційної та допоміжної медицини, та медичними сестрами, як виконують допоміжні функції. Умова: (представники традиційної та допоміжної медицини) - За наявності встановлених механізмів системи охорони здоров'я щодо залучення медичних працівників цих категорій до інших завдань, пов'язаних з здоров'ям матерів та репродуктивним здоров'ям. Умова (медичні сестри, як виконують допоміжні функції): В умовах ретельних досліджень. <i>Коментар робочої групи: рекомендується введення ВМЗ за призначенням лікарями-фахівцями (Наказ МОЗ України від 29 березня 2002 р. № 117, зі змінами згідно Наказу МОЗ України від 25.01.2023 року № 138).</i>
45 (НП) Імплантаційні засоби контрацепції	45. Для імплантаційних засобів контрацепції: а. Рекомендується введення / видалення медсестрами, акушерками, фельдшерами/помічниками лікаря, лікарями загальної практики та лікарями-фахівцями. б. Пропонується введення / видалення общинними медичними працівниками, представниками традиційної та допоміжної медицини та медсестрами, що виконують допоміжні функції/медсестрами-акушерками, що виконують допоміжні функції. • Умова (громадські медичні працівники): В умовах ретельних досліджень. Умова (представники традиційної та допоміжної медицини): За наявності встановлених механізмів системи охорони здоров'я щодо залучення медичних працівників цих категорій до інших завдань, пов'язаних з здоров'ям матерів та репродуктивним здоров'ям, якщо навчання з видалення імплантів проводиться паралельно з навчанням з них введення. Умова (медичні сестри, що виконують допоміжні функції / медичні сестри-акушерки, що виконують допоміжні функції): В умовах цільового моніторингу та оцінки.
46 (НП) Ін'єкційні засоби контрацепції	46. Для ін'єкційних контрацептивів (початок продовження використання): Рекомендується самостійне введення ін'єкційних контрацептивів (див. Рекомендацію 51), введення громадськими медичними працівниками, співробітниками аптек, фармацевтами, представниками традиційної та допоміжної медицини, медсестрами / медсестрами-акушерками, фельдшерами / помічниками лікаря, лікарями загальної практики та лікарями спеціалістами.
47 (НП) Перев'язка маткових труб	47. Для перев'язування маткових труб: а. Рекомендовано виконання перев'язки маткових труб фельдшерами/помічниками лікаря, лікарями загальної практики та лікарями-фахівцями. б. Пропонується виконання перев'язування маткових труб медичними сестрами та акушерками. Умова: У разі ретельних досліджень. <i>Коментар робочої групи – рекомендовано виконання перев'язки маткових труб лікарями-фахівцями (Наказ МОЗ України від 29 березня 2002 р. № 117, зі змінами згідно Наказу МОЗ України від 25.01.2023 року № 138).</i>
ВАРІАНТИ НАДАННЯ ПОСЛУГИ ТА САМОПОМІЧ	
Підходи до надання допомоги з медикаментозного переривання вагітності з застосуванням телемедицини	
48 (НП) (НОВА)	48. Рекомендується використання телемедицини як альтернативи особистої взаємодії з медичним працівником для надання послуг з медикаментозного переривання вагітності у повному обсязі або частково. Примітки: - Згадана вище рекомендація стосується оцінки допустимості медикаментозного переривання вагітності, консультування та/або інструктування з питань процедури переривання вагітності, надання інструкцій щодо вживання медикаментів та активне сприяння, а також подальшої допомоги після переривання вагітності та застосуванням телемедицини. - Аналіз доказової бази для цієї рекомендації не включав гарячої лінії цифрової програми та односторонніх способів комунікації (напр., текстові повідомлення) службовців щодо надання інформації.
Підходи до надання послуг з інформування, консультування та медикаментозного переривання вагітності	
49 (НП) (НОВА)	49. Повідомлення про передові практики надання послуг. Частина 1. Не існує єдиного рекомендованого підходу до надання послуг з переривання вагітності. Вибір конкретного медичного працівника (в) (з рекомендованих варіантів) або самостійний прийом препаратів для переривання вагітності, а також вибір місця надання послуг (з рекомендованих варіантів) залежить від цінностей та переваг жінки, дівчини або іншої вагітної особи, наявних ресурсів, а також національних та місцевих умов. Багато підходів до надання послуг можуть співіснувати в будь-якому конкретному контексті. Частина 2. При тому, що підходи до надання послуг можуть відрізнятися, важливо, щоб спектр варіантів надання послуг сукупно зміг забезпечити для осіб, як звертаються за допомогою: - доступ до науково достовірної та зрозумілої інформації на всіх етапах; - доступ до лікарських засобів перевіреної якості {включаючи знеболювальні препарати}; підтримку та переадресацію, якщо вона бажана чи необхідна; - взаємодія з належним вибором послуг контрацепції (для бажаних скористатися засобами контрацепції після переривання вагітності).
Самостійне виконання медикаментозного переривання вагітності на терміні <12 тижнів	
50(САМОДОПОМОГА)	50. Для медикаментозного переривання вагітності на терміні <12 тижнів із застосуванням міфепристону в комбінації з мізопростолом або тільки мізопростолу): Рекомендується самостійне виконання всього процесу медикаментозного переривання вагітності або будь-якого з трьох компонентів процесу: - самооцінка допустимості (визначення терміну вагітності; виключення протипоказань) - самостійний прийом препаратів для переривання вагітності поза медичним закладом та без безпосереднього спостереження кваліфікованим медичним працівником, а також ведення процесу переривання вагітності - самооцінка успішності переривання вагітності. Примітки: - Було знайдено більше доказів для самостійного виконання медикаментозного переривання вагітності (з застосуванням будь-якої з двох схем) для вагітностей терміном до 10 тижнів гестації. - Ця рекомендація стосується комбінованої схеми міфепристон плюс мізопростол, а також застосування лише мізопростолу. Включені дослідження, на підставі яких було сформульовано ці рекомендації, не оцінювали схему летрозол плюс мізопростол. - Усі жінки, які роблять самостійне медикаментозне переривання вагітності, повинні також мати

	доступ до достовірної інформації, медикаментів перевіреної якості, включаючи знеболювальні препарати, підтримку кваліфікованих медичних працівників та доступ до медичної установи та послуг переадресації, якщо вони будуть необхідні чи бажані. • Може виникнути потреба у зміні обмежень повноважень медичних працівників щодо призначення та видачі препаратів для переривання вагітності або у впровадженні інших механізмів для забезпечення самостійного виконання переривання вагітності до нормативно-правової бази системи охорони здоров'я. <i>Коментар робочої групи: Застосування препаратів можливе після попередньої консультації лікаря-фахівця. Станом на 01.06.2023 в Україні всі гормональні контрацептиви відносяться до категорії рецептурних препаратів (Наказ МОЗ України від 15.03 2023 р. № 494).</i>
Підходи до самостійного введення контрацептивів після переривання вагітності (див. також Час призначення контрацепції після переривання вагітності, Рекомендації 41-47 вище)	
51 (САМОДОПОМОГА) Ін'єкційні засоби контрацепції (початок та продовження)	51. Рекомендується забезпечити можливість самостійного введення ін'єкційних контрацептивів у період після переривання вагітності. Примітка: • Під час ін'єкційного контрацептиву, що може бути внутрішньом'язевим або підшкірним, використовуються шприци. Для полегшення процесу самостійного введення було розроблено компактне попереднє заповнення однією дозою одноразових ін'єкційних пристроїв. <i>Коментар робочої групи: станом на 01.06.2023 в Україні всі гормональні контрацептиви відносяться до категорії рецептурних препаратів (Наказ МОЗ України від 15.03 2023 р. № 494).</i>
52 (САМОДОПОМОГА) Безрецептурні оральні контрацептиви	52. Рекомендується забезпечити доступність безрецептурних оральних контрацептивів без рецепта людям, які їх використовують. <i>Коментар робочої групи: станом на 01.06.2023 в Україні всі гормональні контрацептиви відносяться до категорії рецептурних препаратів (Наказ МОЗ України від 15.03 2023 р. № 494).</i>
53 (САМОДОПОМОГА) Безрецептурні препарати для екстренної контрацепції	53. Рекомендується забезпечити доступність безрецептурних препаратів для екстренної контрацепції без рецепта особам, які бажають скористатися засобами термінової контрацепції.
54 (САМОДОПОМОГА) Використання презервативів	54. Постійне та правильне використання чоловічих та жіночих презервативів - це вискоєфективний спосіб профілактики передачі ВІЛ статевим шляхом; зниження ризику передачі ВІЛ як від чоловіків жінкам, так і від жінок чоловікам у серодискордантних парах; зниження ризику інших ППСШ та пов'язаних з ними станів, включаючи кондиломи та рак шийки матки; а також попередження незапланованої вагітності.

ГЛАВА 1.

Вступ

Аборт (викидень) - будь-яке переривання вагітності до терміну, при якому плід стає життєздатним.

Концепція безпечного аборту передбачає, що в разі прийняття жінкою рішення щодо переривання вагітності у термін, дозволений законодавством, послуги мають бути надані з використанням безпечних методик та дотриманням репродуктивних прав жінки. Право жінки на безпечний аборт закріплено в матеріалах Міжнародної конференції з питань народонаселення і розвитку (КАІР, 1994р.) та Четвертій Всесвітньої конференції зі становища жінок (Пекін, 1995р), що схвалені Україною та лягли в основу нормативно-правової бази з питань збереження репродуктивного здоров'я. Аборти, які виконуються із застосуванням небезпечних методик (дилатація та кюретаж та інші) є причиною ускладнень, що негативно впливають на стан репродуктивного здоров'я жінки та завдають значних економічних збитків.

Впровадження концепції безпечного аборту є пріоритетом у всьому світі, що суттєво впливає на зниження рівня материнської смертності та ускладнень. Використання нових науково обґрунтованих технологій переривання небажаної вагітності, до- та післяабортне консультування, профілактика інфекційних ускладнень дають можливість убезпечити жінку і зберегти її репродуктивне здоров'я.

1.1 Передумови та контекст

Сексуальне та репродуктивне здоров'я є базовою цінністю для людей, пар та сімей, а також для соціального та економічного розвитку громад та націй (1). Відповідно до Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), метою організації є "досягнення всіма народами можливо вищого рівня здоров'я"; на виконання цієї мети функції ВООЗ включають надання технічної допомоги країнам у галузі охорони здоров'я (2, Стаття 12).

Загальний доступ до інформації та послуг у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я (СРЗ) є запорукою здоров'я як окремих осіб, так і громади, а також реалізації прав людини (3). Крім цього, збільшення ризику для СРЗ в умовах гуманітарних криз, у тому числі збройних конфліктів, вимагає особливої уваги.

У зв'язку з пандемією COVID-19 та виходячи з досвіду попередніх спалахів захворювань, внаслідок яких значно постраждали послуги СРЗ, а люди відчули себе безпорадними схильними до ризику заразних захворювань, ВООЗ включила комплексний догляд при перериванні вагітності до списку базових медичних послуг у деяких недавніх технічних публікаціях (7-12). Допомога з переривання вагітності включає ведення різних клінічних станів, таких як спонтанне штучне переривання вагітності (як нежиттєздатних, так і життєздатних вагітностей), внутрішньоутробну загибель плода, а також допомогу після переривання вагітності, включаючи ведення неповного абортів. Поліпшення доступу до допомоги з переривання вагітності є обов'язковим для досягнення цілей сталого розвитку (ЦУР), що стосуються доброго здоров'я та благополуччя (ЦУР 3) та гендерної рівності (ЦУР 5) (13). Глобальна Стратегія репродуктивного здоров'я ВООЗ, яка має на меті прискорити прогрес до досягнення міжнародних цілей розвитку, визначає усунення небезпечних абортів є пріоритетним завданням (1). Важливість якісної допомоги при перериванні вагітності також наголошується у Глобальній стратегії охорони здоров'я жінок, дітей та підлітків ООН, яка охоплює доказово обґрунтовані втручання за допомогою при перериванні вагітності та після переривання як ефективний спосіб допомогти процвітання людей та трансформації громад (14).

Якість допомоги з переривання вагітності є фундаментальною для даної настанови. Якість допомоги (див. Глосарій) складається з кількох компонентів: ефективність, дієвість, доступність, прийнятність (тобто орієнтованість на пацієнта), справедливість та безпека. Ефективний догляд - це надання допомоги, заснованої на доказах та спрямованої на покращення здоров'я людей та громад відповідно до їхніх потреб. Дієва допомога оптимізує

використання ресурсів та мінімізує відходи. Якісна допомога з переривання вагітності має бути доступною (своєчасною, доступною фінансово, географічно, надаватися в закладах з наявністю кваліфікованого персоналу та ресурсів, що відповідають потребам⁵), а також прийнятною (враховуючи супровід, може значно покращити доступність процесу переривання вагітності, а також його приватність, зручність та прийнятність, без шкоди для безпеки чи ефективності (23).

Однак як у країнах з обмеженими ресурсами, так в і багатих країнах доступ до якісної допомоги з переривання вагітності може ускладнюватись правовими, політичними та дидактичними бар'єрами. Щоб забезпечити доступ до комплексної допомоги з переривання вагітності, слід врахувати три етапи, що включає інформування, виконання переривання вагітності (включаючи штучного, а також допомога, пов'язана з втратою вагітності / спонтанним абортom) та допомогу після переривання вагітності, необхідні множинні дії на рівні правової системи, системи охорони здоров'я та на рівні громад.

1.2 Завдання, обґрунтування, цільова аудиторія, інклюзивність та структура настанови

Настанови - це найважливіші інструменти, з яких ВООЗ здійснює технічне лідерство у сфері охорони здоров'я (24). Настанови ВООЗ підлягають ретельній перевірці якості, внаслідок чого сформовані рекомендації для застосування у клінічній практиці чи політиці охорони здоров'я для найкращих індивідуальних чи колективних результатів для здоров'я. Щоб досягти цієї мети, ВООЗ докладає зусиль до того, щоб при розробці програм та політики в галузі охорони здоров'я на національному та регіональному рівнях враховувалися права людини, а основні фактори здоров'я розглядалися як частина комплексного підходу до охорони здоров'я та прав людини.

1.2.1 Мета та обґрунтування

Завданням даної настанови є надання повного набору рекомендацій ВООЗ та повідомлень про передові практики, що стосуються переривання вагітності, для забезпечення обґрунтованого прийняття рішень щодо високоякісної допомоги при перериванні вагітності.

Ця настанова служить оновленням, замінює собою рекомендації, подані в таких попередніх настановах ВООЗ:

- Безпечний аборт: Рекомендації для систем охорони здоров'я з питань політики та практики, друге видання (2012)
- Роль працівників охорони здоров'я у наданні допомоги з безпечного переривання вагітності та контрацепції після абортu (відоме раніше як рекомендації щодо "поділу завдань") (2015), та
- Медикаментозне ведення переривання вагітності (2018 р.).

Ця настанова була розроблена з метою надання конкретної інформації та інструкцій, що охоплюють всі аспекти допомоги у всіх категоріях, які є ключовими для надання якісної допомоги з переривання вагітності: Законодавство та політика, Клінічні послуги та Надання послуг. Настанова містить нові рекомендації, які доповнюють як існуючі рекомендації, що залишилися без змін, такі підлягають оновленню в результаті повторної оцінки з використанням однаково скрупульозних методів як для нових, так і для оновлених рекомендацій (див. Додаток 4: Методи). Настанова включає сім рекомендацій щодо законодавства та політики, які слід прийняти або, навпаки, скасувати для повного забезпечення та підтримки якісних послуг з переривання вагітності: три рекомендації, які стосуються законодавства щодо абортu, представлені в Главі 2, а ще чотири щодо законів та політик, що стосуються клінічних практик медичного персоналу, представлені в Главі 3. Всі інші рекомендації стосуються методів переривання вагітності та супутньої медичної допомоги, а також надання послуг певними типами медичних працівників та різних

підходів, включаючи самостійне переривання вагітності особою, яка потребує цього. Рекомендації відображають нещодавні зміни у цих аспектах допомоги з переривання вагітності. У розділі 4 описані пріоритети досліджень з питань переривання вагітності, а також нові сфери інтересів.

1.2.2 Цільова аудиторія

Метою даної настанови є надання рекомендацій для осіб, відповідальних за розробку політики на національному та субнаціональному рівнях, виконавців та керівників програм сексуального та репродуктивного здоров'я (СРЗ), членів в неурядових організацій та професійних асоціацій, а також для медичних працівників та інших зацікавлених сторін у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я та прав, щоб допомогти їм у забезпеченні наявності та доступності якісних, доказово обґрунтованих послуг з переривання вагітності у всьому світі.

1.2.3 Рівність, інклюзивність та допомога, орієнтована на потреби людей

Дана настанова визнає та враховує потребу кожного у перериванні вагітності. Підхід, заснований на правах людини, підхід, що сприяє тенденції рівності, повинен обов'язково застосовуватися у всіх випадках надання послуг людям, які звертаються за медичною допомогою. Для забезпечення якісної допомоги з переривання вагітності на всіх рівнях медичної допомоги ці послуги необхідно за можливості інтегрувати з іншими послугами СРЗ, такими як послуги тестування на ВІЛ та інфекції, що передаються статевим шляхом (ПІСШ), та лікування, що базуються на доказах, послуги планування сім'ї/ контрацепції. Також вони мають бути дружніми до молоді та представників сексуальних та гендерних меншин, до людей з інвалідністю та до всіх вразливих та маргіналізованих груп та враховувати їх інтереси.

У процесі розробки настанов ВООЗ систематично враховуються такі чинники, як цінності та переваги кінцевого споживача рекомендованих чи запропонованих втручань. Для більш глибокого розуміння цінностей та переваг осіб, які звертаються за допомогою щодо переривання вагітності, ВООЗ провела глобальне дослідження та скликала технічну нараду зацікавлених сторін у вересні 2019 року. У зустрічі взяли участь 19 представників з 15 різних країн/організацій. Основні порушені теми включали важливість рівноправності, інклюзивності та задоволення потреб людей, що перебувають у найбільш уразливому та маргіналізованому становищі. Крім цього, у квітні 2021 року було скликано технічну зустріч під керівництвом молоді, в якій взяли участь 16 молодих людей - представників 13 країн з усіх регіонів ВООЗ з Цільової групи "Молодь за аборти". Метою цієї зустрічі було дізнатися, що турбує молодь. Цільову групу було сформовано Міжнародним альянсом молоді з планування сім'ї - колективом молодих людей, молодіжних асоціацій, організацій та громад, що розділяють місію з підтримки надання комплексних послуг з охорони репродуктивного здоров'я та забезпечення доступу до них (див. Веб-додаток В: Технічні наради під час розробки настанови). Жінки, які живуть з ВІЛ - це один з багатьох прикладів маргіналізованих груп з особливими вразливими сторонами в контексті допомоги з переривання вагітності. Жінки, ті, хто живе з ВІЛ, стикаються з безпрецедентними труднощами, є вразливими з точки зору порушення прав людини, пов'язаних з СРЗ, у сім'ях та громадах, а також у медичних установах, куди вони звертаються за допомогою. Створення сприятливого середовища є обов'язковим для просування більш ефективних заходів та покращення медичних результатів для всіх осіб, які звертаються за допомогою з перериванні вагітності (див. Розділ 1.3).

Кожен має право на доступ до вільних від дискримінації та справедливих послуг СРЗ, на свободу дій відповідно Загальній Декларації прав людини, а також в інших загальних договорах з прав людини та регіональних інструментах забезпечення прав людини. Було заявлено, що право на свободу від дискримінації, гарантоване Міжнародним пактом про економічні, соціальні та культурні права, що охоплює сексуальну орієнтацію, гендерну

ідентичність та статеві ознаки. Міжнародна система захисту прав людини зміцнює просування та захист прав усіх людей без розмежувань. Захист осіб від дискримінації на підставі їх сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності базується на нормах міжнародного права, доповнених та розширених законодавством країн (27). Як сказано у доповіді Незалежного експерта з захисту від насильства та дискримінації на підставі сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності Генеральної Асамблеї ООН 2018 року, "право на ефективне визнання гендерної ідентичності людини пов'язане з правом рівноправного визнання перед законом" (28, пункт 20).

У цій настанові визнається, більшість доказів, що вважаються отриманими з досліджень, проведених серед популяції цисгендерних жінок. Також визнається, що цисгендерні жінки, чоловіки - трансгендери, небінарні люди, сексуально флюїдні люди, а також люди - інтерсекс з жіночою репродуктивною системою, які можуть завагітніти, також можуть потребувати допомоги з переривання вагітності. Для стислості та читабельності даної настанови найчастіше використовуватиметься слово "жінки" для позначення всіх гендерно різних людей, яким може знадобитися допомога з переривання вагітності; також будуть використовуватись слова "особа", "людина" та "людина, яка звертається за перериванням вагітності". Постачальники послуг СРЗ, включаючи допомогу з переривання вагітності, повинні брати до уваги потреби всіх людей та надавати всім однакову допомогу; гендерна ідентичність або її вираз не повинні ставати приводом до дискримінації.

Дана настанова ґрунтується на інтегрованому підході до послуг охорони здоров'я, орієнтованому на потреби людей (29). Допомога, орієнтована на потреби людей, вимагає просвітницької роботи та надання підтримки для того, щоб люди могли приймати рішення та залучатися до охорони власного здоров'я (ОЗ). Індивідуальні переваги, пов'язані зі здоров'ям, можуть бути різними; жодна модель допомоги з переривання вагітності не є універсальною відповіддю на потреби всіх, хто звертається за такою допомогою. Проте, такі основи цінності як гідність, самостійність, справедливість, конфіденційність, інформування, соціальна підтримка, що підтримує догляд та довіру, є фундаментальними для допомоги у перериванні вагітності та відображаються у всіх положеннях даної настанови (31).

1.2.4 Концептуальна структура настанови

В центрі уваги цієї настанови знаходяться цінності та переваги осіб, які звертаються за допомогою щодо переривання вагітності, оскільки вони вважаються активними учасниками, а також бенефіціарами послуг охорони здоров'я. Ця настанова наголошує, що, у міру руху жінки, дівчини або іншої вагітної людини за маршрутом допомоги з переривання вагітності (допомога до, під час та після переривання), медичні послуги в секторі охорони здоров'я мають бути інтегровані таким чином, щоб надання послуг відповідало потребам осіб, що звертаються за допомогою, справедливо та без дискримінації. Настанова надає конкретні рекомендації щодо необхідних втручань (тобто, "що"), а також рекомендації щодо того, хто може безпечно виконувати ці втручання (тобто, "хто") у міру просування маршрутом кожної особи, яка звернулася за допомогою. Настанова також відповідає на питання про можливі місця надання послуг (тобто, де) окреслює моделі надання послуг, які можуть застосовуватися (тобто як). Сприятливе середовище, описане в цьому розділі, створює умови для ефективного впровадження перелічених втручань.

1.3 Сприятливе середовище для комплексної допомоги з переривання вагітності

Середовище, в якому знаходиться людина, відіграє найважливішу роль у формуванні доступу до допомоги, впливаючи на її стан здоров'я. Сприятливе середовище створює опору для якісної, комплексної допомоги з переривання вагітності. Три наріжні камені сприятливого середовища для допомоги з переривання вагітності перераховані у Вставці

1.1 та більш докладно описані далі за текстом цього розділу:

1. повага до прав людини, а також сприятлива правова база політики;
2. наявність та доступність інформації;
3. підтримуюча, загальнодоступна, доступна фінансово та добре функціонуюча система охорони здоров'я.

Для уточнення: У цьому розділі настанови не надаються рекомендації щодо середовища, сприятливого для надання якісних послуг з переривання вагітності, а лише детально описуються його компоненти та аспекти, виходячи з передових практик ВООЗ. Таке середовище створює ідеальні умови для найбільш ефективного впровадження рекомендацій, наданих у наступних розділах настанови в Розділі 3. Хоча сприятливе середовище є ідеальними умовами, повне використання всіх компонентів сприятливого середовища не є обов'язковою умовою для впровадження та застосування рекомендацій даної настанови.

ВСТАВКА 1.1: Основні компоненти сприятливого середовища для допомоги з переривання вагітності

Повага до прав людини, а також сприятлива правова база та політика

- Країни ратифікують міжнародні та регіональні договори та конвенції права людини що включають питання здоров'я, включаючи сексуальне та репродуктивне здоров'я (СРЗ).
- Закони та політики сприяють зміцненню СРЗ для всіх та сумісні з правами, що стосуються сексуального та репродуктивного здоров'я.
- Є належні адміністративні, політичні та судові механізми для забезпечення якісної допомоги з переривання вагітності, включаючи доступні, прозорі та ефективні засоби правового захисту. До них відносяться: доступні механізми для жінок, як бажають своєчасно оскаржити відмову у перериванні вагітності, та належні механізми моніторингу ненадання якісної допомоги з переривання вагітності, включаючи регулярний перегляд та внесення змін до законодавства та політики для виявлення та усунення бар'єрів для отримання якісної допомоги з переривання вагітності.
- Політики спрямовані на мінімізацію частоти небажаних вагітностей шляхом надання якісної інформації та послуг з контрацепції, включаючи повний спектр методів контрацепції (засоби екстреної контрацепції, коротко діючі засоби контрацепції та засоби контрацепції тривалої дії).
- Усі люди та громади отримують необхідні їм медичні послуги, не страждаючи від фінансових труднощів та не піддаючись дискримінації.

Наявність та доступність інформації

- Всебічна сексуальна освіта, заснована на доказах, надається всім особам у доступній формі різними мовами.
- Точна, неупереджена та заснована на доказах інформація про СРЗ, у тому числі про аборти та методи контрацепції, у доступній формі різними мовами. достовірна, неупереджена та науково обґрунтована інформація, що стосується СРЗ, включаючи переривання вагітності та методи контрацепції, у різних та доступних формах та різними мовами.

Підтримуюча, загальнодоступна, доступна фінансово та добре функціонуюча система охорони здоров'я

- Загальне охоплення послугами охорони здоров'я (ЗОПОЗ) гарантує, що всі люди можуть отримати допомогу, якої вони потребують, не стикаючись з фінансовими труднощами (див. Розділ 1.4.1).
- Система охорони здоров'я адекватно забезпечена ресурсами, що означає, ресурси, включаючи базові лікарські засоби, матеріали, обладнання, кадри та фінансові

асигнування, є у наявності, фінансово доступні та хорошої якості.

- Забезпечено рівноправний доступ до базових лікарських засобів та медичних товарів доведеної якості.
- Настанова та клінічні стандарти просувають послуги СРЗ, що базуються на даних доказової медицини.
- Організація системи охорони здоров'я гарантує повагу до прав СРЗ та прав людини, включаючи відсутність дискримінації та рівноправність, а також права на самостійне прийняття рішення.
- Кадровий потенціал надійний, проходить професійну підготовку та має навички науково обґрунтованого консультування та надання послуг у галузі СРЗ.
- Послуги СРЗ надаються людьми, як пройшли, крім технічної підготовки, підготовку у питаннях змісту та значення законів, навченими та здатними трактувати та застосовувати положення законодавства та політик відповідно до прав людини.
- Забезпечуються конфіденційність та приватність допомоги та вживаються заходи щодо боротьби зі стигмою, пов'язаною з перериванням вагітності.
- Є доступ до безпечної та своєчасної допомоги з переривання вагітності, жінкам не доводиться вдаватися до небезпечних абортів.
- Політика фінансування сектора охорони здоров'я має бути спрямована на те, щоб доступ до послуг СРЗ не залежав від прямих оплат від пацієнтів у точці надання послуг.
- Допомога завжди надається з повагою та співпереживанням.
- Громади залучені та підтримують.

1.3.1 Права людини й сприятлива правова база та політика

Сприятливе середовище - це суспільство, де поважають, захищають та дотримуються прав людини. Сюди входить регулярний перегляд, за необхідності, внесення змін до законодавства, регуляторної та політичної бази, а також вжиття заходів, спрямованих на забезпечення відповідності міжнародним стандартам, що розвиваються, в галузі прав людини (див. Додаток 2).

У цій настанові йде посилення на стандарти прав людини відповідно до міжнародного права, застосування якого в конкретних умовах залежить від різних факторів, таких як ратифікація державою відповідних документів з прав людини. Джерела таких стандартів прав людини перелічені докладніше у Веб-додатку А: Ключові міжнародні стандарти прав людини щодо переривання вагітності.

Сексуальне та репродуктивне здоров'я та репродуктивні права

Сексуальне та репродуктивне здоров'я та права охоплюють деякі права людини, вже визнані та гарантовані національними й міжнародними законодавствами, які нерозривно пов'язані з досягненням цілей у галузі охорони здоров'я, включаючи ЦСР (32, 33). Люди мають певні сексуальні та репродуктивні права, відповідно до яких надається інформація та послуги у всьому ланцюжку допомоги з переривання вагітності (див. Вставку 1.2).

Основою цих прав є принципи відсутності дискримінації та рівності, а також право на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я, включаючи надання послуг СРЗ (3, пункт 7). Усі ці принципи підкріплені зобов'язаннями держав, згідно з якими закони та політики, а також інституційні механізми та соціальні практики не повинні перешкоджати людям ефективно користуватися своїм правом на СРЗ (3, пункт 8).

У Вставці 1.2 наведено загальний опис певних прав людини, закріплених у документах міжнародного законодавства, та пов'язані з ними зобов'язання й принципи, що стосуються СРЗ.

Запобігання небезпечним абортам та зниження материнської смертності та захворюваності

Вжиття заходів щодо запобігання небезпечним абортам є основним зобов'язанням щодо права на СРЗ (3, пункт 49). Відповідно до вимог міжнародного законодавства з прав людини, держави повинні вживати заходів, спрямованих на зниження материнської смертності, та ефективно захищати жінок від фізичних та психічних ризиків (захворюваності), пов'язаних з небезпечним абортom (43, пункти 6, 9, 24, 30-33).

Договірні органи спостереження (див. Додаток 2) підтвердили, що держави повинні переглянути своє законодавство таким чином, щоб забезпечити такий захист (36, пункт 8). Таким чином, Комітет ООН з економічних, соціальних та культурних прав підтвердив, що державам слід лібералізувати суворе законодавство, що стосується переривання вагітності, гарантувати доступ до якісної допомоги з переривання вагітності та після переривання вагітності, а також з повагою ставитися до права жінок приймати самостійні рішення щодо свого СРЗ (3, пункт 28). У всіх випадках, згідно з міжнародним законодавством з прав людини держави зобов'язані стежити за тим, щоб нормативно-правові акти, що регулюють переривання вагітності (див. Главу 2), не змушували жінок, дівчат вдаватися до небезпечних абортів (36, пункт 8). Відповідно до міжнародного права з прав людини, держави повинні надати базові лікарські засоби, включені до списку Програми дій ВООЗ щодо базових лікарських засобів (46, пункт 12а). Держави також повинні вживати заходів щодо запобігання стигм щодо людей, як звертаються за перериванням вагітності (36, пункт 8). Крім цього, державні політики мають бути спрямовані на мінімізацію частоти небажаних вагітностей шляхом забезпечення надання якісної інформації та послуг з контрацепції, включаючи повний спектр методів контрацепції (засоби екстренної контрацепції, короткодійні засоби контрацепції та засоби контрацепції тривалої дії).

Регламентування абортів на основі прав людини

Право на СРЗ вимагає від держав забезпечення наявності, доступності, прийнятності та хорошої якості медичних установ, товарів та послуг (46, пункти 8, 12). Цей принцип має бути фундаментальним для всіх частин нормативно-правових актів, що стосуються переривання вагітності.

Договірні наглядові органи закликали до декриміналізації абортів за будь-яких обставин та роз'яснили зобов'язання держав у галузі прав людини щодо переривання вагітності. Ці зобов'язання включають: Національне законодавство щодо вагітності та абортів не повинно суперечити основному зобов'язанню держави щодо запобігання ситуацій, коли жінкам, дівчатам доводиться вдаватися до небезпечних абортів. Якщо це так, необхідно переглянути обмеження щодо доступу до переривання вагітності (36, пункт 8).

- Законодавство щодо абортів не повинно наражати на небезпеку життя вагітних жінок, змушувати їх відчувати фізичний або психічний біль або страждання (включаючи ситуації, коли воно пов'язане з тортурами або жорстоким, негуманним чи принизливим поведінням або покаранням), піддавати їх дискримінації або незаконно порушувати їхнє приватне життя (36, пункт 8).

- Законодавство щодо абортів має бути науково обґрунтованим та пропорційним з метою забезпечення дотримання прав людини (37, пункт 18).

- Необхідно забезпечити доступ до переривання вагітності, якщо доношування вагітності до строку пологів принесе жінці значний біль чи страждання. Сюди, серед інших, належать ситуації, коли вагітність несе ризик здоров'ю та життю жінки, коли вагітність настала внаслідок зґвалтування чи інцесту або у випадках нежиттєздатності плода (36, пункт 8). Договірні органи спостереження також рекомендували надати доступ до переривання вагітності у випадках аномалій розвитку плода, з одночасним застосуванням заходів захисту від дискримінації в суспільстві на підставі інвалідності (60).

- Держави не повинні встановлювати кримінальну відповідальність за переривання вагітності, піддавати кримінальному переслідуванню тих, хто перериває

вагітність або тих, хто підтримує вагітних, що переривають вагітність (3 [пункти 20, 34], 36 [пункт 8], 55 [пункт 18], 61 [пункт 51(1)], 62 [пункт 60], 63 [пункти 82, 107]).

- Держави не повинні вимагати від медичних працівників повідомляти про жінок, які перервали вагітність або підозрюваних у перериванні вагітності (40, пункт 20).

Коментар робочої групи: за винятком позалікарняних кримінальних абортів (ст.134 Кримінального кодексу України).

- Держави повинні надати базову первинну медико-санітарну допомогу (64, пункт 10) (див. також розділ 1.4.1: Загальне охоплення послугами охорони здоров'я та первинна медико-санітарна допомога; розділ 1.4.4: Товари.

Коментар робочої групи: Медична допомога з переривання вагітності в Україні регулюється законодавчими та нормативними актами.

У статті 50 Основ законодавства України про охорону здоров'я говориться, що «операція штучного переривання вагітності (аборт) може бути проведена за бажанням жінки у акредитованих закладах охорони здоров'я при вагітності строком не більше 12 тижнів». Штучне переривання вагітності проводиться відповідно до вимог статті 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я, в якій встановлена необхідність згоди об'єктивно проінформованого дієздатного пацієнта на медичне втручання. Згода пацієнтки або її законних представників на втручання не вимагається у термінових випадках, коли є загроза для життя у жінки.

У випадках тяжкого захворювання та виникнення ситуації негативного впливу вагітності на перебіг захворювання, ця вагітність може бути перервана до 22 тижня вагітності за Законом України від 02.11.2004 № 2135-IV «Про внесенні змін до статті 282 Цивільного кодексу України».

Цивільним кодексом України (ч.3 статті 284) визначено, що надання медичної допомоги фізичній особі, яка досягла 14 років надається з її згоди та за участі батьків або опікунів. Особам, які не досягли 14 років, медична допомога надається за згодою законних представників. Це стосується також послуг по перериванню вагітності та плануванню родини.

ВСТАВКА 1.2:**ОКРЕМІ ПРАВА ЛЮДИНИ, ЗАЗНАЧЕНІ У ВІДПОВІДНИХ МІЖНАРОДНО-ПРАВОВИХ ДОКУМЕНТАХ, ТА ПОВ'ЯЗАНІ З НИМИ ЗОБОВ'ЯЗАННЯ ТА ПРИНЦИПИ, ЩО СТОСУЮТЬСЯ СЕКСУАЛЬНОГО ТА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПРАВ, ЗОКРЕМА, АБОРТІВ**

Права людини	Деякі принципи та зобов'язання з прав людини щодо переривання вагітності
Право на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я, включаючи сексуальне та репродуктивне здоров'я та права	• Обов'язком держав є дотримання, захист та реалізація права кожної людини на сексуальне та репродуктивне здоров'я та права (34, Стаття 12). - Сюди відносяться: - скасування правових положень, включаючи кримінальне законодавство, які передбачають покарання жінок за переривання вагітності або медичних фахівців, як пропонують такі послуги (3, 35-38); - усунення перешкод для жінок у доступі до медичних послуг у вигляді відмови медичних працівників з міркувань совісті (наприклад, якщо в країні переривання вагітності легально, але лікар відмовляється його виконувати, система охорони здоров'я має перенаправити жінку до іншого медичного працівника) (3, 39); - усунення бар'єрів у наданні послуг з переривання вагітності, включаючи бар'єри, що стають причиною вдавання жінок до небезпечних абортів, а також усунення неприпустимих затримок у наданні медичної допомоги (3, 36,38,40-42); - вживання заходів для запобігання небезпечним абортам та забезпечення доступу до допомоги після переривання вагітності у всіх ситуаціях, на умовах конфіденційності та без загрози кримінального переслідування або покарання (3,36-38,40,41,42 [пункт 33], 43-47); - вживання заходів для запобігання та усунення дискримінації, стигматизації та негативних стереотипів, що ускладнюють доступ до послуг сексуального та репродуктивного здоров'я (СРЗ), включаючи дискримінацію, стигматизацію та негативні стереотипи, спрямовані на людей, які звертаються за послугами з переривання вагітності, а також такі послуги (36, 38). • Держави повинні забезпечити наявність, доступність та хорошу якість медичних закладів, товарів та послуг з охорони сексуального та репродуктивного здоров'я. - Сюди входить: - забезпечення достатньої кількості медичних закладів, товарів та послуг для охорони сексуального та репродуктивного здоров'я (напр., навченого та кваліфікованого медичного персоналу та персоналу в секторі охорони здоров'я [42,46,48], науково схвалених лікарських засобів для переривання вагітності та допомоги після переривання вагітності з невичерпаним терміном придатності [49], а також доступність безпечного абортів у випадках згвалтування або інцесту [3,36,42,50,51]); - забезпечення фізичної та географічної досяжності, а також фінансової доступності для всіх послуг СРЗ та базових лікарських засобів, що надаються безкоштовно або таким чином, щоб витрати на охорону здоров'я не спричинили фінансових труднощів у людини (46); - забезпечення доступності інформації про СРЗ (3,52) (напр., установи та особи повинні мати можливість надавати достовірну інформацію щодо питань охорони здоров'я, у тому числі інформацію про переривання вагітності, без страху перед кримінальним покаранням [41,50, 51]); - забезпечення надання послуг з повагою до культури окремих осіб, меншин, народів та громад, з урахуванням гендерних аспектів, віку, інвалідності, сексуального різноманіття та вимог щодо життєвого укладу (53, пункт 20).
Право на недискримінацію та	• Держави повинні забезпечити рівноправний доступ для всіх до

рівність	інформації, товарів та послуг за СРЗ однакового спектру, якості та рівня (36,45, 52). - Держави повинні визнавати необхідність вживати заходів щодо покращення доступу до безпечного переривання вагітності та допомоги після переривання вагітності для окремих груп, особливо маргіналізованих осіб з обмеженими ресурсами, як проживають у сільській місцевості та/або представників меншин, оскільки вони схильні до більшого ризику переохресних форм дискримінації (3,36-38, 40, 41,42 [пункт 33], 43-47, 49, 54 [пункт 45]). - Держави повинні скасувати або змінити дискримінуючі закони, політики та практики, що усувають або обмежують можливості доступу населення до послуг СРЗ, такі як криміналізація переривання вагітності або обмежувальні закони про аборти (3, 35-38,41,42 [пункт 22], 5). - Держави повинні усунути всі правові, процедурні, практичні та соціальні бар'єри, що перешкоджають рівноправному доступу населення до послуг СРЗ без дискримінації, включаючи переривання вагітності, а також скасувати такі заходи, як вимога дозволу третьої особи (тобто чоловіків, партнерів, батьків або опікунів, а також органів охорони здоров'я), упереджене консультування, обов'язкові періоди вичікування, а також обмеження, пов'язані з незаміжним статусом жінки (3,35-38). <i>Коментар робочої групи: Цивільним кодексом України (ч.3 статті 284) визначено, що надання медичної допомоги фізичній особі, яка досягла 14 років надається з її згоди та за участі батьків або опікунів. Особам, які не досягли 14 років, медична допомога надається за згодою законних представників.</i> - Держави повинні робити кроки, спрямовані на запобігання примусу до насильницького аборту, зокрема, серед жінок та дівчат з маргіналізованих груп (37,40,47, 52,56).
Право на життя	- Держави повинні подбати про те, щоб заходи, призначені для регулювання доступу до переривання вагітності, не ставили під загрозу життя жінки, дівчини або іншої вагітної людини, не завдавали їм фізичного та психічного болю або страждань, не піддавали їх дискримінації або незаконному впливу у їх приватне життя - Держави повинні надати ефективний та конфіденційний доступ для безпечного та легального переривання вагітності, якщо існує загроза життю чи здоров'ю жінки, дівчини чи іншої вагітної людини, або вагітність спричиняє значний біль чи страждання, а також у випадках настання вагітності внаслідок зґвалтування або інцесту та у випадках нежиттєздатності плода (36). - Держави повинні вживати заходів щодо зниження материнської захворюваності та смертності, включаючи заходи боротьби з небезпечними абортами, беручи до уваги посилення ситуації в деяких країнах (3,36-38,40,43).
Право на недоторканність приватного життя	- Держави повинні поважати право громадян на прийняття самостійних рішень щодо їх сексуального та репродуктивного здоров'я, включаючи рішення про переривання вагітності (35, 36, 57). - Послуги СРЗ, включаючи допомогу з переривання вагітності та після переривання вагітності, повинні надаватися з повним збереженням недоторканності приватного життя жінки, дівчини або іншої вагітної людини та з гарантіями конфіденційності (35,36). - Не слід вимагати від медичних працівників або фахівців сектору охорони здоров'я повідомляти про жінок, які перервали вагітність, або звинувачувати їх у обов'язках (36,37,40,48). <i>Коментар робочої групи: крім випадків позалікарняного кримінального аборту (ст.134 Кримінального кодексу України).</i> - Відмова у перериванні вагітності за медичними показаннями може незаконно порушувати право на недоторканність приватного життя (57). - Вимоги дозволу третіх осіб можуть порушувати право на недоторканність приватного життя (3,36, 38).

Право на свободу від катувань, жорстокого, нелюдського та такого, що принижує гідність, поводження та покарання, включаючи право на фізичну та психічну недоторканність	• Примусове переривання вагітності, криміналізація абортів, відмова у допомозі щодо безпечного переривання вагітності та/або після переривання вагітності або затримка її надання, а також образу та погане поводження з жінками та дівчатами, які звертаються за інформацією, товарами та послугами по СРЗ, є формами гендерного насильства (44, 55), яке, залежно від обставин, може бути прирівняно до тортур, жорстокого, негуманного та принизливого поводження (55). • Держави повинні потурбуватися про те, щоб заходи, призначені для регулювання переривання вагітності, не завдавали громадянам значного фізичного або психічного болю або страждань, наприклад, у випадках, коли вагітність наступила внаслідок зґвалтування (36). • Державні закони та політики не повинні допускати проведення переривання вагітності без вільно виявленої та поінформованої згоди відповідної особи (40,41,48, 52, 56, 58). • Держави повинні перешкоджати примусовим абортам, як проводяться державними посадовими особами або приватними особами, та притягувати за це до кримінальної відповідальності, включаючи аборти, проведені жінкам з інвалідністю або згідно з законами та політиками про примусове планування сім'ї, а також в умовах конфлікту (40,41,48, 52,56, 58). • Держави повинні гарантувати, що всі люди, які звертаються за легальними послугами з переривання вагітності, не зазнають принижень та осуджувального ставлення, що призведе до відмови чи затримки у наданні таких послуг в умовах крайньої вразливості таких людей та за необхідності своєчасного надання допомоги (35). • Криміналізація переривання вагітності може прирівнюватися до тортур, жорстокого, негуманного або принизливого поводження, включаючи практику отримання зі знань з метою кримінального переслідування від осіб, які звертаються за нагальною медичною допомогою внаслідок нелегального абортів за певних умов (55).
Право на вільне та відповідальне прийняття рішень про кількість дітей, різницю у їх віці та часу їх народження, а також отримання інформації та коштів для здійснення таких рішень	• Держави повинні забезпечити доступ до інформації та послуг щодо планування сім'ї та СРЗ, у тому числі до економічно доступних засобів контрацепції для надання жінкам та підліткам можливості приймати самостійні та поінформовані рішення щодо репродуктивного здоров'я (42 [пункт 33], 49 [пункт 33]). • Держави повинні гарантувати жінкам з інвалідністю реалізацію їхнього права на прийняття рішення щодо кількості дітей та різниці у віці між ними (52, 59 [Стаття 3(3)]).
Право на інформацію та освіту, в тому числі щодо сексуального та репродуктивного здоров'я	• Держави повинні вживати заходів для забезпечення загальної обізнаності та доступності сучасної та достовірної освіти, в тому числі інформації щодо СРЗ для всіх, відповідними мовами та у відповідних форматах (3, 50-52). • Держави повинні забезпечити включення неупередженої, науково достовірної, доказової обґрунтованої, відповідно до віку та комплексної сексуальної освіти до навчальних програм освітніх закладів (3, пункт 63). • Держави повинні надавати громадянам доступ до достовірної та доказово обґрунтованої інформації про переривання вагітності на умовах конфіденційності (3 [пункт 63], 50-52). • Ця інформація має бути подана так, щоб вона була зрозуміла її одержувачу (3, 52). • У разі відмови осіб від отримання запропонованої інформації слід поважати їхній вибір. • Держави повинні гарантувати добровільне виявлення інформованої згоди, її ефективний захист, а також повне надання високоякісної, достовірної та доступної інформації, на підставі якої надається така згода.
Право на використання благ наукового прогресу та його реалізацію	• Держави повинні забезпечити адекватний доступ до базових лікарських засобів за доступними цінами (46,49, 54). • Держави повинні забезпечити доступ до необхідних, сучасних наукових технологій, зокрема до засобів контрацепції та медикаментів для переривання вагітності, без дискримінації (42,49).

Примітка: Докладна інша інформація наведена у Веб-додатку А: Ключові міжнародні стандарти прав людини щодо переривання вагітності. У цій вставці збережено оригінальний текст, використаний у джерелах (договори з прав людини).
--

Доступність допомоги з переривання вагітності

У країнах, де переривання вагітності законне, воно має бути доступним на практиці. Для цього необхідно забезпечити доступність медичних установ, товарів та послуг (включаючи достатню кількість медичних працівників; див. інформацію про обмеження щодо медичних працівників у розділі 3.3.8); крім цього, законодавство і політика, що стосуються переривання вагітності, мають бути сформульовані, інтерпретовані та застосовуватися відповідно до прав людини. Таким чином, у країнах, де переривання вагітності на сьогодні доступне на певних підставах, тобто, за певних обставин, та з розрахунку на перехід до доступності переривання вагітності за бажанням вагітної, згідно з рекомендаціями (див. Рекомендацію 2: Підходи, що базуються на підставах, розділ 2.2.2), ці підстави мають бути визначені та інтерпретовані так, щоб вони сприяли повній реалізації прав жінок та відповідали таким визначенням ВООЗ:

Здоров'я: стан повного фізичного, психічного та соціального добробуту, а не лише відсутність хворіб чи фізичних дефектів (2).

Психічне здоров'я: стан добробуту, у якому людина реалізує свої здібності, може протистояти звичайним життєвим стресам, продуктивно працювати, робити внесок у своє співтовариство (65).

Держави повинні ефективно запобігати перешкодам третіми сторонами (напр., батьками, чоловіком, органами охорони здоров'я) у реалізації прав людини на СРЗ (див. розділ 3.3.2: Дозвіл третьої сторони) (3, пункт 59), а також гарантувати, що відмова медичного працівника не стане перешкодою у доступі до допомоги з переривання вагітності (див. розділ 3.3.9: Відмова з міркувань совісті) (3 [пункти 14,43], 39 [Гол. 1, пункти 11, 13]).

Добровільна та поінформована згода

Відповідно до вимог міжнародного права в галузі прав людини, переривання вагітності має проводитися на підставі добровільної та поінформованої згоди людини, яка перериває вагітність, без необхідності у будь-яких подальших дозволах.

Міжнародне гуманітарне право зобов'язує держави забезпечити надання людям достовірної, доказово обґрунтованої інформації про переривання вагітності (3 [пункт 9], 36 [пункт 8]) на умовах конфіденційності (36 [пункт 8], 43), а також поважати вибір людини у її випадку відмови від такої інформації (58, пункт 15). Отримання такої інформації є особливо важливим, оскільки на ньому ґрунтується право та здатність людини приймати поінформовані рішення та робити поінформований вибір у питаннях, що стосуються власного тіла та СРЗ, а також надавати поінформовану згоду (див. також розділ 1.3.2 нижче).

Відповідно до міжнародного гуманітарного права, держави зобов'язані гарантувати, що "інформована згода":

- задокументована до початку медичного втручання та надана без примусу, необґрунтованого впливу або введення в оману (58, пункт 13);
- захищена правовими, політичними та адміністративними механізмами (58, пункт 7), як і фундаментальний аспект низки прав людини (тобто права на здоров'я, інформацію, свободу від дискримінації, а також права на безпеку та гідність людини);
- базується на наданні повної інформації про користь та ризики, пов'язані з втручанням та альтернативних варіантах;

- базується на високоякісній, достовірній та доступній інформації (включаючи забезпечення наявності такої інформації у кількох форматах та кількома мовами, а також у формах, доступних людям зі зниженими можливостями), наданою прийнятним для людини, яка дає згоду.

Додаткова інформація на цю тему представлена в розділі 3.2 щодо надання інформації та консультування щодо переривання вагітності людям, як звертаються за допомогою, а також у розділі щодо подальшої допомоги та розділі 3.5.4 щодо контрацепції після переривання вагітності.

Держави зобов'язані захищати жінок від незаконного втручання у разі їх звернення за послугами СРЗ, а також забезпечувати повагу самостійних рішень, прийнятих жінками, у тому числі жінками з інвалідностями щодо їх СРЗ та благополуччя (60).

Навіть при тому, що жінки мають право на отримання достовірної інформації, деякі медичні працівники, які заперечують переривання вагітності з міркувань совісті, надають свідомо недостовірну інформацію або відмовляються надавати будь-яку інформацію про переривання вагітності (66-68). Держави, в яких медичним працівникам дозволено застосовувати відмову з міркувань совісті (3, пункт 43), повинні регламентувати та відстежувати такі відмови у допомозі щодо переривання вагітності, щоб забезпечити жінкам доступ до достовірної інформації та належних послуг (див. розділ 3.3.9: Відмова з міркувань сумління).

Відповідно до міжнародного гуманітарного права, держави не повинні обмежувати доступ жінок до послуг охорони здоров'я на підставі відсутності дозволу від чоловіків, партнерів, батьків/опікунів чи органів охорони здоров'я, через їх незаміжній статус чи через те, що вони жінки (39 [Гол. 1, пункти 14, 21], 3 [пункти 41, 43]). Щодо підлітків, не слід вимагати дозволу або згоди їхніх батьків до надання допомоги з переривання вагітності. (Див. також розділ 3.3.2: Дозволи третіх осіб).

Коментар робочої групи: у випадках переривання вагітності особі віком до 14 років інформована згода підписується батьками або опікунами; у випадку переривання вагітності особі віком від 14 до 18 років інформована згода підписується особою, яка перериває вагітність, у присутності та за підписом батьків або опікунів (Цивільний кодекс України (ч.3 статті 284).

За загальним принципом, держави повинні визнавати здібності дітей підлітків, що розвиваються, пов'язану з ними здатність приймати рішення, що впливають на їхнє життя (69, Стаття 5). З метою забезпечення захисту сексуального та репродуктивного здоров'я та прав підлітків.

Спеціальний доповідач ООН з питань права кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я запропонував державам розглянути питання про запровадження "правової презумпції компетенції, згідно з якою підліток, звертається за профілактичними або терміновими медичними товарами чи послугами, включаючи товари та послуги для сексуального та репродуктивного здоров'я, володіє потенціалом, необхідним для отримання доступу до таких товарів та послуг" (35, пункт 60). Комітет з прав дитини (CRC) також закликав держави "проаналізувати та розглянути можливість дозволу дітям на надання своєї згоди на певне медичне лікування та втручання без дозволу батька, особи, яка доглядає або опікуна, наприклад, послуги охорони сексуального та репродуктивного здоров'я, у тому числі безпечне переривання вагітності" (45, пункт 31).

Люди з інвалідністю мають право на самостійне прийняття рішень (59, стаття 3а), але стикаються з постійною та систематичною дискримінацією у доступі до послуг СРЗ. Держави зобов'язані забороняти та запобігати дискримінаційним відмовам у наданні послуг СРЗ людям з інвалідностями (70, пункт 66). Держави не можуть здійснювати та повинні запобігати насильницьким або примусовим абортам (40, пункт 11), що прирівнюються до

тортур, негуманного, жорстокого чи принизливого поводження (40 [пункт 11], 52 [пункт 62])).

Допомога після переривання вагітності

Надання допомоги після переривання вагітності є основним обов'язком держав в межах реалізації прав людини на СРЗ (3, пункт 49е). Незалежно від того, законним є переривання вагітності або забороненим, держави зобов'язані забезпечити доступ до допомоги після переривання вагітності (45, пункт 70). Така допомога має бути доступна на умовах конфіденційності, без дискримінації та без загрози кримінального переслідування чи інших каральних заходів (36, пункт 8). Також, держави повинні забезпечити доступ до широкого спектру сучасних, безпечних та економічно доступних засобів контрацепції (36 [пункт 8], 49 [пункт 33]).

Підзвітність за порушення прав людини

Механізми підзвітності обов'язкові для захисту, дотримання та реалізації сексуального та репродуктивного здоров'я та прав. Моніторинг та підзвітність дотримання прав людини здійснюються на національному, регіональному та міжнародному рівнях, згідно з чинним законодавством. У моніторингу та підзвітності беруть участь низка сторін, таких як сам уряд, громадські організації, національні інститути з прав людини або міжнародні чи регіональні механізми забезпечення прав людини. Деякі механізми підзвітності включають адміністративні механізми для реєстрації та моніторингу відповідних медичних результатів, пов'язаних з законодавством та політикою про переривання вагітності, та включення їх до доповідей для правозахисних інститутів (39, гл. пункти 9, 10, 12, 17) (див. також розділ 1.4.5 з моніторингу та оцінки допомоги з переривання вагітності). Держави повинні забезпечити доступ до правосуддя для всіх, значні та ефективні засоби правового захисту, які застосовуються у випадках порушення прав людини (39, гл. 1, пункт 13). Такі засоби правового захисту можуть включати адекватне, ефективне та негайне відшкодування збитків у вигляді компенсації, реабілітації, відшкодування та гарантій неповторення (3, пункт 64), включаючи законодавчі та політичні зміни. Зважаючи на вище сказане, середовище, сприятливе для допомоги з переривання вагітності, має забезпечувати наявність належних механізмів підзвітності за ненадання якісної допомоги з переривання вагітності, включаючи доступні, прозорі та ефективні механізми підзвітності, за допомогою яких жінки можуть своєчасно оскаржити відмову у перериванні вагітності. Крім цього, сприятливе середовище має надавати належні засоби правового захисту, які застосовуються у випадках ненадання якісної допомоги з переривання вагітності, у тому числі регулярний перегляд та внесення змін до законодавства та політики з метою виявлення та усунення бар'єрів для якісної допомоги з переривання вагітності. Як підтвердив Комітет з ліквідації дискримінації щодо жінок (СЕ DAW), такі зміни повинні включати "відмову від дискримінаційної криміналізації та перегляд та моніторинг усіх кримінальних процедур... декриміналізація дій, які можуть здійснювати лише жінки, наприклад, переривання вагітності" (61, пункт 51 [I]).

1.3.2 Наявність та доступність інформації

Забезпечення загального доступу до актуальної, достовірної та доказово обґрунтованої інформації про здоров'я, а також консультування, якщо, коли воно бажане, - важливий крок до покращення доступу до допомоги з переривання вагітності та її якості. Ця вимога міжнародного гуманітарного права обґрунтована правами людини на інформацію та недоторканність приватного життя (див. Вставку 1.2) та сприяє прийняттю індивідуальних рішень щодо послуг СРЗ, у тому числі переривання вагітності. Необхідна наявність двох різних типів інформації про аборт: (і) інформації загального характеру для широкого загалу (описано нижче), та (ii) конкретної інформації, адаптованої під потреби кожної людини, яка звертається за послугами з переривання вагітності (див. розділ 3.2.1),

на підставі якої надається добровільна та поінформована згода, описана в розділі 1.3.1 (v).

Держави-члени повинні забезпечити реалізацію права кожної людини на отримання достовірної, неупередженої та доказово обґрунтованої інформації щодо СРЗ. Крім цього, у межах своїх зобов'язань щодо зниження материнської смертності та захворюваності держави повинні забезпечити надання комплексного, без дискримінації, науково обґрунтованого та відповідного до віку освіти у питаннях сексуальності та репродукції, у тому числі інформації про переривання вагітності, як у школах, так поза ними (46, 71 [Статті 10, 16], 72), а також забезпечити доступність комплексної сексуальної освіти (КСВ) для неповнолітніх дітей без згоди їхніх батьків або опікунів (45, пункт 31). У сприятливому середовищі кожній людині надається вся необхідна інформація для прийняття поінформованого рішення щодо використання засобів контрацепції, у тому числі інформація про те, де та як можна перервати вагітність або отримати засоби контрацепції, вартість послуг, а також особливості місцевого законодавства. Почастішання випадків самостійного переривання вагітності (див. розділ 3.6.2) наголошує на необхідності забезпечення доступності достовірної інформації про аборти для всіх, хто може за нею звернутися.

Відповідно до міжнародного гуманітарного права, надання інформації про переривання вагітності не повинно вважатися кримінальним злочином навіть за умови, де сам аборт може бути нелегальним (див. розділ 2.2.1: Криміналізація переривання вагітності). Сприятливе середовище має на увазі, що для забезпечення широкого доступу до достовірної інформації, у тому числі для людей з низьким рівнем грамотності, така інформація поширюється у різноманітних форматах / за допомогою різних засобів, що підходять для цільової аудиторії (наприклад, відеоролики, соціальні мережі). Комітет з економічних, соціальних та культурних прав ООН заявив, що "поширення хибної інформації та обмеження прав людей на доступ до інформації про СРЗ також є порушенням зобов'язань щодо дотримання прав людини. ...Такі обмеження ускладнюють доступ до інформації та послуг та можуть підживлювати стигму та дискримінацію" (3, пункт 41).

1.3.3 Фактори системи охорони здоров'я

Для реалізації зобов'язань у галузі прав людини необхідні множинні дії в рамках системи охорони здоров'я. Заходи, спрямовані на забезпечення та зміцнення надання послуг, пов'язаних з перериванням вагітності, повинні базуватися на правах людини, виходити з місцевих потреб охорони здоров'я та чіткого розуміння системи надання послуг та ширшого соціального, культурного, політичного та економічного контексту. Національні стандарти та настанови з переривання вагітності повинні бути доказово обґрунтованими, періодично оновлюватися. Вони повинні надавати необхідні рекомендації щодо забезпечення справедливого доступу до комплексної допомоги з переривання вагітності. Керівні органи також повинні зміцнювати доказово обґрунтовані послуги СРЗ, що надаються відповідно до таких стандартів та настанов.

Право на найвищий досяжний стандарт фізичного та психічного здоров'я включає в себе право на повагу при наданні послуг охорони здоров'я, а також право на свободу від насильства та дискримінації (73). Право на користь благами наукового прогресу та участь у його реалізації дає жінкам доступ до необхідних сучасних наукових технологій. Це означає, що держави мають забезпечити доступ до сучасних та безпечних засобів контрацепції (включаючи засоби екстреної контрацепції), медикаментів для переривання вагітності, допоміжних репродуктивних технологій та інших товарів та послуг СРЗ, виходячи з принципів рівності та відсутності дискримінації (49, пункт 33). Для досягнення високого стандарту шанобливого звернення організація та управління систем охорони здоров'я повинні гарантувати дотримання прав громадян СРЗ та прав людини (73). Медичне обслуговування, засноване на принципах поваги, означає визнання прав особистостей, їх право суб'єктності та самостійності у прийнятті рішень, та врахування їх цінностей та переваг при наданні допомоги.

Крім політичних та регуляторних бар'єрів, суттєво обмежити доступність послуг з переривання вагітності можуть такі перешкоди, як: стигма; офіційні та неофіційні платежі; брак товарів, послуг, кваліфікованих медичних працівників та інформації; та/або небажання деяких медичних працівників надавати допомогу.

З цієї причини певні групи людей, наприклад, жителі сільської місцевості, люди, які зазнають фінансових труднощів, підлітки, незаміжні жінки, люди-трансгендери або небінарні люди, люди з обмеженим доступом до освіти та люди, як живуть з ВІЛ, є непропорційно вразливими щодо бар'єрів на шляху отримання допомоги з переривання вагітності. Система охорони здоров'я у сприятливому середовищі має забезпечуватись достатніми ресурсами, що означає, що ресурси (напр., базові лікарські засоби, витратні матеріали, обладнання, кадри, фінансові асигнування) доступні, справедливо розподілені та ефективно використовуються. Завдяки цьому буде забезпечено адекватний та рівноправний доступ до базових медикаментів та обладнання гарантованої якості. Крім цього, політика фінансування сектору охорони здоров'я має бути спрямована на те, щоб доступ до послуг СРЗ не було зумовлено прямою оплатою від пацієнтів у місці надання послуг, а медичний персонал повинен мати навички надання доказово обґрунтованих послуг СРЗ, у тому числі консультування.

Стигма, пов'язана з абортами, - поширене явище, що має негативні психологічні наслідки для осіб, які звертаються за допомогою з переривання вагітності, а також медичних працівників, які її надають (31,74, 75), що може мати згубні наслідки для здоров'я. Стигма, пов'язана з абортами, - це соціальний процес, який залежить від контексту, але його можна назвати проявом влади та контролю однієї групи над членами іншої, слабшої групи, яких вважають іншими, щодо яких існують негативні стереотипи та дискримінація та які піддаються маргіналізації у суспільстві (75,76). Необхідні міжсекторальні зусилля боротьби з стигмою; системи охорони здоров'я мають визнати ризики та наслідки стигматизації та впроваджувати рішення, спрямовані не лише на забезпечення недоторканності приватного життя та конфіденційності, а також на підтримку медичних працівників. Допомога завжди має надаватися шанобливо та співчутливо. У сприятливому середовищі громади також залучені та надають підтримку.

Ті, хто допомагає людям, які звертаються за допомогою з переривання вагітності, підтримують їх - їхні партнери, друзі, члени сім'ї - також потребують підтримки у секторі охорони здоров'я та суспільстві загалом.

Більш поглиблені міркування щодо основних факторів системи охорони здоров'я, представлені у розділі 1.4 нижче.

1.4 Аспекти системи охорони здоров'я

Система охорони здоров'я охоплює всі організації, людей та дії, основна мета яких полягає у зміцненні, відновленні чи підтримці здоров'я (77). Система охорони здоров'я складається з шести основних компонентів, перерахованих на Схемі 1.2, які є підтримкою в досягненні чотирьох загальних цілей та результатів, як показано нижче. У цьому розділі докладно розглядаються аспекти системи охорони здоров'я, що беруть участь у створенні середовища, сприятливого для допомоги з переривання вагітності.

Схема 1.2: Структура системи охорони здоров'я

КОМПОНЕНТИ СИСТЕМИ		ЗАГАЛЬНІ ЦІЛІ / РЕЗУЛЬТАТИ
НАДАННЯ ПОСЛУГ	ДОСТУП	ПОЛІПШЕННЯ ЗДОРОВ'Я (РІВЕНЬ І СПРАВЕДЛИВІСТЬ)
МЕДИЧНІ КАДРИ	ОХОПЛЕННЯ	РЕАГУВАННЯ
ІНФОРМАЦІЯ	ЯКІСТЬ	ЗАХИСТ ВІД СОЦІАЛЬНИХ І ФІНАНСОВИХ РИЗИКІВ ПОЛІПШЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ
МЕДИЧНІ ТОВАРИ, ВАКЦИНИ ТА ТЕХНОЛОГІЇ	БЕЗПЕКА	

ФІНАНСУВАННЯ		
КЕРІВНИЦТВО /УПРАВЛІННЯ		
Джерело: ВООЗ, 2007 (77).		

Добре функціонуюча система охорони здоров'я, в якій гармонійно взаємодіють усі «компоненти», залежить від наявності підготовлених та мотивованих медичних працівників, інфраструктури, що підтримується в хорошому стані, а також надійного постачання медикаментів та технологій за підтримки достатнього фінансування, ефективних планів у секторі охорони здоров'я та доказово обґрунтованих політик. Медичні послуги, що надаються системою охорони здоров'я, які не обмежуються послугами, що надаються в медичних установах: медична допомога та послуги можуть також надаватись общинними медичними працівниками (напр. патронажними працівниками, фармацевтами), а також з використанням цифрових технологій або підходів самодопомоги (напр. телемедицина).

1.4.1 Загальне охоплення послугами охорони здоров'я та первинною медико-санітарною допомогою

Загальне охоплення послугами охорони здоров'я (ЗОПОЗ) означає гарантію доступу для всіх людей до необхідних їм зміцнювальних, профілактичних, лікувальних, реабілітаційних та паліативних послуг охорони здоров'я, які мають бути достатньої якості, бути ефективними, а також гарантії того, що використання цих послуг не стане приносити труднощі для користувачів (30). ЗОПОЗ обов'язково для досягнення ЦУР 3.8: 3; має значення загальне охоплення послугами охорони здоров'я, у тому числі захист від фінансових ризиків, доступ до якісних основних медико-санітарних послуг та доступ до безпечних, ефективних, якісних та недорогих основних лікарських засобів та вакцин для всіх. Це завдання спрямоване на активізацію зусиль щодо забезпечення надання всім людям та громадам повного спектру базових та якісних медичних послуг, яких вони потребують протягом життя, не наражаючи їх на фінансові труднощі.

Для створення сприятливого середовища необхідно, щоб допомога з переривання вагітності була інтегрована в систему охорони здоров'я на всіх рівнях (включаючи первинний, вторинний та третинний) та підтримувалась громадою, що дозволить розширити ролі медичних працівників та впровадити підходи самодопомоги. Така інтеграція - це складний процес, що стосується надання послуг, механізмів фінансування та/або включення до базових медичних послуг. Хоча включення переривання вагітності до базових медичних послуг може розширити доступ до цих послуг та покращити їх надання, у багатьох країнах послуги абортів не включаються безпосередньо до стандартного пакета, що посилює несправедливість у доступі до послуг (78).

З точки зору фінансування системи охорони здоров'я, для покращення доступу до комплексної допомоги з переривання вагітності як одного з елементів ЗОПОЗ необхідно перекласти тягар фінансування з пацієнтів на державний бюджет, а витрати на медичне обслуговування мають покриватися за рахунок податкових надходжень у комбінації з коштами, зібраними у вигляд попередньої оплати (78). Подальшу інформацію надано в розділі 1.4.2 нижче. У той же час, з погляду надання послуг, включення допомоги з переривання вагітності національні програми охорони материнства та планування сім'ї технічно є найпростішим варіантом, оскільки послуги з переривання вагітності не вимагають особливих додаткових навичок медичних працівників, медикаментів, обладнання чи матеріалів. Більше того, цей варіант найбільш ефективний, оскільки мінімізує всі додаткові /граничні витрати, пов'язані з використанням послуг з перериванням вагітності.

Для прогресу у досягненні ЗОПОЗ необхідно зміцнення систем охорони здоров'я шляхом покращення ефективності всіх шести компонентів системи (див. вище) (77). Застосування нових та інноваційних технологій та підходів, стимулювання або підтримка

послуг з переривання вагітності повинні бути частиною програм та комплексів базових медичних послуг. Довідник ВООЗ з ЗОПОЗ пропонує список усіх втручань, що стосуються переривання вагітності, для можливого включення до пакета ЗОПОЗ (79).⁷

Для забезпечення доступу до допомоги з переривання вагітності поряд з досягненням ЗОПОЗ необхідно, щоб послуги з переривання вагітності були зосереджені на первинному рівні медико-санітарної допомоги (ПМСД), повністю інтегрованому в систему охорони здоров'я, що полегшить маршрути перенаправлення пацієнток найбільш високий рівень надання допомоги за необхідності. ПМСД - це багатосекторний, соціальний підхід до охорони здоров'я, метою якого є забезпечення найвищого досяжного рівня здоров'я та благополуччя для всіх, орієнтуючись на потреби та переваги людей (окремих осіб, сімей та громад) на всіх етапах ланцюжка безперервної медичної допомоги – від зміцнення здоров'я та профілактики захворювань до лікування, реабілітації та паліативної допомоги (ЗО). Якісна ПМСД науково обґрунтована, надається на рівні громади та орієнтується на потреби людей. Наявність та доступність послуг з переривання вагітності нарівні. ПМСД - це безпечна та ефективна стратегія покращення справедливості доступу до переривання вагітності та створення відповідного сприятливого середовища.

1.4.2 Фінансування охорони здоров'я

Фінансування охорони здоров'я є основною функцією систем охорони здоров'я, що дає можливість для прогресу у досягненні ЗОПОЗ шляхом покращення охоплення ефективними медичними послугами та фінансового захисту. З метою покращення ефективного охоплення медичними послугами організація фінансування медичних послуг з переривання вагітності повинна покривати виробничі витрати, щоб постачальники медичної допомоги мали можливість надавати ці послуги, не стикаючись з фінансовими труднощами. Для покращення фінансового захисту система охорони здоров'я повинна гарантувати, що частка витрат (виробничих витрат та витрат, пов'язаних з організацією доступу до послуг), яку беруть на себе пацієнти, не стане на заваді повноцінному використанню послуг. Підходи до фінансування охорони здоров'я ВООЗ зосереджені на таких основних функціях:

- отримання доходів - пошук джерел доходів, включаючи національні бюджети чи механізми обов'язкового чи добровільного медичного страхування, прямі платежі з власних коштів користувачів, навіть зовнішня допомога;
- об'єднання коштів - акумулювання коштів, отриманих як попередня оплата від певної частини чи всього населення;
- придбання послуг - оплата або асигнування ресурсів постачальникам медичної допомоги.

Крім цього, у всіх країнах ухвалені політики, як вказують, на які саме послуги має право населення, навіть якщо уряд не заявляє про це відкрито. Отже, всі послуги, охоплені такими політиками, зазвичай оплачуються пацієнтами з власних коштів у вигляді гонорару за послугу чи покриття частини витрат.

Для створення сприятливого середовища фінансування послуг з переривання вагітності має враховувати витрати, які несе система охорони здоров'я, забезпечуючи при цьому безперешкодне надання безкоштовної або економічно доступної допомоги всім, хто її потребує, для досягнення мети ЗОПОЗ. У недавньому оглядовому дослідженні було проаналізовано витрати, які несе система охорони здоров'я та витрати, які несуть жінки, за допомогою віднесення економічних наслідків переривання вагітності та пов'язаних з ним політик в одну з трьох категорій: мікро-, мезо- та макроекономічні. Оцінка мікро-, мезо- та макроекономічних наслідків дозволила зробити висновки про документально підтверджені економічні наслідки переривання вагітності на індивідуальному рівні, рівні громади та системи охорони здоров'я загалом (80-82).

7 Доступно під час вибору вкладки «Sexual and reproductive health» за посиланням: <https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium/interventions-by-programme-area> або пошуком за базою даних за посиланням: <https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium/database>

Вартість для медичного закладу чи системи охорони здоров'я

Щодо вартості для медичного закладу та системи охорони здоров'я, результати аналізу, мезоекономічні наслідки підтвердили, що обмеженість ресурсів негативно впливає на здатність медичних установ задовольняти попит та надавати якісні послуги (81). Більше того, у багатьох країнах допомога після переривання вагітності, зокрема лікування ускладнень після абортів, споживає непропорційно великий обсяг ресурсів медичних закладів, обтяжуючи системи охорони здоров'я подальшим виснаженням їх і так обмежених ресурсів. Отже, як зазначено в оцінці макроекономічного рівня, підтримка або навіть покращення якості послуг з переривання вагітності, а також децентралізація послуг та легалізація абортів можуть призвести до економії коштів (82).

Надання доступу до якісної допомоги з переривання вагітності є значно менш витратним, ніж лікування ускладнень небезпечного абортів (83-87). Витрати на надання допомоги з переривання вагітності з використанням вакуум-аспіратора включають не часті, незначні капітальні вкладення, наприклад, купівлю апарату для електричної вакуумної аспірації (ЕВА) або обладнання для ручної вакуумної аспірації (МВА), оглядового крісла, парового стерилізатора або автоклава, а також, можливо, ремонту зони очікування, консультаційних кабінетів, післяопераційних палат та туалетів. Регулярні витрати на хірургічне чи медикаментозне переривання вагітності включають витрати, пов'язані з купівлею інструментів, матеріалів, потребують регулярного поповнення, наприклад, канюль та аспіраторів МВА, антисептичних розчинів та дезінфектантів високого рівня, що використовуються для обробки інструментів, а також знеболюючих препаратів, антибіотиків та препаратів для медикаментозного абортів.

Рішення про вибір запропонованих методів переривання вагітності та способи організації послуг безпосередньо впливають на вартість надання послуг та його економічну доступність. Два організаційні питання особливо важливі як для покращення безпеки, так для зниження витрат: (i) переважне використання вакуум-аспірації або медикаментозного переривання вагітності, та (ii) сприяння наданню допомоги з переривання вагітності (напр., покращення доступу до послуг з переривання вагітності, їх інтеграція до первинної медико-санітарної допомоги). Розширення ролей медичних працівників у виконанні абортів та освоєння інноваційних моделей надання послуг, таких як телемедицина та гарячі лінії, також були визначені в численні стратегії економії коштів для національних систем охорони здоров'я (82).

Забезпечення економічної доступності послуг для жінок

У країнах, де аборт легальний, проблемою залишається надання послуг з переривання вагітності, що фінансуються державою, безкоштовних для користувача (88). Більше того, в деяких країнах фінансовий захист обмежується конкретними демографічними групами осіб, як звертаються за допомогою з переривання вагітності, або певними легальними категоріями абортів. Люди, як звертаються за допомогою у перериванні вагітності, можуть зіткнутися з необхідністю значних додаткових оплат (понад офіційну оплату), що для багатьох стане бар'єром, особливо в комбінації з вартістю проїзду та втрачених можливостей, наприклад, часу, втраченого для оплачуваної або неоплачуваної роботи. У деяких країнах ставки компенсації для приватних або державних постачальників медичної допомоги, як співпрацюють з неурядовими організаціями, набагато нижчі від вартості надання послуг. Бар'єр у вигляді високої вартості препаратів для переривання вагітності та/або послуг з переривання вагітності з високою ймовірністю призведе до високих витрат для системи охорони здоров'я, оскільки така вартість змусить багатьох, особливо представників підліткового контингенту (89), звертатися за медичною допомогою на пізніших термінах гестації або користуватися послугами небезпечних постачальників

допомоги або небезпечними методами, що призведе до збільшення частоти серйозних ускладнень (80, 90-92). Вища частота ускладнень, додатков оплати та висока вартість також посилюють стигматизацію абортів.

Дотримання, захист та реалізація прав людини на здоров'я вимагають від держав гарантій, як мінімум, загального та справедливого доступу до економічно доступних, прийнятних та якісних послуг, товарів та медичних установ СРЗ, зокрема, для жінок та представників в малозабезпечених та маргіналізованих верствах населення (3), Пункт 49). Таким чином, для створення середовища, сприятливого для допомоги з переривання вагітності, доступ жінок до послуг легального абортів жодним чином не повинен залежати від їх платоспроможності (3 [пункт 17], 35 [пункт 31], 39 [Гол. 1, пункт 21]).

¹ сприятливому середовищу розробка політики фінансування охорони здоров'я має ґрунтуватися на принципах гендерної рівності, прав людини та справедливості, щоб зменшити або навіть усунути фінансові бар'єри для найбільш уразливих груп та забезпечити справедливий доступ до послуг хорошої якості (93). Комітет Конвенції 'про ліквідацію всіх форм дискримінації, спрямованої на жінок, назвав плату за переривання вагітності обтяжливою для поінформованого вибору та самостійності жінки (94, пункт 37). Якщо з користувачів стягується плата за послуги абортів, слід ретельно зважувати платоспроможність жінки, а також, хто відчуває фінансову скруту, а також підлітки, які звертаються за послугами переривання вагітності, повинні бути звільнені від оплати. Однак слід зазначити, що результати досліджень щодо оцінки ефективності звільнення від оплати з метою усунення фінансових бар'єрів та покращення доступу до якісної допомоги з переривання вагітності є неконкретними та непереконливими (95). Багато договірних наглядових органів (див. Додаток 2) визнають, що послуги з переривання вагітності повинні бути економічно доступними, рекомендують державам знизити вартість переривання вагітності або надавати іншу фінансову підтримку в міру потреби (96 [пункти 37(b), 38(b)], 97 [пункт 24], 98 [пункти 38, 39]).

Відповідно, Комітет ООН проти тортур закликав держави забезпечити безкоштовний доступ до переривання вагітності у випадках зґвалтування (99, пункт 15a). Враховуючи вище сказане, послуги з переривання вагітності та витратні матеріали повинні обов'язково покриватися полісами медичного страхування, оскільки неплатоспроможність не є прийнятною причиною відмови або відкладання допомоги з переривання вагітності. Крім цього, впровадження прозорих процедур у медичних установах допоможуть запобігти встановленню неформальних платежів персоналом.

1.4.3 Кваліфікації та підготовка медичних кадрів

Медичні працівники - це всі люди і всі види діяльності, первинною метою якої є поліпшення здоров'я (100). Надання високоякісної допомоги вимагає достатнього забезпечення кваліфікованими медичними працівниками, справедливо розподіленими, з оптимальним набором навичок на рівні медичного закладу, на низових рівнях та на рівні громади (101). Усі медичні працівники повинні мати адекватну підтримку для надання кваліфікованої допомоги. Кваліфікації, необхідні для надання або підтримки послуг з переривання вагітності, збігаються з кваліфікаціями, що вимагаються в багатьох сферах охорони здоров'я (102,103). Сьогодні ВООЗ розробляє глобальну рамку кваліфікацій для загального охоплення послугами охорони здоров'я (ЗОПОЗ), де визначаються кваліфікації, якими мають володіти медичні працівники первинної ланки для надання повного спектру послуг зі зміцнення здоров'я, профілактики, діагностики, лікування захворювань та паліативної допомоги (104).

Послуги з догляду та лікування повинні надаватися з урахуванням потреб людей, без осуду та упередженості, з забезпеченням можливості для пацієнтів приймати самостійні інформовані рішення щодо допомоги за підтримки медичного персоналу (106). Для створення сприятливого середовища особливо важливо, щоб підготовка медичних

працівників, задіяних у наданні послуг СРЗ, охоплювала:

- унікальні кваліфікації, необхідні для надання послуг СРЗ, зокрема допомоги з переривання вагітності;
- надання допомоги, орієнтованої на потреби людей;
- права людини, зміст та зміст законів, а також інтерпретація та застосування законодавства та політики відповідно до прав людини;
- комунікації для забезпечення інформованого ухвалення рішень;
- ціннісні орієнтири;
- міждисциплінарна командна робота;
- підхід до надання допомоги, заснований на емпатії та співчутті (105).

Ці навички повинні охоплюватись програмами навчання та заохочуватися професійними асоціаціями. Особливо важливо, щоб ставлення та поведінка медичних працівників були інклюзивними, без осуду та стигматизації, щоб вони пропагували безпеку та справедливість. Управлінці у секторі охорони здоров'я, як приватних, так і державних медичних установ, несуть відповідальність за належне надання послуг та відповідність стандартам, що ґрунтуються на професійній етиці та на принципах прав людини, визнаних на міжнародному рівні.

1.4.4 Товари

Організація первинної медико-санітарної допомоги включає доступ до безпечних ефективних, економічно доступним медикаментам гарантованої якості, у тому числі до медикаментів для переривання вагітності та допомоги після переривання вагітності (тобто антибіотики та знеболювальні препарати, а також медикаменти для переривання вагітності та засоби контрацепції після переривання вагітності).

Приблизний перелік ВООЗ основних лікарських засобів (інакше називається Перелік основних медикаментів) включає елементарні медикаменти, необхідні для базової системи медичної допомоги. У ньому перераховані найбільш дієві, безпечні та економічно ефективні лікарські засоби для ведення пріоритетних станів. Вибір пріоритетних станів ґрунтується на поточній та прогнозованій актуальності для громадської охорони здоров'я, а також на можливостях безпечного та економічно доцільного лікування. У 2005 році в Орієнтовний Перелік ВООЗ основних лікарських засобів було включено міфепристон, мізопростол. У 2019 році у 21-й редакції Переліку ці препарати було перенесено з додаткового до основного переліку; також було видалено примітку, яка потребує «ретельного медичного нагляду» при їх використанні (107). Актуальні препарати для переривання вагітності, включені до 21-ї редакції Переліку, а також до пізнішої 22-ї редакції, перераховані в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1 Препарати, включені до Зразкового переліку ВООЗ основних лікарських засобів (Перелік), та основи показання до їх застосування

Показання, зазначені у Переліку	Препарати, включені до Переліку
Штучний аборт	Міфепристон (200 мг) та мізопростол (200 мкг). Препарати доступні окремо або в комбінованій упаковці. У Переліку особливо зазначено таку схему, доступну в комбінованій упаковці: 1 таблетка міфепристону (200мг) +4 таблетки мізопростолу(200 мкг).
Ведення неповного аборту або викидня	Мізопростол (200 мкг)

Джерело: Приблизний перелік ВООЗ основних лікарських засобів -21-й Перелік, 2019 (107), 22-й Перелік, 2021 (108).

В межах країни основи елементів товарної стратегії включають політику, регулювання, закупівлі та ланцюжок поставок, а також взаємозв'язок з системою фінансування та відшкодування витрат (109).

Міфепристон та мізопростол мають бути включені до відповідних національних Переліків основних лікарських засобів або аналогічні списки, а також повинні бути включені до відповідних клінічних настанов з надання допомоги/надання послуг. Що стосується тестів на вагітність та обладнання МВА, в країнах може бути Перелік основних медичних виробів чи його аналогів, куди входять медичні вироби. Тести на вагітність та якісні апарати для МВА мають бути включені до цих списків в рамках товарної стратегії.

Включення якісних медикаментів до національного Переліку основних лікарських засобів - важливий компонент забезпечення їхньої наявності. Мізопростол, міфепристон, обладнання для хірургічного переривання вагітності та інші відповідні медичні товари необхідно включати до національних закупівельних тендерів та охоплювати їх заходами з моніторингу ланцюжка постачання. Для забезпечення безперервності постачання закупівельна діяльність повинна включати прогнозування з застосуванням методів, придатних для цих товарів та для ситуації в країні (109). Підрозділи Центральних медичних складів (ЦМС) мають забезпечити узгодження специфікацій для закупівлі медикаментів для безпечного переривання вагітності з національними органами регулювання лікарського постачання (НОРЛЗ) та чітко вказувати стандарти гарантії і якості та інші вимоги, наприклад, вимоги до дозування, упаковки та термін в придатності препаратів.

ВООЗ рекомендує дотримання найвищих стандартів контролю якості, визнаючи при цьому, що у країнах з обмеженим доступом до міжнародних ринків необхідно застосовувати підходи, засновані на оцінці ризиків. Підходи, що ґрунтуються на оцінці ризиків, залежать від ситуації в конкретній країні, але можуть включати винятки, засновані на раніше відомій інформації про виробника або інформації від інших регулюючих органів (111). До медикаментів гарантованої якості належать препарати, схвалені регулюючими органами, як здійснюють суворий контроль за лікарськими засобами (112) або внесеними до списку Попередньої кваліфікації ВООЗ.

У країнах, де ці препарати відсутні, необхідно отримати схвалення від національних органів регулювання лікарського постачання для міфепристону та мізопростолу з перевіркою та тестуванням згідно з прийнятими стандартами.

Національні органи регулювання лікарського постачання (НОРЛЗ) - це органи, які відповідають за реєстри та дозвіл на маркетинг конкретних товарів. При видачі дозволу на маркетинг НОРЛЗ оцінюють безпеку, ефективність та якість препаратів. Такий дозвіл видається індивідуально для кожного виду ліків, що випускається в конкретному місці конкретним виробником. Дозвіл на маркетинг видається на підставі оцінки технічного досьє, представленого виробником або його представником, у якому підтверджується ефективність, якість та безпека продукту. ВООЗ за допомогою процедури попередньої кваліфікації підтримує механізм регуляційної надійності, в рамках якого ВООЗ надає НОРЛЗ детальні результати оцінки продуктів, що пройшли попередню кваліфікацію ВООЗ, для прийняття регуляторного рішення на підставі оцінки ВООЗ без дублювання процедури. За таким же принципом ВООЗ також підтримує обмін інформацією про продукти, що отримали схвалення, що регулюють органи, які здійснюють суворий контроль. Обидва ці процеси відомі як Процедури співробітництва у сфері прискореної реєстрації лікарських засобів ВООЗ.

Регулюючі органи приймають рішення щодо інстанцій, які мають право призначати та видавати лікарські засоби. Існують приклади, зокрема щодо засобів екстренної контрацепції, коли регулюючі органи ухвалювали рішення змінити інстанції, як призначають медикаменти, щоб покращити їх доступність та належне використання, включаючи продаж «без рецепта або призначення препаратів фармацевтом без консультації лікаря. Зазвичай приймається до уваги, серед іншого, наступна інформація: чи підлягає стан самостійної діагностики, загальна безпека лікарського засобу, а також ймовірність його

неправильного використання або виникнення ускладнень внаслідок недостатньо контролюваного чи непідконтрольного використання (113, 114). Національним програмам слід працювати з регулюючими органами над науково обґрунтованим вибором найбільш прийнятних інстанцій для призначення та видачі препаратів.

Може виникнути необхідність зміни повноважень за призначенням препаратів для деяких категорій медичних працівників або у прийнятті законодавчих механізмів щодо забезпечення доступності препаратів для таких категорій медпрацівників у системі охорони здоров'я.

Комплексна товарна стратегія та ефективний підхід до забезпечення доступу вимагають: включення необхідної продукції до національного Переліку основних лікарських засобів; схвалення НОРЛС (тобто, дозволи на маркетинг чи реєстрацію); розроблення механізмів прогнозування, закупівель, розповсюдження, а також надання рекомендацій щодо призначення та видачі медикаментів; а також план пост маркетингового нагляду.

1.4.5 Моніторинг та оцінка якості допомоги з переривання вагітності

Ефективні моніторинг та оцінка (МІО) обов'язкові для аналізу якості допомоги з переривання вагітності та її тенденцій. Це створює основу для політичного діалогу та прийняття обґрунтованих рішень з метою подальшого покращення надання послуг та їхньої якості. На підтримку моніторингу та оцінки якості допомоги з переривання вагітності на національному рівні ВООЗ розробляє механізм моніторингу та оцінки якості допомоги з переривання вагітності, в основі якого ⁴ лежить «Моніторинг та оцінка зміцнення систем охорони здоров'я: Операційний механізм ВООЗ» (115).

⁴ Регулюючі органи, що здійснюють жорсткий контроль за лікарськими засобами, перелічені на цій веб-сторінці: <https://www.who.int/initiatives/who-listed-authority-reg-authorities/SRAs>. У цитованому джерелі (стор. 34-35) регулюючі органи, які здійснюють жёстки контроль за лікарськими засобами, визначаються як «регуляторний орган, який є членом або спостерігачем ІСН [Міжнародної ради щодо погодження технічних вимог до фармакологічних препаратів для використання для потреб людини], або пов'язаний з членом ІСН обов'язковим до виконання взаємно визнаним договором» (до 23 жовтня 2015 р.). ⁵ Попередня кваліфікація ВООЗ проводиться за одним стандартом для всіх видів продукції, включаючи медикаменти (фармацевтичні та біотерапевтичні препарати), вакцини та засоби для імунізації, продукти для лабораторної діагностики та векторного контролю. Список передбачає рекомендацію до використання препарату, але не дозвіл на його продаж. ⁶ Додаткову інформацію можна знайти у Міжнародній фармакопедії за посиланням: [https:// digicollections.net/phint/2020/index.html#p/horne](https://digicollections.net/phint/2020/index.html#p/horne) ⁷ Додаткову інформацію див.: [https://extranet.who.int/pqweb/medicines/ coiaborative-procedure-acceierated-registration](https://extranet.who.int/pqweb/medicines/coiaborative-procedure-acceierated-registration)

Структура, області та сфери індикаторів механізму, категорії розукрупнення даних виявлення нерівності та стандарти джерела даних представлені в таблиці 1.2.

Комплекс індикаторів якості допомоги з переривання вагітності перебуває у стадії розробки та у найближчому майбутньому (коротка інформація про прогрес цієї роботи в галузі МІО наведена у Додатку 6).

Механізм МІО якості допомоги з переривання вагітності служить для підтримки діяльності з МІО на рівнях вкладу системи охорони здоров'я, надання послуг, демографічних показників та ефективності. Зусилля з моніторингу та оцінки послуг, що стосуються переривання вагітності, все ще недостатні у більшості національних систем охорони здоров'я. Необхідно виявити та усунути конкретні прогалини у виявленні та використанні даних. Моніторинг витрат ресурсів системи охорони здоров'я охоплює

управління, фінансування сектора охорони здоров'я, медичні кадри, медичні товари та інформацію про охорону здоров'я.

Моніторинг витрат ресурсу в системі охорони здоров'я на надання якісних послуг з переривання вагітності в динаміці за цими п'ятьма категоріями включає:

- Управління: роз'яснення правового статусу переривання вагітності, відповідність протоколів ведення штучного абортів, викладених у національних настановах, глобальним нормативним рекомендаціям (див. також розділ 1.3.1 [vii]);
- Фінансування: включення домовленостей щодо фінансування допомоги, пов'язаної з перериванням вагітності, провідні пакети базового медичного обслуговування (див. розділ 1.4.2);
- Медичні кадри: включення кваліфікованої допомоги з штучного переривання вагітності (відповідно до глобальних нормативних рекомендацій) до національних програм підготовки відповідних категорій медичних працівників (див. розд л 1.4.3);
- Товари для охорони здоров'я: включення міфепристону та мізопростолу до національних переліків основних лікарських засобів, моніторинг наявності запасів товарів для переривання вагітності у місцях надання послуг (див. розділ 1.4.4);
- Системи управлінської інформації у сфері охорони здоров'я: інтеграція індикаторів якості допомоги з переривання вагітності у національну систему управлінської інформації у сфері охорони здоров'я.

Дані для моніторингу витрат ресурсу в системі охорони здоров'я, як правило, доступні з адміністративних джерел, таких як документи національної політики, системи відстеження фінансових потоків у охороні здоров'я, національні програми навчання, системи логістичної управлінської інформації та системи управлінської інформації у сфері охорони здоров'я.

Моніторинг надання послуг відстежує наявність постачальників допомоги, навчених надавати допомогу з штучного переривання вагітності та надають її, відповідно до певних мінімальних стандартів, а також якість надання послуг, включаючи допомогу, орієнтовану на потреби людей, з частковою оцінкою з погляду користувачів та громад. Дані моніторингу надання послуг з переривання вагітності національного рівня слід включити до оцінки медичних закладів, системи управлінської інформації у сфері охорони здоров'я, а також до демографічних досліджень.

Моніторинг демографічних показників допомоги з переривання вагітності оцінює охоплення допомогою, у тому числі, доступ до якісної, економічно доступної допомоги з переривання вагітності, та знання населення про доступ до якісної, економічно доступної допомоги з переривання вагітності.

Слід прагнути до розукрупнення даних щодо вимірів, що стосуються нерівності, таких як наявність інвалідності, вік, каста, рівень освіти, етнічна приналежність, гендер, географічне розташування та майновий статус. Джерела даних для моніторингу демографічних показників зазвичай включають оцінки, як проводяться в медичних установах, демографічні дослідження, а також системи управлінської інформації у сфері охорони здоров'я та освіти. У багатьох країнах демографічним показникам, що стосуються переривання вагітності, не надається належної уваги при зборі даних та звітності.

Ефективність якісної допомоги з переривання вагітності вимірюється показниками смертності та захворюваності, пов'язаних з абортами. Оціночні дані у цій галузі необхідно найбільш детально розукрупнювати за вимірами нерівності. Джерела даних включають демографічні дослідження, систему управлінської інформації у сфері охорони здоров'я та дані реєстрів актів цивільного стану (РАГС).

При виявленні прогалин у наявності даних слід докласти зусиль для усунення таких прогалин. У короткостроковій перспективі може знадобитися статистичне моделювання для оцінки значень показників, особливо у категорії ефективності.

Таблиця 1.2 Моніторинг та оцінка якості допомоги з перериванні вагітності

Категорії	Область індикатора	Розукрупнення за вимірами нерівності	Джерела даних
Витрати ресурсів Управління системи охорони здоров'я	Фінансування системи охорони здоров'я Медичні кадри Медичні товари Інформація у сфері охорони здоров'я	Географія показника: Внутрішньокраїнний, міжнародний	Адміністративні джерела (включаючи національні програми документи, системи відстеження фінансових потоків у охороні здоров'я, національні програми підготовки фахівців, системи логістичної управлінської інформації та системи Управлінської інформації у сфері охорони здоров'я) Оцінки, що проводяться у медичних закладах (включаючи інтерв'ю з пацієнтами), демографічні дослідження, системи управлінської інформації у сфері охорони здоров'я Оцінки, які проводяться в медичних закладах, демографічні дослідження, системи управлінської інформації у сфері охорони здоров'я та у сфері освіти
Надання послуг	Доступність послуг Готовність надати послуги Якість послуг	Географія показника: всередині країни, міжнародний	Джерела даних
Демографічні показники	Доступ до якісної, економічно доступної допомоги з переривання вагітності	Наявність інвалідності, вік, каста, освіта, етнічна приналежність, гендер, географічне розташування, майновий статус Наявність інвалідності, вік, каста, освіта, етнічна приналежність, гендер, географічне розташування, майновий статус	Дані РАГС, системи управлінської інформації у сфері охорони здоров'я, демографічні дослідження

Ефективність	Знання населення про доступ до якісної, економічно доступної допомоги з переривання вагітності Смертність, пов'язана з перериванням вагітності Захворюваність, пов'язана з перериванням вагітності		РАГС: Реєстр актів громадянського стану
---------------------	--	--	---

ГЛАВА 2

**РЕГЛАМЕНТУВАННЯ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ У ТОМУ ЧИСЛІ
ВІДПОВІДНО ДО РЕКОМЕНДАЦІЙ**

У цьому розділі розглянуті докази наслідків цих підходів у законодавстві та політиці та їхні права людини, а також подано доказово обґрунтовані рекомендації щодо зміни законодавства та політики щодо абортів у рамках створення сприятливих умов для забезпечення загального доступу до якісних послуг з переривання вагітності. У Вставці 2.1 наведено узагальнені принципи законодавства та політики щодо переривання вагітності, які відповідають ключовим принципам прав людини.

Вставка 2.1: Законодавство і політика з переривання вагітності, що відповідає ключовим принципам прав людини

Держави повинні поважати, захищати та дотримуватися прав людей, які звертаються за перериванням вагітності, у тому числі їх сексуальне та репродуктивне здоров'я та права (СРЗП).

Держави повинні робити позитивні кроки щодо забезпечення сприятливої регуляторної політики та політичного середовища, що гарантує загальну наявність, доступність, прийнятність та якість допомоги з переривання вагітності та після переривання вагітності.

Аборт слід повністю декриміналізувати. Необхідно усунути регулятори, політичні та програмні бар'єри, а також бар'єри, що існують на практиці, ускладнюють доступ та своєчасне надання якісної допомоги з переривання вагітності. Сюди відносяться такі підходи, як переривання вагітності на певних підставах, обмеження терміну вагітності, обов'язкові періоди очікування, вимога дозволу третіх осіб та обмеження щодо постачальників в допомоги з переривання вагітності. Держави також повинні захищати доступ до допомоги з переривання вагітності та її безперервність від бар'єрів, що виникають через відмову медичних працівників з міркувань совісті (див. Рекомендації 1,2, 3, 6, 7, 21 та 22 даної настанови).

Завданнями нормативно-правових актів, що регулюють переривання вагітності, повинні бути повага, захист та дотримання сексуального та репродуктивного здоров'я та прав жінок; досягнення позитивних результатів у галузі охорони здоров'я для жінок; надання високоякісної інформації та послуг з контрацепції; а також задоволення особливих потреб представників маргіналізованих груп, у тому числі, жінок, що відчувають фінансові труднощі, підлітків, жінок з інвалідністю, жертв сексуального та гендерного насильства, людей-трансгендерів та небінарних людей, представниць етнічних, релігійних та расових меншин, жінок-мігранток та переміщених жінок, а також жінок, тих, хто живе з ВІЛ, та ні. Регламентування переривання вагітності має ґрунтуватися на принципах справедливості та відсутності дискримінації та просувати ці принципи.

2.1 Поширені підходи щодо врегулювання питання переривання вагітності

Майже у всіх країнах, де аборти є легально доступними, врегулювання питань переривання вагітності відрізняється від врегулювання питань, що стосуються інших видів медичної допомоги (116). На відміну від інших базових медичних послуг, переривання вагітності часто тією чи іншою мірою регламентується кримінальним правом на додаток до законодавства про медичну допомогу. Навіть у країнах, де переривання вагітності доступне за наявності певних підстав або на певних термінах гестації (що також часто пов'язане з певними підставами), аборт поза такими дозволеними ситуаціями зазвичай вважається кримінальним злочином. В результаті люди в цих країнах стикаються зі значними бар'єрами у доступі до допомоги з переривання вагітності та після абортів. Ці бар'єри зберігаються

навіть, незважаючи на те, що переривання вагітності є безпечним, ефективним та нескладним компонентом охорони сексуального та репродуктивного здоров'я (СРЗ), незважаючи на значні досягнення міжнародного права прав людини та незважаючи на зростаючу частоту безпечного самостійного переривання вагітності, виконаного при мінімальному контакті або без контакту з формальною системою охорони здоров'я.

Типові бар'єри в доступі до якісної допомоги з переривання вагітності, які можуть бути закріплені або не закріплені законодавчо, включають відсутність доступу до достовірної інформації, надання необ'єктивної інформації або консультування, нав'язування обов'язкових періодів очікування, вимога дозволу третіх осіб, обмеження, що стосуються типів медичних установ або умов, де можуть законно надаватися послуги з переривання вагітності, обмеження щодо категорій медичних працівників, які можуть законно надавати послуги, відсутність економічно доступних послуг, порушення приватності та конфіденційності, нездатність забезпечити доступ до допомоги та її безперервність у разі відмови медичних працівників з міркувань совісті, невидача ліцензії на основні лікарські засоби чи нездатність забезпечити їх наявність, а також невизнання жінки як людини, здатної самостійно перервати свою вагітність.

Обмежувальні закони, політики та практики часто призводять до того, що медичні працівники, медичні установи, комітети, поради з етики, поліція, суди та інші інстанції стають «вартовими» доступу до якісної допомоги з переривання вагітності, оскільки вони мають визначати, чи має людина право на легальне переривання вагітності. У багатьох випадках це створює затримки у доступі до переривання вагітності. Такі «вартові» не завжди адекватно поінформовані про правові положення або не бажають трактувати та застосовувати закони та політики так, щоб права людей, які звертаються за допомогою з переривання вагітності, були дотримані, захищені та реалізовані. Криміналізація абортів також має «охолоджуючий ефект» у більш широкому значенні, оскільки вона може призвести до вузького трактування застосовного законодавства медичними працівниками, зокрема з метою уникнення можливої кримінальної відповідальності (тобто відмова від дій через страх репресивних заходів чи покарань). Як наслідок, у багатьох країнах досвід звернення за допомогою у перериванні вагітності, доступу до допомоги та виконання переривання вагітності значно відрізняється у різних жінок та залежить не тільки від законодавства, а й від підходу «вартівного», з яким вони взаємодіють. Отже, тема законодавства та політики, а також інформація про відповідні права людини у підготовці та освіті медичних працівників - це найважливіша частина забезпечення сприятливого середовища для надання як допомоги з переривання вагітності (див. розділ 1.4.3 Глави 1).

Як описано вище, прозорі, доступні закони та політики, засновані на правах людини, є компонентом сприятливого середовища для допомоги у перериванні вагітності (див. розділ 1.3). Проте, в деяких країнах законодавство про аборти має непослідовний характер, містить очевидно конфліктні положення, викладені у конституціях, кримінальних кодексах, законах про охорону здоров'я чи політичні настанови (117).

Більше того, в деяких випадках національне законодавство не відповідає міжнародним стандартам прав людини та несумісне з сучасними даними в галузі суспільного охорони здоров'я. Крім того, в деяких випадках уряд не дає керівних вказівок, які можуть допомогти постачальникам послугу визначенні законності переривання вагітності.

Така невідповідність може змусити засумніватись у законі як тих, хто звертається за допомогою, так і постачальників допомоги з переривання вагітності. Рекомендації, викладені в цій настанові, базуються на положеннях гуманітарного права та доказах у галузі охорони здоров'я та формують підхід, згідно з яким переривання вагітності регулюється так само, як і інші медичні втручання, тобто, виходячи із загальних принципів законів та політики в галузі охорони здоров'я, передових практик, підготовки та доказово обґрунтованих настанов.

2.2 Рекомендації щодо врегулювання питань переривання вагітності

У цьому розділі представлено три рекомендації щодо конкретного врегулювання питань переривання вагітності (Рекомендації 1-3); ще чотири рекомендації, також пов'язані з законодавством та політикою щодо абортів, подані у розділі 3.3 Глави 3: Допомога до переривання вагітності (Рекомендації 6, 7, 21 та 22). Ці сім рекомендацій були сформульовані групою експертів, скликаною для розробки даної настанови, включаючи експертних радників з прав людини.

Спочатку докази були систематично проаналізовано для кожної пріоритетної теми та питання з оцінкою достовірності доказів (тобто, виходячи з якості даних, у тому числі типів і масштабу проведених досліджень та їх обмежень).

Спрямованість (на користь або проти втручання) та сила кожної рекомендації визначалися групою експертів, виходячи з шести предметних критеріїв схеми WHO-INTEGRATE, які застосовуються до кожного втручання для певної популяції: баланс користі та шкоди здоров'ю; права людини та соціокультурна прийнятність; справедливість, відсутність дискримінації та рівність у охорони здоров'я; наслідки суспільству; фінансові та економічні міркування; практична здійсненність та аспекти системи охорони здоров'я; також брався до уваги мета-критерій - якість даних (118).

Рекомендації на користь втручання класифікуються як сильні чи слабкі (останніми уточнюються умови застосування рекомендації); Третій варіант - рекомендація не на користь втручання. Для чіткого позначення сили та спрямованості кожної рекомендації використовуються наступні терміни:

- * **Рекомендується** - сильна рекомендація на користь втручання
- * **Пропонується** - слабка рекомендація на користь втручання
- * **Не рекомендується** - сильна рекомендація проти втручання / на користь втручання порівняння.

По кожній темі, розглянутій у цьому розділі та у главі 3, спочатку пропонується коротка вступна інформація, потім сама рекомендація, після чого наведено список коментарів експертної групи, яка проводила детальний огляд доказів, якщо такі коментарі були. У коментарях пояснюються умови та контекст щодо рекомендації, обґрунтування або огляд доказової бази та процесу прийняття рішення щодо рекомендації та, нарешті, рамка, в якій перелічені всі основні міркування щодо прав людини щодо цієї рекомендації або ширшої теми. Слід зазначити, що у Настанові з безпечного абортів за 2012 рік було сформульовано зведену рекомендацію щодо законодавства та політики; в цій настанові вона була замінена сімома окремими рекомендаціями з застосуванням методики GRADE, але вони не вважаються «новими» (тобто, Рекомендації 1, 2, 3, 6, 7, 21, 22). Повний опис методів наведено в Додатку 4, у тому числі відмінності методів, які застосовуються при розробці семи рекомендацій, що стосуються питань законодавства та політики, порівняно з методами, що застосовуються до інших типів рекомендацій. Додаток 7 містить підсумкову таблицю, що поєднує розглянуті теми, питання дослідження.

До експертних груп входили Групи оцінки доказів та рекомендацій для кожної з трьох категорій (Законодавство та політика, Клінічні послуги та Надання послуг), а потім - Група з розробки настанови. Крім цього, всі етапи та всі наради цих груп проходили за участю хоча б одного радника з прав людини. Додаткову інформацію про ролі цих груп та повну методологію розробки настанови можна знайти у Додатку 4: Методи, проведені систематичні огляди та номери рекомендацій. Механізм прийняття рішень на підставі наукових доказів «Від доказів-до рішень» надано в режимі онлайн якості додаткових матеріалів; перехресні посилання на таблиці.

2.2.1 Криміналізація абортів

На відміну від інших послуг охорони здоров'я, переривання вагітності часто тією чи іншою мірою регулюється кримінальним правом (тобто кримінально караним), поряд з його регулюванням законодавством з питань охорони здоров'я.

У більшості країн аборт залишається кримінальним злочином, причому покарання передбачені як для жінок, які перервали вагітність, так для тих, хто надав послуги з переривання вагітності або допомоги жінці отримати доступ до переривання вагітності або перервати вагітність, а іноді й для тих, хто надав інформацію про переривання вагітності. У деяких країнах усі ці дії кримінально караються.

Хоча декриміналізація абортів - важливий крок у напрямку їхньої легалізації, забезпечення наявності, доступності та високої якості послуг з переривання вагітності може вимагати подальших правових або регуляторних змін, крім декриміналізації, у тому числі впровадження інших рекомендацій з даної настанови, якщо вони застосовані до ситуації.

ЗАКОНОДАВСТВО І ПОЛІТИКА Рекомендація 1:

Криміналізація

Рекомендується повна декриміналізація переривання вагітності.

Примітки:

- Декриміналізація означає виключення переривання вагітності із усіх законів про кримінальну/кримінальної відповідальності, незастосування до абортів інших кримінальних правопорушень (напр., вбивство, ненавмисне вбивство) та забезпечення відсутності кримінальних покарань за переривання вагітності, надання допомоги з перериванням вагітності, надання інформації про переривання вагітності або виконання процедури переривання вагітності всім задіяним особам.

- Декриміналізація – це гарантія того, що всі люди, які пережили втрату вагітності, не стануть об'єктом підозр у нелегальному перериванні вагітності, якщо звернуться по допомогу.

- Декриміналізація абортів не робить жінок, дівчат або інших вагітних уразливими перед примусовим чи насильницьким перериванням вагітності. Примусове чи насильницьке переривання вагітності має класифікуватися як тяжкі тілесні ушкодження, оскільки такі втручання проводяться без згоди

Коментар щодо оновлення рекомендації: Ця та інші рекомендації з питань законодавства та політики не є новими. Настанова ВООЗ Безпечний аборт за 2012 рік містить зведену рекомендацію з питань законодавства та політики (19); в даній настанові ця рекомендація була поділена на сім окремих рекомендацій із застосуванням системи GRADE.³

Обґрунтування

Численні комітети та мандатарії з прав людини, у тому числі Комітет з ліквідації дискримінації щодо жінок (38), Комітет з економічних, соціальних та культурних прав (3), Комітет з прав людини ООН (36), а також Спеціальний Доповідач ООН з питань права кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я (37), підтримують повну декриміналізацію переривання вагітності. Вони пояснили, що держави не повинні криміналізувати медичні процедури, необхідні лише жінкам, у тому числі переривання вагітності. Ні ті, хто перервав вагітність, ні ті, хто допомагав жінці перервати вагітність не повинні бути покарані або піддаватися кримінальному переслідуванню. Відповідно з міжнародним правом прав людини, держави не повинні вимагати від медичних працівників повідомляти про жінок або дівчат, які перервали вагітність, або про тих, кого вони підозрюють у перериванні вагітності. Крім цього, держави повинні надавати допомогу після переривання вагітності за будь-яких обставин без ризику кримінального переслідування. На додаток до цього держави мають вживати заходів, включаючи перегляд законодавства, спрямовані на зниження материнської захворюваності та смертності (включаючи захворюваність та смертність, пов'язані з абортами), та ефективно захищати жінок та дівчат від ризиків для фізичного та психічного здоров'я, пов'язаних з вдаванням до небезпечного абортів через криміналізацію переривання вагітності (див. також розділ 1.3.1 Глави 1 про права людини та веб-додаток А: Ключові міжнародні стандарти прав людини щодо переривання вагітності, де надано додаткова інформація, а також посилання

на наведені вище твердження).

З метою визначення впливу криміналізації абортів на тих, хто звертається за допомогою переривання вагітності, а також на медичних працівників, був проведений систематичний огляд досліджень, опублікованих за період з 2010 по 2019 роки. Було знайдено 22 дослідження, що проводилися в Австралії, Бразилії, Чилі, Ель-Сальвадор, Ефіопії, Ірландії, Мексиці, Північній Ірландії (Сполучене Королівство), на Філіппінах, у Руанді, Сенегалі, Об'єднаній Республіці Танзанії, Уругваї та Замбії. Узагальнені результати цих досліджень представлені у Додатковому матеріалі 1, Таблиця «Від доказів - до рішень», що стосується теми Криміналізації.

Докази, отримані з цих досліджень, продемонстрували, що криміналізація сприяє затримці доступу до переривання вагітності; у деяких випадках постачальники послуг змушені вичікувати, доки не наступить загроза для життя жінки - тоді вагітність можна перервати в рамках легального вилучення з кримінальної заборони на аборти. Крім цього, криміналізація абортів нав'язує жінці ряд тягарів, таких як непотрібні витрати грошей та зусиль на дорогу, затримки у наданні допомоги після переривання вагітності або відсутність доступу до неї, страждання та стигму. Дані вказують на те, що криміналізація абортів не впливає на рішення жінки перервати вагітність, що не запобігає перериванню вагітності та не заважає жінкам шукати інформацію про послуги з переривання вагітності за кордоном та звертатися за такими послугами. І навпаки, криміналізація обмежує доступ до безпечного та легального переривання вагітності та збільшує частоту звернення до незаконних та небезпечних абортів. У країнах, де аборти кримінально караються, переслідуванням значно більшою мірою піддаються молоді, незаміжні жінки, а також жінки, які зазнають фінансових труднощів та з обмеженим доступом до освіти.

У деяких країнах існує вимога, щоб медичні працівники повідомляли про жінок або дівчат, які звертаються за допомогою з переривання вагітності або після переривання вагітності.

Через криміналізацію медичні працівники можуть діяти обережно, боячись кримінального переслідування. В результаті вони можуть не наважуватися надавати допомогу з переривання вагітності навіть у випадках згвалтування, інцесту або несумісних з життям вад розвитку плоду, коли відмова від переривання вагітності може бути прирівняна до тортур, жорстокого та негуманного звернення чи покарання.

Криміналізація абортів сприяє зниженню кількості підготовлених медичних працівників та втрати необхідних навичок серед медичних кадрів. Це може негативно вплинути на тих медичних працівників, які все ж таки надають допомогу з переривання вагітності, та призвести до зростання бюрократії в системах охорони здоров'я

Ключові аспекти прав людини, що стосуються криміналізації абортів

- Основна увага при регламентуванні послуг сексуального та репродуктивного здоров'я (СРЗ) має бути зосереджена на їх наявності, доступності, прийнятності та якості.
- Звернення за допомогою щодо переривання вагітності, переривання вагітності, допомога у перериванні вагітності або надання послуг з переривання вагітності вагітній, яка дала на це добро в інформованій згоді.
- Пошук або надання достовірної, доказово обґрунтованої та неупередженої інформації про переривання вагітності в жодному разі не повинні бути предметом кримінального переслідування.
- Держави повинні вживати заходів, спрямованих на зниження материнської смертності та захворюваності, а також на захист жінок та дівчат від ризиків для фізичного та психічного здоров'я, пов'язаних з вдаванням до небезпечних абортів, включаючи перегляд відповідного законодавства.
- Кожен має право на відсутність дискримінації та справедливості у доступі до послуг СРЗ. Послуги СРЗ повинні надаватися з забезпеченням приватності та конфіденційності.

2.2.2 Використання підстав для контролю доступу до переривання вагітності

Національне законодавство більшості країн дозволяє переривання вагітності у певних випадках навіть у тих країнах, де аборти криміналізовані. Зазвичай аборти дозволені на певних «підставах» або за певних обставин. Обставини, за яких дозволено переривання вагітності, у різних країнах значно відрізняються. Деякі обставини враховують медичні показання (напр., ризик для здоров'я вагітної жінки або дефекти плоду), деякі стосуються обставин, за яких відбулося зачаття (напр., згвалтування), а деякі стосуються соціально-економічної ситуації (напр., економічні труднощі). Підхід, що базується на підставах, часто супроводжується обмеженнями терміну вагітності, які варіюються залежно від конкретної умови, за якої дозволено аборт.

У деяких країнах аборт на прохання жінки доступний лише до певного терміну гестації, а на пізніх термінах обмежується певними підставами.

ЗАКОНОДАВСТВО І ПОЛІТИКА Рекомендація 2:

Підходи з застосуванням підстав

а. Не рекомендується законодавство та інші нормативні документи, які обмежують аборти за певними підставами.

б. Рекомендується надання послуг з переривання вагітності на прохання жінки, дівчини або іншої вагітної людини.

Примітки:

- Підходи до обмеження доступу до переривання вагітності з застосуванням певних підстав слід переглянути на користь переривання вагітності на прохання жінки, дівчини чи іншої вагітної людини.

- Усі існуючі підстави для аборту, доки вони не будуть замінені наданням допомоги з переривання вагітності на прохання, повинні бути сформульовані та застосовуватись відповідно до міжнародного гуманітарного права. Це означає, що зміст, інтерпретація та застосування законодавства та політики, які встановлюють підстави для переривання вагітності, слід переглянути, щоб забезпечити дотримання прав людини. Для цього необхідно, щоб:

- i. існуючі підстави визначаються, трактуються та застосовуються відповідно до права людини;

- ii. переривання вагітності доступне у випадках, коли доношування вагітності до терміну пологів може стати причиною значного болю або страждань для жінки, дівчини або іншої вагітної особи, включаючи ситуації, коли вагітність наступила в результаті згвалтування або інцесту або коли плід нежиттєздатний, але не обмежуючись ними;

- iii. переривання вагітності доступне у випадках, якщо вагітність несе ризики для життя та здоров'я жінки, дівчини або іншої вагітної особи;

- iv. медичні підстави відображають визначення фізичного та психічного здоров'я ВООЗ (див. Глосарій);

- v. немає процедурних вимог про «подання доказів» або про «встановлення справжності» підстав, наприклад, вимог про пред'явлення ухвал суду або поліцейських рапортів у разі згвалтування або сексуального нападу (джерела на підтримку цієї інформації див. у Веб-додатку А: Ключові міжнародні стандарти прав людини щодо переривання вагітності).

Коментар щодо оновлення рекомендації: Ця та інші рекомендації з питань законодавства та політики не є новими.

Настанова ВООЗ Безпечний аборт за 2012 рік містить зведену рекомендацію з питань законодавства та політики (19); У цій настанові ця рекомендація була поділена на сім окремих рекомендацій з застосуванням системи GRADE.

Обґрунтування

Міжнародне гуманітарне право вимагає, щоб переривання було доступне у випадках, коли доношування вагітності до терміну пологів може заподіяти жінці значний біль чи

страждання, або коли наражаються на її життя чи здоров'я. Держави не повинні регулювати питання переривання вагітності так, щоб жінкам доводилося вдаватися до небезпечних абортів, та повинні вживати заходів, що включають перегляд законодавства, спрямованих на зниження материнської захворюваності та смертності та ефективний захист жінок та дівчат від ризиків для фізичного та психічного здоров'я, пов'язаних з небезпечними абортами (за додатковою інформацією зверніться до розділу 1.3.1 [i] Глави 1. Підходи, що вимагають підстав для переривання вагітності, часто (i) мають занадто вузьке визначення або (ii) застосовуються занадто консервативно, не забезпечують доступність переривання вагітності у таких ситуаціях. Можна ефективно досягти мети зниження материнської захворюваності та смертності й захисту жінок, дівчат від ризиків, пов'язаних з небезпечним абортom, зробивши переривання вагітності доступним на прохання вагітної жінки чи дівчини.

Щоб визначити вплив підходів, що вимагають підстав для переривання вагітності, на осіб, які звертаються за допомогою, та медичних працівників, було проведено систематичний огляд досліджень, опублікованих з 2010 до 2021 року. В огляд розглядалося 21 дослідження, які проводилися в Аргентині, Австралії, Бразилії, Чилі, Колумбії, Ефіопії, Ган, Ісламській Республіці, Ірані, Ірландії, Ізраїлі, Мексиці, Руанді, Таїланді, Об'єднаній Республіці Танзанії, Уругваї, узагальнені результати цих досліджень, представлені у Додатковому матеріалі I.

Неправильне трактування законодавства також може призвести до відмови у перериванні вагітності. У деяких випадках медичні працівники чекали, поки стан жінки не погіршиться достатньо для того, щоб переконатися, що їй дійсно належить переривання вагітності на підставі «ризиків для життя». Це явне порушення прав людини на життя та потенційне порушення права на свободу від катувань, жорстокого, негуманного та принизливого поводження.

Різні постачальники медичної допомоги по-різному трактують підстави, з ними-право жінки на законне переривання вагітності. Медичні працівники не завжди добре знайомі з законодавством або про те, як його застосовувати; їх трактування часто вузьке відповідає положенням про права людини та/або визначення фізичного та психічного здоров'я ВООЗ, що призводить до відмови у перериванні вагітності. Жінки повідомляли про значні труднощі у доступі до допомоги в обставинах, коли вони не могли заручитися правовою підтримкою та отримати консультації щодо дозволених підстав. Було виявлено, що вимога підстав для переривання вагітності має особливо негативні наслідки для жінок, як зазнають фінансових труднощів, та для жінок з низьким рівнем освіти.

Докази, проаналізовані для цієї настанови, продемонстрували, що вимога підстав для переривання вагітності має непропорційно згубні наслідки для жінок, які звертаються за перериванням вагітності внаслідок зґвалтування. Ці жінки часто піддаються допитам, стикаються з тривалими затримками та бюрократичними процедурами через такі вимоги, як повідомлення про злочин у поліцію або необхідність у ухвалі суду, мають при тому, що так вимоги про повідомлення в поліцію або надання постанови суду як умова доступу до переривання вагітності йдуть у розріз з правами людини. Навіть у тих країнах, де, згідно з законодавством, заяви жінки про зґвалтування достатньо для юридичного обґрунтування, медичні працівники можуть вимагати документ про дозвіл (напр., ухвалу суду чи поліцейський рапорт). На практиці це означає, що отримання доступу до послуг з переривання вагітності після зґвалтування забирає багато часу та сил. У деяких випадках затримки бувають такими довгими, що жінки народжують раніше, ніж підтверджується їх право на аборт; в інших випадках жінки замість очікування вдаються до небезпечних абортів. Таким чином, «зґвалтування як основа» не задовольняє вимогу міжнародного права прав людини щодо наявності та доступності переривання вагітності у випадках зґвалтування. Ці обмеження також завдають додаткових травм жінкам, можуть зазнати їх більшого ризику з боку порушника, а також можуть стати причиною звернення жінок до небезпечних абортів.

Результати досліджень також демонструють, що вимога про те, що вади розвитку плода повинні бути несумісними з життям для того, щоб вважатися законною підставою для переривання вагітності, засмучує медичних працівників. Бажаючи підтримати пацієнтів, вони не залишають жінці іншого вибору, крім доношування вагітності. Необхідність продовжувати виношувати вагітність, яка завдає значних страждань, порушує багато прав людини. Держави зобов'язані переглянути так закони та привести їх у відповідність до міжнародного гуманітарного права.

Згідно з міжнародним гуманітарним правом, держави зобов'язані гарантувати, що жінкам не доведеться вдаватися до небезпечних абортів. Результати досліджень, описаних вище, вказують на те, що закони, що вимагають обґрунтувань для переривання вагітності, можуть призвести до почастищення небезпечних абортів, оскільки люди, які не мають відповідних підстав для абортів, можуть звертатися за незаконними послугами абортів, включаючи незаконні самостійні аборти, та якась їх частина може бути небезпечними. Результати досліджень також побічно вказують на те, що закони, що вимагають обґрунтування для переривання вагітності, сприяють збільшенню материнської смертності, тому що, коли держави переходять від обґрунтованого доступу до переривання вагітності до переривання вагітності на прохання жінки у першому триместрі, відбувається зниження материнської смертності (особливо серед підлітків), навіть зниження народжуваності (показник народжуваності). Це передбачає зв'язок між міжнародними зобов'язаннями щодо зниження материнської смертності та захворюваності та відмовою від підходу до переривання вагітності за наявності певних підстав.

Ключові аспекти прав людини, що стосуються підходів, що вимагають обґрунтування

- Основна увага при регламентуванні послуг сексуального та репродуктивного здоров'я (СРЗ) має бути зосереджена на їх наявності, доступності, прийнятності та якості.
- Аборт повинен бути доступним у випадках, коли доношування вагітності до термінів пологів може заподіяти жінці значний біль або страждання, коли вагітність настала внаслідок зґвалтування або інцесту або коли існує ризик для життя чи здоров'я жінки.
- Держави не повинні регламентувати питання переривання вагітності так, щоб жінки були змушені вдаватися до небезпечних абортів.
- Держави повинні вживати заходів, спрямованих на зниження материнської смертності та захворюваності, а також на захист жінок та дівчат від ризиків для фізичного та психічного здоров'я, пов'язаних з вдаванням до небезпечних абортів, включаючи перегляд відповідного законодавства.
- Кожен має право на відсутність дискримінації та справедливості у доступі до послуг СРЗ.

За додатковою інформацією та джерелами звертатися до Вставки 1.2.

2.2.3 Обмеження, пов'язані з терміном гестації

Обмеження, пов'язані з терміном гестації, часто згадуються як у ліберальних, так в обмежувальних законах та політиках про аборти. Такі ліміти, які встановлюються формальним правом, інституційними політиками чи особисто медичними працівниками, обмежують період доступності легального переривання вагітності, звертаючись до певного терміну гестації. У багатьох країнах обмеження терміну гестації пов'язані з підходами, що базуються на обґрунтуванні причин. При цьому максимальний термін гестації варіюється в залежності від умови терміну, за яких дозволяється перервати вагітність.

Згідно з міжнародним гуманітарним правом, держави повинні регулювати питання вагітності та абортів так, щоб таке врегулювання не йшло врозріз з їхнім обов'язком дати жінкам та дівчатам гарантії того, що у них не виникне потреби вдаватися до небезпечних абортів, та повинні відповідним чином переглянути своє законодавство (див. Веб-додаток А: Ключові міжнародні стандарти прав людини щодо переривання вагітності).

ЗАКОНОДАВСТВО І ПОЛІТИКА Рекомендація 3:

Обмеження терміну вагітності

Не рекомендуються закони та інші нормативно-правові акти, що забороняють переривання вагітності на підставі обмежень за терміном гестації.

Примітка щодо оновлення рекомендації: Ця та інші рекомендації з питань законодавства та політики не є новими.

Настанова ВООЗ Безпечний аборт за 2012 рік містить зведену рекомендацію з питань законодавства та політики (19); У цій настанові ця рекомендація була поділена на сім окремих рекомендацій з застосуванням системи GRADE.

Обґрунтування

Для визначення впливу обмежень за терміном гестації для осіб, які звертаються за допомогою з переривання вагітності, та для медичних працівників, було виконано систематичний огляд 21 дослідження, опублікованих у період з 2010 по 2020 роки, та проведених в Австралії, Бельгії, Мексиці, Непалі, ПАР, Сполученому Королівстві та у Сполучених Штатах Америки (США). Проаналізовані докази вказали на те, що обмеження щодо терміну гестації окремо або разом з іншими регуляторними вимогами, включаючи підходи, що базуються на обґрунтуванні причин, призводили до затримок у доступі до переривання вагітності, особливо у жінок, які звертаються за послугами з переривання вагітності на більш пізніх термінах вагітності, жінок, у яких термін вагітності наближається до граничного, а також жінок, як проживають у місцевостях з обмеженим доступом до клінік. Було виявлено, що обмеження терміну гестації пов'язані зі збільшенням показників материнської смертності та несприятливих медичних результатів. Міжнародне гуманітарне право вимагає від держав внесення змін до законодавства з метою запобігання небезпечним абортам та зниження материнської захворюваності та смертності.

Згідно з результатами досліджень, якщо жінкам, які зверталися за перериванням вагітності, відмовляли у допомозі, посиляючись на термін вагітності, це могло призвести до небажаного продовження вагітності, особливо серед жінок з порушеннями когнітивної функції або серед тих, хто звернувся за допомогою на терміні 20 тижнів вагітності та пізніше. Цей результат можна вважати несумісним з вимогою міжнародного гуманітарного права щодо доступності переривання вагітності у випадках, коли доношування вагітності до терміну пологів може заподіяти жінці значний біль чи страждання, незалежно від життєздатності плода.

Результати цих досліджень вказують на те, що жінки з порушеннями когнітивної функції, підлітки, молоді жінки, жінки, які проживають далеко від клінік, жінки, яким необхідно кудись їхати для переривання вагітності, жінки з низьким рівнем освіти, жінки, які відчувають фінансові труднощі, а також безробітні жінки особливо сильно постраждали від обмежень по терміну гестації. Це підкреслює невідповідні наслідки обмежень за гестаційним віком жінок-представниць певних груп, що позначається на зобов'язаннях держав гарантувати відсутність дискримінації та справедливості при наданні послуг СРЗ.

Ключові аспекти прав людини, що стосуються обмежень щодо терміну гестації

- Основна увага при регламентуванні послуг сексуального та репродуктивного здоров'я (СРЗ) має бути зосереджена на їх наявності, доступності, прийнятності та якості.
- Держави не повинні регламентувати питання переривання вагітності так, щоб жінки були змушені вдаватися до небезпечних абортів.
- Держави повинні вживати заходів, спрямованих на зниження материнської смертності та захворюваності, а також на захист жінок та дівчат від ризиків для фізичного та психічного здоров'я, пов'язаних з вдаванням до небезпечних абортів, включаючи перегляд відповідного законодавства.
- Кожен має право на відсутність дискримінації та справедливості у доступі до послуг СРЗ.

ГЛАВА 3.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ТА ПОЛОЖЕННЯ НАЙКРАЩОЇ ПРАКТИКИ У ВСЬОМУ ЛАНЦЮЖКУ ДОПОМОГИ З ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ

3.1 Передумови

Нові та оновлені рекомендації, представлені в цій настанові, були сформульовані експертною групою, скликаною для розробки настанови, до складу якої увійшли експертні радники з прав людини. Спочатку докази систематично аналізувалися по кожній пріоритетній темі і питанню з використанням Класифікації оцінки, розробки та оцінки ефективності рекомендацій (GRADE) (24, 119) і оцінювалася достовірність даних (тобто на основі якості даних, включаючи види і масштаби проведених досліджень і їх обмеження).

Спрямованість (на користь або проти втручання) та силу кожної рекомендації визначала команда експертів на основі шести основних критеріїв структури WHO-INTEGRATE, що застосовується до кожного втручання для конкретної групи населення – балансу користі та шкоди для здоров'я; права людини та соціально-культурна прийнятність; справедливість, відсутність дискримінації та справедливість у сфері охорони здоров'я; наслідки для суспільства; фінансово-економічні міркування; доцільність і аспекти роботи системи охорони здоров'я; Також було враховано мета-критерій – якість даних (118). Повний опис методів представлено в додатку 4, включаючи відмінності в методах, що використовуються при розробці рекомендацій, що стосуються законодавчих і політичних питань (Рекомендації 1, 2, 3, 6, 7, 21, 22) в порівнянні з тими, що застосовуються до інших видів рекомендацій. Повні таблиці «Від доказів до рішень» надаються онлайн як додаткові матеріали; Перехресні посилання на таблиці супроводжуються обґрунтуваннями нових та оновлених рекомендацій, представлених у настанові.¹¹

Рекомендації на користь втручання класифікуються як сильні або слабкі (для останнього уточнюються умови застосування рекомендації); Третій варіант - рекомендація не на користь втручання. Для чіткого позначення сили і спрямованості кожної рекомендації використовуються наступні терміни:

1. **Рекомендується** – Сильна рекомендація на користь втручання
2. **Пропонується** – слабка рекомендація на користь втручання
3. **Не рекомендується** – сильна рекомендація проти втручання / на користь порівняльного втручання.

3.1.1 Структура інформації в цій главі

У цьому розділі інформація та рекомендації представлені в розділах, що відображають ланцюжок допомоги при абортів і способи надання послуг: (i) послуги, що надаються на всіх етапах ланцюга догляду, (ii) догляд до вагітності, (iii) переривання вагітності, (iv) допомога після абортів, (v) можливі варіанти надання послуг та підходи до самообслуговування. Кожен розділ належним чином охоплює такі аспекти: «що» (конкретні клінічні втручання), «хто» (яка категорія медичних працівників може виконувати втручання, чи можливий самообслуговування), «де» (в медичному закладі або за його межами / моделі надання віддаленої допомоги / немає конкретних вимог до проведення втручання в закладі або за його межами) та «як» (моделі надання допомоги, аспекти впровадження). Слід зазначити, що розділ про допомогу перед абортів (розділ 3.3) містить чотири рекомендації, що стосуються законодавства і політики, в той час як ще три були представлені в розділі 2.2 Глави 2.

Для кожної з тем, висвітлених у цій главі, спочатку надається коротка довідка, а потім структура або таблиці рекомендацій, які дають відповіді на запитання "що" та "хто" для відповідного втручання. Відразу слідують рекомендаціям коментарі, якщо такі є, групи експертів, яка проводила аналіз доказів, що пояснює умови і контекст застосування рекомендації. Якщо це доречно, він також вказується де може бути проведено втручання,

зокрема, чи може втручання бути проведене в медичних закладах певного рівня допомоги, чи немає такої вимоги, а також надання допомоги поза медичним закладом (наприклад, вдома або в іншому місці) можлива, якщо це переваги пацієнта або якщо це єдино можливий варіант (питання «де» часто тісно пов'язаний з питанням «хто», наприклад, завдання, які може виконати фармацевт, можуть виконуватися в аптеці). Коментарі до існуючих рекомендацій, які залишилися незмінними, дублюються з оригінальної цитованої настанови, де це доречно, включаючи необхідні виправлення на основі аналізу нових доказів.

¹² Існуючі рекомендації представлені так само, як і в попередньому варіанті настанови, або зі зміною формулювань з використанням слів «рекомендовано / не рекомендовано» для сильних рекомендацій і «пропонується» для слабких рекомендацій (раніше такі рекомендації називалися «умовними»). Більш детальну інформацію можна знайти за посиланнями на оригінальну настанову.

Для кожної нової / оновленої рекомендації додаткова інформація надається в такому порядку, слідуючи рамці з рекомендацією (рекомендаціями) та коментарями:

I. Обґрунтування: Обґрунтування включає короткий виклад типу та обсягу досліджень, включених до огляду(ів), які формують доказову базу, пояснення того, чому рекомендаціям було надано особливу увагу (на користь чи проти втручання) та силу рекомендації (сильну чи слабку), посилання на ключові оцінки впливу втручання (переваги та ризику), рівень достовірності доказів та інформацію, що стосується інших критеріїв системи WHO-INTEGRATE. В обґрунтуванні також згадуються всі додаткові докази потенційної шкоди або небажаних наслідків втручання. Такі висновки можна було б зробити з досліджень і додаткових доказів, які можуть не дати прямої відповіді на питання формату PICO, але надати істотну інформацію за відсутності прямих доказів. Дані можуть бути отримані з окремих досліджень, систематичних оглядів або інших відповідних джерел.

II. Міркування щодо впровадження: Примітки, які слід пам'ятати під час впровадження найкращих практик, включаючи ті, що відповідають на запитання "як".

Нарешті, кожен розділ, присвячений певній темі, представляє поле з переліком основних аспектів прав людини, що стосуються цієї рекомендації або більш широкої теми, а також рамку з перехресними посиланнями та гіперпосиланнями на пов'язані теми в цій настанові.

Повна інформація з усіх актуальних питань формату PICO міститься в додатках 8, 9 і 10, а огляди доказів (тобто результати систематичних оглядів; перераховані в додатку 7) і таблиці «Від доказів до рішень» для кожної нової або оновленої рекомендації доступні онлайн як додатковий матеріал.

3.1.2 Принципи та припущення, що лежать в основі рекомендацій щодо ролі медичних працівників

Медичні працівники - це всі люди, залучені до діяльності, основною метою якої є поліпшення здоров'я (100). Сюди входять усі категорії медичних працівників, перелічені та описані в Додатку 5, починаючи від медичних працівників громади і закінчуючи лікарями-спеціалістами (наприклад, акушерами-гінекологами), включаючи працівників традиційної та додаткової медицини (тобто фахівців з додаткової та нетрадиційної медицини). Безпечне переривання вагітності можливо при застосуванні таблеток (медикаментозний аборт) або як проста амбулаторна процедура, яка в більшості випадків не вимагає втручання лікаря-фахівця або навіть терапевта. Представлені тут рекомендації вказують на те, як залучити більш широке коло медичних працівників і самих вагітних жінок до надання допомоги при абортах або самостійне переривання вагітності, як стимулювати оптимізацію використання наявних людських ресурсів, вирішити проблему дефіциту медичних фахівців в системах охорони здоров'я, знизити витрати на охорону здоров'я і поліпшити економічну доступність медичної допомоги, зробити доступ до

медичної допомоги більш справедливий і справедливий, а також для підвищення прийнятності медичних послуг для тих, хто їх потребує.

Коментар робочої групи: рішення щодо вибору методу переривання вагітності в кожній конкретній ситуації визначає лікар фахівець за результатами консультування (Наказ МОЗ України від 29 березня 2002 р. № 117, зі змінами згідно Наказу МОЗ України від 25.01.2023 року № 138).

Наступні принципи і припущення поширюються на всіх фахівців сфери охорони здоров'я:

- Рекомендації застосовні і розроблені для країн з будь-яким (високим, середнім і низьким) рівнем ресурсів.

- Рекомендації стосуються тих категорій медичних працівників, які можуть безпечно, ефективно і правильно виконувати всі або деякі з перерахованих завдань, що стосуються переривання вагітності. Перераховані варіанти для медичних працівників, які можуть виконати одне завдання, є інклюзивними і не мають на увазі ні кращого вибору, ні винятку для певної категорії медичних працівників. Вибір категорії медичного працівника для виконання конкретного завдання залежить від потреб, переваг і стану вагітної, яка звернулася за допомогою, а також від місцевих умов.

- Підготовка медичних працівників повинна гарантувати, що вони набувають необхідні навички надання якісної, гендерно-чутливої допомоги відповідно до національних стандартів і настанов та прав людини. Забезпечення якості допомоги при абортів вимагає постійного нагляду, контролю якості, моніторингу та оцінки, а також доступу до необхідного обладнання та товарів.

- Передбачається, що всі медичні працівники, згадані в цій настанові, отримали базову підготовку, необхідну для цієї категорії медичних працівників (і в тому випадку, коли вагітні жінки виступають постачальниками догляду за собою, тобто у випадку самопомогі, що вони мають доступ і розуміння необхідної інформації). Крім того, всі рекомендації припускають, що медичні працівники категорії, рекомендованої або запропонованої для певних завдань, пройшли належну підготовку і отримали всю необхідну інформацію щодо цих завдань до їх виконання.

3.2 Послуги, доступні на всіх етапах ланцюга допомоги

Цей розділ охоплює теми інформації, консультування та взаємозв'язків з іншими видами догляду або послуг, які могли бути необхідними або бажаними до, під час та / або після процедури або процесу аборту.

Надання науково точної та зрозумілої інформації всім жінкам, які переривають вагітність, а також позачергове добровільне консультування всіх за запитом є важливим елементом якісної допомоги при абортів, що відповідає правам людини (див. підрозділ 1.3.2 глави 1). Надання інформації та консультацій (за бажанням), а також доступ до направлення на інші супутні послуги повинні починатися на етапі перед абортів і відбуватися на всіх рівнях ланцюга догляду. При цьому кожній людині повинна бути надана вся інформація, необхідна для прийняття обґрунтованого рішення про застосування контрацепції.

3.2.1 Інформування

Інформація, що стосується аборту для людей, які розглядають можливість аборту або звертаються за допомогою для переривання вагітності або після неї, повинна охоплювати:

- доступні методи переривання вагітності та анестезії;
- інформація, що стосується вільної та інформованої згоди;
- інформація про те, що буде відбуватися до, під час і після процедури або переривання вагітності, включаючи тести і методи анестезії, які можуть знадобитися, а

також будь-які аспекти догляду, які можуть бути виконані самостійно, з віддаленою підтримкою або без неї при бажанні;

- як людина може відчувати себе під час і після процедури або процесу абортів і як довго може тривати процедура / процес, а також відновлення;

- коли можна буде відновити нормальну діяльність, в тому числі статевий акт;

- як розпізнати потенційні побічні ефекти і симптоми вагітності, що триває (які можуть тимчасово зберігатися навіть у разі успішного переривання вагітності або можуть свідчити про невдале переривання вагітності), а також інші медичні причини звернення за медичною допомогою, включаючи такі ускладнення, як тривала кровотеча або лихоманка;

- коли, де і як отримати доступ до подальшої допомоги або інших супутніх послуг, які можуть бути бажаними, таких як консультування (підрозділ 3.2.2), контрацепція (див. підрозділ 3.5.4) та інші послуги (розділ 3.2.3).

НАДАННЯ ПОСЛУГ Рекомендація 4: Надання інформації про допомогу при абортів

Категорія медичних працівників	Рекомендація	Обґрунтування ^a
Медичні працівники громади	Рекомендується	Заходи зі зміцнення здоров'я, що проводяться медичними працівниками громади, загалом добре сприймаються та реалістичні в багатьох країнах, де існує сильна програма навчання медичних працівників громади (помірно достовірні докази). Існує високий потенціал для збільшення справедливого доступу до інформації про абортів та якісної допомоги шляхом навчання медичних працівників громади надання основної інформації про абортів.
Персонал аптеки	Пропонується Умова: У середовищі, де працівник працює під безпосереднім наглядом фармацевта і є доступ або звернення до відповідних медичних послуг.	Було виявлено недостатньо прямих доказів безпеки, ефективності та прийнятності цього варіанту. Однак у багатьох країнах жінки часто звертаються до співробітників аптек за консультацією при затримці місячних (помірно достовірні докази). Хоча немає переконливих доказів ефективності втручань для навчання персоналу аптек, потенційна користь від їх навчання надання основної інформації переважає потенційну шкоду від ненадання інформації або надання неправильної інформації.
Категорія медичних працівників	Рекомендація	Обґрунтування ^a
Фармацевти	Рекомендується	Кваліфікація фармацевтів дозволяє їм надавати інформацію про лікарські засоби, які вони відпускають. Є дані про ефективність надання навчання та консультацій фармацевтами з

		хронічних захворювань (від низької до середньої впевненості). У багатьох країнах жінки часто звертаються до фармацевтів за порадою щодо затримки менструації (помірно достовірні докази).
Фахівці з народної та допоміжної медицини Медичні сестри, що виконують допоміжні функції / Медсестра-акушерка, яка виконує допоміжні функції медичні сестри фельдшери / помічники лікаря Лікарі загальної практики Лікарі -спеціалісти	Рекомендується	В межах звичайної практики, таким чином, докази не оцінювалися.

Джерело: Рекомендація ВООЗ (2015) (23).

Коментар щодо оновлення рекомендації: Ця рекомендація існувала і раніше. Докази цієї рекомендації щодо персоналу аптек були проаналізовані за допомогою системи GRADE, оскільки це була єдина категорія медичних працівників, для яких не було сильної рекомендації («рекомендованої») для цього завдання. Після ознайомлення з доказами існуюча слабка рекомендація («запропонована») залишилася незмінною. Огляд доказів представлений у додатковому матеріалі 3, таблиці «Від доказів до рішень» щодо «Надання інформації працівниками аптеки».

а Маючи обмежені докази щодо багатьох комбінацій «категорія «медичний працівник-завдання», дискусії експертної групи щодо цього та всі рекомендації щодо категорій медичних працівників керувалися Межами компетенцій, включеною до публікації ВООЗ «Сексуальне та репродуктивне здоров'я: основні компетенції в первинній медичній допомозі» (121), опублікований у 2011 році. Межа компетенції надає інформацію про компетенції (включаючи навички та знання), необхідні для виконання кожного завдання, а також про критерії WHO-INTEGRATE, зокрема, доцільність, справедливість і прийнятність втручань, а також жіночі цінності і переваги.

Конкретних вимог до місця обслуговування (в медичному закладі або за його межами) немає, але існує необхідність забезпечення конфіденційності та конфіденційності надання інформації, з особливою увагою до ситуацій, коли інформація відбувається за межами медичних установ, таких як аптеки та громадські місця, оскільки інфраструктура та процедури в таких місцях можуть ускладнити конфіденційність.

Аспекти впровадження

- Інформація про переривання вагітності може надаватися різними способами, наприклад, з віддаленим доступом через гарячі лінії та телемедицину, використовуючи такі підходи, як зменшення шкоди та охоплення громади (див. розділ 3.6), а також у особистому спілкуванні з медичними працівниками.

- Інформація повинна бути доступною, зрозумілою і надаватися в форматах, розрахованих на неписьменне населення і людей з іншими розвиненими можливостями.

КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ПРАВ ЛЮДИНИ, ЩОПОВ'ЯЗАНІ З НАДАННЯМ ІНФОРМАЦІЇ

- Інформована згода вимагає надання повної та достовірної, доказової інформації.
 - Достовірна інформація про переривання вагітності повинна надаватися з повагою до приватного життя і конфіденційності.
 - Право людини на відмову від надання такої інформації має поважатися.
 - Інформація про переривання вагітності повинна бути доступна кожному без згоди або дозволу третіх осіб. Це стосується і наявності інформації про переривання вагітності у підлітків без згоди або дозволу батьків, опікуна або іншого органу.
 - Інформація повинна надаватися без дискримінації, упередженості та поваги. Це не повинно підживлювати стигму чи дискримінацію.
 - Необхідно заборонити поширення завідомо неправдивої інформації, приховування і цензуру інформації.
 - Інформація повинна бути якісною і прийнятною для її одержувача; вона повинна бути чітко представлена, достовірна і науково обґрунтована.
- Для отримання додаткової інформації та ресурсів, будь ласка, зверніться до Рамки 1.2 та Веб-додатку А: Ключові міжнародні стандарти прав людини щодо абортів.

3.2.2 Пропозиція консультації та її організація

Деякі люди хочуть отримати консультацію до або після переривання вагітності. Консультування – це не лише надання інформації. Це цілеспрямований, інтерактивний процес, в якому людина добровільно отримує підтримку, інформацію та недирижовані поради від людини, яка пройшла спеціальну підготовку (122) в середовищі, що сприяє обміну думками, почуття, сприйняття і особисті переживання. На додаток до спеціалізованих знань про послуги з переривання вагітності та допомоги, необхідної як для інформації, так і для консультування, остання також вимагає спеціалізованої консультаційної підготовки. Консультування є ключовим елементом у наданні допомоги при абортах і після абортів.

При пропонуванні та організації консультування важливо застосовувати наступні рекомендації:

- переконатися в тому, що людина хоче отримати консультацію, і дати зрозуміти, що консультування не обов'язково;
- забезпечувати конфіденційність і конфіденційність;
- розпитувати консультантів про їхні потреби, про те, що їх турбує, виділяти час, який їм потрібен, і активно прислухатися до їхніх потреб і уподобань;
- під час консультації висвітлити відповідну інформацію (наприклад, інформацію, надану в розділі 3.2.1);
- передавати інформацію шанобливо, без осуду і таким чином, щоб інформація була зрозумілою / адаптованою до потреб особи, яку консультують;
- підтримати консультанта і переконатися, що адекватні відповіді на питання консультанта були отримані, а надана інформація зрозуміла;
- надати всі відповідні варіанти, адаптовані до потреб особи, яку консультують, уникаючи при цьому нав'язування консультанту своїх особистих цінностей і переконань; і
- дати зрозуміти особі, яку консультують, що рішення про вибір послуг, що надаються, покладається на особу, яку консультують.

НАДАННЯ ПОСЛУГ Рекомендація 5: Організація консультування

Категорія медичних працівників	Рекомендація	Обґрунтування
--------------------------------	--------------	---------------

Медичні працівники громади	Рекомендується	Було виявлено недостатньо прямих доказів безпеки, ефективності та прийнятності цього варіанту, але непрямі дані вказують на те, що втручання у зміцнення здоров'я, що проводяться медичними працівниками громади, як правило, добре сприймаються, ефективні та здійсненні в багатьох країнах, а медичні працівники громади часто виступають посередниками між системою охорони здоров'я та жінками, які шукають допомоги, пов'язаної з абортами. (докази помірної достовірності). Експертна група підтвердила доцільність цього варіанту та його потенціал для збільшення рівного доступу до якісної допомоги при абортах.
Персонал аптеки	Пропонується Умова: Надання збалансованого консультування (тобто як щодо медичних, так і хірургічних методів переривання вагітності) та доступу до відповідних медичних послуг або направлення до них, якщо жінка вирішить перервати вагітність хірургічним шляхом.	Хоча прямих доказів безпеки, ефективності або прийнятності такого варіанту не знайдено, навички та знання, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до структури компетенцій), відповідають компетенціям цієї категорії медичних працівників. ^a Експертна група підтвердила доцільність цього варіанту та його потенціал для збільшення справедливого доступу до якісної допомоги при абортах.
Фармацевти	Пропонується Умова: Надання збалансованого консультування (тобто як з медичних, так і з хірургічних методів переривання вагітності) та наявність доступу до відповідних медичних послуг або направлення на таку допомогу у випадку, якщо жінка вирішить перервати вагітність хірургічним шляхом.	Хоча прямих доказів безпеки, ефективності або прийнятності такого варіанту не знайдено, навички та знання, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до структури компетенцій), відповідають компетенціям цієї категорії медичних працівників. ^a Фармацевти достатньо кваліфіковані, щоб надати інформацію про лікарські засоби, які вони відпускають. Є дані про ефективність надання навчання та консультацій фармацевтами з хронічних захворювань (від низької до середньої впевненості). У багатьох країнах жінки часто звертаються до фармацевтів за порадою з приводу затримки місячних (помірно достовірні докази). Фармацевтам рекомендується надавати допомогу по всіх трьох підзавданням

		медикаментозного абортів на < 12 тижні (Рекомендація 28). Отже, експертна група підтвердила доцільність збалансованого консультування фармацевтів з питань переривання вагітності, в тому числі хірургічного втручання.
Фахівці з традиційної та допоміжної медицини	Рекомендується	Хоча прямих доказів безпеки, ефективності або прийнятності такого варіанту не знайдено, навички та знання, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до структури компетенцій), відповідають компетенціям цієї категорії медичних працівників. ^a
Медичні сестри, які виконують допоміжні функції / медичні сестри-акушерки, Які виконують допоміжні функції	Рекомендується	Консультування є частиною основних компетенцій для цієї категорії медичних працівників, і це завдання є частиною їх звичайних трудових обов'язків. ^b
Акушерки	Рекомендується	Консультування є частиною основних компетенцій для цієї категорії медичних працівників, і це завдання є частиною їх звичайних трудових обов'язків. ^b
Фельдшери / асистенти лікаря	Рекомендується	Консультування є частиною основних компетенцій для цієї категорії медичних працівників, і це завдання є частиною їх звичайних трудових обов'язків. ^b
Лікарі загальної практики, лікарі-спеціалісти	Рекомендується	В рамках звичайної практики, ^b таким чином, докази не оцінювалися.

Джерело: Рекомендація ВООЗ (2015) (23).

Комментар щодо оновлення інформації: Ця рекомендація існувала і раніше. Докази цієї рекомендації, що стосуються фахівців з традиційної та допоміжної медицини, фармацевтів, персоналу аптек та медичних працівників громади, були проаналізовані за допомогою системи GRADE, оскільки вже існували вагомі рекомендації («рекомендовані») для інших категорій медичних працівників для виконання цього завдання. Після ознайомлення з доказами рекомендації для всіх чотирьох з цих категорій медичних працівників були змінені з «не рекомендованих» на «запропоновані» для фармацевтів та аптечного

персоналу, а також з «запропонованих» на «рекомендовані» для традиційних та підтримуючих лікарів та медичних працівників громади. Огляд доказів представлений у Додатковому матеріалі 3, Від доказів до рішень таблиці "Консультування до та після абортів".

а За наявності обмежених доказів щодо багатьох комбінацій «категорія медпрацівника – завдання», обговорення експертної групи з цього питання та всі рекомендації, що стосуються категорій медичних працівників, керувалися Рамкою компетенцій, включеною до публікації ВООЗ «Сексуальне та репродуктивне здоров'я: основні компетенції в первинній медичній допомозі» (121), опубліковано в 2011 році. Рамка надає інформацію про компетенції (включаючи навички та знання), необхідні для виконання кожного завдання, а також про критерії WHO-INTEGRATE, зокрема, доцільність, справедливість і прийнятність втручання, а також жіночі цінності і переваги.

Конкретних вимог до місця обслуговування (в медичному закладі або за його межами) немає, але існує необхідність забезпечення конфіденційності та конфіденційності надання інформації, з особливою увагою до ситуацій, коли інформація відбувається за межами медичних установ, таких як аптеки та громадські місця, оскільки інфраструктура та процедури в таких місцях можуть ускладнити конфіденційність.

Коментар робочої групи: інформацію щодо вибору методу переривання вагітності надає лікар акушер-гінеколог з урахуванням індивідуальних особливостей кожної жінки. Працівники аптек можуть консультувати лише з особливостей використання лікарських засобів (Наказ МОЗ України від 29 березня 2002 р. № 117, зі змінами згідно Наказу МОЗ України від 25.01.2023 року № 138).

Аспекти впровадження

1. Консультації можуть надаватися як людям, які прагнуть до переривання вагітності, так і їх партнерам, членам сім'ї або іншим людям з ними, якщо жінка бажає, щоб вони були присутні.

- Хоча консультаційні послуги повинні надаватися і бути доступними, жінка завжди повинна мати можливість відмовитися від отримання таких послуг.

- Консультування повинно бути адаптоване до потреб консультанта та враховувати їх; Молоді люди, особи, які пережили сексуальне або гендерно-обумовлене насильство, або члени маргіналізованих груп можуть мати різну інформацію або запити на консультації.

- Зміст консультації та використовуваний підхід повинні бути адаптовані залежно від причини, з якої людина звертається до послуг з переривання вагітності (наприклад, індукований аборт, внутрішньоутробна загибель плода, дефект плода). Тому важливо, щоб консультант знав про ситуацію та потреби осо, яку консультують, та враховував їх.

- Існують різні моделі надання консультаційних послуг до та після абортів, таких як віддалений доступ через гарячі лінії та телемедицину, а також такі підходи, як консультування щодо зменшення шкоди та роз'яснювальна робота з громадою.

КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ПРАВ ЛЮДИНИ, ЩО СТОСУЮТЬСЯ КОНСУЛЬТУВАННЯ

- Консультування повинно бути добровільним і за згодою жінки, т. ч. не повинно бути обов'язковим. Право жінки на відмову від консультування має поважатися.

- Консультування повинно бути організовано відповідно до конфіденційності та конфіденційності особи, яку консультують.

- Консультування повинно бути прийнятним і якісним, т.ч. інформація повинна бути зрозумілою одержувачу, достовірною і заснованою на доказах.

- Консультування має бути вільним від дискримінації та неупередженим.

- Поширення завідомо неправдивої інформації, приховування та цензура інформації повинні бути заборонені.

- Консультації повинні бути доступні всім без згоди або дозволу третіх осіб, і це також стосується наявності консультування для підлітків без згоди або дозволу батьків, опікуна або іншого органу.

Для отримання додаткової інформації та ресурсів, будь ласка, зверніться до вікна 1.2.

3.2.3 Зв'язок з додатковими послугами

Людям, які прагнуть зробити аборт, можуть знадобитися додаткові послуги (122). У разі необхідності лікувати або направляти жінку до іншого постачальника послуг з догляду для лікування інших станів або задоволення її нагальних потреб. Це включає видачу направлень на консультацію та тестування на інфекції, що передаються статевим шляхом, включаючи ВІЛ, отримання послуг контрацепції за бажанням жінки та послуги підтримки для постраждалих від гендерно зумовленого насильства або допомога у доступі до таких послуг.

3.3 Допомога перед абортom

У цьому розділі висвітлюється інформація та рекомендації, що стосуються, по-перше, обов'язкових періодів очікування та дозволу третіх осіб, а також рекомендації щодо ізоімунації резус-системи, антибіотикопрофілактики, визначення терміну вагітності, анестезії, а також підготовки шийки матки до хірургічного переривання вагітності. Розділ також містить рекомендації щодо обмежень щодо категорій медичних працівників, які можуть здійснювати аборт, а також сумлінне заперечення.

3.3.1 Обов'язкові періоди очікування на вимогу держави, медичних установ або медичних працівників

У ряді країн медичні установи або медичні працівники вимагають, щоб жінки мали певний час очікування між подачею заявки на аборт і отриманням послуги. Ці накладені затримки також відомі як обов'язкові періоди очікування. У деяких випадках жінки також зобов'язані отримати пораду або рекомендацію (іноді упереджену) (див. розділи 3.2.1 та 3.2.2), відвідати заклад охорони здоров'я на початку та наприкінці періоду очікування та/або пройти обов'язкове УЗД у такі періоди очікування (див. підрозділ 3.3.5, Рекомендація 10 щодо УЗД перед абортom).

ЗАКОНОДАВСТВО ТА ПОЛІТИКА Рекомендація 6: Обов'язкові періоди очікування

Не рекомендується встановлювати обов'язкові терміни очікування до переривання вагітності.

Коментар щодо оновлення рекомендації: Ця та інші законодавчі та політичні рекомендації не є новими. Настанови ВООЗ щодо безпечного переривання вагітності 2012 року містять консолідовану законодавчу та політичну рекомендацію (19); ця настанова розділила цю рекомендацію на сім окремих рекомендацій за допомогою системи GRADE.

Обґрунтування

Визначити вплив обов'язкових періодів очікування на осіб, які звертаються за допомогою по перериванню вагітності на медичних працівників. Був проведений систематичний огляд досліджень, опублікованих між 2010 і 2020 роками, і виявлено 33 дослідження, проведених в США. Узагальнені результати цих досліджень представлені в Додатковому матеріалі 1, таблиці «Від доказів до рішень» на тему «Обов'язкові періоди очікування». Проаналізовані дані вказують на те, що обов'язкові періоди очікування відтермінують отримання допомоги при аборті, іноді до того, що аборт або вибір методу переривання вагітності стає недоступним для жінок у цій країні.

Дані також свідчать про те, що обов'язкові періоди очікування збільшують вартість абортu і можуть призвести до того, що аборт стане неможливим. Як наслідок, вагітність

продовжуватиметься всупереч бажанням людини, яка прагне зробити аборт, особливо серед жінок з обмеженими ресурсами, підлітків, молодих жінок, расових чи етнічних меншин та тих, кому доводиться долати великі відстані, щоб отримати послуги з переривання вагітності.

Дослідження показали, що люди, які звертаються за допомогою абортів, негативно сприймають обов'язкові періоди очікування як обмеження їх доступу до абортів. Для деяких жінок логістичні та економічні проблеми обов'язкового періоду очікування, такі як необхідність розподілу часу на роботу або навчання, додаткові витрати на поїздки та / або догляд за дітьми, означали, що вони були змушені розкривати інформацію про вагітність іншим. незважаючи на те, що міжнародне гуманітарне право вимагає від держав гарантувати надання послуг у спосіб, що поважає конфіденційність та конфіденційність. Дослідження не продемонстрували користі обов'язкових періодів очікування для жінок.

Для медичних працівників обов'язкові періоди очікування збільшують витрати на персонал і загострюють логістичні труднощі, призначаючи додаткові візити або втручання за межами стандартної клінічної практики (наприклад, необґрунтоване УЗД, спеціальні консультації, не підкріплені даними досліджень).

КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ПРАВ ЛЮДИНИ, ЩО СТОСУЮТЬСЯ ОБОВ'ЯЗКОВИХ ПЕРІОДІВ ОЧІКУВАННЯ

- Основна увага в послугах сексуального та репродуктивного здоров'я (СРЗ) повинна бути зосереджена на їх доступності, доступності, прийнятності та якості.
- Держави не повинні регулювати аборти, щоб жінки були змушені вдаватися до небезпечних абортів.
- Кожна людина має право на недискримінацію та справедливий доступ до послуг СРЗ.
- Послуги СРЗ повинні надаватися конфіденційно.

3.3.2 Дозвіл третьої особи на переривання вагітності

Вимога щодо дозволу третьої сторони існує, коли відповідно до закону, політики або усталеної практики переривання вагітності третя сторона, крім вагітної жінки, повинна надати свій дозвіл на аборт, навіть у випадках, коли виконуються інші законодавчі вимоги щодо законного переривання вагітності (тобто обґрунтування або обмеження щодо терміну вагітності, див. розділи 2.2.2 та 2.2.3). Треті особи, яким зазвичай потрібно мати дозвіл на переривання вагітності, включають батька, опікуна, чоловіка / дружину, партнера, медичного працівника, орган охорони здоров'я або судовий орган. Вимога дозволу третьої сторони застосовується незалежно від того, чи може особа, яка бажає перервати вагітність, дати згоду на отримання медичної допомоги.

Незалежно від того, чи застосовується вимога про дозвіл третьої сторони, інформована згода користувача послуг з переривання вагітності є обов'язковою умовою для здійснення абортів (інформація про добровільну та інформовану згоду наведена в розділі 1.3.1[v] глави 1).

ЗАКОНОДАВСТВО ТА ПОЛІТИКА Рекомендація 7: Дозвіл третьої сторони

Рекомендується, щоб переривання вагітності було доступним за бажанням жінки, дівчини або іншої вагітної особи без дозволу будь-якої іншої особи, органу або установи.

Примітка:

• Хоча залучення батьків або партнерів до процесу прийняття рішення про переривання вагітності може підтримати і допомогти жінці, дівчині або іншій вагітній людині, воно повинно ґрунтуватися на цінностях і перевагах особи, яка претендує на переривання вагітності, а не накладатися в рамках обов'язкового дозволу третіх осіб.

Коментар стосовно оновлення рекомендації: Ця та інші законодавчі та політичні рекомендації не є новими. Настанова ВООЗ щодо безпечного переривання вагітності 2012

року містить консолідовану законодавчу та політичну рекомендацію (19); ця настанова розділила цю рекомендацію на сім окремих рекомендацій за допомогою системи GRADE.

Обґрунтування

Для визначення впливу вимог сторонніх дозволів на шукачів абортів і медичних працівників були проведені систематичні огляди досліджень, опублікованих в період з 2010 по 2019 рік, а також в огляди були включені 32 дослідження, проведені в Спеціальному автономному районі Гонконгу (Китай), Туреччині і США. Узагальнені результати цих досліджень представлені в Додатковому матеріалі 1, таблиці «Від доказів до рішень» на тему «Резолюція третьої сторони». Докази вказують на те, що вимоги до дозволу третіх сторін були пов'язані з прокрастинацією при перериванні вагітності. Для неповнолітніх такі затримки іноді, хоча і не завжди, зменшувалися за рахунок використання дозволу суду для обходу вимоги дозволу батьків. Однак такий обхідний шлях може бути тривалим і обтяжливим, в той час як ймовірність необхідності його використання набагато вище для неповнолітніх представників етнічних меншин або населення з більш низьким соціально-економічним статусом. Докази вказують на те, що підлітки та жінки прагнуть обійти вимоги батьків/подружжя щодо дозволу, щоб уникнути очікуваного насильства, примусової репродуктивної діяльності та дисгармонії сім'ї.

Ряд досліджень описує «повідомлення батьків» або «залучення батьків» без використання терміну «батьківський дозвіл». Оскільки ці умови можуть включати вимогу дозволу батьків та обов'язкового розкриття інформації про те, що неповнолітня дівчина звертається за послугами з переривання вагітності, тим самим створюючи можливості для батьківської заборони, ці дослідження були включені до доказової бази з цього питання. Ці дослідження зміцнили зв'язок між обов'язковим залученням батьків (включаючи дозвіл) та бар'єрами для доступу до абортів (включаючи затримки, продовження вагітності, очікуване міжособистісне насильство або експлуатацію, примус до виконання репродуктивних функцій, дисгармонію в сім'ї та пошук небезпечних послуг з переривання вагітності).

Вимога дозволу третьої сторони несумісна з міжнародним гуманітарним правом, згідно з яким держави не повинні обмежувати доступ жінок до медичних послуг на тій підставі, що вони не мають дозволу від чоловіків, партнерів, батьків або органів охорони здоров'я, їх неодруженого статусу або тому, що вони є жінками. Отже, докази підкреслюють важливість вимог міжнародного гуманітарного права про те, що послуги СРЗ повинні надаватися з повагою і повагою до приватного життя і конфіденційності жінок і дівчат, що держави повинні захищати жінок, які прагнуть припинення вагітності, і що держави повинні визнавати зростаючі можливості підлітків (див. Розділ 1.3.1[v]).

Коментар робочої групи: інформована згода підписується фізичною особою, яка досягла 14 років за участі батьків або опікунів. Особам, які не досягли 14 років, інформована згода підписується батьками або опікунами (Цивільний Кодекс України ч.3 ст.284).

КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ПРАВ ЛЮДИНИ, ЩО СТОСУЮТЬСЯ ДОЗВОЛУ ТРЕТІХ СТОРІН

- Держави не повинні обмежувати доступ жінок до медичних послуг на тій підставі, що вони не мають дозволу від своїх чоловіків, партнерів, батьків або органів охорони здоров'я, їх неодруженого статусу або тому, що вони жінки.
- Послуги сексуального та репродуктивного здоров'я (СРЗ) повинні надаватися приватним та конфіденційним способом.
- Держави не повинні регулювати аборти, щоб жінки були змушені вдаватися до небезпечних абортів.
- Держави повинні вжити заходів для зниження материнської смертності та захворюваності, а також захистити жінок і дівчат від ризиків для фізичного та психічного здоров'я, пов'язаних з небезпечним абортom, включаючи перегляд відповідного законодавства.
- Кожен має право на конфіденційність і конфіденційність при доступі до послуг СРЗ.

- Основна увага в послугах СРЗ повинна бути зосереджена на їх доступності, доступності, прийнятності та якості.

3.3.3 Резус-ізоімунізація

Резус ((Rh)-ізоімунізація є різновидом гемолітичної хвороби плода та новонароджених (ГХПН). Зокрема, це виробка антирезус-антитіл на поверхні еритроцитів іншої людини (тобто плоду вагітної жінки) (123).

КЛІНІЧНІ ПОСЛУГИ Рекомендація 8 (НОВА): Резус-ізоімунізація для переривання вагітності в терміні < 12 тижнів

Як для медикаментозного, так і для хірургічного переривання вагітності в терміні гестації < 12 тижнів: **Не рекомендується** введення антирезус-імуноглобуліну (D) .

Примітка:

- У гестаційному віці ≥ 12 тижнів застосовується стандарт допомоги за введенням антирезус-імуноглобуліну (D).

Обґрунтування

Ефективність рутинного введення анти-резус-імуноглобуліну (D) несенсибілізованим резус-негативним жінкам, які переривають вагітність, була оцінена в систематичному огляді. Існує кілька досліджень, які розглядали ізоімунізацію резус- несенсибілізованих резус-негативних жінок, які прагнуть переривати вагітність до 12 тижнів вагітності. Лише два дослідження відповідали критеріям включення до огляду; обидва були проведені в 1972 році в Ізраїлі та США (124, 125). Огляд доказів представлений у Додатковому матеріалі 2, Від доказів до таблиць рішень щодо резус- ізоімунізації.

Докази ефективності втручання можуть бути на користь втручання, так як після першої вагітності антитіла сформувалися у меншій кількості жінок з інтервенційної групи (введення анти-резус-імуноглобуліну (D)), в порівнянні з групою порівняння (без введення анти-резус-імуноглобуліну (D)), і ніякої шкоди (небажаних наслідків) цього втручання не було. Однак, враховуючи всі необхідні ресурси, економічну ефективність та доцільність з введенням антирезус-імуноглобуліну (D), а також дуже низькою достовірністю доказів його ефективності, група дійшла висновку, що в цілому докази не підтверджують втручання, і вирішила не рекомендувати введення анти-резус-імуноглобуліну (D) у гестаційному віці < 12 тижнів, а не < 9 тижнів, як зазначено в Настановах щодо перегляду 2012 року (19). Цю нову рекомендацію можна обґрунтувати наступним чином: (i) Наявність крові плода в організмі жінок з резус-негативною кров'ю на ранніх термінах вагітності не обов'язково корелює з розвитком резус-аллоімунізації, і якщо до цього сценарію застосувати результати пілотного дослідження, то теоретично шанси утворення антитіл при контакті резус-негативних жінок з резус-антигенами фетальних клітин крові дорівнюють нулю (126); (ii) Дослідження, в якому порівнювалася частота резус-аллоімунізації в двох країнах, продемонструвало безпеку нелікування резус-негативних жінок, які мали спонтанне переривання вагітності до 10 тижнів вагітності (127); (iii) ВООЗ рекомендує тільки антенатальну профілактику резус-імуноглобуліну (D) нечутливим вагітним жінкам на 28 і 34 тижні вагітності для запобігання алоімунізації RhD в контексті ретельних досліджень (128).

Аспекти впровадження

• Рутинне лабораторне дослідження, включаючи резус-тестування, не є необхідним для переривання вагітності на будь-якому терміні.

• Визначення резус-статусу і пропозиція профілактичного введення анти-резус-імуноглобуліну не вважаються обов'язковими умовами для медикаментозного переривання вагітності на ранніх термінах до 12 тижнів.

КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ПРАВ ЛЮДИНИ, ЩО СТОСУЮТЬСЯ РЕЗУС-ІЗОІМУНІЗАЦІЇ

- Держави повинні забезпечити доступ до сучасних наукових технологій, необхідних жінкам

3.3.4 Антибіотикопрофілактика

Роль антибіотиків актуальна при хірургічному аборті. Наявність інфекції в нижніх статевих шляхах при хірургічному перериванні вагітності є фактором ризику інфекцій статевих шляхів після переривання вагітності (129). Метою введення антибіотиків під час переривання вагітності (профілактики) є запобігання подібних ускладнень хірургічного переривання вагітності.

КЛІНІЧНІ ПОСЛУГИ Рекомендація 9: Антибіотикопрофілактика при хірургічному та медикаментозному перериванні вагітності

а. При хірургічному перериванні вагітності, незалежно від ризику запальних захворювань малого таза у жінки: **Рекомендується** правильна перед- або періопераційна антибіотикопрофілактика.

б. При медикаментозному перериванні вагітності: Профілактичний прийом антибіотиків **не рекомендується**.

Примітка:

- Відсутність антибіотиків не повинна бути обмеженням доступу до послуг з переривання вагітності.

Джерело: Рекомендація 11, перенесена з Настанови ВООЗ (2012) (19). Формулювання рекомендації було змінено, щоб вказати, що це сильні рекомендації. Також за підсумками обговорення в експертній групі слова «рутинний прийом» (у пункті 9б) було замінено словом «призначення».

Аспекти впровадження

Введення одноразових доз препаратів з груп нітроїмідазолів, тетрациклінів або пеніцилінів продемонструвало свою ефективність в якості антибіотикопрофілактики при хірургічному перериванні вагітності.

Для отримання інформації про те, які категорії медичних працівників можуть виконувати це втручання, зверніться до Рекомендації 24 щодо вакуумної аспірації (< 14 тижнів) та Рекомендації 26 щодо дилатації та евакуації (D&E) (≥ 14 тижнів).

КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ПРАВ ЛЮДИНИ, ПОВ'ЯЗАНІ З АНТИБІОТИКОПРОФІЛАКТИКОЮ

- Держави повинні забезпечити належний доступ до доступних життєво необхідних лікарських засобів без дискримінації.
- Для отримання додаткової інформації та ресурсів зверніться до вікна 1.2 та веб-додатку А: Ключові міжнародні стандарти прав людини щодо абортів.

3.3.5 Визначення гестаційного терміну вагітності

Визначення терміну вагітності - це крок, який передуює вибору найбільш оптимального методу переривання вагітності. Існує кілька способів визначення терміну вагітності. Визначення терміну вагітності може здійснюватися тільки на підставі дати настання останньої менструації або в комплексі з використанням підтвердженого інструменту (наприклад, мобільного додатку, чек-листа або календаря вагітності), що дає жінці можливість самостійно оцінити термін вагітності. Коли дата настання останньої менструації невідома, гестаційний вік можна визначити шляхом клінічного / фізичного обстеження (тобто бімануального обстеження органів малого таза та черевної порожнини) або за допомогою ультразвукового дослідження. Обидва дослідження використовуються

для оцінки розмірів матки на тижнях вагітності, що відповідає розмірам вагітної матки в тому ж гестаційному віці, визначеному виходячи з дати початку останньої менструації. В цілому необхідно використовувати найменш інвазивний метод, відповідний для даної ситуації і доступний в медичному закладі..

Плановий скринінг на позаматкову вагітність до медикаментозного переривання вагітності не потрібен. Частота позаматкових вагітностей серед тих, хто прагне зробити аборт, нижча, ніж у загальній популяції (130). Навіть для прогресуючих вагітностей ВООЗ рекомендує тільки одне УЗД на терміні до 24 тижнів гестації (раннє УЗД) для визначення терміну вагітності, поліпшення виявлення вад розвитку плода і багатоплідної вагітності, зниження частоти індукції при переношеній вагітності і поліпшення гестаційного досвіду жінки (128).

КЛІНІЧНІ ПОСЛУГИ Рекомендація 10: УЗД перед перериванням вагітності

Як при медикаментозному, так і хірургічному перериванні вагітності: **Не рекомендується** використовувати УЗД як умову надання послуг з переривання вагітності.*

Примітка:

- Правові положення, що обмежують доступність послуг з переривання вагітності в залежності від терміну Вагітності, можуть вимагати або призвести до використання ультразвуку для перевірки гестаційного віку до переривання вагітності, навіть у випадках, коли немає клінічної необхідності. Зняття законодавчих обмежень доступу до переривання вагітності в залежності від терміну виношування плоду (див. Рекомендацію 3) має дати можливість уникнути необґрунтованих ультразвукових досліджень до переривання вагітності, а також поліпшити доступність послуг з переривання вагітності в умовах важкого доступу до УЗД.

*В окремих випадках можуть бути клінічні причини для ультразвукового дослідження перед перериванням вагітності.

Джерело: Рекомендація 12, перенесена з Настанови ВООЗ (2012) (19). Рекомендація була переформована, щоб використовувати слово "не рекомендується", щоб пояснити, що це була сильна рекомендація не на користь втручання. Також після обговорення в експертній групі слово «рутина» було замінено словами «як умова» для більшої наочності.

КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ПРАВ ЛЮДИНИ, ЩО СТОСУЮТЬСЯ ВИЗНАЧЕННЯ ГЕСТАЦІЙНОГО ТЕРМІНУ ВАГІТНОСТІ

- Вся інформація про термін вагітності повинна бути повною, достовірною і науково обґрунтованою. Вона не повинна передбачатися з метою управління рішеннями.

- Як і інша інформація про стан здоров'я, інформація про термін вагітності повинна бути якісною, достовірною і доступною. Вона повинна бути надана шанобливо і прийнятно для одержувача інформації. Це не повинно підживлювати стигму та дискримінацію.

- Якщо є інформація про термін вагітності, вона повинна бути надана людям з дотриманням конфіденційності та конфіденційності.

- Право жінки на відмову від такої інформації має бути дотримано. Сюди входить право відмовитися від перегляду ультразвукових знімків.

3.3.6 Знеболення при перериванні вагітності

Зазвичай переривання вагітності носить в якійсь мірі хворобливий характер. Потреба в анестезії зростає зі збільшенням терміну вагітності. Ступінь болю варіюється в залежності від віку, кількості вагітностей, попередніх вагінальних пологів, дисменореї в анамнезі та рівня тривоги/страху у жінки, яка перериває вагітність (131–134). Менша тривалість процедури була пов'язана з меншим болем (131). Нехтування цим важливим елементом догляду призводить до непотрібного зростання тривожності, дискомфорту і болю, що серйозно погіршує якість догляду і може ускладнити процедуру. Знеболюючі препарати

завжди повинні бути в наявності, їх слід вводити заздалегідь, передбачаючи початок болю, або надавати жінці на випадок, якщо вони знадобляться їй пізніше вдома.

КЛІНІЧНІ ПОСЛУГИ Рекомендації 11–14: Анестезія при хірургічному перериванні вагітності та підготовка шийки матки до переривання вагітності

11. Для анестезії під час хірургічного переривання вагітності в будь-якому гестаційному терміні:

а. **Рекомендується** рутинне надання знеболення (наприклад, нестероїдні протизапальні засоби [НПЗЗ]) і її забезпечення всім бажаним;

б. Рутинне застосування загального наркозу не рекомендується.

НОВІ РЕКОМЕНДАЦІЇ, НАВЕДЕНІ НИЖЧЕ, ВКАЗУЮТЬ НА МЕТОДИ ЗНЕБОЛЕННЯ НА ДОДАТОК ДО НПЗП.

12. (НОВЕ) Для знеболювання при хірургічному перериванні вагітності на гестаційному терміні < 14 тижнів:

а. **Рекомендується** застосування парацервікальної блокади;

б. **Пропонується**, в умовах наявності седативних засобів, запропонувати седацію для анестезії¹³ в поєднанні з парацервікальною блокадою.

13. (НОВЕ) Для знеболювання при підготовці шийки матки осмотичними дилататорами до переривання вагітності в гестаційному терміні ≥ 14 тижнів:

Пропонується застосування парацервікальної блокади. (Див. також розділ 3.3.7 про підготовку шийки матки до хірургічного переривання вагітності.)

Примітка:

• При підготовці шийки матки (рекомендація 13) можуть використовуватися додаткові знеболюючі засоби, наприклад, вагінальний гель.

14. (НОВЕ) Для знеболювання при хірургічному перериванні вагітності в гестаційному терміні ≥ 14 тижнів:

а. **Рекомендується** застосування парацервікальної блокади; і **б.** **Пропонується**, в умовах наявності седативних засобів, запропонувати седацію для знеболювання в комбінації з парацервікальною блокадою.

Джерело: Настанова ВООЗ 11 (2012), оновлена (19). Рекомендації 12–14 є новими.

Коментар щодо оновлення рекомендації: Рекомендація 11а раніше була опублікована як частина Рекомендації 14 Довідника ВООЗ (2012) (19). Докази цієї рекомендації були проаналізовані за методологією GRADE. Після аналізу в оновленій версії рекомендації ми розділили першу частину оригінальної рекомендації наступним чином: формулювання, що стосується хірургічного переривання вагітності, залишилися в цій рекомендації (11а), а рекомендація щодо ліків аборт надавався окремо (15). Ми також відредагували формулювання, щоб згадати про надання знеболюючих препаратів жінкам і окремо відредагували і відредагували другу частину рекомендації, яка стосується загальної анестезії (Рекомендація 11б).

Обґрунтування рекомендацій 11б і 12

Доказовою базою для оцінки схем анестезії при хірургічному перериванні вагітності в терміні < 14 тижнів вагітності став оновлений Кокранівський огляд¹⁴. Тридцять досліджень на тему анестезії при хірургічному перериванні вагітності були знайдені за допомогою стратегії пошуку. З цих досліджень дев'ять були проведені у Франції, Ісламській Республіці Іран, Норвегія, Туреччина і США стали центром доказів цих рекомендацій. Шість досліджень порівняли ефективність парацервікальної блокади (ПЦБ) з плацебо. Одне дослідження порівнювало ефективність ПЦБ із загальним наркозом. Два дослідження порівняли седацію¹⁵ у поєднанні з ПЦБ лише з ПЦБ. Узагальнені результати досліджень

представлені в Додатковому матеріалі 2, Таблицях «Від доказів до рішень» на тему «Анестезія при хірургічному перериванні вагітності на терміні < 14 тижнів».

Комбінована аналгезія з седацією та ПЦБ: У групі седації в комбінації з ПЦБ середній бал болю був нижчим, ніж у групі жінок, які отримували ТІЛЬКИ ПЦБ, на основі доказів помірної впевненості. Крім того, жінки першої групи мали більш високий ступінь задоволеності знеболенням, засновану на доказах високого ступеня впевненості.

Парацервікальна блокада (ПЦБ): Як у комбінації з седацією, так і без неї, середня оцінка болю була нижчою в групі парацервікальної блокади порівняно з плацебо на основі доказів помірної впевненості. Дані високої впевненості свідчать про те, що менше жінок потребували додаткових знеболюючих препаратів, і на основі доказів помірної впевненості задоволеність жінок першої групи була високою.

Загальна анестезія: У групі із загальною анестезією оцінка болю у жінок була нижчою порівняно з лише ПЦБ, заснованою на доказах помірної впевненості. Однак після обговорення необхідних ресурсів, економічної ефективності, доцільності та справедливості призначення загальної анестезії були зроблені висновки не на користь втручання. Крім того, Рекомендація 11b узгоджується з існуючим твердженням, що вакуумна аспірація не вимагає операційної (19).

Обґрунтування рекомендацій 13 і 14

Схеми хірургічного переривання вагітності в гестаційному терміні ≥ 14 тижнів були розглянуті в систематичному огляді. Стратегія пошуку літератури визначила три дослідження, що повідомляють про знеболення та евакуацію (D&E); Всі вони орієнтовані на анестезію під час підготовки шийки матки перед хірургічним втручанням. Узагальнені результати досліджень представлені в Додатковому матеріалі 2, Таблицях «Від доказів до рішень» на тему «Анестезія при хірургічному перериванні вагітності в терміні ≥ 14 тижнів».

Докази високої впевненості вказують на те, що середня оцінка болю була нижчою в групі ПЦБ порівняно з плацебо. Крім того, на основі доказів помірної впевненості, задоволеність жінок у першій групі була вищою. Вагінальний гель може бути використаний як альтернативний метод знеболювання; після введення вагінального гелю оцінка болю була нижчою у більшій кількості жінок порівняно з тими, хто кому ПЦБ була виконана на підставі доказів низької довіри. Підготовка шийки матки проводилася з застосуванням ламінарій. В результаті обговорення цінностей та переваг жінок щодо знеболювання при хірургічному перериванні вагітності, а також необхідних ресурсів та практичної здійсненності застосування ПЦБ було зроблено висновок на користь втручання.

Досліджень щодо анестезії для процедури D&E виявлено не було. Тому експертна група вирішила узгодити ці рекомендації з рекомендаціями щодо анестезії при хірургічному перериванні вагітності на < 14 тижні вагітності (див. Рекомендацію 12).

Для отримання інформації про те, які категорії медичних працівників можуть проводити це втручання, зверніться до Рекомендацій 24 і 26 щодо переривання вагітності хірургічного втручання (вакуумна аспірація та D&E).

Аспекти впровадження

- Необхідно забезпечити достатній запас матеріалів і знеболюючих препаратів.
- Навчання медпрацівників повинно включати методи анестезії, зокрема техніку постановки парацервікальної блокади.

КЛІНІЧНІ ПОСЛУГИ Рекомендації щодо 15 та 16: Знеболювання медикаментами при медикаментозному перериванню вагітності

15. Для медичного переривання вагітності в будь-якому гестаційному терміні: **Рекомендується** регулярно пропонувати анестезію (наприклад, нестероїдними протизапальними препаратами) і надавати її для індивідуального застосування і за бажанням.

НОВА РЕКОМЕНДАЦІЯ НИЖЧЕ ВКАЗУЄ НА МЕТОДИ ЗНЕБОЛЕННЯ НА ДОДАТОК ДО НПЗП.

16. (НОВЕ) Для медикаментозного переривання вагітності в терміні ≥ 12 тижнів:

Пропонується розглянути застосування додаткових методів боротьби з болем або дискомфортом через посилення больових відчуттів при збільшенні терміну вагітності. До таких методів відносяться певні протиблювотні препарати і епідуральна анестезія, якщо така є.

Примітка:

- Для медикаментозного переривання вагітності в гестаційному віці < 14 тижнів, при відсутності або неможливості застосування НПЗП (наприклад, ібупрофену) для наркозу можна використовувати ацетамінофен.

Джерело: Настанова ВООЗ 15 (2012), оновлена (19). Рекомендація 16 нова.

Прокоментуйте оновлення рекомендації: : Рекомендація 15 раніше була опублікована в рамках Рекомендації 14 Настанови ВООЗ (2012) (19). Докази цієї рекомендації оцінювалися за методологією GRADE. Після аналізу доказів в оновленій версії рекомендації ми розділили формулювання оригінальної рекомендації так, що перша частина стосується хірургічного переривання вагітності (див. Рекомендацію 11a), а друга - до ліків (тут, у Рекомендації) 15). Ми також відредагували формулювання, щоб згадати про надання знеболювальних препаратів жінкам.

Вимог до місця надання послуги (в медичному закладі або за його межами) немає.

Обґрунтування рекомендації 15 (а саме для гестаційного терміну < 14 тижнів)

Доказова база для цього ключового питання була отримана з Кокранівського огляду. Застосування стратегії пошуку призвело до п'яти досліджень, що повідомляють про медикаментозний аборт вагітності до 14 тижнів вагітності, які були проведені в Ізраїлі, Великобританії та США. Узагальнені результати досліджень представлені в Додатковому матеріалі 2, Таблицях «Від доказів до рішень» на тему «Анестезія при медичному перериванні вагітності на < 14 тижні».

Три з цих досліджень були оцінені цими порівняннями:

- ібупрофен і плацебо,
- профілактичні та лікувальні дози НПЗП,
- ібупрофен і парацетамол.

Згідно з даними високої впевненості, жінки, які отримували НПЗП, мали нижчий середній бал болю; також менше жінок в цих групах потребували додаткових знеболюючих препаратів. Після обговорення жіночих цінностей і переваг щодо медикаментозного аборту, а також необхідних ресурсів, економічної ефективності та доцільності призначення НПЗП, було прийнято рішення на користь втручання.

Обґрунтування рекомендацій 15 (а саме для гестаційного терміну ≥ 14 тижнів) та 16

Було проведено систематичний огляд, щоб відповісти на це ключове питання. Стратегія пошуку літератури допомогла виявити одинадцять досліджень, які повідомляли про методи анестезії при медикаментозному аборті на ≥ 14 тижні вагітності. Дослідження проводилися в Бельгії, Канаді, Німеччині, Ізраїлі, Італії, Швеція, Таїланд і США. Узагальнені результати досліджень представлені в Додатковому матеріалі 2, Таблицях «Від доказів до рішень» на тему «Анестезія при медичному перериванні вагітності на ≥ 14 тижнів».

Результати цих досліджень були використані для наступних порівнянь:

1. парацервікальна блокада (ПЦБ) і пероральні знеболюючі препарати;
2. НПЗП та не НПЗП/плацебо;
3. протиблювотні засоби і плацебо;
4. протиепілептичні препарати і анксиолітики;
5. епідуральна анестезія з переривчастим і безперервним введенням анестетика;

6. контрольована пацієнтом епідуральна анестезія та контрольоване пацієнтом внутрішньовенне введення фентанілу;
7. контрольований пацієнтом прийом фентанілу та контрольований пацієнтом прийом морфіну;
8. контрольований пацієнтом внутрішньовенний трамадол і внутрішньовенне введення фентанілу під контролем пацієнта.

Порівняння ПЦБ та пероральних знеболюючих препаратів: У дослідженнях, що порівнювали ці втручання, менше жінок відчували сильний біль і час вигнання був коротшим з пероральними знеболюючими препаратами порівняно з ПЦБ, виходячи з доказів помірної впевненості.

Порівняння НПЗП та не-НПЗП/плацебо: У дослідженнях, де проводилося це порівняння, менше жінок потребували додаткових препаратів після застосування НПЗП, заснованих на доказах високого ступеня визначеності. Крім того, на основі доказів помірної впевненості у меншій кількості жінок, які приймали НПЗП, спостерігалися побічні ефекти.

Порівняння протиблювотних препаратів і плацебо: У дослідженнях, що порівнювали це, менше жінок потребували додаткових препаратів після використання протиблювотних препаратів, а також скорочували час вигнання, згідно з доказами помірної впевненості.

Порівняння протиепілептичних препаратів та анксиолітиків: Дослідження, в яких було проведено це порівняння, відзначали меншу частоту побічних ефектів при використанні епідуральної анестезії з періодичним введенням анестетика, засновану на доказах від низького до високого ступеня впевненості. Докази високої впевненості також вказують на більш високу задоволеність жінок, які перенесли анестезію через переривчасту епідуральну анестезію.

Порівняння епідуральної анестезії з переривчастим і безперервним введенням анестетика: У дослідженнях, які проводили це порівняння, спостерігалася нижча частота побічних ефектів при використанні епідуральної анестезії з періодичним введенням анестетика, виходячи з доказів від низького до високого ступеня визначеності. Докази високої впевненості також вказують на більш високу задоволеність жінок, які перенесли знеболення за допомогою переривчастої епідуральної анестезії.

Порівняння контрольованої пацієнтом епідуральної анестезії (КПЕА) та внутрішньовенного фентанілу, контрольованого пацієнтом: Дослідження, які порівнювали це, показали, що жінки в групі КПЕА в середньому давали нижчий бал болю, мали менше побічних ефектів у вигляді блювоти та рідше вимагали седації разом із КПЕА, згідно з доказами помірної впевненості. Крім того, на основі доказів помірної впевненості, жінки в групі КПЕА мали вищу задоволеність послугою.

Порівняння контрольованого пацієнтом морфіну з внутрішньовенним фентанілом, контрольованим пацієнтом: Результати досліджень, що оцінюють це порівняння, вказують на те, що в контрольованій пацієнтом внутрішньовенній групі фентанілу (50 мкг) середня оцінка болю та частота побічних ефектів були нижчими на основі доказів помірної та високої впевненості.

Порівняння контрольованого пацієнтом внутрішньовенного трамадолу та внутрішньовенного фентанілу, контрольованого пацієнтом: Результати досліджень, які оцінювали це порівняння, вказують на те, що в обох групах ступінь знеболення була порівнянна, заснована на доказах низької та середньої впевненості. Докази високої впевненості також вказують на порівнянні оцінки задоволеності жінок турботою, отриманою в обох групах.

Після обговорення цінностей та уподобань жінок щодо медичного аборту, необхідних ресурсів, економічної ефективності та практичної доцільності застосування НПЗП була вирішена на користь цього втручання.

Для отримання інформації про те, які категорії медичних працівників можуть проводити це втручання, зверніться до Рекомендацій 28 і 30 щодо медикаментозного переривання вагітності.

Аспекти впровадження рекомендацій 15 та 16

- Незалежно від способу надання послуги, необхідно чітко повідомити жінці про те, що вона може відчувати біль, що ступінь хворобливості може змінюватися в залежності від індивідуального сприйняття і переносимості. У будь-якому випадку жінці слід надати інформацію про методи знеболювання і забезпечити доступ до адекватних болезаспокійливих.

КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ПРАВ ЛЮДИНИ, ЩО СТОСУЮТЬСЯ ЗНЕБОЛЕННЯ

- Держави повинні забезпечити належний доступ, без дискримінації, до доступних основних лікарських засобів.
- Відмова від надання знеболюючих препаратів може порушити широкий спектр прав людини, включаючи права на здоров'я і автономію в прийнятті рішень.
- Відмова від надання знеболюючих препаратів як покарання за аборт або через те, що вона є складовою допомоги при абортах, може бути порушенням прав людини на рівність і недискримінацію.
- Відмова від надання знеболюючих препаратів може порушити право людини на свободу від жорстокого, нелюдського і такого, що принижує гідність, поводження.

3.3.7 Підготовка шийки матки до хірургічного переривання вагітності

Перед хірургічним перериванням вагітності може бути розглянута можливість підготовки шийки матки у всіх вагітних на будь-якій стадії виношування плоду, а особливо у вагітних більше 12 тижнів. Підготовка шийки матки перед хірургічним абортom особливо корисна жінкам з аномаліями шийки матки або операціями, підліткам і жінкам з більш пізніми вагітностями, так як всі ці категорії мають підвищений ризик травми шийки матки або перфорації, що може привести до кровотечі (135, 136). Підготовка шийки матки також може полегшити недосвідченим медичним працівникам завершення процедури аборту. Однак підготовка шийки матки має і свої недоліки, серед яких, додатковий дискомфорт для жінки, а також збільшення витрат і додатковий час, необхідний для ефективного виконання цієї процедури.

Незалежно від того, використовуються осмотичні розширювачі або медикаменти для підготовки шийки матки до хірургічного переривання вагітності, це робиться заздалегідь. Тому підготовка шийки матки може бути ініційована іншим медичним працівником, а не тим, хто буде виконувати процедуру D&E.

КЛІНІЧНІ ПОСЛУГИ Рекомендація 17: Підготовка шийки матки до хірургічного переривання вагітності в терміні < 12 тижні вагітності

Перед хірургічним перериванням вагітності на < 12 тижнів:

а. При підготовці шийки матки: **Пропонується** використовувати такі схеми прийому препаратів:

1. Міфепристон 200 мг перорально за 24-48 годин до процедури
2. Мізопростол 400мкг сублінгвально за 1–2 години до процедури
3. Мізопростол 400 мкг вагінально або трансбуккально за 2–3 години до процедури

б. Використання осмотичних дилататорів для підготовки шийки матки не рекомендується.

Коментарі:

1. Застосування мізопростолу сублінгвально більш ефективно.
2. Необхідно забезпечити належну анестезію.

Джерело: Оновлена версія рекомендації 7.2 Довідника ВООЗ (2012) (19).

Коментар щодо оновлення рекомендації: Ця рекомендація була переглянута з використанням методології GRADE. Запропонована схема лікування міфепристону шийки матки була залишена без змін, а схеми мізопростолу оновлені з точки зору термінів і способу введення. Використання ламінарії більше не рекомендується. Ці рекомендації замінюють попередню рекомендацію.

Обґрунтування

Докази цього ключового питання були отримані з оновленого Кокранівського огляду. Пошукове оновлення виявило 8 нових досліджень, довівши загальну кількість досліджень з підготовки шийки матки до вакуумної аспірації до 61. Приблизно половина досліджень, включених до цього огляду, були проаналізовані для завершення таблиці «Докази до рішення» (EtD). В огляд були включені наступні методи підготовки шийки матки: медикаментозне лікування із застосуванням міфепристону і / або мізопростолу і механічні способи (Застосування природних або синтетичних осмотичних дилататорів). Узагальнені результати досліджень представлені в Додатковому матеріалі 2, Таблицях «Від доказів до рішень» на тему «Підготовка шийки матки перед хірургічного перериванням вагітності в терміні < 12 тижнів».¹⁶

¹⁶ Для дотримання послідовності рекомендацій пороговий період для виношування плоду становить 12 тижнів, хоча в літературу входили жінки з вагітністю до 14 тижнів, які перенесли вакуумну аспірацію.

Для рекомендації 17a пропонуємо вибір мізопростолу або міфепристону як засобу для підготовки шийки матки до хірургічного переривання вагітності на термін до 12-14 тижнів. Докази помірної впевненості в дослідженнях, що порівнюють ефективність мізопростолу та міфепристону, демонструють коротший час процедури з мізопростолом. Однак використання міфепристону призвело до кращого розширення шийки матки перед процедурою, засноване на доказах помірної впевненості. Докази дуже низького ступеня впевненості свідчать про те, що побічні ефекти були порівнянні в обох групах.

Що стосується термінів введення мізопростолу, то дослідження, що порівнюють терміни введення мізопростолу для цервікального препарату, вказують на найвищу ефективність (тобто розширення шийки матки перед процедурою) при введенні мізопростолу з інтервалом в 3 години. Цей результат ґрунтується на доказах високої впевненості. Хоча оптимальним вважається тригодинний інтервал, експертною групою також обговорювався годинний інтервал на предмет доцільності і допустимості більш короткого періоду очікування до хірургічного переривання вагітності жінкою.

Обґрунтуванням рекомендації 17b є більш тривалий період часу, необхідний для проведення процедури з використанням осмотичних дилататорів, ніж використання мізопростолу для підготовки шийки матки, згідно з доказами високої впевненості. Крім того, були дані помірної впевненості в тому, що показники задоволеності були вищими серед жінок, які отримували мізопростол, ніж серед жінок, які отримували ламінарію для підготовки шийки матки.

Експертна група додала трансбукальний шлях введення (він був доданий разом з вагінальним шляхом через схожість фармакокінетичних даних кривих концентрації мізопростолу при введенні трансбукальним і вагінальним шляхами), а також відзначила, що сублінгвальний шлях введення є найбільш ефективним.

КЛІНІЧНІ ПОСЛУГИ Рекомендація 18 (НОВА): Підготовка шийки матки до хірургічного переривання вагітності (МВА або D&E) на терміні ≥ 12 тижнів вагітності

а. Для хірургічного переривання вагітності в терміні ≥ 12 тижнів: **Пропонується** підготовка шийки матки перед процедурою.

б. Для хірургічного переривання вагітності на 12-19 тижні: Підготовка шийки матки **пропонується** тільки медикаментозно (перевага віддається комбінації міфепристону і мізопростолу) або з застосуванням осмотичного дилатора в поєднанні з медикаментами (міфепристон, мізопростол або їх комбінація).

Для хірургічного переривання вагітності в терміні від 12 до 19 тижнів із застосуванням осмотичного дилататора для підготовки шийки матки: **Пропонується, щоб** період між введенням осмотичного дилататора і процедурою переривання вагітності не перевищував двох діб.

г. Для хірургічного переривання вагітності на терміні ≥ 19 тижні: **Рекомендується** підготовка шийки матки з осмотичним дилататором в поєднанні з лікарськими препаратами (міфепристоном, мізопростолом або їх комбінацією).

Примітка:

- Існує обмежена кількість доказів підготовки шийки матки до абортів на 12-14 тижні, тому медичні працівники повинні використовувати клінічну оцінку, приймаючи рішення про найбільш зручний спосіб підготовки шийки матки до вакуумної аспірації в такому гестаційному віці.

Примітка: Ці рекомендації є новими і замінюють Настанову ВООЗ 8.1 і 8.2 Настанову ВООЗ (2012) (19), які застосовувалися до процедури D&E після 14 тижнів вагітності; ці нові рекомендації тепер містять інформацію про методи/схеми підготовки шийки матки в різному гестаційному віці.

Обґрунтування

Докази підготовки шийки матки до хірургічного переривання вагітності в більш пізньому гестаційному віці були отримані з Кокранівського огляду. Таблиця EtD включала 16 досліджень щодо наступних методів підготовки шийки матки: прийом ліків з використанням міфепристону та/або мізопростолу; механічні способи з використанням осмотичних розширювачів і синтетичних розширювачів; однократні і двократні процедури з використанням ламінарії. Дослідження проводилися в Ізраїлі, Південному Африка, Іспанії, Великобританії та США. Узагальнені результати досліджень представлені в Додатковому матеріалі 2, Таблицях «Від доказів до рішень» на тему «Підготовка шийки матки до хірургічного переривання вагітності на ≥ 12 тижнів».

Включення всіх медикаментозних методів підготовки шийки матки базувалося на обговоренні членами експертної групи доцільності і прийнятності цих втручань. Дані помірної впевненості свідчать про те, що через краще розширення шийки матки перед процедурою та скорочення часу на проведення процедур підготовки шийки матки, краще використовувати мізопростол у поєднанні з міфепристоном, а не лише мізопростолом. Застосування медикаментів в поєднанні з ламінарії краще, ніж використання однієї тільки ламінарії через кращого розкриття шийки матки перед процедурою, зниження потреби в додатковому розширенні шийки матки і скорочення часу, необхідного для виконання процедури. Це ґрунтується на доказах високої впевненості. Результати подальшого аналізу включених досліджень свідчать про те, що застосування медикаментів в поєднанні з ламінарії більш ефективно на пізніх термінах гестації.

Аспекти впровадження

- Жінка може самостійно використовувати медикаменти для підготовки шийки матки до хірургічного переривання вагітності після 12-14 тижнів гестації, що заощадить їй час на відвідування медичного закладу і час персоналу на введення осмотичних дилататорів.

НАДАННЯ ПОСЛУГ Рекомендація 19: Підготовка шийки матки до хірургічного переривання вагітності в будь-якому терміні гестації

Категорія медичних працівників	Рекомендація	Обґрунтування ^a
Медичні працівники громади	Пропонується Умова: Надання ліків з метою підготовки шийки матки є частиною процесу хірургічного	Хоча прямих доказів безпеки, ефективності або прийнятності цього варіанту не знайдено, навички та знання, необхідні для виконання цієї задачі

	переривання вагітності, тому перед початком процедури переривання вагітності медичний працівник повинен переконатися в безперервності допомоги жінці, яка отримує медикаменти	(відповідно до структури компетенцій), відповідають компетенціям цієї категорії медичних працівників. Рекомендується, щоб медичні працівники громади були залучені до надання медичних послуг з переривання вагітності в терміні < 12 тижнів (див. Рекомендацію 28), що вимагає знань і навичок, подібних до тих, що необхідні для цього завдання.
--	---	--

Рекомендація	Рекомендація	Обґрунтування
Персонал аптеки	Пропонується Умова: Надання ліків з метою підготовки шийки матки є частиною процесу хірургічного переривання вагітності, тому перед початком процедури переривання вагітності медичний працівник повинен переконатися в безперервності допомоги жінці, яка отримує медикаменти	Хоча прямих доказів безпеки, ефективності або прийнятності цього варіанту не знайдено, навички та знання, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до рамок компетенцій), відповідають компетенціям цієї категорії медичних працівників. Крім того, рекомендується, щоб персонал аптеки був залучений до надання медичних послуг з переривання вагітності в терміні < 12 тижнів (див. Рекомендацію 28), що вимагає знань і навичок, подібних до тих, які необхідні для виконання цієї задачі
Фармацевти	Пропонується Умова: Надання ліків з метою підготовки шийки матки є частиною процесу хірургічного переривання вагітності, тому перед початком процедури переривання вагітності медичний працівник повинен переконатися в безперервності допомоги жінці, яка отримує медикаменти	Хоча не було знайдено жодних доказів безпеки, ефективності чи прийнятності цього варіанту, видача ліків, що відпускаються за рецептом, є нормальною відповідальністю фармацевтів. Навички та знання, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до рамок компетенцій), відповідають компетенціям цієї категорії медичних працівників. Крім того, рекомендується залучати фармацевтів до надання медичних послуг з переривання вагітності на < 12 тижнів (див. Рекомендацію 28), що вимагає знань і навичок, подібних до тих, що необхідні для виконання цієї задачі
Спеціалісти традиційної та допоміжної медицини Медичні сестри, які	Рекомендується	Були знайдені докази (низька впевненість) безпеки та ефективності цього варіанту. Підготовка шийки матки є частиною навчання медичного персоналу виконанню ручної вакуумної аспірації. Навички та знання,

виконують допоміжні функції / медична сестра-акушерка, що виконує допоміжні функції Медичні сестри акушерки		необхідні для виконання цього завдання (відповідно до рамок компетенцій), відповідають компетенціям цієї категорії медичних працівників. а
Фельдшери / асистенти лікаря	Рекомендується	Були помірні докази впевненості на користь використання таких лікарських засобів для медикаментозного переривання вагітності медичними працівниками з аналогічною або менш повною базовою підготовкою (наприклад, акушерками, медсестрами, медсестрами з допоміжними функціями). Навчання шийки матки є частиною навчання медичного персоналу виконанню ручної вакуумної аспірації. Навички та знання, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до рамок компетенцій), відповідають компетенціям цієї категорії медичних працівників. а
Спеціалісти загальної практики	Рекомендується	В рамках звичайної практики ^б , таким чином, докази не оцінювалися.

Джерело: Оновлена рекомендація з Настанови ВООЗ (2015) (23)

Коментар щодо оновлення рекомендації: Це була вже існуюча рекомендація, для якої докази для всіх категорій медичних працівників були переглянуті з використанням оцінки, за винятком категорії медичних працівників та лікарів загальної практики, для яких рекомендація вже була «рекомендована». Після перегляду були внесені зміни до рекомендацій для всіх переглянутих категорій медичних працівників. Рекомендації для фармацевтів, Персонал аптек та медичні працівники громади були змінені з «не рекомендовані» на «рекомендовані» та з «рекомендовані» на «рекомендовані» для всіх інших категорій медичних працівників. Також після узгодження з експертною групою термін вагітності за цією рекомендацією був змінений з «більше 12 тижнів» на «в будь-якому гестаційному терміні». Узагальнені результати досліджень представлені в Додатковому матеріалі 3, Таблицях «Від доказів до рішень» на тему «Підготовка шийки матки із застосуванням медикаментів і осмотичних дилататорів».

^а За наявності обмежених доказів щодо багатьох комбінацій «категорія медичного працівника - завдання», обговорення експертної групи з цього питання та всі рекомендації щодо категорій медичних працівників керувалися Рамкою компетенцій, включеною до публікації ВООЗ «Сексуальне та репродуктивне здоров'я: основні компетенції в первинній медичній допомозі» (121), опублікованій у 2011 році. та критерії ВООЗ-INTEGRATE,

зокрема доцільність, справедливість та прийнятність втручання, а також цінності та вподобання жінок.

Коментар робочої групи: підготовка шийки матки, як і медикаментозне і хірургічне переривання вагітності є безперервним процесом, який здійснює підготовлений лікар-фахівець, який несе відповідальність за проведення та завершення даної процедури (Наказ МОЗ України від 29 березня 2002 р. № 117, зі змінами згідно Наказу МОЗ України від 25.01.2023 року № 138).

Аспекти впровадження

- Оскільки підготовка шийки матки починає процес абортів і проводиться перед хірургічним втручанням з інтервалом до 1-2 днів, важливо, щоб медичний працівник переконався в безперервності ланцюга допомоги жінки, забезпечивши чіткий план хірургічного переривання вагітності до того, як жінка прийме препарат для підготовки шийки матки, а також доступ жінки до існуючих медичних послуг на випадок, якщо вона потребує додаткової підтримки протягом цього інтервалу.

НАДАННЯ ПОСЛУГ Рекомендація 20: Підготовка шийки матки осмотичними розширювачами перед процедурою D&E в гестаційному терміні ≥ 12 тижнів

Категорія медичних працівників	Рекомендація	Обґрунтування ^a
Фахівці з традиційної та допоміжної медицини	Пропонується Умова: Медичний працівник повинен впевнитись в безперервності ланки допомоги від початку підготовки шийки матки до процедури дилатації і евакуації.	Хоча було виявлено недостатньо прямих доказів безпеки та ефективності цього варіанту, пропонується, що ці медичні працівники повинні мати можливість виконувати інші трансцервікальні процедури (наприклад, процедура введення ВМС та вакуумної аспірації; див. Рекомендації 43 та 24). Навички та знання, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до рамок компетенцій), відповідають компетенціям цієї категорії медичних працівників. Експертна група стверджує, що цей варіант може сприяти покращенню рівного доступу до якісної допомоги при абортах у регіонах, де такі фахівці становлять значну частину робочої сили в галузі охорони здоров'я.
Медичні сестри, які виконують допоміжні функції / Медичні сестри-акушерки, що виконують допоміжні функції	Рекомендується	Хоча прямих доказів безпеки та ефективності цього варіанту недостатньо, рекомендується, щоб акушерки-медичні сестри, які виконують допоміжні функції, могли виконувати інші трансцервікальні процедури (наприклад, введення ВМС; див. Рекомендацію 43); також рекомендується, щоб медичні сестри, які виконують допоміжні функції, могли виконувати інші трансцервікальні процедури в деяких

		контекстах (наприклад, введення ВМС; див. Рекомендацію 43). Навички та знання, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до рамок компетенцій), відповідають компетенціям цієї категорії медичних працівників. Експертна група стверджує, що такий варіант може допомогти оптимізувати навантаження на персонал у медичному закладі та скоротити час очікування жінок.
Медичні сестри	Рекомендується	Хоча було виявлено недостатньо прямих доказів безпеки та ефективності цього варіанту, рекомендується, щоб медичні сестри могли виконувати інші трансцервікальні процедури (наприклад, введення ВМС; див. Рекомендацію 43). Існують також докази помірної впевненості в тому, що медичні сестри безпечно та ефективно виконують ручну вакуумну аспірацію. Навички та знання, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до рамок компетенцій), відповідають компетенціям цієї категорії медичних працівників. Експертна група стверджує, що такий варіант може допомогти оптимізувати навантаження на персонал у медичному закладі та скоротити час очікування жінок.
Категорія медичних працівників	Рекомендується	Обґрунтування
Акушерки	Рекомендується	Хоча було виявлено недостатньо прямих доказів безпеки та ефективності цього варіанту, рекомендується, щоб акушерки могли виконувати інші трансцервікальні процедури (наприклад, введення ВМС; див. Рекомендацію 43). Існують також помірно-певні докази того, що ручна вакуумна аспірація акушерками є безпечною та ефективною. Навички та знання, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до структури компетенцій), відповідають компетенціям цієї категорії медичних працівників. Експертна група стверджує, що цей варіант може сприяти оптимізації навантаження на

		персонал в межах медичного закладу та скоротить час очікування жінок.
Фельдшери / асистенти лікаря	Рекомендується	Були виявлені непрямі докази безпеки та ефективності вакуумної аспірації медичними працівниками цієї категорії (докази помірної впевненості), включаючи препарат шийки матки з осмотичними дилататорами в окремих випадках. Навички та знання, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до структури компетенцій), відповідають компетенціям цієї категорії медичних працівників. Експертна група стверджує, що цей варіант може сприяти оптимізації навантаження на персонал в межах медичного закладу та скоротить час очікування жінок.
Спеціалісти загальної практики	Рекомендується	В рамках звичайної практики, б, таким чином, докази не оцінювалися.

Джерело: Оновлена рекомендація з Настанови ВООЗ (2015) (23).

Коментар щодо оновлення рекомендації: Це була вже існуюча рекомендація, для якої докази для всіх категорій медичних працівників були переглянуті за допомогою методології GRADE, за винятком категорії медичних фахівців і лікарів загальної практики, для яких рекомендація вже представлена як «рекомендована». Після ознайомлення з рекомендаціями для фельдшерів / помічників лікарів, акушерок і медичних сестер були змінені з «запропонованих» на "рекомендовано", для медичних сестер, які виконують допоміжні функції, і медичних сестер-акушерок, що виконують допоміжні функції - від "не рекомендовано" до "рекомендовано", а для фахівців народної та допоміжної медицини - від "не рекомендовано" до "запропоновано". Рекомендації для фармацевтів, працівників аптек та медичних працівників громади були залишені без змін як «не рекомендовані» (не перераховані тут). Терміни вагітності для цієї рекомендації також були змінені з «більше 12 тижнів» на «12 тижнів або більше» (≥ 12 тижнів), щоб відповідати Рекомендації 18. Узагальнені результати досліджень представлені в Додатковому матеріалі 3, Таблицях «Від доказів до рішень» на тему «Підготовка шийки матки із застосуванням медикаментів і осмотичних дилататорів».

а Маючи обмежені докази багатьох комбінацій «категорія «медичний працівник-завдання», обговорення експертною групою цього та всіх рекомендацій, що стосуються категорій медичних працівників, керувалися Рамковою системою компетенцій, включеною до публікації ВООЗ «Сексуальне та репродуктивне здоров'я: основні компетенції в первинній медичній допомозі» (121), опублікованої в 2011 році. Рамка надає інформацію про компетенції (включаючи навички та знання), необхідні для виконання кожного завдання, а також про критерії WHO-INTEGRATE, зокрема, доцільність, справедливість і прийнятність втручання, а також жіночі цінності і переваги.

КЛЮЧОВІ ПРАВОЗАХИСНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ ШИЙКИ МАТКИ

- Відмова у підготовці шийки матки як покарання за аборт або тому що це є частиною допомоги по перериванню вагітності може бути порушенням прав людини на рівність та відсутність дискримінації.

3.3.8 Обмеження (в законі або політиці) для категорій медичних працівників, які можуть бути законними постачальниками послуг з переривання вагітності

У ряді країн законодавство і політика обмежують категорії медичних працівників, які можуть на законних підставах надавати допомогу при абортах (137). Найчастіше дозволені категорії обмежуються гінекологами. Однак з появою вакуумної аспірації та медикаментозного абортів допомога при абортах може бути безпечно надана широким колом медичних працівників у різних умовах; дострокове переривання може спокійно виконуватися жінкою самотійно (див. Рекомендації 24, 28, 30, 33). Обмеження щодо надавачів медичних послуг суперечать підтримці оптимізації ролі медичних працівників ВООЗ; Такі обмеження є довільними і не є демонстративно виправданими (138). Що заклади охорони здоров'я, товари і послуги відповідають обов'язку держав поважати, захищати і виконувати право громадян на здоров'я вони повинні бути доступними, достатніми і хорошої якості (46). Це стосується і закладів охорони здоров'я, товарів і послуг у сфері СРЗ. Отже, держави повинні забезпечити належну кількість медичного та професійного персоналу та кваліфікованих постачальників медичної допомоги у сфері охорони здоров'я, а також належне забезпечення необхідними лікарськими засобами. (46). Крім того, Спеціальний доповідач ООН з питань права кожного на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я наголосив, що законодавство про переривання вагітності має бути доказовим (37) (див. розділ 1.3.1[i] глави 1).

ЗАКОНОДАВСТВО ТА ПОЛІТИКА Рекомендація 21: Обмеження постачальників допомоги

Не рекомендується наявність законодавства, що регламентує, які категорії медичних працівників можуть виконувати переривання вагітності та суперечить рекомендаціям ВООЗ.

Коментар:

- Якщо існує закон або політика, що регулює, хто може переривати вагітність, необхідно переконатися, що таке законодавство відповідає рекомендаціям ВООЗ, представленим у главі 3 даної настанови.

Коментар з приводу оновлення рекомендації: Ця та інші законодавчі та політичні рекомендації не є новими. Настанова ВООЗ щодо безпечного переривання вагітності 2012 року містить консолідовану законодавчу та політичну рекомендацію (19); дана настанова розділила цю рекомендацію на сім окремих рекомендацій за допомогою системи GRADE.

Обґрунтування

Для визначення впливу обмежень медичних працівників на тих, хто прагне зробити аборт, та на медичних працівників було проведено систематичний огляд досліджень, опублікованих між 2010 та 2019 роками. Сім досліджень були виявлені в Австралії, Ефіопії, Непалі та США. Представлені узагальнені результати проведених досліджень представлені в Додатку 1, Від доказів до таблиць рішень, на тему "Обмеження постачальників допомоги". Проаналізовані дані вказують на те, що обмеження категорій медичних працівників, які можуть надавати допомогу при абортах і робити аборт, призвели до затримок і труднощів у доступі до абортів. І навпаки, розширення медичних працівників, які можуть надавати послуги з переривання вагітності, покращило своєчасний доступ до раннього хірургічного або медичного абортів; зниження витрат, скорочення часу в дорозі і очікування; звільнення лікарів від певних складових медичної допомоги; доступ до абортів, у тому числі в сільській місцевості та на первинному рівні медичної допомоги; профілактика небезпечного

самостійного переривання вагітності; і зниження витрат в системі охорони здоров'я. Докази вказують на те, що обмеження категорії медичних працівників призводять до неефективного використання ресурсів, збільшення адміністративного та кадрового навантаження та зменшення кількості доступних постачальників медичної допомоги на практиці.

КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ПРАВ ЛЮДИНИ, ЩО СТОСУЮТЬСЯ ОБМЕЖЕНЬ ЩОДО НАДАННЯ ДОПОМОГИ

- Основна увага в послугах сексуального та репродуктивного здоров'я (СРЗ) повинна бути зосереджена на їх наявності, доступності, прийнятності та якості.
- Регулювання переривання вагітності має ґрунтуватися на правах людини та доказах.
- Держави повинні забезпечити належну кількість медичного та професійного персоналу та кваліфікованих постачальників медичної допомоги в цьому секторі охорони здоров'я, а також достатнє забезпечення необхідними лікарськими засобами.

3.3.9 Відмова з міркувань совісті або відмова медичних працівників надавати допомогу з переривання вагітності

Відмова в наданні допомоги при абортів на ґрунті совісті створює бар'єр для доступу до безпечного і своєчасного переривання вагітності (3 [п. 14], 36 [п.8], 139 [п. 109], 140 [п. 353], 141 [п. 42, 43]), а нерегульоване сумління заперечення може призвести до порушення прав людини або спонукати жінок звертатися за небезпечними послугами з переривання вагітності (142 [п. 23], 143 [п. 106], 144). У деяких країнах сумління заперечення прямо регулюється трудовим законодавством, трудовими договорами або законами про аборт. З точки зору міжнародного права прав людини, держави, що допускають сумління заперечення, повинні організувати системи охорони здоров'я і надання допомоги при абортів таким чином, щоб сумління заперечення не призвело до відмови в легально доступній допомозі. для переривання вагітності, а також для врегулювання реалізації права на сумління заперечення відповідно до кращих клінічних практик, захисту інтересів осіб, які звертаються за медичною допомогою, щоб відмова медичного працівника не перешкоджала і не перешкоджала їх доступу до якісних послуг з переривання вагітності (145 [п. 12], 146 [п. 28]). ВООЗ також рекомендує «організувати медичні послуги таким чином, щоб ефективне здійснення права совісті медичних працівників у професійних умовах не перешкоджало доступу пацієнтів до послуг, на які вони мають право згідно з чинним законодавством» (19).

ЗАКОНОДАВСТВО І ПОЛІТИКА Рекомендація 22: Відмова з міркувань совісті

Рекомендується захищати доступ до допомоги з переривання вагітності та її безперервність від бар'єрів, створених відмовою з міркувань совісті.

Коментарі:

- Незважаючи на те, що зобов'язання в галузі прав людини щодо забезпечення відмови з міркувань совісті не перешкоджає доступу до якісної допомоги з переривання вагітності, а попередні рекомендації ВООЗ, метою яких було забезпечення відмови з міркувань совісті, не ставлять під загрозу доступ до допомоги з переривання вагітності або не перешкоджають йому, відмова з міркувань совісті продовжує служити бар'єром доступу до якісної допомоги з переривання вагітності. Держави повинні гарантувати відповідність правовим нормам та планувати / організовувати системи охорони здоров'я таким чином, щоб забезпечити доступ до якісної допомоги з переривання вагітності та її безперервність. У разі неможливості врегулювання питання відмови з міркувань совісті таким чином, щоб права людей, які звертаються за перериванням вагітності, були дотримані, захищені та реалізовані, відмова у наданні допомоги з переривання вагітності з міркувань совісті не може бути виправданим.
- Проаналізована література розглядала вплив відмови з міркувань совісті на доступність та наявність допомоги з переривання вагітності, а не ефективність регулювання

відмови з міркувань совісті з погляду поліпшення таких результатів. Проте, міжнародне гуманітарне право надає деякі рекомендації щодо того, як держави можуть забезпечити дотримання, захист та реалізацію прав людей, які звертаються за послугами переривання вагітності, у тому числі:

- організація системи охорони здоров'я для забезпечення найму та справедливого розподілу по країні достатньої кількості медичних працівників, які не мають заперечень з міркувань совісті (3);
- прийняття прозорих нормативно-правових актів, які мають обов'язкову силу, що регулюють відмову з міркувань совісті (147 [пункти 30, 31], 148 [пункт 41(f)], 149 [пункт 37(b)]);
- забезпечення адекватного виконання законодавства, що регулює відмову з міркувань совісті, у тому числі визначення випадків його недотримання, а також реагування на такі випадки та покарання за них (147 [пункти 30, 31], 148 [пункт 41(f)], 149 [пункт 37(b)]);
- чітке перерахування, які саме медичні працівники можуть відмовитися від надання певних компонентів допомоги та яких саме (150 [п. 30-31], 148 [п. 41 (ф)], 3 [п. 43]);
- заборона внутрішньої політики в установах щодо відмови в наданні медичних послуг на ґрунті совісті (147, 150 [п. 33 (с)], 148 [п. 41 (ф)]);
- вимога від медичних фахівців, які відмовляють у наданні медичних послуг, негайного спрямування до доступних постачальників допомоги, які не відмовляють у наданні послуг (3 [пункт 43], 37 [пункт 65(m)], 39 [пункт 11], 150 [пункт 33(с)], 146 [пункт 28]);
- вимога, щоб право на відмову з міркувань совісті реалізовувалося шанобливо і не у каральній манері;
- заборона на відмову з міркувань совісті в ургентних чи надзвичайних ситуаціях (3, пункт 43).

Коментар щодо оновлення рекомендації: Ця та інші законодавчі та політичні рекомендації не є новими. Настанова ВООЗ щодо безпечного переривання вагітності 2012 року містить консолідовану рекомендацію щодо законодавства та політики (19); Ця настанова розділила цю рекомендацію на сім окремих рекомендацій за допомогою системи GRADE.

Обґрунтування

Для визначення впливу відмови у наданні медичної допомоги з міркувань совісті на тих, хто звертається за перериванням вагітності, та на медичних працівників було проведено систематичний огляд досліджень, опублікованих за період з 2010 по 2019 роки.

Було виявлено 26 досліджень, проведених в Австралії, Бразилії, Колумбії, Гані, Італії, Мексиці, Нігерії, Норвегії, Португалії, Південному Африка, Словаччині, Тунісі, Великобританії, США та Замбії, представлені в Додатковому матеріалі 1, Від доказів до рішень, на тему «Відмова з міркувань совісті». Проаналізовані докази продемонстрували, що відмова з міркувань совісті може призвести до затримок в отриманні своєчасного доступу до абортів та наданні допомоги при аборті. Зволікання в надання допомоги посилюється в умовах, де є високий відсоток тих медичних працівників, хто відмовляється; іноді це відбувається навіть у екстрених випадках, коли переривання вагітності необхідно для порятунку життя жінки. Медичні працівники, які іноді відмовляються, свідомо створюють затримки у наданні допомоги. Докази також вказують на те, що відмова з міркувань совісті сприяє збільшенню пов'язаних з абортами захворюваності та смертності, і що деякі медичні працівники заявляють про відмову з міркувань совісті та відмовляють у послугах переривання вагітності у державному секторі, надаючи при цьому платні послуги з переривання вагітності у своїй приватній практиці.

Дослідження показали, що відмова з міркувань совісті створює додаткові бар'єри для населення, що проживає у певних умовах: у сільській місцевості; у країнах, де нещодавно

було внесено зміни до законодавства про аборти, і ще недостатньо ясно, хто може відмовитись та від яких компонентів допомоги з переривання вагітності; у країнах, де відсутня ефективне регулювання відмови з міркувань совісті; а також у місцях, де медичний персонал, практикуючи відмову з міркувань совісті, свідомо відмовляє у перенаправленні або надає упереджену чи недостовірну юридичну чи медичну інформацію під час консультування у спробах переконати жінку не звертатися за послугами абортів чи завадити їй у цьому (Див. розділ 3.2.1: Надання інформації).

Докази демонструють, що відмова з міркувань совісті у наданні допомоги щодо переривання вагітності створює значний тягар для жінок та дівчат; особливо це стосується їхньої невпевненості в тому, чи можуть вони мати доступ до абортів і де. Деякі медичні працівники, які практикують відмову з міркувань совісті, вирішують, чи надавати допомогу з переривання вагітності у кожному індивідуальному випадку залежно від причини, через яку жінка хоче зробити аборт, що означає відсутність прозорості чи постійної доступності послуг. Більше того, у медичних працівників, які відмовляють, значно варіюються практики перенаправлення. Докази свідчать про те, що хоча більшість практикуючих відмову з міркувань совісті охоче перенаправляють жінок на отримання послуг, це стосується не всіх – деякі медичні працівники розглядають кожен випадок переадресації індивідуально. Крім цього, шлях направлення до інших фахівців може бути непрямим та обтяжливим, що створює додаткові труднощі та затримки.

Відмова з міркувань совісті спричиняє значні наслідки стосовно завантаженості медичних працівників. В умовах, де велика кількість медичних працівників практикують відмову з міркувань совісті, у медичних працівників, які не практикують відмову, збільшується завантаженість, надання допомоги з переривання вагітності стає об'єктом стигматизації, а медичні працівники, які надають послуги абортів, можуть відчувати обмеження у кар'єрному зростанні чи дискримінацію. Нечіткість, необов'язковість або відсутність нормативно-правових актів та законодавства, що регулюють відмову з міркувань совісті, можуть створювати труднощі для медичних працівників, включаючи протистояння викликам, пов'язаним з їх совістю або етикою, сприяти конфліктам на робочому місці, приводити до заяв про відмову з міркувань совісті від немедичного персоналу та послаблювати організаційні моделі надання допомоги по переривання вагітності.

КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ПРАВ ЛЮДИНИ, ЩО СТОСУЮТЬСЯ ВІДМОВИ З МІРКУВАНЬ СОВІСТІ

1. Основна увага в послугах сексуального та репродуктивного здоров'я (СРЗ) повинна бути зосереджена на їх доступності, доступності, прийнятності та якості.
2. Держави, які дозволяють відмову з міркувань совісті, повинні організувати систему охорони здоров'я та надання допомоги при абортах таким чином, щоб відмова з міркувань совісті не перешкоджала доступу або призводила до відмови в якісній допомозі при абортах.
3. Держави, що дозволяють відмову з міркувань совісті, повинні регулювати реалізацію права на відмову з міркувань совісті відповідно до кращих клінічних практик, захищаючи інтереси осіб, які звертаються за медичною допомогою, щоб відмова медичного працівника не перешкоджала їх доступу до якісних послуг з переривання вагітності.
4. Кожен має право на отримання достовірної інформації про СРЗ.
5. Кожен має право на недоторканність приватного життя і конфіденційність при наданні послуг СРЗ.
6. Кожна людина має право на недискримінацію та справедливий доступ до послуг СРЗ.

3.4 Переривання вагітності

Допомога при перериванні вагітності необхідна як в разі штучного, так і мимовільного переривання вагітності, в тому числі за такими клінічними показаннями, як вагітність, що не розвивається і внутрішньоутробна загибель плода (загибель плода).

Рекомендовані варіанти лікування включають медичне переривання вагітності або хірургічне переривання за допомогою ручної або електричної вакуумної аспірації (MVA або EVA) або процедури дилатації та евакуації (D&E). Вибір методу хірургічного переривання вагітності залежить від терміну вагітності: в основному вакуумна аспірація проводиться на терміні < 14 тижнів гестації і D&E на терміні $\geq$ 14 тижнів, але на терміні від 12 до 16 тижнів спостерігається гнучкість у виборі методу. Лікувальні схеми переривання вагітності включають послідовне застосування міфепристону і мізопростолу або, при відсутності міфепристону (або в умовах обмеженого застосування певних клінічних показань), використання тільки мізопростолу. Існує також новий альтернативний метод медикаментозного переривання вагітності, зокрема, використання летрозолу в поєднанні з мізопростолом.

У випадках вагітності, що не розвивається, і внутрішньоутробної загибелі плода (див. розділи 3.4.5 і 3.4.6), крім медичного та хірургічного переривання вагітності, жінці може бути запропоновано вичікувальне ведення за умови, що вона поінформована про більш тривалий період вигнання ембріональних тканин і про підвищений ризик неповного спорожнення матки (те ж саме стосується випадків неповного аборту, розглянутих в розділі 3.5.2 про допомогу після переривання вагітності).

Медичне переривання вагітності за будь-якими показаннями відіграє величезну роль у розширенні доступу до безпечної, ефективної та прийнятної допомоги при абортах. Це може покращити доступність та доступність послуг з абортів та реалізацію права на СРЗ. У країнах з будь-якими ресурсами впровадження медикаментозних абортів допомогло розширити ролі медичних працівників, ефективніше використовувати ресурси і знизити материнську смертність і захворюваність через небезпечні аборти. Крім того, медикаментозний аборт, особливо на ранніх термінах вагітності, може проводитися на первинному рівні надання допомоги і амбулаторно або в аптеці, що дає можливість перервати вагітність ще більш доступно. Допомога при медикаментозному перериванні вагітності зменшує потребу в кваліфікованих фахівцях - надавачах допомоги при хірургічному перериванні вагітності; це неінвазивний, надзвичайно прийнятний і безпечний варіант для вагітних. Відповідно до міжнародного права в області прав людини, держави зобов'язані забезпечувати необхідними лікарськими засобами, переліченими в Програмі дій ВООЗ щодо основних лікарських засобів, яка включає препарати для переривання вагітності (46, п. 12a).

Коментар робочої групи: медикаментозний аборт може проводитися на первинному рівні надання допомоги, амбулаторно та в умовах стаціонару підготовленим лікарем фахівцем (Наказ МОЗ України від 29 березня 2002 р. № 117, зі змінами згідно Наказу МОЗ України від 25.01.2023 року № 138).

Рекомендації, перераховані нижче, стосуються хірургічного та медичного лікування абортів. Виконання всіх рекомендацій в цьому розділі залежить від цінностей і переваг жінки, прийнятності кожного втручання, наявності ресурсів для безпечного виконання переривання вагітності обраним способом. Слід зазначити, що вибір способу переривання вагітності жінкою може бути обмежений або не застосовуватися при наявності у неї медичних протипоказань до одного з методів. Наведені нижче рекомендації стосуються тільки способу переривання вагітності, і їх не варто розглядати як вказівку на термін вагітності для переривання вагітності.

3.4.1 Хірургічні методи переривання вагітності

Переривання вагітності шляхом вакуумної аспірації включає в себе оцінку терміну вагітності, підготовку шийки матки (при необхідності), саму процедуру, знеболювання, включаючи виконання парацервікальної блокади, і оцінку повноти абортів шляхом візуального огляду продуктів зачаття. Медичні працівники, які мають навички проведення бімануального тазового обстеження для діагностики та визначення терміну вагітності та виконання трансцервікальних процедур, таких як введення внутрішньоматкової спіралі (ВМС), можуть бути навчені виконувати процедуру вакуумної аспірації.

Рекомендованими методами хірургічного переривання вагітності на більш пізній стадії є вакуумна аспірація і розширення і евакуація (D& E). Хоча рекомендації в цьому розділі відрізняються для періодів до і після 14 тижнів гестації, слід зазначити, що в гестаційному віці від 12 до 16 тижнів можлива гнучкість у виборі хірургічного методу переривання вагітності.

КЛІНІЧНІ ПОСЛУГИ Рекомендація 23: Вакуумна аспірація для індукованого абортів в терміні < 14 тижнів

При хірургічному перериванні вагітності на < 14 тижні:

а. Рекомендується вакуумна аспірація.

б. Дилатація та вишкрібання (D&C) не рекомендуються, включаючи контрольне вишкрібання (тобто для «повного» переривання вагітності) після вакуумної аспірації.

Примітки:

- Результати обсерваційних досліджень вказують на зв'язок вакуумної аспірації з меншою частотою ускладнень, ніж D&C; однак рандомізовані контрольовані дослідження не були достатньо потужними, щоб виявити відмінності в частоті ускладнень.

- Немає жодних доказів, які б підтверджували контрольне вишкрібання після вакуумної аспірації.

- Якість даних, отриманих в результаті рандомізованих контрольованих досліджень, коливалася від низького до середнього.

Джерело: Рекомендація 1, перенесена з Настанови ВООЗ (2012) (19): Деякі формулювання були змінені, як і терміни виношування плоду, з «до 12 до 14 тижнів» на «до 14 тижнів» (< 14 тижнів).

НАДАННЯ ПОСЛУГ Рекомендація 24: Вакуумна аспірація для індукованого абортів в терміні < 14 тижнів

Категорія медичних працівників	Рекомендація	Обґрунтування ^а
Фахівці з традиційної та допоміжної медицини	Рекомендується	Були знайдені дуже низькі докази впевненості, які вказують на ефективність цього варіанту при виконанні компонентів цього завдання, таких як проведення бімануального дослідження для оцінки розмірів матки в рамках медикаментозного абортів. Навички та знання, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до рамок компетенцій), відповідають компетенціям цієї категорії медичних працівників. ^а Ці фахівці виконують трансцервікальні процедури (наприклад, введення ВМС) у деяких контекстах. Експертна група стверджує, що переваги цього варіанту переважають можливу

		шкоду, і що цей варіант може сприяти покращенню рівного доступу до якісної допомоги при абортів у регіонах, де такі фахівці становлять значну частину медичної робочої сили.
Медичні сестри, які виконують допоміжні функції / Медичні сестри-акушерки, що виконують допоміжні функції	Пропонується Умова: Там, де існують стійкі механізми системи охорони здоров'я для залучення помічників медичних сестер / акушерок-медичних сестер, які виконують допоміжні функції, до надання базової невідкладної акушерської допомоги, а також із стійкими системами направлення та моніторингу.	Хоча було знайдено недостатньо прямих доказів безпеки та ефективності цього варіанту, користь переважає можливу шкоду. Цей варіант продемонстрував доцільність, у тому числі у великих масштабах в умовах недостатнього ресурсу, і може допомогти зменшити нерівність, збільшивши доступ до якісної допомоги при абортів у сільській місцевості та для малозабезпеченого населення.
Медичні сестри	Рекомендується	З'явилися дані про низьку впевненість, що свідчить про безпеку та ефективність, а також задоволеність жінок цим варіантом. Жінки часто виявляють, що допомога, отримана від медичних сестер, є більш підтримувальною, ніж допомога, отримана від інших медичних працівників (середня впевненість). Цей варіант є здійсненним і може зменшити нерівність за рахунок розширення доступу до якісної допомоги при абортів для малозабезпечених верств населення.
Акушерки	Рекомендується	Це завдання визнано однією з ключових компетенцій акушерства. Були докази безпеки та ефективності (середня впевненість) та задоволеності жінок (низька впевненість) цим варіантом. Жінки часто виявляють, що догляд від акушерок є більш сприятливим, ніж той, який отримують від інших медичних працівників (середня впевненість). Цей варіант продемонстрував доцільність, в тому числі в недостатньо ресурсних умовах.
Фельдшери / асистенти лікаря	Рекомендується	Були дані про безпеку та ефективність (середня впевненість) та задоволеність жінок загальним досвідом абортів (низька впевненість) при використанні цього варіанту. Такий варіант можливий в країнах з будь-якими ресурсами і може знизити нерівність шляхом розширення доступу до якісної допомоги при абортів для малозабезпечених верств населення.
Спеціалісти загальної практики	Рекомендується	В рамках звичайної практики, докази не оцінювалися.

Джерело: Оновлена рекомендація з Настанови ВООЗ (2015) (23)

Коментар щодо оновлення рекомендації: Це була більш рання рекомендація, для якої докази для фахівців традиційної та підтримуючої медицини, медичних сестер та медичних сестер-акушерок, які виконують допоміжні функції, були переглянуті за допомогою методології GRADE. Проаналізувавши докази, були внесені зміни тільки в рекомендацію для фахівців традиційної та допоміжної медицини, де «запропоноване» було замінено на «рекомендоване»; рекомендації для всіх інших категорій медпрацівників залишилися незмінними.

а Маючи обмежені докази багатьох комбінацій «категорія «медичний працівник-завдання», обговорення експертною групою цього та всіх рекомендацій, що стосуються категорій медичних працівників, керувалися Межею компетенцій, включеною до публікації ВООЗ «Сексуальне та репродуктивне здоров'я: основні компетенції в первинній медичній допомозі» (121), опублікованої в 2011 році. Межа компетенції надає інформацію про компетенції (включаючи навички та знання), необхідні для виконання кожного завдання, а також про критерії ВООЗ-INTEGRATE, зокрема доцільність, справедливість та прийнятність втручання, а також про цінності та переваги жінок

Обидва види вакуумної аспірації можуть проводитися в закладі первинної медичної допомоги або амбулаторно.

Коментар робочої групи: вакуумну аспірацію з міркувань безпеки пацієнтів рекомендовано проводити лікарями акушерами-гінекологами (Наказ МОЗ України від 29 березня 2002 р. № 117, зі змінами згідно Наказу МОЗ України від 25.01.2023 року № 138).

Аспекти впровадження

- Хоча МВА використовується частіше і частіше в умовах первинної медичної допомоги, для виконання EVA необхідні подібні навички, тому наведені вище рекомендації стосуються обох методів вакуумної аспірації.

- МВА застосовується на більш ранніх термінах вагітності і при відсутності стабільного джерела електроенергії.

- Процедура дилатації та кюретажу (D&C) повинна бути замінена процедурою МВА.

КЛІНІЧНІ ПОСЛУГИ Рекомендація 25: Способи хірургічного переривання вагітності на етапі виношування плоду ≥ 14 тижнів

Для хірургічного переривання вагітності на ≥ 14 тижні: **Рекомендується** розширення та евакуація (D&E).

Примітка:

- Під час D&E може використовуватися вакуумна аспірація (тобто з метою амніотомії або усунення залишків ембріональної тканини в кінці процедури D&E).

Джерело: Рекомендація 5 була перенесена з Настанови ВООЗ (2012) (19). Формулювання рекомендації було змінено, щоб використовувати слово "рекомендовано", щоб вказати, що це сильна рекомендація; терміни виношування також були змінені з «більше 12-14 тижнів» на «14 тижнів і більше» (≥ 14 тижнів) і вилучена інформація про медикаментозні методи переривання вагітності (медикаментозні методи переривання вагітності при більш пізніх термінах гестації розглядаються в Рекомендації 29 даної настанови).

НАДАННЯ ПОСЛУГ Рекомендація 26: Дилатація і евакуація (D&E) для хірургічного переривання вагітності на термінах гестації ≥ 14 тижнів

Назустріч категорії медичних працівників	Рекомендація	Обґрунтування ^a
--	--------------	----------------------------

Фахівці з традиційної та допоміжної медицини	Пропонується Умова: За наявності механізмів стійкої системи охорони здоров'я по залученню медичних працівників до цих категорій медичних працівників до інших цілей, що стосується материнського та репродуктивного здоров'я.	Хоча прямих доказів безпеки, ефективності або прийнятності такого варіанту не знайдено, навички та знання, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до структури компетенцій), відповідають компетенціям цієї категорії медичних працівників. а Було запропоновано (слабка рекомендація) залучати медичних працівників цієї категорії до інших трансцервікальних процедур, таких як цервікальна підготовка шийки матки з осмотичними дилататорами, вакуумна аспірація та введення ВМС (див. Рекомендації 20, 24 та 43). Експертна група стверджує, що цей варіант може сприяти покращенню рівного доступу до якісної допомоги при абортах у регіонах, де такі фахівці становлять значну частку медичних кадрів
Категорія медичних працівників	Рекомендація	Обґрунтування^a
Акушерки	Пропонується Умова: Якщо існують стабільні механізми залучення системи охорони здоров'я медичних працівників цих категорій до інших завдань, пов'язаних з материнським та репродуктивним здоров'ям.	Хоча прямих доказів безпеки, ефективності або прийнятності такого варіанту не знайдено, навички та знання, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до структури компетенцій), відповідають компетенціям цієї категорії медичних працівників. а Було рекомендовано, щоб медичні працівники цієї категорії брали участь в інших трансцервікальних процедурах, таких як цервікальна підготовка з осмотичними розширювачами, вакуумна аспірація та введення ВМС (див. Рекомендації 20, 24 та 43).
Фельдшери / помічники лікарів	Пропонується Умова: За наявності стабільних механізмів системи охорони здоров'я для залучення медичних працівників цієї категорії до інших цілей, пов'язаних з материнським та репродуктивним здоров'ям.	Хоча прямих доказів безпеки, ефективності або прийнятності такого варіанту не знайдено, навички та знання, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до структури компетенцій), відповідають компетенціям цієї категорії медичних працівників. Експертна група стверджує, що можливі переваги цього варіанту переважають потенційну шкоду і що цей варіант може допомогти зменшити нерівність, збільшивши

		доступ до якісної допомоги при абортах після 14 тижнів вагітності.
Лікарі загальної практики	Рекомендується	Прямих доказів безпеки або ефективності цього варіанту в порівнянні з процедурою, проведеної лікарями-спеціалістами, не було. Однак цей варіант здається здійсненним в середовищі як достатніх, так і обмежених ресурсів, де поширене використання методу D&E. Такі лікарі регулярно виконують інші хірургічні процедури, такі як кесарів розтин, вакуумна аспірація та перев'язка труб. Можлива користь від такого варіанту переважає шкоду. Лікар-спеціаліст не завжди може бути присутнім у закладі охорони здоров'я, тому такий варіант може допомогти покращити доступ до якісної допомоги при абортах.
Медичні спеціалісти	Рекомендується	В рамках звичайної практики, таким чином, докази не оцінювалися.

Джерело: Оновлена рекомендація з Настанови ВООЗ (2015) (23)

Коментар щодо оновлення рекомендації: Це була вже існуюча рекомендація, для якої докази були переглянуті за допомогою методології GRADE для фельдшерів / помічників лікаря (раніше вони пропонувалися лише в контексті ретельних досліджень), акушерок та фахівців з традиційної та підтримуючої медицини (залучення обох категорій раніше не рекомендувалося). Після аналізу доказів всі рекомендації були змінені на слабкі рекомендації. ("запропоновано"). Термін вагітності також був змінений з «більше 12 тижнів» на «14 тижнів або більше» (≥ 14 тижнів) для узгодженості з рекомендацією 25 на цю тему. Узагальнені результати досліджень представлені в Додатковому матеріалі 3, таблиці «Від доказів до рішень» на тему «D&E для хірургічного переривання вагітності в терміні ≥ 14 тижнів».

а Маючи обмежені докази багатьох комбінацій «категорія «медичний працівник-завдання», обговорення експертною групою цього та всіх рекомендацій, що стосуються категорій медичних працівників, керувалися Межею компетенцій, включеною до публікації ВООЗ «Сексуальне та репродуктивне здоров'я: основні компетенції в первинній медичній допомозі» (121), опублікованої в 2011 році. Межа компетенцій надає інформацію про компетенції (включаючи навички та знання), необхідні для виконання кожного завдання, а також про критерії ВООЗ-INTEGRATE, зокрема про доцільність, справедливість та прийнятність втручання, а також про цінності та переваги жінок.

У медичному закладі. Процедура може проводитися в амбулаторних умовах.

Коментар робочої групи: дилатація та евакуація з питань безпеки пацієнтки має проводитися лікарями акушерами – гінекологами (Наказ МОЗ України від 29 березня 2002 р. № 117, зі змінами згідно Наказу МОЗ України від 25.01.2023 року № 138).

Аспекти впровадження

- Процедура D&E вимагає більш високої кваліфікації і більш ретельної підготовки, ніж процедура вакуумної аспірації на більш ранній стадії вагітності, у всіх категорій медичних працівників.

- Процедура D&E передбачає використання вакуумної аспірації, тому знання і навички виконання вакуумної аспірації актуальні для даного завдання.

• Медичні працівники, які здійснюють аборт або доглядають за жінками, які переривають вагітність у гестаційному терміні ≥ 12 тижнів, можуть потребувати додаткової професійної та менторської підтримки.

КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ПРАВ ЛЮДИНИ, ПОВ'ЯЗАНІ З ХІРУРГІЧНИМ ПЕРЕРИВАННЯМ ВАГІТНОСТІ

1. Заклади охорони здоров'я, товари і послуги повинні бути доступними, доступними і якісними. Це означає, що вони повинні бути доказовими, актуальними і сучасними з наукової та медичної точок зору.

2. **На терміні < 14 тижнів вагітності:** Оскільки процедура дилатації та вискоблювання (D&C) заподіює жінкам біль і страждання і не рекомендується, її використання суперечить ряду прав людини, включаючи право людини на здоров'я.

3. **На терміні ≥ 14 тижнів вагітності:** Держави повинні забезпечити належний доступ, без дискримінації, до доступних основних лікарських засобів.

3.4.2 Медикаментозне ведення штучного переривання вагітності

При медикаментозному лікуванні спонтанного та штучного абортів (як при життєздатних, так і при нежиттєздатних вагітностях), на ранніх або пізніх стадіях гестації використовуються однодозові схеми або комбіновані схеми прийому лікарських засобів у певній послідовності, у певних дозах та через певні шляхи введення.

Протягом декількох десятиліть комбінації міфепристону з мізопростолом або мізопростолом використовувалися тільки для медикаментозного абортів. Як і міфепристон, летрозол може застосовуватися в поєднанні з мізопростолом для медикаментозного переривання вагітності на ранніх термінах виношування плоду. Летрозол є селективним інгібітором ароматази третього покоління.

Механізм його дії заснований на зниженні рівня естрогенів, що змінює концентрацію рецепторів прогестерону і в результаті призводить до втрати вагітності.

Медикаментозне переривання вагітності - це не окрема процедура, а процес, який відбувається протягом декількох днів. Крім надання інформації (в тому числі пояснення причин, за якими жінці слід терміново звернутися за медичною допомогою на будь-якому етапі процесу), медикаментозний аборт включає в себе такі компоненти або підзадачі:

- i. оцінка допустимості медикаментозного переривання вагітності (діагностика та датування вагітності, виключення медичних протипоказань);
- ii. прийом лікарських препаратів для переривання вагітності, а також інструкція щодо правильного застосування та усунення побічних реакцій;
- iii. оцінка успішності переривання вагітності і необхідність подальших втручань.

Хоча один постачальник медичних послуг може надати весь пакет медичних абортів, підзавдання також можуть виконуватися різними постачальниками медичних послуг у різних місцях, у тому числі віддалено. Крім того, характер медикаментозного процесу абортів дає жінці можливість самостійно виконувати процес поза медичним закладом (наприклад, в домашніх умовах), з підтримкою при необхідності. Такі підходи до самооцінки та самопомогли можуть розширити можливості жінок та допомогти у розподілі потоків допомоги, що призведе до кращого розподілу ресурсів сектору охорони здоров'я з урахуванням потреб жінок.

Шляхи введення мізопростолу для медикаментозного переривання вагітності:

1. Пероральний – таблетку ковтають негайно
2. Буккальний – таблетку поміщають між щогою і яснами і ковтають через 20-30 хвилин
3. Сублінгвальний - таблетку кладуть під язик і ковтають через 30 хвилин
4. Вагінальний – таблетка поміщається в піхву

КЛІНІЧНІ ПОСЛУГИ Рекомендація 27: Медикаментозне ведення штучного переривання вагітності на терміні < 12 тижнів

Для медикаментозного переривання вагітності на < 12 тижні:

а. **Рекомендується** застосовувати міфепристону в дозі 200 мг перорально, потім 1-2 дні мізопростолу в дозі 800 мкг вагінально, сублінгвально або трансбуккально. Мінімальний рекомендований інтервал між міфепристоном і мізопростолом повинен становити 24 години.*

б. При використанні тільки мізопростолу: Мізопростол **рекомендується** застосовувати при 800 мкг вагінально, сублінгвально або буккально.*

с. **(НОВЕ)** Застосування комбінованої схеми прийому летрозолу плюс мізопростолу (летрозол по 10 мг на добу перорально протягом 3 днів з подальшим мізопростолом у дозі 800 мкг сублінгвально на четвертий день) пропонується як безпечний та ефективний варіант.*†

Коментар робочої групи: станом на 01.06.2023 в Україні лікарський засіб летрозол в інструкції для медичного застосування не має показань до переривання вагітності.

Коментарі:

- Результати клінічних випробувань свідчать про те, що комбінований режим (Рекомендація 27а) є більш ефективним, ніж тільки мізопростол.

- Рекомендація включає всі шляхи введення мізопростолу як варіанти вибору пацієнта та медичного працівника.

- Запропонована комбінована схема прийому летрозолу плюс мізопростолу може бути безпечною та ефективною до 14 тижнів вагітності.

- При необхідності досягнення ефективності процесу переривання вагітності можна розглянути призначення повторних доз мізопростолу. У цій настанові ми не надаємо інформації про максимальну кількість доз мізопростолу.

- † Необхідні додаткові докази для визначення безпеки, ефективності та прийнятності комбінованої схеми прийому летрозолу плюс мізопростолу на більш пізніх термінах вагітності, особливо в порівнянні з комбінованим режимом міфепристону плюс мізопростолу (наявні дослідження порівнювали застосування лише мізопростолу).

- Джерело: Рекомендації 27а і 27б були перенесені з Настанови ВООЗ (2018), де вони представили Рекомендацію 3а (120). Рекомендація 27с є новою.

Обґрунтування рекомендації 27с (комбінована схема летрозолу та мізопростолу)

Ефективність, безпека та прийнятність медичних схем переривання вагітності як альтернативи стандартним режимам міфепристону та/або мізопростолу були оцінені в систематичному огляді. Пошук літератури виявив сім досліджень, які порівнювали використання комбінації летрозолу та мізопростолу (втручання) порівняно з одним лише мізопростолом (порівняння) для медичного аборту. Досліджень, які б порівнювали застосування схеми прийому летрозолу плюс мізопростолу з режимом міфепристону плюс мізопростолу, не було виявлено. Дослідження проводилися в Китаї, Єгипті та Ісламській Республіці Іран.

Загалом, докази підтверджують втручання. Виходячи з доказів низької та дуже низької впевненості, швидкість продовження вагітності була нижчою, а частота успішного переривання вагітності була вищою при застосуванні летрозолу в комбінації з мізопростолом. Крім того, менше жінок відчували побічні ефекти препаратів (помірно достойні Результати дискусії щодо економічної ефективності, доцільності та прийнятності також були на користь втручання). Поширене використання летрозолу для лікування фертильності та раку робить його більш доступним, ніж міфепристон у деяких частинах світу. Крім того, низька вартість летрозолу є ще одним фактором на користь включення даного препарату в альтернативну медичну схему переривання вагітності.

НАДАННЯ ПОСЛУГ Рекомендація 28: Медикаментозне ведення штучного переривання вагітності на термінах < 12 тижнів гестації, * повністю або частково (тобто, виконання всіх завдань або тільки певних підзавдань; див. список на початку розділу 3.4.2) з використанням комбінації міфепристону та мізопростолу або мізопростолу[†]

Категорія медичних працівників	Рекомендація	Обґрунтування ^a
Медичні працівники громади	Рекомендується	Були знайдені докази безпеки, ефективності та прийнятності цього варіанту для всіх трьох підзавдань медичного переривання вагітності (середня довіра). Навички та знання, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до рамок компетенцій), відповідають компетенціям цієї категорії медичних працівників. Непрямі докази також вказують на те, що для медичних працівників громади можливо і прийнятно оцінити допустимість медичного абортів та успіх абортів.
Персонал аптеки	Рекомендується	Були виявлені обмежені докази безпеки, ефективності або доцільності цього варіанту (дослідження без порівняння). Навички та знання, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до рамок компетенцій), відповідають компетенціям цієї категорії медичних працівників. Непрямі докази щодо залучення медичних працівників громади були використані для підтвердження доцільності цього варіанту.
Фармацевти	Рекомендується	Хоча було виявлено недостатньо доказів безпеки, ефективності або доцільності залучення фармацевтів до всіх трьох підзавдань медичного абортів, навички та знання, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до рамки компетенцій), відповідають компетенціям цієї категорії медичних працівників. Ліки, що відпускаються за рецептом, є нормальною відповідальністю фармацевтів. Експертна група стверджує, що з інструментами оцінки допустимості та успішності медикаментозного абортів залучення фармацевтів до всіх трьох підзавдань медичного абортів було б здійсненним.
Фахівці з традиційної та допоміжної медицини	Рекомендується	З'явилися докази безпеки та ефективності цього варіанту, а також задоволеності жінок вибором цієї категорії медпрацівників і послуг, які вони надавали (дуже низька впевненість). Навички та знання, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до рамок компетенцій), відповідають компетенціям цієї категорії медичних працівників. Експертна група

		стверджує, що переваги цього варіанту переважають можливу шкоду і що цей варіант має високий потенціал для покращення рівного доступу до якісної допомоги при абортів у регіонах, де медичні працівники становлять значну частину медичних кадрів.
Категорія медичних працівників	Рекомендація	Обґрунтування^a
Медичні сестри, які виконують допоміжні функції / Медичні сестри-акушерки, що виконують допоміжні функції	Рекомендується	Були знайдені докази безпеки та ефективності цього варіанту (докази помірної достовірності). Цей варіант здійснений і вже реалізується в деяких країнах з обмеженими ресурсами.
Медичні сестри	Рекомендується	Були знайдені докази безпеки та ефективності цього варіанту, а також задоволеності жінок послугами з переривання вагітності з боку медичних працівників цієї категорії (середня впевненість).
Акушерки	Рекомендується	Були знайдені докази безпеки та ефективності цього варіанту (докази помірної достовірності). Більше жінок задоволені постачальником допомоги, коли медичний аборт виконує акушерка (середня впевненість). Цей варіант здійснений і вже реалізується в деяких країнах.
Фельдшери / помічники лікарів	Рекомендується	Було недостатньо прямих доказів ефективності залучення цих фахівців до виконання компонентів завдання, наприклад, оцінки терміну вагітності в рамках вакуумної аспірації. Також були виявлені докази того, що категорії медичних працівників з подібною або менш повною базовою підготовкою (наприклад, акушерки, медичні сестри, акушерки та медичні сестри, які виконують допоміжні функції) можуть безпечно та ефективно виконувати медикаментозний аборт (середня впевненість). Цей варіант здійснений і має значний потенціал для розширення доступу для груп, які не охоплені послугами.
Лікарі загальної практики Лікарі -спеціалісти	Рекомендується	В рамках звичайної практики, таким чином, докази не оцінювалися.
Пацієнт / самодопомога		
Вагітна жінка, дівчина чи інша вагітна особа	Рекомендується	Обґрунтування, коментарі та аспекти реалізації цієї Рекомендації, а також додаткову інформацію про підходи до самоприпинення див.: Рекомендація 50, розділ 3.6.2.

Джерело: Оновлена рекомендація з Настанови ВООЗ (2015) (23)

Коментар щодо оновлення рекомендації: Це була вже існуюча рекомендація, для якої були переглянуті докази GRADE для фахівців традиційної та додаткової медицини (раніше вони рекомендувалися лише за наявності стабільних механізмів системи охорони здоров'я для залучення медичних працівників цієї категорії до інших завдань, пов'язаних з материнським та репродуктивним здоров'ям), фармацевтів (раніше їх залучення було запропоновано в контексті ретельних досліджень), персоналу аптек (раніше не рекомендувалося), медичних працівників громади (раніше пропонувалися лише в контексті суворих досліджень) та пацієнта/самопомогі (самоменеджмент; раніше «пропонувалося»). Проаналізувавши докази, рекомендації для всіх цих категорій медичних працівників були змінені на «рекомендовані», включаючи всі три підзадачі втручання.

а Маючи обмежені докази багатьох комбінацій «категорія «медичний працівник-завдання», обговорення експертною групою цього та всіх рекомендацій, що стосуються категорій медичних працівників, керувалися Межами компетенцій, включеною до публікації ВООЗ «Сексуальне та репродуктивне здоров'я: основні компетенції в первинній медичній допомозі» (121), опублікованої в 2011 році. Межа компетенції надає інформацію про компетенції (включаючи навички та знання), необхідні для виконання кожного завдання, а також про критерії WHO-INTEGRATE, зокрема, доцільність, справедливість та прийнятність втручання, а також жіночі цінності та уподобання.

* Наявні докази самостійного надання допомоги при медикаментозному перериванні вагітності неклінічними фахівцями стосуються термінів вагітності до 10 тижнів (70 днів).

† Для цієї рекомендації розглянуті в доступній літературі схеми медикаментозного переривання вагітності включали комбінацію міфепристону і мізопростолу, або тільки мізопростол (схема прийому летрозолу не включалася).

Коментар робочої групи : Медикаментозне ведення штучного переривання вагітності на термінах гестації < 12 тижнів з питань безпеки пацієнтки має проводитися лікарями акушерами – гінекологами, які відповідають за всі етапи надання медичної допомоги (Наказ МОЗ України від 29 березня 2002 р. № 117, зі змінами згідно Наказу МОЗ України від 25.01.2023 року № 138).

Аспекти впровадження

- Необов'язково, щоб особа, яка надає медикаментозне переривання вагітності, також була підготовленою до виконання вакуум-аспірації та мала відповідні навички.

- Може виникнути необхідність зміни законодавства, яке забороняє деяким категоріям медичних працівників призначати чи видавати препарати для медикаментозного переривання вагітності, або впровадження інших механізмів, що дають можливість цим категоріям медичних працівників забезпечувати доступ до медикаментів для людей, що звертаються за перериванням вагітності.

- У всіх умовах необхідно стежити за дотриманням приватності, особливо там, де може бути важко знайти відокремлене місце (напр., в аптеках).

- Для оцінки чи є допустимим медикаментозний аборт та його успішність можна користуватися допоміжними інструментами (напр., високочутливі тести на вагітність, перевірені списки).

- Існує ряд моделей надання послуг, що полегшують процес медикаментозного переривання вагітності, наприклад телемедицина або робота з громадами (див. розділ 3.6.1).

- Необхідно впровадити механізми забезпечення доступу до якісних медикаментів. Розробка таких інструментів, як випробування для оцінки якості в місці надання послуг, може допомогти як співробітникам аптек, так і жінкам.

- Важливо, що, як і у разі будь-яких інших медикаментів, працівники аптек повинні видавати міфепристон та мізопростол так, як зазначено в рецепті.

- Особа, яка перериває вагітність медикаментозним методом, повинна мати доступ /направлення для отримання невідкладної допомоги, якщо у ній виникне потреба.

- Визнання медичними працівниками законності самостійного переривання вагітності жінками є компонентом сприятливого середовища; необхідно вносити зміни у системи охорони здоров'я, спрямовані на полегшення та підтримку самостійного переривання вагітності жінками, наприклад, приймаючи відповідні клінічні протоколи.

- Необхідні механізми забезпечення доступу до послуг контрацепції після переривання вагітності чи переадресації для отримання таких послуг, а також надання коштів контрацепції всім охочим жінкам.

КЛІНІЧНІ ПОСЛУГИ Рекомендація 29: Медикаментозне ведення штучного переривання вагітності на термінах гестації ≥ 12 тижнів

Для медикаментозного переривання вагітності на термін ≥ 12 тижнів:

а. **Пропонується** використання міфепристону в дозі 200 мг перорально, після чого через 1-2 дні. призначаються повторні дози мізопростолу в дозі 400 мкг кожні 3 години трансбуккально, сублінгвально. або вагінально.* † Мінімальний рекомендований інтервал між введенням міфепристону та мізопростол повинен становити 24 години.

б. При використанні тільки мізопростолу: **Пропонується** використання повторних доз мізопростолу 400 мкг вагінально, сублінгвально або трансбуккально кожні 3 години.* †

Примітки:

- Комбінована схема (Рекомендація 29а) ефективніша, ніж тільки мізопростол.

- Докази вказують на те, що вагінальне введення є найефективнішим. **Пропонується** включити всі шляхи введення як можливі варіанти для вибору пацієнткою та медичним працівником.

- З ембріональними тканинами слід поводитися так само, як і з іншими біологічними матеріалами, якщо жінка висловлює бажання розпорядитися ними в інший спосіб.

Примітки:

*При необхідності введення мізопростолу можна повторити через певні інтервали для досягнення ефективності процесу переривання вагітності. Медичні працівники повинні виявляти обережність та застосовувати клінічну оцінку при визначенні максимальної кількості доз мізопростолу для призначення вагітним із рубцем на матці. Розрив матки – це рідкісне ускладнення; на пізніших термінах гестації необхідно брати до уваги клінічну оцінку та готовність системи охорони здоров'я до надання екстреної допомоги при розриві матки

† Обмеженість даних вимагає зниження дози мізопростолу при штучному перериванні вагітності на термін більше 24 тижнів. Для визначення необхідного дозування препарату слід застосовувати клінічну оцінку з урахуванням вищої чутливості матки до простагландинів.

Джерело: Рекомендація 3b, перенесена з Настанови ВООЗ (2018) (120)

НАДАННЯ ПОСЛУГ Рекомендація 30: Медикаментозне ведення штучного переривання вагітності на термінах ≥ 12 тижнів

Категорії медичних працівників	Рекомендації	Обґрунтування ^a
Фахівці традиційної та допоміжної медицини	Пропонується Умова: За наявності стійкого та легкого доступу до належної хірургічної підтримки та відповідної інфраструктури для усунення неповного аборту чи інших ускладнень.	Хоча прямих доказів безпеки, ефективності і прийнятності цього варіанту не було виявлено, навички та знання, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до рамки компетенцій), відповідають компетенціям цієї категорії медичних працівників. Крім цього, було рекомендовано залучати медичних працівників цієї категорії до надання послуг з медикаментозного переривання вагітності на термінах < 12 тижнів (Рекомендація 28). Є високий потенціал для

		розширення рівноправного доступу до якісної допомоги з переривання вагітності в регіонах, де медичні працівники цієї категорії складають значну частку медичних кадрів.
Медичні сестри, які виконують допоміжні функції /медичні сестри-акушерки, які виконують допоміжні функції	Пропонується Умова: За наявності стійкого та легкого доступу до належної хірургічної підтримки та відповідної інфраструктури для усунення неповного абортів чи інших ускладнень.	Хоча прямих доказів безпеки, ефективності і прийнятності цього варіанту не було виявлено, навички та знання, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до рамки компетенцій), відповідають компетенціям цієї категорії медичних працівників. Крім цього, було рекомендовано залучати медичних працівників цієї категорії до надання послуг з медикаментозного переривання вагітності на термінах < 12 тижнів (Рекомендація 28). Цей варіант практично здійснений, прийнятний і має високий потенціал по розширенню рівноправного доступу до якісної допомоги з переривання вагітності
Медичні сестри	Пропонується Умова: За наявності стійкого та легкого доступу до належної хірургічної підтримки та відповідної інфраструктури для усунення неповного абортів чи інших ускладнень.	Хоча прямих доказів безпеки та ефективності залучення медсестер до виконання цього втручання цілком не було виявлено, медичні працівники цієї категорії часто відповідають за моніторинг стану та догляд за жінками з часу прийому мізопростолу до завершення абортів Жінки часто знаходять допомогу з переривання вагітності, наданої медичними сестрами, більше прийнятною (середній ступінь достовірності)
Акушерки	Пропонується Умова: За наявності стійкого та легкого доступу до належної хірургічної підтримки та відповідної інфраструктури для усунення неповного абортів чи інших ускладнень.	Хоча прямих доказів безпеки та ефективності залучення акушерок до виконання цього втручання повністю не було виявлено, медичні працівники цієї категорії часто відповідають за моніторинг стану та догляд за жінками з часу прийому мізопростолу до завершення абортів. Жінки часто знаходять допомогу по переривання вагітності, наданої акушерками, найбільш прийнятною (середній рівень достовірності).
Фельдшери / помічники лікарів	Пропонується Умова: За наявності стійкого та легкого доступу до належної хірургічної підтримки та відповідної інфраструктури для усунення	Хоча було виявлено недостатньо прямих доказів безпеки та ефективності цього варіанту, медичні працівники цієї категорії рутинно виконують завдання схожої складності (напр.,

	неповного аборту чи інших ускладнень. .	вакуум-аспірація та ручне відділення плаценти) (138). Ці клініцисти часто присутні у медичних закладах вищого рівня допомоги, що надають допомогу на пізніших термін вагітності. Підготовлений лікар-фахівець не завжди може бути присутнім у медичних закладах вищої ланки, та наявність більше одного підготовленого постачальника допомоги у медичній установі може розширити можливості для забезпечення послуг на більш пізніх термінах вагітності.
Лікарі загальної практики	Рекомендується	Хоча було виявлено недостатньо прямих доказів безпеки та ефективності цього варіанту, лікарі загальної практики рутинно виконують завдання схожої або більшої складності (напр., ведення пологів, ручне відділення плаценти, вакуум-аспірацію). Можливі переваги цього втручання перевищують шкоду, і це втручання продемонстрували свою практичну здійсненність у кількох контекстах. Підготовлений лікар-фахівець не завжди може бути присутнім у медичній установі, отже, цей варіант може розширити рівноправний доступ до якісної допомоги з переривання вагітності.
Лікарі-фахівці	Рекомендується	В рамках звичайної практики, ^b тому докази не оцінювалися.

Джерело: Оновлена рекомендація з Настанови BOOЗ (2015) (23).

Коментар щодо оновлення рекомендації: Це була вже існуюча рекомендація, для якої були переглянуті докази із застосуванням методики GRADE щодо всіх категорій медичних працівників, крім лікарів-фахівців та лікарів загальної практики, щодо яких уже існувала сильна рекомендація щодо залучення цих категорій до цієї задачі. Після аналізу доказів рекомендації для фахівців традиційної та допоміжної медицини та медичних сестер/акушерок, що виконують допоміжні функції, були змінені з "не рекомендується" на "пропонується" за певних умов.

^a За наявності обмежених доказів, що стосуються багатьох комбінацій «категорія медпрацівника – завдання», обговорення експертної групи для цієї та всіх рекомендацій, що стосуються категорій медичних працівників, орієнтувалися на Межу компетенцій, включеної до публікації BOOЗ Sexual and reproductive health:care (121), видану у 2011 році. Межа компетенцій надає інформацію щодо компетенцій (включаючи навички та знання), необхідні для виконання кожного завдання, а також на критерії WHO-INTEGRATE, зокрема, здійсненність, справедливість та прийнятність втручання, а також цінності та переваги жінок.

Медикаментозне переривання вагітності на термінах ≥ 12 тижнів гестації практикується та досліджується як процедура, що виконується в медичній установі, під час якої жінки мають залишатися під наглядом до завершення процесу.

Аспекти впровадження

- Медичні працівники, які виконують переривання вагітності або надають допомогу жінкам, які переривають вагітність, на термінах гестації ≥ 12 тижнів, можуть потребувати додаткової професійної та моніторингової підтримки.

КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ПРАВ ЛЮДИНИ, ЩО СТОСУЮТЬСЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПРИПРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ

- Кожна людина має право на приватність та конфіденційність допомоги в області сексуального та репродуктивного здоров'я (СРЗ).
- Регулювання абортів має базуватися на правах людини та бути доказовим обґрунтованим.
- Держави повинні забезпечити адекватний доступ без дискримінації до економічно доступних основних лікарських засобів.
- Кожна людина має право користуватися благами наукового прогресу та право на здоров'я, що вимагає від допомоги з медикаментозного переривання вагітності наявності, доступності, прийнятності та гарної якості. Це означає, що держави повинні забезпечити доступ до медикаментів для переривання вагітності та що доказово обґрунтовані стандарти та настанови з надання та надання послуг СРЗ повинні (i) бути прийняті та (ii) рутинно оновлюватися з урахуванням прогресу в медицині.

3.4.3 Вагітність, що не розвивається

При вагітності, що не розвивається, розвиток вагітності зупиняється, при цьому ембріон/плід/ембріональні тканини чи порожнє плодове яйце залишаються у матці, а шийка матки закрита. Симптомами такого стану можуть бути біль, кровотеча або відсутність симптомів. Ультразвукове дослідження, якщо проводиться, може показати ембріон або плід без серцевої діяльності, або тільки наповнене рідиною плодове яйце, яке візуалізується в матці на ранніх термін вагітності (151). Варіанти допомоги при вагітності, що не розвивається, включають в себе медикаментозний, хірургічний (вакуум-аспірація) та вичікувальний способи.

КЛІНІЧНІ ПОСЛУГИ Рекомендація 31 (НОВА):

Медикаментозне ведення вагітності, що не розвивається, на термінах гестації < 14 тижнів

При вагітності, що не розвивається, на терміні < 14 тижнів, для осіб, які віддають перевагу медикаментозному веденню: **Рекомендується** використання міфепристону в комбінації з мізопростолом, а не тільки мізопростолу.

- Рекомендована схема: міфепристон у дозі 200 мг перорально, після чого мізопростол у дозі 800 мкг будь-яким шляхом введення (трансбуккально, сублінгвально або вагінально).
- Альтернативна схема: мізопростол у дозі 800 мкг будь-яким шляхом введення (трансбуккально, сублінгвально або вагінально).

Примітки:

- Рішення щодо способу ведення вагітності, що не розвивається (вичікувального, медикаментозного або хірургічного) має ґрунтуватися на клінічному стані жінки та переваг щодо лікування.

- Можна запропонувати варіант вичікувального відання, за умови, що жінка, дівчина або інша вагітна людина поінформована про більш тривалий процес експульсії ембріональних тканин та підвищеному ризику неповного спорожнення матки.

- З ембріональними тканинами слід поводитися так само, як і з іншими біологічними матеріалами, якщо жінка висловлює бажання розпорядитися ними в інший спосіб.

Примітки:

* Мінімальний рекомендований інтервал між прийомом міфепристону та мізопростолу повинен становити 24 години.

† При використанні альтернативної схеми (тільки мізопростол), необхідно зазначити, що є докази більшої ефективності повторних доз мізопростолу для успішного переривання вагітності на термін гестації ≥ 9 тижнів. В даній настанові ми не даємо інформації щодо максимальної кількості доз мізопростолу.

Обґрунтування

Це ключове питання було розглянуто у систематичному огляді. Стратегія пошуку літератури допомогла виявити двадцять досліджень з ведення вагітності, що не розвивається.

Дослідження проводилися в Китаї, Німеччині, Індії, Ізраїлі, Малайзії, Пакистані, Швеції, Таїланді, Великобританії, США та Ємені.

З цих досліджень було проаналізовано 19 досліджень, у яких порівнювали такі втручання:

- Міфепристон плюс мізопростол та тільки мізопростол
- Медикаментозне та вичікувальне ведення 0
- Хірургічне та медикаментозне/вичікувальне ведення

У порівнянні з вичікувальним веденням, при медикаментозному веденні частота продовження вагітності була нижчою, а показники успішності переривання вагітності (евакуація вмісту матки без хірургічного втручання) – вище, виходячи з доказів від середнього до високого ступеня достовірності. Порівняння комбінованої схеми з використанням тільки мізопростолу показало, що при використанні комбінованої схеми показники успішного переривання вагітності були вищими. Ця рекомендація базується на доказах середнього ступеня достовірності. Докази від середнього до високого ступеня достовірності також вказують на меншу частоту ускладнень та побічних ефектів. Жінки повідомляли про більшу задоволеність послугами при застосуванні комбінації міфепристону та мізопростолу, за даними високого ступеня достовірності. Внаслідок хірургічного ведення частота успішного переривання вагітності була вищою, порівняно з медикаментозним та вичікувальним методами, виходячи з доказів від низького до середнього ступеня достовірності. Обговорення цінностей та переваг жінок наголосило на важливості пропозиції жінці на вибір усіх трьох варіантів ведення. Що стосується медикаментозного ведення, експертна група вирішила, що, оскільки медикаментозні схеми включених досліджень варіювалися, застосовні як рекомендовані, і пропоновані схеми штучного переривання вагітності терміном до 12 тижнів гестації (див. Рекомендацію 27).

Щодо категорій медичних працівників, яких рекомендується залучати до медикаментозного ведення вагітності, що не розвивається, на термінах < 14 тижнів гестації,

див. Рекомендацію 28 щодо медикаментозного ведення штучного переривання вагітності на термінах < 12 тижнів гестації.

КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ПРАВ ЛЮДИНИ, ЩО СТОСУЮТЬСЯ ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ, ЩО НЕ РОЗВИВАЄТЬСЯ

- Кожен має право на приватність та конфіденційність допомоги у галузі сексуального та репродуктивного здоров'я (СРЗ).
- Регулювання абортів має базуватися на правах людини та бути доказово обґрунтованим.
- Держави повинні забезпечити адекватний доступ без дискримінації до економічно доступним основним лікарським засобам.
- Кожна людина має право користуватися благами наукового прогресу та право за здоров'я, що вимагає від допомоги з медикаментозного переривання вагітності наявності, доступності, прийнятності та хорошої якості. Це означає, що держави мають забезпечити доступ до медикаментів для переривання вагітності та що доказово обґрунтовані стандарти та настанови з надання та надання послуг СРЗ повинні (і) бути прийняті та (ii) рутинно оновлюватися з урахуванням прогресу у медицині.

3.4.4 Внутрішньоутробна загибель плода (ВУЗП)

Загибель плода (смерть плода) означає ситуації, в яких плід більше не живий, але матка ще не почала процес вигнання вмісту, а шийка матки залишається закритою (152). Діагноз ставиться за допомогою ультразвукового дослідження після виявлення певних клінічних ознак, які можуть включати вагінальну кровотечу, відсутність серцебиття плода при електронній аускультатії, відсутність відчуттів рухів плода або розмір матки значно менший за очікуваний (152). Можна, можливо вибрати вибіркоувальний спосіб ведення ВУЗП, а також хірургічне (D&E) або медикаментозне ведення.

КЛІНІЧНІ ПОСЛУГИ Рекомендація 32:

Медикаментозне ведення ВУЗП на термінах гестації ≥ 14 та ≤ 28 тижнів

Для медикаментозного ведення ВУЗП терміном ≥ 14 до ≤ 28 тижнів: **Пропонується** використання міфепристону в комбінації з мізопростолом, а не тільки мізопростолу.

- Запропонована схема: міфепристон у дозі 200 мг перорально, після чого через 1-2 дні вводяться повторні дози мізопростолу 400 мкг сублінгвально або вагінально кожні 4-6 годин. Мінімальний рекомендований інтервал між прийомом міфепристону та мізопростолу повинен становитиме 24 години.
- Альтернативна схема: повторні дози мізопростолу 400 мкг сублінгвально або вагінально кожні 4-6 годин.*

Примітки:

• Результати клінічних досліджень вказують на те, що комбінована схема більша ефективна, ніж використання тільки мізопростолу.

• З ембріональними тканинами слід поводитися так само, як і з іншими біологічними матеріалами, якщо жінка висловлює бажання розпорядитися ними в інший спосіб.

Примітки:

*Введення мізопростолу можна повторити через певний інтервал, якщо це необхідно для досягнення ефективного переривання вагітності. Медичні працівники повинні проявляти обережність та застосовувати клінічну оцінку при визначенні максимальної кількості доз мізопростолу для призначення вагітним із рубцем на матці. Розрив матки – це рідкісне ускладнення; на пізніших термінах гестації необхідно брати до уваги клінічну оцінку та готовність системи охорони здоров'я для надання екстреної допомоги при розриві матки

- ‡ Необхідно знизити дозу мізопростолу при ВУЗП на термін більше 28 тижнів. Для визначення необхідного дозування препаратуслід застосовувати клінічну оцінку з урахуванням вищої чутливості матки до простагландинів.

Джерело: Рекомендація 2, перенесена з Настанови ВООЗ (2018) (120). Було змінено формулювання для відповідності формулюванню Рекомендації 31 щодо вагітності, що не розвивається.

НАДАННЯ ПОСЛУГ Рекомендація 33 (НОВА):

Медикаментозне ведення внутрішньоутробної загибелі плода (ВУЗП) на термінах гестації ≥ 14 до ≤ 28 тижнів

Категорії медичних працівників	Рекомендації	Обґрунтування
Фахівці традиційної та допоміжної медицини	Пропонується Умова: За наявності стійкого та легкого доступу до належної хірургічної підтримки та відповідної інфраструктури для усунення неповного аборту чи інших ускладнень.	Хоча прямих доказів безпеки, ефективності і прийнятності цього варіанту не було виявлено, навички та знання, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до рамки компетенцій), відповідають компетенціям цієї категорії медичних працівників. Крім цього, було рекомендовано залучати медичних працівників цієї категорії до надання послуг з медикаментозного переривання вагітності на термінах <12 тижнів (Рекомендація 28). Експертна група стверджує, що цей варіант може розширити рівноправний доступ до якісної допомоги з переривання вагітності у регіонах, де медичні працівники цієї категорії становлять значну частку медичних кадрів.
Медичні сестри, які виконують допоміжні функції / медичні сестри-акушерки, які виконують допоміжні функції	Пропонується Умова: За наявності стійкого та легкого доступу до належної хірургічної підтримки та відповідної інфраструктури для усунення неповного аборту чи інших ускладнень.	Хоча прямих доказів безпеки, ефективності та прийнятності цього варіанта не було виявлено, навички та знання, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до рамки компетенцій), відповідають компетенціям даної категорії медичних працівників. Крім цього, було рекомендовано залучати медичних працівників цієї категорії до надання послуг з медикаментозного переривання вагітності на терміни < 12 тижнів (Рекомендація 28). Експертна група прийшла до рішення, що цей підхід є здійснений, прийнятний і має високий потенціал розширення рівноправного доступу до якісної допомоги з переривання вагітності
Медичні сестри	Пропонується Умова: За наявності стійкого та легкого доступу до належної хірургічної підтримки та відповідної інфраструктури для	Хоча прямих доказів безпеки та ефективності цього варіанта не було виявлено, медичні працівники цієї категорії часто відповідають за моніторинг стану та догляд за жінками з часу прийому мізопростолу до завершення аборту. Жінки часто знаходять допомогу по переривання

	усунення неповного аборт чи інших ускладнень.	вагітності, наданої медичними сестрами, в порівнянні з іншими категоріями медичних працівників, більш прийнятних (середній ступінь достовірності).
Акушерки	Пропонується Умова: За наявності стійкого та легкого доступу до належної хірургічної підтримки та відповідної інфраструктури для усунення неповного аборт чи інших ускладнень.	Хоча прямих доказів безпеки та ефективності цього варіанта не було виявлено, медичні працівники цієї категорії часто відповідають за моніторинг стану та догляд за жінками з часу прийому мізопростолу до завершення аборт. Жінки часто знаходять допомогу по переривання вагітності, наданої акушерками, більш прийнятною порівняно з іншими категоріями медичних працівників (середній ступінь достовірності)
Фельдшери / помічники лікарів	Пропонується Умова: За наявності стійкого та легкого доступу до належної хірургічної підтримки та відповідної інфраструктури для усунення неповного аборт чи інших ускладнень.	Хоча було виявлено недостатньо прямих доказів безпеки та ефективності цього варіанту, медичні працівники цієї категорії рутинно виконують завдання схожої складності (напр., вакуум-аспірація та ручне відділення плаценти) (138). Ці клініцисти часто присутні в медичні установи вищого рівня допомоги, надають допомогу на пізніших термінах вагітності. Підготовлений лікар-фахівець не завжди може бути присутнім у медичних закладах вищої ланки та наявність більш одного підготовленого постачальника допомоги у медичному закладі може розширити можливості для забезпечення послуг на пізніших термінах вагітності
Лікарі загальної практики	Рекомендується	Хоча було виявлено недостатньо прямих доказів безпеки та ефективності цього варіанту, лікарі загальної практики рутинно виконують завдання схожої або більшої складності (напр., ведення пологів, ручне відділення плаценти, вакуум-аспірація). Можливі переваги цього втручання перевищують шкоду, і це втручання продемонструвало свою практичну здійсненність у кількох контекстах. Підготовлений лікар-фахівець не завжди може бути присутнім у медичній установі, отже, цей варіант може розширити рівноправний доступ до якісної допомоги з переривання вагітності.
Лікарі-спеціалісти	Рекомендується	В рамках звичайної практики, ^b тому докази не оцінювались.

Коментар: Це нова рекомендація. У Рекомендаціях ВООЗ від 2015 року щодо ролей медичних працівників не було рекомендацій щодо медикаментозного ведення ВУЗП (23), хоча в Настанові ВООЗ 2018 р. Medical management of abortion («Медикаментозне ведення переривання вагітності») (120) була рекомендація щодо клінічних послуг, що належать до даного втручання. Через відсутність прямих доказів на цю тему та схожість двох завдань до

цієї рекомендації були застосовані положення Рекомендації 30 по медикаментозним перериванням вагітності на термінах гестації ≥ 12 тижнів.

Примітки:

^a За наявності обмежених доказів, що стосуються багатьох комбінацій «категорія медпрацівника – завдання», обговорення експертної групи для цієї та всіх рекомендацій, що стосуються категорій медичних працівників, орієнтувалися на Межу компетенцій, включеної до публікації ВООЗ Sexual and reproductive health: care (121), видану у 2011 році. Межа компетенцій надає інформацію щодо компетенцій (включаючи навички та знання), необхідні для виконання кожного завдання, а також на критерії WHO-INTEGRATE, зокрема, здійсненність, справедливість та прийнятність втручання, а також цінності та переваги жінок.

Медикаментозне переривання вагітності на термінах ≥ 12 тижнів гестації практикується та досліджується як процедура, що виконується в медичній установі, під час якої жінки мають залишатися під наглядом до завершення процесу.

Аспекти впровадження

- Будь-які нормативні положення, що регулюють ведення / усунення продуктів зачаття та видачу свідоцтв про народження чи смерть, не повинні обтяжувати жінок чи медичних працівників або порушувати їхню конфіденційність.

КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ПРАВ ЛЮДИНИ, ЩО СТОСУЮТЬСЯ ВЕДЕННЯ ВУЗП

- Кожна людина має право на приватність та конфіденційність допомоги у галузі сексуального та репродуктивного здоров'я (СРЗ).
- Регулювання абортів має базуватися на правах людини та бути доказово обґрунтованим.
- Держава повинні забезпечити адекватний доступ без дискримінації до економічно доступним основним лікарським засобам.
- Кожна людина має право користуватися благами наукового прогресу та право за здоров'я, що вимагає від допомоги з медикаментозного переривання вагітності наявності, доступності, прийнятності та гарної якості.

Це означає, що держава повинна забезпечити доступ до медикаментів. переривання вагітності та що доказово обґрунтовані стандарти та настанови з надання та надання послуг СРЗ повинні (i) бути прийняті та (ii) рутинно оновлюватися з урахуванням прогресу у медицині.

3.5 Допомога після переривання вагітності

Період після переривання вагітності – третя та заключна частина ланцюжка безперервної допомоги з переривання вагітності. Допомога після переривання вагітності включає будь-який або всі наведені нижче компоненти, за потребою або бажанням: не обов'язковий огляд після переривання вагітності, ведення залишкових побічних ефектів або ускладнень та послуги контрацепції. Якщо аборт виконаний безпечно, ускладнення зустрічаються рідко, але можуть містити в собі неповний аборт, кровотечу, інфекцію, перфорацію матки, ускладнення, пов'язані з анестезією, а також розрив матки. Відповідно до міжнародних прав людини та передових медичних практиками, допомога після переривання вагітності має надаватися завжди, незалежно від того, чи дозволені аборти в цій країні.

3.5.1 Подальша допомога після переривання вагітності

Рутинний подальший огляд після неускладненого хірургічного чи медикаментозного переривання вагітності не обов'язковий, якщо жінці було надано адекватну інформацію про те, коли звертатися за допомогою у разі ускладнень, і якщо вона отримала всі необхідні матеріали або інформацію для задоволення своїх потреб у контрацепції. Однак, через 7-14 днів після процедури жінці можна запропонувати повторний візит за бажанням для надання послуг контрацепції, емоційної підтримки або надання допомоги у медичних питаннях.

Якщо жінка вирішує прийти з повторним візитом, скористайтесь цим контактом, щоб:

- оцінити процес її відновлення та запитати, чи є у неї ознаки чи симптоми вагітності, що триває;
- переглянути всі наявні медичні записи та документи про переадресацію;
- запитати, чи має вона якісь симптоми з моменту проведення процедури;
- провести ретельний медичний огляд, якщо жінка має якісь скарги;
- оцінити репродуктивні цілі жінки та необхідність у послугах контрацепції.

• Якщо на момент переривання вагітності жінка не отримала чи не почала використовувати жодних засобів контрацепції, проінформуйте її про контрацепцію та запропонуйте консультування з питань контрацепції та надання контрацептивів, якщо жінка цього хоче.

• Якщо жінка вже почала користуватися будь-яким методом контрацепції, оцініть використовуваний метод і дайте відповідь на її питання або поповніть її запас контрацептивів, якщо необхідно (122).

КЛІНІЧНІ ПОСЛУГИ Рекомендація 34: Подальша допомога або додаткові послуги після переривання вагітності

Після неускладненого хірургічного або медикаментозного переривання вагітності: **Рекомендується:** немає необхідності в наступних рутинних відвідуваннях. Однак, слід надати інформацію про наявність додаткових послуг, якщо вони потрібні або бажані.

Примітки:

• Жінок, дівчат та інших вагітних людей необхідно адекватно поінформувати про симптоми вагітності, що триває (що може бути або може не бути ознакою невдалого переривання вагітності) та про інші медичні причини для повторного відвідування медичного працівника, таких як тривала рясна кровотеча, повна відсутність кровотечі при медикаментозному перериванні вагітності, біль, який не зменшується з прийомом знеболювальних препаратів або лихоманка.

• Якість даних була низькою (обсерваційні дослідження та опосередковані дані). Джерело: Рекомендація 9, оновлена, з Настанови ВООЗ (2012) (19).

Коментар щодо оновлення рекомендації: Це була існуюча раніше рекомендація, для якої було проведено оновлений пошук літератури, але методика GRADE не застосовувалася. Було змінено формулювання рекомендації: видалено згадку про схему медикаментозного переривання вагітності (тепер ця рекомендація застосовна до всіх методів та схем переривання вагітності, див. розділ 3.4); також було використано слово "рекомендується", що вказує на те, що це сильна рекомендація

КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ПРАВ ЛЮДИНИ, ЩО СТОСУЮТЬСЯ ПОДАЛЬША ДОПОМОГА

- Держава зобов'язана забезпечити доступ до допомоги після переривання вагітності, якщо вона потрібна, незалежно від правового статусу абортів у країні.
- Допомога після переривання вагітності має надаватися на умовах конфіденційності, у тому числі у ситуаціях, коли аборт нелегальний.
- Допомога після переривання вагітності має надаватися без загрози кримінального переслідування чи заходів покарання. Держави не повинні вимагати від медичних працівників повідомляти про осіб, підозрюваних у незаконному перериванні вагітності, або вимагати від них надавати будь-яку потенційно компрометуючу інформацію під час надання допомоги після переривання вагітності або як обов'язкова умова її надання.

3.5.2 Неповний аборт

Неповний аборт визначається клінічними ознаками відкритої шийки матки та кровотечі, при цьому сталося неповне вигнання продуктів зачаття з матки або вигнані з матки зачаття не відповідають передбачуваному терміну вагітності. Часті симптоми такого стану включають вагінальну кровотечу та болі в животі. Неускладнений неповний аборт може статися в результаті як штучного, так і спонтанного переривання вагітності (тобто викидня); тактика ведення однакова для обох випадків. Неповний аборт можна вести вичікувальним, медикаментозним або хірургічним способом (вакуум-аспірація). Застосування вакуум-аспірації при неускладненому неповному аборті (коли розмір матки не перевищує 14 тижнів) включає в себе розпізнавання стану, оцінку розміру матки, виконання самої процедури та знеболювання

КЛІНІЧНІ ПОСЛУГИ Рекомендація 35 та 36: Ведення неповного аборт

35. При неповному аборті на термін < 14 тижнів: **Рекомендована** вакуум-аспірація або медикаментозне ведення.

36a. Для медикаментозного ведення неповного аборт терміном <14 тижнів за розміром матки: **Пропонується** введення мізопростолу у дозі 600 мкг перорально або мізопростолу у дозі 400 мкг. сублінгвально.

36b. Для медикаментозного ведення неповного аборт на термін ≥ 14 тижнів за розміром матки: **Пропонується** введення мізопростолу в дозі 400 мкг сублінгвально, вагінально або трансбуккально. кожні 3 години. *

Примітки:

- Рішення про спосіб ведення неповного аборт має прийматись з урахуванням клінічного стану жінки та переваг у лікуванні.
- Вичікувальне ведення неповного аборт може бути так само ефективним, як і застосування мізопростолу; його можна запропонувати як вибір за умови, якщо жінка, дівчина або інша вагітна людина поінформована про більш тривалий процес експульсії ембріональних тканин та підвищений ризик неповного спорожнення матки.
- **Рекомендація 35** була екстрапольована з дослідження, проведеного серед жінок, повідомляли про спонтанний аборт.

Примітки:

* За необхідності введення мізопростолу можна повторити через певні інтервали для досягнення ефективності процесу переривання вагітності На терміні гестації ≥ 14 тижнів медичні працівники повинні виявляти обережність та застосовувати клінічну оцінку при визначенні максимальної кількості доз мізопростолу для призначення вагітним пацієнткам з рубцем на матці. Розрив матки – це рідкісне ускладнення; на пізніших термінах гестації необхідно брати до уваги клінічну оцінку та готовність системи охорони здоров'я до надання екстреної допомоги при розриві матки.

Джерело: Рекомендацію 35 було перенесено з Настанови ВООЗ (2012), в якому це була Рекомендація 10 (19). Була переглянута формулювання рекомендації: змінено формулювання щодо терміну гестації з «13 тижнів і менше» на «до 14 тижнів» (< 14 тижнів). Рекомендації 36a та 36b були перенесені з Настанови ВООЗ (2018), в якому це були Рекомендації 1A та 1B (120). Також було змінено порогові терміни гестації з 13 тижнів на 14 тижнів.

НАДАННЯ ПОСЛУГ Рекомендація 37: Медикаментозне ведення неускладненого неповного аборту із застосуванням мізопростолу на термінах < 14 тижнів гестації

Категорії медичних працівників	Рекомендації	Обґрунтування ^a
Общинні медичні працівники	Рекомендується	Не було виявлено прямих доказів на користь цього варіанта, але були виявлені непрямі докази того, що общинні медичні працівники можуть використовувати прості інструменти та контрольні списки питань для визначення терміну гестації (Грунтуючись на історії пацієнтки), оцінювати відповідність жінки критеріям щодо медикаментозного аборту, і навіть його успішність (докази від низького до середнього ступеня достовірності). Громадські медичні працівники часто беруть участь у консультуванні жінок, які звертаються за допомогою з переривання вагітності (Докази середнього ступеня достовірності). Загалом, втручання із залученням общинних медичних працівників є прийнятними та продемонстрували свою практичну здійсненність у багатьох контекстах. Навички та знання, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до рамки компетенцій), відповідають компетенціям даної категорії медичних працівників..
Фармацевти	Рекомендується	Хоча було виявлено недостатньо доказів безпеки та ефективності цього варіанту, навички та знання, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до рамки компетенцій), відповідають компетенціям цієї категорії медичних працівників. Крім цього, навички, необхідні для ведення неповного переривання вагітності із застосуванням мізопростолу, схожі на навички та знання, необхідні для медикаментозного переривання вагітності на термін < 12 тижнів гестації, що є рекомендованим завданням для цієї категорії медичних працівників (див. Рекомендацію 28)
Фахівці традиційної та допоміжної медицини	Рекомендується	Були виявлені докази безпеки та ефективності виконання медичними працівниками цієї категорії медикаментозного переривання вагітності на термінах гестації < 12 тижнів (низький ступінь достовірності), а ведення неповного аборту із застосуванням мізопростолу вимагає подібних навичок. Крім цього навички та знання, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до рамки компетенцій), відповідають компетенціям цієї категорії медичних працівників..
Медичні сестри, які виконують допоміжні функції	Рекомендується	Були виявлені докази безпеки та ефективності виконання медичними працівниками цієї категорії медикаментозного переривання вагітності на термінах гестації < 12 тижнів (середня виявлено докази безпеки та ефективності виконання медичними працівниками цієї категорії медикаментозного переривання вагітності на термінах гестації < 12 тижнів), а ведення неповного аборту з застосуванням мізопростолу потребує подібних навичок.

/ медичні сестри-акушерки, виконують допоміжні функції		
Медичні сестри	Рекомендується	Були виявлені непрямі докази безпеки, ефективності та прийнятності надання медичними сестрами послуг медикаментозного переривання вагітності (середній ступінь достовірності), а ведення неповного абортів із застосуванням мізопростолу вимагає подібних навичок. Цей варіант практично здійснюваний і має високий потенціал щодо розширення рівноправного доступу до якісної допомоги з переривання вагітності.
Акушерки	Рекомендується	Були виявлені докази безпеки та ефективності цього варіанту, отримані в умовах обмеженості ресурсів (від середньої до ступеня достовірності). Загальна задоволеність жінок постачальником допомоги була вищою при веденні неповного абортів акушерками (докази середнього ступеня достовірності). Цей варіант практично здійснюваний і має потенціал щодо розширення рівноправного доступу до якісної допомоги з переривання вагітності.
Фельдшери / помічники лікарів	Рекомендується	Були виявлені докази середнього ступеня достовірності на користь безпеки та ефективності ведення неповного абортів акушерками, а також докази середнього ступеня достовірності безпеки та ефективності виконання медикаментозного переривання вагітності медичними працівниками з аналогічною або менш комплексною підготовкою. Крім цього, були виявлені прямі докази того, що клініцисти цієї категорії можуть оцінювати термін гестації (за розміром матки) у рамках процедури вакуум-аспірації. Цей варіант практично здійснюваний і має високий потенціал щодо розширення рівноправного доступу до якісної допомоги з переривання вагітності
Лікарі загальної практики Лікарі-фахівці	Рекомендується	В рамках звичайної практики, ^b тому докази не оцінювалися.conducted

Джерело: Оновлена рекомендація з Настанови ВООЗ (2015) (23).

Коментар щодо оновлення рекомендації: Це була раніше існуюча рекомендація, для якої були переглянуті докази із застосуванням методики GRADE щодо фахівців традиційної та допоміжної медицини (раніше рекомендація звучала «пропонується»), для фармацевтів та співробітників аптек (раніше для обох категорій рекомендація звучала «не рекомендується»), а також медичних працівників громади (раніше «в контексті ретельних досліджень»), оскільки для виконання цього завдання іншими категоріями медичних працівників вже була сильна рекомендація. Після аналізу доказів переглядаються рекомендації всім категоріям медичних працівників було змінено на «рекомендується». Узагальнені результати досліджень представлені у Додатковому матеріалі 3, Таблиці «Від доказів – до рішень» на тему «Медикаментозне ведення неповного абортів».

Примітки:

^a За наявності обмежених доказів щодо багатьох комбінацій «категорія медпрацівника – завдання», обговорення експертної групи для цієї та всіх рекомендацій, що стосуються категорій медичних працівників, орієнтувалися на Межу компетенцій, включеної до публікації ВООЗ Sexual and reproductive health: core competencies in primary care (121), видану 2011 року. Рамка надає інформацію щодо компетенцій (включаючи навички та

знання), необхідні для виконання кожного завдання, а також на критерії WHO-INTEGRATE, зокрема, здійсненність, справедливість та прийнятність втручання, а також цінності та переваги жінок.

Аспекти впровадження

- Може виникнути необхідність зміни законодавства, яке забороняє деяким категоріям медичних працівників призначати та видавати препарати для медикаментозного переривання вагітності, або впровадження інших механізмів, що дають можливість цим категоріям медичних працівників забезпечувати доступ до медикаментів для осіб, звертаються за перериванням вагітності.

- Евакуація продуктів зачаття, що залишилися в матці, входить в основні функції базової невідкладної акушерської допомоги, тому підготовку та саме виконання цього завдання можна включити до послуг невідкладної акушерської допомоги.

НАДАННЯ ПОСЛУГ Рекомендація 38: Вакуум-аспірація для ведення неускладненого неповного абортів на термінах < 14 тижнів гестації

Категорії медичних працівників	Рекомендації	Обґрунтування ^a
Фахівці традиційної та допоміжної медицини	Рекомендовано	Були виявлені докази дуже низького ступеня достовірності, що свідчать про ефективність цього варіанту для виконання таких компонентів цього завдання, як проведення бімануального дослідження для оцінки розміру матки в рамках медикаментозного абортів. Навички та знання, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до рамки компетенцій), відповідають компетенціям цієї категорії медичних працівників. Ці фахівці виконують трансцервікальні процедури (напр., введення ВМС) у деяких контекстах. Цей варіант може сприяти розширенню справедливості доступу до якісної допомоги по перериванню вагітності в регіонах, де такі фахівці являють собою значну частку медичних кадрів
Медичні сестри, які виконують допоміжні функції / медичні сестри-акушерки, які виконують допоміжні функції	Пропонується Умова: За наявності стійких механізмів системи охорони здоров'я із залучення медичних сестер, що виконують допоміжні функції / медичних сестер-акушерок, що виконують допоміжні функції, до надання базової невідкладної акушерської допомоги, а також за наявності стійких систем переадресації та моніторингу.	Хоча було виявлено недостатньо прямих доказів безпеки та ефективності цього варіанта, надання медичними працівниками цієї категорії невідкладної акушерської допомоги (яка включає в себе видалення продуктів зачаття, що залишилися, як базову функцію) або допомоги після переривання вагітності із застосуванням ручної вакуум-аспірації продемонструвало свою практичну здійсненність у кількох країнах з обмеженими ресурсами.
Медичні сестри	Рекомендовано	Були виявлені докази безпеки та ефективності виконання медичними працівниками цієї категорії вакуум-аспірації для штучного переривання вагітності (низький ступінь

		достовірності), а ведення неускладненого неповного абортів із застосуванням вакуум-аспірації вимагає подібних навичок. Цей варіант практично здійснимо, в тому числі умовах обмеженості ресурсів
Акушерки	Рекомендується	Були виявлені докази безпеки та ефективності виконання медичними працівниками цієї категорії вакуум-аспірації для штучного переривання вагітності (низький ступінь достовірності), а ведення неускладненого неповного абортів із застосуванням вакуум-аспірації вимагає подібних навичок. Цей варіант практично здійснимо, в тому числі в умовах обмеженості ресурсів.
Фельдшери / помічники лікарів	Рекомендовано	Були виявлені непрямі докази безпеки та ефективності виконання медичними працівниками цієї категорії вакуум-аспірації для штучного переривання вагітності (низький ступінь достовірності), а ведення неускладненого неповного абортів із застосуванням вакуум-аспірації вимагає подібних навичок.
Лікарі загальної практики Лікарі-фахівці	Рекомендується	В рамках звичайної практики, ^b тому докази не оцінювалися

Джерело: Оновлена рекомендація з Настанови ВООЗ (2015) (23).

Коментар щодо оновлення рекомендації: Це була існуюча раніше рекомендація, для якої були переглянуті докази щодо фахівців традиційної та допоміжної медицини, медичних сестер та медичних сестер-акушерок, що виконують допоміжні функції, із застосуванням методики GRADE. Після аналізу доказів зміни були внесені лише до рекомендації щодо фахівців традиційної та допоміжної медицини, де «пропонується» було замінено на «рекомендується»; рекомендації щодо решти категорій медичних працівників залишилися без змін щодо попередньої настанови. Узагальнені результати досліджень представлені у Додатковому матеріалі 3, Таблиці "Від доказів - до рішень" на тему "Вакуум-аспірація для ведення неповного абортів".

Примітки:

^a За наявності обмежених доказів, що стосуються багатьох комбінацій «категорія медпрацівника – завдання», обговорення експертної групи для цієї та всіх рекомендацій, що стосуються категорій медичних працівників, орієнтувалися на Межу компетенції, включеної до публікації ВООЗ Sexual and reproductive health: care (121), видану у 2011 році. Межа компетенції надає інформацію щодо компетенцій (включаючи навички та знання), необхідні для виконання кожного завдання, а також на критерії WHO-INTEGRATE, зокрема, здійсненість, справедливість та прийнятність втручання, а також цінності та переваги жінок.

Аспекти впровадження

Хоча МВА застосовується частіше і ймовірніше в установах первинної ланки медичної допомоги, для виконання ЕВА необхідні схожі навички, тому представлені вище рекомендації стосуються обох способів вакуум-аспірації.

- Неускладнений неповний аборт може статися в результаті як штучного, так і спонтанного переривання вагітності (тобто викидня). Тактика ведення однакова, а перелічені вище рекомендації стосуються обох випадків.

- Евакуація продуктів зачаття, що залишилися в матці, входить в основні функції базової невідкладної акушерської допомоги, тому підготовку та саме виконання цього завдання можна включити до послуг невідкладної акушерської допомоги.

КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ПРАВ ЛЮДИНИ, ЩО СТОСУЮТЬСЯ ВЕДЕННЯ НЕПОВНОГО АБОРТУ

- Держави повинні забезпечити адекватний доступ до економічно доступних основним лікарським засобам без дискримінації

- Держави зобов'язані забезпечити доступ до допомоги після переривання вагітності, якщо вона потрібна, незалежно від правового статусу абортів у країні.

- Допомога після переривання вагітності має надаватися на умовах конфіденційності, у тому числі у ситуаціях, коли аборт нелегальний. Допомога після переривання вагітності має надаватися без загрози кримінального переслідування чи заходів покарання.

- Держави не повинні вимагати від медичних працівників повідомляти про осіб, підозрюваних у незаконному перериванні вагітності, або вимагати від них надавати будь-яку потенційно компрометуючу інформацію під час надання допомоги після переривання вагітності або як обов'язкова умова її надання.

3.5.3 Ведення ускладнень без загрози життю: інфекція та кровотеча

Первинне і основне ведення включає розпізнавання ускладнення, стабілізацію жінки, пероральне або парентеральне введення антибіотиків та внутрішньовенне введення рідин до переадресації до належного медичного працівника / до належного медичного закладу.

НАДАННЯ ПОСЛУГ Рекомендація 39: Первинне ведення інфекції після переривання вагітності без загрози життю*

Категорії медичних працівників	Рекомендації	Обґрунтування ^a
Фахівці традиційної та допоміжної медицини	Рекомендується	хоча прямих доказів на користь ведення інфекції після переривання вагітності цією категорією медичних працівників не було виявлено, їх базова підготовка охоплює навички, необхідні для виконання цього завдання. Навички та знання, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до рамки компетенцій), відповідають компетенціям цієї категорії медичних працівників. Експертна група стверджує, що цей варіант має високий потенціал для покращення справедливого доступу до якісної допомоги після переривання вагітності.
Сестри-акушерки, які виконують допоміжні функції сестри Акушерки Фельдшери / помічники лікарів	Рекомендується	хоча прямих доказів на користь ведення інфекції після переривання вагітності медичними працівниками цих категорій не було виявлено, післяпологового сепсису внутрішньом'язовим введенням антибіотиків,

		що вимагає подібних навичок, входить до їх нормальної практики (138).
Лікарі загальної практики Лікарі-фахівці	Рекомендується	В рамках звичайної практики, ^b тому докази не оцінювалися.

Джерело: Оновлена рекомендація з Настанови ВООЗ (2015) (23).

Коментар щодо оновлення рекомендації: Це була раніше існуюча рекомендація, для якої були переглянуті докази із застосуванням методики GRADE щодо спеціалістів традиційної та допоміжної медицини, фармацевтів, співробітників аптек, общинних медичних працівників. Після аналізу доказів рекомендація була змінена тільки для фахівців традиційної та допоміжної медицини з «пропонується» на «рекомендується». Для інших категорій медичних працівників рекомендація залишилася «не рекомендується» (не перераховано). Узагальнені результати досліджень представлені у Додатковому матеріалі 3, Таблиці «Від доказів – до рішень» на тему «Діагностика та лікування ускладнень, пов'язаних із перериванням вагітності».

Примітки:

^a За наявності обмежених доказів, що стосуються багатьох комбінацій «категорія медпрацівника – завдання», обговорення експертної групи для цієї та всіх рекомендацій, що стосуються категорій медичних працівників, орієнтувалися на Межу компетенцій, включеної до публікації ВООЗ Sexual and reproductive health: care (121), видану у 2011 році. Межа компетенції надає інформацію щодо компетенцій (включаючи навички та знання), необхідні для виконання кожного завдання, а також на критерії WHO-INTEGRATE, зокрема, здійсненість, справедливість та прийнятність втручання, а також цінності та переваги жінок.

* Важливо, щоб фармацевти, співробітники аптек та общинні медичні працівники володіли знаннями, що дозволяють їм розпізнати ознаки та симптоми цього ускладнення.

Відсутність певних вимог до місця надання допомоги (у медичній установі чи поза ним).

Аспекти впровадження

- Важливо, щоб фармацевти, працівники аптек і медичні працівники громадського навчання мали знання, що дозволяють їм розпізнати ознаки та симптоми ускладнень небезпечного абортів, а також знали, куди слід переадресувати жінок у їхніх громадах.

- Може виникнути необхідність зміни законодавства, яке забороняє деяким категоріям медичних працівників призначати медичні препарати, або впровадження інших механізмів, які дають змогу цим категоріям медичних працівників призначати антибіотики у межах правового поля системи охорони здоров'я.

НАДАННЯ ПОСЛУГ Рекомендація 40: Первинне ведення кровотечі, яка не загрожує життю* після переривання вагітності*

Категорії медичних працівників	Рекомендації	Обґрунтування^a
Фахівці традиційної та допоміжної медицини	Рекомендується	Хоча не було знайдено прямих доказів на користь ведення кровотечі після переривання вагітності медичними працівниками цієї категорії, але їх базова підготовка включає навички, необхідні для цього завдання. Навички та знання, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до рамки компетенцій), відповідають компетенціям цієї категорії медичних працівників.
Медичні сестри, які виконують допоміжні	Рекомендується	Хоча прямих доказів на користь ведення кровотечі після переривання вагітності

функції / медичних сестри-акушерки, які виконують допоміжні функції		медичними працівниками цієї категорії не було виявлено, лікування післяпологової кровотечі внутрішньовенним введенням рідин, що вимагає подібних навичок, є завданням, до виконання якої рекомендується залучати медичних працівників цієї категорії (138).
Медичні сестри Акушерки Фельдшери / помічники лікарів	Рекомендується	Хоча прямих доказів на користь ведення кровотечі після переривання вагітності медичними працівниками цієї категорії не було виявлено, первинне лікування післяпологового кровотечі внутрішньовенним введенням рідин, що вимагає подібних навичок, входить у їхню звичайну практику (138)
Лікарі загальної практики Лікарі-фахівці	Рекомендується	В рамках звичайної практики, ^b тому докази не оцінювалися.

Джерело: Оновлена рекомендація з Настанови ВООЗ (2015) (23).

Коментар щодо оновлення рекомендації: Це була раніше існуюча рекомендація, для якої були переглянуті докази із застосуванням методики GRADE щодо спеціалістів традиційної та допоміжної медицини, фармацевтів, співробітників аптек, общинних медичних працівників. Після аналізу доказів рекомендація була змінена з "пропонується" на "рекомендується" тільки для фахівців традиційної та допоміжної медицини. Для інших категорій медичних працівників, щодо яких переглядалися докази, залишаються рекомендації "не рекомендується" (не перераховані).

Примітки:

^a За наявності обмежених доказів, що стосуються багатьох комбінацій «категорія медпрацівника – завдання», обговорення експертної групи для цієї та всіх рекомендацій, що стосуються категорій медичних працівників, орієнтувалися на Межу компетенцій, включеної до публікації ВООЗ Sexual and reproductive health: care (121), видану у 2011 році. Межа компетенцій надає інформацію щодо компетенцій (включаючи навички та знання), необхідні для виконання кожного завдання, а також на критерії

WHO-INTEGRATE, зокрема, здійсненність, справедливість та прийнятність втручання, а також цінності та переваги жінок.

* Важливо, щоб фармацевти, співробітники аптек та общинні медичні працівники володіли знаннями, що дозволяють їм розпізнати ознаки та симптоми цього ускладнення.

Аспекти впровадження

- Первинне ведення кровотечі та інфекції входить до основних функцій базової невідкладної акушерської допомоги, тому підготовку та саме виконання цього завдання можна включити до послуг невідкладної акушерської допомоги.

КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ПРАВ ЛЮДИНИ, ЩО СТОСУЮТЬСЯ УСКЛАДНЕНЬ, ЯКІ НЕ ЗАГРОЖУЮТЬ ЖИТТЯ

- Держави зобов'язані забезпечити доступ до допомоги після переривання вагітності, якщо вона необхідна, незалежно від правового статусу абортів у країні.

- Допомога після переривання вагітності має надаватися на умовах конфіденційності, у тому числі в ситуаціях, коли аборт нелегальний.

- Допомога після переривання вагітності має надаватися без загрози кримінального переслідування чи заходів покарання. Держави не повинні вимагати від медичних працівників повідомляти про осіб, підозрюваних у незаконному перериванні вагітності, або вимагати від їх надавати будь-яку потенційно компрометуючу інформацію під час надання допомоги після переривання вагітності або як обов'язкова умова для її надання.

3.5.4 Контрацепція після переривання вагітності

Після штучного або спонтанного переривання вагітності овуляція може статися вже через 8-10 днів, а зазвичай – через місяць, тому для жінок, які бажають відкласти або запобігти майбутньому вагітності, важливо якнайшвидше розпочати використання контрацепції вже в перший місяць після аборт (153, 154). Після переривання вагітності можна розглядати будь-який метод контрацепції. Тут найважливіше значення має бажання клієнта; якщо жінка хоче почати або відновити будь-який метод контрацепції, можна розглянути всі варіанти будь-де надання послуг, а застосування деяких методів контрацепції можливе вже під час переривання вагітності (155).

Держави зобов'язані забезпечити доступ до широкого спектру сучасних, безпечних та доступних за ціною засобів контрацепції (36 [пункт 8], 49 [пункт 33]). Необхідно дотримуватись критеріїв, викладених у публікаціях ВООЗ Ensuring Human Rights та медичної елітності критерію для contraceptive use (156, 157). Поглиблене вивчення всіх методів контрацепції після переривання вагітності не входить до спектра завдань даної настанови.

У цьому розділі розглядається час призначення засобів контрацепції, а також категорії медичних працівників, які можуть призначати певні засоби контрацепції. Роль підходу самопомогі в контрацепції після переривання вагітності буде розглянуто у розділі 3.6.3 нижче.

КЛІНІЧНІ ПОСЛУГИ Рекомендація 41: Клінічні критерії прийнятності (ККП) застосування засобів контрацепції

Наступні засоби контрацепції можна використовувати негайно (Категорія ККП 1 – без обмежень) після хірургічного або медикаментозного переривання вагітності (у першому та у другому триместрі, а також після аборт, ускладненого інфекцією): комбіновані гормональні контрацептиви (КГК), чисто прогестинові контрацептиви (ЧПК), а також бар'єрні засоби контрацепції (презервативи, сперміциди, вагінальна діафрагма, вагінальний ковпачок. Коментар: Діафрагма та ковпачок не використовуються до 6 тижнів після переривання вагітності у другому триместрі).

Використання внутрішньоматкових засобів (ВМС) можна починати відразу ж після хірургічного або медикаментозного переривання вагітності у першому триместрі (Категорія ККП 1 – без обмежень) або після переривання вагітності у другому триместрі (Категорія ККП 2 – переваги в основному перевищують ризики), але не слід починати негайно після аборт, ускладненого інфекцією (Категорія ККП 4 – запровадження ВМС може значно посилити стан). Біологічні методи контрацепції: Використання симптоматичних методів контрацепції після переривання вагітності слід починати "з обережністю" (можлива необхідність у спеціальному консультуванні для забезпечення правильного використання цього методу в таких обставинах), а використання календарного методу слід відкласти (до оцінки стану; необхідно запропонувати альтернативні часові методи контрацепції).

Коментарі:

- Пояснення категорій ККП див. у нижченаведеній рамці.
- КДК включають комбіновані оральні контрацептиви (КОК), контрацептивні пластири (П), комбіноване вагінальне кільце та комбіновані ін'єкційні контрацептиви (КІК).
- ППК включають чисто прогестинові таблетки (ЧПТ), імпланти з вмістом левоноргестрелу (LNG) або етоногестрелу (ETG), депоновані ін'єкції медроксипрогестерону ацетату (ДМПА), а також ін'єкції норетистерону енантату (NET-EN).
- ВМЗ включають ВМЗ із вмістом міді (Cu-IUD) та ВМЗ, що вивільняють левоноргестрел (LNGIUD).

- Симптоматичні методи контрацепції включають метод оцінки цервікального слизу (інакше називається методом овуляції), метод двох днів, при чому обидва методи ґрунтуються на оцінці цервікального слизу, та симптотермальний метод. Останній є методом подвійної перевірки, заснованому на оцінці цервікального слизу для визначення першого фертильного дня та оцінці цервікального слизу та температури для визначення останнього фертильного дня

- Календарні методи включають метод календарного ритму (утримання від незахищеного статевих контакту з першого до останнього передбачуваного фертильного дня, розрахунки виконуються на підставі записів кількох менструальних циклів) та метод стандартних днів (утримання від незахищеного статевих контакту на 8-19 дні циклу для жінок, чий цикл зазвичай триває 26-32 дні).

Джерело: Рекомендації, перенесені з Настанови ВООЗ. Формулювання була змінена з табличного формату, який використовується в настанові-джерелі, на описовий формат.

Категорії ККП для засобів контрацепції

- **Категорія 1** – Стан, за якого немає обмежень для використання методу контрацепції
- **Категорія 2** – Стан, за якого переваги від використання методу загалом перевищують теоретичні чи доведені ризики
- **Категорія 3** – Стан, у якому теоретичні чи доведені ризики зазвичай перевищують переваги від використання методу
- **Категорія 4** – Стан, за якого існує неприпустимий ризик для здоров'я, пов'язаний із застосуванням методу контрацепції.

КЛІНІЧНІ ПОСЛУГИ Рекомендація 42: Час призначення контрацепції та хірургічне переривання вагітності

Для осіб, які проходять процедуру хірургічного переривання вагітності та охочих користуватися засобами контрацепції: **Рекомендується** початок контрацепції під час хірургічного переривання вагітності.

Примітка:

- Якість даних, отриманих із рандомізованих контрольованих досліджень, була дуже низькою.

Джерело: Частина Рекомендації 13, перенесена з Настанови ВООЗ (2012) (19). Був залишений лише той компонент раніше існуючої рекомендації, що належали до хірургічного переривання вагітності, з використанням слова «рекомендується» для вказівки те, що це сильна рекомендація. Також рекомендацію було переглянуто з метою включення всіх методів контрацепції.

КЛІНІЧНІ ПОСЛУГИ Рекомендація 43: Час призначення контрацепції та медикаментозне переривання вагітності

Для осіб, які проходять процедуру медикаментозного переривання вагітності міфепристоном у комбінації з мізопростолом або тільки мізопростолом:

а. Для осіб, які вибирають гормональні засоби контрацепції (оральні контрацептиви, контрацептивні пластирі, вагінальні кільця, імплантаційні або ін'єкційні контрацептиви): надати цим особам можливість розпочати використання гормональних засобів контрацепції відразу ж після прийому першої таблетки у схемі медикаментозного переривання вагітності.

б. Для осіб, які обирають запровадження ВМС: **Пропонується** запровадження ВМС під час визначення успішності процедури переривання вагітності

Коментар (для Рекомендацій 43а та b):

- Ця рекомендація застосовна до комбінованої схеми міфепристон плюс мізопростол та до використання тільки мізопростолу. Тут не згадується комбінація летрозолу та мізопростолу, тому що ця схема не оцінювалася у включених дослідженнях, на підставі яких формувалися ці рекомендації. Коментарі (тільки для Рекомендації 43а):

- Негайне внутрішньом'язове введення депо-медроксипрогестерону ацетату (ДМПА) асоціюється з невеликим зниженням ефективності схем медикаментозного переривання вагітності (158). Однак, незважаючи на це, слід пропонувати негайне запровадження ДМПА як один із способів контрацепції після переривання вагітності.

- Для прийняття рішення щодо початку використання гормональних методів контрацепції для осіб, проходять процедуру медикаментозного переривання вагітності тільки мізопростолом, використовувалися непрямі дані.

- Не було виявлено даних щодо використання комбінованих гормональних контрацептивів (таблеток або ін'єкційних контрацептивів) для осіб, які проходять процедуру медикаментозного переривання вагітності.

- Осіб, які обирають контрацептивне кільце, слід проінструктувати про необхідність перевіряти кільце на предмет експульсії у разі рясної кровотечі в процесі медикаментозного переривання вагітності

Джерело: Рекомендації 4а та 4b, перенесені з Настанови ВООЗ (2018) (120).

НАДАННЯ ПОСЛУГ Рекомендація 44: Введення та видалення внутрішньоматкових засобів (ВМС)

Категорії медичних працівників	Рекомендація	Обґрунтування
Фахівці традиційної та допоміжної медицини	Пропонується Умова: За наявності встановлених механізмів системи охорони здоров'я із залучення медичних працівників цих категорій до інших завдань, пов'язаних зі здоров'ям матерів та репродуктивним здоров'ям.	Базова підготовка медичних працівників цієї категорії охоплює відповідні навички, необхідні виконання цього завдання. Цей варіант, можливо, практично здійснений і може сприяти безперервності ланцюжка допомоги жінкам та розширити доступ до допомоги в регіонах, де медичні працівники цієї категорії складають значну частку медичні кадри.
Медичні сестри, які виконують допоміжні функції	Пропонується Умова: У контексті ретельних досліджень.	Рекомендацію взято з Інструкції OptimizeMNH (138)
Медичні сестри-акушерки, які виконують допоміжні функції Медичні сестри Акушерки	Рекомендується	Рекомендація взята з Інструкції OptimizeMNH (138).
Фельдшери / помічники лікарів Лікарі загальної практики Лікарі-фахівці	Рекомендується	Рекомендація взята з Інструкції OptimizeMNH (138), де це завдання розглядалося як частина звичайної практики. ^a

--	--	--

Джерело: Рекомендацію було перенесено з Настанови ВООЗ (2015) (23).

Коментар робочої групи: рекомендується введення ВМЗ за призначенням лікарями-фахівцями (Наказ МОЗ України від 29 березня 2002 р. № 117, зі змінами згідно Наказу МОЗ України від 25.01.2023 року № 138).

НАДАННЯ ПОСЛУГ Рекомендація 45: Введення та видалення імплантаційних контрацептивів

Категорії медичних працівників	Рекомендація	Обґрунтування
Громадські медичні працівники	Пропонується Умова: В умовах ретельних досліджень.	Рекомендація взята з Інструкції OptimizeMNH (138).
Фахівці традиційної та допоміжної медицини	Пропонується Умова: За наявності встановлених механізмів системи охорони здоров'я із залучення медичних працівників цих категорій до інших завдань, пов'язаних зі здоров'ям матерів та репродуктивним здоров'ям, якщо навчання з видалення імплантів проводиться паралельно з навчанням щодо їх введення.	Хоча було виявлено недостатньо доказів безпеки та ефективності цього варіанту, базова підготовка медичних працівників цієї категорії включає відповідні навички, необхідні для виконання цього завдання. Цей варіант може сприяти безперервності ланцюжка допомоги жінкам.
Медичні сестри, які виконують допоміжні функції / медичних сестри-акушерки, які виконують допоміжні функції	Пропонується Умова: За умови цільового моніторингу та оцінки.	Рекомендацію взято з Інструкції OptimizeMNH (138)
Медичні сестри Акушерки	Рекомендується	Рекомендація взята з Інструкції OptimizeMNH (138).
Фельдшери / помічники лікарів Лікарі загальної практики, Лікарі-фахівці	Рекомендується	Рекомендація взята з Інструкції OptimizeMNH (138), де це завдання розглядалося як частина звичайної практики ^a

Джерело: Рекомендація, перенесена з Настанови ВООЗ (2015) (23).

Аспекти впровадження

- Видалення імплантаційних контрацептивів потребує складніших навичок, ніж їх введення; усі медичні працівники, навчені самостійно вводити імплантаційні контрацептиви, також мають бути навчені їх видалення (23).

НАДАННЯ ПОСЛУГ Рекомендація 46: Введення ін'єкційних контрацептивів (початок та продовження)

Категорії медичних працівників	Рекомендації	Обґрунтування ^a
Громадські медичні працівники	Рекомендовано	Були виявлені обмежені докази безпеки, ефективності та практичної здійсненності цього варіанту. Знання та навички, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до рамки компетенцій), відповідають компетенціям общинних медичних працівників. Цей варіант практично здійснений і прийнятний, при умови, що общинні медичні працівники виконують інші компоненти допомоги із переривання вагітності. Крім

		цього, цей варіант може розширити вибір для жінок і знизити нерівність у доступі до контрацепції.
Співробітники аптек	Рекомендується	Хоча доказів безпеки, ефективності, прийнятності або практичної здійсненності цього варіанта не було виявлено, введення ін'єкцій входить у звичайне коло практичних завдань медичних працівників цієї категорії ^b , отже, для виконання цього завдання необхідна мінімальна додаткова підготовка. Навички та знання, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до рамки компетенцій), відповідають компетенціям даної категорії медичних працівників. Цей варіант може розширити вибір для жінок та знизити нерівність у доступі до контрацепції.
Фармацевти	Рекомендується	Хоча ступінь достовірності наявних доказів безпеки та ефективності цього варіанта дуже низька, введення ін'єкцій входить до звичайне коло практичних завдань медичних працівників цієї категорії b отже, для виконання цього завдання необхідна мінімальна Додаткова підготовка. Цей варіант може розширити вибір для жінок і знизити нерівність у доступі до контрацепції.
Фахівці традиційної та допоміжної медицини	Рекомендується	Базова підготовка медичних працівників цієї категорії включає відповідні навички, необхідні для виконання цього завдання, тому потрібна мінімальна додаткова підготовка. Навички та знання, необхідні для виконання цього завдання (відповідно до рамки компетенцій), відповідають компетенціям даної категорії медичних працівників. Цей варіант практично здійснений і прийнятний за умови, що медичні працівники цієї категорії надають схожі послуги в існуючій системі охорони здоров'я, і, отже, він може сприяти безперервності ланцюжка допомоги жінкам.
Медичні сестри, які виконують допоміжні функції / медичних сестри-акушерки, які виконують допоміжні функції	Рекомендується	Рекомендація взята з Інструкції OptimizeMNH (138)
Медичні сестри Акушерки Фельдшери / помічники лікарів Лікарі загальної практики Лікарі-фахівці	Рекомендується	Рекомендація взята з Настанови OptimizeMNH (138), де це завдання розглядалася як частина звичайної практики.
Категорія медичних працівників	Рекомендація	Обґрунтування
Жінка / Самодопомога		
Вагітна жінка, дівчина або інша вагітна особа	Рекомендується	Обґрунтування, коментар та аспекти впровадження підходів самопомоги див. Рекомендації 51 розділу 3.6.2.

Джерело: Оновлена рекомендація з Настанови ВООЗ (2015) (23).

Коментар щодо оновлення рекомендації: Це була існуюча раніше рекомендація, для якої були переглянуті докази щодо фахівців традиційної та допоміжної медицини, співробітників аптек, обцинних медичних працівників та жінок / самопомоги (самостійного введення) із застосуванням методології GRADE. Після аналізу доказів рекомендації для всіх трьох перерахованих категорій були змінені з "пропонується" на "рекомендується". Рекомендації для інших категорій медичних працівників не

переглядалися та були залишені без змін, тобто є сильні рекомендації щодо залучення до виконання цього завдання всіх категорій медичних працівників, а також жінок (самопоміч). Узагальнені результати досліджень подано у Додатковому матеріалі 3, Таблиці «Від доказів – до рішень» на тему "Введення ін'єкційних засобів контрацепції".

Примітки:

^a За наявності обмежених доказів, що стосуються багатьох комбінацій «категорія медпрацівника – завдання», обговорення експертної групи для цієї та всіх рекомендацій, що стосуються категорій медичних працівників, орієнтувалися на Межу компетенцій, включеної до публікації ВООЗ Sexual and reproductive health: care (121), видану у 2011 році. Межа компетенцій надає інформацію щодо компетенцій (включаючи навички та знання), необхідні для виконання кожного завдання, а також на критерії WHO-INTEGRATE, зокрема, здійсненність, справедливість та прийнятність втручання, а також цінності та переваги жінок.

Коментар робочої групи: рекомендується введення ін'єкційних контрацептивів за призначенням лікарями-фахівцями (Наказ МОЗ України від 29 березня 2002 р. № 117, зі змінами згідно Наказу МОЗ України від 25.01.2023 року № 138).

Аспекти впровадження

- Для введення ін'єкційного засобу контрацепції, який може вводиться внутрішньом'язово або підшкірно, необхідно використання шприца.
- Важлива наявність адекватних механізмів ліквідації використаних гострих предметів, шприців та голків.
- Важливо забезпечити безперебійне постачання ін'єкційних контрацептивів, особливо в місці продажу, щоб жінки могли придбати свій засіб контрацепції та скористатися ним.
- Слід розглянути можливість проведення первинного тренінгу там, де медичні працівники ще не сертифіковані у виконання ін'єкцій. Необхідна наявність механізмів щодо забезпечення взаємозв'язку між медичним працівником та системою охорони здоров'я та шляхів переадресації.

НАДАННЯ ПОСЛУГ Рекомендація 47: Перев'язування маткових труб

Категорія медичних працівників	Рекомендація	Обґрунтування
Медичні сестри	Пропонується Умова: В умовах ретельних досліджень	Рекомендація взята з Інструкції OptimizeMNH (138).
Акушерки	Пропонується Умова: В умовах ретельних досліджень.	Рекомендацію взято з Інструкції OptimizeMNH (138)
Фельдшери / помічники лікарів Лікарі загальної практики Лікарі-фахівці	Рекомендується	Рекомендація взята з Інструкції OptimizeMNH (138), де це завдання розглядалося як частина звичайної практики. ^a

Джерело: Рекомендація, перенесена з Настанови ВООЗ (2015) (23). При наступному оновленні настанови ВООЗ рекомендації будуть переглянуті з метою оптимізації ролей медичних працівників (138).

Коментар робочої групи: рекомендовано виконання перев'язки маткових труб лікарями-фахівцями (Наказ МОЗ України від 29 березня 2002 р. № 117, зі змінами згідно Наказу МОЗ України від 25.01.2023 року № 138).

КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ПРАВ ЛЮДИНИ, ЩО СТОСУЮТЬСЯ КОНТРАЦЕПЦІЇ ПІСЛЯ ПЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ

- Контрацепція повинна надаватися лише за умови добровільної та поінформованої згоди жінки на її отримання.

- Держава повинна забезпечити весь спектр засобів контрацепції, включаючи широкий діапазон сучасних, безпечних та економічно доступних методів.
- Держава повинна забезпечити адекватний доступ до економічно доступних основним лікарським засобам, у тому числі засобам контрацепції, без дискримінації.
- Кожна людина має право на доказово обґрунтовану інформацію щодо всіх аспектів УРЗ, включаючи контрацепцію.
- Інформація про контрацепцію та відповідні послуги повинні надаватися без дискримінації, примусу чи насильства.
- Кожна людина має право на приватність та конфіденційність при отриманні інформації про контрацепцію та відповідні послуги.
- Інформація про контрацепцію та відповідні послуги після переривання вагітності повинні надаватися та бути доступними підліткам без необхідності отримання дозволу від батька чи опікуна.
- Держава повинна гарантувати, що практика відмови з міркувань совісті не призведе до порушення прав людини на інформацію про контрацепцію та відповідні послуги.

3.6 Варіанти надання послуг та підходи самодопомоги

Як уже згадувалося в цьому розділі, послуги та допомога з переривання вагітності можуть надаватися різними категоріями медичних працівників, а деякі завдання люди, які переривають вагітність можуть виконати самостійно. Навіть якщо процедура виконується у медичній установі, деякі її елементи (напр., надання інформації та консультування перед процедурою переривання вагітності, підготовка шийки матки або подальша допомога після переривання вагітності) можуть бути проведені в інших місцях.

На відміну від хірургічного переривання вагітності, медикаментозний аборт – це окрема процедура, а процес, який триває від кількох годин до кількох днів. Весь процес чи його компоненти можуть відбуватися в різних місцях, включаючи самостійне ведення та/або підтримку різних медичних працівників на різних етапах процесу. Завдяки цьому надання послуг у різних умовах з широким діапазоном можливих варіантів стає можливим, а в деяких випадках та бажаним.

У цьому розділі розглядаються підходи щодо надання послуг з підтримкою (розділ 3.6.1), а також підходи самодопомоги.

Підходи самодопомоги, які розглядаються в цьому розділі, включають самостійне виконання медикаментозного переривання вагітності (розділ 3.6.2), а також самодопомога у контрацепції після переривання вагітності (розділ 3.6.3).

3.6.1 Надання послуг із підтримкою

Послуги медикаментозного переривання вагітності можуть бути отримані та надані з підтримкою багатьох суб'єктів системи охорони здоров'я. Послуги можуть надаватися в рамках комплексної моделі, що охоплює весь спектр допомоги з переривання вагітності, або включати тільки деякі ланки ланцюжка допомоги. Послуги можуть надаватися державними або приватними медичними установами, а також неурядовими організаціями (НУО). Отримати послуги можна в медичному закладі, а також поза медичними установами, у громаді і навіть вдома. На національному, субнаціональному та місцевому рівнях можуть одночасно існувати кілька моделей надання послуг.

Підходи до надання послуг не статичні; з розвитком ролі цифрових технологій та науки, а також із появою нових даних про ефективність втручань з'являються й інновації. Для даної настанови було проаналізовано наявні докази щодо різних способів надання допомоги та/або підтримки з переривання вагітності. При проведенні систематичних оглядів для цієї настанови було виявлено такі підходи до надання послуг:

Моделі супроводу: У таких моделях общинний медичний працівник надає підтримку, супроводжуючи жінку у процесі медикаментозного переривання вагітності (Телефоном, з використанням безпечної технологічної платформи або особисто). Такий супровід включає

надання інформації, консультування, емоційну / моральну підтримку та/або логістичну підтримку (у тому числі, переадресацію до місцевих медичних установ у разі, коли їх допомога необхідна або бажана, та підтримку взаємодії із такими установами).

- **Робота в громаді:** Вона включає послуги охорони здоров'я із залученням медичних працівників для надання послуг населенню або іншим медичним працівникам вдалині від їхнього звичайного місця роботи та проживання (159). Ця стратегія спрямована на залучення медичних працівників у віддалені чи сільські райони, наприклад, за допомогою мобільних клінік. Проте, документовані докази щодо застосування цієї моделі для надання допомоги з переривання вагітності обмежені.

- **Цифрові допоміжні інструменти:** Сюди належать інформаційні програми, служби текстових нагадувань, а також інструменти для оцінки тривалості вагітності

Моделі зниження шкоди: Моделі надання послуг в умовах клініки, де жінки отримують інформацію перед перериванням вагітності, дізнаються, де можна найти медикаменти та як їх використовувати, а також куди вони можуть звернутися за допомогою після переривання вагітності, проте самі препарати для переривання вагітності у клініці не надаються.

- **Гарячі лінії:** Зазвичай це телефонні інформаційні служби, які надають жінкам підтримку доступу до якісної допомоги з переривання вагітності. Гарячі лінії з переривання вагітності можуть або лише надавати доказово обґрунтовану інформацію про послуги абортів або бути пов'язаними з іншими моделями надання послуг, які допомагають жінкам отримати доступ до препаратів та надають підтримку в процесі переривання вагітності та після нього.

- **Соціальний маркетинг:** У широкому значенні це застосування технік маркетингу стосовно до соціальних проблем, щоб переконати чи мотивувати людей до вибору будь-якого напрямку дій чи поведінки, що прийнято вважати корисним. Такий підхід до маркетингу ретельно вивчався як успішна модель поширення медичних втручань/товарів (напр., презервативів); однак, докази ефективності соціального маркетингу щодо якісної допомоги з переривання вагітності (тобто, препаратів для переривання вагітності та відповідних вказівок) більш обмежені.

Соціальний маркетинг може сприяти розширенню доступу до допомоги з переривання вагітності та зробити її більш доступною економічно.

- **Соціальна франшиза:** Визначається як система договірних відносин, зазвичай ініційованих неурядовою організацією, яка використовує комерційний принцип франшизи задля досягнення соціальних цілей. Головна відмінність між комерційною та соціальною франшизою полягає в тому, що соціальна франшиза спрямована на отримання суспільної вигоди, тоді як метою комерційної франшизи є прибуток. Проте, обмежені Докази вказують на потенційні нерівності таких моделей (160).

- **Телемедицина (або Telehealth):** Режим надання медичних послуг, за якого постачальники послуг та одержувачі або постачальники послуг та консультанти розділені відстанню. Така взаємодія може відбуватися в режимі реального часу (синхронізовано), наприклад, телефоном або за допомогою відеоконференції. Також взаємодія може відбуватися асинхронно (збереження повідомлення та пересилання), коли сторона, що запитує отримує відповідь на свій запит пізніше, наприклад, електронною поштою або у вигляді текстового / відео / аудіоповідомлення (161).

Серед способів надання послуг є ті, де взаємодія між людиною, яка звертається за перериванням вагітності, та медичним працівником відбувається особисто і на відстані. Експертна група проаналізувала та оцінила докази та дійшла висновку про те, що є достатня кількість та якість даних на підтримку рекомендації щодо застосування підходів телемедицини як альтернативи особистій взаємодії при наданні послуг медикаментозного переривання вагітності (див. Рекомендацію 48).

Нааявних даних було недостатньо для обґрунтування формулювання рекомендацій щодо інших моделей надання послуг. Натомість, беручи до уваги залежність підходів до надання послуг від контексту, неоднорідність типів втручань, а також частковий збіг підходів, було сформульовано повідомлення про передові практики, що складається з двох частин, яке застосовується до всіх моделей надання послуг, зі згадуванням надання послуг загалом, а не якогось конкретного способу/моделі надання послуг (див. Повідомлення про передові практики 49)

НАДАННЯ ПОСЛУГ Рекомендація 48 (НОВА):

Підходи до надання допомоги з медикаментозного переривання вагітності із застосуванням телемедицини **Рекомендується** використання телемедицини як альтернативи особистої взаємодії з медичною працівником для надання послуг з медикаментозного переривання вагітності у повному обсязі чи частково.

Примітки:

- Вказана вище рекомендація стосується оцінки допустимості медикаментозного переривання вагітності, консультування та/або інструктування з питань процедури переривання вагітності, надання інструкцій щодо вживання медикаментів та активне сприяння, а також подальшої допомоги після переривання вагітності із застосуванням телемедицини.

- Аналіз доказової бази для цієї рекомендації не включав гарячі лінії, цифрові програми та односторонні способи комунікації (напр., текстові повідомлення), службовці просто надання інформації.

Обґрунтування

Щоб відповісти на це ключове питання, було розпочато систематичний огляд. Із застосуванням стратегії пошуку було виявлено 10 досліджень, у яких повідомлялося про надання послуг медикаментозного переривання вагітності за допомогою телемедицини. Було проведено чотири рандомізованих контрольованих досліджень у Бангладеш, Камбоджі, Єгипті та Індонезії, а також шість спостережних досліджень у Канаді, Перу та США. У дослідженнях, де порівнювалося надання послуг з медикаментозного переривання вагітності за допомогою телемедицини з послугами, що надаються за допомогою особистого спілкування, не було виявлено відмінностей у частоті успішного переривання вагітності або вагітності, що триває (виходячи з доказів дуже низької якості). У групі телемедицини частота переадресацій жінок для хірургічних втручань була нижчою (докази низького ступеня достовірності). Задоволеність жінок послугами, що надаються за допомогою телемедицини, була високою та порівнянною з задоволеністю звичайними клінічними послугами (виходячи з доказів дуже низького ступеня достовірності). Узагальнені результати досліджень представлені у Додатковому матеріалі 3, Таблиці "Від доказів - до рішень" на тему "Телемедицина".

Аспекти впровадження

- Необхідно, щоб послуги, що надаються за допомогою телемедицини, включали в себе переадресацію (з урахуванням місцезнаходження жінки) для отримання медикаментів (препаратів для переривання вагітності та знеболювальних засобів), необхідної допомоги з переривання вагітності або після переривання вагітності (у тому числі невідкладної допомоги, якщо у ній виникне потреба), а також послуг контрацепції після переривання вагітності, що може бути застосовано як у разі медикаментозного, так і у разі хірургічного аборту.

НАДАННЯ ПОСЛУГ Повідомлення про передові практики 49 (НОВЕ)

Частина 1. Немає єдиного рекомендованого підходу до надання послуг з переривання вагітності. Вибір конкретного медичного працівника(ів) (з рекомендованих варіантів) або самостійний прийом препаратів для переривання вагітності, а також вибір місця надання послуг (з рекомендованих варіантів) залежить від цінностей та переваг жінки, дівчини або

іншої вагітної людини, наявних ресурсів, а також національних та місцевих умов. Багато підходів до надання послуг можуть співіснувати в будь-якому конкретному контексті.

Частина 2. При тому, що підходи до надання послуг можуть відрізнятися, важливо, щоб спектр варіантів надання послуг у сукупності міг забезпечити для людей, які звертаються за допомогою наступне:

- доступ до науково достовірної та зрозумілої інформації на всіх етапах;
- доступ до медикаментів перевіреної якості (включаючи знеболювальні препарати);
- підтримку та переадресацію, якщо вона бажана чи необхідна;
- взаємодія з належним вибором послуг контрацепції для бажаних скористатися засобами контрацепції після переривання вагітності.

Узагальнені результати досліджень надані у Додатковому матеріалі 3, Таблиці «Від доказів – до рішень» на тему «Надання послуг з медикаментозного переривання вагітності у різних умовах».

Аспекти впровадження

- Якщо це практично можливо, підходи до надання послуг повинні розроблятися спільно з людьми, які зможуть отримати користь із втручання.
- Усі моделі слід протестувати та адаптувати до місцевих умов, у яких ці моделі будуть застосовуватись.
- Не всі підходи до надання послуг можуть функціонувати в широких масштабах, але якщо модель розглядається для включення до національних програм, необхідно провести її належне пілотне тестування перед масштабуванням.
- Усі моделі надання послуг повинні супроводжуватися механізмами моніторингу якості та забезпечення підзвітності.

КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ПРАВ ЛЮДИНИ, ЩО СТОСУЮТЬСЯ МОДЕЛЕЙ НАДАВАННЯ ПОСЛУГ

- Держави повинні розробити та реалізовувати доказово обґрунтовані стандарти та настанови з організації та надання послуг сексуального та репродуктивного здоров'я (СРЗ); такі настанови повинні постійно оновлюватися відповідно до успіхів медицини. Водночас держави мають надавати комплексне доказове обґрунтовану та науково достовірну освіту у питаннях СРЗ для всіх з урахуванням вікових особливостей.
- Послуги СРЗ повинні бути в наявності, доступні, економічно доступні та гарної якості. Це означає, що такі послуги мають надаватися з повагою до культури жінок, меншин, народів та громад, а також враховувати вимоги, пов'язані зі статтю, віком, наявністю інвалідності, сексуальною різноманітністю та етапами життєвого циклу.
- Держава повинна вживати заходів щодо зниження материнської смертності та захворюваності.
- Держава повинна надавати особам достовірну, науково обґрунтовану інформацію про переривання вагітності з дотриманням конфіденційності.
- Держава повинна забезпечити надання послуг на основі відсутності дискримінації та рівності.
- Держава повинна забезпечити надання послуг з повагою до прав людини на використання благ наукового прогресу. Це означає, що держава має забезпечити доступ до сучасних та безпечних методів контрацепції, у тому числі екстреної контрацепції, препаратів для переривання вагітності, допоміжним репродуктивним технологіям та іншим товарам та послугам СРЗ, за принципом рівності та відсутності дискримінації.

3.6.2 Підходи самодопомоги у частковому чи повному виконанні медикаментозного переривання вагітності

Самодопомога, за визначенням у Глосарії, - це широка концепція, яка може включати в себе різні заходи, спрямовані на розширення можливостей людей у зміцненні їхнього власного здоров'я. Самодопомога є одним із компонентів догляду за собою. Характер процесу медикаментозного переривання вагітності уможливорює повне або часткове виконання процедури жінкою самотійно. Хоча жінки можуть абсолютно самотійно виконати деякі або всі елементи процесу переривання вагітності (самооцінка допустимості, самотійний прийом медикаментів та самотійна оцінка успішності переривання вагітності), самодопомога частіше має місце у взаємодії з підготовленими медичними працівниками або з медичною установою, а також у поєднанні з підходами до надання послуг, описаними у розділі 3.6.1. Рішення про те, які саме аспекти переривання вагітності буде виконано самотійно, а які – за допомогою навчених медичних працівників або у медичній установі, залежить лише від вибору жінки.

Жінки можуть самотійно проводити весь процес переривання вагітності або його деякі компоненти з різних причин, пов'язаних з їх особистими обставинами та уподобаннями. Для деяких жінок це може бути єдиним практично здійсненим варіантом у них обставин, тоді як інші можуть мати вибір. Проте, з погляду системи охорони здоров'я самодопомога не повинна вважатися «крайнім засобом» або заміщати собою систему, що не функціонує охорони здоров'я. Самодопомогу слід розглядати як спосіб розширити повноваження та можливості жінок, а також як ефективне продовження системи охорони здоров'я та підхід до поділу задач. Підтримуюче сприятливе середовище, описане в розділі 1.3 Глави 1, застосовується до підходів самодопомоги так само, як і до інших елементів надання допомоги.

САМОПОМІЧ Рекомендація 50: Самостійне виконання медикаментозного переривання вагітності повністю або частково на термінах гестації < 12 тижнів

Для медикаментозного переривання вагітності у терміні < 12 тижнів (із застосуванням міфепристону в комбінації з мізопростолом або тільки мізопростолу): **Рекомендується** самотійне виконання всього процесу медикаментозного переривання вагітності або будь-якого із трьох компонентів процесу:

- самооцінка допустимості (визначення терміну вагітності; виключення протипоказань)
- самотійний прийом препаратів для переривання вагітності поза медичною установою та без безпосереднього спостереження кваліфікованим медичним працівником, а також ведення процесу переривання вагітності
- самооцінка успішності переривання вагітності.

Примітки:

• Було знайдено більше доказів для самотійного виконання медикаментозного переривання вагітності (із застосуванням будь-якої з двох схем) для вагітностей терміном до 10 тижнів гестації.

• Ця рекомендація стосується комбінованої схеми міфепристон плюс мізопростол, а також застосування тільки мізопростолу. Включені дослідження, на підставі яких були сформульовані ці рекомендації, які не оцінювали схему летрозол плюс мізопростол.

• Усі особи, які роблять самотійне медикаментозне переривання вагітності, повинні також мати доступ до достовірної інформації, медикаментів перевіреної якості, включаючи знеболювальні препарати, підтримку кваліфікованих медичних працівників та доступ до медичної установи та послуг переадресації, якщо вони будуть необхідні або бажані. **Ст. 121**

• Може виникнути потреба у зміні нормативно-правових актів, які забороняють деяким категоріям медичних працівників призначати та видавати препарати для переривання вагітності, або у впровадженні інших правових механізмів для забезпечення самотійного виконання переривання вагітності

Джерело: Оновлена рекомендація з Настанови ВООЗ (2015) (23).

Коментар щодо оновлення рекомендації: Це була існуюча раніше рекомендація, для якої були переглянуті докази для всіх трьох підзавдань із застосуванням методології GRADE. Після перегляду рекомендацій для всіх трьох категорій були змінені таким чином: для підзавдань «самостійний прийом препаратів» та «самооцінка успішності переривання вагітності» – з «пропонується» на «рекомендується», а для підзавдання «самооцінка допустимості» - з «тільки в контексті ретельних досліджень» на "рекомендується".

Відсутність вимог до місця надання послуги (у медичній установі або поза ним).

Обґрунтування

Для отримання відповіді на це ключове питання було виконано два систематичні огляди. У центрі уваги першого огляду знаходилася самооцінка допустимості та самооцінка успішності переривання вагітності. Із застосуванням стратегії пошуку було виявлено 14 досліджень, які повідомляли про ефективність самодопомоги під час виконання цих двох підзадач. Чотири дослідження за самооцінкою допустимості проводилися в ПАР, Великій Британії та США. Десять досліджень з самооцінки успішності переривання вагітності проводилися в Австрії, Фінляндії, Індії, Мексиці, Непалі, Норвегії, ПАР, Швеції, Узбекистані та В'єтнамі. Темою другого огляду, до якого увійшли 18 досліджень, проведених в Албанії, Бангладеш, Китаї, Франції, Індії, Нігерії, Тунісі, Туреччині та В'єтнамі, був самостійний прийом препаратів для переривання вагітності.

Самооцінка допустимості: Є докази низького ступеня достовірності, що свідчать про безпеку, ефективність та прийнятність самооцінки допустимості медикаментозного переривання вагітності на підставі лише дати початку останньої менструації або у комбінації з іншими інструментами (наприклад, перевірочними списками). Група експертів обговорила практичну здійсненність цього втручання за певних сценаріїв, таких як регулярні менструації у жінки, відома дата початку останньої менструації та доступність перевірених інструментів. Маючи необхідну інформацію, жінки можуть визначити, чи відповідають вони критеріям медикаментозного переривання вагітності Беручи до уваги і враховуючи цінності та переваги жінок, а також високий рівень прийнятності такого підходу, група експертів прийняла рішення на користь втручання. Самостійний прийом медикаментів: Є докази на користь ефективності (середня ступінь достовірності) та безпеки (низький ступінь достовірності) самостійного прийому препаратів для медикаментозного переривання вагітності Жінки повідомляли про високий ступінь задоволеності самостійним прийомом медикаментів для абортів (докази дуже низькі ступеня достовірності). Високий ступінь прийнятності та практичної здійсненності також говорять у користь цього втручання.

Самооцінка успішності переривання вагітності: Є докази високого ступеня достовірності у тому, що самостійна оцінка жінкою результатів /успішності переривання вагітності (з використанням таких інструментів, як низькочутливий тест на вагітність або багаторівневий тест на вагітність) так само ефективно, як і оцінка кваліфікованим медичним працівником. Докази низького ступеня достовірності вказують на задоволеність процесом групи самооцінки.

Коментар робочої групи: Застосування препаратів можливе після попередньої консультації лікаря-фахівця. Станом на 01.06.2023 в Україні всі гормональні контрацептиви відносяться до категорії рецептурних препаратів (Наказ МОЗ України від 15.03 2023 р. № 494).

Аспекти впровадження

- Кожна людина повинна мати доступ до достовірної інформації про процес самостійного виконання переривання вагітності, а також про інші варіанти, доступні в місцевих умовах, щоб мати можливість ухвалити поінформоване рішення про те, чи виконувати переривання вагітності самостійно повністю чи частково.

- Самостійна оцінка допустимості включає оцінку терміну вагітності на підставі дати початку останньої менструації. У самооцінці допустимості можуть допомогти паперові або цифрові інструменти для уточнення дати початку останньої менструації та підрахунку терміну вагітності. Якщо менструальні цикли нерегулярні або жінку турбує щось ще, слід порекомендувати їй звернутися за підтримкою до кваліфікованого медичного працівника, якщо це можливо.

- При самостійному прийомі препаратів та веденні процесу медикаментозного абортів всіх або деяких препаратів для переривання вагітності відбувається без безпосереднього спостереження медичного працівника. Важливо, щоб усі джерела, де можна придбати медикаменти, що надавали препарати лише гарантованої якості.

- Жінки повинні також бути поінформовані про біль у процесі переривання вагітності та мати можливість придбати знеболювальні препарати.

- Жінки повинні бути поінформовані про вимоги до ведення кровотечі, пов'язаної з перериванням вагітності, вдома, а також мати доступ / направлення на отримання екстреної допомоги, якщо у ній виникне потреба.

- Самооцінку успішності переривання вагітності можна провести за допомогою перевірного списку ознак та симптомів. Жінка також може скористатися іншими настановами для проведення самооцінки (напр. низькочутливі тести на вагітність), якщо вони доступні. Низькочутливі тести сечі на вагітність від звичайних тестів на вагітність. Використання тільки високочутливих тестів на вагітність (багаторівневий тест на вагітність) або у комбінації з перевірочними списками продемонструвало вищу чутливість з метою оцінки успішності переривання вагітності. Жінка повинна мати доступ до медичному працівнику або до медичного закладу для підтвердження успішності переривання вагітності чи усунення побічних ефектів чи ускладнень.

- У сприятливому середовищі медичні працівники та керівники повинні визнавати самопоміч як обґрунтований спосіб отримання допомоги з переривання вагітності та адаптувати системи охорони здоров'я так, щоб вони сприяли та підтримували жінок у самостійному перериванні вагітності – наприклад, шляхом адаптації клінічних протоколів, прийнятих у медичний заклад.

- Необхідно встановити механізми забезпечення доступу або переадресації для отримання послуг контрацепції після переривання вагітності та надання засобів контрацепції всім бажаним жінкам.

- Хоча у довгостроковій перспективі самостійне ведення переривання вагітності може сприяти підвищенню ефективності систем охорони здоров'я, вона не повинна означати перекладання тягаря витрат на охорону здоров'я з постачальників допомоги або медичних установ на саму жінку.

3.6.3 Самопоміч для контрацепції після переривання вагітності

Після переривання вагітності можна розглянути будь-який спосіб контрацепції. Більш детальна інформація подана у розділі 3.5.4: Контрацепція після переривання вагітності. Багато методів планування сім'ї можна застосовувати повністю самостійно (напр., самостійно купувати в аптеці без рецепта або онлайн та самостійно застосовувати); як правило, вони доступні без рецепта, включаючи бар'єрні та деякі гормональні засоби контрацепції, у тому числі деякі оральні контрацептиви, а також засоби екстреної контрацепції.

Що стосується методів, які традиційно вимагають призначення лікаря та/або введення медичним спеціалістом, перехід до підходів самопоміч, таким як продаж пероральних контрацептивів без рецепту та самостійне введення ін'єкційних засобів контрацепції, може покращити безперервність використання контрацепції, усунувши такі бар'єри, як необхідність відвідування медичного установи кожні три місяці для нової ін'єкції. Ці підходи можуть сприяти розширенню доступу до контрацепції для тих, у кого виникають

труднощі з регулярним доступом до медичної установи; а також у місцях, де є нестача медичних працівників, і таким чином значно знизити частоту незапланованих вагітностей

САМОПОМІЧ Рекомендація 51: Самостійне введення ін'єкційних засобів контрацепції (початок та продовження)¹⁷

Рекомендується забезпечити можливість самостійного введення ін'єкційних контрацептивів у період після переривання вагітності.

Примітки:

- При введенні ін'єкційного контрацептиву, яке може бути внутрішньом'язовим або підшкірні, використовуються шприци. Для полегшення процесу самостійного введення були розроблені компактні попередньо заповнені однією дозою одноразові ін'єкційні пристрої.

Джерело: Оновлена рекомендація з Настанови ВООЗ (2015) (23).

Коментар щодо оновлення рекомендації: Це була існуюча раніше рекомендація, для якої були переглянуті докази із застосуванням методології GRADE. Після аналізу доказів формулювання рекомендації було змінено з "пропонується" на "рекомендується".

Відсутність вимог до місця надання послуги (у медичній установі або поза ним).

Обґрунтування

Для відповіді це питання було розпочато систематичний огляд. Дослідження з непрямою популяцією (напр., жінки репродуктивного віку, які бажають розпочати або продовжити використання ін'єкційних засобів контрацепції) також розглядалися для включення до огляду. Стратегія пошуку літератури допомогла виявити сім досліджень, у яких повідомлялося про самостійне введення ін'єкційних контрацептивів; ці дослідження були включені до огляду. Три рандомізовані контрольовані дослідження проводилися в Малаві та США, а чотири обсерваційні дослідження були проведені у Сенегалі, Уганді, Великобританії та США. Докази були визнані непрямими, оскільки одна жінка, яка брала участь у дослідженнях, не була охарактеризована як така, що звернулася за контрацепцією після переривання вагітності. Узагальнені результати досліджень представлені в Додатковий матеріал 3, Таблиці «Від доказів – до рішень» на тему «Самостійне введення ін'єкційних засобів контрацепції». Є докази, що частота продовження використання ін'єкційних контрацептивів контрацептиві постачальниками допомоги у клініці (докази від дуже низького до низького ступеня достовірності). Задоволеність жінок була вищою в групі самостійного введення (докази від дуже низької до середньої ступеня достовірності). В результаті вибору цього варіанту жінки можуть заощадити час та гроші. Крім цього, цей варіант може сприяти розширенню вибору, а також самостійності жінок. у використанні засобів контрацепції у межах прав людини.

Коментар робочої групи: Станом на 01.06.2023 в Україні всі гормональні контрацептиви відносяться до категорії рецептурних препаратів (Наказ МОЗ України від 15.03 2023 р. № 494).

Аспекти впровадження

- Необхідне навчання техніки самостійного введення ін'єкції.
- Необхідне навчання безпечному та надійному зберіганню та ліквідації гострих предметів використані ін'єкційні контрацептиви), а також забезпечення відповідних механізмів, особливо у країнах з високою захворюваністю на ВІЛ.
- Клієнти повинні мати можливість регулярно купувати ін'єкційні контрацептиви без необхідності повторно відвідувати медичний заклад.

САМОПОМІЧ Рекомендація 52: Безрецептурні оральні контрацептиви

Рекомендується забезпечити доступність безрецептурних оральних контрацептивів без рецепта людям, які їх використовують.

САМОПОМІЧ Рекомендація 53: Безрецептурні препарати для екстреної контрацепції

Рекомендується забезпечити доступність безрецептурних препаратів для екстреної контрацепції без рецепту особам, які бажають скористатися засобами екстреної контрацепції.

САМОПОМІЧ Рекомендація 54 Використання презервативів

Постійне та правильне використання чоловічих та жіночих презервативів – це високоефективний спосіб профілактики передачі ВІЛ статевим шляхом; зниження ризику передачі ВІЛ як від чоловіків жінкам, і від жінок чоловікам у серодискордантних парах; зниження ризику інших ІПСШ та пов'язаних з ними станів, включаючи конділоми та рак шийки матки; а також попередження незапланованої вагітності

Джерело: Рекомендації 15, 16 та 18, перенесені з Настанови ВООЗ (2021) (26)

Відсутність вимог до місця надання послуги (у медичній установі або поза ним).

Аспекти застосування для оральних контрацептивів

- Надайте жінкам запас оральних контрацептивів на строк до одного року, залежно від від переваг жінки та планованого використання.

- Програми повинні знаходити баланс між бажанням забезпечити максимальну доступність оральних контрацептивів для жінок та завданнями, пов'язаними з поповненням їх запасів та логістикою.

- Система поповнення запасів має бути гнучкою, щоб жінка могла легко отримати оральні контрацептиви в потрібній кількості і у потрібний час.¹⁸

КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ПРАВ ЛЮДИНИ, ЩО СТОСУЮТЬСЯ ПІДХОДІВ САМОПОМІЧІ

- Послуги сексуального та репродуктивного здоров'я мають бути в наявності, доступні, прийнятні та гарної якості.

- Держави повинні забезпечити широкий спектр сучасних, безпечних та доступних методів контрацепції.

- Держави повинні забезпечити адекватний доступ до економічно доступних основним лікарським засобам без дискримінації

- Держави повинні поважати право на самостійне прийняття рішень, дотримуватись принципів недискримінування та рівності. Це означає що держави повинні скасувати чи реформувати політики, що анулюють або порушують здатність певних осіб чи груп реалізовувати їх право на СРЗ, включаючи криміналізацію абортів або закони, що обмежують про аборти.

- Держави повинні надавати людям достовірну, доказову обґрунтовану інформацію про аборти на умовах конфіденційності.

- Держави повинні вживати заходів, спрямованих на зниження материнської захворюваності та смертності.

- Відповідно до вимог прав людини, самодопомога при перериванні вагітності не має бути приводом для кримінального переслідування. Криміналізація самодопомоги при перериванні вагітності може призвести до затримок у наданні допомоги або створення бар'єрів у зверненні за підтримкою або за допомогою після переривання вагітності у разі її необхідності. Варіант самостійного медикаментозного переривання вагітності має бути доступний виходячи з клінічної доцільності. Він повинен обмежуватися такими немедичними причинами, як вік.

ГЛАВА 4

ПОШИРЕННЯ, ЗАСТОСОВНІСТЬ, ПРОГАЛИНИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ПОДАЛЬШІ ОНОВЛЕННЯ НАСТАНОВИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЙ

4.1 Розповсюдження

Ця настанова буде опублікована в цифровому (інтерактивна веб-версія та класичний документ, доступний для завантаження онлайн) та у друкованому вигляді.

На основі цього оновленого та зведеної настанови буде розроблено кілька похідних продуктів: *

- операційний посібник з детальною інформацією про впровадження рекомендацій, у тому числі про стратегічних аспектах, що стосуються покращення доступу до якісної допомоги з переривання вагітності для молоді;
- інформаційні матеріали, такі як плакати, які висвітлюють певні рекомендації, які можна розмістити у медичних закладах та інших відповідних місцях;
- кишенькові таблиці /картки для медичних працівників, які містять оновлені рекомендації з медикаментозного та хірургічного переривання вагітності, а також щодо контрацепції після абортів, та карти переадресації для направлення жінок для отримання інших послуг охорони здоров'я (адаптованих до використання різними категоріями медичних працівників та для різних рівнів грамотності);
- зручні для користувача інструменти для допомоги у прийнятті рішень для медичних працівників та осіб, відповідальних за формування політики, розроблені за участю кінцевих користувачів, які залучатимуться до пошуку оптимальних шляхів реалізації посібника для цієї мети (інструменти можуть включати цифрові програми для прийняття рішень у форматі мобільного додатка [app]);
- приклади якісної допомоги з переривання вагітності у різних складних гуманітарних ситуаціях для того, щоб продемонструвати та підкреслити відповідні фактори та вимоги;
- операційний посібник з медикаментозного ведення деяких клінічних показань, наприклад, викидня.

Примітка: * - За можливості ВООЗ об'єднає зусилля у розповсюдженні даної настанови з відповідними структурами ООН.

Наприклад, ВООЗ співпрацюватиме з Управлінням Верховного комісара ООН з прав людини (OHCHR) у поширенні настанови та інструментів на підтримку застосування підходу до сексуального та репродуктивного здоров'я, заснованого на правах людини, а також у реагуванні на запити країни щодо технічної допомоги у впровадженні цих підходів.

4.2 Впровадження настанови та оцінка її результатів

Впровадження даної настанови вимагає багатостороннього підходу. Після першої публікації, роботи з перекладу та поширення настанови на регіональному, національному та місцевому рівнях (див. Додаток 11) потрібно застосування активних методів, наприклад, проведення семінарів та навчальних програм для ознайомлення користувачів з настановою. Також виникне потреба у роботі членів команди ВООЗ з керівниками та персоналом медичних установ над тим, щоб вбудувати нагадування про останні рекомендації до їх системи клінічної підтримки. Що стосується розробки політики та програмного планування, необхідно буде працювати з особами, відповідальними за формування політики та національними та місцевими посадовими особами сектор охорони здоров'я з метою забезпечення впровадження прийнятих рекомендацій на всіх рівнях системи охорони здоров'я. Робота з національними міністерствами та країновими офісами ВООЗ над контекстуалізацією настанови може допомогти його адаптації. Очікується, що основним

бар'єром у впровадженні даної настанови стане сам предмет настанови – якісна допомога переривання вагітності, делікатна тема, схильна до стигматизації. Це означає, що робота з зацікавленими сторонами, у тому числі з урядом, особами, відповідальними за розробку політики, а також із сторонами, які адвокатують за безпечні та легальні аборти, за ознайомленням їх із цією настановою та за сприянням відкритому діалогу про реальні переривання вагітності у країні стає важливішою. Використання Глобальної бази даних політик у сфері переривання вагітності сприятиме такому діалогу (116).

Протягом першого року впровадження даної настанови слід постійно оцінювати процес та вплив впровадження з особливою увагою до доступності, прийнятності, застосування, впливу та узагальненості настанови та рекомендацій. Оцінка освоєння документа проводитиметься за допомогою моніторингу використання інтерактивної онлайн версії настанови, кількості завантажень документа з веб-сайту ВООЗ, а також кількості паперових екземплярів настанови, запитаних та поширених через центр документації.

Через рік після публікації настанови буде проведено онлайн-опитування для оцінки безпосереднього впливу настанови. Це опитування буде проведено через регіональні бюро та офіси країн ВООЗ, а також опитування певних респондентів в інших групах користувачів (напр., професійні асоціації, НУО), щоб оцінити ступінь використання настанови в країні, а також були впроваджені якісь рекомендації настанови, чи вплинули вони на формування політики та яким чином. Такий аналіз короткострокового впливу також міститиме оцінку бар'єрів шляху до ефективного впровадження. Це дасть необхідну інформацію для розробки похідних продуктів та подальших оновлень настанови.

4.3 Прогалини у дослідженнях / теми для подальших досліджень

У процесі розробки даної настанови Групи оцінки доказів та рекомендацій (ГОДР) та Група з розробки настанови (ГРК) під час своїх зустрічей визначили кілька областей, де була нестача доказів та теми для подальших досліджень.

Законодавство та політика

- Вплив законів та політики щодо абортів на людей з інвалідністю та людей з обмеженою дієздатністю, які звертаються за допомогою з переривання вагітності
- Вплив законів та політики про аборти на групи населення, які перебувають у вразливих обставин, а також на маргіналізовані групи, особливо на підлітків та людей трансгендерів
- Вплив, наслідки та правове значення процедурних бар'єрів для отримання допомоги переривання вагітності в різних умовах
- Вплив, наслідки та правове значення надання доступу до переривання вагітності на прохання жінки, дівчини або іншої вагітної людини, без додаткових обмежень
- Вплив, наслідки та правове значення декриміналізації самостійного виконання переривання вагітності, а також допомоги при самостійному перериванні вагітності

Клінічні послуги

- Ефективність, безпека та прийнятність комбінованої схеми летрозол плюс мізопростол на різних термінах гестації та порівняно з комбінованою схемою міфепристон плюс мізопростол
- Ефективність застосування тільки мізопростолу (тобто, типове/реальне застосування поза умов дослідження, оптимальна кількість повторних доз)
- Ефективність, безпека та прийнятність використання тільки мізопростолу на різних термінах гестації
- Ефективність, безпека та прийнятність амбулаторного медикаментозного переривання вагітності на термінах гестації ≥ 12 тижнів

- Ефективність, безпека та прийнятність застосування протиепілептичних препаратів та анксиолітиків для знеболювання при медикаментозному перериванні вагітності на термінах гестації ≥ 14 тижнів
- Підготовка шийки матки перед процедурою дилатації та евакуації (D&E) на термінах гестації ≥ 18 тижнів в умовах відсутності осмотичних дилататорів
- Оптимальні схеми введення антибіотиків для профілактики інфекції після переривання вагітності
- Ефективні методи діагностики та лікування безсимптомної позаматкової вагітності
- • Безпека та ефективність скринінгу на запальні захворювання органів малого тазу та лікування антибіотиками перед процедурою хірургічного переривання вагітності в порівнянні з перед-або периопераційним профілактичним введенням антибіотиків без попереднього скринінгу або оцінки ризиків інфекції малого тазу
- Ефективність телемедицини для медикаментозного переривання вагітності на термінах гестації < 6 тижнів
- Ефективність, безпека та прийнятність усіх методів переривання вагітності та відповідних клінічних втручань на всіх термінах вагітності у трансгендерних, небінарних людей та людей-інтерсекс, які звертаються за допомогою з переривання вагітності
- Розробка та адаптація затверджених матеріалів з метою надання інформації про ризики/переваги різних схем медикаментозного абортів та альтернативні варіанти для усвідомленого прийняття рішень людьми, які самостійно виконують переривання вагітності
- Розробка ефективної та зрозумілої інформації для людей, які звертаються за перериванням вагітності, наприклад, для розміщення на листівках та веб-сторінках, або інформація для використання гарячими лініями та службами телемедицини
- Розробка та тестування якісних навчальних матеріалів для використання при навчанні медичних працівників надання широкого спектра послуг з переривання вагітності (напр., для навчання фармацевтів, співробітників аптек та общинних медичних працівників ефективного виконання або надання підтримки при самостійному виконанні жінкою всіх завдань – компонентів медикаментозного переривання вагітності на терміні гестації < 12 тижнів)
- Безпека, зручність та прийнятність повторного використання обладнання для ручної роботи вакуум-аспірації (МВА)

Надання послуг

- Безпека, ефективність та практична здійсненність розширення ролі медичних працівників для виконання деяких завдань у рамках допомоги з переривання вагітності в країнах з низьким та середнім доходом (напр., хірургічне переривання вагітності на термінах гестації ≥ 12 тижнів, вакуум-аспірація при неповному аборті)
- Практична здійсненність введення ін'єкційних засобів контрацепції фармацевтами в умовах низької та середньої забезпеченості ресурсами (дослідження впровадження)
 - Оцінка впливу соціального маркетингу та соціальної франшизи на підходи до надання допомоги щодо переривання вагітності в оціночних дослідженнях
 - Найбільш доцільне присвоєння повноважень призначення та видачі препаратів для переривання вагітності, у тому числі порівняння ефективності самостійного придбання препаратів для переривання вагітності та препаратів, призначених та/або виданих кваліфікованими медичними працівниками
 - Механізми забезпечення доступу до знеболювальних препаратів та методів контрацепції для людей, які самостійно виконують медикаментозне переривання вагітності

- Прийнятність різних підходів щодо надання послуг якісного переривання вагітності для трансгендерних, небінарних людей та людей-інтерсекс, а також їх задоволеність такими підходами.

Загальне охоплення послугами охорони здоров'я (ВНЗ), фінансування сектора охорони здоров'я та товари

- Оцінка впливу змін у Примірному переліку основних лікарських засобів ВООЗ на комбіновану схему міфепристон плюс мізопростол в оцінному дослідженні

Індикатори моніторингу та оцінки (М&Е) допомоги

- Розробка та валідація індикаторів, що враховують при підрахунку кількості років життя з інвалідністю, пов'язаною з перериванням вагітності, соціальну незахищеність та втрату працездатності, крім фізичної інвалідності (відповідно до зростаючого інтересу до глобальному тягарі захворювання та розрахунку інвалідності)

- Розробка та валідація стандартизованих методів перевірки даних з метою подання даних, що стосуються абортів, з верифікаційною оцінкою (у рамках заходів, спрямованих на усунення проблеми заниження даних про аборти внаслідок пов'язаної з абортами стигми)

- Розробка та активне використання якісних методів моніторингу та оцінки якісної допомоги з переривання вагітності для аналізу бар'єрів у розвитку та факторів, сприяють посиленню ефективності систем охорони здоров'я

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets: global strategy adopted by the 57th World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 2004 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR_04_8/en/).
2. Constitution of the World Health Organization. Adopted in 1946, entered into force in 1948. Geneva: World Health Organization; 1946 (<http://www.who.int/about/mission/en/>).
3. General Comment No. 22: The right to sexual and reproductive health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). Geneva: United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2016 (E/C/12/GC/22).
4. General Comment No. 31: The nature of the general legal obligation imposed on States Parties to the Covenant: International Covenant on Civil and Political Rights. New York (NY): United Nations Human Rights Committee (80th session); 2004 (CCPR/C/21/ Rev.1/Add.13).
5. IHL and human rights law. International Committee of the Red Cross (ICRC); 2010 (<https://www.icrc.org/en/document/ihl-humanrights-law>).
6. General Recommendation No. 30: Women in conflict prevention, conflict, and post-conflict situations. United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women; 2013 (CEDAW/C/GC/30).
7. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context, interim guidance. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2).
8. World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund. Continuing essential sexual, reproductive, maternal, neonatal, child and adolescent health services during COVID-19 pandemic: practical considerations. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2020 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1278406/retrieve>).
9. Global Health Cluster, World Health Organization (WHO). Working paper on the use of essential packages of health services in protracted emergencies. Geneva: WHO; 2018 (<https://www.who.int/health-cluster/about/work/task-teams/EPHS-working-paper.pdf>).
10. Global Health Cluster COVID-19 Task Team. Essential health services: a guidance note: how to prioritize and plan essential health services during COVID-19 response in humanitarian settings. Global Health Cluster; 2020 (<https://www.who.int/health-cluster/news-and-events/news/GHC-COVID-TT-EHS-final.pdf>).
11. COVID-19 frequently asked questions [website]. United Nations Population Fund (UNFPA); 2020 (<https://www.unfpa.org/covid-19-FAQs>).
12. COVID-19 technical brief for maternity services. United Nations Population Fund (UNFPA); 2020 (<https://www.unfpa.org/resources/covid-19-technical-brief-maternity-services>).
13. Achieve gender equality to deliver the SDGs [website]. International Institute for Sustainable Development; 2017 (<http://sdg.iisd.org/commentary/policy-briefs/achieve-gender-equality-to-deliver-the-sdgs/>).
14. The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030). New York (NY): Every Woman Every Child; 2015 (<http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/>).
15. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: World Health Organization; 2006 (https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf).
16. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A-B, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*. 2020;8(9):e1152–e61.
17. Fact sheet: preventing unsafe abortion [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>).
18. Ganatra B, Gerdtz C, Rossier C, Johnson BR, Tunçalp Ö, Assifi A, et al. Global, regional,

and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*. 2017;390(10110):2372-81.

19. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, second edition. Geneva: World Health Organization; 2012

(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf). 136

20. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323-e33.

21. Kassebaum N, Bertozzi-Villa A, Coggeshall M, Shackelford K, Steiner C, Heuton K, et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014;384(9947):980-1004.

22. Singh S, Maddow-Zimet I. Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. *BJOG*. 2015;123(9):1489-98.

23. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception. Geneva: World Health Organization; 2015

(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181041/9789241549264_eng.pdf).

24. WHO handbook for guideline development, second edition. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714>).

25. Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2017
(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/254885>).

26. WHO guideline on self-care interventions for health and well-being. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240030909>).

27. Human Rights Council, Thirty-fifth session, 6–23 June 2017, Agenda item 3: Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right to development: Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity: Note by the Secretariat. New York (NY): United Nations General Assembly; 2017 (A/HRC/35/36; <https://www.refworld.org/pdfid/593a9b3f4.pdf>).

28. Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity, 12 July 2018. New York (NY): United Nations General Assembly; 2018 (A/73/152; <https://undocs.org/A/73/152>).

29. Framework on integrated people-centred health services (IPCHS). Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/service-organizations-and-integration>).

30. World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: WHO; 2018. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>).

31. Altshuler A, Whaley N. The patient perspective: perceptions of the quality of the abortion experience. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2018;30(6):407-13.

32. International Conference on Population and Development Programme of Action, twentieth anniversary edition. New York (NY): United Nations; 2014 (<https://www.unfpa.org/publications/international-conference-population-and-development-programmeaction>).

33. Sustainable development: the 17 goals [website]. United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2021 (<https://sdgs.un.org/goals>).

34. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966, entry into force 3 January 1976, in accordance with article 27. United Nations; 1966.

35. Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable

standard of physical and mental health. Report to the United Nations General Assembly. New York (NY): United Nations; 2016 (A/HRC/32/32).

36. General Comment No. 36: Article 6 of the International Covenant on Civil and Political Rights, on the right to life. Geneva: United Nations Human Rights Committee (124th session); 2018 (CCPR/C/GC/36).

37. Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Interim report to the General Assembly. New York (NY): United Nations; 2011 (A/66/254).

38. General Recommendation No. 34: The rights of rural women. New York (NY): United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women; 2016 (CEDAW/C/GC/34).

39. General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (Women and health). United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women; 1999 (A/54/38/Rev.1). 137

40. General Comment No. 28: Article 3 of the International Covenant on Civil and Political Rights, on the equality of rights between men and women. New York (NY): United Nations Human Rights Committee; 2000 (CCPR/C/21/Rev.1/Add.10).

41. Report of the United Nations Working Group on the issue of discrimination against women in law and in practice to the Human Rights Council. New York (NY): United Nations General Assembly; 2016 (A/HRC/32/44).

42. Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health: sexual and reproductive health rights: challenges and opportunities during the COVID-19 pandemic. United Nations; 2021 (A/76/172).

43. General Comment No. 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child. Geneva: United Nations Committee on the Rights of Child; 2003 (CRC/GC/2003/4).

44. Special Rapporteur on extrajudicial, summary or arbitrary executions. Report of the Special Rapporteur on extrajudicial, summary or arbitrary executions on a gender-sensitive approach to arbitrary killings. United Nations; 2017 (A/HRC/35/23).

45. General Comment No. 15: The right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (Article 24). Geneva: United Nations Committee on the Rights of the Child; 2013 (CRC/C/GC/15).

46. General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (Article 12). Geneva: United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2000 (E/C.12/2000/4).

47. Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Report of the Special Rapporteur, Paul Hunt. United Nations Economic and Social Council; 2004 (E/CN.4/2004/49).

48. Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez. Report to the Human Rights Council. New York (NY): United Nations General Assembly; 2013 (A/HRC/22/53).

49. General Comment No. 25: Science and economic, social and cultural rights (Article 15(1)(b), (2), (3) and (4) of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Geneva: United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2020 (E/C.12/GC/25).

50. *Whelan v. Ireland*. United Nations Human Rights Committee; 2017 (CCPR/C/11/D/2425/2014).

51. *Mellet v. Ireland*. United Nations Human Rights Committee; 2016 (CCPR/C/116/D/2324/2013).

52. General Comment No. 3: Article 6: Women and girls with disabilities. Geneva: United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2016 (CRPD/C/GC/3).

53. General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights

(Article 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). Geneva: United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2009 (E/C.12/GC/20).

54. Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Interim report to the Human Rights Council. United Nations Human Rights Council; 2013 (A/HRC/23/42).

55. General Recommendation No. 35: Gender-based violence against women, updating general recommendation No. 19. New York (NY): United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women; 2017 (CEDAW/C/GC/35).

56. Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. Report to the Human Rights Council. United Nations; 2008 (A/HRC/7/3).

57. *KL v. Peru*. United Nations Human Rights Committee; 2005 (CCPR/C/85/D/1153/2003).

58. Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Report to the General Assembly. United Nations; 2009 (A/64/272).

59. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Adopted on 13 December 2006, entered into force on 3 May 2008. New York (NY); United Nations (A/RES/61/106).

60. Guaranteeing sexual and reproductive health and rights for all women, in particular women with disabilities. Joint statement by the Committee on the Rights of Persons with Disabilities and the Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Adopted on 29 August 2018. United Nations; 2018.

61. General Recommendation No. 33: Women's access to justice. New York (NY): United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women; 2015 (CEDAW/C/GC/33). Литература 138 Руководство по уходу при прерывании беременности

62. General Comment No. 20: Implementation of the rights of the child during adolescence. Geneva: United Nations Committee on the Rights of the Child; 2016 (CRC/C/GC/20).

63. Working Group on the issue of discrimination against women in law and in practice. Report to the Human Rights Council. New York (NY): United Nations General Assembly; 2016 (A/HRC/32/44).

64. General Comment No. 3: The Nature of States Parties' Obligations (Article 2, Para. 1 of the Covenant). United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 1990 (E/1999/12).

65. World Health Organization (WHO) Department of Mental Health and Substance Abuse, Victorian Health Promotion Foundation, University of Melbourne. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report. Geneva: WHO; 2004.

66. Aniteye P, Mayhew S. Shaping legal abortion provision in Ghana: using policy theory to understand provider-related obstacles to policy implementation. *Health Res Policy Syst*. 2013;11(23). doi:10.1186/1478-4505-11-23.

67. Diniz D, Madeiro A, Rosas C. Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: a study among physicians in Brazil. *Reprod Health Matters*. 2014;22(43):141-8.

68. Fink L, Stanhope K, Roach R, Bernal O. "The fetus is my patient, too": attitudes toward abortion and referral among physician conscientious objectors in Bogotá, Colombia. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2021;42(2):71-80.

69. Convention on the Rights of the Child. New York (NY): United Nations; 1989.

70. General Comment No. 6: Equality and non-discrimination. Geneva: United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2018 (CRPD/C/GC/6).

71. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. New York (NY): United Nations; 1979.

72. United Nations Population Fund (UNFPA). International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach (revised edition). UNESCO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF, UN Women, WHO; 2018 (<https://www.unfpa.org/publications/international-technical->

guidance-sexuality-education).

73. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO Statement. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/134588>).

74. Norris A, Bessett D, Steinberg J, Kavanaugh M, De Zordo S, Becker D. Abortion stigma: a reconceptualization of constituents, causes, and consequences. *Womens Health Issues*. 2011;21(3 Suppl):S49-54.

75. Hanschmidt F, Linde K, Hilbert A, Riedel-Heller S, Kersting A. Abortion stigma: a systematic review. *Persp Sex Reprod Health*. 2016;48(4):169-77.

76. Kumar A, Hessini L, Mitchell E. Conceptualising abortion stigma. *Cult Health Sex*. 2009;11(6):625-39.

77. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918>).

78. Universal health coverage for sexual and reproductive health: evidence brief. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/financing-uhc-for-sexual-reproductive-health-evidence-brief/en/>).

79. UHC compendium 2021. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium>).

80. Coast E, Lattof S, Meulen Rodgers Y, Moore B, Poss C. The microeconomics of abortion: a scoping review and analysis of the economic consequences for abortion care-seekers. *PLoS One*. 2021;16(6):e0252005.

81. Lattof S, Coast E, Rodgers Y, Moore B, Poss C. The mesoeconomics of abortion: a scoping review and analysis of the economic effects of abortion on health systems. *PLoS One*. 2020;15(11):e0237227.

82. Rodgers Y, Coast E, Lattof S, Poss C, Moore B. The macroeconomics of abortion: a scoping review and analysis of the costs and outcomes. *PLoS One*. 2021;16(5):e0250692.

83. Cook R, Dickens B, Fathalla M. Reproductive health and human rights: integrating medicine, ethics and law. Oxford: Oxford University Press; 2003.

84. Billings D, Moreno C, Ramos C, González de León D, Ramírez R, Villaseñor Martínez L, et al. Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reprod Health Matters*. 2002;10(19):86-94. 139

85. Villela W, Araújo M. Making legal abortion available in Brazil: partnerships in practice. *Reprod Health Matters*. 2000;8(16):77-82.

86. Cook R, Ngwená C. Women's access to health care: the legal framework. *Int J Gynecol Obstet*. 2006;94(3):216-25.

87. Cook R, Erdman J, Hevia M, Dickens B. Prenatal management of anencephaly. *Int J Gynaecol Obstet*. 2008;102(3):304-8.

88. Lavelanet A, Johnson B, Ganatra B. Global Abortion Policies Database: a descriptive analysis of the regulatory and policy environment related to abortion. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020; 62:25-35.

89. Assifi A, Kang M, Sullivan E, Dawson A. Abortion care pathways and service provision for adolescents in high-income countries: a qualitative synthesis of the evidence. *PLoS One*. 2020;15(11): e0242015.

90. Iyengar K, Iyengar SD. Elective abortion as a primary health service in rural India: experience with manual vacuum aspiration. *Reproductive Health Matters*. 2002;10(19):54-63.

91. Cook R, Erdman J, Dickens B. Achieving transparency in implementing abortion laws. *Int J Gynecol Obstet*. 2007;99(2):157-61.

92. Coast E, Norris A, Moore A, Freeman E. Trajectories of women's abortion-related care: a conceptual framework. *Soc Sci Med*. 2018:199-210.

93. Mundigo A, Indriso C. Abortion in the developing world. London and New York: Zed

Books; 1999.

94. Concluding Observation: Portugal. Committee on the Elimination of Discrimination against Women; 2015 (CEDAW/C/PRT/CO/8-9).

95. Dzakpasu S, Powell-Jackson T, Campbell OMR. Impact of user fees on maternal health service utilization and related health outcomes: a systematic review. *Health Pol Plann.* 2014;29(2):137-50.

96. Concluding Observations: Germany. Committee on the Elimination of Discrimination against Women; 2017 (CEDAW/C/DEU/CO/7-8).

97. Concluding Observations: Slovakia. Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2012(E/C.12/SVK/CO/2).

98. Concluding Observations: Austria. Committee on the Elimination of Discrimination against Women; 2013 (CEDAW/C/AUT/CO/7-8).

99. Concluding Observations: Peru. United Nations Committee against Torture; 2013.

100. The world health report 2006: working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43432>).

101. Fact sheet: Universal health coverage (UHC). Geneva: World Health Organization; 2021 ([https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))).

102. National Academies of Sciences Engineering and Medicine, Health and Medicine Division, Board on Health Care Services, Board on Population Health and Public Health Practice, Committee on Reproductive Health Services. Essential clinical competencies for abortion providers (Chapter 3). In: The safety and quality of abortion care in the United States. Washington, DC: National Academies Press (US); 2018 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507233/>).

103. Essential competencies for midwifery practice: 2019 update. International Confederation of Midwives; 2019 (<https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>).

104. Developing a global competency framework for universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/news/item/04-06-2018-developing-a-global-competency-framework-for-universal-health-coverage>).

105. WHO global competency and outcomes framework for universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2022 (forthcoming).

106. Framework on integrated, people-centred health services: report by the Secretariat. World Health Assembly; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/252698>).

107. WHO model list of essential medicines – 21st list, 2019. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHOMVPEMPIAU2019.06>).

108. WHO model list of essential medicines – 22nd list, 2021. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MHP-HPS-EML-2021.02>).

109. Roadmap for access to medicines, vaccines and health products 2019–2023: comprehensive support for access to medicines, vaccines and other health products. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330145>).

110. Giashuddin M, Kibria M. Forecasting exercise for the 13 reproductive, maternal, newborn, and child health commodities prioritized by the UN Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children. Submitted to the United States Agency for International Development by the Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services (SIAPS) Program. Arlington (VA): Management Sciences for Health; 2014 (<https://siapsprogram.org/publication/forecasting-exercise-for-the-13-reproductivematernal-newborn-and-child-health-commodities-prioritized-by-the-un-commission-on-life-saving-commodities-for-womenand-children/>).

111. Babigumira J, Stergachis A, Kanyok T, Evans L, Hajjou M, Nkansah P, et al. Promoting the quality of medicines: a risk-based resource allocation framework for pharmaceutical quality assurance for medicines regulatory authorities in low- and middleincome countries. Rockville (MD): USP; 2018 (https://www.usp-pqm.org/sites/default/files/pqms/article/risk-based_resource_allocation_framework_june2018.pdf).

112. List of Stringent Regulatory Authorities, 51st report of the WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations. WHO Technical Report Series 1003. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/initiatives/wholisted-authority-reg-authorities/SRAs>).
113. Marketing authorization of pharmaceutical products with special reference to multisource (generic) products. Geneva: World Health Organization; 2011 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44576/9789241501453_eng.pdf).
114. Enterprise and Industry Directorate-General. A guideline on changing the classification for the supply of a medicinal product for human use. European Commission; 2006 (https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/files/eudralex/vol-2/c/switchguide_160106_en.pdf).
115. World Health Organization (WHO), World Bank, Gavi, Global Fund. Monitoring and evaluation of health systems strengthening: an operational framework. Geneva: World Health Organization; 2009 (https://www.who.int/healthinfo/HSS_MandE_framework_Nov_2009.pdf).
116. Global Abortion Policies Database (GAPD) [website]. Geneva: World Health Organization; undated (<http://abortion-policies.srhr.org/>).
117. Mutua M, Manderson L, Musenge E, Achia T. Policy, law and post-abortion care services in Kenya. PLoS One. 2018;13(9):e0204240.
118. Rehfuss EA, Stratil JM, Scheel IB, Portela A, Norris SL, Baltussen R. The WHO-INTEGRATE evidence to decision framework version 1.0: integrating WHO norms and values and a complexity perspective. BMJ Glob Health. 2019;4:e000844.
119. Schünemann, H, Brożek J, Guyatt G, Oxman A, editors. GRADE handbook: handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach. GRADEpro.org; 2013 (<https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html>).
120. Medical management of abortion. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/medical-management-abortion/en/>).
121. Sexual and reproductive health: core competencies in primary care. Geneva; World Health Organization; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44507/9789241501002_eng.pdf).
122. Clinical practice handbook for safe abortion. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe-abortion/clinical-practice-safe-abortion/en/>).
123. Rodek C, Deans A. Red cell alloimmunization. In: Rodek CH and Martin JW, editors. Fetal medicine basic sciences and clinical practice, second edition. London: Churchill Livingstone Elsevier; 2009:559-77.
124. Goldman J, Eckerling B. RH immunization in spontaneous abortion. Acta Europaea Fertilitatis. 1972;3(3):253-4.
125. Gavin P. Rhesus sensitization in abortion. Obstet Gynecol. 1972;39(1):37-40.
126. Stern K, Davidsohn I, Masaitis L. Experimental studies on Rh immunization. Am J Clin Pathol. 1956;26(8):833-43.
127. Wiebe E, Campbell M, Aiken A, Albert A. Can we safely stop testing for Rh status and immunizing Rh-negative women having early abortions? A comparison of Rh alloimmunization in Canada and the Netherlands. Contraception X. 2019;1(100001).
128. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/).
129. Penney G, Thomson M, Norman J, McKenzie H, Vale L, Smith R, et al. A randomised comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion. BJOG. 1998;105(6):599-604. 141
130. Duncan C, Reynolds-Wright J, Cameron S. Utility of a routine ultrasound for detection

of ectopic pregnancies among women requesting abortion: a retrospective review. *BMJ Sex Reprod Health*. 2020. doi:10.1136/bmjsex-2020-200888.

131. Smith G, Stubblefield P, Chirchirillo L, McCarthy M. Pain of first-trimester abortion: its quantification and relations with other variables. *Am J Obstet Gynecol*. 1979;133(5):489-98.

132. Bélanger E, Melzack R, Lauzon P. Pain of first-trimester abortion: a study of psychosocial and medical predictors. *Pain*. 1989;36(3):339-50.

133. Renner R, Jensen J, Nichols M, Edelman A. Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(2):CD006712.

134. Borgotta L, Nickinovich D. Pain during early abortion. *J Reprod Med*. 1997;42(5):287-93.

135. Grimes D, Schulz K, Cates W. Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *JAMA*. 1984;251(16):2108-11.

136. Schulz K, Grimes D, Cates W. Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *Lancet*. 1983;1(8335):1182-5.

137. Lavelanet A, Johnson B, Ganatra B. Global Abortion Policies Database: a descriptive analysis of the regulatory and policy environment related to abortion. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020;62:25-35.

138. WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/77764>).

139. Concluding Observations: Croatia. United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women; 1998 (A/53/38).

140. Concluding Observations: Italy. United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women; 1997 (A/52/38 Rev.1).

141. Concluding Observations: Slovakia. United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women; 2008 (A/63/38).

142. Concluding Observations: Poland. United Nations Committee against Torture; 2013 (CAT/C/POL/CO/5-6).

143. P and S v. Poland, Application No. 57375/08, Decision 30 October 2012, European Court of Human Rights; 2012.

144. International Planned Parenthood Federation European Network (IPPF EN) v. Italy, Decision on the Merits, 10 September 2013. European Committee of Social Rights (2013 (No. 87/2012)).

145. Concluding Observations: Poland. Human Rights Committee; 2010 (CCPR/C/POL/CO/6).

146. Concluding Observations: Poland. Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2009 (E/C.12/POL/CO/5).

147. Concluding Observations: Hungary. Committee on the Elimination of Discrimination against Women; 2013 (CEDAW/C/HUN/CO/7-8).

148. Concluding Observations: Slovakia. Committee on the Rights of the Child; 2016 (CRC/C/SVK/CO/3-5).

149. Concluding Observations: Poland. Committee on the Elimination of Discrimination against Women; 2014 (CEDAW/C/POL/CO/7-8).

150. Concluding Observations: Romania. Committee on the Elimination of Discrimination against Women; 2017 (CEDAW/C/ROU/CO/7-8).

151. Gemzell-Danielsson K, Ho P, Gómez Ponce de León R, Weeks A, Winikoff B. Misoprostol to treat missed abortion in the first trimester. *Int J Gynaecol Obstet*. 2007;99 Suppl 2:S182-S5.

152. Lemmers, M, Verschoor M, Kim B, Hickey M, Vazquez J, et al. Medical treatment for early fetal death (less than 24 weeks). *Cochrane Database Syst Rev*. 2019(6):CD002253.

153. Lähteenmäki P, Luukkainen T. Return of ovarian function after abortion. *Clin Endocrinol*. 1978;8:123-32.

154. Schreiber C, Sober S, Ratcliffe S, Creinin M. Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception*. 2011;84(3):230-3.
155. Kim C, Nguyen A, Berry-Bibee E, Ermias Y, Kapp N. Systemic hormonal contraception initiation after abortion: a systematic review and meta-analysis. *Contraception*. 2021;103(5):291-304.
156. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/102539>). Литература 142 Руководство по уходу при прерывании беременности
157. Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158>).
158. Raymond E, Weaver M, Louie K, Tan Y, Bousiéguéz M, Aranguré-Peraza A, et al. Effects of depot medroxyprogesterone acetate injection timing on medical abortion efficacy and repeat pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2016;128(4):739-45.
159. de Roodenbeke E, Lucas S, Rouzaut A, Bana F. Outreach services as a strategy to increase access to health workers in remote and rural areas. Technical Report No. 2. Geneva: World Health Organization; 2011 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310729/>).
160. Haemmerli M, Santos A, Penn-Kekana L, Lange I, Matovu F, Benova L, et al. How equitable is social franchising? Case studies of three maternal healthcare franchises in Uganda and India. *Health Policy Plan*. 2018;33(3):411-9.
161. Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable. Report of the third global survey on eHealth. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252529/9789241511780-eng.pdf>).

Додаток 1. Зовнішні експерти та персонал ВООЗ, які брали участь у розробці керівництва

Члени Групи з оцінки доказів та рекомендацій (ГОДР)

Було сформовано три ГОДР (експертні групи) – по одній для кожної категорії рекомендацій цього посібника: Клінічні послуги, Надання послуг та Законодавство та політика. Під кожним списком членів ГОДР перераховані інші учасники оглядових зустрічей по визначенню тем даного керівництва до оцінки доказів та рекомендацій для кожної категорії.

Члени ГОДР у категорії «Клінічні послуги»

Ім'я експерта	Місце роботи Місто, країна	Регіон резиденції ВООЗ	Область знань	Декларації / конфлікти інтересів
Laura Castleman	Planned Parenthood Michigan і Університет штата Мічіган Енн Арбор, Мічіган, США	Америка	Акушерство і гінекологія	Ні
Suchitra Dalvie	Консультант програми сексуального і репродуктивного здоров'я Мумбай, Індія	Південно-Східна Азія	Аборт, адвокація	Ні
Michalina Drejza	Міжнародний молодіжний альянс планування сім'ї (IYAAP) Познань, Польща	Європа	Акушерство та гінекологія, молодь	Ні
Kristina Gemzell Danielsson	Міжнародний молодіжний альянс планування сім'ї (IYAAP)	Європа	Акушерство та гінекологія, дослідження з питань абортів	Ні
Laura Gila	Fundación Educación Para la Salud Reproductiva (ESAR) (Освітній фонд репродуктивного здоров'я)	Америка	Аборт, контрацепція	Ні
Selma Hajria	Група для досліджень та дій в області	Східне Середземномор'я	Аборт, контрацепція, дослідження	Ні

	жіночого здоров'я TAWHIDA			
Guyo Jaldesa	Університет Найробі Найробі, Кенія	Африка	Акушерство та гінекологія	Ні
Dhammika Pereraa	Marie Stopes International Лондон, Сполучене королівство Великобританії та Північної Ірландії	Європа	Аборт, контрацепція	Ні
Alongkone Phengsavanh	Університет медичних наук В'єт'ян, Лаоська Народна Демократична Республіка	Західна частина Тихого Океану	Акушерство та гінекологія, допомога з переривання вагітності	Ні
Judiac Ranapea	Департамент охорони здоров'я, Кейп-Таун, ПАР	Африка	Сестринська справа, підготовка медичних сестер, допомога з переривання вагітності	Ні
Kitihoun Serge	Відділ репродуктивного здоров'я, Регіональний інститут громадської охорони здоров'я ім. Альфреда Квенуму Уїда, Бенін	Африка	Аборт, контрацепція	Ні
Радник з прав людини				
Christina Zampas	Центр репродуктивних прав Женева, Швейцарія	Європа	Законодавство, права людини, комерційний секс, примусова стерилізація	Ні

Члени ГОДР у категорії «Надання послуг»

Ім'я експерта	Місце роботи Місто, країна	Регіон резиденції ВООЗ	Область знань	Декларації / конфлікти інтересів
Fauzia Akhter Huda	Відділ здоров'я матерів та дітей, Міжнародний центр дослідження діарейних хвороб Бангладеш (ICDDRБ) Дака, Бангладеш	Південно- Східна Азія	Громадське охорони здоров'я, системи охорони здоров'я, аборт	Ні
Nana Yaa Appiah	Фонд Women's Voices Аккра, Гана	Африка	Фармацевтика, соціальний маркетинг, професійне розвиток	Ні
Karla Berdichevsky	Відділ гендерної рівності та репродуктивного здоров'я, Федеральне міністерство охорони здоров'я Мексика Мехіко-Сіті, Мексика	Америка	Планування програм, політики та досліджень в області сексуального та репродуктивного здоров'я	Ні
Jemima Araba Dennis-Antwi	Ghana College of Nurses and Midwives Accra, Ghana Коледж медичних сестер та акушерок Гани Аккра, Гана	Африка	Зміцнення систем охорони здоров'я, здоров'я матерів, акушерська справа, підготовка медсестер	Ні
Surendra Dhital доступ до переривання вагітності	Незалежний фармацевт Катманду, Непал	Південно- Східна Азія	Фармацевтика, консультування, безпечний аборт	Ні
Caitlin Gerdtsa	Ibis Reproductive Health	Америка	Якісні дослідження, використання технологій,	Ні

	Оукланд, Каліфорнія, США		доступ до переривання вагітності	
Daniel Maceira	Департамент економіки, Університет Буенос-Айреса Буенос-Айрес, Аргентина	Америка	Дослідження систем охорони здоров'я, розробка програм та політик у сфері охорони здоров'я	Ні
Vinoj Manninga	Фонд Iras Development Нью-Делі, Індія	Південно- Східна Азія	Системи охорони здоров'я, допомога з переривання вагітності	Ні
Sybil Nkeiru	Ініціатива покоління для мереж жінок та молоді (GIWYN) Лагос, Нігерія	Африка	Активіст з прав людини	Ні
Hiromi Obaraa	Департамент планування та управління охороною здоров'я, Бюро міжнародного співробітництва в галузі медицини, Національний центр глобального здоров'я та медицини Токіо, Японія	Західна частина Тихого Океану	Планування та управління у охороні здоров'я, здоров'я матерів та політика про перериванні вагітності	Ні
Karan Parikh	Міжнародний молодіжний альянс планування сім'ї (IYAAP) Мумбаї, Індія	Південно- Східна Азія	Клініцист, молодь	Ні
Michelle Remme	Міжнародний інститут глобального здоров'я Університет	Західна частина Тихого Океану	Дослідження, гендер, фінансування системи	Ні

	об'єднаних націй (UNU-IIGH) Куала-Лумпур, Малайзія		охорони здоров'я	
Радник з прав людини				
Christina Zampas	Центр репродуктивних прав Женева, Швейцарія	Європа	Законодавство, права людини, комерційний секс, примусова стерилізація	Ні

Члени ГОДР у категорії «Законодавство та політика»

Ім'я експерта	Місце роботи Місто, країна	Регіон резиденції ВООЗ	Область знань	Декларації / конфлікти інтересів
Marge Berer	Міжнародна кампанія за право жінок на безпечний аборт Лондон, Сполучене королівство	Європа	Соціологія, політика в області абортів	Ні
Joanna Erdman ^a	Школа права Schulich, Університет Делхаузі Галіфакс, Канада	Америка	Права людини, закони та політика в охороні здоров'я	Ні
Godfrey Kangaude	Університет Преторії та Університет Торонто Блантайр, Малаві	Африка	Законодавство про сексуальне і репродуктивному здоров'ї та правах	Ні
Akila Radhakrishnan	Глобальний центр юстиції Нью-Йорк, США	Америка	Законодавство та політика	Ні
Ruben Avila Reyna	Робоча група з питань молоді, Міжнародний молодіжний альянс планування сім'ї (IYAFR) Нуево-Леон, Мексика	Америка	Права людини, адвокація, молодь	Ні
Chi-Chi Undie	Рада з питань народонаселення Найробі, Кенія	Африка	Аборт та контрацепція, політика	Ні
Радники з прав людини				
Abhijit Das	Центр здоров'я та соціальної справедливості Нью-Делі, Індія	Південно- Східна Азія	Права людини	Ні

Sara Hossain	Колегія адвокатів Вищого суду Бангладеш Дака, Бангладеш	Південно-Східна Азія	Законодавство та політика, права людини	Ні
Karima Khalil	Консультант з питань охорони здоров'я матері та дитину Нью-Делі, Індія	Південно-Східна Азія	Законодавство та політика, права людини	Ні
Primah Kwagala	Директор, Жіноча ініціатива Women's Probono Initiative Кампала, Уганда	Африка	Законодавство та політика, права людини	Ні
Monica Arango Olaya	Факультет права, Університет Оксфорду Оксфорд, Сполучене Королівство	Африка	Законодавство та політика, права людини	Ні
Xian Warner	Координатор досліджень та програм, Інститут рівності Ділі, Східний Тимор	Західна частина Тихого Океану	Законодавство та політика, права людини	Ні
Christina Zampas ^a	Центр репродуктивних прав Женева, Швейцарія	Європа	Законодавство, права людини, комерційний секс, примусова стерилізація	Ні

^a Ці експерти взяли участь у оглядових зустрічах з визначення тем керівництва для цієї категорії, які проводились перед зустрічами ГОДР, разом з перерахованими нижче експертами, які також брали участь: Paola Bergallo (Університет Торквато ді Телла, Аргентина), Lucia Berro Pizzarossa (Університет Гронінген, Нідерланди), Scott Burris (Університет Темпл, США), Fiona de Londras (Університет Бірмінгем, Сполучене королівство), Silvia de Zordo (Університет Барселони, Іспанія), Debora Diniz (Інститут біоетики, Бразилія), Heather Douglas (Університет Квінсленд, Австралія), Daniel Grossman (Університет штату Каліфорнія, Сан-Франциско, США), Selma Hajri (Група досліджень та дій у галузі жіночого здоров'я TAWHIDA, Туніс), Jihan Jacob (Центр репродуктивних прав, Філіппіни), Minzee Kim (Університет Ewha Womans, Республіка Корея), Chisale

Mhango (Університет Малаві, Малаві), Mahesh Puri (Центр досліджень довкілля, здоров'я та діяльності населення, Непал), Patricia Schulz (Комітет з ліквідації дискримінації, спрямованої на жінок Швейцарія), Patty Skuster (Iras, США), Marion Stevens (Коаліція сексуальних та репродуктивних прав, ПАР), Maya Unnithan (Університет Сассекс, Сполучене Королівство).

Члени Групи з розробки керівництва (ГРК) та декларації інтересів

Ім'я експерта	Місце роботи Місто, країна	Регіон резиденції ВООЗ	Область знань	Декларації / конфлікти інтересів
Fauzia Akhter Huda	Координатор проектів, Відділ здоров'я матерів та дітей, Міжнародний центр дослідження діарейних хвороб Бангладеш (ICDDRБ) Дака, Бангладеш	Південно-Східна Азія	Громадське охорона здоров'я, системи охорони здоров'я, аборт	Ні
Karla Berdichevsky	Директор відділу гендерної рівності та репродуктивного здоров'я, Федеральне міністерство охорони здоров'я Мексика МехікоСіті, Мексика	Америка	Планування програм, політика та дослідження в області сексуального та репродуктивного здоров'я	Ні
Marge Berer	Координатор Міжнародної кампанії за право жінок на безпечний аборт Лондон, Сполучене Королівство	Європа	Законодавство та політика	Ні
Laura Castleman (ГОЛОВА)	Заступник директора з медичної частини Planned Parenthood Michigan та Університет штату Мічіган	Америка	Акушерство та гінекологія	Ні

	Енн Арбор, Мічіган, США			
Michalina Drejza	Директор з розвитку та досліджень, Міжнародний молодіжний альянс планування сім'ї (IYAFR) Познань, Польща	Європа	Акушерство та гінекологія, молодь	Ні
Joanna Erdman	Ад'юнкт-професор, Школа права Schulich, Університет Делхаузі Галіфакс, Нова Шотландія, Канада	Америка	Законодавство та політика	Ні
Kristina Gemzell Danielsson	Керівник Департаменту здоров'я матерів та дітей Каролінського університету, Стокгольм, Швеція	Європа	Акушерство та гінекологія, дослідження в галузі абортів	Ні
Caitlin Gerdtz	Віце-президент з питань досліджень, Ibis Reproductive Health Оукланд, Каліфорнія, США	Америка	Якісні дослідження	Ні
Laura Gil	Клініцист Богота, Колумбія	Америка	Клінічні аспекти	Ні
Selma Hajri	Засновник та Президент, група для досліджень та дій у галузі жіночого здоров'я TAWHIDA Туніс, Туніс	Східне Середземномор'я	Аборти, контрацепція, дослідження	Ні

Guyo Jaldesa	Ад'юнкт-професор кафедри акушерства та гінекології, Університет Найробі Найробі, Кенія	Африка	Акушерство та гінекологія	Ні
Godfrey Kangaude	Науковий співробітник, Університет Преторія, та стипендіат у галузі права у сфері репродуктивного та сексуального здоров'я, Університет Торонто Блантайр, Малаві	Африка	Законодавство у області сексуального та репродуктивного здоров'я і прав	Ні
Vinoj Manning	Керівник Фонду Iras Development Нью-Делі, Індія	Південно-Східна Азія	Системи охорони здоров'я	Ні
Hiromi Obara	Лікар медицини, Заступник директора Відділу Політики та досліджень у галузі глобального здоров'я, Департамент планування та управління охороною здоров'я, Бюро міжнародного співробітництва в галузі медицини, Японський національний центр глобального здоров'я та	Західна частина Тихого Океану	Системи охорони здоров'я	Ні

	медицини, та Координатор проекту в Камбоджі, Японське агентство з співпраці (JICA) Токіо, Японія			
Alongkone Phengsavanh	Заступник декана факультету медицини, Університет медичних наук В'єтъян, Лаоська Народна Демократична Республіка	Західна частина Тихого океану	Акушерство та гінекологія, допомога з переривання вагітності	Ні
Akila Radhakrishnan	Президент Глобального центру юстиції Нью-Йорк, США	Америка	Законодавство та політика	Ні
Michelle Remme	Керівник досліджень, Міжнародний інститут глобального здоров'я Університету об'єднаних націй (UNU-IIGH) Куала-Лумпур, Малайзія	Західна частина Тихого океану	Дослідження, гендер, фінансування систем охорони здоров'я	Ні
Chi Chi Undie	Старший науковий співробітник Ради з питань населення Найробі, Кенія	Африка	Аборти та контрацепція, політика	Ні
Радник з прав людини				
Christina Zampasa	Центр репродуктивних прав Женева, Швейцарія	Європа	Права людини	Ні

Спостерігачі наради ГРК

- Patricia Lohr, Директор з медичних питань, Британська служба консультацій з питань вагітності (BPAS), Лондон, Сполучене Королівство; також – член Консультативної групи Програми «Зробити аборт безпечним» Королівського коледжу акушерів та гінекологів (RCOG)
- Jaydeer Tank, Генеральний секретар Федерації товариств акушерів-гінекологів Індії (FOGSI) та голова робочої групи з питань безпечних абортів Міжнародної федерації акушерства та гінекології (FIGO), Мумбаї, Індія
- Francelle Toedtli, консультант, Фонд населення ООН (UNFPA), Нью-Йорк, США
- Ann Yates, Старший радник-акушерка, Головний офіс Міжнародної конфедерації акушерок (ICM), Гаага, Нідерланди

Методист(и) керівництва

- Категорія «Клінічні послуги»:** Jerre Schroll, консультант, координатор досліджень та ад'юнкт-професор, Департамент акушерства та гінекології, лікарня Amager Hvidovre, Копенгаген, Данія
- Категорія «Надання послуг»:** Nicholas Henschke та Gemma Villanueva, провідні експерти з систематичним оглядам, та Yanina Sguassero, відділ систематичних оглядів групи Cochrane Response
- Категорія «Законодавство та політика»:** Maria Rodriguez, ад'юнкт-професор, акушерство та гінекологія, Університет здоров'я та науки штату Орегон (OHSU), Портленд, Орегон, США

Групи синтезу доказів

Категорія «Клінічні послуги»:

- Кокранівська група з питань регулювання народжуваності (CFR) при Університеті здоров'я та науки штату Орегон (OHSU)
 - Провідні дослідники: Alison Edelman, Maria Rodriguez, Makalapua Motu'apuaka, Taylor King
 - Підтримка у стратегії пошуку: Robyn Paynter
- Члени групи / автори огляду:** Jessica Atrio, Sharon Cameron, Justin T. Diedrich, Eleanor Drey, Alison Edelman, Katherine Gambir, Bela Ganatra, Jeffrey T.J. Jensen, Nathalie Kapp, Caron Kim, Patricia Lohr, Adrienne E. McKercher, Karen Meckstroth, Chelsea Morroni, Kelly Ann Necastro, Sara J. Newmann, Thoi D. Ngo, Antoinette Nguyen, Mark D.N. Nichols, Regina-Maria Renner, John J. Reynolds-Wright, Tesfaye Tufa, Mulat A. Woldetsadik

Персонал, консультанти та науковці з питань планування сім'ї Департаменту ВООЗ з питань сексуального та репродуктивного здоров'я та досліджень

- Michelle Chan, науковий співробітник з питань планування сім'ї, Університет Британської Колумбії
- Колумбії, Ванкувер, Британська Колумбія, Канада
- Elizabeth Clark, член наукової спільноти з питань планування сім'ї, Університет Еморі, Атланта, штат Джорджія, США
- Teresa DePiñeres, Ведучий клініцист, Проект доступу до медикаментозного переривання вагітності, Essential Access Health
- Margit Endler, акушер-гінеколог, Південно-Центральна лікарня Стокгольма, а також дослідник, Каролінський інститут, Стокгольм, Швеція

- Rooran Gill, консультант, Відділ запобігання небезпечним абортам, Департамент CP3,
- ВООЗ, Женева, Швейцарія; радник з питань здоров'я жінок, Лікарі без кордонів (MSF), Париж, Франція
- Yelena Korotkaya, науковий співробітник з питань планування сім'ї, Університет штату Каліфорнія, Лос-Анжелес, Каліфорнія, США
- Lemi Tolu, науковий співробітник з питань планування сім'ї, ад'юнкт-професор акушерства та гінекології, медичний коледж при лікарні Сент-Пол Міленіум, Аддіс-Абеба, Ефіопія

Категорія «Надання послуг»:

- Компанія Cochrane Response
 - Провідні дослідники: Nicholas Henschke, Yanina Sguassero та Gemma Villanueva
 - Підтримка стратегії пошуку: Elise Cogo
 - Члени групи / автори огляду: Hanna Bergman, Brian Buckley, Jennifer Petkovic, Chantelle Garritty, Candyce Hamel, Katrin Probyn
- Персонал, консультанти та науковці з питань планування сім'ї Департаменту ВООЗ з питань сексуального та репродуктивного здоров'я та досліджень:
 - Ferid Abubeker, науковий співробітник з питань планування сім'ї, ад'юнкт-професор акушерства та гінекології, медичний коледж при лікарні Сент-Пол Міленіум, Аддіс-Абеба, Ефіопія
 - Mekdes Feyssa, співробітник з медичних питань, Відділ запобігання небезпечним абортів (ПНА), Департамент CP3, ВООЗ, Женева, Швейцарія
 - Rooran Gill, консультант, Відділ ПНА, Департамент CP3, ВООЗ, Женева, Швейцарія; радник з питань здоров'я жінок, Лікарі без кордонів (MSF), Париж, Франція
 - Caron Kim, співробітник з медичних питань, Відділ запобігання небезпечним абортів (ПНА), Департамент CP3, ВООЗ, Женева, Швейцарія
 - Bianca Stifani, науковий співробітник з питань планування сім'ї, акушер-гінеколог, Коледж медицини ім. Альберта Ейнштейна і медичний центр Монтефіоре, Нью-Йорк, США
 - Tesfaye Tufa, науковий співробітник з питань планування сім'ї, ад'юнкт-професор акушерства та гінекології, медичний коледж при лікарні Сент-Пол Міленіум, Аддіс-Абеба, Ефіопія

Інші учасники:

- Ernestina Coast, Професор охорони здоров'я та міжнародного розвитку, Лондонська школа економіки та політології, Лондон, Сполучене Королівство
- Samantha Lattof, запрошений науковий співробітник, Департамент міжнародного розвитку, Лондонська школа економіки та політології, Лондон, Сполучене Королівство
- Brittany Moore, консультант, науковий та технічний радник, Iras, Чепел Хілл, Північна Кароліна, США
- Cheri Ross, Заступник директора з питань програмних даних, Iras, Чепел Хілл, Північна Кароліна, США
- Yana Rodgers, професор, Департамент досліджень, що стосуються жінок, гендеру та сексуальності, директор Центру жінок і роботи, Університет Рутгерс, Нью-Брансуек, Нью-Джерсі, США

Категорія «Законодавство та політика»:

- Програма моніторингу політики Центру досліджень законодавства у галузі громадського охорони здоров'я (CPHLR), Університет Темпл, Філадельфія, штат Пенсільванія, США
 - Провідний дослідник: Scott Burris
 - Члени групи / автори огляду: Lindsay Foster Cloud, Adrienne R. Ghorashi, Rachel Rebouché, Patty Skuster
- Школа права Бірмінгема, Університет Бірмінгема, Бірмінгем, Сполучене Королівство
 - Провідний дослідник: Fiona de Londras, завідувач кафедри глобального права, Школа права Бірмінгема
 - Члени групи / автори огляду: Alana Farrell, Magdalena Furgalska
- Персонал та консультанти Департаменту СРЗ ВООЗ:
 - Amanda Cleeve, консультант з питань сексуального та репродуктивного здоров'я та запобігання небезпечним абортам, Стокгольм, Швеція
 - Antonella Lavelanet, співробітник з медичних питань, Відділ запобігання небезпечних абортів (PUA), Департамент СРЗ, ВООЗ, Женева, Швейцарія
 - Maria Rodriguez, ад'юнкт-професор, акушерство та гінекологія, Університет здоров'я та науки штату Орегон (OHSU), Портленд, Орегон, США

Група зовнішніх рецензентів (ГЗР)

Ім'я експерта	Місце роботи Місто, країна	Регіон резиденції ВООЗ	Область знань
Safia Ahsan	Коаліція матеріалів для репродуктивного здоров'я, РАТН Вашингтон, Округ Колумбія, США	Америка	Розвиток ринку, управління ланцюжком Поставок
Traci Baird	EngenderHealth Вашингтон, Округ Колумбія, США	Америка	Лідерство, здоров'я жінок, сексуальне та репродуктивне здоров'я
Sharon Cameron	Лікарня Чалмерс Едінбург, Сполучене Королівство	Європа	Акушерство та гінекологія, аборти, контрацепція, інфекції статевих шляхів
Jane Harries	Відділ досліджень у галузі здоров'я жінок, Школа громадського охорони здоров'я Університету Кейп-Таун Кейп-Тайн, ПАР	Африка	Аборти, контрацепція, дослідження
Thoai Ngo	Рада з питань народонаселення Нью-Йорк, США	Америка	Дослідження, політика в галузі охорони здоров'я

Mariana Romero	Центр досліджень держави та суспільства (CEDES) Буенос-Айрес, Аргентина	Америка	Здоров'я матерів, аборти, дослідження
Rachel Simon-Kumar	Школа здоров'я населення Університету Аукленда та Центр медичних досліджень та оцінки Азії (CAHRE) Аукланд, Нова Зеландія	Європа	Соціологія, гендер та економіка
Beverly Winikoff	Проект Gynuity Health Нью-Йорк, США	Америка	Репродуктивний вибір, контрацепція, аборти, здоров'я жінок

Зовнішні партнери (включаючи організації-партнери у впровадженні), які надали свої зауваження щодо проекту керівництва:

- Rasha Dabash, Ipas, Чепел Хілл, Північна Кароліна, США
- Rebecca Wilkins, Міжнародна федерація запланованого батьківства (IPPF), Лондон, Об'єднане Королівство
- Bethan Copley, MSI Reproductive Choices, Лондон, Сполучене Королівство
- Steve Luboya, Pathfinder, Уотертаун, Массачусетс, США
- Eva Lathrop, Population Services International (PSI), Вашингтон, Округ Колумбія, США

Члени Координаційної групи ВООЗ

Ім'я	Департамент та відділ	Область знань
Mekdes Daba Feyssa	Департамент сексуального та репродуктивного здоров'я та досліджень (СРЗ), Відділ запобігання небезпечним абортам (ПНА), штаб-квартира ВООЗ	Аборти, контрацепція
Bela Ganatra	СРЗ, ПНА, штаб-квартира ВООЗ	Аборти, соціологія
Roopam Gill (на перших етапах планування керівництва)	СРЗ, ПНА, штаб-квартира ВООЗ (раніше)	Аборти, контрацепція, гуманітарні кризи
Heidi Johnston	СРЗ, ПНА, штаб-квартира ВООЗ	Аборти, демографія

Rajat Khosla (на перших етапах планування керівництва)	СРЗ, Офіс Директора, штаб-квартира ВООЗ (раніше)	Радник з прав людини
Caron Kim ^a	СРЗ, ПНА, штаб-квартира ВООЗ	Аборти, контрацепція, сексуальне та репродуктивне здоров'я та права у надзвичайних ситуаціях в області охорони здоров'я
Antonella Lavelanet	СРЗ, ПНА, штаб-квартира ВООЗ	Аборти, контрацепція, законодавство та політика, права людини
Lemi Tolu (на перших етапах планування керівництва)	СРЗ, ПНА, штаб-квартира ВООЗ (раніше)	Аборти, контрацепція

^a Технічний службовець, відповідальний за розробку цього посібника

Члени Секретаріату ВООЗ

Ім'я	Департамент та відділ (а також регіон, якщо застосовно)
Moazzam Ali	Департамент сексуального та репродуктивного здоров'я та досліджень (СРЗ), Відділ контрацепції та репродуктивного здоров'я (КРЗ), штаб-квартира ВООЗ, Женева, Швейцарія
Ian Askew	СРЗ, штаб-квартира ВООЗ
Chilanga Asmani	Відділ репродуктивного здоров'я, здоров'я матерів та старіння, Регіональне бюро ВООЗ Африка, Браззавіль, Конго
Laurence Codjia	Департамент медичних кадрів (HWF), Відділ ринку праці та партнерства в охороні здоров'я, штаб-квартира ВООЗ, Женева, Швейцарія
Ibadat Dhillon	Відділ кадрових ресурсів для охорони здоров'я та наукової роботи, Регіональне бюро ВООЗ у Південно-Східній Азії, НьюДелі, Індія
Carolyn Ekman	СРЗ, Відділ запобігання небезпечним абортам (ПНА), штаб-квартира ВООЗ
Rodolfo Gómez Ponce de León	Центр перинатології, здоров'я жінок та репродуктивного здоров'я Латинської Америки (CLAP/WR), Панамериканська організація охорони здоров'я (РАНО), Монтевідео, Уругвай
Veloshnee Govender	СРЗ, Відділ інтеграції СРЗ у системи охорони здоров'я, штаб-квартира ВООЗ

Hannah Hatch	CP3, ПНА, штаб-квартира ВООЗ
Lisa Hedman	Департамент систем охорони здоров'я та інновацій, відділ основних лікарських засобів та медичних продуктів, штаб-квартира ВООЗ
Nilmini Hemachandra	Репродуктивне здоров'я та здоров'я матерів, Регіональне Бюро ВООЗ у Східному Середземномор'ї, Каїр, Єгипет
Shogo Kubota	Країновий офіс ВООЗ Народної Демократичної Республіки Лаос, , В'єнтьян, Народна Демократична Республіка Лаос
Laurence Läser	CP3, ПНА, штаб-квартира ВООЗ
Ulrika Loi Rehnström	CP3, ПНА, штаб-квартира ВООЗ
Bruno Meessen	Управління та фінансування систем охорони здоров'я (HGF), фінансування охорони здоров'я (HEF), штаб-квартира ВООЗ
Fahdi Dkhimi	HGF, HEF, штаб-квартира ВООЗ
Marta Schaaf	Офіс директора CP3, штаб-квартира ВООЗ

Додаток 2. Деякі договори у сфері прав людини та їх наглядові договірні органи

Більш детальна інформація про те, як міжнародні стандарти прав людини застосовуються до переривання вагітності, надана у Веб-Додатку А: Ключові міжнародні стандарти прав людини щодо переривання вагітності, за посиланням:

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/349317>

Договір (у хронологічному порядку)	Абревіатура	Рік підписання	Рік вступу в силу	Наглядовий договірний орган	Абревіатура
Міжнародна конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації	ICERD	1965	1969	Комітет з ліквідації расової дискримінації	CERD
Міжнародний пакт про цивільних та політичних правах	ICCPR	1966	1976	Комітет з прав людини	HRC
Міжнародний пакт про економічних, соціальних та культурні права	ICESCR	1966	1976	Комітет з економічних, соціальних та культурним правам	CESCR
Конвенція з ліквідації всіх форм дискримінації щодо жінок	CEDAW	1979	1981	Комітет з ліквідації дискримінації щодо жінок	CEDAW
Конвенція проти тортур та інших жорстоких, нелюдських або принижують гідність видів звернення та покарання	CAT	1984	1987	Комітет проти катувань	CAT
Конвенція з прав людини	CRC	1989	1990	Комітет з прав людини	CRC
Міжнародна конвенція про захисту прав усіх трудящих-мігрантів та членів їх сімей	ICMW	1990	2003	Комітет із захисту прав трудящих-мігрантів	CMW

Конвенція про права інвалідів	CRPD	2006	2008	Комітет з прав інвалідів	CRPD

Додаток 3. Література для глосарію

1. World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF). Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic: interim guidance, May 2020. Technical documents. Geneva: WHO; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331975>).
2. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, second edition. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf).
3. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth revision (ICD-10), Vol. 2, second edition. Geneva: World Health Organization; 2004 (https://www.who.int/classifications/icd/ICD10_2nd_ed_volume2.pdf).
4. Constitution of the World Health Organization. Adopted in 1946. Entered into force in 1948. Geneva: World Health Organization; 1946 (<http://www.who.int/about/mission/en/>).
5. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918>).
6. The World Health Report 2006: working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43432>).
7. ICD-11 for mortality and morbidity statistics (Version: 09/2020) 2020 (<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>).
8. World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse, the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report. Geneva: World Health Organization; 2004 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42940>).
9. Kim C, Barnard S, Neilson JP, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(1):CD007223
10. Gemzell-Danielsson K, Ho PC, Gómez Ponce de León R, Weeks A, Winikoff B. Misoprostol to treat missed abortion in the first trimester. Int J Gynecol Obstet. 2007;99(Suppl 2):S182-5.
11. Center for Disease Control and Prevention (CDC), Office of the Associate Director for Policy and Strategy. Definition of Policy. Atlanta (GA): CDC; 2015 (<https://www.cdc.gov/policy/analysis/process/definition.html>).
12. World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Technical documents. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>).
13. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: World Health Organization; 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43470>).
14. WHO guideline on self-care interventions for health and well-being. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240030909>).
15. Barone A. Social enterprises. Investopedia [website]; 2020 (<https://www.investopedia.com/terms/s/socialenterprise.asp>).
16. Public policy and franchising reproductive health: current evidence and future directions: guidance from a technical consultation meeting (unpublished). World Health Organization and USAID; 2007.
17. Koehlmoos T, Gazi R, Hossain S, Zaman K. Social franchising to increase access to and quality of health services in low- and middle-income countries. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(1):CD007136.
18. Birkinshaw M. Social marketing for health. Geneva: World Health Organization; 1989 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62146/HMD_89.2.pdf).

19. Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable. Report of the third global survey on eHealth. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252529/9789241511780-eng.pdf>).
20. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550505>)

Додаток 4. Методи та процедури розробки керівництва

А. Робочі групи розробки посібника Список членів кожної робочої групи (а також їх декларації конфліктів інтересів) можна знайти у Додатку 1. Наприкінці цього додатка наводяться узагальнені результати ключових нарад.

Координаційна група ВООЗ

Координаційна група ВООЗ керувала процесом розробки керівництва. Група, яку очолював Департамент сексуального та репродуктивного здоров'я та досліджень (СРЗ) ВООЗ, складалася з восьми співробітників Департаменту, у тому числі семи співробітників Відділу запобігання небезпечних абортів (ПНА) та радника з прав людини Департаменту. Експертні знання членів Координаційної групи в галузі гендеру, етики, соціальної підзвітності та прав людини забезпечили адекватне відображення основних принципів у керівництві. Члени Координаційної групи розробили початковий спектр тем, які охоплювали керівництво; визначили та підготували пріоритетні питання у форматі «PICO» (P – популяція (population), I – втручання (intervention), C – порівняння (comparator), O – результат (outcome)); а також визначили осіб, які будуть запрошені до участі у ролі методологів керівництва та членів Груп із синтезу доказів, Груп оцінки доказів та рекомендацій (МДР), Груп з розробки керівництва (ГРР) та Груп зовнішніх рецензентів (ГВР) (див. нижче). Членство у цих групах та участь інших зовнішніх експертів було підтверджено лише після завершення процедури декларування та усунення конфліктів інтересів під управлінням Координаційної групи за погодженням з Управлінням щодо дотримання стандартів, управління ризиками та етикою (див. Розділ В). Координаційна група призначила голову ДРР, отримавши підтвердження інших членів ГРР. Координаційна група здійснювала нагляд за роботою Групи із синтезу доказів, організовувала наради ГОДР та ГРР, а також розробляла проекти рекомендацій на підставі рішень ГОДР та ГРР. Координаційна група не приймала рішень та не узгоджувала остаточні рекомендації, оскільки цю роль виконувала ГРР. Координаційна група відповідала за підготовку, перегляд та доопрацювання керівництва у співпраці з членами ГОДР, ГРР, ГВР та іншими учасниками, а також за нагляд за публікацією та розповсюдженням цього керівництва та пов'язаних з ним інструментів для впровадження. І, нарешті, Координаційна група відповідає за моніторинг нової інформації та потреб користувачів, а також за визначення часу перегляду керівництва. Координаційна група ВООЗ працювала за підтримки ширшого Секретаріату ВООЗ, включав 19 співробітників ВООЗ та консультантів Департаменту СРЗ та інших департаментів у штаб-квартирі ВООЗ, а також представників регіональних бюро ВООЗ.

Методисти керівництва

Методисти керівництва працювали у тісній співпраці з Координаційною групою ВООЗ та членами Групи синтезу доказів над оцінкою доказів, отриманих із систематичних оглядів з застосуванням методики GRADE (див. розділ D). Крім цього, методисти керівництва здійснювали нагляд за всіма методичними аспектами та відповідали за оцінку достовірності доказів за методикою GRADE. Для категорій «Клінічні послуги» та «Законодавство та політика» було призначено по одному методисту, тоді як для категорії «Надання послуг» цю роль виконувала група методистів з компанії Cochrane Response.1. Розуміння складності впливу законодавства та політики на громадська охорона здоров'я, те, що докази, що стосуються законодавства та політики, не є сферою вивчення рандомізованих контрольованих досліджень чи порівняльних обсерваційних досліджень, а також того, що такі докази не можна піддати простому синтезу із застосуванням Класифікації оцінки, розробки та визначення ефективності рекомендацій (GRADE), призвело до застосування прагматичного підходу (детальніша інформація – у розділі D).

Групи синтезу доказів (ГСД)

Групи синтезу доказів розробили план та провели систематичні огляди, а також підготували механізм прийняття рішень виходячи з наукових доказів «Від доказів – до рішень» (EtD), куди увійшли узагальнені докази, паспорти/таблиці доказів, і навіть таблиці EtD.

До складу ДСД увійшли дослідники з числа співробітників ВООЗ, консультантів та наукових співробітників, а також зовнішніх дослідницьких груп, що співпрацюють. ДСД для категорії **Клінічні послуги** була сформована з членів Кокранівської групи з регулювання народжуваності та наукових співробітників з планування сім'ї (співробітників чи стажистів ВООЗ). Також у групу входив відповідальний технічний службовець із Координаційної групи при цьому керівництва. ДСД для категорії **Надання послуг** складалася з персоналу компанії Cochrane Response, наукових співробітників із планування сім'ї (діючих та колишніх співробітників ВООЗ), а також відповідального технічного службовця із Координаційної групи. Представники Кокранівської групи з регулювання народжуваності та Cochrane Response оновили свої систематичні огляди з метою пошуку доказової бази для багатьох рекомендацій у цих двох категоріях. ДСД для категорії **Законодавство та політика** включала консультантів ВООЗ, а також зовнішні групи, що базувалися у двох центрах:

- Програма нагляд за політикою Центру досліджень законодавства у галузі громадського охорони здоров'я Університету Темпл, Філадельфія, США: Дослідники в рамках цієї програми розробили концептуальні схеми та провели юридичний аналіз різних втручань і пов'язаних з ними систем, а також знайшли дані для емпіричної оцінки законів та політик.

- Школа права Бірмінгем, Університет Бірмінгема, Сполучене Королівство: Команда в Бірмінгемі надала експертні знання в галузі законодавства та політики в охорони здоров'я, прав людини, порівняльного права, а також глобального правознавства.

Ця команда провела систематичні огляди, щоб забезпечити доказову базу рекомендацій щодо законодавства та політики.

Групи оцінки доказів та рекомендацій (ГОДР) та Група з розробки керівництва (ГРК)

Для розробки цього всебічного зведеного керівництва на початку процесу розробки рекомендацій замість однієї Групи з розробки керівництва було сформовано три окремі Групи оцінки доказів та рекомендацій по одній ГОДР для кожної категорії: Клінічні послуги, Надання послуг та Законодавство та політика. На заключному етапі процесу була сформована одна ГРР, до якої увійшли по 3-4 члени з кожної із трьох ГОДР. У трьох ГОДР було по 6–13 членів, які представляли всі регіони та широкий спектр експертних знань, включаючи одного представника молоді з Міжнародного молодіжного альянсу із планування сім'ї (IYAFR).

Члени ГОДР, а також радники з прав людини, які брали участь у нарадах з метою забезпечення обліку відповідних прав людини при формулюванні рекомендації, були обрані та запрошені Координаційною групою ВООЗ. Кожна ГОДР в ході 4-5 онлайн нарад, які пройшли у період з березня 2020 року до березня 2021 року, виконала ретельний огляд літератури, сформулювала та погодила проекти рекомендацій. Перед кожною нарадою членам ГОДР надсилалися вихідні документи – механізми EtD та проекти рекомендацій. При необхідності проводилися консультації за допомогою електронної пошти, Skype, Microsoft Teams, GoToMeeting та Zoom для забезпечення отримання зауважень та пропозицій від кожного члена ГОДР для кожної теми.

На початку 2021 року Координаційна група ВООЗ запросила представників кожної ГОДР приєднатися до завершальної зустрічі ГРР наприкінці квітня 2021 року. У ході цієї зустрічі проекти рекомендацій від усіх трьох ГОДР було подано до розгляду та доопрацювання. Затверджені члени ДРР, у свою чергу, підтвердили вибір голови ДРР

Координаційною групою ВООЗ. ГРК налічувала 18 членів (14 жінок, 4 чоловіки), які представляли усі шість регіонів ВООЗ та широкий спектр експертних знань. Серед членів ГРР також був представник молоді із IYAFR. Проект повного керівництва, у тому числі проект рекомендацій, був відправлений всім членам ГРР для вивчення до офіційної зустрічі разом з рештою відповідних вихідних документів (механізми EtD). Під час зустрічі члени ГРР вивчили та обговорили докази та проекти рекомендацій, щоб досягти консенсусу щодо достовірності підтримуючих доказів, а також сили та напрямки нових та оновлених рекомендацій (див. Глави 2 та 3). Після наради ГРР її члени також мали можливість вивчити документ керівництва, переглянутий з урахуванням рішень, ухвалених під час наради ГРК.

Група зовнішніх рецензентів (ГЗР)

Координаційна група ВООЗ, відповідно до ГРК, обрала і затвердила членами ГЗР дев'ять технічних експертів та представників зацікавлених сторін, які мають експертні знання за темами рекомендацій, поданих у посібнику. Склад ГЗР був збалансований з погляду географічне представництво; також у членів ГЗР був значних конфліктів інтересів. Після наради ГЗР та подальшого перегляду проекту керівництва документ був поширений серед членів ГЗР. Роль членів ГЗР полягала у наданні коментарів щодо точності, ясності викладу, аспектів впровадження/адаптації, а також презентації керівництва. ГЗР також стежила за тим, щоб у процесі прийняття рішень ДРР враховувала та включала контекстуальні цінності та переваги людей, порушених цими рекомендаціями. Рекомендації у документі, підготовку якого завершила ГРР, не змінилися внаслідок коментарів ГЗР, крім необхідних змін, що стосуються ясності викладу та читабельності керівництва. Усі коментарі членів ГЗР були зібрані відповідальним технічним службовцем та відправлені на розгляд Координаційній групі ВООЗ.

Серйозних фактичних помилок або проблем, що зачіпають будь-які рекомендації або основні розділи керівництва, виявлено не було.

Спостерігачі наради та зовнішні партнери

Відповідно до рекомендацій, викладених у Посібнику ВООЗ з розробки посібників, друге видання (WHO handbook for guideline development, second edition. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714>) для участі у нараді ГРР у квітні 2021 року як спостерігачі були запрошені представники низки відповідних професійних організацій та структур ООН. Спостерігачі не брали участь у прийнятті рішень щодо рекомендацій (див. Додаток 1). Серед запрошених спостерігачами були представники Фонду населення ООН (UNFPA), Королівського коледжу акушерів-гінекологів (RCOG), Міжнародної федерації акушерства та гінекології (FIGO), Міжнародної конфедерації акушерок (ICM) та Міжнародної ради медичних сестер (ICN).

Представники всіх запрошених організацій, окрім ICN, взяли участь у нараді. Крім цього, низку організацій – партнерів ВООЗ/HRP було запрошено до розгляду проекту керівництва перед його поданням до Комітету з оцінки керівництв, зокрема, Ipas, Міжнародна федерація запланованого батьківства (IPPF), організації MSI Reproductive Choices, Pathfinder та Population Services International (PSI).

В. Регулювання декларацій та конфліктів інтересів, а також дотримання конфіденційності

Відповідно до Посібника ВООЗ з розробки керівництв, всім запрошеним членам ГОДР, ГРК, ДСД, ГЗР, а також спостерігачам наради ГРК, представникам організацій-партнерів у впровадженні, які здійснювали оцінку керівництва, та іншим зовнішнім учасникам (напр., консультантам та партнерам) було запропоновано письмово заявити про будь-які конкуруючі інтереси (академічного, фінансового характеру та ін.), що є на момент запрошення до участі в розробці керівництва або в процесі аналізу доказів. Це було зроблено до участі шляхом подання відповідального технічного співробітнику підписаних

форм Декларацій про конфлікт інтересів в електронному вигляді разом із копією біографії. Крім цього, було здійснено пошук інтересів щодо кожного запрошеного члена з метою виявлення будь-яких потенційних конфліктів інтересів, про які не було заявлено. Запрошеним учасникам роз'яснили процес регулювання конфліктів інтересів, включаючи той факт, що члени груп не будуть допущені до участі у нарадах, доки вони не заповнять та не підпишуть форму Декларації про конфлікт інтересів.

Отримані форми Декларації про конфлікт інтересів та біографії учасників було переглянуто відповідальним технічним службовцем відповідно до Посібника ВООЗ з розробки посібників, відповідно до Директора Департаменту СРЗ та за участю Координаційної групи ВООЗ для визначення наявності (і серйозності) конфліктів інтересів, а також для узгодження плану врегулювання такого конфлікту. В одного члена ГОДР виник конфлікт інтересів у процесі розробки керівництва, і ця людина більше не брала участі у нарадах. Інших випадків конфліктів інтересів був (це також зазначено у списках членів ГОДР і ГРК у Додатку 1).

Біографічні дані про всіх членів ГОДР та ГРК, які були оцінені як такі, що не містять значущих конфліктів інтересів (тобто конфліктів, що мали місце до членства в ГРР), були опубліковані з їх згоди на веб-сайті Департаменту СРЗ ВООЗ для публічних коментарів не менше ніж за два тижні до початку відповідних нарад (2020 року – для ГОДР та 2021 року – для ГРК). Члени ГОДР та ГРК були затверджені після завершення цього процесу. Усі експерти ГОДР, ГРК та ГЗР після підтвердження допустимості їхньої участі були поінформовані про необхідність повідомити відповідального технічного службовця про будь-які зміни у відповідних інтересах у процесі розробки керівництва. На початку кожної наради члени ГОДР та ГРК мали можливість усно підтвердити, розширити чи змінити будь-які заявлені інтереси, щоб повідомити про них колег по групі з розробки посібників та інших присутніх. Їм була надана така сама можливість зробити це письмово до подачі коментарів щодо проектів керівництва.

І нарешті, слід зазначити, що всіх членів ГОДР, ГРК, ГЗР, ДСД та всіх методистів керівництва попросили підписати угоду про конфіденційність щодо процесу розробки керівництва та його результатів. Крім цього, всі отримані електронні та паперові копії підписаних форм Декларацій про конфлікт інтересів та біографічних даних були надійно збережені відповідальним технічний службовець для забезпечення конфіденційності.

С. Тематичне охоплення керівництва: визначення тематики та цікавих наслідків

У вересні 2018 року з метою запуску процесу оновлення керівництва ВООЗ з безпечних абортів було проведено онлайн-опитування. Завданнями цього опитування були (і) визначити відповідні області, які вимагають оновлення, або нові області, які необхідно включити до керівництва, та (ii) отримати пропозиції про те, як зробити посібник більш зручним для користувача. Внаслідок поширення опитування по різних каналах у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я було отримано 122 відповіді.

Після цього в період з листопада 2018 року до червня 2019 року були проведені зустрічі з метою визначення тем посібника для кожної з трьох категорій («Клінічні послуги», «Надання послуг» та «Законодавство та політика») за участю різних експертів. Метою цих зустрічей було визначення ключових тем, що вимагають формулювання ключових питань у форматі «РІСО» (Р - популяція, І - втручання, С - порівняння, О - результат) та формулювання та обговорення цих питань. Координаційна група ВООЗ та члени ГОДР у подальшому електронному листуванні проаналізували питання РІСО для кожної категорії, внесли до них необхідні зміни та остаточно доопрацювали. Тематичні області для остаточних питань РІСО у кожній категорії, обрані під час зустрічей за визначенням тем, представлені в Рамці А нижче. Питання РІСО для кожної категорії перераховані в Додатки 8, 9 та 10.

Крім зустрічей з визначення тем керівництва, було проведено три технічні наради для обговорення питань щодо допомоги з переривання вагітності в умовах гуманітарних криз

(вересень 2019 р.), а також проблем молоді, пов'язаних з допомогою з переривання вагітності (квітень 2021 р.) (подальша інформація про ці наради, а також обговорювані проблеми представлені в Рамці В наприкінці цієї програми та у Веб-додатку В: Технічні наради у процесі розробки керівництва).

РАМКА А: Тематичні області за кожною категорією, вибрані для розробки питань РІСО для нових та оновлених рекомендацій

Законодавство та політика	Криміналізація Підходи, що ґрунтуються на обґрунтуваннях Обмеження за терміном гестації Обов'язкові періоди очікування Дозвіл третьої сторони Обмеження категорій медичних працівників, уповноважених надавати послуги переривання вагітності Відмова медичного працівника з міркувань совісті
Клінічні послуги	Резус-ізоімунізація Знеболення при медикаментозному та хірургічному перериванні вагітності та при підготовці шийки матки Підготовка шийки матки перед хірургічним перериванням вагітності Самостійне виконання медикаментозного переривання вагітності (все підзавдання) Медикаментозне переривання вагітності із застосуванням нових методів (схеми, включають летрозол) Медикаментозне ведення вагітності, що не розвивається. Подальша допомога чи додаткові послуги після переривання вагітності
Надання послуг	Медичні працівники, що надають послуги: самостійно, громадські медичні працівники, працівники аптек, фармацевти, фахівці традиційної та допоміжної медицини, медичні сестри, які виконують допоміжні функції, медичні сестри-акушерки, які виконують допоміжні функції, медичні сестри, акушерки, фельдшери/помічники лікарів, лікарі загальної практики, лікарі-фахівці Послуги: • Надання інформації про безпечний аборт • Консультування протягом усього ланцюжка допомоги • Підготовка шийки матки із застосуванням медикаментів та осмотичних дилататорів перед хірургічним перериванням вагітності • Хірургічне переривання вагітності (вакуум-аспірація [ВА] та дилатація та евакуація [D&E]) • Медикаментозне ведення штучного переривання вагітності (всі підзадачі); включаючи самодопомогу)

	• Медикаментозне ведення внутрішньоутробної загибелі плода (ВУГП) • Медикаментозне та хірургічне ведення неповного аборту • Первинне ведення ускладнень, які не загрожують життю • Початок та продовження застосування ін'єкційних контрацептивів (включаючи самостійні ін'єкції) Методи надання послуг: • Моделі роботи на базі громади щодо надання допомоги з переривання вагітності • Допомога з медикаментозного переривання вагітності за допомогою телемедицини • Консультування щодо переривання вагітності, спрямоване на зниження шкоди • Методи соціального маркетингу послуг із переривання вагітності • Самостійний пошук та отримання медикаментів для переривання вагітності онлайн
--	---

D. Огляд доказів та формулювання рекомендацій

Визначення та аналіз пріоритетних питань

Повний перелік питань RICO було затверджено під час подальшої комунікації між Координаційною групою ВООЗ та членами ГОДР після зустрічей з визначення тем для кожної категорії керівництва, описаних у попередньому розділі. Усі питання RICO та відповідна інформація перераховані в Додатки 8, 9 та 10.

Методи систематичного огляду (пошук доказів)

Усі огляди, проведені з метою розробки цього посібника, наведено у Додатку 7. Інформація про те, які методи та стратегії пошуку були використані, міститься в опублікованих систематичних оглядах та пакетах додаткових матеріалів, доступних онлайн. Інформація про Групи синтезу доказів (ГСД) знаходяться на початку цієї програми.

Джерела доказів для цікавих дослідників питань RICO у категорії «Клінічні послуги» та «Надання послуг» включали рандомізовані контрольовані дослідження (РКІ), а також нерандомізовані контрольовані дослідження, дослідження з контролем до і після втручання, дослідження з використанням перерваних тимчасових рядів та когортні дослідження. Від початку роботи над керівництвом до грудня 2020 року було проведено пошук без мовних фільтрів за такими базами даних:

- Глобальні бази даних: ClinicalTrials.gov, база даних Кокранівської бібліотеки, Зведений покажчик літератури з сестринського догляду та суміжної медичної літератури (CINAHL), база даних Excerpta Medica (Embase), POPLINE, PubMed.

- Регіональні бази даних: Африканський Індекс Медікус (AIM), Китайська база даних біомедичної літератури, Глобальний Індекс Медікус, Індекс Медікус для регіону Південно-Східної Азії (IMSEAR), Індекс Медікус для регіону Східного Середземномор'я ВООЗ, Література з наук про здоров'я Латинської Америки та Карибського басейну (LILACS), Індекс Медікус для регіону західної частини Тихого океану.

Крім цього, для виявлення великих поточних чи завершених, але неопублікованих досліджень, які могли б бути актуальними для розробки керівництва, було здійснено пошук по сайтах реєстрації досліджень, а також використано інформацію від експертів у даній галузі. Для вилучення результатів досліджень, відповідних критеріям включення, було використано стандартні форми. Результати було зведено до таблиці «Узагальнені докази»

в оглядах доказів GRADE з використанням онлайн-додатку GRADE (Класифікація оцінки, розробки та визначення ефективності рекомендацій).³

У категорії «Законодавство та політика» пошук проводився переважно у таких базах даних, як Google Scholar, JSTOR, Hein Online та PubMed за період з 2010 по 2021 роки. Для цієї категорії рекомендацій до оглядів поряд з РКІ та іншими видами досліджень були включені аналізи законодавства та політики, регуляторні документи, а також огляди нормативно-правових актів та політичних документів.⁴

Оцінка якості та достовірності доказів для рекомендацій

Відповідно до процедури розробки керівництв ВООЗ, ГРР сформулювала рекомендації, виходячи з якості/достовірності наявних доказів.⁵ У розробці рекомендацій ВООЗ застосовує підхід Класифікації оцінки, розробки та визначення ефективності рекомендацій (GRADE), який визначає якість/достовірність доказів як ступінь упевненості в тому, що прогнозований результат (бажаний чи небажаний), про який повідомляють докази, близький до реального цікавить дослідників результату.⁶

Підхід GRADE виділяє чотири рівні достовірності доказів, які слід інтерпретувати таким чином:

- **Висока** – Ми твердо впевнені, що ефект втручання у реальності близький до прогнозованого результату.

- **Середня** – Наша впевненість у прогнозованому результаті середня: реальний результат, швидше всього, буде близький до прогнозованого, але є можливість значної різниці.

- **Низька** – У нас обмежена впевненість у прогнозованому результаті: насправді результат може значно відрізнятись від прогнозованого.

- **Дуже низька** – У нас дуже слабка впевненість у прогнозованому результаті: велика ймовірність того, що насправді результат значно відрізнятиметься від прогнозованого.

Вихідною точкою при оцінці доказів вважається, що якість доказів, отриманих з РКІ, «висока», тоді як якість доказів, отриманих з нерандомізованих та обсерваційних досліджень, «низька». Така вихідна оцінка якості може бути знижена через обмежень дизайну дослідження (ризик усунення – оцінюється з використанням критеріїв у шести категоріях, перерахованих у Кокранівському посібнику з систематичних оглядів втручань)⁷, непослідовності, неточності, непрямоті та упередженості публікацій. Що стосується обсерваційних досліджень, інші міркування, наприклад, масштаб впливу, можуть призвести до підвищення оцінки докази за відсутності обмежень, які вимагають зниження оцінки. Члени ДСД та методисти керівництва виконали класифікацію доказів огляду відповідно до стандартними операційними процедурами, схваленими Координаційною групою ВООЗ.

Підхід до оцінки якості кількісних даних GRADE застосовувався до всіх важливих результатів, визначених у питаннях PICO;⁸ для кожного кількісного результату в кожному питанні PICO були підготовлені паспорти доказів GRADE (таблиці GRADE); таблиці GRADE представлені у додаткових матеріалах онлайн.

Що стосується категорії «Законодавство та політика», у Посібнику з безпечного абортів 2012 р. вже була зведена рекомендація, яка зверталася до цих проблем та відповідних втручаннях та теми, вибрані в процесі визначення тематики цього оновленого керівництва (див. Рамку А), впливають із цієї рекомендації. Однак, стандартизований підхід до оцінки якості або достовірності доказів, що стосуються законодавства та політики про аборти із застосуванням аналізу, заснованого на правах людини, не існувало.⁹ Тому було розроблено інноваційний підхід до оцінки доказів, який ефективно поєднав у собі захист та реалізацію прав людини як компонент медичних результатів та аналізу, з урахуванням кількох важливих факторів та їх потенційного взаємодії.¹⁰ Це відповідає нормам та цінностям ВООЗ, і, отже, лежить у основу застосування інтегрованих доказів у механізмі «Від доказів – до рішень» (EtD).

Наслідки, що цікавлять дослідників, у категорії «Законодавство і політика» спиралися на концептуальні рамки та правовий аналіз, виконаний членами ДСД в Університеті Темпл (див. Розділ А). Група проаналізувала різні втручання та пов'язані з ними системи та обрала емпіричні дослідження, що оцінювали вплив законів та політик на охорону здоров'я. В аналізі приділялася особлива увага контролю за проведеною політикою, розвитку технологій та методів юридичної оцінки, навчання методів контролю за реалізацією політики, а також обміну достовірними науковими даними з дослідниками, особами, відповідальними за формування політики, та громадськістю, щоб створити підстави для законів, які сприяють покращенню здоров'я. Потім команда розробила причинно-наслідкові логічні моделі для правових заходів, що стосуються переривання вагітності, щоб продемонструвати ймовірні траєкторії від впровадження обмеження до медичних та соціально-економічних наслідків. На третьому етапі моделі використовувалися як орієнтири під час проведення повторного швидкого перегляду літератури для виявлення неюридичних досліджень, які відповідають на запитання, чи справді мають місце моделюються процеси та результати, яка їх частота і тяжкість і які наслідки.

Ці докази, у свою чергу, сприяли формулюванню ймовірних причинно-наслідкових зв'язків для практичного використання у розробці політики та керівництва. Метод вибору даних для емпіричної оцінки законодавства (IDEAL) спрямовано створення об'єктивної основи для того, щоб сформулювати, які фактори та наслідки викликані впровадженням конкретних заборон, що стосуються переривання вагітності. Це допомагає виявити незадіяні наукові дані, які можуть бути використані як об'єктивна основа для прогнозування ймовірного ефекту законодавства.¹¹

Кількісні дані, отримані з усіх типів досліджень та документів, зазнали оцінки щодо їх точності, прямої і масштабу ефекту, а якісні дані – щодо їх Достатність, після чого дані були внесені в таблицю EtD. На підставі таблиці доказів було сформовано комплексну Таблицю аналізу прав людини, де було перераховано стандарти прав людини щодо певних втручань. Внаслідок цього була розроблена Таблиця «Докази і права людини», впорядкована за результатами, що цікавлять дослідників. Повне опис методів можна знайти у роботі de Londras et al. (2021).¹²

Формулювання рекомендацій та визначення сили рекомендацій

Координаційна група BOOЗ здійснювала нагляд та остаточну підготовку узагальнених доказів, включаючи таблиці GRADE та Зведені таблиці результатів для кожного питання PICO. Структура узагальнених доказів у категоріях «Клінічні послуги» та «Надання послуг» відповідала структурі нового механізму «Від доказів – до рішень» (EtD), відомого також як система WHO-INTEGRATE. Це нова система ширша і краще пристосована для втручань лише на рівні систем охорони здоров'я. У системі WHO-INTEGRATE існує шість предметних критеріїв: баланс користі та шкоди для здоров'я; права людини та соціокультурна прийнятність; рівність, відсутність дискримінації та справедливості у охороні здоров'я; наслідки для суспільства; фінансові та економічні міркування; а також практична здійсненність та аспекти системи охорони здоров'я. Якість даних (тобто, тип, розмір та обмеження доступних досліджень, використаних як докази) служило додатковим мета-критерієм.

Система WHO-INTEGRATE припускає, що деякі втручання можуть бути складними та складатися з багатьох компонентів, що продуктивно або непродуктивно взаємодіють між собою, ефекти втручань можуть бути нелінійними або залежати від контексту. Ця система краще пристосована для формулювання рекомендацій у категорії «Законодавство та політика», а також у категоріях «Клінічні послуги» та «Надання послуг», що дає можливість користувачам керівництва приймати поінформовані рішення щодо всіх втручань. Цінності результатів та переваги жінок, порушених рекомендаціями, також обов'язково враховуються в процесі формулювання рекомендацій у всіх трьох категоріях Члени ГОДР та ГРР сформулювали нові та оновлені рекомендації з урахуванням цінностей та переваг

жінок, поряд з іншими критеріями системи WHO-INTEGRATE, і класифікували їх як сильні (рекомендується) або слабкі («пропонується»; для застосування за певних умов) рекомендації на користь втручання або як сильні рекомендації проти втручання/на користь порівняння.

Рекомендації вважалися «новими» (це зазначено у таблиці наприкінці розділу Основні положення та в Розділі 3), якщо рекомендації з цієї теми або для даного втручання та визначеної Населення у більш ранній версії керівництва ВООЗ не існувало. Зокрема, слід зазначити, що в Посібнику з безпечного абортів 2012 року було надано зведену рекомендацію щодо законодавства та політики; у цьому посібнику ця рекомендація була поділена на сім окремих рекомендацій, але вони не вважаються «новими» (тобто, рекомендації 1, 2, 3, 6, 7, 21, 22).

Е. Прийняття рішень Групою з розробки посібників (ГРП) в ході розробки керівництва

Нарада ГРП відбулася у квітні 2022 року з метою перегляду, внесення змін та остаточної доопрацювання проекту рекомендацій у всіх трьох категоріях, підготовлених ГОДР, як було описано вище. Прийняття рішень ґрунтувалося на результатах обговорення синтезованих доказів із застосуванням системи DECIDE.¹³ Остаточне прийняття кожної рекомендації відбувалося переважно через досягнення консенсусу, тобто повної згоди між усіма членами ГРП, якщо таке можливе. В одному випадку, коли досягти консенсусу не вдалося, було застосовано голосування. Більшістю голосів було прийнято рішення зберегти опис та подання схем медикаментозного переривання вагітності як у попередньому посібнику. Співробітники ВООЗ, присутні на нараді, члени ДСД, методисти та спостерігачі не допускалися до голосування.

Ф. Складання, перегляд та презентація інформаційного наповнення керівництва

Відповідальний технічний службовець ВООЗ очолив написання керівництва зовнішніми авторами / консультантами за значної участі членів ДСД, методистів керівництва та інших членів Координаційна група ВООЗ. До проведення наради ГРП було підготовлено перший проект повного документа керівництва. Методисти керівництва підготували узагальнені докази GRADE, а Координаційна група ВООЗ підготувала відповідні механізми «Від доказів – до рішень» (EtD). Повний проект керівництва та ці додаткові матеріали були надіслані в електронному вигляді всім членам ГРП (див. Додаток 1) за два тижні до наради ГРП, яка відбулася в останній тиждень квітня 2021 року. Після зустрічі ГРП до проекту керівництва було внесено зміни, що відображають дискусії та рішення членів ГРП щодо рекомендацій, а також їхні коментарі щодо проекту керівництва. Після цього проект керівництва зі змінами було надіслано електронною поштою всім членам ГРП для коментування протягом наступних двох тижнів. Паралельно проект керівництва був наданий для коментарів усім членам Групи зовнішніх рецензентів (ГВР), спостерігачам наради ГРП, а також представникам організацій – партнерів у впровадженні (див. розділ А та Додаток 1), які не брали участь у процесі розробки керівництва.

Далі Координаційна група ретельно розглянула письмові речення всіх рецензентів (отримані електронною поштою та у вигляді прямих коментарів / редагування проекту документа) щодо необхідності їх включення в остаточний варіант керівництва. Виправлена версія було переглянуто директором Департаменту СРЗ ВООЗ та відредаговано для ясності викладу. Остаточний варіант було надано до розгляду на зустрічі Експертного комітету з питань рекомендацій (ЕКР) ВООЗ та отримав повне схвалення ЕКР у серпні 2021 року після того, як були виконано деякі необхідні коригування.

Докази, отримані із систематичних оглядів на підтримку нових та оновлених рекомендацій, були зведені в таблиці EtD, сформувавши доказову базу ефективності, на підставі якої розроблялися нові рекомендації у цьому посібнику. Ці таблиці EtD

представлені окремо трьома наборами додаткових матеріалів та доступні онлайн за посиланням <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>:

- Додатковий матеріал 1: Таблиці «Від доказів – до рішень» для рекомендацій категорії «Законодавство та політика».
- Додатковий матеріал 2: Таблиці «Від доказів – до рішень» для рекомендацій категорії «Клінічні послуги»
- Додатковий матеріал 3: Таблиці «Від доказів – до рішень» для рекомендацій та повідомлень про передові практики категорії «Надання послуг».

РАМКА В: КЛЮЧОВІ НАРАДИ, ПРОВЕДЕНІ В ПРОЦЕСІ РОЗРОБКИ КЕРІВНИЦТВА (У ЖЕНЕВІ, ШВЕЙЦАРІЯ АБО ОНЛАЙН)

Наради щодо визначення тематики керівництва: листопад 2018 р. – червень 2019 р.

Для кожної з трьох категорій рекомендацій цього керівництва проводилися дводенні наради, під час яких зовнішні експерти з тематичних областей та методології керівництва (див. Додаток 1) обирали пріоритетні теми та визначали області, що вимагають розробки нових або оновлення існуючих рекомендацій чи повідомлень про передові практики.

- **Категорія «Законодавство та політика»:** Женева, листопад 2018 р. Під час цієї зустрічі пройшло обговорення та вироблення нових підходів до розробки посібників в області (1) законодавства та політики про аборт, та (2) інтегрування прав людини.
- **Категорія «Клінічні послуги»:** віртуальна зустріч, грудень 2018 р.
- **Категорія «Надання послуг»:** Женева, червень 2019 р.

Технічні наради:

(1) Аспекти впровадження допомоги з переривання вагітності в умовах гуманітарних криз:

Дводенну технічну нараду було проведено у Женеві у червні 2019 року. У нараді взяли участь близько 20 експертів у галузі гуманітарної допомоги, конфліктних ситуацій, допомоги з переривання вагітності та прав людини (у тому числі три представники молоді), а також 20 представників Секретаріату ВООЗ. Учасники-експерти представляли десять країн регіонів Африки, Східного Середземномор'я, Європи та Північної Америки. Під час наради учасники визначили бар'єри та фактори, що сприяють впровадженню безпечного переривання вагітності в умовах гуманітарних криз / надзвичайних ситуацій. Серед найпоширеніших бар'єрів були названі: стигма, роль соціальних норм та цінностей, відсутність клінічних навичок та знань, а також передбачувані правові бар'єри. Наступні практики сприяють впровадженню якісної допомоги з переривання вагітності за таких умов: робота з ключовими зацікавленими сторонами (зокрема, з лідерами громад та релігійними лідерами), розробка конкретної стратегії впровадження з визначенням можливих точок входу, а також забезпечення збору даних та моніторингу. Подальша інформація міститься у Веб-додатку В: Технічні наради у процесі розроблення керівництва.

(2) Глобальні цінності та переваги, пов'язані з перериванням вагітності:

В жовтні-листопаді 2018 р. було підготовлено та поширено онлайн опитування. У вересні 2019 року було скликано дводенну технічну нараду із залученням широкого кола зацікавлених сторін, включаючи 19 учасників-представників 15 різних організацій / країн (зокрема трьох представників молоді) та 8 членів Секретаріату ВООЗ. Вперше було проведено зустріч, темою якої було виключно обговорення того, що означають «цінності та переваги» щодо переривання вагітності. До кінця зустрічі інформація, отримана

внаслідок бурхливих обговорень, склала основу для обговорення цінностей та переваг жінок – одного з ключових критеріїв формулювання рекомендацій – у процесі розробки керівництва. Подальша інформація, в тому числа резюме результатів огляду літератури, міститься у Веб-додатку В: Технічні наради в процесі розроблення керівництва.

(3) Проблеми молоді щодо допомоги з переривання вагітності:

На всіх зустрічах по визначення тематики керівництва та технічних нарад у рамках розробки цього керівництва, згаданих у цій рамці, були присутні представники Міжнародного молодіжного альянсу з планування сім'ї (IYAAP), представляючи думку молоді. Один представник IYAAP також брав участь у всіх нарадах ГОДР, а ще один – у остаточній зустрічі ГРР. Крім цього, у квітні 2021 року було проведено онлайн спеціальну дводенну нараду, в якій взяли участь 16 членів Цільової групи «Молодь за аборти» IYAAP, яка була сформована IYAAP з метою надання підтримки та надання інформації в процесі розробки керівництва, а також 4 співробітника ВООЗ з Відділу запобігання небезпечним абортам (ПНА) Департаменту сексуального та репродуктивного здоров'я та досліджень ВООЗ. Серед учасників були молоді (віком до 30 років) люди, які демонструють лідерські якості в галузі сексуального та репродуктивного здоров'я та прав підлітків, які репрезентували 13 країн різних регіонів ВООЗ. Учасники наради обговорювали три основні теми: цінності та переваги молоді, пов'язані з послугами з переривання вагітності, усунення бар'єрів та стигми, пов'язаної з перериванням вагітності, а також масштабування ефективних практик та втручань. Серед ключових питань, що обговорювалися, були елементи сприятливого середовища та значну участь молоді. Члени IYAAP працюють над програмним документом, який стане основним результатом цієї зустрічі. Подальша інформація міститься у Веб-додатку В: Технічні наради у процесі розробки керівництва.

Наради Групи оцінки доказів та рекомендацій (ГОДР): березень 2020 р. - березень 2021 р.

Усі наради ГОДР (по 4-5 зустрічей для кожної з трьох категорій) проходили онлайн, кожна тривалістю близько двох днів. Усі зустрічі були проведені відповідальним технічним службовцем ВООЗ чи іншими представниками Координаційного комітету ВООЗ. Під час цих нарад члени Групи синтезу доказів представили свої систематичні огляди літератури, а члени ГОДР (див. розділ А та Додаток 1), після обговорення та аналізу доказів, сформулювали проекти рекомендацій, аспекти впровадження та повідомлення про передові практики для подальшого розгляду, внесення поправок та остаточного доопрацювання членами ГРК.

- Категорія «Клінічні послуги»: березень 2020, травень 2020, червень 2020, вересень 2020, лютий 2021 р.
- Категорія «Надання послуг»: попередня зустріч ГОДР – червень 2020 р., жовтень 2020 р., січень 2021 р., початок березня 2021 р., кінець березня 2021 р.
- Категорія «Законодавство та політика»: березень – квітень 2020 р., червень 2020 р. серпень – вересень 2020, березень 2021.

Нарада Групи з розробки керівництва (ГРР)

Онлайн, 27 – 30 квітня 2021 року. Під час зустрічі ГРР члени групи розглянули, обговорили та внесли поправки та остаточно доопрацювали проекти рекомендацій, аспекти впровадження та повідомлення про передових практик у всіх трьох категоріях.

Нарада Експертного комітету з рекомендацій (ЕКР) ВООЗ: 7 липня 2021 р.

Додаток 5. Категорії та ролі медичних працівників

Категорії медичних працівників, які розглядаються в цьому посібнику, описані в таблиці нижче. Описи були адаптовані з метою цього посібника та достатньо узагальнені для застосування в будь-яких умовах. Ці описи орієнтовні та ілюстративні та не покликані замінити собою офіційні визначення професійних органів чи посад, що використовуються у певних країнах.

Широка категорія	Опис кваліфікаційних вимог та завдань з метою даного керівництва	Приклади інших назв медичних працівників даної категорії (деякі приклади можуть використовуватись тільки в країновому або регіональному контексті)
Громадські медичні працівники	Особи, які виконують функції, пов'язані з наданням медичної допомоги /інформації, що пройшли деяку підготовку в контексті даного завдання, але не мають офіційного професійного або напівпрофесійного сертифіката або вищої освіти.	Непрофесійний медичний працівник, сільський медичний працівник, жінкаобщинний медичний волонтер, кваліфікована повитуха, навчений співробітник «лінії допомоги», особа, супроводжуючу жінку на аборт, консультант гарячої лінії
Співробітники аптек	Техніки та асистенти, що виконують ряд завдань, пов'язаних з видачею медичних товарів під проводом фармацевта. Вони займаються обліком, підготовкою та зберіганням медикаментів, інших фармацевтичних складових та матеріалів, а також можуть видавати ліки та препарати клієнтам, інструктуючи їх з питань застосування медикаментів згідно з приписом медичних фахівців. Зазвичай техніки проходять дво- чи трирічне навчання у школі фармацевтів, отримуючи диплом, не еквівалентний диплому про вищу освіту. Помічники зазвичай також проходять дво- або трирічне	Аптечний асистент, аптечний працівник з видачі препаратів, помічник фармацевта, помічник з видачі препаратів

	навчання в середній школі з наступним періодом навчання на робочому місці або стажування.	
Фармацевти	Медичний спеціаліст, який видає медичні товари. Фармацевт може проконсультувати з питань правильного використання та побічних ефектів препаратів та медикаментів, слідуючи призначенням лікарів/медичних фахівців. Освіта фармацевтів включає підготовку університетського рівня з теоретичної та практичної фармакології, фармацевтичної хімії або у суміжних областях.	Хімік, клінічний фармацевт, общинний фармацевт
Фахівці традиційної та допоміжної медицини	Фахівець традиційної та допоміжної медичних систем (лікар-неаллопат), підготовка якого складається з чотирьох-або п'ятирічного навчання в університеті таким предметів, крім їх систем медицини, як анатомія та фізіологія людини, ведення нормальних пологів та фармакологія сучасних лікарських засобів, що застосовуються в акушерстві та гінекології. З метою даного керівництва цю категорію лікарів включено з посиланням на надання допомоги з переривання вагітності у межах звичайної медичної практики.	Лікар Аюш, лікар Аюрведа, лікар допоміжних систем медицини, лікар-неаллопат
Медичні сестри / медичні сестри-акушерки, які виконують допоміжні функції акушерки, але не мають повної кваліфікації акушерки.	Медична сестра, яка виконує допоміжні функції – це медичний працівник, який пройшов підготовку за сестринською кваліфікацією, але не з прийняття рішень медична сестра. Медична сестра-акушерка, яка виконує допоміжні функції, володіє базовими сестринськими навичками та деякими компетенціями Підготовка медичних працівників цієї категорії триває від кількох місяців до трьох років. Сюди може входити період навчання робочому місці, іноді оформлений як стажування.	Медсестра, яка виконує допоміжні функції, акушерка, що виконує допоміжні функції, патронажний медичний працівник із забезпечення благополуччя сім'ї
Медична сестра	Медичний працівник, який одержав легальний дозвіл (реєстрацію) практикувати після складання іспитів державної експертної комісії медичних сестер або	Дипломована медсестра, клінічна медсестра, ліцензована медсестра,

	аналогічного регуляторного органу. Освіта включає три роки і довше навчання школі медсестер з отриманням диплома про вищу або післядипломну освіту або еквівалент.	бакалавр сестринських наук
Акушерка	Медичний працівник, зареєстрований у державній службі акушерок або аналогічному регуляторному органі, який пройшов підготовку з основних компетенцій акушерської практики. Навчання зазвичай триває три роки або довше у школі медсестер або акушерок, з отриманням диплома про університетську освіту чи еквівалент. Дипломована акушерка має повний спектр акушерських навичок, у тому числі навичками переривання вагітності.	Дипломована акушерка, общинна
Фельдшер та помічник лікаря	Професійний клініцист, який має базові навички діагностики та ведення поширених медичних та хірургічних станів, а також виконання деяких хірургічних втручань. Навчання зазвичай триває три чи чотири роки після закінчення середньої школи у відповідному вищому навчальному закладі. Клініцисти цієї категорії реєструються національним чи субнаціональним регуляторним органом, який також регламентує їхню практику.	Помічник лікаря, фельдшер, лікар-ліцензіат, санітарний лікар, асистент лікаря, фельдшерський персонал хірургічних відділень, медперсонал середньої ланки, медичний помічник
Лікар загальної практики	Лікар, який має університетський диплом про базову вищу освіту в області медицини, але без спеціалізації в акушерстві та гінекології.	Сімейний лікар, лікар загальної практики, терапевт
Лікар-фахівець	Лікар, який отримав післядипломну клінічну підготовку та спеціалізацію в акушерстві та гінекології.	Гінеколог, акушер-гінеколог

Джерело: адаптовано з незначними змінами з Керівництва ВООЗ (2015) (18), у тому числі з оновленням назв деяких категорій медичних працівників відповідно до сучасної кращої термінології ВООЗ, представленої у Міжнародному стандартному класифікаторі професій (ISCO), Частина III: Визначення основних груп, підосновних груп, незначних груп та осередків, з оновленнями від 21 червня 2016 р.

Додаток 6. Моніторинг та оцінка якості допомоги по переривання вагітності: вибір індикаторів

Методи та попередні результати

Для досягнення консенсусу про те, які індикатори слід використовувати для ефективного документування прогресу як допомогу з переривання вагітності на програмному та країновому рівні, були проведені аналітичний огляд та численні експертні консультації з залученням дослідників Лондонської школи гігієни та тропічної медицини (LSHTM) та ВООЗ.

Аналітичний огляд: В результаті аналітичного огляду було сформульовано зведені індикатори та показники щодо допомоги з переривання вагітності, згадані у науковій літературі та матеріалах, знайдених на веб-сайтах великих неурядових організацій за десятирічний період з 2008 по 2018 рр. Всього на предмет індикаторів було переглянуто 1999 рефератів та 7 додаткових документів на цю тему. У результаті в 142 документах було знайдено 792 індикатори. Результати аналітичного огляду були нещодавно опубліковані у BMJ Global Health; із 792 індикаторами, внесеними в таблицю з можливістю пошуку можна ознайомитися в додаткових матеріалах до публікації.¹

Консультаційні зустрічі: Під час первісної (віртуальної) консультаційної зустрічі, що відбулася у червні 2020 року, були представлені множинні набори індикаторів, які можна використовувати для моніторингу на глобальному та програмному рівнях. Ці набори індикаторів включали піднабір з 17 основних індикаторів, вибраних з індикаторів, виявлених у ході аналітичного огляду, а також з індикаторів моніторингу допомоги з переривання вагітності, використовуються ініціативами в галузі оцінки, які в тій чи іншій мірі впроваджуються Спеціальною програмою досліджень, розробок та навчання дослідженням у галузі репродукції людини ПРООН-UNFPA-UNICEF-ВООЗ-Світового банку (HRP), Регіональним бюро ВООЗ для країн Африки, Ініціативою з материнської смертності (Департаменту сексуального та репродуктивного здоров'я та досліджень ВООЗ), а також Ibis Reproductive Health. Всього на консультаційній зустрічі було запропоновано 52 унікальні індикатори. Також учасникам зустрічі було представлено Механізм моніторингу та оцінки зміцнення систем охорони здоров'я ВООЗ як можлива структура для моніторингу та оцінки (МІО) якості допомоги з переривання вагітності.

Консолідація: Під час етапу консолідації команда дослідників Лондонської школи гігієни та тропічної медицини та ВООЗ виділила 29 з 52 індикаторів, видаливши дублюючі один одного індикатори. Як основні критерії оцінки використовувалися (i) актуальність індикатора для механізму моніторингу та оцінки зміцнення систем охорони здоров'я; та (ii) доцільність для МІО. Було додано шість індикаторів для тих категорій механізму моніторингу та оцінки зміцнення систем охорони здоров'я, де раніше не було запропоновано відповідних індикаторів (наприклад, соціальний захист та інфраструктура), а також з метою узгодження системи моніторингу та оцінки цільовими показниками Цілей сталого розвитку (ЦУР) у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я та прав. Джерелами цих шести додаткових індикаторів стали первинний перелік індикаторів, отриманих з аналітичного огляду,¹ індикатори якості допомоги в області репродуктивного здоров'я Ibis,² а також індикатори відповідної допомоги Департаменту здоров'я матерів, новонароджених, дітей та підлітків (МСА) ВООЗ.³

Онлайн консультація: Під час онлайн консультації у березні 2021 року експертам з вимірювання показників та МІО допомоги з переривання вагітності було запропоновано прокоментувати щодо (i) актуальності Механізму моніторингу та оцінки зміцнення систем охорони здоров'я ВООЗ для програм переривання вагітності; (ii) обґрунтованості,

доцільності, значущості та чутливості до змін кожного із запропонованих індикаторів, та (iii) пропозицій альтернативних індикаторів. Двадцять два (із 27) запрошених експерти проаналізували 29 зведених індикаторів під час онлайн-консультації. Ці 29 індикаторів були віднесені до різних областей Механізму моніторингу та оцінки зміцнення систем охорони здоров'я: управління (5), фінансування (1), інфраструктура (1), інформаційна система (1), медичні кадри (1), доступність втручань та готовність до надання послуг (5), якість та безпека втручань (5), охоплення втручань (1), поширеність ризикованої поведінки та фактори ризику (1), покращення стану здоров'я та рівності (4), оперативність реагування (2) та соціальний захист (2).

Подальші кроки

На сьогодні основна команда дослідників Лондонської школи гігієни та тропічної медицини та ВООЗ завершують підготовку списку індикаторів після аналізу коментарів, зібраних під час онлайн консультації, з урахуванням того, що список індикаторів вимагатиме періодичної оцінки на предмет посилення та підтримки їх практичної користі та доцільності. Звіт буде опубліковано у належні строки.

Додаток 7. Систематичні огляди та посилання на питання PICO та рекомендації

Тематична область	Назва та автори огляду (а також бібліографічні дані, якщо публікувався)	Номери відповідних питань PICO, перерахованих у додатках	Номери відповідних рекомендацій, представлених в основному документі
I. Вибрані теми для розробки нових або оновлення існуючих рекомендацій			
Теми категорії «Законодавство та політика» З таблицями «Від доказів – до рішень» (EtD) можна ознайомитись у Додатковому матеріалі 1 (Додатковий матеріал ¹ , доступний за посиланням: https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483)	Усі огляди, проведені Групою синтезу доказів для категорії «Законодавство та політика» з метою розробки цього посібника 2	Див. додаток 8	
Криміналізація ³ (Ці перші три рекомендації представлені у Главі 2. Інші представлені у Главі 3)	Вплив криміналізації абортів на наслідки, пов'язані з перериванням вагітності	1	1
Підходи на основі обґрунтування	Вплив обґрунтувань для переривання вагітності на наслідки, пов'язані з перериванням вагітності	2	2
Обмеження за терміном гестації	Вплив обмежень за терміном гестації на результати, пов'язані з перериванням вагітності	3	3

Обов'язкові періоди вичікування	Вплив обов'язкових періодів очікування на результати, пов'язані з перериванням вагітності	4	6
Дозвіл третьої сторони	Вплив вимоги дозволу третьої сторони на результати, пов'язані з перериванням вагітності	5,6,7,8,9	7
Обмеження категорій медичних працівників, яким дозволено надавати допомогу по переривання вагітності	Вплив обмежень категорій постачальників допомоги, пов'язаних з перериванням вагітності	10	21
Відмова з міркувань совісті	Вплив відмови з міркувань совісті на результати, пов'язані з перериванням вагітності	11	22
Теми категорії «Клінічні послуги» З таблицями «Від доказів – до рішень» (EtD) можна ознайомитись у Додатковому матеріалі 2 (Додатковий матеріал 2, доступний за посиланням: https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483)	Усі огляди, проведені Групою синтезу доказів для категорії «Клінічні послуги» з метою розробки цього посібника	Див. додаток 9	
Резус-імунізація	Новий систематичний огляд:	1	8

	Chan M, Gill R, Kim C. Діяльність routine anti-D administration among unsensitized Rh negative individuals who have an abortion. BMJ Sex Reprod Health. 2021 (у друку).		
Знеболення при хірургічному перериванні вагітності	Оновлений огляд Кокранівської групи з регулювання народжуваності (CFR): Renner R-M, Edelman A, McKercher AE, Jensen JTJ, Nichols MDN. Pain control in first trimester surgical abortion. 2020 (очікується) New systematic review: DePiñeres T. Pain management regimens для послідовного аналізу > 14 weeks gestation. 2020 (unpublished)	2, 3	11 & 12 13 & 14
Знеболення при медикаментозному перериванні вагітності	Новий огляд групи CFR: Reynolds-Wright JJ, Woldetsadik MA, Morroni C,	4, 5	15

	Cameron S. Pain management for medical abortion before 14 weeks' gestation. 2020 (очікується) Korotkaya Y, Kim C. Pain control in second-trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. 2019 (не опублікований)		
Підготовка шийки матки перед хірургічним перериванням вагітності на термінах < 12 тижнів	Оновлений огляд групи CFR: Kapp N, Nguyen A, Atrio J, Lohr P. Cervical preparation for surgical abortion less than 14 weeks. 2020 (очікується)	6a	17
Підготовка шийки матки перед хірургічним перериванням вагітності на термінах ≥ 12 тижнів	Оновлений огляд групи CFR: Newmann SJ, Tufa T, Drey E, Meckstroth K, Diedrich JT. Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation. 2019 (очікується)	6b,7,8,9	18
Інші медикаментозні методи штучного переривання вагітності	Новий систематичний огляд: Tolu L,	10,11,12	27с

	Kim C. The efficacy, safety, and acceptability of alternative methods of medication abortion to the routine mifepristone and/or misoprostol. 2020 (рукопис у процесі підготовки)		
Вагітність, що не розвивається терміном < 14 тижнів	Новий систематичний огляд: DePiñeres T. Management options for pregnant individuals with missed abortion < 14 weeks. 2020 (неопублікований)	13,14,15	31
Self-management of medical abortion (eligibility, administration of medications, assessment of outcome)	Новий систематичний огляд: Clark E, Tolu L, Gill R, Kim C. Eligibility and outcome assessment. 2020 (неопублікований) Новий огляд групи CFR: Gambir K, Kim C, Necastro KA, Ganatra B, Ngo TD. Self-administered versus provider-administered medical abortion.	16	50 (Самопоміч)

	Cochrane Database Syst Rev. 2020; (3): CD013181.		
Теми категорії "Надання послуг" З таблицями «Від доказів – до рішень» (EtD) можна ознайомитись у Додатковому матеріалі 3 ⁵ (Supplementary material 3, available at: https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483)	Усі огляди, проведені Групою синтезу доказів для категорії «Надання послуг» з метою розробки цього посібника	Див. додаток 10	
Надання інформації	Оновлений огляд Cochrane Response (за категорією співробітників аптек): Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception: information provision by pharmacy workers. 2021 (неопублікований)	1	4
Консультування	Оновлений огляд Cochrane Response (за категоріями: спеціалісти традиційної та допоміжної медицини,	2	5

	фармацевти, співробітники аптек та медичні працівники): Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, та ін. Практика здоров'я робітників у забезпеченні сфери здоров'я, а також допоміжний відношення: pre- і post-abortion counselling. 2021 (неопублікований)		
Підготовка шийки матки з застосуванням осмотичних дилататорів чи медикаментів перед хірургічним перериванням вагітності	Оновлений огляд Cochrane Response (за категоріями: спеціалісти традиційної та допоміжної медицини, фельдшери / помічники лікарів, акушерки, медичні сестри або акушерки/медичні сестри-акушерки, виконують допоміжні функції): Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E,	3	19 & 20

	Buckley B, et al. Cervical застосовуючи використання osmotic dilators or medications. 2021 (неопублікований)		
Вакуум-аспірація для всіх показань на терміни < 14 тижнів	Вакуум-аспірація для ведення неповного аборту Оновлений Кокранівський огляд (за категоріями: фахівці традиційної та допоміжної медицини, медсестри-акушерки, які виконують допоміжні функції, медсестри, що виконують допоміжні функції, медичні сестри, акушерки, фельдшери / помічники лікаря): Kim C, Barnard S, MH Park, Ngo TD. Лікарі або мід-рівень проекторів для навчання. Cochrane Database Syst Rev. 2021 (очікується)	4 & 10	24 & 38
Дилатація та евакуація (D&E) для хірургічного переривання вагітності на термін ≥ 14	Новий систематичний огляд (за	5	26

тижнів	категоріями: фахівці традиційної та допоміжної медицини, фельдшери / помічники лікаря, акушерки): Feyssa M, Kim C. Systematic review on effectiveness, safety and acceptability of second trimester abortion by midlevel providers. 2021 (неопублікован ий)		
Медикаментозне переривання вагітності на термін < 12 тижнів (оцінка допустимості, прийом медикаментів, оцінка результату)	Оновлений Кокранівський огляд (за категоріями: фахівці традиційної та допоміжної медицини, медсестри- акушерки / медсестри, що виконують допоміжні функції, акушерки, медичні сестри, фельдшери / помічники лікаря): Kim C, Barnard S, MH Park, Ngo TD. Лікарі або мід-рівень проекторів для навчання. Cochrane Database Syst Rev. 2021 (очікується)	6	28

	Новий огляд Cochrane Response (за категоріями: фармацевти, співробітники аптек, общинні медичні працівники): Villanueva G, Cogo E, Petkovic J, Bergman H, Probyn K, Buckley B, et al. Medical abortion facilitation. 2021 (очікується)		
Медикаментозне переривання вагітності на термін ≥ 12 тижнів	Новий систематичний огляд (за категоріями: фахівці традиційної та допоміжної медицини, фельдшери / помічники лікаря, акушерки, медичні сестри, медсестри, які виконують допоміжні функції): Feyssa M, Kim C. Systematic review on effectiveness, safety and acceptability of second trimester abortion by midlevel providers. 2021 (неопублікован ий)	7	30

Медикаментозне ведення внутрішньоутробної загибелі плода (ВУГП)	Новий огляд Cochrane Response: Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception: медицина management of intrauterine fetal demise (IUFD). 2020 (неопублікований)	8	33
Медикаментозне ведення неповного аборту	Оновлений огляд Cochrane Response: Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception: медицина management of incomplete abortion. 2020 (неопублікований)	9	37
Діагностика та ведення ускладнень, пов'язаних з перериванням вагітності	Оновлений огляд Cochrane Response (за	11	39 та 40

	категоріями: спеціалісти традиційної та допоміжної медицини, фельдшери / помічники лікарів, акушерки, медичні сестри, медсестри / акушерки, що виконують допоміжні функції): Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception: diagnosis and management of abortion related complications. 2021 (неопублікований)		
Введення ін'єкційних засобів контрацепції	Оновлений огляд Cochrane Response (за категоріями: спеціалісти традиційної та допоміжної медицини, фармацевти, співробітники аптек) Villanueva G, Probyn K, Bergman H,	12	46

	Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception: ін'єктивний відношення. 2020 (неопублікований)		
Надання допомоги з медикаментозного переривання вагітності за допомогою телемедицини (повна допомога з переривання вагітності або окремі компоненти)	Оновлений огляд Cochrane Response: Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception: telemedicine. 2020 (неопублікований)	13	48
Общинні моделі надання допомоги по переривання вагітності	Новий систематичний огляд Cochrane Response: Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Health worker roles in providing safe abortion care and post-	14	49 ((повідомлення про передові практики [СПП])

	abortion contraception: Комуніти наодних modelos. 2021 (неопублікован ий)		
Консультації з метою зниження шкоди для осіб, які звертаються за штучним перериванням вагітності	Новий систематичний огляд: Stifani B, Gill R, Kim C. Harm-reduction counselling до зменшення harms of unsafe abortion: a systematic review. 2021 (рукопис на розгляді)	15	49 (СПП)
Робота за допомогою соціального маркетингу з вагітними жінками, які звертаються за штучним перериванням вагітності	Новий систематичний огляд: Abubeker F, Tufa T, Kim C. Impact of social marketing interventions on safe abortion services. 2021 (неопублікован ий)	16	49 (СПП)
Самостійний пошук та придбання медикаментів через онлайн служби для вагітних жінок, які звертаються за штучним перериванням вагітності	Новий систематичний огляд: Abubeker F, Tufa T, Kim C. Здоров'я, ефективність, і придатність до self-sourcing of медичні препарати для введених статей. 2021 (неопублікован ий)	17	49 (СПП)

Самостійне введення ін'єкційних контрацептивів після переривання вагітності	Оновлений огляд Cochrane Response: Villanueva G, Bergman H, Cogo E, Petkovic J, Buckley B, Probyn K, et al. Health робітники ролей в допомозі достовірного сполучення і підпорядкуванню концепції: selfadministration of injectable contraceptives. 2020 (неопублікований)	18	51 (Самопоміч)
II. Теми, не вибрані для проведення нових або оновлення існуючих оглядів, але для яких були оновлено огляди доказів			
Профілактичне призначення антибіотиків	Існуючий огляд: Low N, Mueller M, Van Vliet HAAM, Kapp N. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. Cochrane Database Syst Rev. 2012; (3): CD005217. (Огляд оновлених доказів було проведено у 2021 р.)	Не застосовується	9
Ультразвукове дослідження перед перериванням вагітності	Існуючий огляд: Кулієв Р, К.п.	Не застосовується	10

	Перший і другий-тример асортименту. Contraception, 2011; 83 (1): 30-3. (Огляд оновлених доказів проведено Cochrane Response у квітні 2021 року. р.)		
Хірургічні методи переривання вагітності в першому триместрі	Існуючий огляд: Kulier R, Cheng L, Fekih A, Hofmeyr GJ, Samrana A. Серйозні методи для першого триместер termination of pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2001; (4): CD002900. (Огляд оновлених доказів проведено у квітні 2021 р.)	Не застосовується	23
Медикаментозне ведення штучного переривання вагітності	Існуючий огляд: Abubeker FA, Lavelanet A, Rodriguez MI, Kim C. early first trimester (≤ 63 days) використовуюч и комбінацію з mifepristone and misoprostol or misoprostol alone: a	Не застосовується	27

	systematic review. BMC Womens Health. 2020; 20 (1): 142. Оновлений огляд: Whitehouse K, Brant A, Sporstol Fonhus M, Lavelanet A, Ganatra B, et al. Medical regimens for abortion at 12 weeks and above: a systematic review and meta-analysis. Contracept X. 2020; 2:100037.		29
Медикаментозне ведення ВУГП	Існуючий огляд: Cleeve A, Fønhus MS, Lavelanet A. A systematic review of the effectiveness, safety, and acceptability of medical management of intrauterine fetal death at 14–28 weeks of gestation. Int J Gynaecol Obstet. 2019; 147 (3): 301-12.	Не застосовується	32
Подальша допомога після переривання вагітності	Існуючі огляди: Grossman D, Ellertson C, Grimes DA, Walker D. Routine докладно-погляду після першоїтриместе	Не застосовується	34

	р введений abortion. Obstet Gynecol. 2004;103(4):73 8-45. Grossman D, Grindlay K. Alternatives до ultrasound для наступного після медицини abortion: a systematic review. Contraception. 2011;83(6):504- 10. (Огляд оновлених доказів проведено Cochrane Response у квітні 2021 року. р.)		
III. Теми для рекомендацій, перенесених з попередньої версії посібників або включених до цього посібника без подальшого огляду			
Методи хірургічного переривання вагітності на терміни гестації ≥ 14 тижнів	Перенесено: Lohr PA, Hayes JL, Gemzell- Danielsson K. Surgical versus medical methods for second триместер введений вказівку. Cochrane Database Syst Rev. 2008; (1): CD006714.	Не застосовує ся	25 (Рекоменда ція 5 з Керівництв а ВООЗ, 2012)
Медикаментозне ведення неповного аборту	Перенесено: Kim C, Barnard S, Neilson JP, Hickey M, Vazquez JC, Dou L.	Не застосовує ся	35 36a та 36b (Рекоменда ції 1a та 1b з Керівництв а

	вкомпютації. Cochrane Database Syst Rev. 2017(1); CD007223.		ВООЗ, 2018)
Контрацепція після переривання вагітності	Включено: медичні критерії допустимості (МКД) використання контрацепції (ВООЗ, 2015)	Не застосовує ся	41 (Рекоменда ція з МКД, ВООЗ, 2015)
Час початку контрацепції та хірургічне переривання вагітності	Перенесено: Не застосовується	Не застосовує ся	42 (Рекоменда ція 13 з Керівництв а ВООЗ, 2012)
Час початку контрацепції та медикаментозне переривання вагітності	Перенесено: Kim C, Nguyen AT, Berry-Bibee E, Ermias Y, Gaffield ME, Kapp N. Systemic hormonal contraception initiation after abortion: systematic review and meta-analysis. Contraception. 2021; 103 (5): 291-304. Ermias Y, Berry-Bibee E, Nguyen AT, Curtis K. Post-abortion IUD insertion: a systematic review. 2017 (неопублікован ий)	Не застосовує ся	43 (Рекоменда ції 4a та 4b з Керівництв а Воз, 2018) 44 (Рекоменда ція з Керівництв а ВООЗ, 2015)

Введення та видалення імплантаційних контрацептивів Перев'язування маткових труб	Перенесено: Див. Посібник OptimizeMNH (ВООЗ, 2012)	Не застосовує ся	45 47 (Рекоменда ції з Керівництв а ВООЗ, 2015)
Безрецептурні оральні контрацептиви Безрецептурні засоби екстреної контрацепції Використання презервативів	Включено: Див. Самостійні заходи для здоров'я та благополуччя (ВООЗ, 2021)	Не застосовує ся	52 (Самопоміч) 53 (Самопоміч) 54 (Самопоміч)

Додаток 8. Питання PICO для категорії «Законодавство та політика»

PICO: **P** = населення (population); **I** = втручання (intervention); **C** = порівняння (comparator) (якщо застосовується *); **O** = результат(и) (outcome(s))

¹ * За наявності групи порівняння дані про неї були включені, проте дуже незначна кількість досліджень, в яких повідомляється про політичні заходи, пов'язані з перериванням вагітності, мають якусь групу порівняння.

Регламентування переривання вагітності Криміналізація

PICO 1: Вплив криміналізації (див. Рекомендацію 1)

Питання PICO: Який вплив криміналізації на затримки у наданні послуг з переривання вагітності, продовження вагітності, витрати втрачених можливостей (у тому числі психологічні альтернативні витрати), нелегальні аборти, самостійне переривання вагітності, переадресації до інших медичних працівників, наслідки для робочого навантаження (у тому числі перерозподіл обов'язків персоналу, проблеми з організацією праці, а також на зменшення або збільшення обсягу роботи), витрати системи охорони здоров'я (включаючи прямі витрати системи, а також «уникнення» державної системи охорони здоров'я у бік платних послуг / приватної практики), що відчувається вплив на відносини «медичний працівник – клієнт», стигматизацію медичних працівників (що розглядають застосування втручання), процедури кримінального правосуддя, цькування та переслідування, спеціальні операції проти абортів, наявність кваліфікованих медичних працівників, інформування про підозрюване нелегальне переривання вагітності, для вагітних, які звертаються за перериванням вагітності, а також для медичних працівників, які надають такі послуги?

P: Вагітні, що звертаються за перериванням вагітності; медичні працівники, які надають послуги з переривання вагітності

I: Криміналізація **C:** Ні (дослідження не вимагають вказівки порівняння)

O:² • Відкладене переривання вагітності

- Витрати втрачених можливостей (у тому числі, психологічні альтернативні витрати)
- Нелегальний аборт
- Самостійне переривання вагітності
- Переадресація до іншого постачальника допомоги
- Наслідки для робочого навантаження (у тому числі перерозподіл обов'язків, проблеми з організацією праці, а також зменшення або збільшення обсягу роботи)
- Витрати системи охорони здоров'я (включаючи прямі витрати системи охорони здоров'я та «уникнення» державних систем до платних послуг / приватної практики)
- Відчутний вплив на відносини між медичним працівником та клієнтом
- Стигматизація медичних працівників (що розглядають застосування втручання)
- Процедури кримінального правосуддя
- Травля та переслідування

¹ Подальшу інформацію про результати оглядів, що ґрунтуються на питаннях PICO, перелічених у цьому додатку, див. у Таблицях EtD у Додатковому матеріалі 1.

² Для кожного питання PICO у цьому додатку результати для обох популяцій (вагітних осіб, які звертаються за перериванням вагітності, та медичних працівників, які надають послуги з переривання вагітності) були об'єднані в один список;

Більш детальну інформацію про результати, що цікавлять, для кожного огляду див. у Таблицях EtD у Додатковому матеріалі 1.

- Спеціальні операції проти абортів
- Наявність кваліфікованих медичних працівників
- Інформування про підозрюване нелегальне переривання вагітності

Підходи, базуються на обґрунтуваннях

PICO 2: Вплив підходів, що базуються на обґрунтуваннях (див. Рекомендацію 2)

Питання РІСО: Як вплив підходів, що базуються на обґрунтуваннях (обмежують доступ до надання послуг та/або надання послуг з переривання вагітності за «обґрунтуваннями» або забороняють доступ до обґрунтувань) переривання вагітності на затримки у наданні послуг з переривання вагітності, продовження вагітності, витрати втрачених можливостей (у тому числі психологічні альтернативні витрати), нелегальні аборти, самостійне переривання вагітності, очікувану або випробувану дисгармонію в сім'ї, очікувану або випробувану схильність до міжособистісного насильства до виконання репродуктивної функції, непропорційно тяжкі наслідки, переадресації до інших медичних працівників, наслідки для робочого навантаження (у тому числі перерозподіл обов'язків персоналу, проблеми з організацією праці, а також на зменшення або збільшення обсягу роботи), що відчувається нав'язування чужих принципів або етики, що відчувається вплив на відносини «медичний працівник – клієнт», витрати системи охорони здоров'я (включаючи прямі витрати системи, а також «уникнення» державної системи охорони здоров'я у бік платних послуг / приватної практики), стигматизацію медичних працівників (що розглядають застосування втручання), для вагітних, які звертаються за перериванням вагітності, а також для медичних працівників, які надають такі послуги?

Питання РІСО: Який вплив підходів, що базуються на обґрунтуваннях (обмежують доступ до надання послуг та/або надання послуг з переривання вагітності за «обґрунтуваннями» або забороняють доступ до переривання вагітності) для вагітних осіб, які звертаються за допомогою з переривання вагітності, а також для медичних працівників, які надають такі послуги?

Р: Вагітні, що звертаються за перериванням вагітності; медичні працівники, надають послуги з переривання вагітності

І: Підходи, що базуються на обґрунтуваннях (обмежують доступ до надання послуг та/або надання послуг з переривання вагітності за «обґрунтуваннями» або забороняють доступ до переривання вагітності)

С: Ні (дослідження не вимагають вказівки порівняння)

О: • Затримки у наданні послуг з переривання вагітності

- Продовження вагітності
- Недоліки упущених можливостей (у тому числі психологічні альтернативні витрати)
- Нелегальні аборти
- Самостійне переривання вагітності
- Очікувана або випробувана дисгармонія в сім'ї
- Очікувана або випробувана схильність до міжособистісного насильства чи експлуатації
- Очікуваний або випробуваний примус до виконання репродуктивної функції
- Непропорційно тяжкі наслідки, проблеми з організацією праці, а також на зменшення або збільшення обсягу роботи)
- Нав'язування чужих принципів чи етики
- Відчутний вплив на відносини «медичний працівник – клієнт»
- Витрати системи охорони здоров'я (включаючи прямі витрати системи, а також «ухилення» від державної системи охорони здоров'я у бік платних послуг / приватної практики)
- Стигматизація медичних працівників (що розглядають застосування втручання).

Обмеження терміну гестації

РІСО 3: Вплив обмежень терміну гестації (див. Рекомендацію 3)

Питання РІСО: Який вплив обмежень за терміном гестації на затримки у наданні послуг з переривання вагітності, продовження вагітності, витрати втрачених можливостей (у тому числі психологічні альтернативні витрати), нелегальні аборти, самостійне переривання вагітності, дискваліфікації через нелегальне переривання вагітності,

непропорційно тяжкі наслідки, переадресації до інших медичних працівників, наслідки для робочого навантаження (у тому числі перерозподіл обов'язків персоналу, проблеми з організацією праці, а також на зменшення або збільшення обсягу роботи), витрати системи охорони здоров'я (включаючи прямі витрати системи, а також «уникнення» державної системи охорони здоров'я у бік платних послуг / приватної практики), що відчувається вплив на відносини «медичний працівник – клієнт», стигматизацію медичних працівників (що розглядають застосування втручання), для вагітних, які звертаються за перериванням вагітності, а також для медичних працівників, які надають такі послуги?

Р: Вагітні, що звертаються за перериванням вагітності; медичні працівники, які надають послуги з переривання вагітності

І: Обмеження за термінами гестації

С: Ні (дослідження не вимагають вказівки порівняння)

О: • Відкладене переривання вагітності

- Продовження вагітності
- Витрати втрачених можливостей (у тому числі психологічні альтернативні витрати)
- Нелегальний аборт
- Самостійне переривання вагітності
- Дискваліфікація через нелегальний аборт
- Непропорційно тяжкі наслідки
- Переадресація іншому постачальнику допомоги
- Наслідки для робочого навантаження (у тому числі перерозподіл обов'язків, проблеми з організацією праці, а також зменшення або збільшення обсягу роботи)
- Витрати системи охорони здоров'я (включаючи прямі витрати системи охорони здоров'я та «ухилення» від державних систем до платних послуг / приватної практики)
- Відчутний вплив на відносини між медичним працівником та клієнтом
- Стигматизація медичних працівників (що розглядають застосування втручання)

Період до переривання вагітності

Обов'язкові періоди очікування

РІСО 4: Вплив обов'язкових періодів очікування (див. Рекомендацію 6)

Питання РІСО: Який вплив обов'язкових періодів очікування на затримки у наданні послуг з переривання вагітності, продовження вагітності, витрати упущених (у тому числі психологічні альтернативні витрати), непропорційно тяжкі наслідки, нелегальні аборти, самостійне переривання вагітності, дискваліфікації через нелегальне переривання вагітності, переадресацію до іншим медичним працівникам, наслідки для робочого навантаження (у тому числі перерозподіл обов'язків персоналу, проблеми з організацією праці, а також на зменшення або збільшення обсягу роботи), витрати системи охорони здоров'я (включаючи прямі витрати системи, а також «уникнення» державної системи охорони здоров'я у бік платних послуг / приватної практики), що відчувається вплив на відносини «медичний працівник – клієнт», стигматизацію медичних працівників (що розглядають застосування втручання), для вагітних, які звертаються за перериванням вагітності, а також для медичних працівників, які надають такі послуги?

Р: Вагітні, що звертаються за перериванням вагітності; медичні працівники, які надають послуги з переривання вагітності

І: Обов'язкові періоди очікування

С: Ні (дослідження не вимагають вказівки порівняння)

О: • Відкладене переривання вагітності

- Продовження вагітності
- Витрати втрачених можливостей (у тому числі психологічні альтернативні витрати)
- Непропорційно тяжкі наслідки
- Нелегальний аборт

- Самостійне переривання вагітності
- Дискваліфікація через нелегальний аборт
- Переадресація до іншого постачальника допомоги
- Наслідки для робочого навантаження (у тому числі перерозподіл обов'язків, проблеми з організацією праці, а також зменшення або збільшення обсягу роботи)
- Витрати системи охорони здоров'я (включаючи прямі витрати системи охорони здоров'я та «уникнення» державних систем до платних послуг / приватної практики)
- Відчутний вплив на відносини між медичним працівником та клієнтом
- Стигматизація медичних працівників (що розглядають застосування втручання).

Дозвіл третіх сторін на переривання вагітності (див. Рекомендацію 7)

PICO 5: Вплив судового вирішення

Запитання PICO: Який вплив вимоги про одержання судового дозволу на переривання вагітності на затримки у наданні послуг з переривання вагітності, продовження вагітності, витрати втрачених можливостей (у тому числі психологічні альтернативні витрати), нелегальні аборти, самостійне переривання вагітності, очікувану або випробувану дисгармонію в сім'ї, очікуваний або зазнаний примус до виконання репродуктивної функції, витрати системи охорони здоров'я (включаючи прямі витрати системи, а також «уникнення» державної системи) охорони здоров'я у бік платних послуг / приватної практики), для вагітних, які звертаються за перериванням вагітності

P: Вагітні, які звертаються за послугами з переривання вагітності

I: Судовий дозвіл на переривання вагітності

C: Ні (дослідження не потребують вказівки порівняння)

O: • Відкладене переривання вагітності

• Продовження вагітності

• Недоліки (в тому числі, психологічні альтернативні витрати)

• Непропорційно тяжкі наслідки

• Нелегальний аборт

• Самостійне переривання вагітності

• Очікувана або випробувана дисгармонія в сім'ї

• Очікувана або випробувана схильність до міжособистісного насильства або експлуатації

• Примус, що очікується або випробуваний, до виконання репродуктивної функції.

PICO 6: Вплив обов'язкового судового дозволу або згоди батьків на переривання вагітності

Питання PICO: Який вплив вимоги щодо отримання судового дозволу порівняно з вимогою щодо згоди батьків на переривання вагітності на затримки у наданні послуг з переривання вагітності, продовження вагітності, витрати втрачених можливостей (у тому числі психологічні альтернативні витрати), нелегальні аборти, самостійне переривання вагітності, очікувану або випробувану дисгармонію в сім'ї, очікувану або випробувану схильність до міжособистісного насильства або експлуатації, очікуване або випробуване примус до виконання репродуктивної функції, витрати системи охорони здоров'я (включаючи прямі витрати системи, а також «уникнення» державної системи охорони здоров'я у бік платних послуг / приватної практики), для вагітних, які звертаються за перериванням вагітності?

[P-I-O – такі ж, як у PICO 5, але з додаванням порівняння (C): згода батьків]

PICO 7: Вплив законів/вимог про надання згоди батьків або про сповіщення батьків

Питання PICO: Який вплив вимоги про згоду батьків на переривання вагітності за порівнянні із законом/вимогою про сповіщення батьків про переривання вагітності на

затримки у наданні послуг з переривання вагітності, продовження вагітності, витрати втрачених можливостей (у тому числі психологічні альтернативні витрати), нелегальні аборти, самостійне переривання вагітності, очікувану або випробувану дисгармонію в сім'ї, схильність до міжособистісного насильства або експлуатації, очікуваний або випробовуваний примус до виконання репродуктивної функції, витрати системи охорони здоров'я (включаючи прямі витрати системи, а також «відхід» від державної системи охорони здоров'я у бік платних послуг/приватної практики), для вагітних, які звертаються за перериванням вагітності?

[Р та О – такі ж, як у РІСО 5; І = згода батьків та С = закони / вимоги про сповіщення батьків]

РІСО 8: Вплив вимоги дозволу батьків шляхом згоди або повідомлення

Питання РІСО: Який вплив вимоги щодо дозволу батьків на переривання вагітності шляхом їх згоди або повідомлення на затримки у наданні послуг з переривання вагітності, продовження вагітності, витрати втрачених можливостей (зокрема психологічні альтернативні витрати), нелегальні аборти, самостійне переривання вагітності, очікувану або випробувану дисгармонію в сім'ї, очікувану або випробувану схильність до міжособистісного насильства або експлуатації, очікуваний або випробовуваний примус до виконання репродуктивної функції, витрати системи охорони здоров'я (включаючи прямі у бік платних послуг/приватної практики), для вагітних, які звертаються за перериванням вагітності?

[Р-С-О такі ж, як у РІСО 5, але І = дозвіл батька шляхом згоди або повідомлення]

РІСО 9: Вплив вимоги про дозвіл через згоду чоловіка

Питання РІСО: Який вплив вимоги про дозвіл чоловіка через згоду на переривання вагітності на затримки у наданні послуг з переривання вагітності, продовження вагітності, витрати втрачених можливостей (у тому числі психологічні альтернативні проблеми), нелегальні аборти, самостійне переривання вагітності, очікувану або дисгармонію, що відчувається в сім'ї, очікувану або випробувану схильність до міжособистісного насильства або експлуатації, очікуваний або випробовуваний примус до виконання репродуктивної функції, витрати системи охорони здоров'я (включаючи прямі витрати системи, а також «відхід» від державної системи охорони здоров'я у бік платних послуг / приватної практики), для вагітних, які звертаються за ?

[Р-С-О такі ж, як у РІСО 5, але І = дозвіл чоловіка за згодою]

Коментар робочої групи: Відповідно до законодавства України рішення щодо переривання вагітності після 18 років приймає жінка одноосібно, дозвіл чоловіка на переривання вагітності не обов'язковий.

Обмеження категорій постачальників допомоги

РІСО 10: Вплив обмежень категорій постачальників допомоги (див. Рекомендацію 21)

Питання РІСО: Який вплив обмежень категорій допомоги на затримки у наданні послуг з переривання вагітності, продовження вагітності, витрати втрачених можливостей (у тому числі психологічні альтернативні витрати), непропорційно тяжкі наслідки, нелегальні аборти, самостійне переривання вагітності, переадресації до інших медичних працівників, наслідки для робочого навантаження (у тому числі перерозподіл обов'язків персоналу, проблеми з організацією праці, а також на зменшення або збільшення обсягу роботи), витрати системи охорони здоров'я у бік платних послуг / приватної практики), що відчувається нав'язування системи охорони здоров'я (включаючи прямі витрати системи, а також «відхід» від державної чужих принципів та етики, що відчувається вплив на відносини «медичний працівник – клієнт», стигматизацію медичних працівників (що

розглядають застосування втручання), для вагітних, які звертаються за перериванням вагітності, а також для медичних працівників, які надають такі послуги

Р: Вагітні, що звертаються за перериванням вагітності, медичні працівники, які надають послуги з переривання вагітності

І: Обмеження категорій постачальників допомоги

С: Ні (дослідження не вимагають вказівки порівняння)

О: • Відкладене переривання вагітності

- Продовження вагітності
- Витрати втрачених можливостей (у тому числі психологічні альтернативні витрати)
- Непропорційно тяжкі наслідки
- Нелегальний аборт
- Самостійне переривання вагітності
- Переадресація до іншого постачальника допомоги
- Наслідки для робочого навантаження (у тому числі перерозподіл обов'язків, проблеми з організацією праці, а також зменшення або збільшення обсягу роботи)
- Витрати системи охорони здоров'я (включаючи прямі витрати системи охорони здоров'я та «ухилення» від державних систем до платних послуг / приватної практики)
- Нав'язування чужих принципів або етики, що відчувається
- Відчутний вплив на відносини між медичним працівником і клієнтом
- Стигматизація медичних працівників (що розглядають застосування втручання).

Відмова з міркувань совісті

РІСО 11: Вплив відмови з міркувань совісті (див. Рекомендацію 22)

Питання РІСО: Який вплив відмови з міркувань совісті на затримки у наданні послуг з переривання вагітності, продовження вагітності, витрати втрачених можливостей (у тому числі психологічні) альтернативні витрати), нелегальні аборти, самостійне переривання вагітності, переадресації до інших медичних працівників, наслідки для робочого навантаження (у тому числі перерозподіл обов'язків персоналу, проблеми з організацією праці, а також на зменшення або збільшення обсягу роботи), витрати системи охорони здоров'я (включаючи прямі витрати системи, а також «відхід» від державної системи охорони здоров'я у бік платних послуг / приватної практики), нав'язування чужих принципів та етики, що відчувається, відчувається вплив на відносини «медичний працівник – клієнт», стигматизацію медичних працівників (що розглядають застосування втручання), для вагітних, які звертаються за перериванням вагітності, а також для медичних працівників, які надають такі послуги?

Р: Вагітні, що звертаються за перериванням вагітності; медичні працівники, що надають послуги з переривання вагітності

І: Відмова з міркувань совісті

С: Ні (дослідження не вимагають вказівки порівняння)

О: • Відкладене переривання вагітності

- Продовження вагітності
- Недоліки (в тому числі, психологічні альтернативні витрати) • Нелегальний аборт
- Самостійне переривання вагітності
- Переадресація до іншого постачальника допомоги
- Наслідки для робочого навантаження (у тому числі перерозподіл обов'язків, проблеми з організацією праці, а також зменшення або збільшення обсягу роботи) • Витрати системи охорони здоров'я (включаючи прямі витрати системи охорони здоров'я та «догляд» від державних систем до платних послуг / приватної практики)
- Нав'язування чужих принципів або етики, що відчувається
- Відчутний вплив на відносини між медичним працівником і клієнтом
- Стигматизація медичних працівників (що розглядають застосування втручання).

Додаток 9. Питання PICO для категорії «Клінічні послуги»

PICO: P = населення (population); I = втручання (intervention); C = порівняння (компаратор); O = результат(и) (outcome(s))

1 Період перед перериванням вагітності

Резус-імунізація

PICO 1: Відмова від введення антирезус-імуноглобуліну (D) несенсибілізованим резуснегативним особам, які звертаються за перериванням вагітності (див. Рекомендацію 8 [НОВА])

Питання PICO: Чи є відмова від введення антирезус-імуноглобуліну (D) безпечною та ефективною альтернативою рутинному введенню антирезус-імуноглобуліну (D) у несенсибілізованих вагітних, які звертаються за перериванням вагітності на термін < 12 тижнів гестації?

P: Несенсибілізовані резус-негативні вагітні, які звертаються за перериванням вагітності на термінах < 12 тижнів (як медикаментозне, так і хірургічне переривання вагітності)

I: Відсутність введення антирезус-імуноглобуліну (D)

C: Рутинне введення антирезус-імуноглобуліну (D)

O: • Частота ізоімунізації при наступних вагітностях

• Частота формування антитіл після першої вагітності.

Знеболення при хірургічному переривання вагітності

PICO 2: Контроль болю при хірургічному перериванні вагітності на термінах < 14 тижнів гестації (див. Рекомендації 11 та 12 [НОВІ])

Питання PICO: Чи є знеболювання із застосуванням будь-якого конкретного методу (I) більш безпечним, ефективним та/або більш задовільним / прийнятним порівняно з будь-яким іншим методом або відсутністю знеболювання (C) для вагітних, які звертаються за хірургічним перериванням вагітності на термін < 14 тижнів гестації?

P: Вагітні, що звертаються за хірургічним перериванням вагітності на термін до 14 тижнів гестації.

I:

• Парацервікальна блокада (ПЦБ) (ця категорія охоплює різні концентрації, типи [лідоканін], з карбонізацією або без, глибину ін'єкції)

• ПЦП із премедикацією

• Внутрішньовенна (в/в) седація плюс ПЦБ

• Загальна анестезія

• Місцева анестезія (напр., Лідоканін)

• Нефармакологічні втручання (музика, акупунктура, заспокійливі слова тощо)

C:

• Відсутність ПЦП

Лише ПЦБ

• ПЦБ із премедикацією

• В/в седація плюс ПЦБ

O:

• Ефективність (максимальний біль за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ))

• Оцінка тривожності з використанням ВАШ

• Безпека (ускладнення, пов'язані з методами знеболювання, використання наркотичних засобів на додаток до знеболювання, використання додаткових знеболюючих медикаментів, тривалість періоду відновлення, госпіталізація), побічні ефекти

• Задоволеність/прийнятність.

PICO 3: Контроль болю при хірургічному перериванні вагітності на термінах ≥ 14 тижнів гестації (див. Рекомендації 11, 13 та 14 [НОВІ])

Питання PICO: Чи є знеболювання із застосуванням будь-якого конкретного методу (I) більш безпечним, ефективним та/ або більш задовільним/прийнятним порівняно з будь-яким іншим методом або відсутністю знеболювання (C) для вагітних, які звертаються за хірургічним перериванням вагітності на термін ≥ 14 тижнів гестації (включаючи підготовку шийки матки перед процедурою)?

Р: Вагітні, що звертаються за хірургічним перериванням вагітності терміном 14 тижнів гестації чи пізніше

I:

- Парацервікальна блокада (ПЦБ) (ця категорія охоплює різні концентрації, типи [лідоканін], з карбонізацією або без, глибини ін'єкції)

- ПЦП із премедикацією
- Внутрішньовенна (в/в) седація плюс ПЦБ
- Загальна анестезія
- Місцева анестезія (напр., Лідоканін)
- Нефармакологічні втручання (музика, акупунктура, заспокійливі слова тощо)

C:

- Відсутність ПЦЛ
- Лише ПЦБ
- ПЦБ із премедикацією
- В/в седація плюс ПЦБ

O:

- Ефективність (максимальний рівень болю за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ))

- Оцінка тривожності з використанням ВАШ

- Безпека (ускладнення, пов'язані з методами знеболювання, використання наркотичних засобів на додаток до знеболювання, використання додаткових знеболювальних медикаментів, тривалість періоду відновлення, госпіталізація), побічні ефекти

- Задоволеність/прийнятність.

Знеболення при медикаментозному перериванні вагітності

PICO 4: Контроль болю при медикаментозному перериванні вагітності на термін < 14 тижнів гестації (див. Рекомендацію 15)

Питання PICO: Чи є знеболювання із застосуванням будь-якого конкретного (1) фармакологічного засоби (введеного профілактично або після появи болю) або (2) нефармакологічного методу знеболювання більш безпечним, ефективним та/або більш задовільним/прийнятним порівняно з будь-яким іншим методом або відсутністю знеболювання/плацебо (C) для вагітних, які звертаються за медикаментозним перериванням терміном < 14 тижнів гестації?

Р: Вагітні, які звертаються за медикаментозним перериванням вагітності на строк до 14 тижнів гестації

I:

1. Фармакологічні засоби (Час введення: профілактично або після появи болю)

- Ібупрофен
- Ацетамінофен плюс кодеїн
- Протиблювотні препарати
- Лоперамід
- Трамадол

2. Нефармакологічні методи (музика, акупунктура, заспокійливі слова тощо)

C:

1. Фармакологічні засоби (Час введення: профілактично або після появи болю)

- Ібупрофен
 - Ацетамінофен плюс кодеїн
 - Протиблювотні препарати
 - Лоперамід
 - Трамадол
2. Нефармакологічні методи (музика, акупунктура, заспокійливі слова тощо)
 3. Відсутність лікування/плацебо

О:

- Ефективність (максимальний рівень болю за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ))
- Безпека (ускладнення, пов'язані з методами знеболювання, використання наркотичних засобів на додаток до знеболювання, використання додаткових знеболювальних медикаментів), побічні ефекти
- Ефективність схем медикаментозного переривання вагітності, що визначається як успішне завершення абортів без додаткових хірургічних втручань
- Час, необхідний для експульсії
- Задоволеність/прийнятність.

РІСО 5: Контроль болю при медикаментозному перериванні вагітності на термін ≥ 14 тижнів гестації (див. Рекомендацію 16 [НОВА])

Питання РІСО: Чи є знеболювання із застосуванням будь-якого конкретного (1) фармакологічного засобу (введеного профілактично або після появи болю) (2) нефармакологічного методу знеболювання більш безпечним, ефективним та/або більш задовільним/прийнятним порівняно з будь-яким іншим методом або відсутністю знеболювання/плацебо (С) для вагітних, які звертаються за медикаментозним перериванням вагітності на терміні ≥ 14 тижнів гестації

Р: Вагітні, що звертаються за медикаментозним перериванням вагітності на терміні 14 тижнів гестації та пізніше

І:

1. Фармакологічні засоби (Час введення: профілактично або після появи болю)
 - Попереднє знеболювання (ібупрофен, ацетамінофен плюс кодеїн, протиблювотні препарати, лоперамід, трамадол)
- В/в опіюїдні засоби
- ПЦБ
3. Нефармакологічні методи (музика, акупунктура, заспокійливі слова та ін.

С:

1. Фармакологічні засоби (Час введення: профілактично або після появи болю)
 - Попереднє знеболювання (ібупрофен, ацетамінофен плюс кодеїн, протиблювотні препарати, лоперамід, трамадол)
 - В/в опіюїдні засоби
 - ПЦХ
2. Нефармакологічні методи (музика, акупунктура, заспокійливі слова тощо)
3. Відсутність лікування / плацебо

О:

- Ефективність (максимальний рівень болю за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ))
- Безпека (ускладнення, використання наркотичних засобів на додаток до знеболювання, використання додаткових знеболюючих медикаментів), побічні ефекти
- Ефективність схем медикаментозного переривання вагітності як успішне завершення абортів без додаткових хірургічних втручань
- Час, необхідний для експульсії

- Задоволеність/прийнятність.

Підготовка шийки матки

РІСО 6a: Підготовка шийки матки на терміні < 12 тижнів гестації (див. Рекомендацію 17)

Питання РІСО: Чи є підготовка шийки матки ефективним, безпечним та прийнятним втручанням для вагітних, які звертаються за хірургічним перериванням вагітності на терміні < 12 тижнів гестації

Р: Вагітні, що звертаються за хірургічним перериванням вагітності на терміні < 12 тижнів

І: Підготовка шийки матки медикаментозними або механічними методами

С: Підготовка шийки матки з використанням плацебо, медикаментів (з використанням різних шляхів введення, доз або інтервалів лікування) або різних механічних методів

О:

- Ефективність
- Задоволеність/прийнятність
- Безпека.

РІСО 6b: Підготовка шийки матки на термін $\geq$ 12 тижнів із застосуванням медикаментів (порівняння різних схем) (див. Рекомендації 18b–d [НОВІ])

Питання РІСО: Чи є підготовка шийки матки із застосуванням міфепристону в комбінації з мізопростолом або тільки міфеприном ефективною та задовільною/прийнятною альтернативою підготовці шийки матки із застосуванням тільки мізопростолу для вагітних, які звертаються за хірургічним перериванням вагітності на термін $\geq$ 12 тижнів гестації?

Р: Вагітні, що звертаються за хірургічним перериванням вагітності на термін $\geq$ 12 тижнів

І: Підготовка шийки матки із застосуванням

1. Міфепристона у комбінації з мізопростолом [різні шляхи введення, дози, інтервали]
2. Тільки міфепристону [різні шляхи введення, дози, інтервали]

С: Підготовка шийки матки із застосуванням тільки мізопростолу [різні шляхи введення, дози, інтервали]

О:

- Ефективність (розкриття шийки матки перед процедурою, необхідність подальшої дилатації, легкість процедури, час, необхідне для виконання процедури)
- Безпека (ускладнення, необхідність у додаткових втручаннях, болючі відчуття до та після процедури), побічні ефекти
- Задоволеність (клієнта та медичного працівника) / прийнятність
- Вартість (порівняльна вартість та витрати клієнта).

РІСО 7: Підготовка шийки матки на терміні $\geq$ 12 тижнів гестації із застосуванням медикаментів у порівнянні з механічними методами (див. Рекомендацію 18b [НОВА])

Питання РІСО: Чи є підготовка шийки матки із застосуванням медикаментів (міфепристону, мізопростолу або їх комбінації) безпечною, ефективною та задовільною / прийнятною альтернативою механічним методам (ламінарія, катетер Фолі, Dilapan) для вагітних жінок вагітності на термінах $\geq$ 12 тижнів гестації? **Р:** Вагітні, що звертаються за хірургічним перериванням вагітності на термін $\geq$ 12 тижнів

І: Підготовка шийки матки медикаментозними методами

1. Тільки міфепрістон
2. Мізопростол плюс міфепрістон

3. Тільки мізопростол

C: Підготовка шийки матки механічними методами (тобто ламінарія, катетер Фолі, Dilapan)

O:

- Ефективність (розкриття шийки матки перед процедурою, необхідність подальшої дилатації, легкість процедури, час, необхідний для виконання процедури)
- Безпека (ускладнення, необхідність у додаткових втручаннях, болючі відчуття до та після процедури), побічні ефекти
- Задоволеність (клієнта та медичного працівника) / прийнятність
- Вартість (Порівняльна вартість та витрати клієнта).

РІСО 8: Підготовка шийки матки на терміні ≥ 12 тижнів із застосуванням медикаментів у комбінації з ламінарією порівняно із застосуванням тільки ламінарії (див. Рекомендацію 18d [НОВА])

Питання РІСО: Чи є підготовка шийки матки із застосуванням медикаментів у комбінації з л ефективною та задовільною/прийнятною альтернативою підготовці шийки матки з використанням лише ламінарії у вагітних жінок, які звертаються за хірургічним перериванням вагітності на термінах ≥ 12 тижнів гестації?

Р: Вагітні, що звертаються за хірургічним переривання вагітності на термін ≥ 12 тижнів

I: Підготовка шийки матки із застосуванням медикаментів у комбінації з ламінарією

1. Міфепрістон плюс мізопростол плюс ламінарія
2. Мізопростол плюс ламінарія
3. Міфепрістон плюс ламінарія

C: Підготовка шийки матки із застосуванням тільки ламінарії

O:

- Ефективність (розкриття шийки матки перед процедурою, необхідність подальшої дилатації, легкість процедури, час, необхідний для виконання процедури)
- Безпека , необхідність у додаткових втручаннях, больові відчуття до та після процедури), побічні ефекти
- Задоволеність (клієнта та медичного працівника) / прийнятність
- Вартість (порівняльна вартість та витрати клієнта).

РІСО 9: Підготовка шийки матки на терміні ≥ 12 тижнів гестації механічним(и) методом(ами) перед процедурою дилатації та евакуації (D&E) (див. Рекомендацію 18 [НОВА])

Питання РІСО: Чи є підготовка шийки матки одним механічним методом безпечної, ефективною та задовільною/прийнятною альтернативою підготовці шийки матки іншим механічним методом для вагітних, які звертаються за хірургічним перериванням вагітності (D&E) на термін ≥ 12 тижнів гестації?

Р: Вагітні, що звертаються за хірургічним перериванням вагітності на термін ≥ 12 тижнів

I: Підготовка шийки матки перед процедурою D&E одним механічним методом

C: Підготовка шийки матки перед процедурою D&E іншим механічним методом

O:

- Ефективність (розкриття шийки матки перед процедурою, необхідність подальшої , легкість процедури, час, необхідний для виконання процедури)
- Безпека (ускладнення, необхідність у додаткових втручаннях, болючі відчуття до та після процедури), побічні ефекти
- Задоволеність (клієнта та медичного працівника) / прийнятність
- Вартість (порівняльна вартість та витрати клієнта).

Переривання вагітності

Нові медикаментозні методи переривання вагітності

РІСО 10: Медикаментозне переривання вагітності із застосуванням летрозолу у комбінації з мізопростолом порівняно із застосуванням тільки мізопростолу (див. Рекомендацію 27с [НОВА])

Питання РІСО: Чи є медикаментозне переривання мізопростолом безпечною, ефективною та задовільною/прийнятною альтернативою медикаментозному перериванню вагітності із застосуванням тільки мізопростолу?

Р: Вагітні, що звертаються за медикаментозним перериванням вагітності (всі терміни гестації)

І: Медикаментозне переривання вагітності із застосуванням комбінації летрозолу та мізопростолу [різні шляхи введення, дози, інтервали]

С: Медикаментозне переривання вагітності із застосуванням тільки мізопростолу [різні шляхи інтервали]

О:

- Ефективність (частота продовження вагітності, успішне завершення без хірургічного втручання)

- Безпека (серйозні несприятливі події та ускладнення), побічні ефекти
- Час, необхідний для експульсії від початку лікування
- Задоволеність/прийнятність
- Вартість (порівняльна та вартість для клієнта).

РІСО 11: Медикаментозне переривання вагітності з використанням комбінації летрозолу та мізопростолу порівняно з комбінацією міфепристону та мізопростолу

Питання РІСО: Чи є застосування комбінації летрозолу та мізопростолу для медикаментозного переривання вагітності безпечною, ефективною та задовільною альтернативою комбінації міфепристону та мізопростолу у вагітних, які звертаються за медикаментозним перериванням вагітності?

Р: Вагітні, що звертаються за медикаментозним перериванням вагітності (всі терміни гестації)

І: Медикаментозне переривання вагітності із застосуванням комбінації летрозолу та мізопростолу [різні шляхи введення, дози, інтервали]

С: Медикаментозне переривання вагітності із застосуванням комбінації міфепристону та мізопростолу введення, дози, інтервали]

О:

- Ефективність (частота продовження вагітності, успішне завершення без хірургічного втручання)

- Безпека (серйозні несприятливі події та ускладнення), побічні ефекти
- Час, необхідний для експульсії від початку лікування
- Задоволеність/прийнятність
- Вартість (та вартість для клієнта).

РІСО 12: Медикаментозне переривання вагітності із застосуванням комбінації міфепристону та летрозолу порівняно із застосуванням тільки мізопростолу

Питання РІСО: Чи є застосування комбінації міфепристону та летрозолу для медикаментозного переривання вагітності безпечною, ефективною та задовільною альтернативою застосуванню тільки мізопростолу у вагітних, які звертаються за медикаментозним перериванням вагітності?

Р: Вагітні, що звертаються за медикаментозним перериванням вагітності

І: Медикаментозне переривання вагітності із застосуванням комбінації міфепристону та летрозолу [різні шляхи введення, дози, інтервали]

С: Медикаментозне переривання вагітності введення, дози, інтервали]

О:

- Ефективність (частота продовження вагітності, успішне завершення без хірургічного втручання)
- Безпека (серйозні несприятливі події та ускладнення), побічні ефекти
- Час, необхідний для експульсії від початку лікування
- Задоволеність/прийнятність
- Вартість (порівняльна та вартість для клієнта). вагітність, що не розвивається, на терміні < 14 тижнів гестації

PICO 13: Медикаментозне ведення вагітності, що не розвивається, із застосуванням міфепристону в комбінації з мізопростолом (див. Рекомендацію 31 [НОВА])

Питання PICO: Чи є медикаментозне ведення нерозвиваючої вагітності ефективною та задовільною/прийнятною альтернативою медикаментозному веденню вагітності, що не розвивається, із застосуванням тільки мізопростолу у вагітних на терміні < 14 тижнів гестації?

Р: Вагітні з вагітністю, що не розвивається, на терміні < 14 тижнів

І: Медикаментозне ведення із застосуванням міфепристону в комбінації з мізопростолом [різні шляхи введення, дози, інтервали]

С: Медикаментозне ведення із застосуванням тільки мізопростолу [різні шляхи введення, дози, інтервали]

О:

- Ефективність (невдача експульсії / вагітність, що триває, затримка продуктів зачаття, завершення процедури за допомогою хірургічного втручання)
- Безпека (серйозні несприятливі події та ускладнення), побічні ефекти
- Час, необхідний для експульсії від початку лікування
- Задоволеність/прийнятність
- Вартість лікування.

PICO 14: Медикаментозне ведення вагітності, що не розвивається, із застосуванням усіх схем (див. Рекомендацію 31 [НОВА])

Питання PICO: Чи є медикаментозне ведення вагітності, що не розвивається (усі схеми), безпечною, ефективною та задовільною/прийнятною альтернативою вичікувальному веденню <14 тижнів гестації?

Р: Вагітні з нерозвивається вагітністю на терміні < 14 тижнів

І: Медикаментозне ведення (всі схеми)

С: Вичікувальне ведення

О:

- Ефективність (невдача експульсії/тривалість вагітності, затримка продуктів зачаття, завершення процедури за допомогою хірургічного втручання)
- Безпека (серйозні несприятливі події) побічні ефекти
- Час, необхідний для експульсії від початку лікування
- Задоволеність/прийнятність
- Вартість лікування.

PICO 15: Хірургічне ведення вагітності, що не розвивається (див. Рекомендацію 31 [НОВА])

Питання PICO: Чи є хірургічне ведення вагітності, що не розвивається, безпечною, ефективною і задовільною / прийнятною альтернативою медикаментозному або вичікувальному веденню вагітності, що не розвивається, на терміні < 14 тижнів гестації?

Р: Вагітні з вагітністю, що не розвивається, на терміні < 14 тижнів

I: Хірургічне ведення

C:

- Медикаментозне ведення
- Вичікувальне ведення

O:

- Ефективність (невдача експульсії / тривала вагітність, затримка продуктів зачаття, завершення процедури за допомогою хірургічного втручання)
- Безпека (серйозні несприятливі події та ускладнення), побічні ефекти
- Час початку лікування
- Задоволеність/прийнятність
- Вартість лікування.

Підходи самодопомоги

Самостійне виконання медикаментозного переривання вагітності (див. Рекомендацію 49)

РІСО 16: Самостійне виконання медикаментозного переривання вагітності
Питання РІСО: Є чи самостійне виконання медикаментозного переривання вагітності (оцінка допустимості, прийом міфепристону та/або мізопростолу, самооцінка результату / успішності переривання вагітності) без прямого спостереження навченого медичного працівника безпечною, ефективною та задовільною / прийнятною альтернативою виконанню медикаментозного переривання вагітності підготовленим медикаментозним перериванням вагітності?

Р: Вагітні, які звертаються за медикаментозним перериванням вагітності на будь-якому терміні гестації

I: Вагітні, що самостійно виконують процес медикаментозного переривання вагітності (повністю) без прямого спостереження навченого медичного працівника

C: Виконання медикаментозного переривання вагітності навченим медичним працівником (усі схеми медикаментозного переривання вагітності)

O:

- Ефективність (успішність переривання вагітності без необхідності в подальшому (Серйозні несприятливі події та ускладнення)
- Задоволеність / прийнятність
- Фізичні та емоційні переживання (побічні ефекти, позитивні та негативні) емоції, пов'язана стигма), знання, коли звертатись за медичною допомогою (незаплановані візити, дзвінки до клініки по телефону, невідкладні візити).

РІСО 16a: Самооцінка допустимості медикаментозного переривання вагітності

Питання РІСО: Чи є самооцінка допустимості 1 медикаментозного переривання вагітності безпечною, ефективною та задовільною або прийнятною альтернативною оцінкою звертаються за медикаментозним перериванням вагітності?

Р: Вагітні, що звертаються за медикаментозним перериванням вагітності на будь-якому терміні гестації

I: Вагітні, що самостійно виконують першу частину процесу медикаментозного переривання вагітності шляхом самооцінки допустимості для них медикаментозного аборту без прямого спостереження медичного працівника

C:

- Оцінка допустимості медикаментозного аборту, виконана
- Частка вагітних, для яких медикаментозний аборт розцінили як допустимий.
 - Частка вагітних, для яких медикаментозний аборт був розцінений як неприпустимий через термін гестації
 - Частка вагітних, для яких медикаментозний аборт був розцінений як неприпустимий через протипоказання

- Достовірність таких оцінок порівняно з оцінкою незалежного перевіряючого та/або з діагностичним стандартом
- Тривалість вагітності \
- Завершення переривання вагітності (Серйозні несприятливі події та ускладнення)
- Задоволеність / прийнятність •

Вартість. RICO 16b: Самостійний прийом препаратів для медикаментозного переривання вагітності

Питання RICO: Чи є самостійний прийом препаратів для медикаментозного переривання вагітності, наданих надійним джерелом з інструкціями щодо їх прийому, безпечною, ефективною та задовільною/прийнятною альтернативою введенню препаратів навченим медичним працівником для вагітних, які звертаються за медикаментозним перериванням вагітності?

Р: Вагітні, що звертаються за медикаментозним перериванням вагітності на будь-якому терміні гестації

І: Вагітні, що самостійно приймають препарати для медикаментозного переривання вагітності (в рамках процесу медикаментозного переривання вагітності) без прямого спостереження медичного працівника (але з інструкціями, отриманими з надійного медичного джерела)

С: Введення препаратів для медикаментозного переривання вагітності навченим медичним працівником

О:

- Прихильність до вагітної рекомендованої схеми медикаментозного переривання вагітності згідно з отриманими інструкціями
- Ефективність (успішність переривання вагітності без необхідності у подальшому хірургічному втручанні)
- Безпека (серйозні несприятливі події та ускладнення), побічні ефекти
- Час від початку лікування, необхідний для експульсії
- Фізичні та емоційні переживання (побічні ефекти, позитивні та негативні емоції, пов'язана стигма), знання, коли звертатися за медичною допомогою (незаплановані візити, дзвінки до клініки по телефону, невідкладні візити)
- Задоволеність/прийнятність
- Вартість (порівняльна та вартість для клієнта).

RICO 16C: Самооцінка результату процесу медикаментозного переривання вагітності

Питання RICO: Чи є самооцінка результату / успішності медикаментозного переривання вагітності безпечною, ефективною та задовільною / прийнятною альтернативою оцінці результату / успішності, що проводиться навченим медичним працівником, для осіб, які переривають вагітність?

Р: Особи, які перервали вагітність медикаментозним методом

І: Вагітні, що самостійно виконують останню частину процесу медикаментозного переривання вагітності шляхом самооцінки результату/успішності абортів без прямого спостереження навченого медичного працівника

С: Оцінка результату/успішності переривання вагітності навченим медичним працівником

О:

- Ефективність (частка вагітних, у яких переривання вагітності було оцінено) як успішне, достовірність таких оцінок порівняно з оцінкою незалежного перевіряючого та/або з діагностичним стандартом)
- Частота вагітностей, що продовжуються
- Переривання вагітності, завершене без хірургічного втручання

- Безпека (серйозні несприятливі події та ускладнення), побічні ефекти
- Час від початку лікування, необхідний для експульсії
- Фізичні та емоційні переживання (побічні ефекти, позитивні та негативні емоції, пов'язана стигма), знання, коли звертатися за медичною допомогою (візити, дзвінки до клініки по телефону, невідкладні візити)
- Задоволеність/прийнятність
- Вартість (порівняльна та вартість для клієнта).

Додаток 10. Питання PICO для категорії «Надання послуг»

PICO: P = населення (population); I = втручання (intervention); C = порівняння (компаратор); O = результат(и) (outcome(s))²

Примітка: Опис усіх категорій медичних працівників, згаданих у цьому додатку, знаходиться в Додатку 5.

Послуги, що надаються на всіх ланках ланцюжка допомоги Надання інформації PICO 1: Надання достовірної інформації співробітниками аптек (див. Рекомендацію 4)

Питання PICO: Чи є інформація про наявність безпечних постачальників допомоги з переривання вагітності (виконанням переривання вагітності, допомога при ускладненнях переривання вагітності, допомога при неповному) перериванні вагітності), що надається співробітником аптеки, безпечною, ефективною та задовільною/прийнятною альтернативою відсутності надання інформації (звичайна практика) для осіб, які звертаються за інформацією про допомогу з переривання вагітності (до або після лікування/аборту)?

P: Люди, які звертаються за інформацією про допомогу з переривання вагітності до лікування або після неповного аборту або ускладнень переривання вагітності (включаючи медикаментозне або хірургічне переривання вагітності на будь-якому терміні гестації)

I: Надання інформації про послуги з переривання вагітності та зв'язку такими послугами на рівні громади або в інших місцях співробітниками аптек

C: Відсутність інформування (звичайна практика)

O:

- Ефективність (правильність знань співробітників аптек про безпечний аборт, можливі ускладнення, безпечну допомогу після переривання вагітності, а також про показання до переадресації)
- Приватність та конфіденційність при інформуванні
- Доступність послуг для осіб, які їх потребують,
- Задоволеність наданою інформацією та послугами та/або їх прийнятність.

Консультування

PICO 2: Консультування до та після переривання вагітності (див. Рекомендацію 5)

Питання PICO: Чи є консультування до та після переривання вагітності, надане фахівцем з традиційної та допоміжної медицини, фармацевтом, співробітником аптеки або обштинним медичним працівником безпечною, ефективною та задовільною / прийнятною альтернативою консультуванню, наданому медичним персоналом у клініці, для вагітних, які переривають вагітність?

P: Вагітні, які переривають вагітність

I: Консультування до та після переривання вагітності, надане фахівцями традиційної та допоміжної медицини, фармацевтами, співробітниками аптек або обштинними медичними працівниками

C: Консультування, надане медичним персоналом клініки (напр., лікарями загальної практики або лікарями-спеціалістами) медичними сестрами або акушерками)

O:

- Ефективність (правильність знань медичних працівників та клієнтів про можливості контрацепції, про безпечні та належні послуги з переривання вагітності та про безпечну допомогу після переривання вагітності)
- Задоволеність наданими порадами з контрацепції, наданими консультуванням та послугами та/або їх прийнятність
- Наявність консультування та послуг з контрацепції
- Доступність інформації та обраного методу

- Дотримання приватності клієнта та конфіденційності під час надання консультування та послуг
- Участь у наданні консультування та послуг
- Якість консультування та послуг
- Інформоване ухвалення рішення після надання консультування та послуг
- Підзвітність у наданні консультування та послуг
- Під час консультування пропонуються різні види контрацепції.

Допомога до переривання вагітності

РІСО 3: Підготовка шийки матки із застосуванням осмотичних дилататорів або медикаментів (див. Рекомендації 19 та 20)

Питання РІСО: Чи є проведення підготовки шийки матки із застосуванням осмотичних дилататорів або медикаментів фахівцем традиційної та допоміжної медицини, фельдшером / помічником лікаря, акушеркою, медсестрою або медсестрою / медсестрою-акушеркою, що виконує допоміжні функції, безпечною, ефективною та задовільною / прийнятною альтернативою проведенню підготовки шийки матки лікарем у вагітних, які звернулися за штучним хірургічним?

Р: Вагітні, що звертаються за штучним перериванням вагітності за допомогою вакуумаспірації або D&E

І: Підготовка шийки матки із застосуванням

1. осмотичних дилататорів, що виконується фахівцями традиційної або допоміжної медицини, фельдшерами/помічниками лікаря, акушерками, медичними сестрами або медсестрами/медсестрами-акушерками, які виконують допоміжні функції

2. медикаментів, що виконується фахівцями традиційної або допоміжної медицини, фельдшерами / помічниками лікаря, акушерками, медичними сестрами або медсестрами / медсестрами-акушерками, що виконують допоміжні функції, фармацевтами або співробітниками аптек

С: Підготовка шийки матки, що виконується лікарями із застосуванням (1) осмотичних дилататорів або (2) медикаментів

О:

- Безпека (серйозні несприятливі події та ускладнення)
- Ефективність (ступінь розкриття шийки матки, а також легкість процедури у сприйнятті медичного працівника)
- Задоволеність/прийнятність.

Переривання вагітності

Хірургічне переривання вагітності на терміні < 14 тижнів гестації

РІСО 4: Вакуум-аспірація для всіх показань на термінах гестації < 14 тижнів (див. Рекомендацію 24)

Питання РІСО: Чи є проведення вакуум-аспірації фахівцем традиційної та допоміжної медицини, медсестрою, що виконує допоміжні функції, або медсестрою-акушеркою, виконує допоміжні функції, безпечною, ефективною та задовільною / прийнятною альтернативою проведенню підготовки шийки матки лікарем у вагітних, які звернулися за штучним перериванням вагітності або лікуванням неповного аборту або нерозвивається вагітності (тобто всі показання до вакуум-аспірації)?

Р: Вагітні, які звернулися за штучним перериванням вагітності або лікуванням неповного аборту або вагітності, що не розвивається

І: Вакуум-аспірація, що виконується фахівцями традиційної та допоміжної медицини, медсестрами, що виконують допоміжні функції, або медсестрами-акушерками, виконують допоміжні функції

С: Вакуум-аспірація, що виконується лікарями загальної практики або лікарями-фахівцями (акушерігінекологи)

О:

- Безпека (серйозні несприятливі події та ускладнення)
- Ефективність (успішність переривання вагітності після процедури)
- Задоволеність/прийнятність.

Хірургічне переривання вагітності на пізніших термінах гестації

РІСО 5: Дилатація та евакуація (D&E) для хірургічного переривання вагітності на термінах ≥ 14 тижнів (див. Рекомендацію 26)

Питання РІСО: Чи є проведення хірургічного переривання вагітності (D&E) фахівцем фельдшером / помічником лікаря, акушеркою безпечною, ефективною та задовільною / прийнятною альтернативою проведенню цієї процедури лікарем у вагітних, які звернулися за хірургічним перериванням вагітності (D&E)?

Р: Вагітні, що звернулися за хірургічним перериванням вагітності на терміні ≥ 14 тижнів гестації

І: D&E, що виконується фахівцями традиційної та допоміжної медицини, фельдшерами / помічниками лікаря, акушерками

С: Хірургічне переривання вагітності, що виконується лікарем загальної практики переривання вагітності після процедури)

- Безпека (серйозні несприятливі події та ускладнення)
- Задоволеність / прийнятність.

Медикаментозне переривання вагітності на термінах гестації < 12 тижнів та компоненти цього завдання (див. Рекомендацію 28)

РІСО 6: Надання допомоги з медикаментозного переривання вагітності на терміні < 12 тижнів

Питання РІСО: Чи є виконання медикаментозного переривання вагітності (тобто оцінка допустимо), призначення медикаментів гарантованої якості, оцінка результату / успішності) фахівцем традиційної та допоміжної медицини, фармацевтом, співробітником аптеки або общинним медичним працівником безпечною, ефективною та задовільною / прийнятною альтернативою проведенню медикаментозного переривання вагітності лікарем для вагітних звертаються за медикаментозним перериванням вагітності терміном < 12 тижнів?

Р: Вагітні, що звертаються за медикаментозним перериванням вагітності

І: Медикаментозне переривання вагітності, що виконується фахівцями традиційної та допоміжної медицини, фармацевтами, співробітниками аптек або общинними медичними працівниками

С: Медикаментозне переривання вагітності, що виконується лікарями загальної практики або лікаря

О:

- Безпека (серйозні несприятливі події та ускладнення)
- Ефективність (успішність переривання вагітності без подальшого) хірургічного втручання після лікування)
- Задоволеність/прийнятність.

РІСО 6а: Оцінка допустимості медикаментозного переривання вагітності

Питання РІСО: Чи є оцінка допустимості медикаментозного переривання вагітності фахівцем традиційної та допоміжної медицини, фармацевтом, співробітником аптеки чи общинним медичним працівником безпечною, ефективною та задовільною/принятною – і такої ж достовірності вагітності лікарем для вагітних, які звертаються за медикаментозним перериванням вагітності?

P: Вагітні, що звертаються за медикаментозним перериванням вагітності

I: Оцінка допустимості фахівцями традиційної та допоміжної медицини, фармацевтами, співробітниками аптек або общинними медичними працівниками

C: Оцінка допустимості лікарями загальної практики або лікарями-спеціалістами (акушерами -гінекологами)

O:

- Ефект переривання вагітності було розцінено як допустиме за категоріями медичних працівників та точність таких оцінок порівняно з оцінками незалежного перевіряючого та/або з діагностичним стандартом)
- Безпека (Серйозні несприятливі події, виключаючи лікування неповного аборту або вагітність, що триває)
- Ефективність (успішність переривання вагітності після процедури)
- Задоволеність.

РІСО 6b: Введення препаратів для медикаментозного переривання вагітності

Питання РІСО: Чи є введення препаратів для медикаментозного переривання вагітності (тобто, інформування, видача медикаментів гарантованої якості, направлення за отриманням медикаментів до надійного джерела) з інструкціями щодо їх використання фахівцем традиційної та медицини, фармацевтом, співробітником аптеки чи общинним медичним працівником безпечною, ефективною та задовільною/прийнятною альтернативою введенню препаратів лікарем для вагітних, які звертаються за медикаментозним перериванням вагітності?

P: Вагітні, що звертаються за медикаментозним перериванням вагітності

I: Введення препаратів (тобто інформування, видача медикаментів гарантованої якості, направлення за отриманням медикаментів до надійного джерела) з інструкціями щодо їх використання фахівцями традиційної та допоміжної медицини, фармацевтами, співробітниками аптек або общинними медичними працівниками

C: Введення препаратів (тобто інформування, видача медикаментів гарантованої якості) за отриманням медикаментів до надійного джерела) лікарями загальної практики або лікарями-фахівцями

O:

- Розуміння учасниками протоколу, що демонструє вибір правильної схеми
- Безпека (серйозні несприятливі події, крім лікування неповного аборту або продовження вагітності)
- Ефективність (успішність переривання вагітності після процедури)
- Задоволеність.

РІСО 6с: Достовірна оцінка успішності процесу медикаментозного переривання вагітності

Питання РІСО: Чи є оцінка успішності процесу медикаментозного переривання вагітності фахівцем традиційної та допоміжної медицини, фармацевтом, співробітником аптеки чи общинним медичним працівником безпечної, ефективної та задовільної/прийнятної – та такої ж достовірної – альтернативою оцінці допустимості медикаментозного переривання вагітності лікарем для вагітних, які звертаються за медикаментозним перериванням вагітності?

P: Вагітні, які звертаються за медикаментозним перериванням вагітності

I: Оцінка успішності переривання вагітності фахівцями традиційної та допоміжної медицини, фармацевтами, співробітниками аптек або общинними медичними працівниками

C: Оцінка успішності переривання вагітності лікарями загальної практики або лікарями-фахівцями

O:

- Ефективність оцінки результату (частка вагітних, яким була проведена оцінка успішності переривання вагітності за категоріями медичних працівників та достовірність таких оцінок порівняно з оцінками незалежного перевіряючого або з діагностичним стандартом)

- Безпека (серйозні несприятливі події, крім лікування неповного абортів або продовження вагітності)

- Ефективність (Успішність переривання вагітності після процедури)

- Задоволеність.

Штучне переривання вагітності на термінах гестації ≥ 12 тижнів

РІСО 7: Надання допомоги з переривання вагітності на термінах ≥ 12 тижнів (див. Рекомендацію 30)

Питання РІСО: Чи є виконання медикаментозного або хірургічного переривання вагітності фахівцем традиційної та допоміжної медицини, фельдшером, акушеркою, медичною сестрою, медсестрою фармацевтом, співробітником аптеки чи обштинним медичним працівником ефективною чи задовільною альтернативою надання допомоги з переривання вагітності лікарем для вагітних, які звертаються за штучним перериванням вагітності?

Р: Вагітні, що звертаються за медикаментозним або хірургічним перериванням вагітності на терміні більше 12 тижнів гестації

І: Медикаментозне переривання вагітності або хірургічне переривання вагітності, виконане фахівцями традиційної та допоміжної медицини, фельдшерами, акушерками, медичними сестрами, медсестрами. обштинними медичними працівниками

С: Медикаментозне переривання вагітності або хірургічне переривання вагітності, виконане лікарями загальної практики або лікарями-фахівцями

О:

- Ефективність (успішність переривання вагітності без необхідності додаткових медикаментозних чи хірургічних втручань)

- Безпека (серйозні несприятливі події та ускладнення)

- Задоволеність.

Внутрішньоутробна загибель плода (ВУГП)

РІСО 8: Медикаментозне ведення внутрішньоутробної загибелі плода (ВУГП) (див. Рекомендацію 33 [НОВА])

Питання РІСО: Чи є медикаментозне ведення внутрішньоутробної загибелі плода (ВЗГП)) фахівцем традиційної та допоміжної медицини, фельдшером / помічником лікаря, акушеркою, медичною сестрою, медсестрою/медсестрою-акушеркою, яка виконує допоміжні функції, фармацевтом, співробітником аптеки чи обштинним медичним працівником безпечною, ефективною та задовільною альтернативою надання допомоги з медикаментозного відання ВУГП лікарем для вагітних, у яких діагностована ВУГП?

Р: Вагітні, у яких діагностовано ВУГП

І: Медикаментозне ведення із застосуванням міфепристону в комбінації з мізопростолом або тільки мізопростолу фахівцями традиційної та допоміжної медицини, фельдшерами/помічниками лікаря, акушерками, медичними сестрами, медсестрами/медсестрами-акушерками, що виконують допоміжні функції, фармацевтами, працівниками аптек комбінації з мізопростолом або тільки мізопростолу лікарями загальної практики або лікарями-фахівцями

О:

- Безпека (серйозні несприятливі події та ускладнення)

- Ефективність (успішність) переривання вагітності без необхідності у хірургічному втручанні після процедури)

- Задоволеність/прийнятність.

Допомога після переривання вагітності**Неповний аборт на термінах гестації < 14 тижнів**

РІСО 9: Ведення неповного аборту із застосуванням мізопростолу (див. Рекомендацію 37)

Питання РІСО: Чи є ведення неповного аборту із застосуванням мізопростолу фахівцем традиційної та допоміжної медицини, фарм медичним працівником безпечною, ефективною та задовільною/прийнятною альтернативою веденню неповного аборту із застосуванням мізопростолу лікарем для вагітної з неповним абортom?

Р: Вагітні з неповним абортom

І: Медикаментозне ведення із застосуванням мізопростолу фахівцями традиційної та допоміжної медицини, фармацевтами, співробітниками аптек або общинними медичними працівниками

С: Медикаментозне ведення із застосуванням мізопростолу лікарями загальної практики та лікарями фахівцями

О:

- Безпека
- Ефективність (успішність переривання вагітності без необхідності у хірургічному втручанні після процедури)
- Задоволеність/прийнятність.

РІСО 10: Вакуум-аспірація для ведення неускладненого неповного абортu (див. Рекомендацію 38)

Питання РІСО: Чи є виконання вакуум-аспірації для штучного переривання вагітності / при неповному аборті / викидні (всі свідчення) фахівцем традиційної та медицини, медсестрою, що виконує допоміжні функції, або медсестрою-акушеркою, що виконує допоміжні функції, безпечною, ефективною або задовільною альтернативою виконанню вакуум-аспірації лікарем для вагітних, які звертаються за штучним переривання вагітності?

Р: Вагітні, які звертаються за штучним перериванням вагітності

І: Вакуум-аспірація, що виконується фахівцями традиційної та допоміжної медицини, медсестрами, що виконують допоміжні функції, або медсестрами-акушерками, що виконують допоміжні функції

С: Вакуум-аспірація, що виконується лікарями загальної практики (акушерами-гінекологами)

О:

- Ефективність (успішність переривання вагітності після процедури)
- Безпека (серйозні несприятливі події та ускладнення)
- Задоволеність/прийнятність.

Розпізнавання та лікування ускладнень (див. Рекомендації 39 та 40)

РІСО 11: Діагностика та лікування ускладнень, пов'язаних з перериванням вагітності

Питання РІСО: Чи є діагностика та лікування ускладнень, пов'язаних з перериванням вагітності, фахівцем традиційної та допоміжної медицини, фармацевтом, співробітником аптеки чи общинним медичним працівником безпечною, ефективною задовільною/прийнятною альтернативою – і такою ж достовірною – як діагностика та лікування ускладнень лікарем у жінок із ускладненнями штучного переривання вагітності, які перебувають у стабільному стані?

Р: Жінки з ускладненнями штучного переривання вагітності, які перебувають у стабільному стані

I: Діагностика та лікування ускладнень фахівцями традиційної та допоміжної медицини, фармацевтами, працівниками аптек або общинними медичними працівниками і.
 Діагностика та лікування інфекції фахівцями традиційної та допоміжної медицини, фармацевтами, співробітниками аптек чи общинними медичними працівниками іі.
 Діагностика та лікування інфекції фахівцями традиційної та допоміжної медицини, фармацевтами, співробітниками аптек чи общинними медичними працівниками іі.
 Діагностика та лікування кровотечі фахівцями традиційної та допоміжної медицини, фармацевтами, співробітниками аптек або общинними медичними працівниками

C: Діагностика та лікування інфекції та тяжкої кровотечі лікарями загальної практики та лікарями фахівцями

O:

- Ефективність (точне визначення ускладнення з подальшою пропозицією правильного лікування від професійних можливостей та клінічних умов)
- Безпека (серйозні несприятливі події)
- Задоволеність/прийнятність.

Контрацепція після переривання вагітності

РІСО 12: Надання ін'єкційних засобів контрацепції після переривання вагітності (див. Рекомендацію 46)

Питання РІСО: Чи є надання ін'єкційних контрацептивів (початок або продовження використання) фахівцем традиційної та допоміжної медицини, співробітником аптеки або громад задовільною/прийнятною альтернативою надання таких засобів контрацепції навченими медичними працівниками для жінок після переривання вагітності, які потребують контрацепції?

P: Жінки після переривання вагітності, які потребують контрацепції

I: Надання ін'єкційних контрацептивів фахівцями традиційної та допоміжної медицини, співробітниками аптек або общинними медичними працівниками

C: Надання ін'єкційних контрацептивів навченими медичними працівниками

O:

- Початок та продовження та ускладнення, пов'язані з наданням методу контрацепції)
- Ефективність (невдача методу)
- Задоволеність/прийнятність.

Аспекти надання послуг Допомога, що надається поза медичною установою / вдома

РІСО 13: Телемедицина (див. Рекомендацію 48)

Питання РІСО: Чи є допомога з медикаментозного переривання вагітності, надана через телемедицину (повністю або окремі компоненти) безпечною, ефективною та задовільною / прийнятною альтернативою допомоги з медикаментозного переривання вагітності, наданої в особистому спілкуванні, для вагітних, які звертаються за медикаментозним перериванням вагітності?

P: Вагітні, що звертаються за медикаментозним перериванням вагітності

I: Допомога з медикаментозного переривання вагітності, надана за допомогою телемедицини, включаючи комплексну допомогу з медикаментозного переривання вагітності або будь-які з наведених нижче окремих компонентів:

- Оцінка допустимості медикаментозного переривання вагітності за допомогою телемедицини
- Консультування та/або інструктування з питань медикаментозного переривання вагітності за допомогою телемедицини
- Інструктування та переривання вагітності через телемедицину

- Подальше спостереження при медикаментозному перериванні вагітності через рекомендованій схемі дозувань (самооцінка)

- Вартість послуг відповідно до повідомлень.

С: Допомога з медикаментозного переривання вагітності, надана в особистому спілкуванні

О:

- Ефективність (показники продовження вагітності, успішність переривання вагітності без необхідності в хірургічних втручаннях після процедури, а також хірургічної евакуації після переривання вагітності)

- Безпечна та ускладнення)

- Задоволеність / прийнятність

- Показник прихильності

РІСО 14: Аутрич- робота в громаді (див. Повідомлення про передові практики 49)

Питання РІСО: Чи є аутрич-моделі надання допомоги з переривання вагітності на базі громади безпечними, ефективними та задовільними / прийнятними альтернативами надання допомоги з переривання вагітності в медичній установі навченим медичним працівником для вагітних, які звертаються за штучним перериванням вагітності?

Р: Вагітні, що звертаються за штучним перериванням вагітності

І: Аутрич-робота із залученням медичних працівників

С: Надання допомоги в медичній установі навченими медичними працівниками

О:

- Безпека (серйозні несприятливі наслідки та ускладнення)

- Ефективність (успішність переривання вагітності без необхідності в хірургічному втручанні після процедури)

- Економічна ефективність

- Збільшення практик здорового способу життя

- Задоволеність/прийнятність.

Умови:

- Недостатня інфраструктура

- Юридична заборона.

РІСО 15: Консультування з метою зниження шкоди (див. Повідомлення про передові практики 49)

Питання РІСО: Чи є консультування з метою зниження шкоди щодо допомоги з переривання вагітності безпечною, ефективною та задовільною/прийнятною альтернативою рутинному наданню послуг на базі клініки для вагітних, які звертаються за штучним перериванням вагітності?

Р: Вагітні, які звертаються за штучним перериванням вагітності

І: Консультування, спрямоване на зниження шкоди

С: Рутинне надання послуг у клініці

О:

- Безпека (серйозні несприятливі наслідки та ускладнення)

- Ефективність (успішність переривання) вагітності без необхідності у хірургічному втручанні після процедури)

- Задоволеність/прийнятність.

Умови:

- Умови гуманітарних криз

- Відсутність гуманітарних криз.

РІСО 16: Соціальний аутич-маркетинг / інформування про безпечне переривання вагітності (див. Повідомлення про передові практики 49)

Питання РІСО: Чи може соціальний аутич-маркетинг забезпечити покращений доступ до безпечних, ефективних і задовільних / прийнятних послуг зі штучного переривання вагітності порівняно з надання допомоги з переривання вагітності в медичному закладі навченим медичним працівником для вагітних, які звертаються за штучним перериванням вагітності?

Р: Вагітні, що звертаються за штучним перериванням вагітності

І: Методи соціального маркетингу послуг штучного переривання вагітності

С: Надання послуг з переривання вагітності в клініці

О:

- Безпека (серйозні несприятливі наслідки та ускладнення)
- Ефективність (успішність переривання вагітності без необхідності в після процедури)
- Доступ (економічна доступність, застосування, кількість клієнтів, відвідуваність та охоплення на кількість населення)
- Якість допомоги (методи вибору для переривання вагітності, якість інформації, що надається вагітним, компетенція постачальника послуг, відносини між вагітною та постачальником допомоги)
- Небажані ефекти (небажані наслідки для наявних державних або приватних послуг, неналежне використання послуг)
- Рівноправний доступ або застосування (розподіл доступу в групах з різними соціально-демографічними характеристиками)
- Вартість/послуга (з суспільної точки зору або з точки маркетолога/франчайзера, франшизоодержувача або вагітної/клієнта)
- Задоволеність/прийнятність.

РІСО 17: Самостійний пошук та придбання препаратів для штучного переривання вагітності (див. Повідомлення про передові практики 49)

Питання РІСО: Чи є самостійний пошук та придбання препаратів в онлайн джерелах безпечною, ефективною та задовільною / прийнятною альтернативою отриманню рецепту та/або медикаментів у навченого медичного працівника для вагітних, які звертаються за штучним перериванням вагітності?

Р: Вагітні, що звертаються за штучним перериванням вагітності

І: Вагітні самостійно шукають і купують препарати для абортів онлайн без рецепта

С: Вагітні отримують рецепт та/або препарати у медичного працівника (лікаря-спеціаліста або лікаря загальної практики, фахівця традиційної або допоміжної медицини, акушерки, медичної сестри, медсестри, що виконує допоміжні функції, медсестри-акушерки, що виконує допоміжні функції, фармацевта, співробітника аптеки, обштинного медичного працівника)

О:

- Безпека (серйозні несприятливі наслідки та ускладнення)
- Ефективність (успішність переривання вагітності без необхідності у хірургічному втручанні після процедури)
- Якість медикаментів
- Задоволеність/прийнятність.

Самодопомога при використанні контрацепції після переривання вагітності
РІСО 18: Самостійне введення ін'єкційних контрацептивів після переривання вагітності (див. Рекомендацію 50)

Питання PICO: Чи є самостійне введення ін'єкційних контрацептивів (початок або продовження використання) навченим медичним працівником для жінок після переривання вагітності, які потребують контрацепції?

Р: Жінки після переривання вагітності, які потребують контрацепції

I: Самостійне введення ін'єкційних засобів контрацепції (початок або продовження використання)

С: Надання ін'єкційних контрацептивів навченими медичними працівниками

O:

- Початок та продовження та ускладнення, пов'язані з наданням методу контрацепції)
- Ефективність (невдача методу)
- Задоволеність/прийнятність.