رعاية الإجهاض الآمن أثناء فاشيات الأمراض المعدية: إرشادات تكميلية للأوضاع الإنسانية والهشة

INTERNATIONAL RESCUE COMMITTEE

IAWG Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises

مقدمة

الغرض:

الغرض من هذا الدليل تقديم المشورة العملية للكوادر الصحية الذين يؤدون أنشطة التأهب للأمراض المعدية والاستجابة لها لضمان المحافظة على إمكانية الوصول إلى رعاية الإجهاض الآمن عند تفشي أحد الأمراض المعدية. وهو دليل تشغيلي يمكنه دعم الأطراف الفاعلة في مجال الرعاية الصحية للمحافظة على خدمات رعاية الإجهاض الآمن أثناء الفاشيات وضمان دمج اعتبارات رعاية الإجهاض الآمن الضرورية في الاستجابات للفاشيات، بمعنى أنه ليس دليلاً سريريًّا. وينصبّ التركيز الموضعي لهذه الوثيقة على السياقات الإنسانية والهشة، لكن التوصيات قد تنطبق على فاشيات الأمراض المعدية بين جميع الفئات السكانية منخفضة الموارد. **يهدف هذا الدليل إلى تكميل دليل *الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية أثناء تفشي الأمراض المعدية: إرشادات تشغيلية للأوضاع الإنسانية والهشة*.**

الجماهير المستهدفة لهذا الدليل هم مديرو البرامج ومقدمو الرعاية الصحية من الحكومات والهيئات الشريكة المسؤولة عن إدارة التنفيذ الموجودة في أوضاع إنسانية وهشة معرضة لمخاطر تفشي الأمراض المعدية أو تعاني منها فعلاً. وقد يكون هذا الدليل مفيدًا أيضًا للكوادر الأخرى، كالأخصائيين الاجتماعيين والقائمين على إدارة حالات العنف القائم على الجندر، الذين يخدمون غالبًا عملاء يعانون من الحمل غير المقصود.

أهم المصطلحات:

- **رعاية الإجهاض الآمن:** عمليات إجهاض يتم إجراؤها باستخدام إحدى الطرق الموصى بها من منظمة الصحة العالمية، على نحو يتناسب مع عمر الحمل، وعلى يد شخص يملك المهارات اللازمة، حسب الاقتضاء.
- **الرعاية اللاحقة للإجهاض:** سلسلة من التدخلات الطبية وذات الصلة المصممة للتدبير العلاجي لمضاعفات الإجهاض العفوي والمستحث، الآمن وغير الآمن على حد سواء، وتلبية احتياجات الرعاية الصحية المتعلقة بالمرأة.
- **الرعاية الشاملة في مجال الإجهاض:** توفير المعلومات والتدبير العلاجي للإجهاض فيما يخص رعاية الإجهاض الآمن والرعاية اللاحقة للإجهاض، بالإضافة إلى استشارات منع الحمل والإحالة للحصول على خدمات إضافية حسب الحاجة.
- **الإجهاض غير الآمن:** إجهاض يتم إجراؤه على يد شخص يفتقر إلى المهارات اللازمة أو في بيئة لا تتوافق مع الحد الأدنى من المعايير الطبية، أو كليهما

آثار فاشيات الأمراض المعدية على رعاية الإجهاض

فاشيات الأمراض المعدية هي حالات طوارئ صحة عامة تتطلب استجابة حادة، لا سيما في الأوضاع الإنسانية التي تكون النظم الصحية فيها مجهدة بالفعل. مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى للصحة الجنسية والإنجابية في حالات الطوارئ هي الحد الأدنى لمعايير توفير خدمات الصحة الجنسية والإنجابية أثناء فاشيات الأمراض المعدية، كما هو الحال في أي استجابة طارئة، وتشتمل مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى على رعاية الإجهاض الآمن كأولوية إضافية.

وتشير التقديرات إلى أن الإجهاض غير الآمن مسؤول عن 8-13% من وفيات الأمهات في جميع أنحاء العالم. وعلى الرغم من ضعف توثيق عبء الإجهاض غير الآمن في الأوضاع الإنسانية، إلا أن الخلل العام في النظام الصحي - إلى جانب ازدياد معدل حدوث العنف القائم على الجندر - الذي يحدث أثناء الأزمات يشير إلى أن عبء الإجهاض غير الآمن في الأوضاع الإنسانية يساوي في ارتفاعه على الأرجح أو يفوق ما هو عليه في الأوضاع المستقرة. والواقع أن التقييم العالمي لسنة 2012-2013 الذي أجراه الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في حالات الأزمات وجد أن رعاية الإجهاض الآمن لم تكن متاحة تمامًا في الأوضاع الإنسانية التي تم تقييمها، ووجد التقييم أيضًا غيابًا تامًّا لأي طلبات لتمويل رعاية الإجهاض الآمن في إطار النداءات الإنسانية.[i] وقد شهدنا بعض الإجراءات مؤخرًا، حيث يتم توفير رعاية الإجهاض الآمن كجزء من الاستجابة لحالات الطوارئ في بنغلاديش وكولومبيا وأوروبا الشرقية، وكذلك مع تضمين رعاية الإجهاض الآمن في الفصل "مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى للصحة الجنسية والإنجابية في حالات الطوارئ" من الدليل الميداني المشترك بين الوكالات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية في الأزمات. ومع ذلك فإن رعاية الإجهاض الآمن غالبًا ما تكون غير متوفرة في الأوضاع الإنسانية على الرغم من الحاجة الماسة.

فالإجهاد الذي تتسبب فيه الفاشيات للنظم الصحية يؤدي إلى انخفاض إمكانية الوصول إلى الخدمات من قبيل وسائل منع الحمل والرعاية السريرية للأشخاص الناجين من الاعتداء الجنسي وقد يزيد معدل حدوث العنف القائم على الجندر.[ii] علاوة على ذلك، تصبح مضاعفات الحمل وفقدان الحمل والقرارات المتعلقة بالاحتفاظ بالحمل حتى نهايته أكثر تعقيدًا أثناء الفاشيات، حيث يمكن لفيروس زيكا، على سبيل المثال، أن يتسبب عند الإصابة به أثناء الحمل في حدوث تشوهات خلقية خطيرة، كصغر الرأس.[iii] وبالمثل فإن مرض فيروس إيبولا دائمًا ما يؤدي، عند الإصابة به أثناء الحمل، إلى نواتج حمل سلبية، بما في ذلك الإجهاض العفوي أو وفاة الأمهات أو وفيات الولدان.[iv] وتزيد عدوى التهاب الكبد E وحمى لاسا مخاطر وفيات الحوامل وأجنتهن، كما أن الجفاف الناجم عن الكوليرا يمكنه زيادة مخاطر وفاة الجنين.[v،vi،vii] وعلى الرغم من أن نواتج الأمهات والولدان تكون أقل حدة مع كوفيد-19 مقارنة بفيروس زيكا ومرض فيروس إيبولا، فإن الإصابة بكوفيد-19 أثناء الحمل يمكنها زيادة مخاطر حدوث بعض مضاعفات الحمل، كالولادة المبكرة والإملاص، وأدى ارتفاع عدد الحوامل المصابات بكوفيد-19 إلى ازدياد معدلات المراضة والوفيات مقارنة بالعوامل الممرضة الأخرى الأقل شيوعًا.[viii] وتمثل هذه المضاعفات المحتملة بالنسبة للحامل والجنين والولدان مزيدًا من التحديات للنظم الصحية التي تقع بالفعل تحت وطأة الإجهاد أثناء فاشيات الأمراض المعدية؛ حيث إنها تتطلب من النظم الصحية التعامل مع زيادة في حالات الإجهاض العفوي و/أو العلاجي المعقدة.

ونظرًا لانخفاض إمكانية الحصول على الخدمات الأساسية وازدياد معدل حدوث العنف القائم على الجندر أثناء فاشيات الأمراض المعدية في الأوضاع الإنسانية، بالإضافة إلى الصلة بين نواتج الحمل السلبية وبعض العوامل الممرضة، فمن الأهمية الحيوية بمكان أن تظل جميع خيارات الحمل، بما في ذلك رعاية الإجهاض الآمن، متاحة ويمكن الحصول عليها أثناء فاشيات الأمراض المعدية. وعلى الرغم من محدودية البيانات حول توفّر رعاية الإجهاض الآمن أثناء فاشيات الأمراض المعدية، تشير البيانات المتاحة إلى أن فاشيات الأمراض المعدية تؤدي إلى تفاقم الشح القائم بالفعل في توفّر رعاية الإجهاض الآمن في الأوضاع الإنسانية. فأثناء تفشي مرض فيروس إيبولا في 2018-2020 في جمهورية الكونغو الديمقراطية، وجدت لجنة الإنقاذ الدولية محدودية بالغة في توفر رعاية الإجهاض الآمن ومستويات عالية من وصمة العار المرتبطة بالإجهاض بين المجيبين.[ix] ووجد تقييم لتأثير كوفيد-19 على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية في ستة بلدان تعاني من أزمات إنسانية انخفاضًا في إمكانية الحصول على وسائل منع الحمل واستخدامها، وزيادة في مخاطر حمل المراهقات، وزيادة في الحاجة إلى رعاية الإجهاض الآمن التي لم تكن ملبّاة إلى حد كبير، لا سيما في جمهورية الكونغو الديمقراطية.[x] ووجدت دراسة أخرى أجرتها مؤسسة آيباس للتنمية في الهند أن القيود على السفر وإعادة تخصيص الموارد لصالح كوفيد-19 في الأشهر الثلاثة الأولى من الجائحة أثّرت سلبًا على إمكانية حصول 1.85 مليون امرأة على الإجهاض.[xi] وبالمثل، وجدت دراسة نماذج محاكاة أجرتها منظمة آيباس في نيجيريا أن عمليات الإغلاق على وجه التحديد كان لها تأثير ضار على إمكانية الحصول على رعاية الإجهاض الآمن.[xii] ووجدت دراسة حول إمكانية الحصول على رعاية الإجهاض أثناء جائحة كوفيد-19 في أوروبا أن المحافظة على إمكانية الحصول على الإجهاض تعتمد على ما إذا كانت النظم الصحية تعطي الأولوية للتكييفات من قبيل التحولات إلى تقديم الخدمات الطبية عن بُعد والإجهاض الدوائي المبكر، مع وجود حواجز إضافية يواجهها الناس داخل البلدان التي لم تحرر سياسات إمكانية الحصول على الإجهاض.[xiii]

وبشكل عام وبصرف النظر عن السياق، فإن إعادة توجيه الموارد نحو الاستجابة للفاشية، جنبًا إلى جنب مع وصمة العار المرتبطة بالإجهاض وسياسات الإجهاض الملتبسة أو التقييدية، تحد من إمكانية الحصول على الإجهاض أثناء فاشيات الأمراض المعدية. ولهذه الأسباب فمن الأهمية الحيوية بمكان أن تقوم الحكومات ومنظمات المجتمع المدني والجهات المانحة بإعطاء الأولوية للتأهب للفاشيات بخدمات الصحة الجنسية والإنجابية وضمان إمكانية الحصول على مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى، بما في ذلك رعاية الإجهاض الآمن، عند تفشي أحد الأمراض المعدية.

الاعتبارات على صعيد السياسات

إرشادات منظمة الصحة العالمية واضحة في *المبدأ التوجيهي بشأن رعاية الإجهاض* الذي نشرته المنظمة مؤخرًا: "تدعيم إمكانية الحصول على الرعاية الشاملة في مجال الإجهاض داخل النظام الصحي أمر أساسي لتحقيق أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة الجيدة والرفاه (الهدف 3) والمساواة بين الجنسين (الهدف 5)".[xiv] علاوة على ذلك، ففي أعقاب جائحة كوفيد-19 وفاشيات الأمراض الأخرى، أدرجت منظمة الصحة العالمية الرعاية الشاملة في مجال الإجهاض كجزء من قائمة الخدمات الأساسية في الإرشادات الحديثة، مثل *المحافظة على الخدمات الصحية الأساسية: إرشادات تشغيلية لسياق كوفيد-19: إرشادات مؤقتة*.[xv]

وبالمثل وكما ذكرنا أعلاه، فإن مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى للصحة الجنسية والإنجابية في حالات الطوارئ (مجموعة موحدة قياسيًّا من الخدمات والأنشطة ذات الأولوية المنقذة للحياة التي تمنع زيادة الإصابة بالأمراض والوفيات والعجز بين الفئات السكانية المتأثرة بالأزمات) تشمل رعاية الإجهاض الآمن كأولوية. وتدمج أحدث نسخة من مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى (نُشرت

في 2018 وتتألف من ستة غايات أساسية) رعاية الإجهاض الآمن ضمن الغاية الثانية، وهي منع ومعالجة عواقب العنف القائم على الجندر. ويعترف إعطاء الأولوية لرعاية الإجهاض الآمن ضمن هذه الغاية بأن النساء والفتيات في الأوضاع الإنسانية قد يكنّ عرضة لمخاطر متزايدة من الحمل غير المقصود والإجهاض غير الآمن، مما يزيد الحاجة إلى إمكانية الحصول على رعاية الإجهاض الآمن. كما يسلط فصل مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى لسنة 2018 أيضًا الضوء على رعاية الإجهاض الآمن باعتبارها "أولوية أخرى"، مشيرًا إلى أنه "من المهم أيضًا ضمان توفر رعاية الإجهاض الآمن، إلى أقصى حد يسمح به القانون، في المراكز الصحية ومرافق المستشفيات".[xvi]

ومن المهم أن ننوه إلى أنه على الرغم من أن الإجهاض في ظرف واحد أو أكثر يعتبر قانونيًّا في معظم البلدان، إلا أن هناك تباينًا كبيرًا في الظروف المعينة التي يجوز فيها للأفراد الحصول على الإجهاض. علاوة على ذلك، فإن "الغالبية العظمى من البلدان التي يكون فيها الإجهاض متاحًا بشكل قانوني تُخضع الإجهاض للوائح تنظيمية مختلفة عن أشكال الرعاية الصحية الأخرى. فعلى عكس الخدمات الصحية الأخرى، يتم تنظيم الإجهاض بشكل عام بدرجات متفاوتة من خلال القانون الجنائي بالإضافة إلى تنظيمه بموجب قانون الرعاية الصحية".[xvii] وبالتالي فإن الحواجز القانونية، التي لا تستند بشكل عام إلى الشواهد، تزيد من تضخيم المخاطر التي تواجهها النساء والفتيات الحوامل اللاتي يحتجن إلى رعاية عالية الجودة.

- ➔ **ينبغي على الأطراف الفاعلة في مجال الرعاية الصحية في فاشيات الأمراض المعدية بذل قصارى جهدها لضمان إمكانية الحصول على رعاية الإجهاض الآمن بما يتماشى مع الشواهد وأفضل الممارسات العالمية.**

المحافظة على أمان واستمرارية الرعاية الشاملة في مجال الإجهاض أثناء فاشيات الأمراض المعدية

رعاية الإجهاض الآمن هي رعاية طبية أساسية وحساسة من حيث التوقيت على حد سواء، وينبغي المحافظة على إمكانية الحصول على الخدمات حتى عندما يتم إيقاف الرعاية غير الأساسية أو الاختيارية أثناء المرحلة الحادة من إحدى الفاشيات. وبالنظر إلى المحدوديات التي يفرضها عمر الحمل على بعض أساليب رعاية الإجهاض، ينبغي الحد من التأخيرات في الحصول على الرعاية قدر الإمكان. غير أن ضمان استمرار رعاية الإجهاض الآمن أثناء فاشيات الأمراض المعدية يتطلب أكثر من المحافظة على الخدمات الحالية. بل يجب تكييف خدمات وتدخلات رعاية الإجهاض بشكل استباقي استجابةً للنظام الصحي المتغير، وإعادة تخصيص الموارد، فضلاً عن تفضيلات العملاء وتجاربهم.

إضفاء صفة الأمان على رعاية الإجهاض في المرافق الصحية

ينبغي تعزيز خدمات رعاية الإجهاض في المرافق الصحية وتكييفها أثناء فاشيات الأمراض المعدية لتقليل التفاعلات غير الضرورية بين مقدم الخدمة والعميل إلى الحد الأدنى، فضلاً عن تحسين الوقاية من العدوى ومكافحتها في محاولة للحد من احتمالية انتقال العدوى من المستشفيات. وينبغي تقليل التفاعل المباشر بين مقدم الخدمة والعميل إلى الحد الأدنى، وينبغي ألا يُطلب من العملاء القدوم إلى المرفق الصحي إلا إذا كانت منافع الحضور تفوق مخاطر التقاط عدوى المرض. وعلى وجه التحديد:

- ➔ **ينبغي أن يكون الإجهاض الدوائي هو العلاج الأول** لرعاية الإجهاض الآمن حتى 12 أسبوعًا، وذلك لتقليل التماسّ بين مزود الخدمة والدم والسوائل والرذاذ التنفسي أثناء تفشي المرض. فإذا كان العميل يفضل الشفط بالتخلية على الإجهاض الدوائي، فيجوز توفيره مع ذلك شريطة أن يكون المرفق يطبق إجراءات ملائمة للوقاية من العدوى ومكافحتها. وقد تكون لدى النساء والفتيات أسبابهن الخاصة لتفضيل طريقة على أخرى (قضايا الخصوصية والأمان، التاريخ، إلخ)، وهي أسباب من الواجب دائمًا احترامها إلى أقصى حد ممكن.
- ➔ **ينبغي أن تتم الاستشارات مع مقدم الخدمة والمشورة وعمليات التحري للإجهاض بشكل سري وبشكل يخلو من إصدار الأحكام عن طريق الهاتف أو الفيديو**، حيثما أمكن ذلك. وإذا تعذّر إجراء عمليات التحري عبر الهاتف أو الفيديو، فينبغي إجراء الاستشارات مع تطبيق الوسائل الملائمة للوقاية من العدوى ومكافحتها (أي مع الالتزام بالتباعد الاجتماعي مع تحسين التهوية).
- ➔ **ينبغي تزويد العملاء الذين يحصلون على الإجهاض الدوائي بجرعة إضافية من ميزوبروستول** تحسبًا لعدم حدوث الإجهاض خلال 4 ساعات من الجرعة الأولى. فهذا يقلل الحاجة إلى مزيد من الزيارات في حالة عدم نجاح الجرعات الأولية.

- ← **ينبغي تزويد العملاء بوسيلة كافية للتدبير العلاجي للألم** مع الأخذ في الاعتبار أن الصيدليات العامة ربما لا تكون مفتوحة أو يتعذر الوصول إليها. علاوة على ذلك، فإن الشعور بحالة عقلية من الإجهاد وعدم اليقين قد يزيد الألم المتصور لدى العملاء.
- ← **ينبغي تزويد النساء بوسيلتهن المفضلة لمنع الحمل** بالتزامن مع دواء (أدوية) الإجهاض، عندما يكون ذلك ممكنًا (مثلاً: الحبوب والحقن والغرسات)، بالإضافة إلى وسيلة احتياطية، كالواقي الذكري، عندما تدعو الحاجة إلى الإحالة إلى مكان آخر (أي لتركيب لولب رحمي أو ربط البوق).

زيادة إمكانية الحصول على الإجهاض المدبَّر ذاتيًّا:

عندما تتعطل خدمات الإجهاض المقدمة في المرافق الصحية أو تتعرض للإنهاك، و/أو في الظروف التي يخشى فيها العملاء الرعاية الصحية المقدمة في المرافق الصحية، ينبغي تكييف البرامج لجعل رعاية الإجهاض متاحة من خلال التدبير الذاتي للإجهاض الآمن بما يتماشى مع الشواهد العالمية. يشير الإجهاض المدبَّر ذاتيًّا إلى قيام الفرد بنفسه بتدبير إجهاضه بأمان باستخدام ميزوبروستول، مع ميفيبريستون أو دونه، وخارج سياق النظام الصحي الرسمي. وعند إجراء الإجهاض المدبَّر ذاتيًّا بما يتماشى مع التوصيات والمحدوديات التي يفرضها عمر الحمل، فإنه يكون آمنًا وفعالاً. وينبغي مراعاة الآتي عند العمل على زيادة إمكانية الحصول على الإجهاض الآمن المدبَّر ذاتيًّا:

- ← **تدشين برامج رعاية الإجهاض المدبَّر ذاتيًّا أثناء أوقات الاستقرار في إطار جهود التأهب** بحيث يمكن توسيع البرامج بقدر أكبر من السهولة والنجاح أثناء فاشيات الأمراض المعدية.
- ← **ضرورة توزيع المعلومات حول التدبير الذاتي للإجهاض الآمن بشكل منفصل من خلال قنوات متعددة** تتوافق مع تفضيلات النساء والفتيات المراهقات في كل سياق. على الرغم من أن بعض جوانب البرمجة تتشابه مع توفير الإجهاض الدوائي المذكور أعلاه، فإن الشخص الذي يلتمس الإجهاض ربما لا يتمتع باتصال مباشر مع مقدم الرعاية السريرية أثناء عملية الإجهاض المدبَّر ذاتيًّا. وبدلاً من ذلك، يجوز أن يتلقى الشخص معلومات حول كيفية تدبير إجهاضه بأمان عبر الإنترنت، أو بالاتصال بخط ساخن، أو من خلال وسائل الإعلام المطبوعة، أو من مستشارين مدربين غير سريريين. وينبغي أن يتلقى العملاء الذين يلتمسون الإجهاض معلومات حول الجرعة المناسبة والتوقيت، والتدبير العلاجي للألم، والآثار الجانبية المتوقعة، وعلامات الخطر، والمكان الذي يمكنهم فيه الحصول على رعاية الطوارئ تحسبًا لحدوث مضاعفات.
- ← **وضع خريطة لتوفر أدوية ميزوبروستول وميفيبريستون عالية الجودة.** يمكن الحصول على هذه المنتجات في كثير من الصيدليات، بالبريد، و/أو من خلال التوزيع في المجتمعات المحلية، وذلك اعتمادًا على السياق. وفي بعض الحالات، سيحتاج القائمون بالتنفيذ إلى تقييم جودة الدواء وزيادة توفّر ميزوبروستول و/أو ميفيبريستون في السوق من خلال الشراكات مع الصيادلة من أجل إتاحة التدبير الذاتي للإجهاض.

دمج احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية في الاستجابة لفاشيات الأمراض المعدية

التحري والفرز والاختبا:

من الشائع أن تقوم المرافق الصحية بتطبيق نظام للتحري والفرز أثناء فاشيات الأمراض المعدية، مع إجراء التحري عادةً بجوار مدخل المرفق. وعند إنشاء مساحات التحري المذكورة، ينبغي المحافظة على خصوصية النساء والفتيات اللائي يدخلن إلى المرفق، مما يسهّل مناقشة المزيد من المعلومات التفصيلية.[xviii]

- ← **ينبغي تصميم الفرز للسماح بالاستشارات السرية والخصوصية** تجاه الموظفين والمرضى الآخرين، وينبغي أن يكون الموظفون مدربين جيدًا على كيفية الاستجابة بشكل حساس ولائق، بما في ذلك عندما تطلب النساء والفتيات الحوامل الحصول على رعاية الإجهاض الآمن. وينبغي أن يكون بإمكان الموظفين توجيه النساء والفتيات إلى رعاية الإجهاض الآمن المتاحة عند الاقتضاء، مع ضمان توفير معلومات دقيقة ووثيقة الصلة.
- ← **ينبغي تقديم المشورة للنساء حول جميع خيارات الحمل، بما في ذلك رعاية الإجهاض الآمن، عند إجراء اختبارات الحمل في إطار عملية الفرز والتحري.**

التدبير العلاجي للحالات ومراكز العلاج:

- **التنسيق مع الأطراف الفاعلة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية لضمان إنشاء مسارات إحالة** بين المرافق من أجل المحافظة على توفّر رعاية الإجهاض الآمن. إن النساء والفتيات الحوامل اللائي يتم إدخالهن إلى المرافق الصحية ومراكز العلاج أثناء تفشي أحد الأمراض المعدية، ويرغبن في الحصول على رعاية الإجهاض الآمن، ينبغي إحالتهن وتلقيهن العلاج عندما يكون ذلك ملائمًا سريريًّا. وتنطبق هذه التوصية على من يعتبرن غير معديات أو من هم على الأرجح غير معديات (أي في الحجر الصحي، أو تم إدخالهن للاختبار وبدء العلاج، أو يعتبرن مشتبه بهن). فإذا كانت المرفق التي يتم إدخال المريض إليه لا يملك القدرة على توفير رعاية الإجهاض الآمن، فالمستحسن عندئذ وجود مسار إحالة فعال لضمان إمكانية الحصول على رعاية الإجهاض الآمن.
- **ينبغي أن تضم مراكز إدارة الحالات والعلاج التي تعالج الحوامل على الأقل كوادر قادرة على التدبير العلاجي لمضاعفات الإجهاض،** كالنزيف أو منتجات الحمل المحتجزة. وإلى أقصى حد ممكن، ينبغي أن تحتوي هذه المرافق على الكوادر المدربة والمستلزمات من أجل الإجهاض في الثلث الأول والثاني، وإذا لم يكن الحال كذلك فينبغي توفر الإحالة السريعة والآمنة. وعندما تكون المهارات والمستلزمات متاحة لتوفير إجراءات الإجهاض باستخدام الأجهزة بشكل آمن، كتوسيع وتفريغ الرحم، ينبغي تنفيذ الإجراءات مع مراعاة إرشادات الوقاية من العدوى ومكافحتها فيما يخص العوامل الممرضة المعدية. ويمكن لفاشيات الأمراض المعدية التي تؤدي إلى مرض وخيم لدى النساء والفتيات الحوامل أن تؤدي إلى إجهاضات منذرة أو عفوية تتطلب رعاية الإجهاض الآمن أو الرعاية اللاحقة للإجهاض لحماية حياة أو صحة المرأة، وفي مثل هذه الحالات، قد لا يكون هناك وقت كافٍ لنقل العميل إلى مرفق مختلف. واعتمادًا على العامل الممرض وطرق انتقاله، فمن المحتمل أن تدعو الحاجة إلى مستوى محسّن من تدابير الوقاية من العدوى ومكافحتها لتوفير رعاية الإجهاض بشكل آمن للعملاء في ظل هذه الظروف.
- **وعندما يرتبط العامل الممرض بضعف النواتج الجنينية، تشوهات الولدان، و/أو مرض الأمهات الوخيم، فينبغي حصول الحوامل على معلومات دقيقة حول الخيارات المتاحة لهن وأن تتوفر لهن إمكانية الحصول على رعاية الإجهاض الآمن.** وينبغي دعمهن في الخيارات التي يتخذنها فيما يتعلق بمواصلة الحمل أو إنهائه. فعلى سبيل المثال، تشير متلازمة زيكا الخلقية إلى مجموعة من المظاهر (بالإضافة إلى صغر الرأس الخلقي) التي تمت الإفادة عنها في أعقاب التعرض لفيروس زيكا في الرحم، وفي مثل هذه الحالات، يوصى بإحالة الحالة إلى أخصائيي طب الأجنة إنْ كان هذا متاحًا، وعند التأكد من وجود شذوذ كبير في الرأس أو صغر الرأس في وجود عدوى فيروس زيكا، فينبغي مناقشة خيار إنهاء الحمل مع المرأة، وذلك بصرف النظر عن فترة الحمل.[xix] وبالمثل، فعلى الرغم من محدودية البيانات، تشير التقارير الواردة من فاشيات مرض فيروس إيبولا إلى ارتفاع معدلات فقدان الجنين العفوي بين الحوامل المصابات بمرض فيروس إيبولا، وأن الولدان المولودين لنساء مصابات بمرض فيروس إيبولا غالبًا ما يكونون مبتسرين ويعانون من معدلات وفيات مرتفعة.[xx] ومن المهم أن ندرك أن الشواهد محدودة وخاصة بالسياق المعين، ولا توجد حاليًا شواهد كافية لتقرير ما إذا كان الإجهاض المستحثّ أو تحريض المخاض يؤثران على مرض فيروس إيبولا الحاد.[xxi] ومع ذلك توصي منظمة الصحة العالمية بوضوح بضرورة تلقي النساء اللواتي تعافين من مرض فيروس إيبولا ويرغبن في إنهاء الحمل معلومات دقيقة حول الخيارات المتاحة لهن، وحصولهن على رعاية الإجهاض الآمن، وتلقيهن الدعم في اختيارهن.[xxii] ونظرًا لأن الحمل يظل إيجابيًّا لمرض فيروس إيبولا بعد تعافي الحامل نفسها، فالأسلم أن يتم إجراء الإجهاض داخل مركز علاج إيبولا لا في المنزل ولا في مرفق الرعاية الصحية الأولية.

التوعية بالمخاطر وإشراك المجتمعات المحلية

من الأهمية الحيوية بمكان أن يعمل مقدمو الخدمات يدًا بيد مع المجتمعات المحلية والشركاء، بما في ذلك من هم في قطاع الصحة الجنسية والإنجابية، لفهم معتقدات وشواغل المجتمع الصحية والتعاون في إعداد وتنفيذ الرسائل والمواد والأنشطة. فقد تؤدي الشواغل بشأن تفشي أحد الأمراض إلى تفاقم وصمة العار الأساسية المرتبطة بالإجهاض لتضخيم المفاهيم الخاطئة وتثبيط طلب الرعاية. ولو تم التعامل مع أسئلة المجتمعات المحلية وشواغلها بشكل عديم الفعالية، فقد يحاول الناس سد الفجوات في المعرفة بالمعلومات التي يرونها أكثر منطقية، بما في ذلك الشائعات والمعلومات المضللة، الأمر الذي يمكن أن تكون له عواقب ضارة في سياق رعاية الإجهاض. وبالتالي فلتيسير رعاية الإجهاض الآمن، لا بد من ضمان وضوح واتساق الرسائل المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية وفاشيات الأمراض.

- **ينبغي على المجموعات الفرعية للتوعية بالمخاطر وإشراك المجتمعات المحلية المنخرطة في الاستجابة للفاشية أن تنسق عن كثب مع مجموعة الصحة الجنسية والإنجابية (التي تتألف عادة من مقدمي خدمات الصحة الجنسية والإنجابية والشركاء)، ومجموعة الصحة، والمجموعة الفرعية للعنف القائم على الجندر، وهيئات التنسيق الأخرى، لضمان اتساق الرسائل وتكاملها بشكل جيد حول الصحة الجنسية والإنجابية وفاشيات الأمراض المعدية.** ويشمل هذا البند الرسائل التي تتضمن معلومات حول جميع خيارات الحمل، بما في ذلك رعاية الإجهاض الآمن.

- **في ضوء السياق، ينبغي الحرص في اختيار أنسب القنوات لنقل المعلومات حول الصحة الجنسية والإنجابية وفاشيات الأمراض المعدية.** في بعض الحالات، قد يكون التواصل الشفوي أو الأحاديث الشخصية أو التوزيع المنفصل للمواد المكتوبة أكثر فاعلية وقبولاً من جلسات المعلومات الجماعية أو وسائل الإعلام. ويمكن أن تكون هذه الاستراتيجيات مفيدة بشكل خاص أثناء تفشي أحد الأمراض المعدية، عندما يُنظر أحيانًا إلى المستجيبين الخارجيين بعين الريبة.

القوائم المرجعية السريعة للتأهّب والاستجابة

القائمة المرجعية للتأهّب:

إجراء تدريبات تنشيطية مستندة إلى الكفاءة حول الرعاية الشاملة في مجال الإجهاض باستخدام الأدوية الشفط اليدوي الامتصاصي داخل الرحم	
التأكد من تضمين ما يلي في خطط الطوارئ للفاشيات: (1) تدريب مقدمي الخدمات المجتمعية على الإجهاض الدوائي المبكر وكيفية إسداء المشورة للنساء بشأن التدبير الذاتي؛ (2) وإمداد مقدمي الخدمات بالأدوية ووسائل منع الحمل بعد الإجهاض؛ (3) وخطة لتحري العملاء عن بعد/عبر الهاتف؛ (4) وإنشاء مسارات إحالة لرعاية الإجهاض، خاصة للرعاية بعد الثلث الأول من الحمل إذا لم تكن متاحة في الموقع أو في المجتمع المحلي.	
مناصرة تبديل المهام في رعاية الإجهاض ووضع مبادئ توجيهية للرعاية المجتمعية والرعاية الذاتية في حالة الإجهاض الدوائي. وعندما تكون رعاية الإجهاض مقيدة، يُدعى إلى توسيع مؤشرات رعاية الإجهاض الآمن الطوعي.	
الشراء والتخزين المسبق لمستلزمات الإجهاض في المرفق الصحي والإجهاض المدبَّر ذاتيًّا (بما في ذلك تغليف الأدوية ومواد الإعلام والتثقيف والاتصال التي تبين تعليمات الاستخدام).	
المناصرة بنشاط وضمان أن تكون خدمات الصحة الجنسية والإنجابية جزءًا من خطط الانتقال والتعافي من خلال الفريق العامل المعني بالصحة الجنسية والإنجابية وآليات تنسيق التأهب للفاشيات وآليات التنسيق الأخرى ذات الصلة.	

القائمة المرجعية للاستجابة:

توفير الإجهاض الدوائي كخيار على الخطوط الأمامية، وعند الحاجة إلى الشفط اليدوي الامتصاصي داخل الرحم يتم اتباع الإرشادات المعيارية فيما يخص الوقاية من العدوى ومكافحتها ومعدات الوقاية الشخصية	
ينبغي أن يكون التدبير العلاجي التوقعي ("المراقبة والانتظار") أو الدوائي خيارات الخط الأول للإجهاضات غير المكتملة. وفي الأحوال التي يُعتبر فيها المريض مستقرًّا ولا بأس في عودته إلى البيت بأمان، يمكن أن يستمر العلاج خارج المرفق الصحي. وينبغي تقديم المشورة/رقم الهاتف تحسبًا لحدوث مضاعفات.	
إيقاف المتابعة الروتينية في المرفق الصحي، وإعداد خط هاتف لدعم المتابعة عن بُعد، إذا دعت الحاجة إلى ذلك.	
توفير وسائل منع الحمل بعد الإجهاض عند الاستشارة، في حالة الرغبة في ذلك.	
ضمان الخصوصية والسرية في مواقع التحري والفرز.	
إنشاء مسارات إحالة للرعاية الشاملة في مجال الإجهاض بين المرافق، بما في ذلك مراكز العلاج.	
ضمان (كحد أدنى) أن تكون مراكز العلاج مجهزة لتوفير العلاج لمضاعفات الإجهاض و(من المثالي) وجود كوادر مدربة ومستلزمات للإجهاض في الثلث الأول والثاني، حيثما أمكن ذلك.	
في السياقات التي لا يتوفّر فيها ميفيبريستون ويتعذر فيها الوصول إلى المرافق الصحية، ينبغي النظر في استخدام الأنظمة المقتصرة على ميزوبروستول للإجهاض المدبَّر ذاتيًّا.	
توزيع معلومات حول الإجهاض المدبَّر ذاتيًّا الآمن، وضمان توفّر الأنظمة المركبة أو المقتصرة على ميزوبروستول على مستوى المجتمع المحلي.	
توزيع المستلزمات حسب الاقتضاء.	

مصادر إضافية

- المبدأ التوجيهي بشأن رعاية الإجهاض (منظمة الصحة العالمية)
- الفصل 8: الرعاية الشاملة في مجال الإجهاض (الدليل الميداني المشترك بين الوكالات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية في الأزمات، الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في حالات الأزمات)
- الفصل 3: مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى للصحة الجنسية والإنجابية في حالات الطوارئ (الدليل الميداني المشترك بين الوكالات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية في الأزمات، الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في حالات الأزمات)
- عدوى كوفيد-19 ورعاية الإجهاض (الكلية الملكية لأطباء النساء والتوليد)
- المبدأ التوجيهي بشأن تدخلات الرعاية الذاتية للصحة والرفاهة، مراجعة 2022 (منظمة الصحة العالمية)
- المبادئ التوجيهية للتدبير العلاجي للحوامل والمرضعات في سياق مرض فيروس إيبولا (منظمة الصحة العالمية)
- كيفية استخدام حبوب الإجهاض (منظمة أطباء بلا حدود)
- قاعدة بيانات سلع الإجهاض الطبي
- كيفية شراء حبوب الإجهاض الآمنة والفعالة، الأسئلة المتكررة (منظمة آيباس)
- تحوّل المواقف تجاه الإجهاض: مجموعة أدوات توضيح القيم لجماهير العمل الإنساني (منظمة آيباس)
- أدوات التدريب السريري على الإجهاض (منظمة آيباس)
- تحسين إمكانية الحصول على الإجهاض في أوضاع الأزمات: أداة لإدارة المخاطر القانونية للمؤسسات ومقدمي الخدمات (منظمة آيباس)
- الرعاية المستنيرة بالصدمات لمقدمي خدمات الإجهاض الذين يعالجون الناجيات من العنف الجنسي في الأوضاع الإنسانية (منظمة آيباس)

---

[i] Casey, S.E., Chynoweth, S.K., Cornier, N. *et al.* Progress and gaps in reproductive health services in three humanitarian settings: mixed-methods case studies. *Confl Health* 9 (Suppl 1), S3 (2015). https://doi.org/10.1186/1752-1505-9-S1-S3

[ii] Vu A, Adam A, Wirtz A, Pham K, Rubenstein L, Glass N, Beyrer C, Singh S. The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: a Systematic Review and Meta-analysis. PLoS Curr. 2014 Mar 18;6: DOI: 10.1371/currents.dis.835f10778fd80ae031aac12d3b533ca7

[iii] Carmen D Zorrilla, Inés García García, Lourdes García Fragoso, Alberto De La Vega, Zika Virus Infection in Pregnancy: Maternal, Fetal, and Neonatal Considerations, *The Journal of Infectious Diseases*, Volume 216, Issue suppl_10, 15 December 2017, Pages S891–S896, https://doi.org/10.1093/infdis/jix448

[iv] Megan E Foeller, Carolina Carvalho Ribeiro do Valle, Timothy M Foeller, Olufemi T Oladapo, Elin Roos, Anna E Thorson, Pregnancy and breastfeeding in the context of Ebola: a systematic review, The Lancet Infectious Diseases, Volume 20, Issue 7,2020,Pages e149-e158,ISSN 1473-3099, https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30194-8.

[v] Medecins Sans Frontiers. Chapter 5.7: Cholera in Pregnancy. Managment of a Cholera Outbreak. https://medicalguidelines.msf.org/en/viewport/CHOL/english/5-7-cholera-and-pregnancy-32409726.html

[vi] Nzelle D Kayem, Charlotte Benson, Christina Y L Aye, Sarah Barker, Mariana Tome, Stephen Kennedy, Proochista Ariana, Peter Horby. Lassa fever in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, Volume 114, Issue 5, May 2020, Pages 385–396, https://doi.org/10.1093/trstmh/traa011.

[vii] World Health Organization. Hepititis E. 24 June 2022 https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-e#:~:text=Pregnant%20women%20with%20hepatitis%20E,hepatitis%20E%20in%20third%20trimester

[viii] Metz TD, et al. Association of SARS-CoV-2 infection with serious maternal morbidity and mortality from obstetric complications. Journal of the American Medical Association. 2022.

[ix] McKay G, Black B, Mbambu Kahamba S, Wheeler E, Mearns S, Janvrin A. Not All That Bleeds Is Ebola: How has the DRC Ebola outbreak impacted Sexual and Reproductive Health in North-Kivu? New York, USA: The International Rescue Committee 2019. https://www.rescue.org/sites/default/files/document/4416/srhebolareport1172020.pdf

[x] Catterson, Kit. 2020. “The Effects of COVID-19 on Sexual and Reproductive Health: A Case Study of Six Countries.” Global COVID-19 Situation Analysis Project, USAID. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/9%20The%20effects%20of%20COVID-19%20on%20Sexual%20and%20Reproductive%20Health.pdf.

[xi] Ipas. COVID-19 restrictions compromised abortion access for 1.85 million women in India. June 11, 2020. https://www.ipas.org/news/covid-19-restrictions-compromised-abortion-access-for-1-85-million-women-in-india/

[xii] Ipas. Impact of COVID-19 Lockdown on Access to Safe Abortion in Nigeria. 2021. https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2021/09/Impact-of-COVID-19-Lockdown-on-Access-to-Safe-Abortion-in-Nigeria-NGCOVIDE21.pdf

[xiii] Neva Bojovic, Jovana Stanisljevic, Guido Giunti,The impact of COVID-19 on abortion access: Insights from the European Union and the United Kingdom, Health Policy, Volume 125, Issue 7, 2021, Pages 841-858, ISSN 0168-8510, https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.05.005.

[xiv] World Health Organization. Abortion Care Guideline. 8 March 2022. https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483.

[xv] World Health Organizaiton. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context: interim guidance, 1 June 2020. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential-health-services-2020.1

[xvi] Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises. Inter-Agency Field Manual on Sexual and Reproductive Health in Humanitarian Settings. 2018. https://iawgfieldmanual.com

[xvii] World Health Organization. Abortion Care Guideline. 8 March 2022. https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483.

[xviii] International Rescue Committee, READY Initiative. Sexual and Reproductive Health and Rights during Infectious Disease Outbreaks: Operational Guidance for Humanitarian and Fragile Settings. 2022. https://www.rescue.org/report/sexual-and-reproductive-health-and-rights-during-infectious-disease-outbreaks-operational-2

[xix] Royal College of Obstetrics and Gynecology. Zika Virus Infection and Pregnancy. 19 February 2017.

[xx] US Centers for Disease Control and Prevention. Care of a Neonate Born to a Mother who is Confirmed to have Ebola, is a Person under Investigation, or has been Exposed to Ebola. 30 May 2018. https://www.cdc.gov/vhf/ebola/clinicians/evd/neonatal-care.html#:~:text=While%20data%20are%20limited%2C%20reports%20from%20Ebola%20outbreaks,clinical%20signs%20at%20presentation%20of%20Ebola%20in%20neonates.

[xxi] World Health Organization. Guidelines for the management of pregnant and breastfeeding women in the context of Ebola virus disease. 16 February 2020. https://www.who.int/publications/i/item/9789240001381.

[xxii] World Health Organization. Guidelines for the management of pregnant and breastfeeding women in the context of Ebola virus disease. 16 February 2020. https://www.who.int/publications/i/item/9789240001381.