



Veselības ministrija

NACIONĀLAIS  
ATTĪSTĪBAS  
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA

Eiropas Sociālais  
fonds

I E G U L D Ī J U M S T A V Ā N Ā K O T N Ē

Eiropas Sociālā fonda projekts Nr.9.2.6.0/17/I/001 “Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana”

# **Par grūtniecības mākslīgas pārtraukšanas gaitu, riskiem un alternatīvām izvēlēm grūtniecei, kura vēlas mākslīgi pārtraukt grūtniecību**

Mācību materiāls

Rīga  
2021

# ANOTĀCIJA

Metodiskajā līdzeklī “Par grūtniecības mākslīgas pārtraukšanas gaitu, riskiem un alternatīvām izvēlēm grūtniecei, kura vēlas mākslīgi pārtraukt grūtniecību” tiek sniegtas zināšanas par grūtniecības mākslīgo pārtraukšanu, riskiem, tiesiskajiem aspektiem, kontracepcijas metodēm un palīdzību vardarbībā cietušajām sievietēm, kā arī par iespējamo dažādu organizāciju – pašvaldību, biedrību un nodibinājumu atbalstu nevēlamas grūtniecības gadījumā un grūtniecības mākslīgas pārtraukšanas alternatīvām izvēlēm.

Metodiskais materiāls sastāv no astoņām nodaļām: Grūtniecības mākslīga pārtraukšana, Kontracepcija, Ārstniecības personas un HIV inficēta grūtniece, Vardarbība pret sievietēm, Grūtniecības mākslīgas pārtraukšanas tiesiskie un psihoemocionālie faktori, Tiesiskais regulējums un palīdzība no iestādēm/organizācijām un Pašvaldību, biedrību un organizāciju sniegtie pakalpojumi.

Materiāls ir paredzēts ārstiem un vecmātēm.

Metodiskā līdzekļa autori ir Dr. Zane Grabe – ārsts – ginekologs RAKUS Stacionārā Gaiļezers, asistente RSU Ginekoloģijas un dzemdniecības katedrā, Inga Kudeikina, Dr.iur. – juriste, docente, bakalaura studiju programmas "Tiesību zinātne" vadītāja RSU Juridiskā fakultātē, Magdalēna Pranaite – psihologs Veselības centrā Vivendi, pasniedzēja Latvijas universitātē un Inguna Ziemane – sociālais darbinieks Rīgas Dzemdību namā, lektore Pieaugušo neformālās izglītības iestādē “Medicīnas Tālākizglītības centrs”.

## IEVADS

Metodiskais materiāls ir ceļvedis izglītības procesā ārstniecības personām, kas ikdienā saskaras ar pacientēm, kuras vēlas mākslīgi pārtraukt grūtniecību. Šī materiāla ietvaros ir apkopota informācija ar mērķi sniegt speciālistiem zināšanas par atbalsta iespējām no vardarbības cietušajām un/vai sociāli nelabvēlīgos apstākļos nokļuvušām sievietēm, kā arī par pašvaldību, biedrību un nodibinājumu sniegtajiem pakalpojumiem, un iespējām nodot bērnu adoptīvai, ievietot glābējsilītē vai izmantot citas ārpusģimenes aprūpes formas.

Sociālās aprūpes un arī medicīnas jomā strādājošie ikdienā saskaras ar sociāli nelabvēlīgos apstākļos nokļuvušām sievietēm, kā arī ar nepieciešamību pieņemt lēmumus un uzņemties atbildību par tiem. Bieži vien tā informācija, kas ir speciālistu rīcībā, lai pieņemtu attiecīgo lēmumu, ir nepilnīga un subjektīva. Situācija pieprasa nepārtrauktu pilnveidi, sadarbību ar citu profesiju pārstāvjiem, kā arī prasmi un motivāciju pārvarēt daudz un dažādas ētiskās dilemmas. Sociāli sarežģītajās situācijās nonākušas personas bieži vien ir cilvēki ar neapskaužamu dzīves pieredzi. Medicīnas darbiniekam, kura aprūpē ir nonākusi sociāli smagā situācijā nokļuvusi grūtniece, ir dubults uzdevums – jāsniedz medicīniskā palīdzība, atbilstoši pacientes vajadzībām un vēlmēm, kā arī vienlaikus jābūt emocionāli pieejamam, jāprot uzklaut, kā arī jābūt gatavam sniegt vispusīgu informāciju par sociālā atbalsta saņemšanas iespējām pacientei. Tas ir sarežģīts process, un to ir problemātiski paveikt bez personiskā līdzpārdzīvojuma, kas nereti rezonē ar speciālista subjektīvo pārdzīvojumu un personīgo pieredzi, tādējādi ietekmējot risināmā gadījuma virzību.

Atbalsta sniegšanas procesā sievietei, kura nonākusi sociāli sarežģītā situācijā un kura ir izteikusi vēlmi pārtraukt grūtniecību, speciālistiem nepieciešamas gan plašas medicīniskās zināšanas, gan arī jābūt lietas kursā par atbalsta saņemšanas iespējām, lai paciente spētu pieņemt visoptimālāko risinājumu konkrētajā gadījumā. Darbā ar šādām pacientēm būtiski ir atpazīt tās pazīmes, kas varētu liecināt par to, ka sieviete cietusi no vardarbības, vienlaikus paturot prātā, ka ir dažādas vardarbības formas. Turklāt, vardarbības fenomens var pastāvēt, jo tas jau vēsturiski ir iesakņojies sabiedrības uztverē, arī parašās un dzīvesveidā. Bieži vardarbības veicējs sabiedrībā tiek attaisnots, notikušajā vainojot upuri.

Latvijā, līdzīgi kā citviet pasaulē, vardarbība ir problēma, kas attiecināma ne tikai uz atsevišķu indivīdu, bet uz visu sabiedrību kopumā. Mūsu valstī trešdaļa sieviešu ir cietušas no partnera fiziskas un/vai seksuālas vardarbības, pirmo reizi to piedzīvojot jau 15 gadu vecumā. Eiropas Savienībā vidēji piektā daļa sieviešu ir cietušas no fiziskas un/vai seksuālas vardarbības. Veiktie pētījumi arī apliecina, ka apmēram divas trešdaļas Eiropas Savienībā dzīvojošo sieviešu un meiteņu, kuras ir tikušas iesaistītas cilvēku tirdzniecībā, ir arīdzan tikušas

iesaistītas seksuālajā ekspluatācijā – prostitūcijā vai pornogrāfijā.<sup>1</sup>

Mācību programmas ietvaros veselības aprūpes jomā strādājošie apgūs zināšanas par atbalsta sniegšanas iespējām sociāli smagā situācijā nonākušām sievietēm, kā arī iegūs vispusīgu informāciju par rīcību gadījumos, kad nepieciešams informēt par ārpusģimenes aprūpes formām jaundzimušajam.

---

<sup>1</sup> European Agency for Fundamental Rights (2014) *Violence against women: an EU-wide survey. Results at a glance*. Pieejams šeit: <https://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-results-glance>

# SATURA RĀDĪTĀJS

ANOTĀCIJA.....	2
IEVADS .....	3
SATURA RĀDĪTĀJS .....	5
1 GRŪTNIECĪBAS MĀKSLĪGĀ PĀRTRAUKŠANA .....	7
1.1 Mākslīgo abortu statistika .....	7
1.2 Mākslīgo abortu iemesli .....	8
1.3 Legāls aborts.....	8
1.4 Ķirurģiskais aborts .....	10
1.4.1 Pacientes sagatavošana operācijai .....	10
1.4.2 Operācijas apraksts.....	10
1.4.3 Pēcoperācijas periods .....	11
1.4.4 Iespējamās komplikācijas.....	12
1.4.5 Brīdinājumi, piesardzība .....	12
1.5 Medikamentoza aborts.....	13
1.5.1 Medikamentozā aborta režīmi.....	14
1.5.2 Medikamentozā aborta procedūras apraksts .....	14
1.5.3 Medikamentozā aborta kontrindikācijas .....	15
1.5.4 Brīdinājumi, piesardzība .....	16
1.5.5 Nevēlamie blakusefekti .....	17
2 KONTRACEPCIJA.....	19
3 ĀRSTNIECĪBAS PERSONAS UN HIV INFIČĒTA GRŪTNIECE .....	21
3.1 Imūndeficīta vīruss .....	21
3.2 HIV diagnostika un konsultācija .....	21
3.3 HIV/AIDS slimnieku ārstēšana .....	22
3.4 HIV inficētas grūtnieces tiesības saņemt valsts apmaksātus dzemdību palīdzības pakalpojumus.....	23
3.5 Vertikālās transmisijas profilakse .....	23
3.5.1 Antiretrovirālās terapijas (ART) piemērošana grūtniecības laikā.....	23
3.5.2 Antiretrovirālās terapija lietošana dzemdību laikā.....	24
3.5.3 Jaundzimušā, kurš dzimis HIV pozitīvai sievietei, HIV infekcijas profilakses pasākumi.....	25
4 VARDARBĪBA PRET SIEVIETĒM – ATPAZĪŠANA UN PALĪDZĪBA .....	27
4.1 Vardarbība .....	27
4.2 Vardarbība pret sievietēm Latvijā .....	28
4.3 Intīmā partnera vardarbība .....	29
4.4 Cilvēktirdzniecība .....	32
4.5 Vardarbības atpazīšana un palīdzība .....	33
5 GRŪTNIECĪBAS MĀKSLĪGA PĀRTRAUKŠANA - TIESISKIE ASPEKTI.....	36
6 GRŪTNIECĪBAS MĀKSLĪGA PĀRTRAUKŠANA - PSIHOEMOCIONĀLIE ASPEKTI.....	42
6.1 Komunikācija ar pacienti.....	42
6.2 Sarunas gaita un pacientes psihoemocionālā stāvokļa novērtēšana .....	43
6.3 Pacientes motivāciju ietekmējošo faktoru noskaidrošana .....	44
6.4 Nepieciešamā atbalsta sniegšana un pacientes motivēšana pieņemt lēmumu.....	46
7 TIESISKAIS REGULĒJUMS UN PALĪDZĪBA NO VALSTS/ PAŠVALDĪBAS .....	48
7.1 Valsts atbalsts .....	48

7.2	Pašvaldības atbalsts .....	49
7.3	Paternitātes noteikšana .....	49
7.4	Uzturlīdzekļi.....	50
7.5	Uzturlīdzekļu garantijas fonds.....	51
8	PAŠVALDĪBU, BIEDRĪBU UN NODIBINĀJUMU SNIEGTIE PAKALPOJUMI.....	54
8.1	Prevencija .....	54
8.2	Atbalsta saņemšanas iespējas .....	54
8.3	Ārpusģimenes aprūpes iespējas bērnam.....	56
	IZMANTOTĀS LITERATŪRAS SARAKSTS .....	58
	PIELIKUMI.....	61

# 1 GRŪTNIECĪBAS MĀKSLĪGĀ PĀRTRAUKŠANA

Aborts ir grūtniecības pārtraukšanās pirms pilnām 22 grūtniecības nedēļām.

Mākslīgā aborta gadījumā grūtniecības pārtraukšanos izraisa ķirurģiska iejaukšanās vai medikamentu lietošana. Mākslīgie aborti var būt legāli un medicīniski.

Legāls aborts ir sertificētā medicīnas iestādē, sertificēta ārsta–ginekologa veikta grūtniecības pārtraukšana pēc pašas sievietes vēlēšanās līdz 12. grūtniecības nedēļai.

Medicīniskais aborts ir ārstniecības iestādē veikta grūtniecības pārtraukšana pirms pilnām 24 grūtniecības nedēļām. Šai procedūrai piekrīt pati grūtniece, viņas vecāki vai aizbildnis (ja meitene ir nepilngadīga) mātes anatomisku un funkcionālu pārmaiņu, diagnosticētu vai prognozējamu augļa iedzimtu vai ģenētisku pārmaiņu dēļ, kā arī sociālu apstākļu dēļ.<sup>2</sup>

## 1.1 Mākslīgo abortu statistika

Atbilstoši Pasaules Veselības organizācijas datiem, pasaulē ik gadu tiek veikti 73 miljoni abortu, no tiem 45% ir nedroši aborti, kas ir ļoti būtisks sievietes nāves cēlonis grūtniecības laikā. Zemākais mākslīgo abortu skaits ir Eiropā, kur gada laikā tiek veikti mazāk nekā 10 aborti uz 1000 sievietēm vecumā no 15 līdz 44 gadiem. Salīdzinājumā, piemēram, ar Āfrikas valstīm, kur ir 20 līdz 39 aborti uz 1000 sievietēm, jo kontracepcijas pieejamība ir zemāka.<sup>3</sup>

Slimību profilakses un kontroles centra apkopotā informācija liecina, ka mākslīgo abortu skaits Latvijā pēdējos gados samazinās.

1.1 tabula Abortu statistika Latvijā<sup>4</sup>

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Kopējais abortu skaits</b>									
Kopā	10 820	10 320	9 231	8 715	8 550	7 854	7 370	6 599	6 098
t.sk. mākslīgie	7 443	7 089	6 197	5 557	5 318	4 802	4 366	3 917	3 636
<b>Abortu skaits uz 1000 sievietēm 15-49 gadu vecumā</b>									
Kopā	21,2	21,0	19,4	18,9	19,0	17,9	17,1	15,7	14,8
t.sk. mākslīgie	14,6	14,4	13,0	12,0	11,8	10,9	10,2	9,3	8,8
<b>Abortu skaits uz 1000 dzīvi dzimušiem</b>									
Kopā	565	559	472	430	399	362	340	321	319
t.sk. mākslīgie	389	384	317	274	248	221	202	190	190
<b>Pārtraukta pirmā grūtniecība, īpatsvars no visiem abortiem, procentos</b>									
	10,5	10,8	8,8	9,5	9,0	7,5	7,2	7,5	8,1

<sup>2</sup> *Seksuālās un reproduktīvās veselības likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis: 19.02.2002

<sup>3</sup> WHO. (2021) *Abortion. Fact sheets*. Pieejams šeit: [https://www.who.int/health-topics/abortion#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/abortion#tab=tab_1)

<sup>4</sup> Centrālā statistikas pārvalde. *Dzemdības un aborti*. Pieejams šeit: <https://www.csb.gov.lv/lv/statistika/statistikas-temas/socialie-procesi/veseliba/tabulas/vag110/dzemdibas-un-aborti>

## 1.2 Mākslīgo abortu iemesli

Iemesli, kāpēc sievietes Latvijā apzināti izvēlas pārtraukt grūtniecību, var būt dažādi:

- pašas sievietes izvēle,
- sievietes partneris šobrīd nav gatavs kļūt par tēvu,
- sievietes ģimene neatbalsta grūtniecības turpināšanu,
- dažādi sociālekonomiskie apsvērumi,
- grūtniecība ir iestājusies izvarošanas vai asinsgrēka rezultātā,
- diagnosticēta augļa patoloģija,
- grūtniecība apdraud sievietes psihisko, fizisko veselību vai pat dzīvību.<sup>5,6</sup>

Latvijā veiktajos pētījumos konstatēts, ka 84% sieviešu, kam mākslīgi tiek pārtraukta grūtniecība, ir pastāvīgās partnerattiecībās ar nedzimušā bērna tēvu, 15% atrodas bērna kopšanas atvaļinājumā, vairāk nekā 50% ir strādājošas un 25% – ar augstāko izglītību.<sup>7</sup>

## 1.3 Legāls aborts

Ja sievietei ir aizdomas par neplānotas grūtniecības iestāšanos, tad, pirmkārt, ir jāveic grūtniecības tests un jāpierakstās uz vizīti pie ginekologa. Kamēr tiek gaidīts noteiktās vizītes datums, būtu vēlams, lai sieviete jau saņemtu atbalstu no kādas uzticības personas un apdomātu jautājumu par grūtniecības turpināšanu vai tās pārtraukšanu, kā arī būtu lietas kursā par alternatīvām iespējām, piemēram, bērna nodošanu adopcijā.

Konsultācijai pirms mākslīgā aborta veikšanas jānorit labvēlīgā un emocionāli neitrālā gaisotnē. Tā būs vieglāk ar pacientu apspriest iemeslus, kuri pamudinājuši pārtraukt grūtniecību. Vizītes laikā ginekologs (dzemdību speciālists) vai ģimenes ārsts informē sievieti par aborta būtību viņai saprotamā valodā. Arī pirms pašas procedūras veikšanas vai medikamentoza aborta uzsākšanas, sieviete vēlreiz tiek mutiski informēta par iespējamajiem veselības sarežģījumiem.

Ārsts ir atbildīgs par nedzimušas dzīvības saglabāšanu, un viņa pienākums ir mēģināt atrunāt pacientu no apzinātas grūtniecības pārtraukšanas, ja vien tā neapdraud sievietes veselības stāvokli un nepastāv risks, ka jaundzimušajam būs pārmantojama vai iegūta slimība. Ārstam ir tiesības atteikties mākslīgi pārtraukt grūtniecību, ja tam nav nekādu medicīnisku iemeslu.

Tajā pašā laikā, visām sievietēm, kas nolēmušas veikt abortu, ir tiesības saņemt atbalstu

---

<sup>5</sup> Putniņa, A. (2011). *Iedzīvotāju reproduktīvā veselība: Pārskats par situāciju Latvijā (2003–2011)*. Rīga: Papardes zieds.

<sup>6</sup> Spridzāne, A., Mošna, N., ... Līdaka, L. (2014). *Nevēlama grūtniecība un kontracepcijas prakse Latvijā*. Latvijas Ārsts, Aprīlis 2014.

<sup>7</sup> CSP. *Dzemdības un aborti*.



un līdzjūtīgu attieksmi konsultācijas un visa ārstniecības procesa laikā. Tāpat sievietei jābūt informētai arī par iespējām saglabāt grūtniecību un nodot bērnu adoptīvai vai jāzina, kur saņemt palīdzību, ja tomēr izvēlas bērnu audzināt pati. Ārstam jābūt maksimāli neitrālam savā attieksmē un saprotošam, cenšoties izprast situāciju, kurā sieviete nokļuvusi.

Ginekologs (dzemdību speciālists) vai ģimenes ārsts pirmajā vizītē apstiprina progresējošas dzemdes grūtniecības faktu un precizē grūtniecības laiku, balstoties uz anamnēzes, objektīvās izmeklēšanas un augļa ultrasonogrāfijas datiem.

Šobrīd Latvijā spēkā esošais regulējums nosaka, ka pirms grūtniecības pārtraukšanas ir jāveic maksts mikrofloras iztriepe un mikroprecipitācijas reakcija ar inaktivētu serumu (SED), kā arī jānosaka asins grupa un rēzus (Rh) faktors. Nepieciešamības gadījumā tiek veikti arī citi izmeklējumi. Dzemdes kakla onkocitoloģisku izmeklējumu veic gadījumos, ja sieviete nav piedalījies valsts dzemdes kakla vēža skrīninga programmā. Ginekologs (dzemdību speciālists) vai ģimenes ārsts izvērtē arī dziļo vēnu trombozes risku.<sup>8,9</sup>

Ja sievietei ir palielināts seksuāli transmisīvo infekciju (STI) risks vai ir apstiprināta to klīniskā aina, vēlams veikt papildu izmeklēšanu uz STI infekcijām. Sievietēm, kuras pieder STI riska grupai, rekomendē antibakteriālās terapijas (ar doksiciklīnu) uzsākšanu 2 līdz 3 dienas pirms grūtniecības mākslīgas pārtraukšanas.<sup>10</sup>

Pēc rezultātu izvērtēšanas un medicīnisko kontraindikāciju izslēgšanas, medicīnas darbinieks aizpilda un izsniedz sievietei nosūtījumu grūtniecības pārtraukšanai. Ginekologs (dzemdību speciālists) vai ģimenes ārsts nosūtījumā un ambulatorā pacienta medicīniskajā kartē atzīmē nosūtījuma izsniegšanas gadu, mēnesi, datumu un stundu, jo abortu drīkst izdarīt tikai tad, kad kopš nosūtījuma izsniegšanas pagājušas 72 stundas. Tas ir laiks, kas sievietei tiek dots pārdomām.<sup>11</sup>

Ginekologs (dzemdību speciālists) vai ģimenes ārsts sievieti nosūta uz stacionāru ārstniecības iestādi vai ambulatorās ārstniecības iestādes dienas stacionāru, kas atbilst normatīvo aktu prasībām, izņemot gadījumus, kad abortu drīkst veikt tikai stacionārā ārstniecības iestādē. Aborts jāveic stacionārā ārstniecības iestādē, ja:

- tā ir pirmā grūtniecība,
- grūtniecība ilgst vairāk par 8 nedēļām,
- sievietei ir 16 vai mazāk gadu,

<sup>8</sup> MK 28.10.2003 noteikumi Nr. 590 *Grūtniecības pārtraukšanas organizatoriskā kārtība*.

<sup>9</sup> Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācija (LGDSA). (2013). *Ķirurģisks aborts līdz 12. grūtniecības nedēļai: Izvērstas medicīniskās tehnoloģijas metodes apraksts*. Pieejams: <https://www.zva.gov.lv/zvais/mtdb/17-dzemdniecibas-un-ginekologijas-mediciniskie-pakalpojumi-un-medici-niskas-apauglosanas-pakalpojumi/310-pielikumi-izverstie-mediciniskas-tehnologijas-metodes-apraksti-un-citi-materiali/irurisks-aborts-ldz-12grtniecibas-nedai>

<sup>10</sup> Vīberga, I. (2013). *Ginekoloģija*. Rīga: Medicīnas apgāds

<sup>11</sup> *Grūtniecības pārtraukšanas organizatoriskā kārtība*.

- grūtniecei ir ģenitālas vai ekstraģenitālas slimības, kuras, pārtraucot grūtniecību, var radīt draudus sievietes dzīvībai.<sup>12</sup>

Mākslīgu grūtniecības pārtraukšanu realizē sertificēts ārsts – ginekologs (dzemdību speciālists). Ārstniecības iestādē, kur sieviete ieradies pārtraukt grūtniecību, viņai vispirms jāsaņem informācija no ginekologa (dzemdību speciālista) par grūtniecības pārtraukšanas gaitu un iespējamiem veselības sarežģījumiem. Līdz izrakstīšanai no ārstniecības iestādes pēc mākslīgas grūtniecības pārtraukšanas, ginekologs (dzemdību speciālists) konsultē sievieti par ģimenes plānošanas jautājumiem un iesaka piemērotus kontracepcijas līdzekļus.<sup>13</sup>

## 1.4 Ķirurģiskais aborts

Ķirurģiskais aborts līdz 12. grūtniecības nedēļai ir legāls vai medicīniskais aborts, ko veic, pielietojot dilatāciju un kiretāžu, vakuumekskohleāciju vai vakuumaspirāciju.

### 1.4.1 Pacientes sagatavošana operācijai

Pacientu sagatavošana operācijai ir katrā veselības aprūpes iestādē noteikta procedūra. Pacientam jābūt somatiski izmeklētam, kā arī jāizvērtē viņa spēja izturēt operāciju un anestēziju. Ja pacientei ir blakus slimības, nepieciešama atbilstošo speciālistu konsultācija.

Pirms operācijas ārstam vēlreiz jāinformē paciente par iespējamiem sarežģījumiem. Sieviete drīkst izvēlēties atsāpināšanas veidu, un viņai jāsaņem informācija no ārsta anesteziologa par iespējamiem atsāpināšanas procedūras sarežģījumiem. Paciente rakstiski apliecina savu piekrišanu operācijai un izvēlētajai anestēzijas metodei.

Lai mazinātu infekciozo komplikāciju risku, pirms ķirurģiskā aborta iesaka veikt profilaksi, iedzerot 100 mg doksiciklīna vienu stundu pirms operācijas vai 200 mg doksiciklīna 2 stundas pēc operācijas; ja ir liecības par bakteriālo vaginozi, papildus nozīmē metronidazolu 1 g rektāli vai 800 mg orāli tieši pirms aborta izdarīšanas vai tā laikā.<sup>14,15</sup>

### 1.4.2 Operācijas apraksts

- **Dilatācija un kiretāža** – pēc operācijas lauka trīsreizējas apstrādes ar dezinfekcijas šķīdumu, sievietes makstī ievieto mugurējo karošu spoguli, nepieciešamības gadījumā lieto arī priekšējo karošu spoguli, pēc tam ar vienzobi/divzobi satver dzemdes kakla priekšējo lūpu, tādējādi to fiksējot. Tad uzmanīgi, atbilstoši dzemdes dobuma izmēram, ievieto zondi, tādējādi nosakot dzemdes dobuma garumu. Ar Hegāra dilatatoriem dilatē (paplašina) dzemdes kaklu

---

<sup>12</sup> Grūtniecības pārtraukšanas organizatoriskā kārtība.

<sup>13</sup> turpat

<sup>14</sup> National Abortion Federation. (2020). *Clinical policy guidelines for abortion care*. Pieejams šeit: <https://prochoice.org/store/clinical-policy-guidelines/>

<sup>15</sup> Vīberga, *Ginekoloģija*

līdz vajadzīgajam atvērūmam. Ar 2.- 4.- 6. izmēra kiretēm tiek veikta dzemdes dobuma satura evakuācija, nepieciešamības gadījumā var lietot aborta stangas. Pēc tam ar mazāko kireti tiek veikta dzemdes dobuma kontrolkiretāža dzemdes stūru rajonos. Pēc tam veic dzemdes kakla atkārtotu apstrādi ar dezinficējošu šķīdumu. Izņem vienzobi/divzobi, pārlicinās, vai nav asiņošanas, un visbeidzot izņem mugurējo karošu spoguli.

Jāizvērtē kiretāžas laikā iegūtais materiāls, lai pārlicinātos, ka tas pēc apjoma atbilst aprēķinātajam grūtniecības laikam.<sup>16</sup>

• **Vakuumekskohleācija.** Pēc operācijas lauka trīsreizējas apstrādes ar dezinfekcijas šķīdumu, sievietes makstī ievieto mugurējo karošu spoguli, nepieciešamības gadījumā lieto arī priekšējo karošu spoguli, ar vienzobi/divzobi satver dzemdes kakla priekšējo lūpu, tādējādi to fiksējot. Uzmanīgi ievieto dzemdes dobuma zondi, atbilstoši tās novietojumam, lai noteiktu dzemdes dobuma garumu.. Ar Hegāra dilatatoriem dilatē (paplašina) dzemdes kaklu. Ievada vakuumsūkņa kanili līdz fundus daļai un ieslēdz sūkni. Kanili vada ap dzemdes dobuma sienām 360 grādu apjomā. Nepieciešamības gadījumā veic kontrolkiretāžu ar 2. - 4.- 6. izmēra kireti, īpašu uzmanību pievēršot dzemdes dobuma stūru rajoniem, nepieciešamības gadījumā var lietot aborta stangas. Veic dzemdes kakla atkārtotu apstrādi ar dezinficējošu šķīdumu, pēc tam izņem vienzobi/divzobi, pārlicinās, vai nav asiņošanas, un, visbeidzot, izņem mugurējo karošu spoguli.

Jāizvērtē vakuumsūkšanas rezultātā iegūtais materiāls – vai tas atbilst procedūrai un aprēķinātajam grūtniecības laikam.<sup>17</sup>

### 1.4.3 Pēcoperācijas periods

Pēcoperācijas periodā stacionārā tiek veikta agrīna pacientes aktivācija, saudzējoša diēta pirmajās stundās pēc operācijas un adekvāta atsāpināšana. Ja nepieciešams, ginekologs (dzemdību speciālists) konsultē par ģimenes plānošanas jautājumiem un iesaka piemērotus kontracepcijas līdzekļus līdz izrakstīšanai no ārstniecības iestādes.<sup>18</sup>

Izrakstīšanas no stacionāra kritēriji (apmēram 3 stundas pēc operācijas):

- paciente hemodinamiski stabila,
- nav komplikāciju pēc anestēzijas,
- ārsts ir informējis sievieti par gadījumiem, kad nepieciešams vērsties pēc medicīniskās palīdzības,
- ārsts ir informējis pacientu par iespējam saņemt psiholoģisku palīdzību, ja tāda ir

<sup>16</sup> LGDSA. *Ķirurģisks aborts līdz 12. grūtniecības nedēļai*

<sup>17</sup> Turpat

<sup>18</sup> Turpat

nepieciešama.<sup>19</sup>

Ambulatorā aprūpe:

- visām sievietēm ar Rh negatīvu asinsgrupu ir jāsaņem AntiD imunoglobulīna injekcija,
- jāievēro higiēnas norādījumi: jāatturas no dzimumdzīves vismaz 2 nedēļas un līdz asiņošana ir beigusies, līdz nākamajām menstruācijām nav atļauts lietot maksts tamponus, kā arī 24 stundas pēc procedūras nedrīkst mazgāties vannā.<sup>20</sup>

#### 1.4.4 Iespējamās komplikācijas

- asiņošana procedūras laikā un pēc tās,
- dzemdes perforācija,
- dzemdes kakla bojājums,
- sāpes,
- augļa olas retence,
- iekaisums,
- neizdevusies augļa olas evakuācija un tai sekojoša progresējoša grūtniecība,
- daļēja vai pilnīga Ašermana sindroma attīstība (rētaudu un saaugumu attīstība dzemdes dobumā),
- Rh vai asinsgrupu izosensibilizācija.<sup>21</sup>

#### 1.4.5 Brīdinājumi, piesardzība

- pirms ķirurģiska aborta jādiagnosticē un jāsanē maksts un iegurņa infekcijas vai jānozīmē profilaktiska antibakteriāla terapija,
- ķirurģisks aborts var izraisīt sieviešu sensibilizāciju, kurām ir Rh (-) asinsgrupa, tādēļ pēc aborta profilaktiski šīm sievietēm jāievada DV AntiD imunoglobulīns,
- instrumentu ievade dzemdes dobumā jāveic uzmanīgi, ievērojot dzemdes anatomisko novietojumu, lai samazinātu tās perforācijas risku,
- ja rodas aizdomas par dzemdes perforāciju, procedūru nepieciešas pārtraukt, ar zondes palīdzību jāpārlicinās par dzemdes sienas veselumu vai bojājuma lokalizāciju, jānovērtē hemodinamikas rādītāji, var veikt kontroles ultrasonogrāfiju un lietot uterotoniskos līdzekļus. Jālemj par tālāku konservatīvu vai operatīvu terapiju,
- sievietei var būt asiņaini izdalījumi līdz divām nedēļām pēc operācijas, kā arī vieglas, velkošas sāpes vēdera lejasdaļā,
- pēc ķirurģiskā aborta pacientēm jāatturas no dzimumdzīves vismaz divas nedēļas un līdz

---

<sup>19</sup> LGDSA. *Ķirurģisks aborts līdz 12. grūtniecības nedēļai*

<sup>20</sup> Turpat

<sup>21</sup> Turpat

asiņošana ir beigusies, tāpat līdz nākamajām menstruācijām nedrīkst lietot maksts tamponus, kā arī 24 stundas pēc procedūras mazgāties vannā,

- pēc procedūras var attīstīties endometriīts, tādēļ pacienti iepriekš jābrīdina par tā iespējamību, simptomātiku un rīcības taktiku.<sup>22</sup>

## 1.5 Medikamentoza aborts

Medikamentoza aborts ir grūtniecības pārtraukšana ar farmakoloģiskiem preparātiem – mifepristonu un mizoprostolu. Mifepristons pārtrauc grūtniecības attīstību, savukārt, mizoprostols stimulē dzemdes kontrakcijas.<sup>23</sup> Medikamentoza aborts, tāpat kā alternatīva metode- ķirurģiska grūtniecības pārtraukšana, sniedz sievietei izvēles iespējas. Medikamentozo abortu var izvēlēties veikt dzemdē lokalizētas grūtniecības pārtraukšanai laika posmā līdz 63 amenorejas dienām (rēķinot no pēdējo menstruāciju 1. dienas). Optimāli medikamentozo abortu ir veikt līdz 49 grūtniecības dienām, lietojot perorāli mifepristonu un mizoprostolu. Ja grūtniecības laiks pārsniedz 49 dienas un ir līdz 63 grūtniecības dienām, medikamentozo abortu izdara, lietojot mifepristonu perorāli un mizoprostolu bukāli, sublingvāli vai vagināli. Medikamentozo abortu piemēro tikai tām pacientēm, kas ir vecākas par 18 gadiem.<sup>24</sup>

Medikamentozā aborta priekšrocības:

- augsta grūtniecības pārtraukšanas efektivitāte – līdz 98,5%,
- iespējams novērst komplikācijas, kas varētu rasties ķirurģiskā aborta un anestēzijas laikā,
- samazinās ascendējošās infekcijas risks, jo medikamentozā aborta laikā netiek traumēta “aizsargājošā sistēma” – dzemdes kakla kanāls; nav nepieciešamas invazīvās metodes (injekcijas, ķirurģiskā manipulācija), kuru laikā varētu pieaugt risks inficēties ar vīrusa hepatītu B, C, HIV),
- netiek traumēts endometrijs, miometrijs un dzemdes kakls,
- ja mizoprostolu lieto sublingvāli vai bukāli, augļa ola izdalās 3 līdz 4 stundu laikā, tāpēc ascendējošās infekcijas risks ir minimāls,
- medikamentoza aborts ir izvēles metode pirmās grūtniecības pārtraukšanai,
- ir pacientes, kurām ir psiholoģiski vieglāk lietot tabletes nekā veikt ķirurģisku operāciju,
- medikamentoza aborts ir ar labu panesamību – 93,6% pacienšu ir apmierinātas ar tā norisi,
- medikamentozā aborta ieviešana palielina pacientes izvēles iespējas mākslīgās grūtniecības

<sup>22</sup> LGDSA. *Ķirurģisks aborts līdz 12. grūtniecības nedēļai*

<sup>23</sup> *Clinical policy guidelines for abortion care*

<sup>24</sup> Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācija. (2014). *Medikamentoza aborts līdz 63. amenorejas dienai, lietojot mifepristonu un mizoprostolu: Izvērsti medicīniskās tehnoloģijas metodes apraksts*. Pieejams: <https://www.zva.gov.lv/zvais/mtdb/17-dzemdniecibas-un-ginekologijas-mediciniskie-pakalpojumi-un-medici-niskas-apauglosanas-pakalpojumi/310-pielikumi-izverstie-mediciniskas-tehnologijas-metodes-apraksti-un-citi-materiali/medikamentozs-aborts-lidz-63amenorejas-dienai-lietojot-mifepristonu-un-mizoprostolu>

pārtraukšanai.<sup>25,26</sup>

### 1.5.1 Medikamentozā aborta režīmi

Aborta veikšanai atļauts lietot tikai Latvijas tirgū izvērtētus un likumīgi apstiprinātus medikamentus. Izmantotajiem medikamentiem ir jābūt atļautiem lietošanai grūtniecības pārtraukšanai laika posmā, kas atbilst pacientes grūtniecības laikam. Piemēram, Latvijas Zāļu reģistrā ir reģistrēts mifepristonu un mizoprostolu saturošs preparāts *Medabon* (kombinēts iepakojums no vienas Mifepristona 200 mg tabletes un četrām Mizoprostola 200 mcg vaginālām tabletēm), kuru var lietot saskaņā ar medikamenta zāļu aprakstu.<sup>27</sup>

### 1.5.2 Medikamentozā aborta procedūras apraksts

Pirmā vizīte (1. diena):

- anamnēzes ievākšana par pacientu un medicīniskas (tai skaitā ginekoloģiskas) izmeklēšanas veikšana,
- konsultācijas laikā pacientei ir iespēja iegūt atbildes uz neskaidriem jautājumiem par medikamentozu abortu. Viņa iepazīstas un 2 eksemplāros (1 pacientei, 1 ārstam) paraksta Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācijas apstiprinātu veidlapu "Pacientes (pacientes vecāku/-a vai aizbildņa) informētā piekrišana medikamentoza aborta procedūrai",
- mifepristonu lieto saskaņā ar izvēlētajā medikamenta normatīvajos aktos noteikto lietošanas režīmu un dozējumu. Medikamentu paciente lieto ārsta klātbūtnē. Ārsts aizpilda medikamentozā aborta vēsturi un reģistrē mifepristonu medikamentu uzskaites žurnālā, norādot sērijas numuru un ar parakstu apstiprinot sniegtās informācijas patiesumu,
- pēc mifepristona lietošanas paciente 3 stundas uzskavējas medicīnas iestādē, kuru laikā tiek izvērtētas iespējamās alerģiskās reakcijas,
- vienojas ar ārstu par nākamo vizīti,
- izrakstot no ārstniecības iestādes, visām sievietēm jānodrošina atbilstošu medikamentu lietošana, un viņām ir jāzina iespējamie simptomi, kā arī jābūt tiešām saziņas iespējām ar ārstniecības iestādi, izmantojot tālruņa numuru vai tiešās piekļuves palīdzību.

Otrā vizīte (2. – 3. diena):

- mizoprostolu lieto saskaņā ar izvēlētajā medikamenta normatīvajos aktos noteikto lietošanas režīmu un dozējumu. Parasti paciente ierodas stacionārā,
- pēc mizoprostola lietošanas paciente 3 stundas uzskavējas medicīnas iestādē, kur tiek

<sup>25</sup> *Clinical policy guidelines for abortion care*

<sup>26</sup> WHO. (2014) *Clinical Practice handbook for safe abortion*. Pieejams šeit:

[https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/clinical-practice-safe-abortion/en](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/clinical-practice-safe-abortion/en)

<sup>27</sup> LGDSA. *Medikamentozs aborts līdz 63. amenorejas dienai*

izvērtētas iespējamās alergiskās reakcijas,

- Rh(-) sievietēm pēc aborta profilaktiski jāveic 625 DV AntiD imunoglobulīna injekcija deltveida muskulī 72 stundu laikā pēc medikamentozā aborta procedūras. Ja AntiD imunoglobulīns nav saņemts noteiktajā periodā, jānodrošina tā ievade tuvāko 10 dienu laikā,
- paciente vienojas ar ārstu par nākamo vizīti,
- izrakstot no ārstniecības iestādes, visām sievietēm jānodrošina atbilstošu medikamentu lietošana, viņām ir jāzina iespējamie simptomi, kā arī jābūt tiešām saziņas iespējām ar ārstniecības iestādi, izmantojot tālruņa numuru vai tiešās piekļuves palīdzību.

Trešā vizīte (14. - 21. diena):

- 14. dienā pēc mifepristona ieņemšanas paciente ierodas uz pārbaudi pie ginekologa (dzemdību speciālista), kurš ir nozīmējis preparātus, kas paredzēti medikamentozā aborta veikšanai, lai pārliecinātos, ka aborts ir pilnībā noticis. Veicot transvaginālo ultrasonogrāfiju, iespējams pārliecināties par augļa olas pilnīgu izdalīšanos no dzemdes dobuma (apliecina, ka ir noticis pilnīgs pabeigts aborts). Nepieciešamības gadījumā izmanto bimanuālu izmeklēšanu,  $\beta$ -hCG koncentrācijas noteikšanu asins serumā (samazinājās vismaz par 50% 48 līdz 72 stundas vai par 80% nedēļu pēc mizoprostola lietošanas),
- pēc medikamentozā aborta pacientēm jāatturas no dzimumdzīves vismaz nedēļu vai līdz brīdim, kad asiņošana ir beigusies un paciente jūtas labi. Nedrīkst lietot maksts tamponus līdz nākamajām menstruācijām, kā arī 24 stundas pēc procedūras nav atļauts mazgāties vannā,
- paciente tiek konsultēta par kontracepcijas lietošanu turpmāk. Tā kā grūtniecība var iestāties jau 3 nedēļu laikā pēc procedūras, tiek pārrunātas drošas kontracepcijas metodes. Nepieciešamības gadījumā kontracepciju ir jāsāk lietot uzreiz pēc grūtniecības pārtraukšanas. Intrauterīnu spirāli var ievadīt vizītes laikā, kad konstatēta grūtniecības pārtraukšana vai arī nākamo menstruāciju laikā. Ieteicams izvairīties no neaizsargātām seksuālām attiecībām līdz pirmajām menstruācijām pēc aborta.<sup>28</sup>

### 1.5.3 Medikamentoza aborta kontraindikācijas

- grūtniecība nav apstiprināta ar ginekoloģisko izmeklēšanu, ultrasonogrāfiski vai ar bioloģiskiem testiem,
- grūtniecības ilgums pārsniedz 63 amenorejas dienas (rēķinot no pēdējo menstruāciju 1. dienas),

---

<sup>28</sup> LGDSA. Medikamentozs aborts līdz 63. amenorejas dienai

- ir apstiprināta ārpusdzemdes grūtniecība vai ir aizdomas par to,
- ir veikta dzimumorgānu apgraizīšana vai cirkumcīzija,
- iepriekš zināma alerģija uz prostaglandīniem,
- smaga, terapeitiski nekontrolējama astma,
- iedzimta porfīrija,
- hroniska virsnieru mazspēja,
- paaugstināta jutība pret aktīvām vielām vai jebkuru palīgvielu u.c. kontraindikācijas, kas saistītas ar konkrētiem medicīniskās tehnoloģijas realizācijai lietotajiem medikamentiem,
- pacientei nav iespējas ierasties uz kontroles vizīti, lai novērtētu, vai grūtniecība ir pilnīgi pārtraukta,
- pacientei ir grūtības saņemt neatliekamo medicīnisko palīdzību 2 nedēļu laikā pēc medikamentu lietošanas,
- izvēlētie medikamenti nav paredzēti pielietošanai pacientes grūtniecības pārtraukšanas laika posmā.<sup>29</sup>

#### **1.5.4 Brīdinājumi, piesardzība**

- īpaša piesardzība jāievēro pacientēm ar: asins slimībām (tādām, kas ietekmē asins recēšanu), aknu slimībām, nieru mazspēju, sirds mazspēju un samazinātu svaru (saistībā ar nepietiekamu pārtikas daudzuma uzņemšanu),
- pacientēm ar sirds slimību riska faktoriem (piemēram, augsts asinsspiediens, hiperlipidēmija),
- pacientēm ar sirds vārstuļu protēzēm vai agrākām infekciozā endokardīta epizodēm nepieciešama atbilstoša profilaktiskā ārstēšana ar antibiotikām,
- ja grūtniecība ir iestājusies sievietei, kurai ir intrauterīna kontracepcija dzemdes dobumā, tā pirms aborta veikšanas ir jāizņem,
- ja sievietei neilgi pirms grūtniecības pārtraukšanas ir konstatēta anēmija, tad, ja hemoglobīna rādītāji ir zem 11 mg/dl, pacientei ir jānozīmē pretanēmijas terapija,
- ja sievietei ir konstatēta seksuāli transmisīva slimība vai reproduktīvās sistēmas iekaisīgas slimības, tās ir jāārstē nekavējoties, bet nav nepieciešams aborta veikšanu atlikt līdz terapijas beigām. Ārstēšanu var pabeigt pēc medikamentoza aborta izdarīšanas,
- mifepristons un mizoprostols izdalās ar pienu krūts barošanas laikā. Medicīnisko tehnoloģiju nav ieteicams lietot zīdīšanas laikā,
- medikamentozs aborts var izsaukt sievieti, kurām ir Rh(-) asinsgrupa, sensibilizāciju, tādēļ

<sup>29</sup> LGDSA. *Medikamentozs aborts līdz 63. amenorejas dienai*



72 stundu laikā pēc medikamentoza aborta procedūras, profilaktiski jāveic 625 DV AntiD imunoglobulīna injekcija deltveida muskulī. Ja AntiD imunoglobulīns nav saņemts noteiktajā periodā, jānodrošina tā ievade tuvāko 10 dienu laikā,

- ja ir aizdomas par akūtu nieru mazspēju, ieteicama deksametazona lietošana. 1 mg deksametazona ir antagonists 400 mg mifepristona devai,
- sievietei, kurai tikusi veikta mazo kaunuma lūpu apgraizīšana, jāveic pacientes fiziskā izmeklēšana, lai izslēgtu iespēju, ka medikamentozajam abortam var traucēt anatomiski šķēršļi,
- pēc aborta līdz 2 nedēļām var būt asiņaini izdalījumi un vieglas velkošas sāpes vēdera lejasdaļā,
- pēc medikamentoza aborta pacientēm jāatturas no dzimumdzīves vismaz nedēļu vai līdz brīdim, kad asiņošana ir beigusies un sieviete jūtas labi. Nedrīkst lietot maksts tamponus līdz nākamajām menstruācijām, kā arī 24 stundas pēc procedūras veikšanas doties vannā,
- citi brīdinājumi un piesardzības pasākumi, kas sniegti izmantoto medikamentu zāļu aprakstos.<sup>30</sup>

### 1.5.5 Nevēlamie blakusefekti

Tāpat kā citi medikamenti, arī mifepristons un mizoprostols dažiem cilvēkiem var radīt nevēlamas reakcijas. Biežākie ar medikamentozo abortu saistītie blakusefekti ir: sāpes, spēcīga asiņošana un gastrointestināls diskomforts.

- Krampjveida sāpes vēderā ir viena no ļoti bieži sastopamām blaknēm. Tās var būt līdzīgas menstruāciju laikā esošām sāpēm vai pat spēcīgākas. Parasti vidēji tās ilgst 2 līdz 3 stundas un visbiežāk sākas pēc mizoprostola lietošanas.
- Pastiprināta asiņošana grūtniecības pārtraukšanas gadījumā ar medikamentozā aborta palīdzību ir sastopama ļoti bieži, bet tās intensitāte ne vienmēr ir spēcīga. Vidējais asins zudums ir 75 ml, vidējais asiņošanas ilgums var būt no 9 līdz 13 dienām. Asins zudums parasti ir neliels, un nav nepieciešama papildus aizvietojošā terapija. Asiņošanu var novērst ar vazokonstriktoriem medikamentiem, abraziiju. Ļoti spēcīgas asiņošanas gadījumā, kad jāmaina 2 vai vairāk paketes stundas laikā, 2 vai vairāk stundas pēc kārtas, nepieciešama tūlītēja ķirurģiska abraziija. Ļoti spēcīga asiņošana, kuras rezultātā būtu nepieciešama asins pārlišana, sastopama 0,1 % gadījumū.
- Infekciju risks ir retāka blakne.
- Gastrointestinālās blaknes: slikta dūša, vemšana, caureja ir bieži sastopamas. Parasti tās ir īslaicīgas un pāriet 2 stundu laikā.

---

<sup>30</sup> LGDSA. *Medikamentozs aborts līdz 63. amenorejas dienai*

- Galvassāpes, kardiovaskulāri traucējumi, alergiskas reakcijas, muguras sāpes, kas saistītas ar medikamentu izmantošanu un ar individuālu medikamentu nepanesību, ir retas.<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> LGDSA. *Medikamentozs aborts līdz 63. amenorejas dienai*

## 2 KONTRACEPCIJA

Kontracepcija ir pasākumu kopums, ko pielieto, lai novērstu neplānotu grūtniecības iestāšanos. Mūsdienās pastāv daudz dažādu kontracepcijas metožu, kuru lietošana ir atkarīga no dažādiem faktoriem, piemēram, sievietes un/vai vīrieša veselības, dzīves perioda, sadzīves apstākļiem, metodes pieejamības, kā arī medicīnas profesionāļu, sabiedrības attieksmes un zināšanām.<sup>32</sup> Pēc darbības mehānisma kontracepciju var iedalīt vairākos veidos (skat. 2.1 tabulu).

2.1 tabula

Kontracepcijas metožu iedalījums pēc darbības mehānisma<sup>33,34,35</sup>

Hormonālā	Intrauterīnā	Barjermetodes	Ķirurģiskā	Citas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orālā:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kombinēta (KOK)</li> <li>• Gestagēnu (POK)</li> <li>• Neatliekamā</li> </ul> </li> <li>• Injekcija               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kombinēta</li> <li>• Gestagēnu</li> </ul> </li> <li>• Plāksteris (HP)</li> <li>• Maksts riņķis (HMR)</li> <li>• Hormonālā intrauterīnā sistēma (IUHS)</li> <li>• Implants/i</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dzemdes spirāle jeb intrauterīnā ierīce (IUI)</li> <li>• HIUS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vīriešu prezervatīvs</li> <li>• Sieviešu prezervatīvs</li> <li>• Maksts diafragma</li> <li>• Dzemdes kakla uzdeva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Olvadu nosiešana vai pārdalīšana</li> <li>• Sēklas vadu pārdalīšana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spermicīdi</li> <li>• Kalendārā metode</li> <li>• Laktācijas amenoreja</li> <li>• Pārtrauktais dzimumakts</li> </ul>

2.1 tabulā norādīto kontracepcijas metožu apraksts, efektivitāte, iespējamās blaknes, nozīmēšana detalizēti attēlota 1. pielikumā “Kontracepcijas metodes”.

Pasaules Veselības organizācijas (PVO) eksperti, pamatojoties uz zinātnisko pētījumu pierādījumiem, regulāri publicē kontracepcijas līdzekļu lietošanas rekomendācijas dažādās klīniskajās situācijās. Šo rekomendāciju apkopojumu sauc par Kontracepcijas rīku (skatīt 2. pielikumu).

Kontracepcijas efektivitāti novērtē ar Perla indeksu: Jo indekss mazāks, jo metode ir efektīvāka. Metodes efektivitāti raksturo arī ar neveiksmju (grūtniecības iestāšanos) skaitu,

<sup>32</sup> WHO. (2018). *Family planning: A global handbook for providers, 3rd edition*. Pieejams šeit: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fp-global-handbook/en/>

<sup>33</sup> Turpat

<sup>34</sup> Vīberga. *Ginekoloģija*

<sup>35</sup> WHO. (2015). *Medical eligibility criteria for contraceptive use, 5th edition*. Pieejams šeit: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158>

lietojot konkrēto kontracepcijas metodi, uz 100 sievietēm gada laikā. Aprēķina Perla indeksu sekojoši: grūtniecību skaits, lietojot metodi x 1200 /((dalīts ar) lietotāju skaits x lietošanas mēneši.

Iespējams arī izvērtēt kontracepcijas metodes efektivitāti, izsakot to procentos – jo augstāks ir procents, jo efektīvāka ir metode (skat. 2.2 tabulu).

2.2 tabula

**Kontracepcijas metožu efektivitāte<sup>36</sup>**

Novērtējums	Visefektīvākā	Ļoti efektīva	Augsti efektīva	Efektīva
<b>Pasargā no grūtniecības</b>	virs 99%	91-99%	81-90%	zem 80%
<b>Metode</b>	Sterilizācija IUI/IUHS Implants	KOK Injekcijas Plāksteris Riņķis	Prezervatīvs Diafragma	Kalendārā metode Uzmava Spermicīdi

<sup>36</sup> Vīberga. *Ginekoloģija*

## 3 ĀRSTNIECĪBAS PERSONAS UN HIV INFIKĒTA GRŪTNIECE

### 3.1 Imūndeficīta vīruss

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) ir cilvēka imūndeficīta vīruss, kas spēj eksistēt un vairoties tikai dzīva organisma saimniekšūnās. HIV saimniekšūnas ir T limfocīti, makrofāgi, uz kura apvalka atrodas CD4 receptori un ar kuru palīdzību HIV iekļūst šūnā. Vīrusam vairojoties un noārdot T-limfocītus, lēni un neatgriezeniski tiek iznīcinātas organisma pretošanās spējas dažādām baktēriju, sēnīšu, vīrusu infekcijām un audzējiem.<sup>37,38</sup>

Zinātniski ir pierādīti 3 ceļi, kā HIV infekcija tiek pārnesta no vienas personas otrai. Inficēšanās notiek, ja kāds no inficētās personas organisma šķidrumiem, kas satur HIV lielā koncentrācijā – asinis, izdalījumi no dzimumorgāniem (sperma un maksts sekrets) un mātes piens –, nonāk otra cilvēka organismā. Statistikas dati liecina, ka pēdējā laikā inficēšanās ar HIV biežāk notikusi tieši heteroseksuālās transmisijas ceļā (37%) nevis kopīgu injicēšanas piederumu lietošanas rezultātā (22%).<sup>39</sup>

Ar HIV var inficēties:

- inficētu asins, asins preparātu, donoru audu un citu bioloģisko šķidrumu ceļā,
- ja dzimumakta laikā ar inficētu personu netiek lietots prezervatīvs,
- bērns no mātes grūtniecības, dzemdību vai zīdīšanas laikā (HIV vertikālā transmisija).

### 3.2 HIV diagnostika un konsultācija

HIV tests ir asins pārbaude, lai noskaidrotu, vai cilvēks ir inficējies ar šo vīrusu. Tas ietver gan asins analīzi, gan pirms-testa un pēc-testa konsultācijas, kuru laikā ārsts izskaidro visus ar HIV/AIDS saistītos jautājumus.

Medicīnas darbiniekam grūtniecēm un sievietēm papildus būtu jāsniedz arī šāda informācija:

- bērna inficēšanās risks HIV vertikālās transmisijas ceļā (māte infekciju nodod bērnam),
- profilakses pasākumi, kas jāievēro, lai novērstu infekcijas nodošanu no mātes bērnam, tai skaitā antiretrovirālā terapija profilakses nolūkā un padomi par bērna pareizu barošanu,
- ieguvumi bērnam, ko sniedz agrīna HIV diagnostika.<sup>40</sup>

<sup>37</sup> Rīgas Austrumu klīniskās US stacionārs Latvijas Infektoloģijas centrs Vadlīniju izstrādes darba grupa. (2014) *Cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) infekcijas diagnostikas, ārstēšanas un profilakses klīniskās vadlīnijas*.

<sup>38</sup> WHO (2021) *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach*. Pieejams šeit: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>

<sup>39</sup> Turpat

<sup>40</sup> WHO. *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach*.

Pēctesta konsultācijas laikā ārstniecības persona informē pacienti par izmeklēšanas rezultātu. Ārstniecības personai ir jāievēro ārstniecības jomas regulējošajos normatīvajos aktos noteiktā informācijas konfidencialitātes nodrošināšanas kārtība: tiesības izpaust šo informāciju ir tikai tādā gadījumā, ja pacients ir rakstiski apliecinājis, ka medicīnas darbinieks tiek atbrīvots no klusēšanas pienākuma un drīkst informēt konkrētu personu (piemēram, pacienta seksuālos partnerus vai tuviniekus) par pacienta inficēšanos ar HIV vai saslimšanu ar AIDS.

Pēctesta konsultācijā grūtniecēm, kuru testa rezultāts ir izrādījies pozitīvs, papildus būtu jāaplūko arī tādi jautājumi kā:

- dzemdību plānošana,
- antiretrovirālo medikamentu lietošana pacientes veselības saglabāšanas nolūkā, gadījumos, kad šāda terapija ir pieejama un tās uzsākšana ir pamatota, kā arī terapijas pielietošana profilakses nolūkā, lai novērstu infekcijas nodošanu gaidāmajam bērnam,
- pareiza uztura pamatprincipi topošajai mātei, tai skaitā informācija par dzelzs un folskābes lietošanas nepieciešamību, izvēles iespējas pareizai zīdaiņa ēdināšanai, atbalsta sniegšana mātei, izvēloties bērna barošanas veidu zīdaiņa vecumā,
- bērna izmeklēšana HIV infekcijas noteikšanai un turpmākā nepieciešamā aprūpe,
- partnera izmeklēšana HIV infekcijas noteikšanai.<sup>41,42</sup>

### 3.3 HIV/AIDS slimnieku ārstēšana

HIV/AIDS slimniekus ārstē, attiecinot uz viņiem visas iedzīvotāju, pacientu tiesības un pienākumus veselības aprūpē, kā arī nodrošinot minētajām personām ārstniecības pakalpojumus ārstniecības jomu regulējošajos normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

HIV/AIDS slimnieka izmeklēšanu, ārstēšanu un novērošanu veic infektologs, kurš strādā ārstniecības iestādē.

SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" metodiski vada HIV/AIDS slimnieku medicīnisko aprūpi, kā arī nodrošina pēcekspozīcijas profilaksi un konsultatīvo medicīnisko palīdzību.<sup>43</sup>

---

<sup>41</sup> WHO. *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach.*

<sup>42</sup> RAKUS. *Cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) infekcijas diagnostikas, ārstēšanas un profilakses klīniskās vadlīnijas*

<sup>43</sup> MK 04.11.2003. noteikumi Nr 628 *Cilvēka imūndeficīta vīrusa infekcijas (HIV) un AIDS izplatības ierobežošanas un ar HIV inficētu personu un AIDS slimnieku ārstēšanas organizatoriskā kārtība*

### **3.4 HIV inficētas grūtnieces tiesības saņemt valsts apmaksātus dzemdību palīdzības pakalpojumus**

Būt informētam par savu HIV statusu ir būtiski, lai cilvēks spētu savlaicīgi izmantot profilakses, veselības aprūpes un sociālā atbalsta pakalpojumus, kuru pieejamība kļūst arvien plašāka, kā arī lai iespējami mazinātu citu personu inficēšanās risku.

Vairākās valstīs, tai skaitā Latvijā, kurās HIV epidēmijas izplatības pakāpe ir zema vai koncentrēta, diagnostika HIV infekcijas noteikšanai un konsultāciju sniegšana tiek piemērota visām grūtniecēm (atbilstoši Latvijā izstrādātajām Cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) infekcijas diagnostikas, ārstēšanas un profilakses klīniskajām vadlīnijām, HIV infekcijas pārbaudes nepieciešamību grūtniecēm nosaka arī normatīvie akti).<sup>44</sup>

Pasaulē HIV/AIDS profilaksei tiek piešķirta īpaša nozīme, jo infekcija nav pilnībā izārstējama un cilvēkiem, kas to ieguvuši, jārēķinās ar sekām un zināmiem ierobežojumiem visa mūža garumā. Tamdēļ ir svarīgi zināt, kā nenodarīt kaitējumu savai veselībai un neapdraudēt citu cilvēku veselību.

### **3.5 Vertikālās transmisijas profilakse**

Ja grūtniece ir HIV pozitīva, tad ir realizējama HIV vertikālās transmisijas profilakse, lai iespējami samazinātu inficēšanās risku gaidāmajam bērnam perinatālā periodā.

HIV vertikālās transmisijas risks ir atkarīgs no mātes vīrusu slodzes – jo tā ir augstāka, jo pastāv lielāks infekcijas pārneses risks.

Pēc veikto pētījumu rezultātiem, gadījumos, kad HIV pozitīva sieviete baro jaundzimušo ar krūti, intrauterīnas inficēšanas risks sastāda aptuveni 25 līdz 40% no visiem vertikālas transmisijas gadījumiem. Vertikālas transmisijas risks dzemdību laikā sastāda aptuveni 60 līdz 75%. Trīs etapu zidovudine profilakse (pirms dzemdībām, dzemdību laikā un pēc tām) samazina HIV infekcijas transmisijas risku. Mūsdienās vertikālas HIV infekcijas profilakses pamatmetodes ir: antiretrovirālā terapija (ART) mātei, zidovudine kurss jaundzimušajam, kā arī ķeizargrieziena izdarīšana dzemdību laikā. Ja dzemdētāja ir inficēta arī ar C vīrushepatītu, dzemdību vadīšanas taktika neatšķiras.<sup>45,46,47</sup>

#### **3.5.1 Antiretrovirālās terapijas (ART) piemērošana grūtniecības laikā**

ART piemērošana grūtniecības laikā ir nepieciešama, lai samazinātu perinatālās

---

<sup>44</sup> RAKUS. *Cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) infekcijas diagnostikas, ārstēšanas un profilakses klīniskās vadlīnijas*

<sup>45</sup> Turpat

<sup>46</sup> WHO. *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring*

<sup>47</sup> Ruiter A., Taylor G.P. (2012) Guidelines for the management of HIV infection in pregnant women. *HIV Medicine*, 13, 87–157

transmisijas risku un ārstētu pašu māti, kurai diagnosticēta HIV infekcija.

Ja sieviete jau saņem antiretrovirālo terapiju, tā jāturpina (virusoloģiskas efektivitātes gadījumā) vai jāmaina, lai mazinātu teratogenitātes un toksiskuma risku – jāizslēdz no shēmas EFV (efavirenz), ddI (zalcitabine), TDF (tenofovir). Virusoloģiskas neefektivitātes gadījumā jāveic rezistences tests un jāizvēlas attiecīgā shēma atbilstoši jutībai, neiekļaujot EFV (efavirenz), ddI (zalcitabine), TDF (tenofovir) teratogenitātes riska dēļ. Ja, iestājoties grūtniecībai, sieviete vēl nesaņem antiretrovirālo terapiju, to iesaka piemērot visām grūtniecēm, neatkarīgi no vīrusa slodzes. Ja grūtniecei nav indikāciju HIV infekcijas ārstēšanā, vertikālas HIV infekcijas profilaktisku terapiju jāuzsāk no grūtniecības 14. nedēļas, lai mazinātu iespējamu antiretrovirālās terapijas shēmā iekļauto medikamentu teratogēno iedarbību uz augli. Antiretrovirālās terapijas standarta kombinācijai jā sastāv no 3 preparātiem. Izņēmums ir grūtnieces, kas iepriekš nav saņēmušas ART un kam HIV RNS < 1000 kop/ml. Tādā gadījumā ir pieļaujama AZT (zidovudine) monoterapijas nozīmēšana (300 mg 2 reizes dienā). No NRTI (nukleozīdu/nukteotīdu atgriezeniskās transkriptāzes inhibitori) grupas preparātiem izvēles medikamenti ir ZDV (zidovudine) /3TC (lamivudine), alternatīva – ABC (abacavir)/3TC (lamivudine). No PI (proteāžu inhibitori) grupas rekomendē LPV/r (lopinavir/ritonavir) kā pirmo izvēli un SQV+RTV (saquinavir) kā alternatīvu. Par pārējiem medikamentiem nav pietiekošu pētījumu.<sup>48,49</sup>

### **3.5.2 Antiretrovirālās terapija lietošana dzemdību laikā**

Dzemdību laikā rekomendē intravenozi ievadīt ZDV (zidovudine), neatkarīgi no tā, vai grūtniecības laikā ir saņemta ART terapija. Rekomendējamais režīms: 2 mg/kg pirmās stundas laikā un turpmāk līdz bērna piedzimšanai – 1 mg/kg. Dzemdību laika indicēts plānveida ķeizargrieziens. Ja pirms dzemdībām 36. grūtniecības nedēļā HIV RNS slodze >400 kop/ml, indicēts plānveida ķeizargrieziens 38./39. gestācijas nedēļā.<sup>50</sup>

Vaginālas dzemdības varētu būt pieļaujamas, ja grūtniece saņem pilnu ART shēmu, HIV RNS slodze ir <50 kop/ml un tā noteikta neilgi pirms dzemdībām (36. grūtniecības nedēļā).

Vertikālās HIV infekcijas profilakses pasākumi HIV pozitīvai grūtniecei - 3.1 tabulā

---

<sup>48</sup> Ruiter. *Guidelines for the management of HIV infection in pregnant women*

<sup>49</sup> RAKUS. *Cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) infekcijas diagnostikas, ārstēšanas un profilakses klīniskās vadlīnijas*

<sup>50</sup> Turpat



Vertikālās HIV profilakses pasākumi <sup>51</sup>

#	Situācija	Nosacījums	Pasākums
1	Sieviete saņem ART terapiju		Jāturpina vai jāizmaina terapijas shēma, lai mazinātu teratogenitātes un toksicitātes risku
2	Sieviete nesaņem ART terapiju	Ja HIV RNS < 10 <sup>3</sup> kop/ml	ZDV (zidovudine) 300 mgx2 (vai 200 mgx3) no 13. līdz 14. grūtniecības nedēļai
		Ja HIV RNS > 10 <sup>3</sup> kop/ml	SQV (saquinavir) 1000 mgx2+RTV 100 mgx2 vai LPV/r (lopinavir/ritonavir) 200/50mg-2x2 ZDV (zidovudine) 300 mgx2+3TC 150 mgx2 no 13. līdz 14. grūtniecības nedēļai
		Neatkarīgi no vīrusu slodzes	NPV 200 mg vienreizēja deva pirms dzemdībām, ja iepriekš nekādi profilakses medikamenti nav lietoti
3.1	Plānveida ķeizargrieziens	Ja veikti pirmsdzemdību profilakses pasākumi	ZDV (zidovudine) intravenozi 2 mg/kg 1. stundā, tad 1 mg/kg/stundā līdz dzemdību beigām
		Ja nav veikti pirmsdzemdību profilakses pasākumi	NVP 200 mg perorāli +ZDV (zidovudine) intravenozi 2 mg/kg 1. stundā, tad 1 mg/kg/stundā līdz dzemdību beigām
3.2	Dzemdības noris dabiskā ceļā	Ja pieejams, NVP 200 mg perorāli	

### 3.5.3 Jaundzimušā, kurš dzimis HIV pozitīvai sievietei, HIV infekcijas profilakses pasākumi

Tā kā mātes organismā esošās HIV anti vielas šķērso placentu, pozitīvs seroloģijas infekcijas tests neapstiprina HIV zīdainim, bet gan tā esamību pašai mātei, kā arī norāda uz to, ka bērns ir pakļauts inficēšanās riskam. Zīdaiņiem, kas inficēti ar HIV grūtniecības laikā, parasti vīrusa slodze ir nosakāma uzreiz pēc dzemdībām.

Zīdaiņiem, kas inficēti dzemdību laikā vai zīdīšanas (ar krūts pienu) ceļā, pēc dzimšanas vīrusa slodze nav nosakāma uzreiz, bet gan 1 līdz 2 nedēļu laikā.

HIV diagnozi apstiprina 2 pozitīvi HIV RNS testi 2 atsevišķos asiņu paraugos. Bērnā, kurš piedzimis HIV pozitīvai mātei, HIV RNS tests jāveic 1 līdz 2 mēnešu un 4 līdz 6 mēnešu vecumā.

<sup>51</sup> RAKUS. Cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) infekcijas diagnostikas, ārstēšanas un profilakses klīniskās vadlīnijas

HIV infekcijas diagnozi noteikti var izslēgt bērnam, kurš nav zīdīts ar krūti, ja ir noteikti 2 negatīvi HIV RNS testi, no kuriem viens veikts pēc viena mēneša vecuma un otrs - 4 mēnešu vecumā.

HIV RNS testa jutību ietekmē ART profilakse, tāpēc to vēlams veikt vismaz 2 nedēļas pēc ART profilakses pabeigšanas. Augsta HIV transmisijas riska gadījumā (ja nav lietota ART, vīrusu slodze tuvu dzemdību laikam  $>1000$  kop/ml), iesaka veikt HIV RNS testu jaundzimušajam tūlīt pēc dzimšanas.<sup>52</sup>

Mazuļa, kas piedzimis HIV pozitīvai sievietei, profilakses pasākumi:

1. aizliegums HIV pozitīvai sievietei barot jaundzimušo ar krūti (barojot ar krūti, bērna HIV laboratorajā skrīningā neizmanto anti testu),
2. kolīdz iespējams uzreiz pēc piedzimšanas, 6 nedēļas perorāli jālieto ZDV sīrups, devu rēķinot pēc jaundzimušā svara,
3. vienreizējā devā perorāli jālieto NVP sīrups, rēķinot pēc jaundzimušā svara, ja māte pirms dzemdībām saņēmusi NVP vienreizēju devu.<sup>53</sup>

Latvijā kopš 2017. gada aprīļa visiem bērniem līdz gada vecumam, kuri dzimuši HIV pozitīvām mātēm, tiek nodrošināts valsts apmaksāts mākslīgais maisījums zīdaiņiem, kā arī mākslīgais papildus ēdināšanas maisījums.

---

<sup>52</sup> RAKUS. *Cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) infekcijas diagnostikas, ārstēšanas un profilakses klīniskās vadlīnijas*

<sup>53</sup> Turpat

# 4 VARDARBĪBA PRET SIEVIETĒM – ATPAZĪŠANA UN PALĪDZĪBA

## 4.1 Vardarbība

Pasaules Veselības organizācija vardarbību definē kā “tīšu, iedomātu vai reāla fiziska spēka vai varas apzinātu lietošanu pret sevi, citu personu, grupu vai kopienu, kas izraisa vai spēj izraisīt ievainojumu, nāvi, psiholoģisku kaitējumu, attīstības traucējumus vai zaudējumus”.<sup>54</sup>

Attiecībās starp partneriem mēdz būt periodi, kad ir strīdi, nesaskaņas un konflikti. Taču, raksturojot vardarbību partnerattiecībās – tā nav ikdienas nesaprašanās. Krīžu un konsultāciju centra “Skalbes” veidotajā bukletā<sup>55</sup> minēts, ka “vardarbība ģimenē ir ļaunprātīgas rīcības modelis – uzvedība, ko pašreizējais vai bijušais partneris, laulātais vai draugs izmanto, lai kontrolētu otras personas uzvedību”. Jebkurā gadījumā – vardarbība ir noziegums, kas ietver tieksmi kontrolēt, dominēt un pazemot.

Aplūkojot vardarbības ģimenē tēmu, noteikti ir jārunā par sabiedrības attieksmi un katra tās locekļa individuālo atbildību. Būtiski ir apzināties, ka vardarbība atstāj gan fiziskas, gan psihoemocionālas sekas uz cietušo, secīgi ietekmējot personas spējas pilnvērtīgi sociāli funkcionēt.

Tipoloģija iedala vardarbību 3 kategorijās, atkarībā no tā, kas veic vardarbības aktu:

- pret sevi vērstā vardarbība – vardarbība, ko persona pauž pret sevi pašu,
- starppersonu vardarbība – vardarbība, ko personai nodara cits indivīds vai neliela indivīdu grupa,
- kolektīvā vardarbība – vardarbība, ko veic lielākas grupas, kā, piemēram, valstis, organizēti politiskie grupējumi, militārie grupējumi un teroristu organizācijas.<sup>56</sup>

**Fiziskā vardarbība** ir viens no visvieglāk atpazīstamajiem vardarbības veidiem, kas konstatējams, ja varmāka ir pielietojis fizisku spēku – sitis ar dūrēm, spēris, grūdis, dedzinājis, žņaudzis vai kādā citā veidā ietekmējis otru personu. Tās rezultātā cietušajai personai var tikt radītas veselības problēmas, kas var būt īslaicīgas (zilumi, nobrāzumi, lūzumi) vai arī atstāt sekas uz visu atlikušo dzīvi (zaudēta redze, dzirde, spēja pārvietoties). Turklāt cietušajai personai var rasties arī psihiskās veselības traucējumi. Galējā situācijā vardarbības rezultātā

<sup>54</sup> WHO. (2014) European facts and the Global status report on violence prevention. Pieejams šeit: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/265750/European-facts-and-the-Global-status-report-on-violence-prevention-2014-Eng.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/265750/European-facts-and-the-Global-status-report-on-violence-prevention-2014-Eng.pdf)

<sup>55</sup> Labklājības Ministrija, Skalbes (2018) *Vardarbībai patīk klusums*. Pieejams šeit: [https://www.cietusajiem.lv/wp-content/uploads/2018/07/Vardarbības\\_Buklets\\_FINN-1.pdf](https://www.cietusajiem.lv/wp-content/uploads/2018/07/Vardarbības_Buklets_FINN-1.pdf)

<sup>56</sup> Labklājības Ministrija. *Sociālās un veselības aprūpes pasniedzēji pret vardarbību*. Pieejams šeit: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/5920/download>

persona var tikt nogalināta.

**Seksuālā vardarbība** izpaužas kā seksuālu darbību uzspiešana otrai personai bez tās piekrišanas. Tā var būt: izvarošana, piespiešana skatīties pornogrāfju, piespiešana veikt dzimumaktus ar citām personām (prostitūcija vai pornogrāfja), kā arī citas seksuāla rakstura vai netiklas darbības, kas tiek veiktas pret personas gribu, vai attiecībā pret nepilngadīgo. No seksuālas vardarbības cieš gan personas, kas ir iesaistītas pornogrāfisku materiālu radīšanā, gan arī šāda veida materiālu skatītāji.

**Ekonomiskā vardarbība** izpaužas kā vardarbībā cietušās personas padarīšana par finansiāli atkarīgu no varmākas. Pat ekonomiski nodrošinātas personas, nokļūstot varmāku ietekmē, var zaudēt kontroli pār saviem finanšu līdzekļiem.

**Emocionālā vardarbība** ir viens no vardarbības veidiem, kuru identificēt ir visgrūtāk. Tā var izpausties kā manipulēšana un upura pašvērtības graušana. Šādās attiecībās vardarbībā cietušajam liek justies vainīgam arī par varmākas dusmām un meliem. Citu cilvēku klātbūtnē vardarbības veicēja uzvedība var būt pilnīgi atšķirīga, – viņš vai viņa var radīt, piemēram, ļoti gādīga cilvēka iespaidu.

Fiziskas vai seksuālas vardarbības draudi tiek vērsti pret cietušo vai cietušās personas bērniem. Cietušais dzīvo pastāvīgās bailēs no agresora, jo nereti, lai apliecinātu ticamību saviem draudiem, vardarbības veicējs bojā cietušā mantas. Vardarbības veicējs var draudēt, ka izdarīs pašnāvību, izvaros vai seksuāli aizskars, savainos mājdzīvnieku vai pat nogalinās to, lai tikai cietušais pakļautos un īstenotu viņa gribu.

Vajāšana izpaužas kā vairākkārtēja vai ilgstoša citas personas izsekošana, novērošana, draudu izteikšana, nevēlama saziņa, kā arī rīcības, kas parāda, ka ir pamats baidīties par cietušā vai cietušā tuvinieku drošību. Kopš 2018. gada janvāra vajāšana ir ietverta Latvijas Republikas krimināllikumā.<sup>57</sup>

## 4.2 Vardarbība pret sievietēm Latvijā

Vidēji katra trešā sieviete vismaz reizi dzīvē vecumā no 15 līdz 49 gadiem ir piedzīvojusi fizisku un/vai seksuālu vardarbību no esošā vīra vai partnera.<sup>58</sup>

Latvijā joprojām ir konstatēts augstākais vardarbības līmenis Eiropas Savienības valstu vidū – katra trešā sieviete saskarās ar fizisku vardarbību, katra otrā – ar emocionālu vardarbību.<sup>59</sup> Eiropas Padomes ieteikumā par sieviešu aizsardzību pret vardarbību (2002) teikts, ka par vardarbību pret sievietēm uzskata (taču ne tikai) “vardarbību ģimenē vai mājās, tostarp

<sup>57</sup> *Krimināllikums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis, 08.07.1998

<sup>58</sup> WHO. (2021) *Violence against women prevalence estimates, 2018*. Pieejams šeit: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026681>

<sup>59</sup> LZP. (2020) Vardarbība pret sievieti un bērniem Latvijā. Situācijas apkopojums. LZP: Statistikas ziņojums

fizisku un garīgu agresiju, emocionālu un psiholoģisku ļaunprātīgu izmantošanu, izvarošanu un seksuālo vardarbību, incestu, izvarošanu, ko veic dzīvesbiedrs, pastāvīgs vai gadījuma partneris un kopdzīves partneris, noziegumus, kas izdarīti, aizstāvot godu, sieviešu dzimumorgānu un seksuālu sakropļošanu un citas sievietēm kaitīgas tradicionālas ieražas, piemēram, piespiedu laulības”.<sup>60</sup>

Jāpiezīmē, ka vardarbība pret sievieti izraisa finansiālus zaudējumus valsts budžetā. Tā piemēram, 2014. gada pārskatā par vardarbības pret sievieti izmaksām tiek lēsts, ka tās veido aptuveni 110 miljardus eiro, kur profilakses pasākumi – atbalsta dienesti, profilakse ir aptuveni 3% no šīs summas.<sup>61</sup> 2019. gadā Eiropas Dzimumu līdztiesības institūta veiktais pētījums liecina, ka ik gadu Latvijā vardarbība pret sievieti izmaksā 1,25 miljardus eiro, specifiski intīmā partnera vardarbība – 752 miljonus eiro. Izmaksas veido: ārstēšanās izdevumi, fiziskā un psiholoģiskā stāvokļa pasliktināšanās, slogs ekonomikai un tieslietu sistēmai, sociālajiem un veselības aprūpes dienestiem.<sup>62</sup>

### 4.3 Intīmā partnera vardarbība

Intīmā partnera vardarbība ir vardarbība, kas kā diskriminācijas, nevienlīdzības un vīriešu varas pār sievieti izpausme tiek vērsta pret sievieti, kura ir vai ir bijusi attiecīgā vīrieša sieva, vai pret sievieti, ar kuru vīrietis ir vai ir bijis saistīts līdzīgās emocionālās attiecībās, pat bez kopdzīves.<sup>63</sup> Tā var izpausties kā:

- fiziska vardarbība – sišana, pļaukāšana, roku griešana, kniebšana, žņaugšana, dedzināšana, speršana, draudi izmantot ieroci un nogalināt, raušana aiz matiem,
- seksuālā vardarbība – partnera piespiešana stāties seksuālās attiecībās pret otra gribu, piespiešana veikt tādas seksuālas darbības, kas pazemo, degradē un nav pieņemamas,
- psiholoģiskā vardarbība – draudi pamest vai darīt pāri, novērošana un kontrole, draudi atņemt bērnus, izolēšana, pazemošana, verbāla agresija, personīgo mantu iznīcināšana vai bojāšana, izsekošana, novērošana,
- ekonomiskā vardarbība – atteikšana dot naudas līdzekļus mājāsaimniecības uzturēšanai par

<sup>60</sup> Labklājības Ministrija. (2014) Vadlīnijas speciālistiem. Atbalsta un profilakses modelis “Sievietēm, kas cieš ar dzimumu saistītās vardarbības dēļ”. Pieejams šeit: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/1336/download>

<sup>61</sup> European Institute for Gender Equality. (2014) *Estimating the costs of gender-based violence in the European Union*. Pieejams šeit: <https://eige.europa.eu/publications/estimating-costs-gender-based-violence-european-union-report>

<sup>62</sup> European Institute for Gender Equality. (2021) *Gender based violence. The costs of gender based violence in the European Union*. Pieejams šeit: <https://eige.europa.eu/publications/costs-gender-based-violence-eu>

<sup>63</sup> Labklājības Ministrija. (2014). *Vadlīnijas politikas veidotājiem. Ieteikumi ar dzimumu saistītās vardarbības novēršanai un tās risku pārvaldībai*. Pieejams šeit: <https://www.lm.gov.lv/en/media/1339/download>

spīti tam, ka naudas pietiek, ienākumu slēpšana, aizliegums strādāt algotu darbu.<sup>64</sup>

Iespējamie vardarbības veidi apkopoti 4.1 attēlā “Varas aplis”



4.1.attēls. Varas aplis<sup>65</sup>

Varas aplī redzams, ka uz vardarbību attiecībās var skatīties vēl plašāk, iepriekš minētajiem vardarbības veidiem pievienojot kontroli, bērnu izmantošanu, iebiedēšanu, draudēšanu un piespiešanu, vainas noliegšanu jeb tās mazināšanu.

Intīmā partnera vardarbība atstāj gan īstermiņa, gan arī ilgtermiņa sekas:

- **fiziskā veselība** – ēšanas traucējumi, gastroenteroloģiskas problēmas, hipertensija, biežas vīrusu saslimšanas, gripa, hormonāli traucējumi, galvassāpes, aizcietējumi, krampji u.c.,
- **reproduktīvā veselība** – STS, vagināla asiņošana, miomas, hroniskas iegurņa sāpes, hroniskas urīnceļu infekcijas, menstruālā cikla traucējumi,
- **psihiskā veselība** – pēctraumas stresa sindroms (PTSS), depresija, trauksme, bezmiegs, atkarības.<sup>66, 67</sup>

Tiesības uz dzīvību un veselību demokrātiskā valstī ir patstāvīgas, stabilas un tiesiski

<sup>64</sup> European Institute for Gender Equality (2015) *The Glossary of definitions of rape, femicide and intimate partner violence*. Pieejams šeit: <http://eige.europa.eu>

<sup>65</sup> Lāce I. (2020) *Vardarbība pret sievieti, vardarbība ģimenē. Ricība vardarbības atpazīšanas gadījumos*. Pieejams šeit: <http://arsts.lv>. (<https://arsts.lv/jaunumi/iluta-lace-vardarbiba-pret-sievieti-vardarbiba-gimene-riciba-vardarbibas-atpazisanas-gadījumos>)

<sup>66</sup> European Institute for Gender Equality (2019) *Risk assessment and management of intimate partner violence in the EU*. Pieejams šeit: <https://eige.europa.eu/publications/risk-assessment-and-management-intimate-partner-violence-eu>.

<sup>67</sup> Sanz-Barbero B., Baro N., Vives-Cases C., (2019) *Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages*. Pieejams šeit: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31596869/>

aizsargājamas vērtības. Aizsardzības tiesiskā regulējuma ietvaru veido Latvijas Republikas Satversmes 8. nodaļa, kas veltīta cilvēka pamattiesību aizsardzībai.<sup>68</sup> Lai arī Latvija nav ratificējusi Eiropas Padomes konvenciju par vardarbības pret sievietēm un vardarbības ģimenē novēršanu un apkarošanu jeb Stambulas konvenciju (turpmāk – Konvencija), tās pamatnostādnes ir vērā ņemamas. Konvencija kā sodāmu atzīst vardarbību pret sievietēm un vardarbību ģimenē, uzsverot sodīšanas nepieciešamību un pasākumu veikšanu vardarbības izskaušanai.<sup>69</sup>

Pierādījumus neprasa apgalvojums, ka sievietes tradicionāli ir pakļautas lielākam vardarbības riskam nekā vīrieši. Jāuzsver, ka Konvencija iezīmēja jaunu izpratni par vardarbību. Tika ieviesti “vardarbības ģimenē” un “vardarbība pret sievieti” jēdzieni, definējot, ka vardarbībai, tostarp seksuālajai, var tikt pakļauti arī tuvi cilvēki, ģimenes locekļi – laulātais no otra laulātā puses, partneris, bijušais partneris vai bijušais laulātais. Vardarbība ģimenē vai vardarbība pret sievieti nevar tikt uzskatīta par ģimenes locekļu privātu lietu.

Seksuālā vardarbība ir viens no vissmagākajiem vardarbības veidiem, jo:

1. tās apdraudējuma priekšmets ir dzimumneaizskaramība un cilvēka ķermeņa integritāte;
2. tā sievietei nodara gan fizisku, gan morālu kaitējumu;
3. tā ir cieši saistīta ar cilvēktirdzniecību.

Tiesiskajā regulējumā seksuālās vardarbības izpausmes formas tiešā veidā nav definētas. Seksuālās vardarbības skaidrojums ir sniegts “Centra Marta” informatīvajā materiālā: “Seksuālā vardarbība ir jebkura seksuāla rakstura darbība, mēģinājumi īstenot seksuālu aktu, nevēlami seksuāla rakstura komentāri vai darbības, kuras ir vērstas pret citas personas seksualitāti, bez pašas personas piekrišanas (izmantojot piespiešanu vai kā citādi). Vardarbības veicējs var būt jebkura persona, neatkarīgi no viņa attiecībām ar cietušo. Seksuālā vardarbība notiek arī starp laulātajiem vai partneriem, kuru starpā ir intīmas attiecības. Seksuālā vardarbība var izpausties kā izvarošana, anāls, orāls akts vai dzimumtieksmes apmierināšana pretdabiskā veidā, kas saistīta ar vaginālu, anālu vai orālu iekļūšanu cietušā ķermenī, seksuāla ekspluatācija, ķermeņa aizskaršana, privātuma pārkāpšana.”<sup>70</sup>

Saskaņā ar Civilprocesa likuma 30<sup>5</sup>. nodaļu<sup>71</sup> visos gadījumos, kad notikusi vardarbība pret sievieti (neatkarīgi no tā, vai izdarītās darbības ir arī kriminālsodāmas), cietušajai ir tiesības lūgt pagaidu aizsardzību. Tiesa var piemērot vienu vai vairākus vienlaicīgi pagaidu aizsardzības pret vardarbību līdzekļus:

<sup>68</sup> *Latvijas Republikas Satversme*. LR likums. Latvijas Vēstnesis, 01.07.1993.

<sup>69</sup> Eiropas padome. *Konvencija par vardarbības pret sievietēm un vardarbības ģimenē novēršanu un apkarošanu (Stambulas konvencija)*. Starptautisks dokuments. Pieejams šeit: <https://rm.coe.int/1680462538>

<sup>70</sup> Sabiedrības integrācijas fonds. Centrs Marta. *Seksuālā vardarbība*. Pieejams: <https://marta.lv/files/Vardarbiba/Seksuuala%20vardarbiba.pdf>

<sup>71</sup> *Civilprocesa likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis, 03.11.1998

1. pienākumu varmākam atstāt mājokli, kurā pastāvīgi dzīvo cietusī, un aizliegumu atgriezties un uzturēties tajā,
2. aizliegumu varmākam atrasties mājokļa tuvumā, kurā pastāvīgi dzīvo cietusī, tuvāk par tiesas lēmumā par pagaidu aizsardzību pret vardarbību minēto attālumu,
3. aizliegumu varmākam uzturēties noteiktās vietās,
4. aizliegumu varmākam satikties ar cietušo un uzturēt ar to fizisku vai vizuālu saskari,
5. aizliegumu varmākam jebkādā veidā sazināties ar cietušo,
6. aizliegumu varmākam, izmantojot citu personu starpniecību, organizēt satikšanos vai jebkāda veida sazināšanos ar cietušo,
7. aizliegumu varmākam izmantot cietušās personas datus,
8. pienākumu varmākam apgūt sociālās rehabilitācijas kursu vardarbīgas uzvedības mazināšanai,
9. citus aizliegumus un pienākumus, kurus tiesa vai tiesnesis noteicis varmākam un kuru mērķis ir nodrošināt cietušajai personai pagaidu aizsardzību pret vardarbību.<sup>72</sup>

Līdztekus civilprocesuālajai aizsardzībai ir paredzēta arī cietušās aizsardzība pret vardarbību, ko nodrošina Valsts un pašvaldības policija tūlītējas vardarbības vai tās draudu gadījumā, pieņemot lēmumu par nošķiršanu. Nošķiršana nozīmē aizliegumu personai, kas rada draudus, atrasties mājoklī, tā tuvumā un kontaktēties ar cietušo. Policijas lēmums par nošķiršanu ir administratīvais akts, kas stājas spēkā tā pieņemšanas brīdī un ir izpildāms nekavējoties, tādējādi nodrošinot tūlītēju personas aizsardzību pret vardarbību.

## 4.4 Cilvēktirdzniecība

Cilvēktirdzniecība ir viens no seksuālās vardarbības veidiem, ko raksturo:

- sieviešu sameklēšana un aizvešana ar mērķi nodarbināt prostitūcijā, pat ja tas noticis ar pašas personas piekrišanu,
- sieviešu izmantošana prostitūcijā, pat ja tas noticis ar konkrētās personas piekrišanu.

Krimināllikuma 154.<sup>2</sup> pants definē, ka cilvēktirdzniecība ir ekspluatācijas nolūkā izdarīta personu savervēšana, pārvadāšana, nodošana, slēpšana, izmitināšana vai saņemšana, pielietojot vardarbību, draudus, aizvešanu ar viltu, vai izmantojot personas atkarību no vainīgā vai tās ievainojamības, bezpalīdzības stāvokli, vai arī dodot vai saņemot materiāla, vai citāda rakstura labumus, lai panāktu tās personas piekrišanu cilvēktirdzniecībai, no kuras ir atkarīgs cietušais.

Latvijā par cilvēktirdzniecību ir paredzēta kriminālatbildība pēc Krimināllikuma 154.<sup>1</sup> panta (par cilvēktirdzniecību) un 165.<sup>1</sup> panta (par nosūtīšanu seksuālai izmantošanai).

---

<sup>72</sup> *Civilprocesa likums*



Cilvēktirdzniecība var notikt kā valsts iekšienē, piemēram, nodarbinot sievieti bordelī, prostitūcijā, tā arī veicot sievietes pārvietošanu ārpus Latvijas robežas ar mērķi ārvalstī sievieti nodarbināt prostitūcijā. Viens no cilvēktirdzniecības veidiem ir fiktīvu laulību nodibināšana. Jāuzsver, ka cilvēktirdzniecība tiek kvalificēta arī tad, ja minētās darbības notikušas ar pašas sievietes piekrišanu. Cilvēktirdzniecības upura identificēšana notiek kriminālprocesa ietvaros, un to veic Valsts policija. Tiesību zinātņu speciālisti, raksturojot cilvēktirdzniecību, norāda: “Cilvēku tirdzniecības pamatā ir trīs elementi: darbība (kāda darbība tiek veikta), paņēmieni (kā viss tiek izdarīts) un ekspluatācijas mērķis (kāds ir nolūks).”<sup>73</sup>

Par cilvēktirdzniecības upuriem lielāks risks ir kļūt sociāli ievainojamām personām, t.i. personām, kuras raksturo nabadzība, fiziskās vai garīgās veselības problēmas, atkarības. Pārsvārā vervētāju argumenti ir balstīti uz cilvēku pamatvajadzībām – pēc ikdienas iztikas, drošības, piederības, cieņas.<sup>74</sup> Viens no cilvēktirdzniecības novēršanas līdzekļiem ir sociālās nevienlīdzības mazināšana, kā arī izglītojoši pasākumi.

Cilvēku tirdzniecības upuri tiek pakļauti ārkārtējam psiholoģiskam stresam un spiedienam, kas var radīt emocionālas traumas, depresiju, dažos gadījumos pat veicināt pašnāvības izdarīšanu, kā arī radīt fizisku kaitējumu, sakropļojumu. Tādējādi saskarsmē ar pacientēm, kuras varētu būt cietušas no vardarbības, jāņem vērā apstākļi, ka vardarbīgai rīcībai ir dažādas formas un parasti tās kombinējas.

## 4.5 Vardarbības atpazīšana un palīdzība

Vardarbības sekas ir redzamas, un apmācīts speciālists tās pratīs atpazīt, vadoties pēc specifiskiem kritērijiem jeb indikatoriem. Jāņem vērā, ka minētie indikatori var liecināt par citām problēmām, kas nav saistītas ar intīmā partnera vardarbību vai vispār vardarbību kā tādu kopumā. Riska faktoru klātbūtne palielina intīmā partnera vardarbības iespējamību. Tie var būt dinamiski vai statiski, upuri vai varmāku raksturojoši, gan psiholoģiski, gan sociāli, gan demogrāfiski faktori.

*Dinamiskie riska faktori* uzrāda labāku prognozējamību. Tie iekļauj:

- nodarbinātības un finanšu problēmas (gan upurim, gan varmākam),
- psihoaktīvo vielu lietošanu.

*Statiskie riska faktori* iekļauj notikumus, pieredzes, kas ir notikušas vai nav mainīgas:

- dzimumu (vardarbībai vairāk pakļautas ir sievietes),
- vecumu (ar vecuma pieaugumu samazinās intīmā partnera vardarbības risks),

---

<sup>73</sup> Kipāne, A., Vilks, A. (2019). Cilvēku tirdzniecības kriminoloģiskās problēmas. *Socrates*. 1 (13), 50-62. Pieejams: <https://doi.org/10.25143/socr.13.2019.1.050-062>

<sup>74</sup> Turpat

- bērībā pieredzēta vardarbība vai vardarbība vecāku starpā.<sup>75</sup>

Faktori, kas var raksturot gan upuri, gan varmāku:

- attiecību statuss, visbiežāk šķirta laulība,
- depresija, trauksme vai ēšanas traucējumi, PTSS, bezmiegs upurim,
- partneris, kurš nodarbināts mazāk nekā uz pusslodzi,
- partneris, kuram ir alkohola un/vai psihoaktīvu vielu lietošanas problēma.<sup>76</sup>
- sociālā izolācija,
- vardarbības pieredze bērībā,
- atkārtotas negribētas grūtniecības.<sup>77</sup>

Respektīvi, ja speciālista redzeslaukā nonāk sieviete vecumā līdz 40 gadiem, ar nesen šķirtu laulību, depresijas iezīmēm, un viņa patlaban ir attiecībās ar partneri, kuram ir alkohola, narkotiku lietošanas problēmas un kurš strādā mazāk kā pusslodzi – jāpievērš uzmanība uz vardarbību norādošām netiešām pazīmēm – tādām, kuras viegli novērot vizītes laikā:

- vispārējās – novēlota vēršanās pēc palīdzības, vizītē ierodas ar partneri, kurš mēdz atbildēt pacientes vietā, atkārtotas konsultācijas īsā laikā, nelīdzestība ārstēšanā,
- psiholoģiskās – depresija, trauksme, panika, PTSS pazīmes, ēšanas traucējumi, sarunā nav perspektīvas,
- ievainojumi, kuriem nav izskaidrojuma, hroniskas muguras sāpes, galvassāpes, vēdersāpes, STS, miegainība,
- reproduktīvās veselības pazīmes – atkārtoti pārtrauktas grūtniecības, spontānie aborti, asiņošanas.<sup>78</sup>

Tālākā palīdzība ietver:

- iejūtīgu un nekonfrontējošu sarunu ar pacientu ar mērķi noskaidrot, vai viņa cieš no jebkāda veida vardarbības,
- vardarbības epizodes/epizožu pārrunāšanu,
- pacientes izglītošana un psihoemocionālā atbalsta sniegšanu,
- informēšanu par palīdzības iespējām.

Sarunu uzsāk ar neitrāliem jautājumiem par vispārējo veselības stāvokli, darbu, mājas dzīvi, sūdzību izcelsmi un to ilgumu. Ja saruna turpinās nepiespiestā gaisotnē, ir vērts netiešā

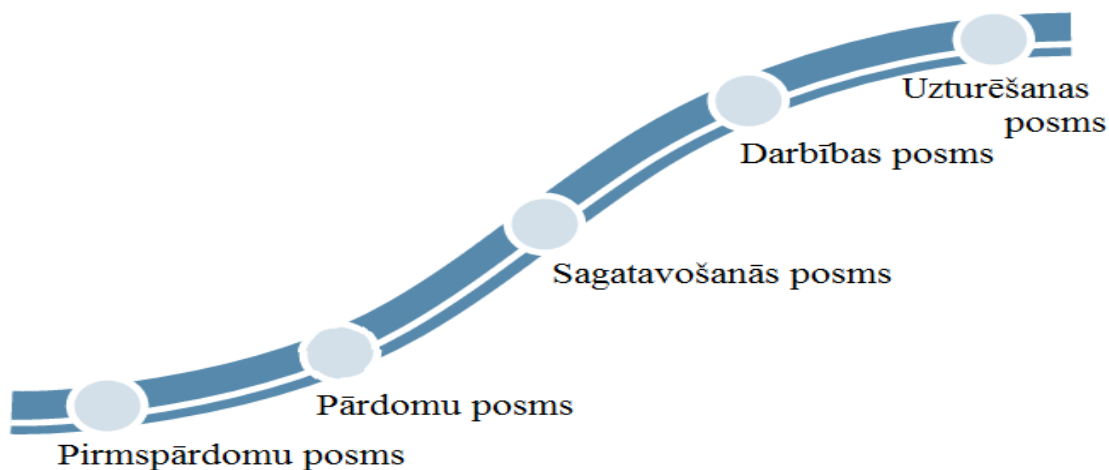
<sup>75</sup> Risk assessment and management of intimate partner violence in the EU

<sup>76</sup> Wathen C.N., Jamieson E., ...MacMillan H.L. (2007) Violence Against Women Research Group. Risk indicators to identify intimate partner violence in the emergency department. *Open Med* 2007;1(2), 113-122. Piejams šeit: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20101295/>

<sup>77</sup> The Royal Women's Hospital (2018) *Abortion: The Myths*. Piejams šeit: <https://www.thewomens.org.au/health-information/unplanned-pregnancy-information/abortion-the-myths>

<sup>78</sup> Turpat

veidā uzdot jautājumus par vardarbību. Jāņem vērā, ka pacients pati var neapzināties savu stāvokli vai būt nolieguma varā. Tādā gadījumā ir vērtīgi paturēt prātā, ka cilvēks savas problēmas apzinās un risina noteiktā secībā, kur noder Transteorētiskais pārmaiņu modelis, skat. 4.2 attēlu.



4.2.attēls. Transteorētiskais pārmaiņu modelis<sup>79</sup>

Ja sieviete atrodas *Pirmspārdomu posmā*, viņa, visticamāk, nedomā, ka ar viņu notiek kas nelāgs, precīzāk – noliedz to pati sev un citiem. Noliegums ir neapzināts psihes aizsargmehānisms, kas nav tīšs. Izdarītais spiediens uz apzināšanos pozitīvu rezultātu nedos. Lai saglabātu kontaktu ar pacientu, šajā posmā vēlams atgriezties atpakaļ pie neitrālākām tēmām.

Ja pacients atrodas *Pārdomu posmā*, tas nozīmē, ka viņa pati mēģina pieņemt lēmumus, atzīt sev, ka partneris ir vardarbīgs, vai arī turpināt vainot sevi esošajās problēmās un notikumos. Šajā gadījumā jā saglabā neitralitāte, un jā ļauj pacientei pašai nonākt pie lēmuma.

*Sagatavošanās posms* vardarbības atzīšanas un pārrunāšanas kontekstā ir attiecināms uz palīdzības iespēju noskaidrošanu un plānošanu un vairāk varētu būt attiecināms sociālās, veselības un psiholoģiskās palīdzības sniedzējiem.

<sup>79</sup> Prochaska, J.O., and DiClemente, C.C. (1984) *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Dow Jones-Irwin

## 5 GRŪTNIECĪBAS MĀKSLĪGA PĀRTRAUKŠANA - TIESISKIE ASPEKTI

Tiesības uz privāto dzīvi, kas ir konstitucionāli aizsargātas tiesības, ietver sievietes tiesības veikt grūtniecības mākslīgu pārtraukšanu. Lai arī aborta izdarīšana nereti tiek saistīta ar morālas dabas jautājumiem, tomēr tiesiskā valstī nav pieļaujama valsts imperatīva iejaukšanās sievietes autonomijā, izlemjot jautājumus, kas skar viņas ķermeņa integritāti – aizliedzot grūtniecības mākslīgu pārtraukšanu vai pretēji – veicot to pret sievietes gribu.

Patvarīga grūtniecības mākslīga pārtraukšana, t.i. bez tiesiska pamata vai tās pārtraukšana ārpus ārstniecības iestādes, nav atļauta. Saskaņā ar Krimināllikuma 135. pantu krimināli sodāma ir grūtniecības mākslīga pārtraukšana:

1. ko izdarījusi ārstniecības persona (t.i. persona, kura ir tiesīga to darīt), bet ārpus slimnīcas vai citas ārstniecības iestādes,
2. ārstniecības iestādē, bet bez tiesiska pamata,
3. antisanitāros apstākļos, ko veikusi persona, kurai ir tiesības izdarīt abortu,
4. ja to izdarījusi persona, kurai nav tiesību mākslīgi pārtraukt grūtniecību,
5. pret grūtnieces gribu,
6. ja aborta izdarīšanas rezultātā iestājusies grūtnieces nāve vai konstatētas citas smagas sekas.

Tiesiskais regulējums nodrošina grūtniecības mākslīgā pārtraukšanā iesaistīto personu, primāri, pašas grūtnieces tiesību aizsardzību.

Grūtniecības mākslīga pārtraukšana ir atļauta tikai medicīnas iestādē – stacionārā ārstniecības iestādē vai noteiktos gadījumos arī ambulatorās ārstniecības iestādes dienas stacionārā.

Grūtniecības mākslīga pārtraukšana iespējama tikai ar sievietes rakstveida piekrišanu. Tai ir četri tiesiskie pamati:

1. sievietes iniciatīva. Šajā gadījumā nepastāv medicīniski vai tiesiski šķēršļi grūtniecību saglabāt. Grūtniecības mākslīgas pārtraukšanas pamatā ir sievietes brīvi un apzināti izteikta vēlēšanās veikt abortu. Pēc sievietes vēlmes grūtniecības mākslīga pārtraukšana ir legāls aborts,
2. medicīniskas indikācijas,
3. grūtniecība iestājusies izvarošanas rezultātā,
4. grūtniecība iestājusies pacientei, kura ir jaunāka par 16 gadiem.<sup>80</sup>

No valsts budžeta līdzekļiem grūtniecības mākslīga pārtraukšana netiek apmaksāta,

---

<sup>80</sup> *Seksuālās un reproduktīvās veselības likums*

izņemot gadījumu, ja tās pārtraukšanai ir medicīniskas indikācijas.<sup>81</sup>

Prasības grūtniecības mākslīgas pārtraukšanai pēc sievietes iniciatīvas noteic Seksuālās un reproduktīvās veselības likuma 25. pants. Pārtraukšanai ir jākonstatē šādi apstākļi:

- grūtniecības termiņš ir līdz 12. grūtniecības nedēļai,
- no ginekologa (dzemdību speciālista) vai ģimenes ārsta ir saņemts norīkojums grūtniecības mākslīgai pārtraukšanai,
- sieviete ir informēta par grūtniecības pārtraukšanas būtību, iespējamiem medicīniskajiem sarežģījumiem un iespēju saglabāt bērna dzīvību un saņemt konsultāciju pie ģimenes ārsta vai cita speciālista (ārsta–psihoterapeita, ginekologa vai citas ārstniecības personas), kurš ir apmācīts sniegt šāda veida atbalstu.

Pienākums informēt grūtnieci par iepriekšminēto ir norīkojuma grūtniecības mākslīgai pārtraukšanai izsniedzējam, t.i. ginekologam (dzemdību speciālistam) vai ģimenes ārstam. Jāuzsver, ka grūtniecības mākslīgu pārtraukšanu ir iespējams paveikt salīdzinoši īsā laika posmā, tāpēc grūtniecei ir izšķiroši svarīgi savlaicīgi veikt nepieciešamos izmeklējumus, kā arī saņemt pilnīgu informāciju par abortu.<sup>82</sup>

Pēc saņemtās informācijas sieviete aizpilda rakstisku piekrišanas apliecinājumu, kuru pievieno medicīniskajai dokumentācijai.

Grūtniecības pārtraukšanu ginekologs (dzemdību speciālists) drīkst veikt ne agrāk kā 72 stundas pēc norīkojuma par grūtniecības pārtraukšanu izsniegšanas, pirms tam atkārtoti informējot sievieti par iespējamiem veselības sarežģījumiem, ko var radīt aborts.

Jāuzsver šādi būtiskie nosacījumi:

1. grūtniecības mākslīgu pārtraukšanu var veikt ārstniecības iestādes stacionārā, nodaļā vai ambulatorās ārstniecības iestādes dienas stacionārā, izņemot gadījumus, ja:
  - tā ir pirmā grūtniecība,
  - meitenei ir 16 vai mazāk gadu,
  - sievietei ir ģenitālas vai ekstraģenitālas saslīmšanas, kuras, pārtraucot grūtniecību, var radīt draudus pacientes dzīvībai,
2. grūtniecība ilgst vairāk par 8 nedēļām,
3. no grūtniecības pārtraukšanas norīkojuma līdz grūtniecības pārtraukšanas manipulācijai ir jāpaiet vismaz 72 stundām,
4. sieviete ir atkārtoti jāinformē par grūtniecības pārtraukšanas iespējamiem sarežģījumiem.

Lēmumam par grūtniecības mākslīgu pārtraukšanu ir jābūt sievietes brīvai izvēlei. Ja

<sup>81</sup> MK 28.08.2018 noteikumi. Nr.555. *Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība.*

<sup>82</sup> LR Tiesībsargs. *Grūtniecības pārtraukšana.* Pieejams: <https://www.cilvektiesibugids.lv/lv/temas/gimene/reproduktivas-tiesibas/grutniecibas-partrauksana>

medicīnas darbinieki abortu izdarījuši pret sievietes gribu, tiek paredzēta kriminālatbildība pēc Krimināllikuma 136. panta. Ārstniecības personai, kas izdod grūtniecei norīkojumu uz grūtniecības mākslīgu pārtraukšanu, ir jāgūst pārliecība, ka sieviete šādu lēmumu ir pieņēmusi pēc savas gribas un labprātīgi.

Kārtību, kādā notiek grūtniecības mākslīga pārtraukšana medicīnisku indikāciju dēļ vai izvarošanas rezultātā, noteic Seksuālās un reproduktīvās veselības likuma 26. pants.

Medicīnisku indikāciju dēļ grūtniecību mākslīgi drīkst pārtraukt līdz grūtniecības 24. nedēļai, savukārt, grūtniecību, kas iestājusies izvarošanas rezultātā, mākslīgi drīkst pārtraukt līdz grūtniecības 12. nedēļai, ja ir:

- saņemts ārstu konsilija apstiprinājums,
- saņemta sievietes rakstveida piekrišana.<sup>83</sup>

Ginekologs (dzemdību speciālists) vai ģimenes ārsts, izvērtējot sievietes veselības stāvokli, grūtniecības norisi un augļa attīstību vai pamatojoties uz tiesībaizsardzības iestādes izsniegtu izziņu par izvarošanu, organizē konsiliju, ja sievietes saslimšanas dēļ grūtniecības gaitā ir iespējami vai jau radušies kādi sarežģījumi. Tas pats attiecas arī uz gadījumiem, ja grūtniecība ir izvarošanas sekas. Ja grūtniecei ir iespējami vai jau ir radušies kādi augļa attīstības traucējumi, tad ginekologam (dzemdību speciālistam) vai ģimenes ārstam ir pienākums nosūtīt sievieti papildu izmeklēšanai pie ārsta–ģenētiķa.

Ja sievietes saslimšanas dēļ iespējami vai jau radušies kādi sarežģījumi grūtniecības gaitā, konsilijā piedalās:

- ginekologs (dzemdību speciālists), ģimenes ārsts un attiecīgais speciālists — ambulatorā ārstniecības iestādē,
- ginekologs (dzemdību speciālists), ginekoloģiskās nodaļas vadītājs un attiecīgais speciālists - stacionārā ārstniecības iestādē.

Ja grūtniecība ir izvarošanas sekas, ārstu konsilijā piedalās ginekologi (dzemdību speciālisti).

Ja sievietei ir iespējami vai jau radušies kādi augļa attīstības traucējumi, konsiliju organizē ārsts–ģenētiķis, tādā gadījumā piedaloties ārstam–ģenētiķim, ginekologam (dzemdību speciālistam), kā arī ginekologam (dzemdību speciālistam), kurš ir ieguvis sertifikātu ultraskaņas izmeklēšanā dzemdniecībā un ginekoloģijā.<sup>84</sup>

Pamatojoties uz konsilija atzinumu, ginekologs (dzemdību speciālists) vai ģimenes ārsts informē sievieti par iespējamiem sarežģījumiem, ja grūtniecība tiks saglabāta. Jāuzsver atšķirības informācijas saturā – ja grūtniecība tiek mākslīgi pārtraukta pēc pašas sievietes

---

<sup>83</sup> *Seksuālās un reproduktīvās veselības likums*

<sup>84</sup> *Grūtniecības pārtraukšanas organizatoriskā kārtība*

iniciatīvas, ārstniecības personas pienākums ir izskaidrot aborta sekas. Savukārt, ja grūtniecība tiek pārtraukta medicīnisku indikāciju dēļ vai tā ir iestājusies izvarošanas rezultātā – ārstniecības personai ir jāizskaidro grūtniecības nepārtraukšanas sekas.

Turpmākais ir sievietes izvēle – saglabāt vai pārtraukt grūtniecību. Ne medicīniskās indikācijas, ne tas, ka grūtniecība ir iestājusies izvarošanas rezultātā, nav patstāvīgs pamats aborta veikšanai. Grūtniecības mākslīgai pārtraukšanai arī iepriekšminētajos gadījumos ir jāsaņem sievietes rakstveida piekrišana.

Pārtraukt grūtniecību medicīnisku indikāciju dēļ vai gadījumā, kad tā iestājusies izvarošanas rezultātā, drīkst tikai ginekologs (dzemdību speciālists) stacionārā ārstniecības iestādē.<sup>85</sup>

Tiesiskais regulējums noteic īpašu kārtību grūtniecības mākslīgai pārtraukšanai, ja tā iestājusies 16 gadu vecumu nerasniegušai personai. Tas saistīts ar ārstniecības personas pienākumu par grūtniecību informēt meitenes vecākus vai aizbildni un tiesībsargājošās iestādes.

Ja meitene nav sasniegusi 16 gadu vecumu, tad šādas grūtniecības mākslīga pārtraukšanai sākotnēji ir jākonstatē grūtniecības pārtraukšanas pamats:

- grūtnieces pašas vēlēšanās veikt abortu, nepastāvot nekādām medicīniskām indikācijām un izvarošanas sekām,
- medicīniskas indikācijas vai izvarošanas sekas.

Ārstniecības personai, kas konstatējusi grūtniecību, ir pienākums uzklaust pacientu un vēlt viņai pienācīgu uzmanību, ņemot vērā sievietes vecumu un brieduma pakāpi. Šī prasība ir nostiprināta gan Seksuālās un reproduktīvās veselības likuma 27. pantā, gan Pacientu tiesību likuma 13. panta ceturtajā daļā. Nepilngadīgam pacientam ir tiesību aktos paredzētās tiesības. Zinātniskajā literatūrā atzīts, ka personas vecums ir subjektīvs kritērijs, kura dēļ nav ierobežojamas personas tiesības.<sup>86</sup> Informācija nepilngadīgam pacientam jāsniedz viņam saprotamā valodā, izskaidrojot medicīniskos terminus.

Ārsta pienākums par grūtniecības iestāšanos ir informēt grūtnieces vecākus vai aizbildni. Tiesību aktos nav noteikta kārtība, kādā tas darāms. Tā var būt informācijas nodošana, piezvanot, nosūtot e-pastu vai kā citādi sazinoties ar nepilngadīgās pacientes tuviniekiem.

16 gadus vecumu nerasniegušas grūtnieces iztaujāšana un uzklaustīšana ir saistīta ne tikai ar medicīnisku jautājumu izskaidrošanu, bet arī lai noskaidrotu grūtniecības iestāšanās faktiskos apstākļus, tostarp – gaidāmā bērna tēva vecumu.

Grūtniecība var iestāties labprātīga dzimumakta vai izvarošanas rezultātā. Pirmajā

---

<sup>85</sup> *Grūtniecības pārtraukšanas organizatoriskā kārtība*

<sup>86</sup> Kudeikina, I., Palkova, K. (2018). The right to health in context of ensuring the best interests of the child. 6th International Interdisciplinary Scientific Conference SOCIETY. HEALTH. WELFARE. Vol 51

gadījumā svarīgs ir gaidāmā bērna tēva vecums. Ja viņš ir pilngadīgs, tad ar savām darbībām, t.i., veicot dzimumaktu, ir izdarījis noziedzīgu nodarījumu. Krimināllikuma 161. pants paredz kriminālatbildību par dzimumaktu ar 16 gadus vecumu nerasniegušu personu. Šajā gadījumā nav izšķirošas nozīmes tam, ka dzimumakts noticis labprātīgi. Cietušās vecums liedz viņai pilnā apmērā apzināties un izvērtēt dzimumattiecību faktiskās sekas. Tādējādi vecuma faktors noziedzīgā nodarījuma sastāva interpretācijā vērtējams pēc analogijas ar bezpalīdzības stāvokli. Respektīvi, 16 gadus nerasniegusi persona sava vecuma un brieduma trūkuma dēļ nav pilnībā spējīga apzināties dzimumakta sekas, tāpēc atbildība par seksuālo kontaktu ir jāuzņemas pilngadīgajam partnerim.

Krimināllikuma 159. pants paredz kriminālatbildību par izvarošanu. Izvarošana ir cietušās personas bezpalīdzības stāvokļa apzināta izmantošana vai dzimumakts pret otras personas gribu, pielietojot vardarbību, draudus, izmantojot uzticību, autoritāti vai kā citādāk ietekmējot otru personu.

16 gadu vecumu nerasniegušās personas izvarošana ir kvalificējoša pazīme, par ko likumdevējs ir paredzējis bargāku sodu.

Izvarošanas gadījumā nav izšķirošas nozīmes noziedzīgā nodarījuma izdarītāja vecumam, izņemot vispārīgo kriminālatbildības vecumu – 14 gadus. Proti, pie kriminālatbildības par izvarošanu saucama kā pilngadīga, tā nepilngadīga, 14 gadu vecumu sasniegusi, persona.

Ārstniecības personas pienākums ir informēt Valsts policiju. Vispārīgi šis pienākums izriet no Bērnu tiesību aizsardzības likuma 51. panta trešās daļas, kas nosaka katras personas pienākumu ziņot policijai vai citai kompetentai iestādei par noziedzīgu nodarījumu, kas vērstas pret bērnu.<sup>87</sup> Speciālā norma attiecībā uz ārstniecības personām ir Ārstniecības likuma 51.<sup>1</sup> panta pirmā daļa, kas noteic: “ja ārstniecības iestāde sniedz palīdzību pacientam, un ir pamats uzskatīt, ka pacients cietis no vardarbības, ārstniecības iestāde nekavējoties, bet ne vēlāk kā 12 stundu laikā, paziņo par to Valsts policijai.”<sup>88</sup> Ārstniecības personai ir jāziņo Valsts policijai:

- par grūtniecību, kas iestājusies izvarošanas rezultātā, neatkarīgi no pacientes vecuma,
- par grūtniecību, kas iestājusies 16 gadus vecumu nerasniegušai personai, ja gaidāmā bērna tēvs ir pilngadīga persona.

Tiesiskais regulējums nenosaka informācijas nodošanas veidu – rakstiski, izmantojot elektronisko sakaru līdzekļus vai kā citādi. Svarīgi ir informāciju nodot iespējami ātri, lai Valsts policija var uzsākt izmeklēšanas darbības.

16 gadu vecumu nerasniegušai grūtniecei nosūtījumu grūtniecības pārtraukšanai pēc pašas vēlēšanas drīkst izsniegt tikai tad, ja vismaz 1 no viņas vecākiem vai aizbildnis ir devis

---

<sup>87</sup> *Bērnu tiesību aizsardzības likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis, 08.07.1998

<sup>88</sup> *Ārstniecības likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis, 01.07.1997.



rakstveida piekrišanu aborta izdarīšanai. Tādējādi meitenes, kas jaunākas par 16 gadiem, vietā rakstveida piekrišanu dod viņas vecāki (ir pieļaujama abu vecāku piekrišana, bet obligāti jābūt vismaz viena vecāka vai aizbildņa piekrišanai). Šāds regulējums izriet no Civillikuma 177. panta, kas nosaka, ka bērni līdz 18 gadu vecumam atrodas vecāku aizgādībā. Savukārt, šī paša likuma 222. pants noteic, ka bērnam, kas palicis bez vecāku gādības, iecelams aizbildnis.<sup>89</sup>

Strīdus starp grūtnieci, kas jaunāka par 16 gadiem, un viņas vecākiem vai aizbildni par grūtniecības mākslīgu pārtraukšanu izšķir bāriņtiesa.<sup>90</sup> Tādā gadījumā, lai veiktu abortu, nepieciešams bāriņtiesas lēmums. Lēmuma pieņemšana piekrīt bāriņtiesai pēc bērna deklarētās vai, ja tādas nav, tad pēc faktiskās dzīves vietas.

Pacientei, kura ir jaunāka par 16 gadiem, grūtniecības pārtraukšana medicīnisku indikāciju dēļ vai gadījumā, kad tā iestājusies izvarošanas rezultātā, pieļaujama, ja ir ārstu konsilija apstiprinājums vai tiesībaizsardzības iestādes izsniegta izziņa par izvarošanas gadījumu, kā arī ja vismaz viens no pacientes vecākiem vai aizbildnis ir devis rakstveida piekrišanu.<sup>91</sup>

---

<sup>89</sup> *Civillikums. Pirmā daļa*. LR likums. Valdības Vēstnesis, 20.02.1937.

<sup>90</sup> *Seksuālās un reprodūktīvās veselības likums*.

<sup>91</sup> Turpat

# 6 GRŪTNIECĪBAS MĀKSLĪGA PĀRTRAUKŠANA - PSIHOEMOCIONĀLIE ASPEKTI

## 6.1 Komunikācija ar pacientu

Ar abortiem cilvēce pazīstama jau ļoti sen, mainījušies tikai veidi, kā tos veic. Tāpat arī mainījušies uzskati par to, vai to veikšana ir pieļaujama un kādu iespaidu tas atstāj uz sievieti. Tikai 19. gadsimta sākumā mākslīgu grūtniecības pārtraukšanu sāka regulēt likums. Daudzās valstīs pasaulē aborts kā procedūra kļuva nelegāls, un par tā veikšanu varēja piemērot kriminālo sodamību. Patiesībā attieksme pret abortu joprojām ir mainīga, un tā periodiski nonāk politiku diskusiju lokā. Tā 2010. gadā Latvijā tika izskatīts tā saucamais "Sirdspukstu likums", kas noteica, ka pacientei pirms aborta atļaujas izsniegšanas bija jāveic sonogrāfisks izmeklējums, kura laikā iespējams saklausīt augļa sirdstoņus. Uzskati par abortu likumību cieši savijas ar reliģiskajiem uzskatiem, cilvēktiesībām un dzimumu līdztiesību. Arī speciālistu uzskatus par mākslīgas grūtniecības pārtraukšanu var ietekmēt dažādi faktori.<sup>92</sup>

Sabiedrībā sastopami daudzi mīti, kas saistīt ar aborta ietekmi un tā sekām:

1. aborts var izraisīt neauglību, ektopisko grūtniecību un krūts vēzi,
2. aborta veikšana ir saistīta ar psihiskās veselības problēmām,
3. sievietēm nav tiesību vienām pašām izlemt, kas viņām nāks par labu,
4. sieviete vienmēr var kontrolēt to, vai iestāsies grūtniecība,
5. sieviete, kas veic abortu, nenovērtē iespēju kļūt par māti,
6. tikai "noteikta tipa" sievietes piedzīvo neplānotu grūtniecību un izdara abortus.<sup>93</sup>

Vēl kāds plaši izplatīts mīts ir *Post-aborta* sindroms. Izpausmēs tas līdzinās Pēctraumas stresa sindromam – parādās vēlīni, ietekmē sievietes psihisko veselību, izraisot trauksmi un depresiju bez noteikta cēloņa, kā arī atmiņu uzplaisnījumus par traumatisko notikumu. Kaut arī nav pierādījumu par šī sindroma eksistenci, ik pa laikam publiski medijos tas tiek minēts kā neizbēgamas aborta sekas.<sup>94, 95, 96</sup>

Neatkarīgi no apstākļiem speciālistam sarunā ar pacientu, neraugoties uz to, vai grūtniecība ir vēlama, vai nevēlama, jābūt iejūtīgam, neitrālam, bez personiskas attieksmes un nostājas. Paciente ir sieviete, kas vērsusies pēc medicīniskas palīdzības, un speciālistam

---

<sup>92</sup> Rudzāte R., (2012) *Ginekoloģe: "Kad pateicu, ka netaisīšu abortus, mani atlaida no darba"*. Rīgas apriņķa portāls. Pieejams: <http://www.a.aprinkis.lv/sabiedriba/dzive-un-ticiba/item/4883-ginekoloģe-kad-pateicu-ka-netaisisu-abortus-mani-atlaida-no-darba>

<sup>93</sup> *Abortion. The Myths.*

<sup>94</sup> Needle, R. Walker, L., (2008) *Abortion Counseling*. Springer PC. Kindle Edition

<sup>95</sup> Zareba K., La Gossa L., ..., Gierius J., (2020) Psychological consequences of abortion *East Journal of Medicine* 25./3, July-September Pieejams šeit: [https://jag.journalagent.com/ejm/pdfs/EJM\\_25\\_3\\_477\\_483.pdf](https://jag.journalagent.com/ejm/pdfs/EJM_25_3_477_483.pdf)

<sup>96</sup> Kimberly K., (2014) The spread of 'Post Abortion Syndrome' as social diagnosis, *Social Science & Medicine*, 102 Pieejams šeit: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953613006333>

jārūpējas par viņas fizisko un emocionālo labklājību.

Tipiskākās situācijas, kurās paciente var nokļūt vizītes laikā, ir:

1. uzzināt, ka patiešām ir gaidībās (pēc ginekoloģiskās apskates),
2. ziņu par grūtniecību uzņemt pozitīvi,
3. ziņu uzņemt negatīvi un uzreiz ar speciālistu pārrunāt aborta iespējas,
4. ziņu uzņemt negatīvi un doties mājup, lai izvērtētu savas iespējas,
5. atklāt, ka apmeklē speciālistu ar mērķi pieteikties abortam,
6. neiesaistīties sarunā par aborta atcelšanu, jo ir pieņēmusi lēmumu to veikt,
7. atklāt savas šaubas par abortu,
8. atklāt, ka cieš/cietusi no vardarbības un tāpēc vēlas veikt abortu.

Tālākā sarunas gaita būs atkarīga no tā, kura no iepriekšminētajām situācijām būs piemērojama konkrētai pacientei.

## **6.2 Sarunas gaita un pacientes psihoemocionālā stāvokļa novērtēšana**

Pacientes psihoemocionālo stāvokli raksturo gan verbālie, gan neverbālie signāli. Tie var liecināt par neizlēmību, bailēm, kaunu, vainas sajūtu, dusmām. Pacientes reakcijas un psihoemocionālais stāvoklis ir cieši saistīts ar reakciju un attieksmi pret grūtniecību. Neverbālie psihoemocionālā stāvokļa signāli ietver: pacientes ķermeņa pozu, balsis intonāciju un skaļumu, žestikulāciju, veģetatīvās reakcijas – sarkšana, roku svīšana, seklāka elpa, trīce. Visi šie signāli ziņo par spēcīgām emociju izpausmēm. Verbālie psihoemocionālā stāvokļa signāli ietver: ātru runu, iespējams juceklīgu vārdu kārtojumu teikumā, daudz emocionāli piesātinātu vārdu vai tieši pretēji – pieklusinātu runu, vai pat absolūtu klusēšanu.

Jo negaidītāka pacientei ir ziņa par grūtniecību, jo spēcīgāk izpaudīsies verbālie vai neverbālie uzvedības signāli. Speciālista balsij jāpaliek izteikti mierīgai, sarunas gaitā jāmēģina nodibināt acu kontakts, jārunā lēni, skaidri un neitrāli, rūpīgi jāizvēlas iedrošinoši vārdi tālākai sarunas gaitai pacientei vēlamā virzienā, izrādot gatavību pieņemt jebkādu viņas lēmumu vai atbalstot lēmuma pieņemšanas atlikšanu.

Sarunas gaitā jāpatur prātā, ka paciente ir pieaugusi sieviete (izņemot gadījumus, ja viņa ir nepilngadīga persona) un pati spēj pieņemt lēmumu. Kaut arī nepilngadīga nav šķērslis lēmuma pieņemšanai un atbilstošas informācijas sniegšanai.<sup>97</sup>

Jāņem vērā, ka katrai pacientei ir sava vērtību sistēma, un tieši šādu neatgriezenisku lēmumu pieņemšanas gaitā tā aktualizējas līdz ar visām pretrunām. Tiek uzskatīts, ka šādos gadījumos piedzīvojam līdzīgas izjūtas kā zaudējuma gadījumā, kad tiek saņemta informācija,

---

<sup>97</sup> Needle. *Abortion Counseling*.

piemēram, par neārstējamu slimību vai tuvinieka nāvi. Grūtniecība ir galējs, neizbēgams stāvoklis, kas noslēgsies vai nu ar abortu, vai dzemdībām. No šī lēmuma pieņemšanas sievietei nav iespējams izvairīties vai atbrīvoties. Jāņem vērā arī ierobežotais laika periods. Pēc E. Kobleres-Rosas izšķir 5 posmus zaudējuma pieņemšanā:

1. Šoks un noliegums – ziņa ir pārāk “karsta”, tā tiek *izlikta* ārpus apziņas. Paciente var pat uz īsu brīdi “aizmirst” par grūtniecību un lēmuma pieņemšanas nepieciešamību. Pēc kāda laika, protams, rodas atskārsme, bet iespējams ne pilnībā aptverot tālāk varbūtējos notikumus – grūtniecību, dzemdības, partnera informēšanu. Šī stāvokļa raksturojošās pazīme ir spēcīgas psihoemocionālas reakcijas – gan verbālas, gan neverbālas.
2. Dusmas – intensīvu emociju izpaušana “uz visu pasauli” – dakteri, partneri un arīdzan pašai uz sevi. Ar dusmu palīdzību var tikt veikta emocionālā izlāde, tādējādi kaut nedaudz mazinot stresa reakciju. Dusmas var atpazīt pēc tā, ka ir paaugstināts balss tonis, ātra runa, veģetatīvas reakcijas, vēlme tūlīt pat doties prom, piezvanīt kādam.
3. Tirgošanās. Šajā posmā joprojām tiek meklēti vainīgie un izskatīti varianti “kā būtu, ja būtu...”. Dažkārt var notikt atgriešanās gan dusmu, gan nolieguma posmā. Paciente iztaujā dakteri par iespējām atlikt lēmumu, vēlas pāriet uz sarunu par kontracepcijas veidiem, tiek pārspriestas rīcības pēc iespējamām dzemdībām vai aborta, izlaižot lēmuma pieņemšanu saistībā ar grūtniecības saglabāšanu vai tās pārtraukšanu.
4. Apātijas, depresijas posms. Šajā posmā jau ir notikusi apzināšanās. Ir skaidrs, ka no lēmuma pieņemšanas neizdosies izvairīties. Sieviete ir nepieciešams atbalsts, ieteikums vērsties pēc palīdzības, ja šāda veida psihoemocionālās grūtības jau ir ieilgušas. Paciente var kļūt klusa vai arī tieši pretēji – runāt par to, kā palikšana stāvoklī ir sabojājusi visu dzīvi, kādas cerības palikušas nepiepildītas. Var pamanīt, ka sievietei it kā uz laiku pazūd perspektīva, nav nākotnes, visa pacientes uzmanība ir koncentrēta uz lēmuma pieņemšanu un tā neizbēgamajām sekām.
5. Pieņemšanas, samierināšanās posms. Paciente var pieņemt patstāvīgu un pārdomātu lēmumu. Sieviete par to runā vai tieši pretēji – pati ir izvēlējusies termiņu apdomāšanai. Ja lēmums jau ir pieņemts, tad min loģiskus un pamatotus argumentus.<sup>98</sup>

Speciālistam sarunas gaitā ir iespējams pievērst uzmanību tam, kā paciente reaģē uz informāciju par grūtniecību, kāds ir viņas psihoemocionālais stāvoklis, atbalstīt pacienti.

### **6.3 Pacientes motivāciju ietekmējošo faktoru noskaidrošana**

Motivāciju veido iekšējie (personība, vērtības, vēlmes, vajadzības) un ārējie (citu

---

<sup>98</sup> Kiblere-Rosa, E., Keslers, D. (2015) *Mierinājums. Kā rast stiprinājumu, pārdzīvojot tuva cilvēka zaudējumu*. Rīga: Lietusdārzs.

nozīmīgo cilvēku vērtējums, situācija, vide) faktori. Neapzinātā motivācija ir sabiedrības un pašas sievietes nepieņemami uzskati. Savukārt, visbiežāk apzinātā motivācija ir loģiski argumentēta un pamatota. Paciente, sastopoties ar neplānotu grūtniecību, nonāk apzinātu, neapzinātu, kā arī ārēju un iekšēju motīvu virpulī.

6.1 tabula

**Biežāk sastopamā motivācija veikt abortu<sup>99</sup>**

#	Motīvs	Individuālais	Sociālās vides
1	Finansiāla nesagatavotība		x
2	Nepiemērots laiks bērna laišanai pasaulē	x	
3	Ar partneri saistītas problēmas – sliktas attiecības, partneris nevēlās bērnus, ir vardarbīgs		x
4	Jau esošie bērni	x	
5	Nākotnes ieceru apdraudējums	x	
6	Psiho-emocionālā nesagatavotība	x	
7	Veselības problēmas	x	
8	Uzskats, ka nevarēs gaidāmajam bērnam nodrošināt gana labus dzīves apstākļus	x	
9	Neatkarības trūkums, nepilngadība	x	
10	Ģimenes vai draugu ietekme		x

Katrs no šiem faktoriem var tikt apspriests un ar atbalsta vai nepieciešamās informācijas sniegšanu pārvarēts. Tai pašā laikā, mēģinot šos faktoros ietekmēt, speciālists riskē kļūt aizbildniecisks vai vēl lielākā mērā ietekmēt pacientes lēmumu, vadoties pēc saviem personīgajiem uzskatiem.

Pētījumi liecina, ka pastāv faktori, kas ar lielu iespējamību var negatīvi ietekmēt pacientes psiholoģisko un fizisko labsajūtu pēc aborta:

- Iemesls, kādēļ aborts tiek veikts
- Aborta tips,
- Grūtniecības termiņš,
- Grūtnieces uzskati par abortu,
- Psihiski traucējumi, kas diagnosticēti pirms grūtniecības iestāšanās,
- Gribēta un/vai plānota grūtniecība,
- Atbalsta trūkums,
- Spiediens no apkārtējās vides.

Pastāv arī sargājošie faktori jeb kritēriji, kas var pasargāt no aborta negatīvajām sekām:

- Partnera un ģimenes atbalsts,
- Iepriekš nediagnosticēti psihiski traucējumi,

<sup>99</sup> Biggs M.A., (2013) Understanding why women seek abortions in the US. *BMC Women's Health*. Pieejams šeit: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6874-13-29.pdf>

- Augstākā izglītība,
- Ķirurģiskais aborta tips.<sup>100</sup>

Lai nonāktu pie motivācijas, kāpēc paciente vēlas veikt abortu, viņa jāiztaujā par lēmuma iemesliem – cieņpilnā un nekonfrontējošā veidā. Jāizvērtē, vai paciente apzinās sava lēmuma galīguma un sekas nozīmi – gan grūtniecības pārtraukšanas, gan arī tās saglabāšanas rezultātā.<sup>101</sup> Jāpiemin, ka tieši šajā posmā sarunas gaitā var tikt atklāta partnera vardarbība – fiziska, ekonomiska, seksuāla un/vai psiholoģiska. Speciālistam jābūt gatavam uz klausīt un atbalstīt pacienti, ja viņa ir izlēmusi par to pastāstīt.

Ja paciente sarunas gaitā ir pārāk satraukta, to būtu vēlams pārcelt uz kādu citu laiku. Par nākamo laiku nepieciešams vienoties uzreiz esošās sarunas noslēgumā. Tādā veidā pacientei tiek sniegta drošības sajūta un izrādītas rūpes.

Atsevišķi jāpiemin sarunas principi gadījumā, ja paciente nav sasniegusi pilngadību. Psiholoģiski personība briedumu sasniedz vecumā. Tas nozīmē, ka kognitīvā attīstība, spēja pieņemt lēmumus, nebalstoties tikai emocijās tiek sasniegta ap 16 gadu vecumu, turpretī psihosociālā nobriešana vai spēja sevi kontrolēt, ierobežot, atbilstoši sociālās vides prasībām, iespējamām sekām iestājas daudz vēlāk aptuveni 20 gadu vecumam un vēlāk.

Saprotot nepilngadīgas pacientes attīstības posma īpatnības, sarunas gaitā pacientei jāsniedz vienkāršs un saprotams skaidrojums par abortu, tā norisi, sekām, tieši tāpat attiecībā uz grūtniecību un tās saglabāšanu. Jāsaprot, ka nepilngadīga paciente ir atkarīga no vecāku lēmuma, bieži vien partnera lēmuma atbalstīt emocionāli un materiāli viņas lēmumu. Sarunā ar nepilngadīgu pacienti, speciālistam jābūt sevišķi empātiskam, tomēr noteiktam un konstruktīvam, bez nosodījuma un moralizēšanas.<sup>102</sup>

## **6.4 Nepieciešamā atbalsta sniegšana un pacientes motivēšana pieņemt lēmumu**

Atbalstīt pacienti iespējams gan verbāli, gan neverbāli. Verbālā atbalstīšana ietver uzmundrinājumu, informēšanu par grūtniecību, tās pārtraukšanas vai saglabāšanas riskiem un sekām. Tāpat atbalsts nepieciešams, ja paciente vēlas saglabāt grūtniecību, bet raizējās, vai būs finansiāli spējīga nodrošināt sevi un bērnu dekrēta atvaļinājuma laikā un pēc tā. Ja paciente nav attiecībās ar bērna tēvu vai nezina, kas viņš ir, nav jāmēģina par katru cenu to noskaidrot, lai konkrēto vīrieti informētu par grūtniecību.

<sup>100</sup> Zareba K. *Psychological consequences of abortion*

<sup>101</sup> Needle. *Abortion Counseling*.

<sup>102</sup> Coleman M., K., Stevenson A., ... Hays S. (2020) Adolescents Obtaining Abortion Without Parental Consent: Their Reasons and Experiences of Social Support. *Perspectives of Sex and Reproductive Health*. 01 March. Pieejams šeit: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1363/psrh.12132>

Tikpat svarīgs ir neverbālais atbalsts – skatiens, balss tembrs, atvērta ķermeņa poza, atbalstošs pieskāriens.

Patstāvīgu lēmumu iespējams pieņemt tikai tad, ja paciente ir pilnībā apzinājusies, ko nozīmē saglabāt un pārtraukt grūtniecību, kā arī ir izsvērusi visus apstākļus, kas var ietekmēt viņas lēmumu:

1. finansiālais aspekts – vai pacientei ir pietiekams finansiālais nodrošinājums grūtniecības saglabāšanai. Ja nav, tad kur to var gūt – svarīgi ir informēt pacienti par sociālā dienesta pakalpojumiem,
2. sociālais atbalsts gan grūtniecības saglabāšanas, gan tās pārtraukšanas gadījumā – kur var vērsties pēc psiholoģiskā atbalsta, jo īpaši, ja sievietei draud nokļūšana krīzes situācijā (intīmā partnera vai ģimenes vardarbības gadījumā),
3. fizioloģiskais – kāds ir pacientes veselības stāvoklis, vai tas pieļauj grūtniecību vai tās pārtraukšanu,
4. psiholoģiskais – vai paciente jūtas fiziski un morāli gatava bērnam vai abortam. Tāpat būtiski izvērtēt, vai pacientes psihiskās veselības stāvoklis pieļauj grūtniecību (psihisko slimību gadījumā lietojamie medikamenti dažkārt var nebūt savienojami ar grūtniecību un bērna barošanu ar krūti). Atkal jāpiemin sievietes attiecības – vai viņa jūtas tajās droši, vai tieši pretēji – tās ir vardarbīgas.

Ja paciente atrodas vardarbīgās attiecībās, ir svarīgi viņu informēt par krīzes centriem un patversmēm, kas paredzētas no vardarbības cietušām sievietēm. Iespējams, ka paciente būtu gatava turp doties pat taisnā ceļā no ārsta kabineta.

Speciālistam kabinetā jābūt pieejamai plašai informācijai par grūtniecības norisi, abortu, vardarbību pret sievieti, intīmā partnera vardarbību, sociālās palīdzības dienesta sniegtajiem pakalpojumiem, krīzes centriem, patversmēm un citām palīdzības organizācijām, kas atbalsta vardarbībā cietušās sievietes.

## 7 TIESISKAIS REGULĒJUMS UN PALĪDZĪBA NO VALSTS/ PAŠVALDĪBAS

Atbildība par bērnu un viņa labklājību primāri ir jānodrošina bērna vecākiem – tēvam un mātei. Bailes no atbildības, kā arī finansiālas vai sadzīviska rakstura problēmas var mudināt veikt grūtniecības mākslīgu pārtraukšanu. Īpaši tas var attiekties uz gadījumiem, kad sieviete nav saņēmusi atbalstu no gaidāmā bērna tēva. Rakstā “Abortu tiesiskais regulējums” norādīts, ka sieviešu krīzes centrā nākas sastapties ar bezizejas situācijās nonākušām grūtniecēm.<sup>103</sup> Sociāli atbildīgā valstī ir izstrādāti mehānismi, kā palīdzēt sievietei šāda veida problēmsituācijas atrisināt, kā arī kā pārvarēt sadzīviskus vai finansiālus šķēršļus, saglabājot grūtniecību.

Atbalstu sniedz gan nevalstiskās organizācijas, gan valsts un pašvaldību iestādes. Tas var izpausties kā finansiāls atbalsts un arī kā praktiska palīdzība, piemēram, dzīvesvietas nodrošināšana, sievietes apgādāšana ar pirmās nepieciešamības precēm u.tml., ņemot vērā grūtnieces vajadzības.

### 7.1 Valsts atbalsts

Valsts atbalsta sniegšana galvenokārt izpaužas materiālo pabalstu veidā un nodrošinot sociālos pakalpojumus. Pabalstu sistēmu veido valsts sociālās apdrošināšanas pabalsti un sociālie pabalsti. Valsts sociālās apdrošināšanas pabalstus ir tiesīgas saņemt sociāli apdrošinātas personas, bet sociālos pabalstus saņem pie noteiktām iedzīvotāju grupām piederīgas personas situācijās, kad ir nepieciešami papildu izdevumi vai gadījumos, kad personas pašas nespēj gūt ienākumus.<sup>104</sup>

Valsts sociālo pabalstu saņemšana nav saistīta ar valsts sociālās apdrošināšanas obligāto iemaksu veikšanu. Saistībā ar grūtniecību valsts nodrošina šādus pabalstus:

1. maternitātes pabalsts,
2. ģimenes valsts pabalsts,
3. bērna kopšanas pabalsts,
4. bērna piedzimšanas pabalsts.

Sociāli apdrošinātai grūtniecei ir tiesības uz maternitātes pabalsta saņemšanu. To paredz likuma “Par maternitātes un slimību apdrošināšanu” 3. panta 1. daļas 1. punkts un 4. panta pirmā daļa.<sup>105</sup> Proti, tiesības uz maternitātes pabalsta saņemšanu ir personām, kuras saskaņā ar likumu “Par valsts sociālo apdrošināšanu” ir sociāli apdrošinātas un par kurām ir veiktas vai

<sup>103</sup> Krūmiņa, I. (2012). Abortu tiesiskais regulējums. *Jurista Vārds*, 30 (729)

<sup>104</sup> Valsts sociālo pabalstu likums. LR likums. Latvijas Vēstnesis, 19.11.2002.

<sup>105</sup> Par maternitātes un slimību apdrošināšanu. LR likums. Latvijas Vēstnesis, 23.11.1995.



bija jāveic valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas Latvijas Republikā, atbilstoši attiecīgajam apdrošināšanas veidam ne mazāk kā 3 mēnešus pēdējo 6 mēnešu periodā vai 6 mēnešus pēdējo 24 mēnešu periodā pirms mēneša, kurā iestājies apdrošināšanas gadījums.

Saskaņā ar Valsts sociālo pabalstu likuma 3. panta 1. daļu noteikta kārtība, kādā regulāri tiek izmaksāts valsts sociālais pabalsts, ģimenes valsts pabalsts un bērna kopšanas pabalsts. Savukārt, bērna piedzimšanas gadījumā valsts izmaksā vienreizēju pabalstu. Bez tam saskaņā ar Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma 35. panta 2. daļu grūtniece, kas nonākusi krīzes situācijā, var pretendēt uz pabalstu, ko piešķir krīzes situācijā. Tas ir operatīvi sniegts materiāls atbalsts ārēju notikumu radītu seku novēršanai vai mazināšanai.<sup>106</sup>

Kā nozīmīgs informatīvs resurss par iespējamo palīdzību ir jāmin Slimību profilakses un kontroles centra izstrādātais elektroniskais buklets “Tava grūtniecība un veselība”<sup>107</sup>, kur apkopota būtiskākā informācija par palīdzības sniegšanu grūtniecei, kas nonākusi krīzes situācijā. Kā arī informāciju un atbildes uz dažādiem ar grūtniecību saistītiem jautājumiem var iegūt, apmeklējot interneta vietni [www.grutnieciba.lv](http://www.grutnieciba.lv).<sup>108</sup>

## 7.2 Pašvaldības atbalsts

Grūtniece ir tiesīga saņemt palīdzību arī pašvaldībā, kurā ir deklarējusi savu dzīvesvietu. Saskaņā ar likuma “Par pašvaldībām” 15. pantu viena no pašvaldības autonomām funkcijām ir nodrošināt iedzīvotājiem sociālo palīdzību, tostarp maznodrošinātām ģimenēm un sociāli mazaizsargātām personām, kā arī sniegt palīdzību jautājumos, kas saistīti ar dzīvesvietu.<sup>109</sup> Pašvaldību faktiskās iespējas ir atšķirīgas, bet jebkurā gadījumā grūtniecei ir tiesības vērsties pēc palīdzības.

## 7.3 Paternitātes noteikšana

Grūtniecības iestāšanās ir atkarīga no 2 personām – sievietes un vīrieša. Lai vīrietis varētu kļūt par topošā bērna tēvu ne tikai bioloģiski, bet arī tiesiski, un būtu juridiski atbildīgs par savu atvasi, nepieciešams noteikt bērna paternitāti. Paternitātes jautājumus regulē Civillikuma ģimenes tiesību daļa. Ir paternitātes pieņēmums, tās atzīšana un noteikšana. Saskaņā ar Civillikuma 146. pantu paternitātes pieņēmums nozīmē, ka: “Par tēvu bērnam, kurš piedzimis sievietei laulības laikā vai ne vēlāk kā 306. dienā pēc tam, kad laulība pārtraukta vīra nāves dēļ, laulības šķiršanu vai tās atzīšanu par neesošu, uzskatāms bērna mātes vīrs”. Savukārt, ja

<sup>106</sup> *Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis, 19.11.2002.

<sup>107</sup> SPKC. (2020) *Tava grūtniecība un veselība*. Buklets. Pieejams:

[https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/content/tava\\_veseliba\\_un\\_grutnieciba\\_final.pdf](https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/content/tava_veseliba_un_grutnieciba_final.pdf)

<sup>108</sup> SPKC. *Grūtniecība*. Interneta portāls. Pieejams šeit: <https://grutnieciba.lv/noderigi/>

<sup>109</sup> *Par pašvaldībām*. LR likums. Latvijas Vēstnesis, 24.05.1994

grūtniece nav stājusies laulībā vai bērna bioloģiskais tēvs nav grūtnieces likumīgs vīrs, pastāv iespēja atzīt paternitāti vai noteikt to tiesas ceļā. Paternitātes noteikšana notiek brīvprātīgi. Civillikuma 155. pants noteic: “Paternitātes atzīšana notiek, ja bērna tēvs un māte personiski iesniedz kopīgu iesniegumu dzimtsarakstu nodaļā vai dzimtsarakstu nodaļai adresētu iesniegumu, uz kura notariāli apliecināts iesniedzēju paraksta īstums. Paternitātes atzīšana noformējama ar ierakstu dzimšanas reģistrā.”

Jāuzsver, ka paternitātes atzīšanas iesniegumu var iesniegt, reģistrējot bērna piedzimšanu, to var izdarīt arī vēl pirms bērna piedzimšanas, kā arī pēc tam, kad reģistrēta bērna piedzimšana.

Ja bērns ir sasniedzis 12 gadu vecumu, tad nepieciešama arī viņa piekrišana.

Ja bērna māte ir laulībā, bet tēvs nav viņas likumīgs vīrs, tad kopīgu iesniegumu iesniedz bērna māte, mātes vīrs un bērna bioloģiskais tēvs.

Savukārt, ja bērna bioloģiskais tēvs atsakās brīvprātīgi atzīt paternitāti, to ir iespējams noteikt tiesas ceļā. Šis ir procesuāli sarežģītāks un garāks ceļš. Saskaņā ar Civilprocesa likuma 30. nodaļu lietas par bērna izcelšanās noteikšanu tiek izskatītas vispārējā kārtībā, iesniedzot prasības pieteikumu un pierādījumus, kas apstiprina tajā izteiktos prasījumus, proti, bērna mātei jāiesniedz pierādījumi tam, ka konkrētais vīrietis ir viņas bērna tēvs. Pierādījumi var būt gan liecinieku liecības, gan rakstiski iesniegti dokumenti, kā arī ir iespējams veikt ekspertīzi, DNS testu. Prasību par paternitātes noteikšanu var celt vienlaicīgi ar prasību par uzturlīdzekļu piedziņu, un tādā gadījumā bērna māte ir atbrīvota no valsts nodevas samaksas par prasības pieteikuma iesniegšanu.

Paternitātes atzīšanas prasība nav obligāta, t.i. bērna māte var reģistrēt bērna dzimšanu, nenorādot viņa tēvu. Tomēr bērna tēva noteikšana ir būtiska ne tikai no aprūpes viedokļa puses, jo uzturlīdzekļu piedziņa vai uzturlīdzekļu saņemšana no Uzturlīdzekļu garantiju fonda ir iespējama tikai tad, ja ir zināms bērna tēvs, bet arī no mantošanas viedokļa. Bez tam jāņem vērā, ka bērnam ir tiesības zināt savu izcelsmi.

## 7.4 Uzturlīdzekļi

Saskaņā ar Civillikuma 177. pantu bērns līdz pilngadības sasniegšanai ir savu vecāku aizgādībā. Aizgādība nozīmē, ka bērna vecākiem ir pienākums rūpēties par savu atvasi, nodrošinot tās attīstībai nepieciešamos apstākļus. Vecākiem ir pienākums bērnam nodrošināt uzturlīdzekļus vismaz minimālajā to apmērā. Saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem “Noteikumi par minimālo uzturlīdzekļu apmēru bērnam” katram vecākam ir pienākums ik mēnesi nodrošināt savam bērnam minimālos uzturlīdzekļus.<sup>110</sup> Bērniem līdz 7 gadu vecumam

---

<sup>110</sup> MK 17.01.2013 noteikumi Nr. 37 *Noteikumi par minimālo uzturlīdzekļu apmēru bērnam*

– 25% apmērā no valstī noteiktās minimālās mēneša algas, bet vecumā no 7 līdz 18 gadiem – 30% apmērā no valstī noteiktās minimālās mēneša algas.

Uzturlīdzekļu maksimālais apmērs nav noteikts. Bērna māte un tēvs var vienoties par brīvprātīgu to samaksu. Gadījumos, kad bērna tēvs atsakās maksāt uzturlīdzekļus vai rodas strīds par to apmēru, bērna mātei ir tiesības vērsties tiesā. Jāuzsver, ka, ja tiek celta prasība par uzturlīdzekļu piedziņu apmērā, kas pārsniedz minimālo uzturlīdzekļu apmēru, bērna mātei pieprasāmo uzturlīdzekļu apmērs ir jāpamato, iesniedzot pierādījumus, kas apliecina bērna tēva spēju un mantisko stāvokli maksāt prasītos naudas summu, kā arī jābūt dokumentam, kas apliecina bērna vajadzības. Tas var būt saistībā ar medicīnas pakalpojumu nepieciešamību, bērna radošajām aktivitātēm u.tml. Savukārt mantisko stāvokli apliecina izziņas no publiskajiem reģistriem par mantas piederību, izziņa no Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūras par darba algu u.tml. Ja kādus pierādījumus bērna māte nav spējīga iegūt, var lūgt tiesu to izprasīt no attiecīgās iestādes vai personas.

## 7.5 Uzturlīdzekļu garantijas fonds

Ja bērna tēvs izvairās no uzturlīdzekļu samaksas un bērna māte piekrīt saņemt uzturlīdzekļus tādā apmērā, kāds noteiks Ministru kabineta noteikumos<sup>111</sup>, tad var vērsties ar iesniegumu Uzturlīdzekļu garantiju fondā un lūgt uzturlīdzekļu izmaksu no šīs iestādes. Lai saņemtu uzturlīdzekļus no Uzturlīdzekļu garantiju fonda, to pieprasītājam un bērnam ir jābūt Latvijas Republikā deklarētai dzīvesvietai. Vecākam, no kura iesniedzējs vēlas saņemt uzturlīdzekļus, var arī nebūt deklarētās dzīvesvietas Latvijas Republikā. Pirms lēmuma pieņemšanas vecākam, no kura iesniedzējs vēlas saņemt uzturlīdzekļus, tiek prasīts paskaidrojums, kas jāiesniedz laika periodā līdz 20 dienām. Paskaidrojuma neiesniegšana nav šķērslis lēmuma pieņemšanā.

Lēmums par uzturlīdzekļu izmaksu vai atteikums tiek pieņemts 20 dienu laikā no dienas, kad saņemts tā vecāka, no kura iesniedzējs vēlas saņemt uzturlīdzekļus, paskaidrojums vai beidzies paskaidrojuma iesniegšanas termiņš. Ja šo termiņu nav iespējams ievērot sakarā ar to, ka nepieciešams iegūt papildu informāciju, Uzturlīdzekļu garantiju fonda administrācija var pieņemt lēmumu pagarināt administratīvā akta izdošanas termiņu uz laiku (ne ilgāku par 4 mēnešiem no iesniedzēja iesnieguma saņemšanas dienas). Šādā gadījumā lēmumu par uzturlīdzekļu izmaksu vai par atteikumu izmaksāt uzturlīdzekļus pieņem 20 dienu laikā no dienas, kad iesniegti visi pieprasītie dokumenti, bet ne vēlāk kā 4 mēnešu laikā no iesnieguma iesniegšanas dienas.

---

<sup>111</sup> MK 10.12.2019 noteikumi Nr. 616 *Noteikumi par uzturlīdzekļu apmēru, ko izmaksā no Uzturlīdzekļu garantiju fonda*

Uzturlīdzekļu garantiju fonds ir izveidots, lai nodrošinātu bērna tiesības uz sociālo nodrošinājumu, bet vienlaikus jāuzsver, ka uzturlīdzekļu izmaksa no Uzturlīdzekļu garantiju fonda līdzekļiem nav sociālais pabalsts. Uzturlīdzekļu garantiju fonds uzturlīdzekļus izmaksā vecāka vietā, un pēcāk tie tiek piedzīti no vecāka regresa kārtībā. Uzturlīdzekļu samaksa no Uzturlīdzekļu garantiju fonda var notikt:

1. administratīvā procesa ietvaros – izmaksa tiek veikta uz patstāvīga pamata, nevēršoties tiesā vai nenoslēdzot vienošanos,
2. sakarā ar tiesas sprieduma vai vienošanos par uzturlīdzekļiem nepildīšanu – izmaksas pamats ir sekundārs, tās pamatā ir neizpildīts tiesas spriedums vai vienošanās par uzturlīdzekļiem.

Tiesisko pamatu uzturlīdzekļu saņemšanai nosaka Uzturlīdzekļu garantiju fonda likuma<sup>112</sup> 3. pants:

- vecāks nenodrošina bērnam uzturlīdzekļus vismaz Ministru kabineta noteikumu Nr.616 “Noteikumi par uzturlīdzekļu apmēru, ko izmaksā no Uzturlīdzekļu garantiju fonda” apmērā, t.i. 107,50 eiro katram bērnam no viņa piedzimšanas brīža līdz 7 gadu vecuma sasniegšanai un 129 eiro katram bērnam vecumā no 7 līdz 18 gadiem, kā arī pilngadīgai personai vecumā no 18 līdz 21 gadam.<sup>113</sup>
- parādnieks nepilda tiesas nolēmumu par uzturlīdzekļu piedziņu vai vienošanos par uzturlīdzekļiem un no zvērināta tiesu izpildītāja saņemtas ziņas, ka parādnieks nav paziņojumā par pienākumu izpildīt nolēmumu noteiktajā termiņā ieskaitījis zvērināta tiesu izpildītāja depozīta kontā paziņojumā norādīto summu.

Ja viens vecāks ir vērsies Uzturlīdzekļu garantiju fondā tāpēc, ka otrs nepilda tiesas spriedumu vai vienošanos par uzturlīdzekļiem, uzturlīdzekļu izmaksa tiek veikta no Uzturlīdzekļu garantiju fonda. Šādā gadījumā, ja vien nepastāv šķēršļi uzturlīdzekļu saņemšanai, atteikums izmaksāt uzturlīdzekļus no Uzturlīdzekļu garantiju fonda nav iespējams, jo izmaksas pamatā ir jau pieņemts tiesas spriedums vai vienošanās par uzturlīdzekļiem, tādējādi uzturlīdzekļu saņemšanas tiesiskais pamats un faktiskie apstākļi ir jau pārbaudīti.

Jānorāda, ka ir virkne apstākļu, kas izslēdz iespēju saņemt uzturlīdzekļus no Uzturlīdzekļu garantiju fonda:

- 1) vecāks, no kura iesniedzējs vēlas saņemt uzturlīdzekļus, īsteno bērna aprūpi,
- 2) persona, no kuras iesniedzējs vēlas saņemt uzturlīdzekļus, nav bērna vecāks,
- 3) ir spēkā tiesas nolēmums vai vienošanās par uzturlīdzekļiem bērna uzturam,
- 4) pastāv vismaz viens no šādiem apstākļiem:

<sup>112</sup> *Uzturlīdzekļu garantiju fonda likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis, 21.12.2016.

<sup>113</sup> *Noteikumi par uzturlīdzekļu apmēru, ko izmaksā no Uzturlīdzekļu garantiju fonda*

- a) persona pēc pilngadības sasniegšanas nav uzsākusi vai ir pārtraukusi pamatizglītības, vidējās izglītības, arodizglītības vai speciālās izglītības iegūšanu Latvijas Republikā,
- b) bērns sasniedzis 21 gada vecumu,
- c) bērns stājies laulībā,
- d) bērns miris,
- e) parādnieks miris,
- f) iesniedzējs miris,
- g) iesniedzējs atteicies saņemt uzturlīdzekļus no Fonda, iesniedzot tā administrācijai attiecīgu iesniegumu,
- h) iesniedzējam ir pārtrauktas vai atņemtas aizgādības tiesības,
- i) aizbildnis, kuram tiek izmaksāti uzturlīdzekļi no Fonda, ir beidzis pildīt aizbildņa pienākumus,
- j) iesniedzējam vai bērnam nav deklarētas dzīvesvietas Latvijas Republikā,
- k) spēkā stājies tiesas nolēmums par uzturlīdzekļu piedziņu vai noslēgta vienošanās par uzturlīdzekļiem bērna uzturam,
- l) zudis tiesiskais pamats uzturlīdzekļu izmaksai.

Uzturlīdzekļu garantiju fonda mājaslapā [www.ugf.gov.lv](http://www.ugf.gov.lv) ir publicēta informācija, kas palīdz orientēties uzturlīdzekļu saņemšanas jautājumos, tostarp tur ir arī pieejami iesniegumu paraugi.

## 8 PAŠVALDĪBU, BIEDRĪBU UN NODIBINĀJUMU SNIEGTIE PAKALPOJUMI

### 8.1 Prevencija

Medicīnā tiek lietots jēdziens – profilakse, ar ko parasti izprot pasākumu kopumu slimības novēršanai vai tās aizkavēšanai. Sociālajā jomā tiek lietots jēdziens prevencija, ko faktiski līdzvērtīgi izprot kā “aizsteigšanos priekšā”. Tātad tas ir pasākumu kopums, kas, savlaicīgi piemērots, var novērst vardarbību gan pret bērniem, gan pieaugušajiem, visās tās izpausmēs un veidos.<sup>114</sup>

- **primārā prevencija** ietver visus tos pasākumus, kas ir mērķēti un pieejami sabiedrībai kopumā. Parasti tās ir pietiekami vispārīgas sociālo reklāmu kampaņas, kas uzrunā kādu konkrētu vardarbības veidu, tādā veidā cenšoties nodot ziņu arī mērķa grupai,
- **sekundārā prevencija** ietver pasākumu kopumu, kas mērķēti uz to sabiedrības daļu, kas ir identificēta kā riska klienti. Parasti šajās situācijās tiek runāts par tām ģimenēm un indivīdiem, kas jau ir nonākuši dažādu institūciju redzeslokā, ģimenes krīzes situācijās, sociāli izolētas ģimenes u.tt.,
- **terciārā prevencija** ietver pasākumu kopumu, kas paredzēti tiem sabiedrības locekļiem, kuri jau ir cietuši no vardarbības vai arī paši ir to pielietojuši. Galvenais uzdevums ir novērst situāciju, kur ģimene vai pieaugušais atkārtoti kļūst vardarbīgs, kā rezultātā bērni atkal nonāktu situācijās, kur pret viņiem tiek izmantoti vardarbīgi paņēmieni.

### 8.2 Atbalsta saņemšanas iespējas

Katra pašvaldība sadarbībā ar nevalstiskajām organizācijām nodrošina pasākumu kopumu, kas vērsts uz personas sociālās funkcionēšanas spēju atjaunošanu vai uzlabošanu ar mērķi nodrošināt sociālā statusa atgūšanu un iekļaušanos sabiedrībā, kā arī ietvert pakalpojumus pēc nepieciešamības gan personas dzīvesvietā, gan arī sociālās rehabilitācijas institūcijā.<sup>115</sup> Tādējādi gan tām personām, kas cietušas no vardarbības, gan arī sociāli smagā situācijā nonākušajiem ir iespējas saņemt atbalstu, izmantojot pašvaldības un valsts nodrošinātos pakalpojumus.

Gadījumos, kad sieviete nevēlas pati audzināt gaidāmo bērnu, bet grūtniecības pārtraukšana vairs nav iespējama, nepieciešams sniegt vispusīgu informāciju par atbalsta saņemšanas iespējām, kā arī par iespējamo situācijas risinājumu saistībā ar gaidāmā bērna

<sup>114</sup> Labklājības ministrija. (2020) *Metodiskais materiāls sociālajam darbam ar vardarbībā cietušām un vardarbību veikušām personām*. Pieejams šeit: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/8377/download>

<sup>115</sup> *Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums*.

nodošanu ārpusģimenes aprūpē.

Speciālistam ir būtiski pacientei sniegt informatīvu un emocionālu atbalstu ne tikai esošās situācijas risināšanā, bet arī sekundārās un terciārās prevencijas realizēšanā.

Saskarsmes procesā ar iespējami vardarbībā vai sociāli smagā situācijā nonākušu pacientu ir būtiski ievērot un pielietot ētiskos priekšnoteikumus. Profesionālis ir atbildīgs par sniedzamās informācijas saturu un teiktā saprotamību, izvēloties empātisku pieeju. Ne mazāk būtisks profesionālo attiecību faktors ir klausīšanās kultūra un ētika, jo sarunā izteikto vārdu un domu jēga var tikt izprasta tikai kontekstā. Tādējādi jāņem vērā, ka komunikācijā ar pacientu var rasties iespējami šķēršļi, kas saistāmi ar kultūras, vecuma atšķirībām, cilvēkam nesaprotamu profesionālu terminu lietošanu, moralizēšanu, padomu došanu, kategorisku spriedumu paušanu, neprasmi klausīties u.c.

Sociālās palīdzības un sociālā atbalsta saņemšanas kārtību Latvijā nosaka “Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums” ar mērķi nodrošināt personas sociālās funkcionēšanas spēju atjaunošanu vai uzlabošanu, kā arī nodrošināt sociālā statusa atgūšanu un iekļaušanos sabiedrībā. Likums nosaka, ka pašvaldībai, kuras teritorijā ir deklarēta personas dzīvesvieta, ir pienākums nodrošināt iespēju saņemt vajadzībām atbilstošus sociālos pakalpojumus, pirms tam izvērtējot cilvēka vajadzības pēc šāda veida pakalpojuma. Ja pašvaldībā nav izveidoti nepieciešamo pakalpojumu sniedzēji, tad tās slēdz līgumus ar citiem sociālo pakalpojumu sniedzējiem savā teritorijā vai ar citām pašvaldībām. Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības kārtības saņemšanu organizē pašvaldības Sociālais dienests, tādējādi personai ir iespēja tur vērsties, vadoties pēc deklarētās dzīvesvietas. Sociālo palīdzību klientam sniedz, pamatojoties uz viņa materiālo resursu izvērtējumu, paredzot katra klienta līdzdarbību. Ja persona ir nonākusi sociāli smagā situācijā, bet dzīvo citā pašvaldībā, tad cilvēkam ir tiesības vērsties Sociālajā dienestā pēc faktiskās dzīvesvietas, lai saņemtu informatīvu un emocionālu atbalstu, kā arī tālāk pēc nepieciešamības risinātu jautājumus, kas saistīti ar sociālo pakalpojumu saņemšanas un apmaksas iespējām. Pēc nepieciešamības personai ir tiesības saņemt atbalstu gan dzīvesvietā, gan arī sociālās rehabilitācijas institūcijā, kur tiek sniegta īslaicīga psiholoģiska un cita veida palīdzība krīzes situācijā nonākušajiem.

Lai nodrošinātu klientiem nepieciešamo pakalpojumu klāstu, aktīvi darbojas dažādas nevalstiskās organizācijas, kurās pēc nepieciešamības persona var nepastarpināti vērsties, lai saņemtu vajadzībām atbilstošāko pakalpojumu. Personām, kuras ir piedzīvojušas vardarbību, šobrīd atrodas vardarbīgās attiecībās, attiecību atkarībā vai gadījumos, ja ģimene ir cietusi no seksuālās ekspluatācijas, darba ekspluatācijas vai citām cilvēktirdzniecību formām, profesionālu atbalstu sniedz “Centrs Marta”. Krīzes situācijās, lai saņemtu psihoemocionālo atbalstu, katru dienu (arī brīvdienās) ir iespējams zvanīt pa diennakts tālruni krīžu un

konsultāciju centram “Skalbes”. Taču gadījumos, kad pastāv iespējami draudi personas dzīvībai un veselībai, nekavējoties jāzvana policijai un jāpieprasa pagaidu aizsardzība pret vardarbības veicēju.

Nevalstiskajā sektorā darbojas vairākas organizācijas, kas sniedz gan materiālu, gan psiholoģisku palīdzību grūtniecei, piemēram, tāds ir biedrības “Ģimenes Šūpulis” organizētais krīzes grūtniecības centrs “Patvēruma māja”.

Tā ir brīvprātīga, bezatlīdzības sabiedriski atbildīgu iedzīvoju darbība, tāpēc katrai biedrībai vai nodibinājumam ir tiesības pašiem noteikt sniedzamās palīdzības apjomu un kārtību. Informācija par biedrībām un nodibinājumiem, kā arī to sniegto atbalsta iespējām ir atrodama interneta vidē.

Biedrību un nodibinājumu darbības veicināšanai un uzraudzīšanai Latvijā ir spēkā esošs Sabiedriskā labuma organizāciju likums, kura 4. panta pirmā daļa noteic, ka sabiedriskā labuma organizācijai ir tiesības saņemt likumos noteiktos nodokļu atvieglojumus.<sup>116</sup>

8.1 tabula

#### Noderīgas mājaslapas un tālruni palīdzības vai informācijas saņemšanai

#	Organizācija	www	tālrunis
1.	Skalbes, krīžu un konsultāciju centrs	www.skalbes.lv	67222922, 2772292
2.	Centrs Marta	www.marta.lv	67378539
3.	Glābējsilīte	www.lbf.lv/lv/glabejsilite	
4.	Labklājības ministrija	www.lm.gov.lv	80205100
5.	Rīgas Domes labklājības departaments	www.ld.riga.lv	8005055
6.	Vienotais ārkārtas palīdzības tālrunis		112

### 8.3 Ārpusģimenes aprūpes iespējas bērnam

Lai bērns pilnīgi un harmoniski spētu attīstīties kā personība, viņam ir jāaug ģimeniskā vidē, kur tiek nodrošināta pilnvērtīga attīstība. Situācijās, kad persona nespēj vai nevēlas uzņemties rūpes par jaundzimušā aprūpi, pamatojoties uz Bāriņtiesu likumu<sup>117</sup>, pēc procesuālo darbību veikšanas šī institūcija pieņem lēmumu par bērna aizgādības tiesību pārtraukšanu vecākiem un lemj par iespējamajiem ārpusģimenes aprūpes veidiem, primāri aptaujājot ģimenes locekļus par iespēju uzņemties jaundzimušā aprūpi vai arī lemj par citām ārpusģimenes aprūpes formām (audžuģimene vai sociālās aprūpes institūcija).

Ja aprūpes persona savu lēmumu atteikties no bērna izteikusi, atrodoties dzemdību iestādē, tad jaundzimušo reģistrē medicīnas personāls un nekavējoties par radušos situāciju

<sup>116</sup> Sabiedriskā labuma organizāciju likums. LR likums. Latvijas Vēstnesis, 07.07.2004.

<sup>117</sup> Bāriņtiesu likums. LR likums. Latvijas Vēstnesis, 07.07.2006



rakstiski informē Bāriņtiesu. Ja, atrodoties ārstniecības iestādē, aprūpes persona nav uzrādījusi personu apliecinošu dokumentu un ir izrakstīta no slimnīcas, atstājot jaundzimušo, vai gadījumos, kad bērns ir atradenis un/vai ievietots glābējsilītē, tad lēmumu par bērna ārpusģimenes aprūpi pieņem tā Latvijas plānošanas reģionu Bāriņtiesa, kuras atrašanās teritorijā bērns ir atstāts vai atrasts.

# IZMANTOTĀS LITERATŪRAS SARAKSTS

## Normatīvie akti

1. *Ārstniecības likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis, 01.07.1997.
2. *Bāriņtiesu likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis, 07.07.2006
3. *Bērnu tiesību aizsardzības likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis, 08.07.1998
4. *Civillikums. Pirmā daļa*. LR likums. Valdības Vēstnesis, 20.02.1937.
5. *Civilprocesa likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis, 03.11.1998
6. Eiropas padome. *Konvencija par vardarbības pret sievietēm un vardarbības ģimenē novēršanu un apkarošanu (Stambulas konvencija)*. Starptautisks dokuments. Pieejams šeit: <https://rm.coe.int/1680462538>
7. *Krimināllikums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis, 08.07.1998
8. *Latvijas Republikas Satversme*. LR likums. Latvijas Vēstnesis, 01.07.1993.
9. LR Tiesībsargs. *Grūtniecības pārtraukšana*. Pieejams: <https://www.cilvektiesibugids.lv/lv/temas/gimene/reproduktivas-tiesibas/grutniecibas-partrauksana>
10. MK 04.11.2003. noteikumi Nr 628 *Cilvēka imūndeficīta vīrusa infekcijas (HIV) un AIDS izplatības ierobežošanas un ar HIV inficētu personu un AIDS slimnieku ārstēšanas organizatoriskā kārtība*
11. MK 28.10.2003. noteikumi Nr. 590 *Grūtniecības pārtraukšanas organizatoriskā kārtība*
12. MK 17.01.2013 noteikumi Nr. 37 *Noteikumi par minimālo uzturlīdzekļu apmēru bērnam*
13. MK 10.12.2019 noteikumi Nr. 616 *Noteikumi par uzturlīdzekļu apmēru, ko izmaksā no Uzturlīdzekļu garantiju fonda*
14. MK 28.08.2018 noteikumi. Nr.555. *Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība*.
15. *Par maternitātes un slimību apdrošināšanu*. LR likums. Latvijas Vēstnesis, 23.11.1995.
16. *Par pašvaldībām*. LR likums. Latvijas Vēstnesis, 24.05.1994
17. *Sabiedriskā labuma organizāciju likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis, 07.07.2004.
18. *Seksuālās un reproduktīvās veselības likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis: 19.02.2002
19. *Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis, 19.11.2002.
20. *Uzturlīdzekļu garantiju fonda likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis, 21.12.2016.
21. *Valsts sociālo pabalstu likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis, 19.11.2002.

## Interneta resursi

1. Centrālā statistikas pārvalde. *Dzemdības un aborti*. Pieejams šeit: <https://www.csb.gov.lv/lv/statistika/statistikas-temas/socialie-procesi/veseliba/tabulas/vag110/dzemdibas-un-aborti>
2. SPKC. *Grūtniecība*. Interneta portāls. Pieejams šeit: <https://grutnieciba.lv/noderigi/>
3. SPKC. (2020) *Tava grūtniecība un veselība*. Buklets. Pieejams: [https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/content/tava\\_veseliba\\_un\\_grutnieciba\\_final.pdf](https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/content/tava_veseliba_un_grutnieciba_final.pdf)
4. Labklājības ministrija. (2020) *Metodiskais materiāls sociālajam darbam ar vardarbībā cietušām un vardarbību veikušām personām*. Pieejams šeit: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/8377/download>
5. Labklājības Ministrija. *Sociālās un veselības aprūpes pasniedzēji pret vardarbību*. Pieejams šeit: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/5920/download>
6. Labklājības Ministrija. (2014) *Vadlīnijas speciālistiem. Atbalsta un profilakses modelis "Sievietēm, kas cieš ar dzimumu saistītās vardarbības dēļ"*. Pieejams šeit: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/1336/download>
7. Labklājības Ministrija. (2014). *Vadlīnijas politikas veidotājiem. Ieteikumi ar dzimumu saistītās vardarbības novēršanai un tās risku pārvaldībai*. Pieejams šeit: <https://www.lm.gov.lv/en/media/1339/download>

8. Labklājības Ministrija, Skalbes (2018) *Vardarbībai patīk klusums*. Pieejams šeit: [https://www.cietusajiem.lv/wp-content/uploads/2018/07/Vardarbības\\_Buklets\\_FINN-1.pdf](https://www.cietusajiem.lv/wp-content/uploads/2018/07/Vardarbības_Buklets_FINN-1.pdf)
9. Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācija. (2013). *Ķirurģisks aborts līdz 12. grūtniecības nedēļai: Izvērsti medicīniskās tehnoloģijas metodes apraksts*. Pieejams: <https://www.zva.gov.lv/zvais/mtdb/17-dzemniecibas-un-ginekologijas-mediciniskie-pakalpojumi-un-medici-niskas-apauglosanas-pakalpojumi/310-pielikumi-izverstie->
10. Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācija. (2014). *Medikamentozs aborts līdz 63. amenorejas dienai, lietojot mifepristonu un mizoprostolu: Izvērsti medicīniskās tehnoloģijas metodes apraksts*. Pieejams: <https://www.zva.gov.lv/zvais/mtdb/17-dzemniecibas-un-ginekologijas-mediciniskie-pakalpojumi-un-medici-niskas-apauglosanas-pakalpojumi/310-pielikumi-izverstie-mediciniskas-tehnologijas-metodes-apraksti-un-citi-materiali/medikamentozs-aborts-lidz-63amenorejas-dienai-lietojot-mifepristonu-un-mizoprostolu>
11. Sabiedrības integrācijas fonds. Centrs Marta. *Seksuālā vardarbība*. Pieejams: <https://marta.lv/files/Vardarbiba/Seksuala%20vardarbiba.pdf>
12. Lāce I. (2020) *Vardarbība pret sievieti, vardarbība ģimenē. Rīcība vardarbības atpazīšanas gadījumos*. Pieejams šeit: <http://arsts.lv>. (<https://arsts.lv/jaunumi/iluta-lace-var darbiba-pret-sievieti-var darbiba-gimene-riciba-var darbibas-atpazisanas-gadījumos>)
13. Rudzāte R.,(2012) *Ginekoloģe: "Kad pateicu, ka netaisīšu abortus, mani atlaida no darba"*. Rīgas aprinča portāls. Pieejams: <http://www.a.aprinkis.lv/sabiedriba/dzive-un-ticiba/item/4883-ginekoloģe-kad-pateicu-ka-netaisisu-abortus-mani-atlaida-no-darba>
14. European Agency for Fundamental Rights (2014) *Violence against women: an EU-wide survey. Results at a glance*. Pieejams šeit: <https://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-results-glance>
15. European Institute for Gender Equality. (2014) *Estimating the costs of gender-based violence in the European Union*. Pieejams šeit: <https://eige.europa.eu/publications/estimating-costs-gender-based-violence-european-union-report>
16. European Institute for Gender Equality. (2021) *Gender based violence. The costs of gender based violence in the European Union*. Pieejams šeit: <https://eige.europa.eu/publications/costs-gender-based-violence-european-union>.
17. European Institute for Gender Equality (2015) *The Glossary of definitions of rape, femicide and intimate partner violence*. Pieejams šeit: <http://eige.europa.eu>
18. European Institute for Gender Equality (2019) *Risk assessment and management of intimate partner violence in the EU*. Pieejams šeit: <https://eige.europa.eu/publications/risk-assessment-and-management-intimate-partner-violence-eu>.
19. National Abortion Federation. (2020). *Clinical policy guidelines for abortion care*. Pieejams šeit: <https://prochoice.org/store/clinical-policy-guidelines/>
20. The Royal Women's Hospital (2018) *Abortion: The Myths*. Pieejams šeit: <https://www.thewomens.org.au/health-information/unplanned-pregnancy-information/abortion-the-myths>
21. WHO. (2021) Abortion. Fact sheets. Pieejams šeit: [https://www.who.int/health-topics/abortion#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/abortion#tab=tab_1)
22. WHO. (2014) *Clinical Practice handbook for safe abortion*. Pieejams šeit: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/clinical-practice-safe-abortion/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/clinical-practice-safe-abortion/en/)
23. WHO (2021) *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach*. Pieejams šeit: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>
24. WHO. (2014) *European facts and the Global status report on violence prevention*. Pieejams šeit: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/265750/European-facts-and-the-Global-status-report-on-violence-prevention-2014-Eng.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/265750/European-facts-and-the-Global-status-report-on-violence-prevention-2014-Eng.pdf)
25. WHO. (2018). *Family planning: A global handbook for providers, 3rd edition*. Pieejams šeit: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fp-global-handbook/en/>
26. WHO. (2015). *Medical eligibility criteria for contraceptive use, 5th edition*. Pieejams šeit: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158>

27. WHO. (2002) *World report on violence and health*. Pieejams šeit: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf)
28. WHO. (2021) *Violence against women prevalence estimates, 2018*. Pieejams šeit: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026681>

### Literatūra un publikācijas periodiskajos izdevumos

1. Kiblere-Rosa, E., Keslers, D. (2015) *Mierinājums. Kā rast stiprinājumu, pārdzīvojot tuva cilvēka zaudējumu*. Rīga: Lietusdārzs.
2. Kipāne, A., Vilks, A. (2019). Cilvēku tirdzniecības kriminoloģiskās problēmas. *Socrates*. 1 (13), 50-62. Pieejams: <https://doi.org/10.25143/socr.13.2019.1.050-062>
3. Krūmiņa, I. (2012). Abortu tiesiskais regulējums. *Jurista Vārds*, 30 (729)
4. Kudeikina, I., Palkova, K. (2018). The right to health in context of ensuring the best interests of the child. *6th International Interdisciplinary Scientific Conference SOCIETY. HEALTH. WELFARE. Vol 51*
5. LZP (2020) *Vardarbība pret sievieti un bērniem Latvijā. Situācijas apkopojums*. LZP: Statistikas ziņojums
6. Putniņa, A. (2011). *Iedzīvotāju reproduktīvā veselība: Pārskats par situāciju Latvijā (2003–2011)*. Rīga: Papardes zieds.
7. Spridzāne, A., Mošna, N., ... Līdaka, L. (2014). Nevēlama grūtniecība un kontracepcijas prakse Latvijā. *Latvijas Ārsts*, Aprīlis
8. Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas stacionārs Latvijas Infektoloģijas centrs Vadlīniju izstrādes darba grupa. (2014) *Cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) infekcijas diagnostikas, ārstēšanas un profilakses klīniskās vadlīnijas*.
9. Vīberga, I. (2013). *Ginekoloģija*. Rīga: Medicīnas apgāds
10. Biggs M.A., (2013) Understanding why women seek abortions in the US. *BMC Women's Health*. Pieejams šeit: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6874-13-29.pdf>
11. Coleman M., K., Stevenson A., ... Hays S.(2020) Adolescents Obtaining Abortion Without Parental Consent: Their Reasons and Experiences of Social Support. *Perspectives of Sex and Reproductiobal Health*. 01 March. Pieejams šeit: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1363/psrh.12132>
12. Kimberly K., (2014) The spread of 'Post Abortion Syndrome' as social diagnosis, *Social Science & Medicine*, 102 Pieejams šeit: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953613006333>
13. Needle, R. Walker, L., (2008) *Abortion Counseling*. Springer PC. Kindle Edition
14. Prochaska, J.O., and DiClemente, C.C. (1984) *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapie*. Dow Jones-Irwin
15. Sanz-Barbero B., Baro N., Vives-Cases C., (2019) *Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages*. Pieejams šeit: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31596869/>
16. Ruiter A., Taylor G.P. (2012) Guidelines for the management of HIV infection in pregnant women *HIV Medicine*, 13, 87–157
17. Wathen C.N., Jamieson E., ...MacMillan H.L. (2007) Violence Against Women Research Group. Risk indicators to identify intimate partner violence in the emergency department. *Open Med* 2007;1(2), 113-122. Pieejams šeit: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20101295/>
18. Zareba K., La Gossa L., ..., Gierius J., (2020) Psychological consequences of abortion *East Journal of Medicine* 25,/3, July-September. Pieejams šeit: [https://jag.journalagent.com/ejm/pdfs/EJM\\_25\\_3\\_477\\_483.pdf](https://jag.journalagent.com/ejm/pdfs/EJM_25_3_477_483.pdf)

# PIELIKUMI

## Kontracepcijas metodes<sup>118,119,120</sup>

### 1. HORMONĀLĀ KONTRACEPCIJA

Darbības mehānisma pamatā ir sintētisku steroīdas dabas substanču lietošana, kas rada sekojošas izmaiņas:

- bloķē ovulācijas notikumu olnīcās,
- ietekmē endometrija histoloģisko arhitektoniku,
- rada nelabvēlīgu vidi nidācijas procesam,
- izmaina dzemdes kakla gļotu bioķīmisko sastāvu,
- rada nelabvēlīgu vidi spermatozoīdu pasāžai.

Estrogēnu komponents kavē FSH sekrēciju un novērš dominantā folikula selekciju un folikula attīstību. Progestīnu komponents kavē LH sintēzi un novērš ovulāciju, padara endometriju neuzņēmīgu augļa olas implantācijai, to aizvietojo ar atrofiskiem un nepilnīgiem dziedzeriem, ietekmē cervikālā kanāla epitēlija šūnas, radot biezu gļotu slāni, kas apgrūtina spermatozoīdu iekļūšanu dzemdē.

#### 1.1. Kombinētā orālā kontracepcija (KOK)

KOK sastāvā ir divi hormoni: sintētiskie steroīdie estrogēni: etinilestradiols (EE), estradiols (E2) vai estradiola valerāts (E2V), kombinācijā ar kādu progestīnu (*Progesteronum, Drospirenonum, Levonorgestrelum, Gestodenum, Norgestimatum, Desogestrelum, Dienogestum, Cyproteroni acetat*).

Efektivitāte: pirmo gadu pielietojot metodi pareizi, neizlaižot tablešu lietošanas reizes, iestājas mazāk nekā 1 grūtniecība uz 100 sievietēm (jeb 3 grūtniecības uz 1000 sievietēm).

#### Blakusefekti:

- izmaiņas ikmēneša asiņošanā: samazinās asiņošanas apjoms, kā arī dienu skaits, asiņošana starp regulārām, normālām mēnešreizēm pirmos 3 mēnešus,
- galvassāpes,
- slikta dūša, vemšana,
- ķermeņa masas izmaiņas,
- garastāvokļa maiņas,
- akne (var arī pasliktināt esošo stāvokli, bet parasti to uzlabo),

**Pozitīvie efekti:** novērš grūtniecības iestāšanos, samazina endometrija un olnīcu vēža attīstības risku, samazina olnīcu cistu attīstības iespēju, samazina menstruālās asiņošanas apjomu, mazina anēmijas risku, samazinās menstruālās sāpes, zūd ovulācijas sāpes, samazinās policistisko olnīcu simptomi (neregulāras mēnešreizes, akne, pastiprināts apmatojums uz sejas un ķermeņa), samazinās endometriozes simptomi (sāpes, neregulāras mēnešreizes).

**Apzinātie veselības riski:** dziļo vēnu tromboze, plaušu artēriju trombembolija, ļoti reti: insults, miokarda infarkts. Pirms nozīmēt KOK, svarīgi ir noskaidrot, vai pacientei ir kontrindikācijas šīs kontracepcijas metodes lietošanai.

#### Lietošana:

- klasiski iepakojumā ir 21 tablete; rekomendē kontracepciju uzsākt lietot pirmajā cikla dienā. Katru dienu vienā un tajā pašā laikā jāiedzer pa vienai tabletei, tā turpinot tās lietot 21 dienu bez pārtraukuma, pēc tam ir 7 dienu pārtraukums, kura laikā parādās menstruācijām līdzīga asiņošana,
- ja paciente ir aizmirsusi iedzert 1 vai 2 tabletes, tās jālieto, tiklīdz par to atceras, un turpmāk jāturpina tabletes lietot kā parasti,
- ja paciente ir aizmirsusi iedzert 3 vai vairāk tabletes:
  - jāizdzer tablete, tiklīdz par to atceras, un jāturpina tās lietot kā ierasts,
  - nākamās 7 dienas jāapsver prezervatīva lietošana dzimumakta laikā vai jāatturas no dzimumdzīves pavisam,
  - ja pēdējās 5 dienās ir bijis neaizsargāts dzimumakts, tad jāapsver avārijas kontracepcijas lietošana,
- ja 2 stundu laikā pēc tabletes iedzeršanas ir bijusi vemšanas vai caurejas epizode, jāiedzer nākamā tablete un jāturpina tās lietot kā ierasts.

<sup>118</sup> Vīberga, I. (2013). *Ginekoloģija*. Rīga: Medicīnas apgāds

<sup>119</sup> WHO. *Family planning: A global handbook for providers*

<sup>120</sup> WHO. (2015). *Medical eligibility criteria for contraceptive use*, 5th edition. Switzerland: WHO.

**KOK drīkst nozīmēt** ginekologs un ģimenes ārsts:

- jāizmēra asinsspiediens un jānoskaidro, vai anamnēzē nav veselības problēmas, kuru gadījumā nerekomendē KOK, kā arī, vai pirmās pakāpes ģimenes locekļiem līdz 50 gadu vecumam nav bijušas trombozes,
- neveicot mazā iegurņa izmeklēšanu,
- neveicot papildu asins analīzes,
- bez dzemdes kakla citoloģiskās uztriepes,
- neveicot krūšu papildu izmeklēšanu,
- neveicot grūtniecības testu, ja ir pārlicība, ka paciente nav stāvoklī.

### 1.2. Hormonālais kontracepcijas plāksteris (HKP)

Plāns, matricveida transdermāls (zāles organismā nokļūst caur ādu) plāksteris, kas satur kombinēto kontracepciju ar divām aktīvām vielām: 6 mg norelgestromīna un 600 mcg etinilestradiola, darbojas pēc tāda paša principa kā KOK.

**Efektivitāte:**

- pirmā gada laikā, uzsākot lietot HKP kontracepciju un darot to pareizi (regulāri mainot plāksteri), iestājas mazāk nekā 1 grūtniecība uz 100 sievietēm (jeb 3 grūtniecības uz 1000 sievietēm),
- kontracepcijas efektivitāte var būt zemāka sievietēm, kuru ķermeņa masa pārsniedz 90 kg,

**Blakusefekti** ir līdzīgi tām, kas izpaužas KOK kontracepcijas lietošanas gadījumā. Papildus var būt novērojams ādas apsārtums un izsitumi plākstera piestiprināšanās vietā.

**Lietošana:**

- 3 nedēļas lieto pa vienam plāksterim, 4. nedēļā to nelieto. Pirmo plāksteri uzlīmē 1. menstruālā cikla dienā, to nomaina 8. dienā, un otro – 15. dienā, plāksteri pārstāj lietot 22. dienā, un to nelieto 7 dienas,
- plāksteri līmē uz sēžamvietas, vēdera, augšdelma vai muguras augšdaļas; vietai, kur tiek pielīmēts plāksteris, jābūt tīrai, sausai un brīvai no apmatojuma,
- katrs nākamais plāksteris ir jālīmē citā vietā, taču tos var līmēt vienā ķermeņa apvidū,
- to nedrīkst līmēt uz krūtīm, kā arī uz apsārtušas, iekaisušas vai bojātas ādas,
- ja sieviete plāksteri ir aizmirst uzlīmēt vai tas atlīmējies > 48 h, plāksteris jāuzlīmē, tiklīdz kā par to atceras un nākamās 7 dienas jāapsver prezervatīva lietošana dzimumakta laikā vai šajā periodā jāasakās no dzimumdzīves pavisam. Gadījumā, ja pēdējās 5 dienās ir bijis neaizsargāts dzimumakts, tad jāapsver avārijas kontracepcijas lietošana.

### 1.3. Hormonālais kontracepcijas riņķis (HKR)

Elastīgs, caurspīdīgs, bezkrāsains riņķis, kas satur kombinēto kontracepciju ar divām aktīvām vielām: 11,7 mg etonogestrēla un 2,7 mg etinilestradiola. Esošie hormoni darbojas tāpat kā KOK kontracepcija. Hormoni caur maksts gļotādu tiešā veidā nokļūst asinsritē.

**Efektivitāte un blaknes** ir līdzīgas, kā lietojot KOK kontracepciju.

**Lietošana:**

- riņķis jāievada makstī starp 1. un 5. menstruālā cikla dienu; tur tas atrodas 21 dienu, pēc tam tas jāizņem, un seko 7 dienas bez šīs kontracepcijas lietošanas,
- ja riņķis izkrīt no maksts, tas jānoskalo ar aukstu vai remdenu ūdeni un jāievada atpakaļ, cik vien iespējams. Ja riņķi ievada makstī vēlāk nekā pēc 48 stundām, tad nākamās 7 dienas dzimumakta laikā jāapsver prezervatīvu lietošana vai šajā periodā jāatturas no dzimumdzīves pavisam.

HKP un HKR kontracepcijas metodes drīkst nozīmēt ginekologs un ģimenes ārsts, ievērojot līdzīgus nosacījumus kā nozīmējot KOK kontracepciju.

### 1.4. Injicējamā kontracepcija (IK)

Injicējama kontracepcija nozīmē i/m ievadi ar noteiktu laika intervālu. Šāda kontracepcijas metode ir ērta sievietēm, kuras regulāri aizmirst, piemēram, katru dienu iedzert pretapaugļošanās tableti.

Kombinētā injicējamā kontracepcija (KIK) (estrogēns + progestīns): medroxyprogesterone acetate (MPA) + estradiol cypionate, norethisterone enanthate (NET-EN) + estradiol valerate. Darbības mehānisms un efekti līdzīgi KOK kontracepcijai.

**Lietošana:**

- injekciju veic i/m ik 4 nedēļas,
- auglība atgriežas vidēji 5 mēnešu laikā pēc šīs kontracepcijas metodes pārtraukšanas,

**Efektivitāte:** ja to lieto pareizi, regulāri veicot injekcijas, tad pirmā gada laikā pastāv neliela varbūtība, ka sieviete paliks stāvoklī – iestājas mazāk nekā 1 grūtniecība uz 100 sievietēm (jeb 1 grūtniecība uz 2000 sievietēm).

**KIK drīkst nozīmēt** ginekologs un ģimenes ārsts:

- neveicot mazā iegurņa izmeklēšanu,
- jāizmēra asinsspiediens un jānoskaidro, vai sievietes anamnēzē nav veselības problēmas, kuru gadījumā nerekomendē KIK lietošanu, kā arī, vai pirmās pakāpes ģimenes locekļiem nav bijušas trombozes līdz 50 gadu vecumam,
- neveicot papildu asins analīzes,
- bez dzemdes kakla citoloģiskās uztriepes,
- neveicot krūšu papildu izmeklēšanu,
- neveicot grūtniecības testu, ja ir pārlicība, ka paciente nav stāvoklī.

Pirms nozīmēt KIK kontracepcijas metodi, svarīgi ir noskaidrot, vai pacientei nav kontrindikāciju saistībā ar šo pretapaugļošanās metodi.

### **1.5. Progesterona injicējama kontracepcija (PIK)**

Šī kontracepcija satur progesteronu (medroksiproģesterona acetāts) un tās darbības mehānismu nosaka progesteronu efekti (skat. iepriekš).

**Lietošana:** injekcijas veic i/m ik 3 mēnešus, pārtraucot kontracepcijas lietošanu, amenoreja un neauglība saglabājas aptuveni vidēji 6 līdz 8 mēnešus.

**Efektivitāte:** ja kontracepcijas metodi pielieto pareizi, regulāri veicot injekcijas, tad pastāv neliela iespējamība, ka sieviete paliks stāvoklī – pirmā gada laikā iestājas mazāk nekā 1 grūtniecība uz 100 sievietēm (jeb 2 grūtniecības uz 1000 sievietēm).

Speciālās indikācijas:

- ja pacientei ir nepieciešama endometriozes simptomu mazināšana, un viņa neplāno grūtniecību.

**Blakusefekti:**

- pirmos 3 mēnešus neregulāra, prolongēta asiņošana,
- kontracepciju lietojot gadu, 25 līdz 50% gadījumu attīstās amenoreja, neregulāra asiņošana,
- svara pieaugums par 1 līdz 2 kg,
- galvassāpes,
- slikta dūša,
- garastāvokļa izmaiņas,
- samazināts libido,
- iespējama kaulu blīvuma samazināšanās.

**PIK drīkst nozīmēt** ginekologs un ģimenes ārsts:

- pirms tam jāizmēra pacientes asinsspiediens un jānoskaidro, vai sievietes anamnēzē nav veselības problēmas, kuru gadījumā nerekomendē PIK kontracepciju,
- neveicot mazā iegurņa izmeklēšanu,
- neveicot papildu asins analīzes,
- bez dzemdes kakla citoloģiskās uztriepes,
- neveicot krūšu papildu izmeklēšanu,
- neveicot grūtniecības testu, ja ir pārlicība, ka paciente nav stāvoklī.

Pirms nozīmēt PIK kontracepciju, svarīgi ir noskaidrot, vai pacientei nav kontrindikāciju šīs pretapaugļošanās metodes lietošanai.

### **1.6. Progesterona perorālā kontracepcija (POK)**

POK satur zemu progesterona devu, kas nosaka kontracepcijas metodes darbības mehānismu.

**Efektivitāte:** metode ir ļoti efektīva, ja precīzi ievēro tās lietošanas instrukciju (neizlaiž tablešu lietošanas reizes). Tādā gadījumā pastāv neliela iespēja, ka sieviete paliks stāvoklī – iestājas mazāk nekā 1 grūtniecība uz 100 sievietēm (jeb 3 grūtniecības uz 1000 sievietēm).

**Blakusefekti:**

- sievietēm, kas zīda bērnu, pēc POK kontracepcijas lietošanas vēlāk atjaunojas menstruālā asiņošana,
- neregulāra asiņošana,
- anovulatora amenoreja,
- prolongēta asiņošana,
- galvassāpes, slikta dūša,



- garastāvokļa izmaiņas,
- krūtīs paaugstināts jutīgums, sāpīgums.

#### **Lietošana:**

- kontracepciju rekomendē uzsākt pirmajās 5 menstruālā cikla dienās,
- POK jālieto bez pārtraukumiem, katru dienu, vienā laikā (< 3 h atšķirība),
- POK jālieto precīzi, jo kontrceptīvais efekts dzemdes kakla gļotu slānī ātri izzūd:
  - ja sieviete ir aizmirsusi iedzert tableti ilgāk par 3 stundām, tas jāizdara, tiklīdz par to atceras, un jāturpina kontracepcijas lietošana kā ierasts. Taču nākamās 48 stundas ir jālieto papildu kontracepcijas metodes vai jāatturas no dzimumattiecībām pavisam,
  - ja šo 48 stundu laikā ir bijušas dzimumattiecības bez izsargāšanās, jāapsver avārijas kontracepcijas lietošana,
  - ja 2 stundu laikā pēc tabletes iedzeršanas ir bijusi vemšanas epizode vai caureja, jāiedzer nākamā tablete un jāturpina kontracepciju lietot kā ierasts. Ja vemšana un caureja turpinās ilgāk par 24 stundām, jāturpina lietot kontracepciju, bet piesardzības nolūkos jāatturas no dzimumattiecībām vai jāizmanto papildu izsargāšanās metodes.

#### **POK kontracepciju drīkst nozīmēt ginekologs un ģimenes ārsts:**

- jāizmēra asinsspiediens un jānoskaidro, vai sievietes anamnēzē nav veselības problēmu, kuru gadījumā nerekomendē pielietot POK izsargāšanās metodi (skat. *1. pielikums*),
- neveicot mazā iegurņa izmeklēšanu,
- neveicot papildu asins analīzes,
- bez dzemdes kakla citoloģiskās uztriepes,
- neveicot krūšu papildu izmeklēšanu,
- neveicot grūtniecības testu, ja ir pārlicība, ka paciente nav stāvoklī.

Pirms nozīmēt POK kontracepciju, svarīgi noskaidrot, vai pacientei nav nekādu kontraindikāciju.

#### **1.7. Subdermāla implanta kontracepcija (I)**

Implants ir neliels plastikāta stienītis, kurš lēni izdala progesteronu. Šis hormons nosaka kontracepcijas darbības mehānismu.

#### **Lietošana:**

- implanta ievietošanai veic mazinvažīvu procedūru, ar speciālu ierīci to ievadot zemādā – augšdelma iekšējā virsmā. Implantā esošais progestīns lēni nonāk sievietes asinsritē un nodrošina kontrceptīvo efektu,
- implants darbojas 3 vai 5 gadus atkarībā no ražotāja, pēc darbības beigām tas ir jāizņem. To dara, veicot nelielu iegriezumu ādā.

**Efektivitāte:** pirmā gada laikā grūtniecības iestāšanās risks ir neliels – mazāk nekā 1 grūtniecība uz 100 sievietēm (jeb 1 grūtniecība uz 1000 sievietēm).

**Blakusefekti:** līdzīgi citu progesteronu saturošu kontracepcijas līdzekļu (POK un PIK) blaknēm.

#### **1.8. Avārijas kontracepcija (AK)**

Avārijas kontracepcija (AK) parasti satur progestīnu – *Levonorgestrelum*, taču ir pieejama arī AK ar *Ulipristal acetat* vai kombinētā orālā AK. (4; 6) AK nav paredzēta regulārai lietošanai. To ir iespējams iegādāties aptiekā bez receptes un tā jālieto pēc neaizsargāta dzimumakta, ja pastāv risks par nevēlamas grūtniecības iestāšanos. Jo ātrāk tablete tiks iedzerta, jo augstāka būs tās efektivitāte. Rekomendē lietošanu 5 dienu laikā pēc neaizsargātā dzimumakta.

#### **Efektivitāte:**

- ja 100 sievietes 1 reizi būs stājušās dzimumattiecībās, neizmantojot kontracepciju 2. vai 3. menstruālā cikla nedēļā, tad apmēram 8 no šīm sievietēm iestāsies grūtniecība,
- ja visas 100 sievietes lieto *Ulipristal acetat* (< 5 d.), tad < 1 sievietei iestāsies grūtniecība,
- ja visas 100 sievietes lieto tikai progestīnu saturošu AK (< 5 d.), tad 1 sievietei iestāsies grūtniecība,
- AK nebūs efektīva gadījumā, ja implantācija jau ir notikusi.

#### **Blakusefekti:**

- 1 līdz 2 dienām pēc AK lietošanas var sākties neregulāra asiņošana,
- nākamās menstruācijas var sākties ātrāk vai vēlāk,
- slikta dūša, vemšana.

Ja sieviete bērnu baro ar krūti, tad 1 nedēļu pēc AK lietošanas nerekomendē zīdīšanu, jo medikaments nonāk arī

mātes pienā. Tāpat šajā 7 dienu periodā netiek rekomendēta piena atslaukšanu ar sūkni. AK var būt mazāk efektīva sievietēm ar paaugstinātu ķermeņa masas indeksu (KMI) – KMI > 30 kg/m<sup>2</sup>.

AK drīkst lietot pacientes, kurām anamnēzē ir kardiovaskulāras saslimšanas, migrēna, aknu slimības.

## 2. INTRAUTERĪNĀ KONTRACEPCIJA

### 2.1. Dzemdes spirāle jeb intrauterīnā ierīce (IUI)

Biežāk izmanto IUI ar vara spirāli (Cu-IUI) – tas ir plastikāta kontraceptīvs, kas apvīts ar vara stieplīti.

- padara spermatozoīdus nekustīgus un apgrūtina olšūnas virzīšanos uz dzemdi. Ja olšūna ir apaugļota, spirāle neļauj embrijam nostiprināties dzemdē,
- spirāļu darbības mehānisms pilnībā nav izprasts.

**Efektivitāte:** pirmā gada laikā grūtniecības iestāšanās risks ir minimāls – iestājas mazāk nekā 1 grūtniecība uz 100 sievietēm (jeb 6 grūtniecības uz 1000 sievietēm).

#### **Blakusefekti:**

- izmaiņas menstruālās asiņošanas veidā, īpaši pirmā 3 līdz 6 mēnešu laikā,
- prolongēta, spēcīga asiņošana,
- īslaicīga asiņošana vai smērēšanās menstruālā cikla vidū,
- mēnešreižu laikā ir izteiktākas sāpes.

**Kontrindikācijas:** alerģija uz varu, plastikātu.

#### **Lietošana:**

- var ievadīt jebkurā menstruālā cikla dienā, tomēr vispiemērotākās ir menstruāciju pēdējās dienas,
- IUI drīkst ievadīt 4 nedēļas vai < 48 stundu laikā pēc dzemdībām,
- IUI var lietot kā avārijas kontracepciju,
- lietošanas ilgums 5 līdz 7 gadi.

**Ginekologs drīkst nozīmēt** un ievadīt dzemdes dobumā IUI:

- pirms tam ir nepieciešama ginekoloģiskā apskate un jānoskaidro, vai sievietes anamnēzē nav veselības problēmas, kuru gadījumā nerekomendē IUI kontracepcijas metodi (skat. 1. pielikumu),
- sievietēm, kuras atrodas STI riska grupā (sievietes, kuras ir jaunākas par 25 gadiem; tām, kurām dzīves laikā ir bijuši vairāk nekā 6 dzimumpartneri; pašreiz vienlaicīgi ir vairāki partneri; anamnēzē diagnosticēti STI; nestabilas partnerattiecības) vēlams veikt STI izmeklējumus, ieskaitot HIV,
- neveicot papildu asins analīzes,
- bez dzemdes kakla citoloģiskās uztriepes,
- neveicot krūšu papildu izmeklēšanu,
- neveicot grūtniecības testu, ja ir pārlicība, ka paciente nav stāvoklī.

### 2.2. Intrauterīnā hormonālā spirāle jeb sistēma (HIUS)

Intrauterīnā hormonālā spirāle (HIUS) ir spirāle, kas nepārtraukti izdala nelielu levonorgestrela devu. Tas sabiezina dzemdes kakla gļotas un neļauj spermatozoīdiem nokļūt dzemdē.

**Efektivitāte:** pirmā gada laikā grūtniecības iestāšanās risks ir neliels – mazāk nekā 1 grūtniecība uz 100 sievietēm (jeb 2 grūtniecības uz 1000 sievietēm).

#### **Blakusefekti:**

- menstruāciju neregularitāte, to apjoma samazināšanās, traipīšanās, amenoreja,
- akne,
- galvassāpes,
- svara pieaugums.

Lietošanas ilgums 3 līdz 5 gadi, var ievadīt jebkurā menstruālā cikla dienā, tomēr vispiemērotākās ir menstruāciju pēdējās dienas, drīkst ievadīt 4 nedēļas pēc dzemdībām.

HIUS kontracepcijas metodi **drīkst nozīmēt ginekologs:**

- pirms tam ir nepieciešama ginekoloģiskā apskate un jānoskaidro, vai sievietes anamnēzē nav veselības problēmas, kuru gadījumā nerekomendē HIUS lietošanu (skat. 5. pielikumu),
- sievietēm, kas atrodas STI riska grupā (sievietes, kuras ir jaunākas par 25 gadiem; tām, kurām dzīves laikā ir bijuši vairāk nekā 6 dzimumpartneri; pašreiz vienlaicīgi ir vairāki partneri; anamnēzē diagnosticēti STI; nestabilas partnerattiecības) vēlams veikt STI izmeklējumus, ieskaitot HIV,
- neveicot papildu asins analīzes,

- bez dzemdes kakla citoloģiskās uztriepes,
- neveicot krūšu papildu izmeklēšanu,
- neveicot grūtniecības testu, ja ir pārlicība, ka paciente nav stāvoklī.

### 3. BARJERMETODES

Barjermetodēm praktiski nav kontrindikāciju. Tās ir vienīgās kontracepcijas metodes, kas samazina STI transmisijas risku. Turklāt tās ir piemērojamas cilvēkiem ar nepastāvīgiem vai vienlaicīgi vairākiem dzimumpartneriem. Lai paaugstinātu efektivitāti un pasargātu no STI riska, var lietot kombinācijā ar citām, iepriekš minētajām, kontracepcijas metodēm.

#### 3.1. Vīriešu prezervatīvs

Prezervatīvs palīdz aizsargāties gan no seksuāli transmisīvām infekcijām, gan no grūtniecības. Pareizi lietojot prezervatīvu, HIV transmisijas iespēja samazinās par 80 līdz 95%.

**Efektivitāte** ir atkarīga no kvalitātes un pareizas lietošanas. Lietojot šo kontracepciju atbilstoši instrukcijām, pirmā gada laikā pastāv risks, ka iestāsies 2 grūtniecības uz 100 sievietēm. Taču reāli pirmā gada laikā iestājas 13 grūtniecības uz 100 sievietēm.

**Kontrindikācijas:** kontrindicēti pacientiem ar smagu lateksa alerģiju. Šādos gadījumos var iegādāties speciālus prezervatīvus, kas paredzēti šādiem pacientiem.

#### 3.2. Sieviešu prezervatīvs

Sieviešu prezervatīvs ir maksts aizsargs, ko pirms dzimumakta ievieto makstī. Sieviešu prezervatīvam ir 2 elastīgi riņķi: viens prezervatīva beigu daļā, kas palīdz to ievietot makstī, otrs – sākuma daļā, atrodas ārpus maksts un palīdz prezervatīva proksimālo daļu noturēt ārpusē. Sieviešu prezervatīvs samazina risku inficēties gan ar STI, gan pasargā no grūtniecības iestāšanās.

**Efektivitāte:** lietojot kontracepcijas metodi atbilstoši instrukcijām, pastāv risks, ka pirmā gada laikā iestāsies 5 grūtniecības uz 100 sievietēm. Taču reāli pirmā gada laikā iestājas 21 grūtniecība uz 100 sievietēm.

#### 3.3. Maksts diafragma

Maksts diafragma ir sekla kupolveida gumijas uzmava ar elastīgu apmali, kurā parasti iepilda spermicīdu un pirms dzimumakta to ievada makstī. Šīs kontracepcijas lietošana var samazināt risku inficēties ar hlamīdijām, gonoreju, trihomonām. Katrai pacientei pirms metodes uzsākšanas tiek rekomendēta speciālista konsultācija, kā arī jāveic mazā iegurņa izmeklēšana, tādējādi nosakot atbilstošu diafragmas izmēru.

**Efektivitāte:** lietojot kontracepciju atbilstoši instrukcijām, grūtniecības iestāšanās risks pirmā gada laikā – 16 grūtniecības uz 100 sievietēm.

**Blakusefekti:** diafragma var izraisīt kairinājuma sajūtu makstī vai dzimumloceklim. N.B.! Šo kontracepciju nedrīkst lietot pirmās 6 nedēļas pēc dzemdībām.

#### 3.4. Dzemdes kakla uzmava

Dzemdes kakla uzmava ir gumijas uzpirksteņveida ierīce, ko parasti lieto kopā ar spermicīdu. To pirms dzimumakta novieto uz dzemdes kakla.

**Efektivitāte:** lietojot kontracepciju atbilstoši instrukcijām, pirmā gada laikā grūtniecības iestāšanās risks – 26 grūtniecības uz 100 sievietēm. Lielāku efektivitāti iespējams iegūt nedzemdējušām sievietēm (16 grūtniecības uz 100 sievietēm).

Šo kontracepcijas metodi nerekomendē izmantot sievietēm, kurām ir ārstēta cervikāla intraepiteliāla neoplāzija vai dzemdes kakla vēzis.

### 4. ĶIRURĢISKĀS METODES

Ķirurģiskās kontracepcijas lietošanu nosaka likumdošana, un to drīkst pielietot:

- pacientam, kas ir vecāks par 25 gadiem, – ar viņa paša rakstveida piekrišanu,
- medicīnisku indikāciju dēļ pacientam (arī jaunākam par 25 gadiem) ar ārstu konsilija apstiprinājumu (konsilija sastāvā ir ginekologs (dzemdību speciālists) vai urologs – atkarībā no pacienta dzimuma, kā arī vēl 2 citi ārsti – attiecīgās medicīnas nozares speciālisti) un pacienta rakstveida piekrišanu, bet, ja cilvēka rīcības spēja ir ierobežota, ar tiesas lēmumu – ar pacienta aizgādņa un viņa paša kopīgu rakstveida piekrišanu (ja saskaņā ar tiesas lēmumu aizgādnis ar aizgādņībā esošo rīkojas kopīgi) vai ar aizgādņa rakstveida piekrišanu (ja saskaņā ar tiesas lēmumu aizgādnis attiecīgajā jomā rīkojas patstāvīgi).

#### 4.1. Olvadu nosiešana vai pārdalīšana

Olvadu nosiešana vai pārdalīšana ir neatgriezeniska kontracepcijas metode, kas neietekmē sievietes veselību, seksualitāti un menstruālo ciklu.

Parasti izmanto kādu no ķirurģiskajām pieejām:

- mini-laparotomiju – veic nelielus iegriezumus vēdera priekšējā sienā, caur kuriem tiek izcelti olvadi. Pēc tam

iespējams veikt katra olvada neliela apgabala ekscīziju vai olvadu bloķēšanu ar klipšiem. Pēc procedūras olvadus ievieto atpakaļ vēdera dobumā,

- laparoskopijas laikā bloķē vai veic olvadu fragmenta ekscīziju.

**Efektivitāte:** grūtniecības iestāšanās risks ir minimāls – mazāk nekā 1 grūtniecība uz 100 sievietēm pēc pirmā pēcooperācijas gada (jeb 5 grūtniecības uz 1000 sievietēm).

#### 4.2. Sēklas vadu pārdalīšana jeb vazektomija

Caur nelielu iegriezumu sēklinieka maisiņā tiek lokalizēti sēklas vadi un tos nosien, pārgriež vai klipē, tādējāi nepieļaujot spermas atbrīvošanu un izvadīšanu. Efekts iestājas 3 mēnešu laikā pēc procedūras veikšanas, tāpēc šajā laikā posmā ir jāizmanto citas kontracepcijas metodes. Tiek rekomendēts pēc 3 mēnešiem veikt pārbaudi, lai pārliecinātos, ka spermas sekretā nav spermatozoīdu.

**Efektivitāte:** pirmā pēcooperācijas gada laikā grūtniecības iestāšanās risks sievietei ir minimāls – mazāk nekā 1 grūtniecība uz 100 sievietēm (jeb mazāk nekā 2 grūtniecības uz 1000 sievietēm), kuru partnerim ir veikta vazektomija.

## 5. CITAS KONTRACEPCIJAS METODES

### 5.1. Spermicīdi

Spermicīdi ir ķīmiskas vielas, kurus ievada distāli makstī tuvu dzemdes kaklam. Spermicīdi bojā spermatozoīdu šūnu membrānu un inhibē spermatozoīda fermentus. Visplašāk tiek izmantots nonoksinols-9. Spermicīdi pieejami dažādos veidos – kā krēmi, geli, svecītes, putujošas tabletes, sūklīši.

**Efektivitāte:** lietojot šo kontracepcijas metodi atbilstoši instrukcijām, pirmā gada laikā iestājas pastāv risks, ka iestāsies 16 grūtniecības uz 100 sievietēm. Realitātē pirmā gada laikā iestājas 21 grūtniecība uz 100 sievietēm.

**Blakusefekti:**

- kairinājuma sajūta makstī vai dzimumloceklim,
  - bieži lietojot, nonoksinols-9, palielinās HIV transmisijas risks,
- Var uzsākt lietošanu, nevērsoties pie veselības aprūpes speciālista.

### 5.2. Dabiskā ģimenes plānošana

Dabiskā ģimenes plānošana nozīmē, ka sieviete, sekojot savam menstruālajam ciklam un fizioloģiskajām pārmaiņām cikla laikā, nosaka savu ovulācijas laiku un auglīgās dienas.

Sievietes var izmantot 1 vai vairākas metodes, lai noteiktu laiku, kurā izvairās no neaizsargātām dzimumattiecībām. To var izdarīt, kalkūlējot ovulācijas periodu, balstoties uz menstruālā cikla garumu (parasti no 8. līdz 19. menstruālā cikla dienai) vai sekojot fizioloģiskām pārmaiņām (dzemdes kakla un maksts sekreta pārmaiņām, bazālās temperatūras izmaiņām – notiek temperatūras paaugstināšanās).

**Efektivitāte:** Pirmā gada laikā, pielietojot šo metodi, iestājas 15 grūtniecības uz 100 sievietēm.

### 5.3. Laktācijas amenoreja

Laktācijas amenoreja var būt efektīva līdz 6 mēnešiem pēc bērna piedzimšanas, ja sieviete pilnā apjomā zīda bērnu un ikmēneša asiņošana nav atsākusies.

**Efektivitāte,** ievērojot visus nosacījumus: iestājas mazāk par 1 grūtniecību uz 100 sievietēm.

### 5.4. Pārtrauktais dzimumakts

Dzimumakts tiek pārtraukts pirms spermas ejakulācijas makstī.

**Efektivitāte:** Viena gada laikā iestājas 4 grūtniecības uz 100 sievietēm. Reāli praksē viena gada laikā iestājas 20 grūtniecības uz 100 sievietēm.

Izvēloties šo metodi, vīrietim pirms dzimumakta rekomendē veikt urinēšanu, kā arī noslaucīt dzimumlocekļa galviņu, tādā veidā atbrīvojoties no sēklas paliekām. Ja vīrietis nav savlaicīgi pārtraucis dzimumaktu un ejakulācija notikusi makstī, rekomendē apsvērt avārijas kontracepcijas izmantošanu gadījumā, kad grūtniecības iestāšanās nav vēlama.

Kontracepcijas rīks<sup>121</sup>

Pacientes raksturojums, blakus saslimšanas un reproduktīvā anamnēze	KOK	HKP	HKR	IK	POK	IK	Imp.	IUI	HIUS
				KIK		PIK			
Grūtniecība	-	-	-	-	-	-	-	4	4
Nesmēķē									
No menarhe līdz 18 gadiem	1	1	1	1	1	2	1	2	2
No 18 līdz 40 gadiem					1	1	1	1	1
Virs 40 gadiem	2	2	2	2	1	2	1	1	1
Smēķēšana									
Līdz 35 gadu vecumam	2	2	2	2	1	1	1	1	1
Virs 35 gadu vecuma	3/4	3/4	3/4	3/4	1	1	1	1	1
Aptaukošanās (KMI >30kg/m <sup>2</sup> ) * Zem 18 gadiem - "1"	2	2	2	2	1	2*	1	1	1
Nedzemdējusi	1	1	1	1	1	1	1	2	2
Dzemdējusi	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Krūts barošana:									
līdz 6 nedēļām kopš dzemdībām * līdz 48 stundām	4	4	4	4	2	3	2	1	2*
6 nedēļas līdz 6 mēneši kopš dzemdībām	3	3	3	3	1	1	1	1	1
virs 6 mēnešiem kopš dzemdībām	2	2	2	2	1	1	1	1	1
Pēc dzemdībām, nebaro ar krūti:									
līdz 21 dienai * līdz 48 stundām	3/4	3/4	3/4	3/4	1	1	1	1*	1*
21 līdz 42 dienām									
nav citu riska faktoru trombozēm * 48 stundas līdz 4 nedēļām	2	2	2	2	1	1	1	*	3*
ir citi riska faktori trombozēm * 48 stundas līdz 4 nedēļām	3	3	3	3	1	1	1	*	3*
virs 42 dienām * pēc 4 nedēļām	1	1	1	1	1	1	1	1*	1*
Pašreiz pēcdzemdību sepse/ uzreiz pēc septiska ab	1	1	1	1	1	1	1	4	4
Pēc aborta vai ektopiskās grūtniecības	1	1	1	1	1/2	1	1	1	1
Vairāki kardiovaskulāro slimību riska faktori	3/4	3/4	3/4	3/4	2	3	2	1	2
Hipertenzija	3/4	3/4	3/4	3/4	1/2	2/3	1/2	1	2
Dislipidēmija	2	2	2	2	2	2	2	1	2
Koronārā sirds slimība	4	4	4	4	2/3	3	2/3	1	2/3
Insults	4	4	4	4	2/3	3	2/3	1	2
Trombofilija (pārmantotā vai iegūtā)	4	4	4	4	2	2	2	1	2
Dziļo vēnu tromboze / trombozija anamnēzē	4	4	4	4	2	2	2	1	2
Varikozās vēnas	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Virspusējo vēnu tromboze	2	2	2	2	1	1	1	1	1
Komplicēta sirds vārstuļu slimība	4	4	4	4	1	1	1	2	2
Migrēna bez auras									
līdz 35 gadu vecumam - uzsākt lietošanu	2	2	2	2	1	2	2	1	2
līdz 35 gadu vecumam - turpināt lietot	3	3	3	3	2	2	2	1	2
līdz 35 gadu vecumam - uzsākt lietošanu	3	3	3	3	1	2	2	1	2
35 gadi un vecāka - turpināt lietot	4	4	4	4	2	2	2	1	2

<sup>121</sup> WHO (2018). *Family planning: A global handbook for providers, 3rd edition*. Pieejams šeit: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fp-global-handbook/en>

Pacientes raksturojums, blakus saslimšanas un reproduktīvā anamnēze	KOK	HKP	HKR	IK	POK	IK	Imp.	IUI	HIUS
				KIK		PIK			
Migrēna ar auru									
uzsākt lietošanu									
turpināt lietošanu	4	4		4	3	3	3	1	3
Ar migrēnu nesaistītas galvassāpes									
uzsākt lietošanu	1	1	1	1	1	1	1	1	1
turpināt lietot	2	2	2	2	1	1	1	1	1
Epilepsija	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Depresija	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Endometrioze	1	1	1	1	1	1	1	2	1
Smaga dismenoreja	1	1	1	1	1	1	1	2	1
Krūts vēzis	4	4	4	4	4	4	4	1	4
Endometrija vēzis	1	1	1	1	1	1	1	4	4
Dzemdnes kakla vēzis	2	2	2	2	1	2	2	4	4
Olnīcu vēzis	1	1	1	1	1	1	1	3	3
Iegurņa iekaisuma slimība anamnēzē									
ar sekojošo grūtniecību	1	1	1	1	1	1	1	1	1
bez sekojošas grūtniecības	1	1	1	1	1	1	1	2	2
Šobrīd esošā iegurņa iekaisuma slimība									
Uzsākt lietošanu	1	1	1	1	1	1	1	4	4
Turpināt lietošanu	1	1	1	1	1	1	1	2	2
STI									
Šobrīd esošs purulentais cervicīts, gonoreja vai hlamīdijas									
Uzsākt lietošanu	1	1	1	1	1	1	1	4	4
Turpināt lietošanu	1	1	1	1	1	1	1	2	2
Citas STI vai vaginīts	1	1	1	1	1	1	1	2	2
Paaugstināts risks STI									
Uzsākt lietošanu	1	1	1	1	1	1	1	2/3	2/3
Turpināt lietošanu	1	1	1	1	1	1	1	2	2
HIV infekcija, 3. un 4. stadija	1	1	1	1	1	1	1	S3/T2	S3/T2
Vairogdziedzera slimības	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Diabēts									
Bez komplikācijām	2	2	2	2	2	2	2	1	2
Neiropātija/ retinopātija/ nefropātija	3/4	3/4	3/4	3/4	2	3	2	1	2
Citas vaskulārās slimības vai diabēta stāžs virs 20 gadiem	3/4	3/4	3/4	3/4	2	3	2	1	2
Dzelzs deficīta anēmija	1	1	1	1	1	1	1	2	1
Simptomātiska žultsakmeņu slimība	2/3	2/3	2/3	2	2	2	2	1	2
Ciroze	4	4	4	3	3	3	3	1	3
Aknu audzēji									
Labdabīgi									
Fokālā nodulārā hiperplāzija	2	2	2	2	2	2	2	1	2
Hepatoceļulārā adenoma	4	4	4	3	3	3	3	1	3
Ļaundabīgi	4	4	4	4	3	3	3	1	3
Lieto antiretrovirālu terapiju**									
Uzsāk lietot								2/3	2/3
Turpina lietot	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	2	2
Lieto antikonvulsantu terapiju**									
Noteiktais antikonvulsants (fenitoīns, karbamazepīns, barbiturāti, primidoms, topiramāts, okskarbazepīns)	3	3	3	2	3	1	2	1	1
Lamotrigīns	3	3	3	3	1	1	1	1	1
Lieto antimikrobiālu terapiju**									

Pacientes raksturojums, blakus saslimšanas un reproduktīvā anamnēze	KOK	HKP	HKR	IK	POK	IK	Imp.	IUI	HIUS
				KIK		PIK			
Plaša spektra antibiotikas	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Antifungāli	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Antiparazītiskie	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Rifampicīns	3	3	3	2	3	1	2	1	1

\*\*Sīkāku informāciju par konkrētu medikamentu skat. Zāļu aprakstos.

### Kontracepcijas rīka ieteikumu skaidrojums

Kategorija	Pilnīgs klīniskais novērtējums	
	ir iespējams	ir ierobežots
1	Lieto jebkuros apstākļos	Lieto
2	Parasti lieto	Lieto
3	Parasti neiesaka lietot (izņemot gadījumus, kad nav pieejama vai nav pieņemama piemērotāka metode)	Nelieto
4	Noteikti nelieto	Nelieto