

VILNIAUS UNIVERSITETAS  
MEDICINOS FAKULTETAS

Baigiamasis darbas

**Medikamentinio nėštumo nutraukimo aspektai Lietuvoje**

**Aspects of Medical Abortion in Lithuania**

Studentas/ė (vardas, pavardė), grupė: **Austėja Voiniušytė** VI kursas, 16 gr.

Katedra/ Klinika kurioje ruošiamas ir ginamas darbas **Klinikinės medicinos  
instituto Akušerijos ir ginekologijos klinika**

Darbo vadovas

Prof. dr. Diana Ramašauskaitė  
(pedagoginis vardas, mokslo laipsnis, vardas, pavardė)

Katedros arba Klinikos vadovas

Prof. dr. Diana Ramašauskaitė  
(pedagoginis vardas, mokslo laipsnis, vardas, pavardė)

2024-05-10

Studento elektroninio pašto adresas: **austeja.voiniusyte@mf.stud.vu.lt**

## 1. SANTRAUKA

Medikamentinio nėštumo nutraukimo įteisinimas Lietuvoje nuo 2023 m. yra svarbus sprendimas siekiant užtikrinti moterų teisę pasirinkti ir gauti šiuolaikiškas ir kokybiškas reprodukcinės sveikatos priežiūros paslaugas. Nepaisant to, šis nėštumo nutraukimo metodas yra naujas ir ne visoms pacientėms žinomas, todėl šio tyrimo tikslas yra apžvelgti Lietuvos moterų nuomonę ir informuotumą apie medikamentinį nėštumo nutraukimą, atsižvelgiant į jų demografinius rodiklius, iširti veiksnius darančius įtaką nėštumo nutraukimo metodo pasirinkimui, įvertinti tolimesnės edukacijos dėl moters reprodukcinės sveikatos paslaugų poreikį bei pateikti mokslinę literatūrą apie medikamentinį nėštumo nutraukimą.

**Metodai.** 2023 metų rugsėjo mėnesį buvo paruošta internetinė apklausa 18-45 metų amžiaus moterims, gyvenančioms Lietuvoje. Duomenys buvo renkami 2023 m. rugsėjo – 2024 m. vasario mėnesiais per *Google Forms*, apdorojami *Microsoft Excel* programoje, o statistinė duomenų analizė atlikta naudojant *R Commander*. Literatūros paieška buvo atlikta *PubMed* ir *Google Scholar* duomenų bazėse, vartojami raktiniai žodžiai: medikamentinis nėštumo nutraukimas, mifepristonas, misoprostolis, šalutiniai poveikiai, komplikacijos, pagal šiuos kriterijus: publikacijos data 2019–2024 m., publikacijos lietuvių ir anglų kalbomis.

**Rezultatai.** Gauti 355 respondenčių duomenys. Rezultatai parodė, jog tik šiek tiek daugiau nei pusė respondenčių (57,5 proc.) žinojo Lietuvoje teikiamus nėštumo nutraukimo metodus, o 19 respondenčių (5,4 proc.) anksčiau nebuvo girdėjusios apie vaistinį nėštumo nutraukimą. Buvo pastebėta, jog mažėjant respondenčių amžiui statistiškai reikšmingai daugiau įtakos pasirinkimui tarp nėštumo nutraukimo metodų daro kaina ( $p < 0,001$ ) ir komfortas ( $p = 0,026$ ), o medikamentinį nėštumo nutraukimą statistiškai reikšmingai dažniau pasirinktų jaunesnės ( $p = 0,034$ ) bei mažiau nėštumų ( $p < 0,001$ ) ir gimdymų ( $p < 0,001$ ) turėjusios respondentės. Jaunesnės respondentės statistiškai reikšmingai dažniau medikamentinį nėštumo nutraukimą pasirinktų dėl mažesnės kainos ( $p < 0,001$ ). Moterys, kurios anksčiau yra nutraukusios nėštumą, statistiškai reikšmingai dažniau kaip medikamentinio nėštumo privalumą minėjo, jog nereikia atlikti chirurginės intervencijos ( $p = 0,024$ ), o jaunesnės respondentės, jog nėštumą nutraukiant medikamentiniu būdu nedidėja nevaisingumo, krūtų ir kitų vėžių rizika ( $p < 0,001$ ). Kalbant apie nerimą dėl medikamentinio nėštumo nutraukimo keliančius veiksnius, jaunesnės respondentės statistiškai reikšmingai dažniau minėjo mažesnę medicininę priežiūrą ( $p = 0,048$ ) bei trumpesnį laikotarpį, kada galima nutraukti nėštumą ( $p = 0,002$ ), taip pat jaunesnės ( $p = 0,013$ ) ir žemesnio išsilavinimo ( $p = 0,009$ ) respondentės statistiškai reikšmingai daugiau išreiškė baimę, kad nėštumas nebus nutrauktas, o anamnezėje

nėštumo nutraukimo neturėjusios pacientės statistiškai reikšmingai dažniau nerimavo dėl galimų medikamentinio nėštumo nutraukimo komplikacijų ( $p=0,011$ ). Galiausiai, didėjant respondenčių amžiui statistiškai reikšmingai dažniau buvo pageidaujama didesnio prieinamumo prie medikamentinio nėštumo nutraukimo ir informacijos apie jį ( $p=0,002$ ).

Išvados. Nors dauguma tyrime dalyvavusių moterų žinojo apie galimybę nėštumą nutraukti vaistais, šis metodas yra naujas ir keliantis moterims nerimą. Svarbu edukuoti pacientes apie galimybę pasirinkti individualizuotą nėštumo nutraukimo metodą ir informuoti, jog medikamentiniam nėštumo nutraukimui skirti vaistai nesukelia jokios ilgalaikės psichinės ar fizinės sveikatos žalos ir neturi įtakos gebėjimui pastoti ateityje. Tinkamai informuodami pacientes ir siūlydami užjaučiančią ir nesmerkiančią paramą viso sprendimo priėmimo bei nėštumo nutraukimo proceso metu, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai gali sušvelninti psichologinį stresą, susijusį su neplanuotu nėštumu, jo nutraukimu bei traumos po aborto riziką.

Raktažodžiai: medikamentinis nėštumo nutraukimas, mifepristonas, misoprostolis, šalutiniai poveikiai, komplikacijos.

## SUMMARY

The legalisation of medical abortion in Lithuania starting from 2023 is a significant step towards ensuring women's right to choice and access to modern and high-quality reproductive healthcare services. Despite this advancement, medical abortion remains a relatively new concept to many patients. Therefore, this study aims to investigate the opinions and awareness of Lithuanian women regarding medical abortion, considering their demographic characteristics. Additionally, it seeks to explore the factors influencing the choice of abortion method, evaluate the need for further education on women's reproductive health services, and provide an overview of scientific literature on medical abortion.

Methods. An online survey was conducted in September 2023 targeting women aged 18-45 residing in Lithuania. Data were collected via *Google Forms* between September 2023 and February 2024, processed in *Microsoft Excel*, and statistically analysed using *R Commander*. Literature review was conducted using *PubMed* and *Google Scholar* databases using the keywords: medical abortion, mifepristone, misoprostol, adverse effects, complications, with the inclusion criteria: publication date 2019 to 2024, publications in Lithuanian and English languages.

Results. Data were collected from 355 women. Findings revealed that slightly over half of the respondents (57.5%) were aware of the abortion methods available in Lithuania, with 19 respondents (5.4%) having never heard of medical abortion. It was observed that as the age of the respondents decreased, price ( $p < 0.001$ ) and comfort ( $p = 0.026$ ) had a statistically significant greater influence on the choice between the abortion methods, while medical abortion was more likely to be chosen by younger women ( $p = 0.034$ ) and those with fewer pregnancies ( $p < 0.001$ ) and deliveries ( $p < 0.001$ ). Younger respondents were statistically significantly more likely to choose medical abortion due to lower cost ( $p < 0.001$ ). Women with a history of abortion were statistically significantly more likely to cite the lack of need for surgical intervention as an advantage of medical abortion ( $p = 0.024$ ), while younger respondents were more likely to cite the fact that medical abortion does not increase the risk of infertility, breast and other cancers ( $p < 0.001$ ). In terms of factors causing concern about medical abortion, younger respondents were statistically significantly more likely to mention less medical care ( $p = 0.048$ ) and shorter period of time to terminate the pregnancy ( $p = 0.002$ ). In addition, younger respondents ( $p = 0.013$ ) and those with less education ( $p = 0.009$ ) were statistically significantly more likely to express fear of unsuccessful abortion, while patients with no history of abortion were statistically significantly more likely to be concerned about possible complications of medical abortion ( $p = 0.011$ ). Finally, with increasing age, respondents were statistically significantly more likely to want more access to and information about medical abortion ( $p = 0.002$ ).

Conclusions. Despite a majority of women being aware of medical abortion, it remains a source of concern for many. It is crucial to educate women about their options for abortion methods, assuring them that medical abortion is safe and does not have long-term negative effects on mental or physical health or future fertility. By providing comprehensive information and compassionate support throughout the decision-making and termination process, healthcare providers can alleviate the psychological distress associated with unplanned pregnancies and abortion, reducing the risk of post-abortion trauma.

Keywords: medical abortion, mifepristone, misoprostol, adverse effects, complications.

## 2. ĮVADAS

Pastaraisiais dešimtmečiais stebima tendencija, kuomet dėl valstybių socialinio ir ekonominio vystymosi mažėja pageidaujamas šeimos dydis bei žmonės nori susilaukti vaikų vėlesniame amžiuje, todėl vis svarbiau tampa informuoti žmones apie galimybę saugiai

nutraukti neplanuotą ar nepageidaujamą nėštumą (1,2). Duomenys taip pat rodo, kad neplanuoto nėštumo rodikliai visame pasaulyje mažėja, o šiai tendencijai įtaką gali daryti gerėjantis visuomenės švietimas bei didėjantis kontracepcijos prieinamumas ir vartojimas (3,4). Nepaisant to, esami kontracepcijos metodai nėra tobuli, be to ne visos moterys, kurios nenori pastoti, gali ar nori naudotis kontracepcija. Dėl šios priežasties galimybė atlikti saugų ir teisėtą neplanuoto ar nepageidaujamo nėštumo nutraukimą didina žmonių reprodukcinę autonomiją, suteikia galimybę priimti sprendimus dėl savo kūno, sveikatos ir ateities. Susidūrus su neplanuotu ar nepageidaujamu nėštumu teisė į nėštumo nutraukimą ir nėštumo nutraukimo metodo pasirinkimą suteikia moterims galimybę apsaugoti savo fizinę ir psichinę gerovę, išvengti esamų sveikatos sutrikimų paūmėjimo arba sumažinti su gimdymu susijusią riziką.

Pasaulio Sveikatos Organizacija (PSO) sveikatą apibrėžia kaip visiškos fizinės, psichinės ir socialinės gerovės būseną, o ne tik ligos ar negalios nebuvimą. Kad sveikata visiems taptų realybe ir kad žmogaus teisės būtų palaipsniui įgyvendinamos, visi žmonės privalo turėti galimybę gauti kokybišką sveikatos priežiūrą, įskaitant ir nėštumo nutraukimo priežiūros paslaugas, apimančias pacienčių informavimą, nėštumo nutraukimo valdymą ir priežiūrą po jo. Nėštumo nutraukimas yra saugus, kai atliekamas PSO rekomenduojamu metodu, atitinkančiu nėštumo trukmę, ir kai jį atlieka reikiamų įgūdžių turintis asmuo. Tačiau nesant galimybės laiku gauti saugią, prieinamą, įperkamą ir pagarbią nėštumo nutraukimo priežiūrą, kyla pavojus ne tik fizinei, bet ir psichinei bei socialinei moterų gerovei (5). Yra aiškių įrodymų, kad nėštumo nutraukimo prieinamumo ribojimas nesumažina nėštumo nutraukimų skaičiaus, bet daro šią procedūrą mažiau saugią, keliančią pavojų moters sveikatai ar net sąlygojančią mirtį (6,7). Apie 45 proc. visų nėštumo nutraukimų yra nesaugūs ir tai yra pagrindinė, tačiau išvengiama, motinų ligų ir mirčių priežastis (5). Nacionalinis Sveikatos ir Klinikinės Kompetencijos Institutas (angl. *National Institute for Health and Care Excellence*) savo 2019 m. gairėse dėl abortų priežiūros nurodė, kad nėštumo nutraukimo prieinamumo gerinimas turėtų būti pagrindinis prioritetas (8).

Nėštumo nutraukimas Lietuvoje tapo teisėta sveikatos priežiūros paslauga 1994 metais. Tuomet priimtas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos įstatymas leido nutraukti nėštumą chirurginiu būdu moters pageidavimu iki 12 nėštumo savaitės arba didesnę nei 12 savaičių nėštumą, jei kyla pavojus moters gyvybei ar sveikatai (9). Tačiau nuo 2023 m. sausio 1 d. nėštumą nutraukti nusprendusios moterys tai padaryti gali be chirurginės intervencijos, suvartodamos gydytojo paskirtų specialiai tam skirtų vaistų. Vaistinio nėštumo nutraukimo įteisinimas Lietuvoje yra labai svarbus žingsnis, siekiant užtikrinti moterų teisę

rinktis ir gauti šiuolaikiškas ir kokybiškas reprodukcinės sveikatos priežiūros paslaugas. Nepaisant to, galimybė nėštumą nutraukti vaistais yra nauja ir ne visiems žinoma sveikatos priežiūros procedūra, todėl svarbu išsiaiškinti Lietuvos moterų informuotumą bei nuomonę apie šį nėštumo nutraukimo metodą, kad būtų galima gerinti moterų edukaciją ir taip sumažinti nesaugių nėštumo nutraukimų bei su jais susijusių komplikacijų riziką.

Darbo tikslas – išanalizuoti Lietuvos moterų informuotumą ir nuomonę apie medikamentinį nėštumo nutraukimą ir pateikti mokslinę literatūrą apie medikamentinio nėštumo nutraukimo privalumus ir trūkumus.

Darbo uždaviniai:

- 1) Ištirti Lietuvos moterų žinias apie nėštumo nutraukimo metodus;
- 2) Ištirti Lietuvos moterų informuotumą apie medikamentinį nėštumo nutraukimą;
- 3) Ištirti, kas Lietuvos moterims yra svarbu renkantis nėštumo nutraukimo metodą;
- 4) Išsiaiškinti, ar reikalinga geresnė Lietuvos moterų edukacija apie reprodukcinės sveikatos paslaugas;
- 5) Pateikti mokslinę literatūrą apie medikamentinį nėštumo nutraukimą.

### 3. LITERATŪROS APŽVALGA

#### 3.1 MEDIKAMENTINIO NĖŠTUMO NUTRAUKIMO EIGA, PRIVALUMAI IR TRŪKUMAI, GALIMI ŠALUTINIAI POVEIKIAI IR KOMPLIKACIJOS

Kasmet beveik pusė visų nėštumų būna neplanuoti (121 mln.) ir kasmet pasaulyje atliekama apie 73 mln. nėštumo nutraukimų. Šeši iš dešimties (61 proc.) neplanuotų nėštumų ir trys iš dešimties (29 proc.) nėštumų baigiasi nėštumo nutraukimu (5,6). Iš visų 2020 m. atliktų ankstyvųjų pirmojo trečdaliao nėštumo nutraukimų, kai ankstyvasis nėštumo nutraukimas apibrėžiamas kaip atliktas 9 nėštumo savaitę ar anksčiau, 53,7 proc. buvo medikamentiniai nėštumo nutraukimai, o nuo 2010 iki 2019 metų medikamentinio nėštumo nutraukimo skaičius padidėjo 123 proc. (10–12). Medikamentinis nėštumo nutraukimas yra saugus ir efektyvus (efektyvumas 95,0–97,0 proc.) neplanuoto ir nepageidaujamo nėštumo nutraukimo būdas, kuomet skiriami specialūs vaistai sukelti abortą (13). Medikamentinis nėštumo nutraukimas yra saugi chirurginio aborto alternatyva, padedanti išvengti su chirurginėmis intervencijomis susijusios rizikos ir potencialių komplikacijų, pavyzdžiui, gimdos perforacijos, pooperacinės infekcijos ir kt. (3-5 proc. atvejų neįvykus visiškam nėštumo nutraukimui tenka nėštumą nutraukti chirurginiu būdu). Taip pat išvengiama anestezijos, todėl mažesnė susijusių komplikacijų rizika (13,14). Medikamentinis nėštumo

nutraukimas yra saugesnis nutukimu sergančioms pacientėms ar turinčioms gimdos ertmės deformaciją, pavyzdžiui, dėl didelių fibroidų. Nėštumo nutraukimas vaistais gali būti prieinamesnė bei pigesnė aborto alternatyva, kurią galima atlikti be hospitalizacijos, pacientei palankioje, saugioje aplinkoje, pavyzdžiui, namuose, todėl paprastai yra patiriama mažiau streso (13,14). Taip pat nėštumą nutraukiant vaistais nedidėja nevaisingumo, krūtų ar kitų vėžio rūšių rizika (13). Medikamentinio nėštumo nutraukimo procesas panašus į spontaniinį persileidimą, moteris patiria kraujavimą ir spazmus (15).

Medikamentinis nėštumo nutraukimas dažniausiai atliekamas naudojant du medikamentus: mifepristoną - sintetinį steroidą, pasižymintį antiprogestininį poveikį, ir misoprostolį - prostaglandino analogą (15). Jei nėra galimybės gauti mifepristono, priimtina alternatyva yra tik misoprostolio vartojimas (16). PSO rekomenduoja medikamentinį nėštumo nutraukimą, taikant kombinuotą schemą, kai per 63 nėštumo dienas (9 sav.) per burną vartojama 200 mg mifepristono, o po 24-48 val. į makštį, per burną, po liežuvio ar už skruosto vartojama 800 µg misoprostolio (16,17). Mifepristonas yra selektyvus progesterono receptorių antagonistas, kuris mažomis dozėmis prisijungia prie progesterono receptorių atkrantinčiojoje gimdos gleivinės plėvėje (lot. *decidua*) su didesniu afinitetu nei pats progesteronas ir konkuruoja su progesteronu receptorių lygmenyje blokuodamas jo veikimą, todėl veikia kaip antiprogestinas, taip sukeldamas atkrantinčiosios gimdos gleivinės plėvės degeneraciją ir nekrozę (15,18–20). Progesteronas yra pagrindinis hormonas, paruošiantis gimdos gleivinę implantacijai, taip pat jautrinantis organizmą prostaglandinų poveikiui, didindamas jų sintezę ir mažindamas medžiagų apykaitą (18). Veikiant mifepristonui inicijuojama atkrantinčiosios gimdos gleivinės plėvės ląstelių apoptozė ir nepakankama kraujotaka, dėl šių veiksnių nėštumas sustoja progresuoti, placenta ir embrionas atsiskiria nuo gimdos gleivinės, prasideda gimdos susitraukimai ir gimdos kaklelyje esančio kolageno irimas, kuris skatina gimdos kaklelio brendimą ir išsiplėtimą, kad būtų pašalintas gimdos turinys (21–24). Tuo tarpu kitas nėštumo nutraukimui skiriamas medikamentas misoprostolis vartojamas praėjus 24-48 valandoms po mifepristono suvartojimo. Misoprostolis yra sintetinis prostaglandino E1 analogas, kuris prisijungdamas prie gimdos gleivinės lygiųjų raumenų ląstelių sukelia uterotoninį poveikį, taip skatindamas gimdymą ir gimdos kaklelio brendimą. Gimdos kaklelio išsiplėtimą pirmiausia sukelia kolageno skaidymas jungiamajame audinyje ir gimdos kaklelio tonuso sumažėjimas, kuris atsiranda dėl padidėjusio gimdos susitraukimų dažnio ir amplitudės. Misoprostolio uterotoninės savybės taip pat naudingos siekiant sumažinti kraujavimą po gimdymo (25,26). Taigi, misoprostolis suminkština gimdos

kaklelio audinius, praveria gimdos kaklelio kanalą, sukelia gimdos susitraukimus ir skatina gimdos turinio pasišalinimą.

Nors medikamentinio nėštumo nutraukimui PSO rekomenduojama kombinuota mifepristono ir misoprostolio schema, buvo atlikti tyrimai siekiant išsiaiškinti ir palyginti efektyvumą bei šalutinius poveikius vartojant skirtingas medikamentų schemas (16,27). Taikant kombinuotą mifepristono ir misoprostolio schemą, kuomet naudojama didelė mifepristono dozė (600 mg), palyginti su maža (200 mg) mifepristono doze, rezultatai buvo panašiai veiksmingi siekiant visiško nėštumo nutraukimo. Skiriant 800 µg misoprostolio buvo pastebėta mažiau nesėkmingų nėštumo nutraukimų atvejų nei skiriant 400 µg. Taip pat buvo tiriamas misoprostolio paskyrimo laiko efektyvumas. Kai misoprostolis skiriamas pirmąją dieną po mifepristono suvartojimo buvo pastebimas didesnis visiško nėštumo nutraukimo atvejų skaičius nei skiriant medikamentą trečiąją dieną. Buvo pastebėta, jog per burną vartoti skiriamas misoprostolis sukelia daugiau nesėkmingo nėštumo nutraukimo atvejų nei paskirtas vaginaliniu būdu ir yra susijęs su dažnesniu šalutiniu poveikiu, pavyzdžiui, pykinimu ir viduriavimu (27). Devyniolikoje tyrimų buvo lyginamas vien misoprostolio vartojimas nėštumo nutraukimui ir kombinuotas režimas, kai misoprostolis skiriamas kartu su mifepristonu, letrozolu, estradiolio valeratu, tamoksifenu arba metotreksatu. Nors, pagal PSO rekomendacijas, nėštumo nutraukimui galima skirti tik misoprostolį, lyginant su bet kuriuo iš kombinuotų gydymo būdų, vien tik misoprostolio vartojimas gali padidinti nesėkmingo nėštumo nutraukimo riziką, be to, dažniau pasireiškia viduriavimas (16,27). Pagal atliktus tyrimus pastebėta, jog mažiausiai nesėkmingo nėštumo nutraukimo atvejų pasitaiko misoprostolį paskiriant vartoti po liežuvio (27).

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos įsakymu medikamentinio nėštumo nutraukimo paslaugas gali teikti tik gydytojas akušeris ginekologas (28). Prieš skiriant pacientėms medikamentinio nėštumo nutraukimo vaistus svarbu teisingai pasiruošti procedūrai. Gydytojas akušeris ginekologas atlieka objektyvią moters apžiūrą, patikslina nėštumo trukmę, įvertina moters sveikatos būklę, pagal poreikį skiria laboratorinius ir instrumentinius tyrimus (29). Taip pat svarbu išsiaiškinti, ar pacientė neturi kontraindikacijų procedūrai atlikti. Atlikti medikamentinį nėštumo nutraukimą kontraindikuotina esant alergijai mifepristonui, misoprostoliui ar bet kokiems prostaglandinų preparatams, sergant paveldima porfirija, lėtiniu inkstų nepakankamumu, ypač pacientėms, kurioms taikoma ilgalaikė sisteminių kortikosteroidų terapija. Medikamentinis nėštumo nutraukimas taip pat kontraindikuotinas pacientėms, turinčioms kraujo krešėjimo sutrikimų, pacientėms, kurioms taikoma terapija antikoaguliantais, išskyrus aspiriną, hemodinamiškai nestabilioms



pacientėms ir įtariant ar nustačius ektopinį nėštumą (14,30). Taip pat reikėtų atsižvelgti ir imtis papildomų atsargumo priemonių, jei pacientė serga sunkia anemija, komplikuota širdies ar kraujagyslių sistemos liga, astma, gydoma ilgalaikė inhaliuojamų gliukokortikoidų terapija (dėl mifepristono antigliukokortikoidinio poveikio), insulinu gydomu cukriniu diabetu (dėl galimo vėmimo, pakitusio maisto ir skysčių vartojimo bei galimos dehidratacijos nėštumo nutraukimo metu) bei epilepsija, kurią gali išprovokuoti nėštumo nutraukimo metu atsiradęs vėmimas ar skausmas (14,28). Jei pacientė turi intrauterinę spiralę gimdoje, kurios negalima pašalinti, rekomenduojama atlikti chirurginį abortą (14).

Nors ir retai, trumpalaikiai nepageidaujami šalutiniai poveikiai yra labiau tikėtini po medikamentinio nėštumo nutraukimo nei po chirurginio, ypač mažiau rimti nepageidaujami reiškiniai (31). Nėštumo nutraukimui skirti medikamentai, kaip ir visi kiti medikamentai, gali sukelti šalutinius poveikius, tačiau dažniausiai jie praeina savaime arba suvartojus nereceptinių medikamentų nuo skausmo ar pykinimo. Pacienčių simptomai įprastai būna sunkesni didėjant nėštumo amžiui (32). Medikamentiniam nėštumo nutraukimui pirmiausia per burną vartojamas mifepristonas, po kurio seka stebėjimo laikotarpis iki misoprostolio vartojimo. Šiuo laikotarpiu moteris gali nejausti jokių simptomų, tačiau kartais pastebimi mifepristono šalutiniai poveikiai. Suvartojus mifepristono tabletes labai dažnai (ne rečiau kaip 1 iš 10 asmenų) pasireiškia viduriavimas, gimdos susitraukimai ar spazmai bei pykinimas ar vėmimas. Dažnai (rečiau kaip 1 iš 10 asmenų) gali pasireikšti smarkus kraujavimas, lengvi ar vidutinio sunkumo virškinimo trakto spazmai bei gimdos infekcija (endometritas ir dubens uždegiminė liga) (33). Virškinimo trakto spazmai turėtų palaipsniui mažėti per 3-14 dienų (32). Nedažnai (rečiau kaip 1 iš 100 asmenų) pasireiškia kraujospūdžio sumažėjimas. Retai (rečiau kaip 1 iš 1000 asmenų) gali pasireikšti karščiavimas, galvos skausmai, bendras negalavimas ar nuovargis, vagaliniai simptomai (kaklo ir veido paraudimas, svaigulys, šaltkrėtis), dilgelinė ir odos sutrikimai (33). Po 24-48 val. per burną, po liežuviu, už skruosto arba į makštį yra vartojamas misoprostolis. Jei nusprendžiama medikamentą vartoti po liežuviu ar už skruosto, tabletės turi būti laikomos nenuryjant bent 30 minučių, taip pat misoprostolį paskyrus vartoti į makštį, tabletės turi neiškristi bent 30 minučių (34). Suvartojus misoprostolio tabletes per 1-4 val. prasideda gimdos susitraukimų sukelti spazminiai skausmai, kurie įprastai yra stipresni nei menstruacijų metu juntami skausmai (14). Kemppainen ir kt. tyrime buvo nustatyta, jog didžiausias skausmo balas (mediana, tarpkvartilinis intervalas) vizualinėje analoginėje skalėje (VAS, 0-100 mm) buvo 75. Iš visų moterų 57,7 proc. medikamentinio nėštumo nutraukimo metu patyrė stiprų skausmą (VAS  $\geq$ 70), o 93,5 proc. moterų, be nesteroidinių vaistų nuo uždegimo, prirėkė papildomų

analgetikų. Pastebėta, jog stiprus skausmas ( $VAS \geq 70$ ) buvo susijęs su anamnezėje buvusiu dismenorėja ( $p=0,014$ ), nerimu nėštumo nutraukimo pradžioje ( $p=0,044$ ) ir tuštinimusi nėštumo nutraukimo proceso metu ( $p<0,001$ ). Tyrimas taip pat parodė, jog ligoninėje paskirtas ir suvartotas misoprostolis nesumažina stipraus skausmo patyrimo rizikos ( $p=0,694$ ) (35). Po atsiradusių skausmų dažniausiai seka kraujavimas iš makšties, kuris paprastai būna gausesnis nei įprastas menstruacinis kraujavimas (14). Kraujavimas po medikamentinio nėštumo nutraukimo būna dažnesnis ir gausesnis nei po chirurginio nėštumo nutraukimo ir gali pasireikšti panašiai kaip spontaneo aborto atveju (36). Kraujavimas dažniausiai prasideda per 1-4 valandas po misoprostolio suvartojimo ir gali būti vidutinio stiprumo ar stiprus su krešuliais. Praėjus šiam laikotarpiui, kai vaisius ir nėštuminiai audiniai pašalinami iš gimdos, kraujavimas sumažėja iki panašaus į menstruacinį kraujavimą, tęsiasi 5-7 dienas, o po to palaipsniui mažėja. Iš viso kraujavimas trunka iki 14 dienų (65 proc. atvejų), bet gali užsitęsti iki 4-5 savaičių (14). Kraujavimas iš makšties po medikamentinio nėštumo nutraukimo dažniausiai nereikalauja papildomo gydymo, tačiau 1 proc. moterų prireikia skubios intervencijos, o 0,1 proc. moterų prireikia kraujo perpylimo (30,32,36). Misoprostolio šalutiniai poveikiai yra pykinimas (43-66 proc.), vėmimas (23-40 proc.), viduriavimas (23-35 proc.), galvos skausmas (13-40 proc.) ar svaigimas (28-39 proc.), subfebrilus karščiavimas (32-69 proc.) bei raumenų skausmai, kurie praeina per 6 valandas po medikamento suvartojimo (30,37-40). Jei suvartojus mifepristono ar misoprostolio yra išvemiama greičiau nei per 1 val., reikėtų kreiptis į gydytoją ir apsvarstyti pakartotinę vaistų dozę bei pykinimo ir vėmimo slopinimui vartoti antiemetinius vaistus (13).

Ankstyvojo medikamentinio aborto komplikacijos nėra dažnos, tačiau jas svarbu atpažinti ir tinkamai gydyti (14). Medikamentinis nėštumo nutraukimas gali komplikuohtis stipriu kraujavimu iš makšties ar stipriais pilvo spazmais, kuriems gydyti kartais reikia pakartotinės misoprostolio dozės, nesteroidinių vaistų nuo uždegimo, chirurginio nėštumo nutraukimo ar kraujo komponentų perpylimo (30,41,42). Kraujavimas, kai reikia kreiptis į gydytoją akušerį ginekologą, apibūdinamas kaip kraujavimas, kuriam per valandą sunaudojama 2 ir daugiau menstruacinių įklotų ilgiau nei 2 valandas (30,32). Kita medikamentinio nėštumo nutraukimo komplikacija yra po aborto gimdoje likę nėštuminiai audiniai, kuriuos reikėtų įtarti užsitęsus labai gausiam kraujavimui bei varginant stipriems pilvo spazmams. Gimdoje likusius nėštumo audinius patvirtinti galima ultragarso tyrimu bei gydyti priklausomai nuo simptomų, tokių kaip skausmingi pilvo spazmai, po nėštumo nutraukimo gimdoje likusių nėštuminių audinių kiekis, anemijos išsivystymas. Gydymui galima rinktis pakartotinę misoprostolio dozę (400  $\mu\text{g}$  už skruosto su pakartotine 400  $\mu\text{g}$

misoprostolio doze, jei po pirmosios dozės neprasidėjo reikšmingas kraujavimas) arba chirurginį kiuretažą. Retais atvejais nėštumo nutraukimas gali būti nesėkmingas (0,8 proc. atvejų) (14). Besitęsiantį nėštumą reiktų įtarti tuo atveju, jei išlieka teigiamas arba abejotinais teigiamas nėštumo testas, per 24 valandas nuo misoprostolio suvartojimo pasireiškia nedidelis, silpnas kraujavimas iš makšties, kuris trunka trumpiau nei 4 val. arba kraujavimo iš makšties visai nėra, ypač jei tęsiasi nėštumo simptomai, tokie kaip krūtų maudimas, pilvo augimas, pykinimas. Įtarus nesėkmingą nėštumo nutraukimą reiktų kreiptis į gydytoją akušerį ginekologą, atlikti ultragarso ir kiekybinį žmogaus chorioninio gonadotropino tyrimą bei apsvaistinti pakartotinę mifepristono ir misoprostolio dozę (jei nėštumas patvirtinamas ir gestacinis amžius iki 63 d.) arba chirurginį nėštumo nutraukimą (13,14,30,43). Medikamentinis nėštumo nutraukimas taip pat gali komplikuotis endometritu (0,1-0,2 proc. atvejų), kuris pasireiškia nespecifiniais požymiais, tačiau jam būdingas karščiavimas vėliau nei po 24 val. suvartojus misoprostolio, pilvo ir dubens skausmai, išskyros iš makšties bei gimdos ir/ar gimdos priedų jautrumas (14,30,42). Febrilus karščiavimas, trunkantis ilgiau nei 4 valandas, nepaisant tinkamos antipiretikų dozės, yra indikacija kreiptis į gydytoją akušerį ginekologą (32). Dauguma atvejų endometritas yra susijęs su gimdoje likusiais nėštumo audiniais (14). Endometrito gydymas įtraukia gimdos gleivinės kiuretažą, jei gimdoje liko nėštumo audinių (iki 5 proc. atvejų), bei gydymą empiriškai plataus veikimo spektro antibiotikais, veikiančiais betalaktamazę išskiriančias anaerobines bakterijas (14,30,42). Jei pacientės hemodinamika nestabili, reikia nedelsiant teikti stacionarizavimo paslaugas ligoninėje ir pradėti agresyvią gydymą intraveniniais antibiotikais (30,42). Taigi, prieš paskiriant nėštumo nutraukimui vartojamus vaistus, pacientėms turi būti pranešama apie medikamentinio nėštumo nutraukimo rizikas, įskaitant gausų kraujavimą, endometritą, neįvykusį nėštumo nutraukimą, kai gali prireikti papildomos vaistų dozės ar nėštumą nutraukti chirurginiu būdu, o jei neįvykus nėštumo nutraukimui nusprendžiama jį tęsti – apie misoprostolio teratogeniškumą (30,32,36). Nepaisant anksčiau paminėtų rizikų, svarbu informuoti pacientes, jog medikamentiniam nėštumo nutraukimui skirti vaistai nesukelia jokios ilgalaikės psichinės ar fizinės sveikatos žalos ir neturi įtakos gebėjimui pastoti ateityje (44).

Po atliktos medikamentinio nėštumo nutraukimo procedūros praktikoje yra naudojami 2 būdai patvirtinti, jog nėštumas yra nutrauktas. Labiausiai paplitęs metodas yra žmogaus chorioninio gonadotropino koncentracijos kraujo serume nustatymas. Nuo koncentracijos tyrimo prieš nėštumo nutraukimą iki kontrolinio tyrimo praėjus 7 dienoms nuo mifepristono suvartojimo, hormono koncentracija serume turi būti sumažėjusi bent 80 proc. Taip pat

nėštumo nutraukimui patvirtinti namie galima atlikti mažo jautrumo (jautrumas 1000 TV/l) nėštumo testą iš šlapimo praėjus 16-21 dienai nuo mifepristono vartojimo. Jei testas yra teigiamas, reikia išmatuoti žmogaus chorioninio gonadotropino koncentraciją serume. Rutininis ultragarso tyrimas nerekomenduojamas (14). Atlikus medikamentinį nėštumo nutraukimą pacientei rekomenduojama atvykti gydytojo akušerio ginekologo konsultacijai per 14 dienų po procedūros. Pacientėms, kurioms nustatytas rezus D neigiamas faktorius, paskiriama atlikti anti-D imunoprolifaktiką per 72 val. po medikamentinio nėštumo nutraukimo (28).

Po medikamentinio nėštumo nutraukimo ovuliacija įvyksta per 8-14 dienų, todėl neplanuojant nėštumo svarbu naudotis efektyvia ir individualiai pritaikyta kontracepcija (13). Hormoninę kontracepciją galima pradėti vartoti iškart, kai išgeriama mifepristono tabletė, o gimdos spiralę galima implantuoti iškart po nėštumo nutraukimo, jei gimdoje nėra likusių nėštumo audinių, arba pirmųjų menstruacijų po nėštumo nutraukimo metu (14).

### 3.2 COVID-19 PANDEMIJOS ĮTAKA VAISTINIO NĖŠTUMO NUTRAUKIMO EIGAI IR TELEMEDICINOS REIKŠMĖ

Nors atsiradus vaistiniam nėštumo nutraukimui pagerėjo saugių nėštumo nutraukimo paslaugų prieinamumas, 2020 m. dėl prasidėjusios COVID-19 pandemijos sveikatos paslaugų gavėjams ir teikėjams teko susidurti su didžiausiais nėštumo nutraukimo paslaugų pokyčiais (45). Per pandemijos įkarštį daugelis sveikatos priežiūros įstaigų susidūrė su paslaugų teikimo sutrikimais dėl išteklių persikirstymo, darbuotojų trūkumo ir COVID-19 kontrolės prioritetų nustatymo. Dėl paminėtų aspektų vėlavo arba buvo atšauktos neskubios procedūros, įskaitant ir nėštumo nutraukimus, todėl Karališkoji Akušerių ir Ginekologų Kolegija (angl. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*) paskelbė gaires, kuriomis buvo siekiama užtikrinti nėštumo nutraukimo priežiūros prieinamumą pandemijos metu Didžiojoje Britanijoje (46). Iki COVID-19 atsiradimo visos pacientės, norinčios atlikti medikamentinį nėštumo nutraukimą, privalėjo atvykti ultragarsiniam tyrimui ir vaisto paskyrimui bei suvartojimui į gydymo įstaigą. Pagal naująsias gaires konsultacijos buvo skatinamos telefonu arba vaizdo skambučiu, ultragarso tyrimas buvo reikalingas tik esant tam tikroms indikacijoms. Iki 2020 m. kovo 30 d. visos Didžiosios Britanijos vyriausybės išleido skubius teisinius įsakymus, leidžiančius naudoti mifepristoną namuose kartu su misoprostoliu iki 10 nėštumo savaitės. Šie įsakymai leido aborto paslaugų teikėjams įgyvendinti visiškai telemedicininį nėštumo nutraukimo paslaugų teikimo modelį, kuomet pacientei nereikia

apsilankyti klinikoje, neatliekami jokie tyrimai, o mifepristonas ir misoprostolis pacientėms pristatomi paštu arba sudaroma galimybė medikamentus atsiimti klinikoje ir vartoti namie (47,48). Tuo tarpu apklausus 100 nepriklausomų klinikų Jungtinėse Amerikos Valstijose, kurios atlieka nėštumo nutraukimus, 87 proc. jų pranešė apie tam tikrus klinikinės praktikos pokyčius reaguojant į COVID-19, iš jų 20 proc. pradėjo teikti konsultacijas dėl medikamentinio nėštumo nutraukimo naudojant telemediciną. Kitoje apklausoje, kurioje dalyvavo 55 nėštumo nutraukimo paslaugas teikiančios klinikos, priklausančios Šeimos planavimo draugijos nėštumo nutraukimo klinikinių tyrimų tinklui, nustatyta, kad iki 2020 m. spalio mėn. 71 proc. klinikų į medikamentinio nėštumo nutraukimo protokolus pradėjo įtraukti telemediciną, o 9 proc. klinikų siūlė medikamentų pasiėmimą lauke šalia klinikos, siekiant sumažinti asmeninių kontaktų skaičių ir užsikrėtimo COVID-19 infekcija riziką. Pastebėta, jog medikamentinio nėštumo nutraukimo efektyvumas nesiskyrė tarp atliktų ligoninėje ir namie, taikant telemedicinos konsultacijas (49). Telemedicina – tai informacinių ir komunikacinių technologijų naudojimas, siekiant pagerinti pacientų gydymo rezultatus didinant sveikatos priežiūros paslaugų ir informacijos prieinamumą. Telemedicinos paslaugos ne tik mažina sveikatos priežiūros sistemos išlaidas, bet ir didina sveikatos priežiūros paslaugų patogumą bei saugumą (50,51). Daugelyje valstybių telemedicina taikoma ir nėštumo nutraukimo priežiūrai, siekiant pagerinti nėštumo nutraukimo prieinamumą (8,52). Aiken A ir kt. ištyrė šį paslaugų modelį ir nustatė, jog nėštumo nutraukimo priežiūrai taikant telemediciną trumpėja paslaugos laukimo laikas, nėštumo nutraukimas atliekamas ankstyvesniu nėštumo laikotarpiu. Taip pat taikant telemedicinos ir hibridinį modelį nėštumo nutraukimo veiksmingumas buvo didesnis nei atliekant klinikoje (99,2 proc., palyginti su 98,1 proc.,  $p < 0,001$ ). Telemedicinos priimtumas buvo aukštas (96 proc. pacienčių buvo patenkintos), o 80 proc. nurodė, kad ateityje teiks pirmenybę telemedicinai (53). Tokius rezultatus pastebėjo ir Zhang ir kt., kurie ištyrė, kad nesėkmingo visiško nėštumo nutraukimo atvejų skaičius, kai vaistas skiriamas savarankiškai namuose, nesiskiria nuo nesėkmingo skyrimo ligoninėje (27). Aiken ARA ir kt. tyrime, kurio tikslas buvo nustatyti savarankiško medikamentinio nėštumo nutraukimo saugumą ir efektyvumą naudojant telemediciną Jungtinėse Amerikos Valstijose, buvo nustatyta 96,4 proc. sėkmingai nutrauktų nėštumų be chirurginės intervencijos, o 1 proc. tiriamųjų pranešė, jog patyrė rimtus nepageidaujamus šalutinius reiškinius, dėl kurių prireikė papildomo gydymo (54). Nors anksčiau minėti tyrimai rodo, jog medikamentinį nėštumo nutraukimą namuose atlikti yra saugu, veiksminga ir daugumai moterų priimtina, pacienčių patirtis yra skirtinga ir dalis moterų šio metodo daugiau nebesirinktų, todėl svarbu gerinti moterų patirtį. Ištirta, jog nėštumo nutraukimo

vietos pasirinkimui (namuose ar klinikinėje aplinkoje) įtakos turi paslaugų veiksniai (vizitų pas gydytoją skaičius, laikas ir laukimo trukmė), asmeninės pareigos (rūpinimasis šeimos nariais ir/ar darbo įsipareigojimai), geografinė padėtis (kelionės iki gydymo įstaigos laikas ir/ar atstumas), anonimiškumo poreikis ir noras būti informuota ir/ar dalyvauti procese. Nustatyta, kad pacienčių patirtis galėtų būti geresnė, jei būtų siūloma galimybė nėštumo nutraukimo metu savarankiškai kreiptis į gydytoją per telemedicinos konsultacijas, galimybė individualizuoti procesą, jei būtų savarankiškai prieinamas geresnis skausmo malšinimas ir galimybė pasirinkti, kada ir kaip aptarti tolesnę kontracepciją (55). Taigi, naudojantis telemedicinos konsultacijomis savarankiškai atliekamas medikamentinis nėštumo nutraukimas suteikia moterims galimybę kontroliuoti nėštumo nutraukimo procesą, geriau suprasti savo kūną, nuspręsti, kada kreiptis pagalbos bei sumažinti sveikatos priežiūros sistemai tenkančią našą.

#### 4. TIRIAMIEJI IR METODAI

2023 metų rugsėjo mėnesį buvo paruošta internetinė apklausa moterims, gyvenančioms Lietuvoje. Įtraukimo į anketinį skerspjūvio tyrimą kriterijus – 18-45 metų amžiaus Lietuvoje gyvenančios moterys. Duomenys buvo renkami 2023 m. rugsėjo – 2024 m. vasario mėnesiais per *Google Forms*. Internetiniu klausimynu buvo siekiama išsiaiškinti Lietuvos moterų nuomonę apie medikamentinį nėštumo nutraukimą, atsižvelgiant į jų demografinius rodiklius, tokius kaip amžius, išsilavinimo lygis, gyvenamoji vieta ir šeimyninė padėtis. Be to, respondentėms buvo prašoma atskleisti savo reprodukcinę istoriją, įskaitant nėštumų, gimdymų skaičių ir ar anksčiau buvo nutrauktas nėštumas. Pagal pateiktus atsakymus taip pat buvo tiriamos dalyvių žinios apie įvairius nėštumo nutraukimo metodus bei informuotumas apie medikamentinį nėštumo nutraukimą. Dalyvių buvo prašoma išreikšti savo nuomonę apie vaistinio nėštumo nutraukimo saugumą, nurodyti veiksnius, kurie, jų nuomone, yra svarbūs renkantis vieną ar kitą nėštumo nutraukimo metodą, įvardinti priežastis, kodėl respondentės pasirinktų medikamentinį ar chirurginį nėštumo nutraukimą ir kokie, respondentėms nuomone, yra medikamentinio nėštumo nutraukimo privalumai bei trūkumai. Galiausiai klausimyne buvo vertinamos respondentėms žinios, kur reikia kreiptis pagalbos norint nutraukti nėštumą bei noras gauti daugiau informacijos apie medikamentinį nėštumo nutraukimą. Viso tyrimo metu buvo griežtai užtikrintas dalyvių anonimiškumas. Tyrimo anketa pateikiama prieduose (1 priedas). Surinkti duomenys buvo apdorojami *Microsoft Excel* programoje, o statistinė duomenų analizė atlikta naudojant *R Commander*.

Apibendrinant tyrimo imties charakteristikas buvo apskaičiuota aprašomoji statistika, įskaitant dažnius, procentines dalis, vidurkius ir standartinius nuokrypius. Išvestinė statistika buvo naudojama siekiant iširti statistinį ryšį tarp kintamųjų. Duomenų pasiskirstymo normalumo vertinimas buvo atliktas naudojant Šapiro-Vilko (angl. *Shapiro-Wilk*) testą. Kai duomenys buvo pasiskirstę normaliai buvo naudojamas Pirseno (angl. *Pearson*) tiesinės koreliacijos testas, o nenormaliai pasiskirsčiusiems duomenims – Spirmeno (angl. *Spearman*) ranginės koreliacijos testas. Duomenys buvo laikomi statistiškai reikšmingais kai  $p$  reikšmė buvo mažesnė už 0,05. Literatūros paieška buvo atlikta *PubMed* ir *Google Scholar* duomenų bazėse, vartojami raktiniai žodžiai: medikamentinis nėštumo nutraukimas, mifepristonas, misoprostolis, šalutiniai poveikiai, komplikacijos, pagal šiuos kriterijus: publikacijos data 2019–2024 m., publikacijos lietuvių ir anglų kalbomis.

## 5. REZULTATAI

Iš viso apklausoje dalyvavo 364 Lietuvos moterys, iš kurių pagal atrankos kriterijus į tyrimą buvo įtrauktos 355 pilnai anketą užpildžiusios respondentės. Dalyvių amžius buvo nuo 18 iki 45 metų, amžiaus vidurkis –  $27 \pm 6,9$  metai. Didžioji dauguma respondenčių apklausos vykdymo laikotarpiu turėjo aukštąjį universitetinį išsilavinimą (60,0 proc.), gyveno didmiestyje (91,8 proc.) ir turėjo partnerį (48,5 proc.) (1 lentelė).

**1 lentelė.** Respondenčių demografiniai rodikliai

Demografiniai rodikliai	Respondentės	
	Skaičius	Procentai
<b>Išsilavinimas</b>		
Aukštasis universitetinis	213	60,0
Aukštasis neuniversitetinis	29	8,2
Vidurinis	94	26,5
Pagrindinis	19	5,4
<b>Gyvenamoji vieta</b>		
Didmiestis (Vilnius, Kaunas, Klaipėda, Panevėžys, Šiauliai)	326	91,8
Mažesnis miestas	22	6,2
Kaimas	7	2,0
<b>Šeimyninė padėtis</b>		
Turi partnerį	172	48,5
Vieniša	96	27,0
Ištekėjusi	87	24,5

Kalbant apie respondenčių reprodukcinę anamnezę, daugiausiai apklausoje dalyvavo nėštumų ir gimdymų anamnezėje neturėjusios moterys (2 lentelė). Vidutinis vienos respondentės nėštumų skaičius buvo  $0,6 \pm 1,1$ , o vidutinis vienos respondentės gimdymų

skaičius buvo  $0,4 \pm 0,8$ . 37 respondentės (10,4 proc.) anamnezėje buvo nutraukusios nėštumą. Nėštumų skaičius ir gimdymų skaičius anamnezėje buvo statistiškai reikšmingas nėštumo nutraukimo būdo pasirinkimui – mažiau nėštumų ( $p < 0,001$ ) ir gimdymų ( $p < 0,001$ ) turėjusios respondentės buvo labiau linkusios pasirinkti medikamentinį nėštumo nutraukimą. Anamnezėje buvęs nėštumo nutraukimas įtakos nėštumo nutraukimo būdo pasirinkimui neturėjo.

**2 lentelė.** Respondenčių reprodukcinė anamnezė

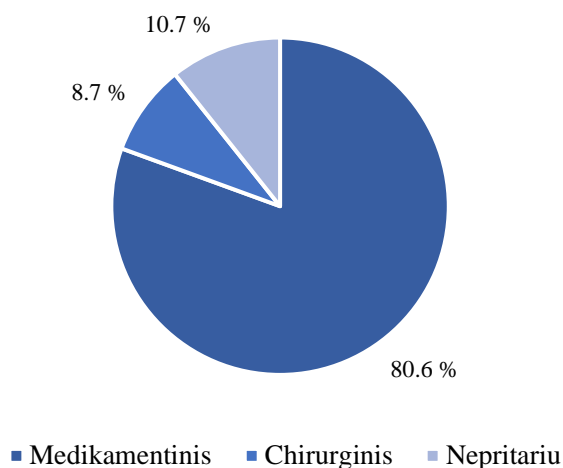
Reprodukcinė anamnezė	Skaičius	Respondentės	Procentai
<b>Nėštumų skaičius</b>			
Neturėjo	256		72,1
Vienas	39		11,0
Du	26		7,3
Trys	22		6,2
Keturi	8		2,3
Penki	4		1,1
<b>Gimdymų skaičius</b>			
Negimdžiusi	273		76,9
Vienas	35		9,9
Du	36		10,1
Trys	9		2,5
Keturi	2		0,6
<b>Nėštumo nutraukimas anamnezėje</b>			
Taip	37		10,4
Ne	318		89,6

Siekiant išsiaiškinti Lietuvos moterų informuotumą apie nėštumo nutraukimo būdus buvo prašoma išvardinti žinomus nėštumo nutraukimo metodus, tačiau tik šiek tiek daugiau nei pusė respondenčių (57,5 proc.) juos galėjo įvardinti teisingai, o 19 respondenčių (5,4 proc.) anksčiau nebuvo girdėjusios apie vaistinį nėštumo nutraukimą. Dalis moterų (11,1 proc.) prie nėštumo nutraukimo būdų priskyrė sudėtines kontraceptines bei greitosios kontracepcijos tabletes.

Didžioji dauguma respondenčių (79,7 proc.) medikamentinį nėštumo nutraukimą laiko saugesniu metodu bei beveik tiek pat moterų (80,6 proc.) šiam nėštumo nutraukimo būdui teiktų pirmenybę (1 pav.). Buvo pastebėta koreliacija tarp respondenčių amžiaus ir nėštumo nutraukimo būdo pasirinkimo – jaunesnės respondentės yra statistiškai reikšmingai dažniau linkusios pasirinkti medikamentinį nėštumo nutraukimą ( $p = 0,034$ ).



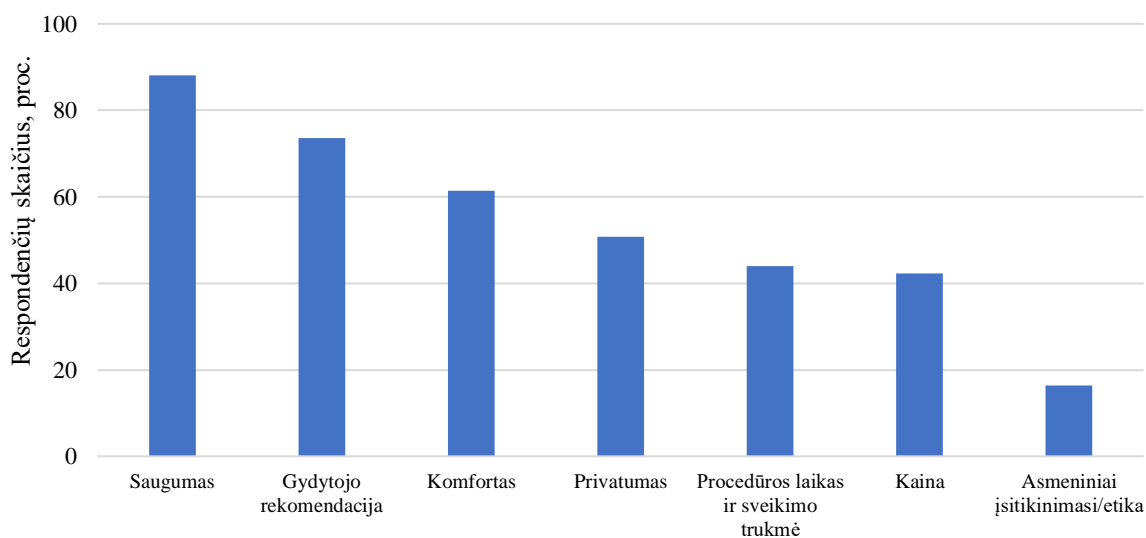
### Nėštumo nutraukimo metodas, kurį pasirinktų respondentės



**1 paveikslas.** Nėštumo nutraukimo metodas, kurį pasirinktų respondentės

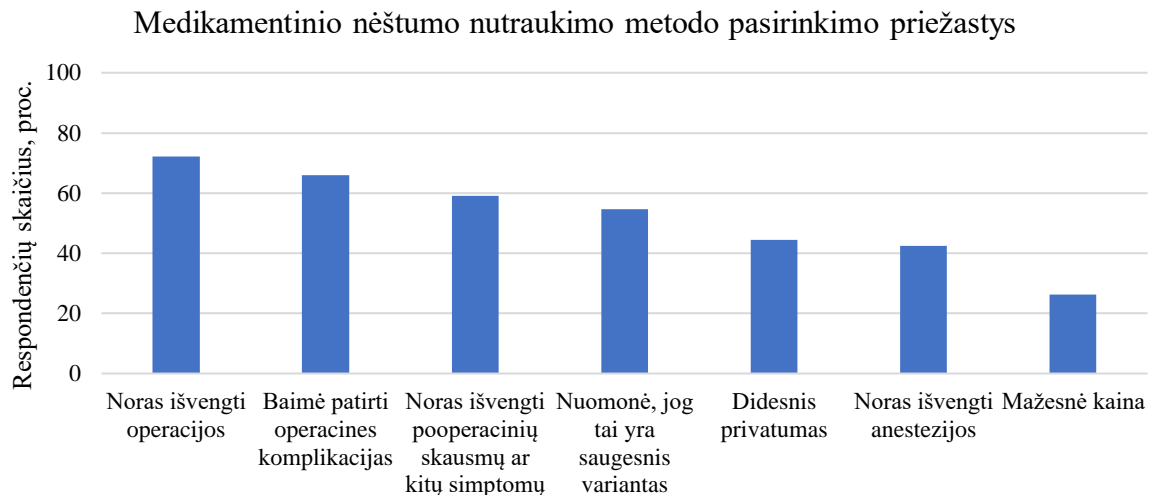
Analizuojant veiksnius, darančius įtaką Lietuvos moterų pasirinkimui tarp medikamentinio ir chirurginio nėštumo nutraukimo, metodo saugumas buvo įvardijamas kaip svarbiausias aspektas – jo svarbą pabrėžė 313 dalyvių (88,2 proc.) (2 pav.). Buvo pastebėta, jog mažėjant respondenčių amžiui statistiškai reikšmingai daugiau įtakos pasirinkimui tarp nėštumo nutraukimo metodų daro kaina ( $p < 0,001$ ) ir komfortas ( $p = 0,026$ ).

### Veiksniai, darančys įtaką nėštumo nutraukimo metodo pasirinkimui



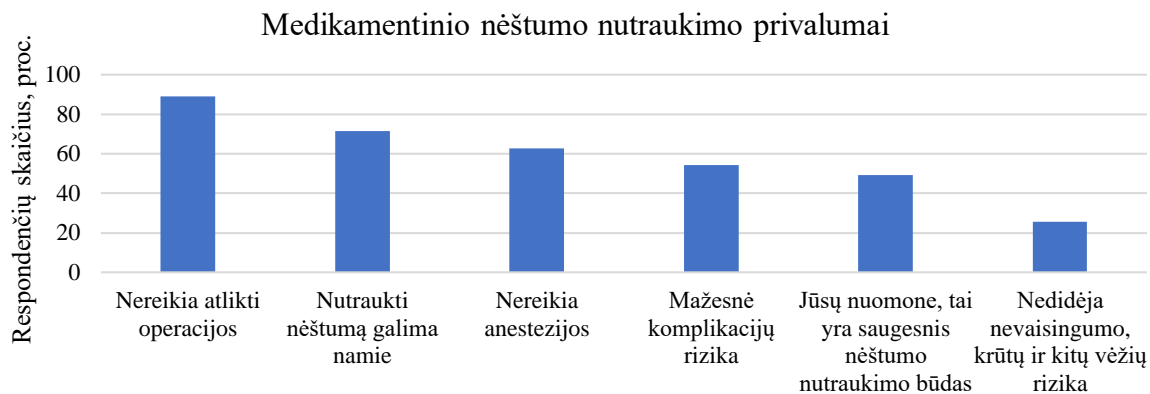
**2 paveikslas.** Veiksniai, darančys įtaką nėštumo nutraukimo metodo pasirinkimui

Dažniausios priežastys, dėl kurių respondentės rinktųsi nėštumo nutraukimą medikamentais, buvo noras išvengti operacijos (72,1 proc.) ir chirurginių komplikacijų baimė (65,9 proc.) (3 pav.). Mažėjant respondenčių amžiui statistiškai reikšmingai dažniau mažesnė kaina yra įvardinama kaip priežastis pasirinkti medikamentinį nėštumo nutraukimą ( $p < 0,001$ ).



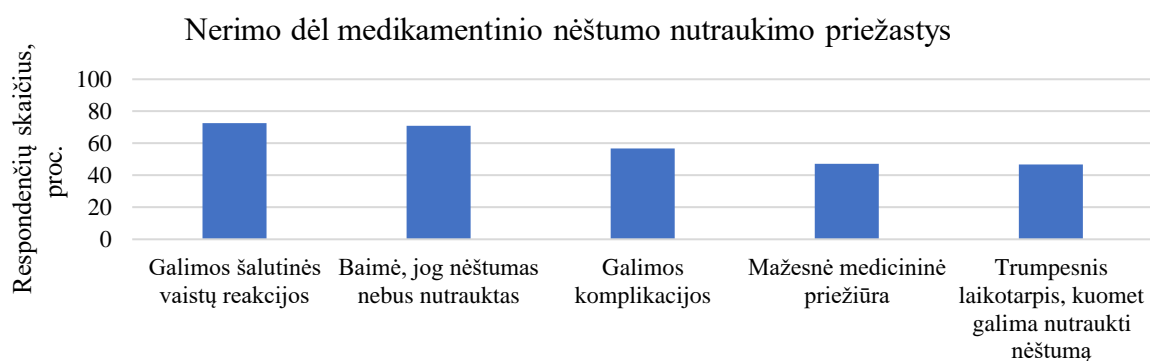
### **3 paveikslas.** Medikamentinio nėštumo nutraukimo metodo pasirinkimo priežastys

Apklausoje dalyvavusios moterys nurodė keletą medikamentinio nėštumo nutraukimo privalumų (4 pav.). Didžioji dauguma dalyvių (89,0 proc.) pabrėžė, kad nereikia atlikti operacijos. Respondentės, kurios anamnezėje turėjo nėštumo nutraukimą, statistiškai reikšmingai dažniau kaip medikamentinio nėštumo privalumą minėjo, jog nereikia chirurginės intervencijos ( $p = 0,024$ ). Be to, 254 respondentės (71,5 proc.) pabrėžė galimybę atlikti procedūrą namuose. Statistiškai reikšmingai daugiau respondenčių, kurioms pasirinkime tarp nėštumo nutraukimo metodų svarbus privatumas, rinktųsi medikamentinį nėštumo nutraukimą, dėl galimybės jį atlikti namuose ar kitoje sau palankioje aplinkoje ( $p < 0,001$ ). Taip pat buvo pastebėta, jog jaunesnėms respondentėms statistiškai reikšmingai svarbiau, jog nėštumą nutraukiant medikamentiniu būdu nedidėja nevaisingumo, krūtų ir kitų vėžių rizika ( $p < 0,001$ ).



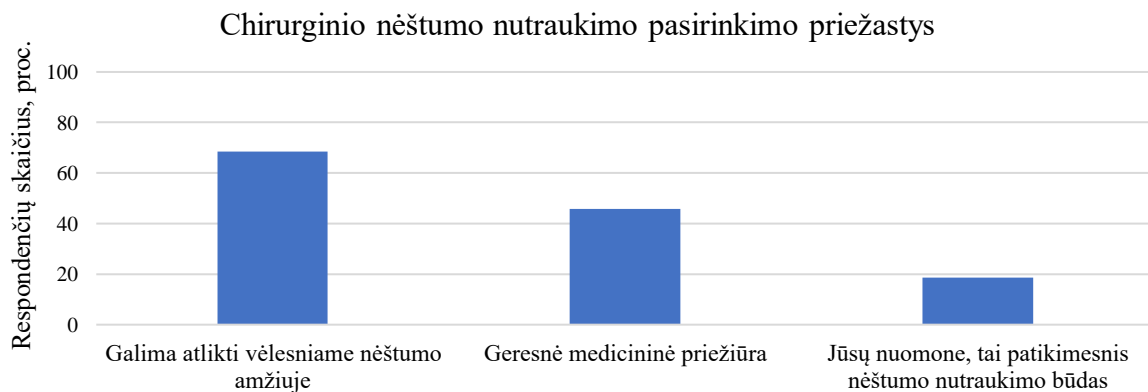
#### 4 paveikslas. Medikamentinio nėštumo nutraukimo privalumai

Nepaisant anksčiau įvardintų medikamentinio nėštumo nutraukimo privalumų, buvo svarbu išsiaiškinti, kas pasirinkimo metu moterims keltų nerimą (5 pav.). Dažniausiai respondentėms nerimą kėlė galimos šalutinės vaistų reakcijos (72,7 proc.) bei baimė, kad nėštumas nebus nutrauktas (71,0 proc.). Jaunesnės ( $p=0,013$ ) ir žemesnio išsilavinimo ( $p=0,009$ ) respondentės statistiškai reikšmingai dažniau išreiškė baimę, kad nėštumas nebus nutrauktas. Šiek tiek daugiau nei pusė dalyvių (56,6 proc.) taip pat nerimavo dėl galimų medikamentinio nėštumo nutraukimo komplikacijų. Šį veiksniį statistiškai reikšmingai daugiau minėjo respondentės, kurios anamnezėje nėra turėjusios nėštumo nutraukimo ( $p=0,011$ ). Beveik pusė respondenčių kaip nerimą keliančius veiksnius minėjo mažesnę medicininę priežiūrą (47,3 proc.) ir trumpesnę laikotarpį, kuomet galima nutraukti nėštumą (46,8 proc.). Buvo pastebėta koreliacija tarp šių veiksnių ir respondenčių amžiaus – mažėjant moterų amžiui statistiškai reikšmingai daugiau kartų minimas nerimas dėl mažesnės medicininės priežiūros ( $p=0,048$ ) bei trumpesnio laikotarpio, kada galima nutraukti nėštumą ( $p=0,002$ ).



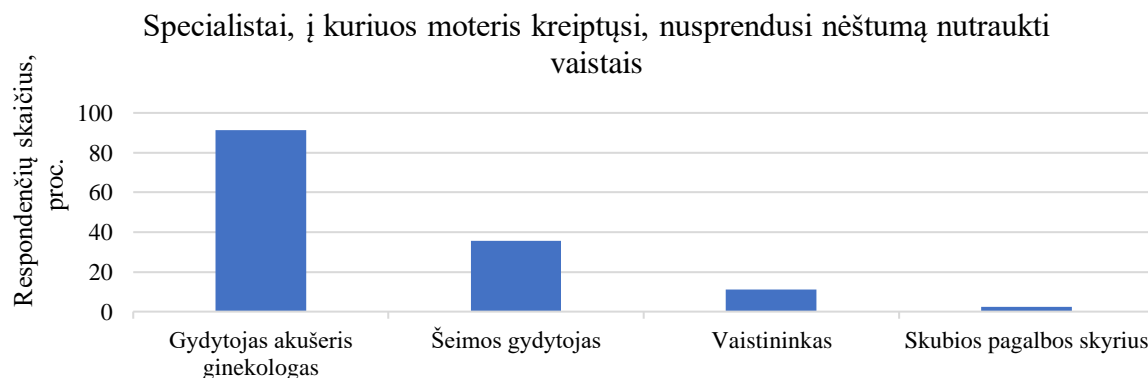
#### 5 paveikslas. Nerimo dėl medikamentinio nėštumo nutraukimo priežastys

Priežastys, dėl kurių respondentės pasirinktų chirurginį nėštumo nutraukimą, buvo galimybė atlikti procedūrą vėlesniu nėštumo laikotarpiu (68,5 proc.), geresnė medicininė priežiūra (45,9 proc.) ir įsitikinimas, kad tai patikimesnis metodas (18,6 proc.) (6 pav.). Statistiškai reikšmingai daugiau jaunesnių moterų pasirinktų chirurginį nėštumo nutraukimą dėl galimybės nutraukti nėštumą vėlesniame nėštumo amžiuje ( $p < 0,001$ ) ir geresnės medicininės priežiūros ( $p = 0,019$ ). Taip pat chirurginį nėštumo nutraukimą dėl galimybės jį atlikti vėlesniame nėštumo amžiuje statistiškai reikšmingai dažniau rinkosi pacientės, anamnezėje neturėjusios nėštumo nutraukimo ( $p = 0,002$ ).



**6 paveikslas.** Chirurginio nėštumo nutraukimo pasirinkimo priežastys

Taip pat buvo siekiama išsiaiškinti, kur, respondentų nuomone, reikia kreiptis pagalbos, norint nėštumą nutraukti vaistais (7 pav.). Nors dėl medikamentinio nėštumo nutraukimo dauguma respondentų (91,3 proc.) kreiptųsi į gydytoją akušerį ginekologą, buvo pastebėta, jog jaunesnės respondentės statistiškai reikšmingai dažniau pasirenka šeimos gydytoją ( $p = 0,003$ ).



**7 paveikslas.** Specialistai, į kuriuos moteris kreiptųsi, nusprendusi nėštumą nutraukti vaistais

Galiausiai, buvo svarbu išsiaiškinti, ar medikamentinio nėštumo nutraukimo tema yra aktuali Lietuvos moterims ir ar jos pageidautų geresnio prieinamumo ir informuotumo apie šį nėštumo nutraukimo metodą. Į šį klausimą beveik visos moterys (95,5 proc.) atsakė teigiamai, o daugiau informacijos apie medikamentinį nėštumo nutraukimą nepageidavo tik 16 dalyvių (statistiškai reikšmingai daugiau informacijos nenorėjo tos respondentės, kurios nepritaria bet kokiam nėštumo nutraukimui ( $p < 0,001$ )). Vyresnės respondentės statistiškai reikšmingai dažniau pageidavo didesnio prieinamumo prie medikamentinio nėštumo nutraukimo ir informacijos apie jį ( $p = 0,002$ ).

## 5. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS

Šio tyrimo rezultatai buvo palyginti su mokslinėje literatūroje aprašomų tyrimų rezultatais. Prancūzijoje atlikto tyrimo duomenimis, moterys medikamentinį nėštumo nutraukimą statistiškai reikšmingai dažniau pasirenka ankstyvesniame nėštumo amžiuje. Be to, statistiškai reikšmingai dažniau vaistais nutraukti nėštumą pasirenka moterys, kurios pastojimo metu naudojo kontracepciją. Taip pat pastebėta, jog šiek tiek dažniau medikamentinį nėštumo nutraukimą renkasi negimdžiusios, anksčiau nėštumo nutraukimų neturėjusios bei partnerį turinčios moterys (56). Panašūs rezultatai pastebėti ir Lietuvos moterų tyrime – mažiau nėštumų ir gimdymų turėjusios respondentės buvo statistiškai reikšmingai dažniau linkusios pasirinkti medikamentinį nėštumo nutraukimą.

Pagrindinė priežastis, kodėl Lietuvoje gyvenančios moterys pasirinktą nėštumą nutraukti medikamentiniu būdu, buvo galimybė išvengti chirurginės intervencijos. Panašūs rezultatai pastebimi ir užsienio literatūroje. Dešimties užsienio valstybių tyrimų duomenimis pagrindinė priežastis, dėl kurios moterys pasirinko medikamentinį abortą, buvo siekis išvengti operacijos ir (arba) anestezijos (57–67). Pavyzdžiui, 96 proc. moterų Indijoje atliktame tyrime ir 84,2 proc. moterų, dalyvavusių Vokietijoje atliktame tyrime, teigė pasirinkusios medikamentinį abortą, kad išvengtų chirurginės procedūros (59,65). Panašios išvados pateiktos ir Jungtinių Amerikos Valstijų, Suomijos, Škotijos, Vietnamo ir Bangladešo tyrimuose (57,58,60,62,64). Taip pat daugiau nei pusė Lietuvos tyrime dalyvavusių moterų nurodė, jog rinktūsi nėštumą nutraukti vaistais, nes jų nuomone tai yra saugesnis metodas. Septyniuose užsienio valstybių tyrimuose moterys taip pat nurodė saugumą kaip svarbią priežastį, dėl kurios pasirinktą nėštumo nutraukimą vaistais (58,60,62,68–71). Pavyzdžiui, JAV atliktame tyrime daugiau nei 56 proc. moterų rinktūsi medikamentinį abortą, nes jų nuomone tai yra saugesnis metodas (58). Didžioji dauguma tyrime dalyvavusių Lietuvos

moterų galimybę nutraukti nėštumą namie įvardino kaip nėštumo nutraukimo vaistais privalumą, tuo tarpu vienuolikoje užsienio valstybių tyrimų moterys nurodė, kad galimybė savarankiškai atlikti medikamentinį abortą namuose yra svarbus procedūros privalumas (61,64,67,69,72–77). Be to, beveik trečdalis tyrime dalyvavusių Lietuvos moterų kaip medikamentinio nėštumo nutraukimo privalumą taip pat įvardino, jog nedidėja nevaisingumo rizika. Šis veiksnys darė įtaką ir užsienyje atliktų tyrimų rezultatams (59,60,66,78). Pavyzdžiui, 46 proc. Vokietijoje atlikto perspektyvinio tyrimo dalyvių pasirinko medikamentinį abortą dėl nuomonės, jog nedidėja nevaisingumo rizika (59). Panašūs rezultatai gauti ir Honkonge, kur vaisingumo išsaugojimas buvo antra pagal dažnumą priežastis, dėl kurios moterys rinkosi medikamentinį abortą (78).

Kalbant apie medikamentinio nėštumo nutraukimo trūkumus, didžioji dauguma Lietuvos moterų tyrime išreiškė baimę patirti vaistų šalutinius poveikius. Tokia tendencija pastebėta ir aštuoniuose užsienio valstybių tyrimuose, kur moterys kaip pagrindinį medikamentinio nėštumo nutraukimo trūkumą minėjo vartojamų vaistų šalutinius poveikius, pavyzdžiui, stiprų ir ilgai besitęsiantį kraujavimą bei skausmą (57,58,61–64,79).

Taigi Lietuvos moterų nurodyti pagrindiniai medikamentinio nėštumo nutraukimo privalumai bei trūkumai yra panašūs į aprašomus užsienio literatūroje.

Medikamentinio nėštumo nutraukimo tema Lietuvoje yra nauja, todėl šis tyrimas padėjo apžvelgti Lietuvos moterų nuomonę apie medikamentinį nėštumo nutraukimą bei įvertinti, jog Lietuvos moterų informuotumas ir žinios dėl reprodukcinės sveikatos turi būti gerinamos. Šis tyrimas taip pat turi keletą trūkumų. Remiantis 2020 m. Lietuvos gyventojų statistikos duomenimis kaimuose gyveno apie 31 proc. visų Lietuvos moterų (80). Šiame tyrime dalyvavo tik 2 proc. moterų, gyvenančių kaime, todėl šis tyrimas labiau atspindi didžiųjų Lietuvos miestų populiaciją, o norint geriau įvertinti visos Lietuvos moterų nuomonę ir žinias apie medikamentinį nėštumo nutraukimą reikėtų apklausti daugiau kaimuose gyvenančių moterų. Be to, daugiausiai apklausoje dalyvavo nėštumų ir gimdymų anamnezėje neturėjusios moterys, todėl praplėtus tyrimo imtį galbūt galima būtų tikėtis kitokių tyrimo rezultatų.

## 6. IŠVADOS IR PASIŪLYMAI

- 1) 42,5 proc. apklausoje dalyvavusių moterų nežinojo Lietuvoje teikiamų nėštumo nutraukimo metodų. Be to, dalis moterų (11,1 proc.) neskyrė nėštumo nutraukimo nuo kontracepcijos priemonių.

- 2) Dauguma Lietuvos moterų (94,6 proc.) yra girdėjusios apie galimybę nėštumą nutraukti vaistais, tačiau šis metodas yra naujas ir keliantis moterims nerimą.
- 3) Lietuvos moterims daugiausiai nėštumo nutraukimo metodo pasirinkimui įtaką daro metodo saugumas ir gydytojo rekomendacija. Be to, 80,6 proc. Lietuvos moterų pasirinktų medikamentinį nėštumo nutraukimo metodą. Šį nėštumo nutraukimo metodą dažniausiai moterys rinktųsi dėl galimybės išvengti chirurginės intervencijos ir operacinių komplikacijų rizikos.
- 4) Remiantis tyrimo rezultatais, svarbu atkreipti dėmesį į poreikį tobulinti švietimo programas apie reprodukcinę sveikatą, nėštumo nutraukimo galimybes bei informuoti moteris, kur kreiptis pagalbos, sulaukus neplanuoto ar nepageidaujamo nėštumo.
- 5) Remiantis moksline literatūra, galimybė bet kuriuo vaistinio nėštumo nutraukimo proceso metu kreiptis į gydytoją akušerį ginekologą gerina pacienčių patirtį, todėl telemedicinos konsultacijų integravimas į medikamentinio nėštumo nutraukimo procesą galėtų sumažinti pacienčių patiriamą nerimą ir baimę. Tinkamai informuodami pacientes ir siūlydami užjaučiančią ir nesmerkiančią paramą viso sprendimo priėmimo bei nėštumo nutraukimo proceso metu, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai gali sušvelninti psichologinį stresą, susijusį su neplanuotu nėštumu ir jo nutraukimu bei traumos po aborto riziką.

Šiame darbe surinktą literatūros apžvalgą planuojama sutrumpinti ir paskelbti Vilniaus universiteto mokslo populiarinimo žurnale *Spectrum* bei taip gerinti visuomenės švietimą moters reprodukcinės sveikatos tema.

## Šaltiniai

1. Bongaarts J, Mensch BS, Blanc AK. Trends in the age at reproductive transitions in the developing world: The role of education. *Popul Stud.* 2017 m. gegužės 4 d.;71(2):139–54.
2. Bongaarts J. Can Family Planning Programs Reduce High Desired Family Size in Sub-Saharan Africa? *Int Perspect Sex Reprod Health.* 2011 m. gruodžio;37(04):209–16.
3. Bearak J, Popinchalk A, Alkema L, Sedgh G. Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet Glob Health.* 2018 m. balandžio 1 d.;6(4):e380–9.
4. Intended and Unintended Pregnancies Worldwide in 2012 and Recent Trends - Sedgh - 2014 - *Studies in Family Planning* - Wiley Online Library [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2024 m. vasario 7 d.]. Adresas: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1728-4465.2014.00393.x>
5. World Health Organization. Abortion [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2024 m. sausio 6 d.]. Adresas: <https://www.who.int/health-topics/abortion>
6. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, ir kt. 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 m. rugsėjo 1 d.;8(9):e1152–61.
7. Regan L, Glasier A. The British 1967 Abortion Act—still fit for purpose? *The Lancet.* 2017 m. spalio 28 d.;390(10106):1936–7.
8. O’Shea LE, Hawkins JE, Lord J, Schmidt-Hansen M, Hasler E, Cameron S, ir kt. Access to and sustainability of abortion services: a systematic review and meta-analysis for the National Institute of Health and Care Excellence—new clinical guidelines for England. *Hum Reprod Update.* 2020 m. lapkričio 1 d.;26(6):886–903.
9. 50 Dėl Nėštumo nutraukimo paslaugų organizavimo ir teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2024 m. vasario 23 d.]. Adresas: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.9913EAF57AEA>
10. Kopp Kallner H, Gomperts R, Salomonsson E, Johansson M, Marions L, Gemzell-Danielsson K. The efficacy, safety and acceptability of medical termination of pregnancy provided by standard care by doctors or by nurse-midwives: a randomised controlled equivalence trial. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2015 m. kovo;122(4):510–7.
11. Bardhi O, Rizk PE. The Future of Medical Abortion Care: an Internal Medicine Obligation. *J Gen Intern Med.* 2022 m. gruodžio 1 d.;37(16):4268–9.
12. Kortsmid K, Mandel MG, Reeves JA, Clark E, Pagano HP, Nguyen A, ir kt. Abortion Surveillance - United States, 2019. *Morb Mortal Wkly Rep Surveill Summ Wash DC* 2002. 2021 m. lapkričio 26 d.;70(9):1–29.



13. Vaistinis nęštumo nutraukimas. Informacija visuomenei [Prieiga per internetą]. [žiūręta 2024 m. sausio 2 d.]. Adresas: <https://www.lagd.lt/doclib/wbyqjaksztgbbh3c5e3qpscgh8jp74h9>
14. Bateson D, McNamee K, Harvey C. Medical abortion in primary care. *Aust Prescr* [Prieiga per internetą]. 2021 m. gruodžio 1 d. [žiūręta 2024 m. vasario 2 d.];44(6). Adresas: <https://australianprescriber.tg.org.au/articles/medical-abortion-in-primary-care>
15. *Australian Journal of General Practice* [Prieiga per internetą]. [žiūręta 2024 m. sausio 7 d.]. Medical abortion. Adresas: <https://www1.racgp.org.au/ajgp/2020/june/medical-abortion>
16. World Health Organization. Medical management of abortion [Prieiga per internetą]. Geneva: World Health Organization; 2018 [žiūręta 2024 m. vasario 17 d.]. 54 p. Adresas: <https://iris.who.int/handle/10665/278968>
17. Pocket guide: Medical management of abortion [Prieiga per internetą]. [žiūręta 2024 m. vasario 7 d.]. Adresas: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/abortion/pocket-guide-management-medical-abortion.pdf?sfvrsn=329a5654\\_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/abortion/pocket-guide-management-medical-abortion.pdf?sfvrsn=329a5654_3)
18. Autry BM, Wadhwa R. Mifepristone. *StatPearls* [Internet] [Prieiga per internetą]. StatPearls Publishing; 2022 [žiūręta 2024 m. sausio 6 d.]. Adresas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557612/>
19. Xiao C, Shi Q, Cheng Q, Xu J. Non-surgical management of tubal ectopic pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2021 m. gruodžio 17 d.;100(50):e27851.
20. Li L, Zhou Z, Huang L. Abnormal expression of MMP-9 and imbalance of MMP-9/TIMP-1 is associated with prolonged uterine bleeding after a medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009 m.;88(6):673–9.
21. Xiong X, Gao C yan, Ying D mei, Yan P, Zhang Z jia, Kuang N, ir kt. Contrast-Enhanced Ultrasound Evaluation of Mifepristone for Treatment of Low-Risk Cesarean Scar Pregnancy. *Contrast Media Mol Imaging*. 2020 m. spalio 31 d.;2020:e3725353.
22. Narvekar N, Critchley HOD, Cheng L, Baird DT. Mifepristone-induced amenorrhoea is associated with an increase in microvessel density and glucocorticoid receptor and a decrease in stromal vascular endothelial growth factor. *Hum Reprod*. 2006 m. rugsęjo 1 d.;21(9):2312–8.
23. Baev OR, Romyantseva VP, Tysyachnyu OV, Kozlova OA, Sukhikh GT. Outcomes of mifepristone usage for cervical ripening and induction of labour in full-term pregnancy. Randomized controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017 m. spalio 1 d.;217:144–9.
24. Yellon SM. Contributions to the dynamics of cervix remodeling prior to term and preterm birth†. *Biol Reprod*. 2017 m. sausio 1 d.;96(1):13–23.
25. Stephenson ML, Wing DA. Misoprostol for induction of labor. *Semin Perinatol*. 2015 m. spalio;39(6):459–62.

26. Bakker R, Pierce S, Myers D. The role of prostaglandins E1 and E2, dinoprostone, and misoprostol in cervical ripening and the induction of labor: a mechanistic approach. *Arch Gynecol Obstet*. 2017 m. rugpjūčio;296(2):167–79.
27. Zhang J, Zhou K, Shan D, Luo X. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022 m. gegužės 24 d.;5(5):CD002855.
28. V-1348 Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1994 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 50 „Dėl... [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2024 m. vasario 20 d.]. Adresas: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/5cad1e201a1811edb4cae1b158f98ea5>
29. Klimas V. Lietuvos Akušerių Ginekologų Draugijos Rekomendacijos dėl „Vaistinio Nėštumo Nutraukimo Procedūros“ [Prieiga per internetą]. 2023. Adresas: [https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Komisijos%20ir%20darbo%20grupės/Kraujas%20ir%20plazma/2023%2004%2021%20SAM\\_Del%20vaistinio%20nestumo%20nutraukimo%20rekomendacijos\(2\).pdf](https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Komisijos%20ir%20darbo%20grupės/Kraujas%20ir%20plazma/2023%2004%2021%20SAM_Del%20vaistinio%20nestumo%20nutraukimo%20rekomendacijos(2).pdf)
30. Ajmal M, Sunder M, Akinbinu R. Abortion. *StatPearls* [Prieiga per internetą]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [žiūrėta 2024 m. vasario 1 d.]. Adresas: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK518961/>
31. Short-Term Adverse Outcomes After Mifepristone–Misoprostol Versus Procedural Induced Abortion: A Population-Based Propensity-Weighted Study: *Annals of Internal Medicine*: Vol 176, No 2 [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2024 m. vasario 1 d.]. Adresas: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M22-2568>
32. Complications of Elective Medical Abortions [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2024 m. vasario 1 d.]. Adresas: <https://www.emra.org/emresident/article/abortion-complications>
33. Mifegyne 200mg tabletės N3×1 [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2024 m. vasario 1 d.]. Adresas: <https://vaistai.lt/receptinis-vaistas/urogenitalin%C4%99-sistem%C4%85-veikiantys-vaistai-ir-lytiniai-hormonai/lytiniai-hormonai-ir-lytin%C4%99-sistem%C4%85-veikiantys-vaistai/mifegyne-200mg-tablet%C4%97s-n3%C3%971.html?Itemid=830>
34. Clinical Guidelines for Early Medical Abortion at Home - England [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2024 m. kovo 7 d.]. Adresas: <https://www.rcog.org.uk/media/2bhntouz/early-medical-abortion-at-home-guideline-england.pdf>
35. Kemppainen V, Mentula M, Palkama V, Heikinheimo O. Pain during medical abortion in early pregnancy in teenage and adult women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020 m.;99(12):1603–10.
36. Bridwell R, Long B, Monrief T, Gottlieb M. Post-abortion Complications: A Narrative Review for Emergency Clinicians. *West J Emerg Med* [Prieiga per internetą]. 2022 m. spalio 23 d. [žiūrėta 2024 m. vasario 2 d.];23(6). Adresas: <https://escholarship.org/uc/item/3510435j>
37. Two Distinct Oral Routes of Misoprostol in Mifepristone Medi...: *Obstetrics & Gynecology* [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2024 m. vasario 7 d.]. Adresas:

[https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2008/12000/two\\_distinct\\_oral\\_routes\\_of\\_misoprostol\\_in.18.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2008/12000/two_distinct_oral_routes_of_misoprostol_in.18.aspx)

38. Creinin MD, Fox MC, Teal S, Chen A, Schaff EA, Meyn LA, ir kt. A Randomized Comparison of Misoprostol 6 to 8 Hours Versus 24 Hours After Mifepristone for Abortion. *Obstet Gynecol.* 2004 m. gegužės;103(5 Part 1):851.
39. Creinin MD, Schreiber CA, Bednarek P, Lintu H, Wagner MS, Meyn LA, ir kt. Mifepristone and Misoprostol Administered Simultaneously Versus 24 Hours Apart for Abortion: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* 2007 m. balandžio;109(4):885.
40. Medication Abortion Up to 70 Days of Gestation | ACOG [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2024 m. vasario 3 d.]. Adresas: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2020/10/medication-abortion-up-to-70-days-of-gestation>
41. Chen MJ, Creinin MD. Mifepristone With Buccal Misoprostol for Medical Abortion: A Systematic Review. *Obstet Gynecol.* 2015 m. liepos;126(1):12.
42. Practice Bulletin No. 143: Medical Management of First-Trimester Abortion. *Obstet Gynecol.* 2014 m. kovo;123(3):676.
43. Reeves MF, Kudva A, Creinin MD. Medical abortion outcomes after a second dose of misoprostol for persistent gestational sac. *Contraception.* 2008 m. spalio 1 d.;78(4):332–5.
44. Cohen RH, Teal SB. Medication Abortion. *JAMA.* 2022 m. lapkričio 1 d.;328(17):1779.
45. Gambir K, Kim C, Necastro KA, Ganatra B, Ngo TD. Self-administered versus provider-administered medical abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 m. kovo 9 d.;3(3):CD013181.
46. Coronavirus (COVID-19) infection and abortion care [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2024 m. vasario 7 d.]. Adresas: <https://www.rcog.org.uk/media/bbhpl2qa/2020-07-31-coronavirus-covid-19-infection-and-abortion-care.pdf>
47. Gething - (b) the pregnant woman is prescribed Mifepristone .pdf [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2024 m. vasario 7 d.]. Adresas: <https://www.gov.wales/sites/default/files/publications/2020-04/approval-of-a-class-of-place-for-treatment-for-the-termination-of-pregnancy-wales-2020.pdf>
48. Abortion: Covid-19: Approval for Mifepristone to be taken at home and other contingency measures. [žiūrėta 2024 m. vasario 7 d.]; Adresas: <https://www.publications.scot.nhs.uk/files/cmo-2020-09.pdf>
49. Telemedicine Abortion : Clinical Obstetrics and Gynecology [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2024 m. vasario 1 d.]. Adresas: [https://journals.lww.com/clinicalobgyn/abstract/2023/12000/telemedicine\\_abortion.9.aspx](https://journals.lww.com/clinicalobgyn/abstract/2023/12000/telemedicine_abortion.9.aspx)

50. Ryu S. Telemedicine: Opportunities and Developments in Member States: Report on the Second Global Survey on eHealth 2009 (Global Observatory for eHealth Series, Volume 2). *Healthc Inform Res*. 2012 m. birželio;18(2):153–5.
51. Dorsey ER, Topol EJ. Telemedicine 2020 and the next decade. *The Lancet*. 2020 m. kovo 14 d.;395(10227):859.
52. Endler M, Lavelanet A, Cleeve A, Ganatra B, Gomperts R, Gemzell-Danielsson K. Telemedicine for medical abortion: a systematic review. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2019 m.;126(9):1094–102.
53. Aiken A, Lohr P, Lord J, Ghosh N, Starling J. Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2021 m.;128(9):1464–74.
54. Aiken ARA, Romanova EP, Morber JR, Gomperts R. Safety and effectiveness of self-managed medication abortion provided using online telemedicine in the United States: A population based study. *Lancet Reg Health - Am*. 2022 m. birželio 1 d.;10:100200.
55. Baraitser P, Free C, Norman WV, Lewandowska M, Meiksin R, Palmer MJ, ir kt. Improving experience of medical abortion at home in a changing therapeutic, technological and regulatory landscape: a realist review. *BMJ Open*. 2022 m. lapkričio 16 d.;12(11):e066650.
56. Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Medical versus surgical abortion: the importance of women’s choice. *Contraception*. 2011 m. rugsėjo;84(3):224–9.
57. Ashok PW, Hamoda H, Flett GMM, Kidd A, Fitzmaurice A, Templeton A. Patient preference in a randomized study comparing medical and surgical abortion at 10–13 weeks gestation. *Contraception*. 2005 m. vasario 1 d.;71(2):143–8.
58. Beckman LJ, Harvey SM. Experience and acceptability of medical abortion with mifepristone and misoprostol among U.S. women. *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health*. 1997 m.;7(4):253–62.
59. Hemmerling A, Siedentopf F, Kentenich H. Emotional impact and acceptability of medical abortion with mifepristone: a German experience. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2005 m. kovo;26(1):23–31.
60. Honkanen H, von Hertzen H. Users’ perspectives on medical abortion in Finland. *Contraception*. 2002 m. birželio;65(6):419–23.
61. Raghavan S, Tsereteli T, Kamilov A, Kurbanbekova D, Yusupov D, Kasimova F, ir kt. Acceptability and feasibility of the use of 400 µg of sublingual misoprostol after mifepristone for medical abortion up to 63 days since the last menstrual period: evidence from Uzbekistan. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*. 2013 m. balandžio;18(2):104–11.
62. Ngoc NTN, Winikoff B, Clark S, Ellertson C, Am KN, Hieu DT, ir kt. Safety, Efficacy and Acceptability of Mifepristone-Misoprostol Medical Abortion in Vietnam. *Int Fam Plan Perspect*. 1999 m.;25(1):10–33.

63. Rodríguez MI, Seuc A, Kapp N, von Hertzen H, Huong NTM, Wojdyla D, ir kt. Acceptability of misoprostol-only medical termination of pregnancy compared with vacuum aspiration: an international, multicentre trial. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2012 m. birželio;119(7):817–23.
64. Alam A, Bracken H, Johnston HB, Raghavan S, Islam N, Winikoff B, ir kt. Acceptability and feasibility of mifepristone-misoprostol for menstrual regulation in Bangladesh. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2013 m. birželio;39(2):79–87.
65. Coyaji K, Elul B, Krishna U, Otiv S, Ambardekar S, Bopardikar A, ir kt. Mifepristone-misoprostol abortion: a trial in rural and urban Maharashtra, India. *Contraception*. 2002 m. liepos 1 d.;66(1):33–40.
66. Ganatra B, Kalyanwala S, Elul B, Coyaji K, Tewari S. Understanding women's experiences with medical abortion: In-depth interviews with women in two Indian clinics. *Glob Public Health*. 2010 m.;5(4):335–47.
67. Conkling K, Karki C, Tuladhar H, Bracken H, Winikoff B. A prospective open-label study of home use of mifepristone for medical abortion in Nepal. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. 2015 m. kovo;128(3):220–3.
68. Manríquez IP, Standen CM, Carimoney AÁ, Richards A. Experience of clandestine use of medical abortion among university students in Chile: a qualitative study. *Contraception*. 2018 m. vasario 1 d.;97(2):100–7.
69. Fiala C, Winikoff B, Helström L, Hellborg M, Gemzell-Danielsson K. Acceptability of home-use of misoprostol in medical abortion. *Contraception*. 2004 m. lapkričio 1 d.;70(5):387–92.
70. Ramos S, Romero M, Aizenberg L. Women's experiences with the use of medical abortion in a legally restricted context: the case of Argentina. *Reprod Health Matters*. 2015 m. vasario;22(44 Suppl 1):4–15.
71. Chahal H, Mumtaz Z. Abortion and fertility control in Pakistan: the role of misoprostol. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2017 m. spalio;43(4):274–80.
72. Chong E, Frye LJ, Castle J, Dean G, Kuehl L, Winikoff B. A prospective, non-randomized study of home use of mifepristone for medical abortion in the U.S. *Contraception*. 2015 m. rugsėjo 1 d.;92(3):215–9.
73. Louie KS, Chong E, Tsereteli T, Avagyan G, Vardanyan S, Winikoff B. The introduction of first trimester medical abortion in Armenia. *Reprod Health Matters*. 2014 m. gruodžio 1 d.;22(sup44):56–66.
74. Løkeland M, Iversen OE, Engeland A, Økland I, Bjørge L. Medical abortion with mifepristone and home administration of misoprostol up to 63 days' gestation. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2014 m. liepos;93(7):647–53.
75. Swica Y, Chong E, Middleton T, Prine L, Gold M, Schreiber CA, ir kt. Acceptability of home use of mifepristone for medical abortion. *Contraception*. 2013 m. liepos 1 d.;88(1):122–7.

76. Karki C, Pokharel H, Kushwaha A, Manandhar D, Bracken H, Winikoff B. Acceptability and feasibility of medical abortion in Nepal. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. 2009 m. liepos;106(1):39–42.
77. Louie KS, Tsereteli T, Chong E, Aliyeva F, Rzayeva G, Winikoff B. Acceptability and feasibility of mifepristone medical abortion in the early first trimester in Azerbaijan. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*. 2014 m. gruodžio;19(6):457–64.
78. Tang OS, Miao BY, Lee SWH, Ho PC. Pilot study on the use of repeated doses of sublingual misoprostol in termination of pregnancy up to 12 weeks gestation: efficacy and acceptability. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2002 m. kovo;17(3):654–8.
79. Rørbye C, Nørgaard M, Nilas L. Medical versus surgical abortion: comparing satisfaction and potential confounders in a partly randomized study. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2005 m. kovo;20(3):834–8.
80. Miesto ir kaimo gyventojai - Oficialiosios statistikos portalas [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2024 m. balandžio 8 d.]. Adresas: <https://osp.stat.gov.lt/lietuvos-gyventojai-2020/salies-gyventojai/miesto-ir-kaimo-gyventojai>

1 priedas. Tyrimo anketa „Medikamentinio nėštumo nutraukimo aspektai Lietuvoje”

1. Kiek Jums metų?
2. Kaip apibūdintumėte savo gyvenamąją vietą?
  - a) Didmiestis (Vilnius, Kaunas, Klaipėda, Šiauliai, Panevėžys)
  - b) Mažesnis miestas
  - c) Kaimas
3. Koks Jūsų išsilavinimas?
  - a) Pagrindinis
  - b) Vidurinis
  - c) Aukštasis universitetinis
  - d) Aukštasis neuniversitetinis
4. Jūsų šeimyninė padėtis?
  - a) Ištekėjusi
  - b) Turiu partnerį
  - c) Vieniša
5. Kiek nėštumų turėjote?
  - a) 0
  - b) 1
  - c) 2
  - d) 3
  - e) 4
6. Kiek gimdymų turėjote?
  - a) 0
  - b) 1
  - c) 2
  - d) 3
  - e) 4
7. Ar esate nutraukusi nėštumą?
  - a) Taip
  - b) Ne
8. Kokius žinote nėštumo nutraukimo būdus?
9. Ar esate iki šiol girdėjusi apie medikamentinį nėštumo nutraukimą?
  - a) Taip

- b) Ne
10. Ar manote, jog medikamentinis nėštumo nutraukimas yra saugesnis nei chirurginis nėštumo nutraukimas?
- a) Taip
  - b) Ne
11. Jei nuspręstumėte nutraukti nėštumą, kokį nutraukimo būdą pasirinktumėte?
- a) Medikamentinį
  - b) Chirurginį
  - c) Jokio
12. Jei Jums tektų rinktis tarp medikamentinio ir chirurginio nėštumo nutraukimo, kokie veiksniai darytų įtaką Jūsų pasirinkimui? (Pažymėkite visus, kurie tinka)
- a) Kaina
  - b) Privatumas
  - c) Laikas
  - d) Saugumas
  - e) Asmeniniai įsitikinimai/etika
  - f) Gydytojo rekomendacija
  - g) Komfortas
13. Jei pasirinktumėte nėštumą nutraukti medikamentiniu būdu, kokia būtų to priežastis? (Pažymėkite visus, kurie tinka)
- a) Noras išvengti operacijos
  - b) Baimė patirti operacines komplikacijas
  - c) Noras išvengti anestezijos (narkozės)
  - d) Noras išvengti pooperacinių skausmų ar kitų simptomų
  - e) Nuomonė, jog tai yra saugesnis variantas
  - f) Mažesnė kaina
  - g) Didesnis privatumas
14. Kaip manote, kokie yra medikamentinio nėštumo nutraukimo privalumai? (Pažymėkite visus, kurie tinka)
- a) Nutraukti nėštumą galima namie
  - b) Jūsų nuomone, tai yra saugesnis nėštumo nutraukimo būdas
  - c) Mažesnė komplikacijų rizika
  - d) Nedidėja nevaisingumo, krūtų ir kitų vėžių rizika
  - e) Nereikia atlikti operacijos



- f) Nereikia anestezijos (narkozės)
15. Jei pasirinktumėte nėštumą nutraukti medikamentiniu būdu, kas keltų Jums nerimą?  
(Pažymėkite visus, kurie tinka)
- a) Galimos komplikacijos
  - b) Galimos vaisto šalutinės reakcijos
  - c) Baimė, jog nėštumas nebus nutrauktas
  - d) Mažesnė medicininė priežiūra
  - e) Trumpesnis laikotarpis, kuomet galima nutraukti nėštumą
16. Jei rinktumėtės nėštumą nutraukti chirurginiu būdu, kokia būtų to priežastis?  
(Pažymėkite visus, kurie tinka)
- a) Geresnė medicininė priežiūra
  - b) Galima atlikti vėlesniame nėštumo amžiuje
  - c) Jūsų nuomone, tai patikimesnis nėštumo nutraukimo būdas
17. Jei nuspręstumėte nutraukti nėštumą medikamentiniu būdu, kur, Jūsų nuomone, reikėtų kreiptis pagalbos?
- a) Į šeimos gydytoją
  - b) Į skubios pagalbos skyrių
  - c) Į gydytoją akušerį-ginekologą
  - d) Į vaistininką
18. Ar pageidautumėte, kad medikamentinis nėštumo nutraukimas ir informacija apie jį būtų labiau prieinama?
- a) Taip
  - b) Ne