



ՉԵԿՈՒՅՑ

ՀԱՆՐԱՅԻՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ
ՍԵՌԱԿԱՆ ԵՎ ՎԵՐԱՐՏԱԴՐՈՂԱԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ
ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ԻՐԱՑՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

Երևան
2016

Հանրային հետազոտությունը իրականացվել է ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի «Սեռական և վերարտադրողական առողջության ծառայությունների հզորացում» ծրագրի շրջանակներում՝ ՀՀ Օմբուդսմենի աշխատակազմի հետ համագործակցությամբ:

Հեղինակներ՝ Համլետ Գասոյան, DMD, MPH, CPH
Ռոզա Բաբայան
Շանթ Աբու Շամ
Սամվել Մխիթարյան, MPH, M.S.C.

Զեկույցում արտահայտված կարծիքները հեղինակային են և կարող են չհամընկնել ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի տեսակետին:

© ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամ, Հայաստան 2016

ԲՈՎԱՆ ԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

Հապավումների ցանկ	6
Ամփոփ նկարագիր	7
1. Անվտանգ հղիության և ծննդաբերության ապահովմանն ուղղված մայրական առողջապահություն	7
2. Ընտանիքի պլանավորման մատչելիությունը. Բեղմնականխման վերաբերյալ տեղեկատվության և ծառայությունների հասանելիությունը	9
3. Աբորտ և հետաբորտային բուժօգնություն	11
4. Դեռահասների սեռական և վերարտադրողական առողջությանն առնչվող, այդ թվում համապարփակ սեռական կրթության իրավունքներ	12
1. Ներածություն	14
2 Մեթոդաբանությունը	17
2.1. Հայեցակարգային հիմքերը	17
2.2. Համապարփակ մեթոդաբանություն	18
2.3. Հետազոտության կազմը և մոտեցումը	19
2.4. Հետազոտության մասնակիցները	19
2.5. Հետազոտության կառուցվածքը և ընտրանքը	19
2.6. Հարցազրույցի ուղեցույցի մշակում	20
2.7. Տվյալների հավաքագրում	21
2.8. Տվյալների կառավարում և վերլուծություն	21
2.9. Հետազոտության խորությունը	22
2.10. Էթիկական խնդիրներ	23
2.11. Իրագործման հետ կապված բարդությունները	23
3. Իրավական հիմքերը	25
4. Մայրական առողջապահություն անվտանգ հղիություն և ծննդաբերություն ապահովելու նպատակով	29
4.1. Մայրական առողջապահության ոլորտի ընթացիկ միտումները	30
4.2. Մայրական առողջության պահպանման իրավունքների վիճակը Հայաստանում	32

4.3.	Իրավական և քաղաքական հիմունքները	42
4.4.	Եզրակացություններ.	45
4.5.	Առաջարկություններ.	47
5.	Ընտանիքի պլանավորման հասանելիությունը. հակաբեղմնավորիչների վերաբերյալ տեղեկատվության և ծառայությունների հասանելիությունը	50
5.1.	Ընտանիքի պլանավորման միտումները	51
5.2.	Ընտանիքի համապարփակ պլանավորման հասանելիության խոչընդոտները	53
5.3.	Ընտանիքի պլանավորման օրենսդրական և քաղաքական շրջանակները	68
5.4.	Եզրակացություններ.	78
5.5.	Առաջարկություններ.	79
6.	Աբորտ և հետաբորտային խնամք	83
6.1.	Հղիության արհեստական ընդհատման ծառայությունների իրավական հիմքերը Հայաստանի Հանրապետությունում	84
6.2.	Աբորտային և հետաբորտային բուժօգնության և խնդիրների հետ կապված միտումները	86
6.3.	Ընտանիքի պլանավորման մասին տեղեկատվության և ծառայությունների ու ժամանակակից հակաբեղմնավորիչների մատչելիությունը	90
6.4.	Դեղորայքային աբորտներ և անապահով աբորտներ.	91
6.5.	Նախաաբորտային խորհրդատվություն.	94
6.6.	Հետաբորտային բուժօգնություն.	95
6.7.	Մարդու իրավունքների կրթությունը և վերարտադրողական առողջապահությունը	97
6.8.	Եզրակացություններ.	98
6.9.	Հաշմանդամություն ունեցող անձինք	103
6.10.	Սեռով պայմանավորված աբորտները և սեռի որոշումը մինչև ծննդաբերությունը	105
6.11.	Առաջարկություններ.	110

7. Դեռահասների սեռական և վերարտադրողական առողջությանը, այդ թվում համապարփակ սեռական կրթությանն առնչվող իրավունքներ	114
7.1. Իրավիճակը Հայաստանում	115
7.2. Վերարտադրողական առողջության և համապարփակ սեռական կրթության վերաբերյալ օրենքներ և կանոնակարգեր	117
7.3. Դեռահասների վերարտադրողական առողջության ծառայությունների և համապարփակ սեռական կրթության առկայությունը, մատչելիությունը, ընդունելիությունը և որակը	120
7.4. Եզրակացություններ	131
7.5. Առաջարկություններ	133
Հավելվածներ	135
Հավելված 1	135
Հավելված 2	136
Հավելված 3	138
Հավելված 4	141
Հավելված 5	143

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐԻ ՑԱՆԿ

ՀԺԱՀՀ	Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտություն
ՆԾԲ	նախաձեռնության բուժօգնություն
CAT	խոշտանգումների և այլ դաժան, անմարդկային կամ նվաստացնող վերաբերմունքի ու պատժի դեմ կոնվենցիա
CEDAW	Կանանց նկատմամբ խտրականության բոլոր ձևերի վերացման մասին կոնվենցիա
CRC	Երեխայի իրավունքների մասին կոնվենցիա
ՖՄԿ	Ֆելոշեր-մանկաբարձական կետեր
ԹԽԲ	թիրախային խմբերի քննարկումներ
ԸՊ	ընտանիքի պլանավորում
SUSԻՄԴ	Տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների միջազգային դաշնագիր
ԲԶՄԳ	Բնակչության և զարգացման միջազգային գիտաժողով (Կահիրեում)
ԽՀ	խորացված հարցազրույց
ԸՊՄՖ	Ընտանիքի պլանավորման միջազգային ֆեդերացիա
ՆԱՊ	ներարգանդային պարույր
ՀԶՆ	Հազարամյակի զարգացման նպատակներ
ՄՄՅ	մայրական մահացության ցուցանիշ
ԱՆ	Առողջապահության նախարարություն
ՀԿ	հասարակական կազմակերպություններ
ՄԲ/ԳԻՆ	մանկաբարձ-գինեկոլոգ
ՍՎԱ	սեռական և վերարտադրողական առողջություն
ՍՎԱԻ	սեռական և վերարտադրողական առողջություն և իրավունքներ
ՍՃՓՎ	սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակներ
ՄԱԿ-ի ԵՏՀ	Միավորված ազգերի կազմակերպության Եվրոպական տնտեսական հանձնաժողով
ՄԱԲՀ	ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամ
ԱՀԿ	Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն

ԱՄՓՈՓ ՆԿԱՐԱԳԻՐ

1. Անվտանգ հղիության և ծննդաբերության ապահովմանն ուղղված մայրական առողջապահություն

Նախաձեռնության բուժօգնությունը, ծննդաբերության օժանդակությունը, արտակարգ իրավիճակում մանկաբարձական բուժօգնությունը, ինչպես նաև հետծննդյան խնամքը Բնակչության և զարգացման միջազգային գիտաժողովի կողմից ճանաչված մայրական մահացության նվազեցմանն ուղղությամբ անհրաժեշտ կարևորագույն բաղադրիչներն են:

Ըստ Հայաստանի ազգային վիճակագրական ծառայության, Հայաստանում մայրական մահացության ցուցանիշը 3 տարվա միջին կտրվածքով 2014թ. դրությամբ կազմում էր 18.5: Այն նվազել է վերջին տասնամյակում: Սակայն, առաջընթացն ավելի դանդաղ է, քան նախատեսված էր 2015 թ. ՀՀ կառավարության կողմից ՀՁՆ 5Ա թիրախով:

Մեր հետազոտությունը ցույց է տալիս, որ Հայաստանը զգալի առաջընթաց է արձանագրել մայրական հիվանդացության և մահացության հիմքում ընկած գործոնների վերացմանն ուղղությամբ: Հիմնական ձեռքբերումներից են «Ծննդօգնության պետական հավաստագրի» ներդրումը, որով առաջարկվում են մայրական առողջության պահպանման անվճար ծառայություններ, որակյալ բուժօգնության հասանելիություն գրեթե բոլոր հղի կանանց համար և համապատասխան ուղղորդման համակարգի առկայություն, ինչպես նաև բարենպաստ օրենսդրական դաշտը և որդեգրված քաղաքականությունը: Մասնագիտական զարգացման համակարգի ներդրումը ևս բժշկական անձնակազմի համար հնարավորություն է ստեղծում մասնագիտական հմտությունները և հիվանդներին ցուցաբերվող բուժօգնությունը շարունակաբար բարելավելու առումով:

Սակայն դեռևս առկա են բուժօգնության որակին առնչվող լուծման ենթակա կարևոր հարցեր: Չնայած նրան, որ Առողջապահության նախարարությունը 2011 թ.-ից ի վեր սկսել է մշակել

բժշկական ծառայությունների մատուցման չափորոշիչներ և ուղեցույցներ, ազգային մակարդակով առկա մայրական առողջապահության կլինիկական ուղեցույցները չեն ընդգրկում ամբողջ դաշտը: Բացի այդ, բժշկական հակաօրինական գործողությունների և անփութության սահմանումները լիարժեք չեն և հնարավորություն են ընձեռում խուսափելու պատասխանատվությունից մայրական հիվանդացության և մահացության դեպքերում:

Հետազոտության արդյունքում հավաքագրված վկայությունները նանցույց են տալիս, որ Հայաստանի մարզերում ոչ բոլոր ծննդատներն են գտնվում վերանորոգված շենքերում և կառույցներում և, որ ամենակարևորն է, զուրկ են արդիական ախտորոշիչ սարքավորումներից: Բացի այդ, մարզերում նկատվում է նեոնատոլոգների և անեսթեզիոլոգների պակաս: Ի լրումն, ծննդատները, որպես կանոն, ստանում են ամենաէժան դեղորայքը, ինչը անհանգստություն է առաջ բերում բժշկական հանրության շրջանում: Հետազոտությունը նանցույց է տալիս, որ Հայաստանում վերջին հինգ տարիների ընթացքում կեսարյան հատումների սահմանվածից շատ կիրառում է դիտվում և առկա է դրանց թվի աճի միտում:

Հետազոտության ընթացքում արձանագրվել են ՄԻԱՎ-ի դրական ցուցիչով հղի կանանց նկատմամբ խտրական վերաբերմունքի դրսևորումների վերաբերյալ հաղորդումներ: Մեր հավաքագրած հրապարակային տվյալներից պարզ է դառնում նաև, որ Հայաստանում վերարտադրողական բժշկական ծառայությունների մատչելիությունը հաշմանդամ կանանց համար ընդհանուր առմամբ բավարար մակարդակի վրա չէ:

Հիվանդի՝ մեկուսի միջավայրում խորհրդատվություն ստանալու իրավունքի խախտման դեպքերը, տեղեկացված որոշումներ կայացնելու համար ոչ համապարփակ տեղեկատվություն տրամադրելը, «Ծննդօգնության պետական վկայական»-ով ներկայացող հիվանդների նկատմամբ անհավասար վերաբերմունքը կանխիկ վճարող հիվանդների համեմատ նույնպես շատ մտահոգիչ են:

2. Ընտանիքի պլանավորման մատչելիությունը. Բեղմնականիսման վերաբերյալ տեղեկատվության և ծառայությունների հասանելիությունը

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը ՍՎԱ ծառայությունների համընդհանուր հասանելիության իր սահմանման մեջ ներառում է ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների հասանելիությունը: ԱՀԿ-ի սահմանմամբ՝ ՍՎԱ ծառայությունների համընդհանուր հասանելիությունը ներառում է մինչծննդյան, նախածննդյան, հետծննդյան և նորածնային խնամքի հետ կապված կանխարգելիչ, ախտորոշիչ, խորհրդատվական, բուժման և խնամքի ծառայություններ, ընտանիքի պլանավորման, այդ թվում անպտղության և բեղմնականիսման ծառայություններ, անապահով աբորտների վերացում, ՍՎԱ, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի, արգանդի վզիկի քաղցկեղի կանխարգելում և բուժում և առողջ սեռական հարաբերությունների խրախուսում:

Վերջին 5 տարիների ընթացքում հակաբեղմնավորման մեթոդների օգտագործման ցուցանիշները փոխվել են: Ի տարբերություն 2005թ.-ի 53.0%-ի, ՀԺԱՀՀ 2010թ. արդյունքները ցույց են տալիս, որ ամուսնացած կանանց (15-49 տարեկան) միայն 55.0%-ն է օգտագործում հակաբեղմնավորման որևէ մեթոդ: Սակայն 2010թ. հակաբեղմնավորիչների տարածվածության մակարդակը ամուսնացած կանանց շրջանում անկում է ապրել ՀԺԱՀՀ 2000 թ. արդյունքների համեմատությամբ (61.0%): Վերջին 10 տարիների ընթացքում ավանդական հակաբեղմնավորման մեթոդների օգտագործման ցուցանիշը նվազել է, 2000 թ. 38.0%-ի համեմատ 2010 թ. կազմելով 28.0%:

Հանրային հետազոտության արդյունքում հավաքված վկայությունները ցույց են տալիս, որ չնայած վերջին տասնամյակում ընտանիքի պլանավորման օգտագործման մակարդակի ակնհայտ փոփոխություններին, ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների հասանելիության հարցում առկա են խոշոր խոչընդոտներ: Հատկանշական է, որ ընտանիքի պլանավորման ծառայությունները հավասարապես մատչելի, հասանելի և գնային առումով ընդունելի չեն ամբողջ երկրում: Վկայությունները ցույց են տալիս, որ գենդերային անհավասարությունները, մշակութային նորմերը և համոզմունքները, ԸՊ մասին ճշգրիտ տեղեկատվության պա-

կառ, ԸՊ պարագաների ընթացիկ թերմատակարարումները, համապարփակ ԸՊ ծառայությունների նվազագույն մակարդակի բացակայությունը առողջապահության համակարգի ստորին օղակներում, առողջապահության հատվածին պետական բյուջեի հատկացումների ցածր մակարդակը, ընտանիքի պլանավորման ոչ բավարար ֆինանսավորումը, ոչ բավարար մատչելիության առողջապահական ծառայությունների և ընտանիքի պլանավորման առնչությամբ մասնագիտական բժշկական օգնության ոչ բավարար մակարդակը գյուղական բնակչության համար, ոչ բավարար նյութական և տեխնիկական հագեցվածությունը ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների մատուցման ամենատարածված խոչընդոտներից ընդամենը մի քանիսն են:

Չնայած նրան, որ բժիշկների մեծամասնությունը, ովքեր մասնակցել են մեր հարցազրույցներին, նշում են, որ բժշկական խորհրդատվության համար իրենց դիմող շատ կանայք տեղեկացված են հակաբեղմնավորման մեթոդների և դրանց օգտագործման մասին, մեր հարցազրույցներից պարզ դարձավ, որ որոշ դեպքերում այդ տեղեկատվության աղբյուրը բժիշկները չեն:

Մեր հետազոտության արդյունքում պարզվեց, որ բնակավայրերի և վերարտադրողական առողջության կենտրոնների միջև եղած մեծ հեռավորությունները լուրջ խնդիր են հանդիսանում ընտանեկան պլանավորման ծառայություններից օգտվելու համար: Ավելին, կրթություն և բավարար ֆինանսական ռեսուրսներ ունեցող քաղաքային բնակչության համար ավելի հեշտ է ստանալ բեղմնականիման ժամանակակից միջոցների մասին տեղեկություններ և ծառայություններ, քան գյուղաբնակ չքավոր կամ ցածր եկամուտ ունեցող ընտանիքների կանանց համար:

Հետազոտությունը նաև ցույց տվեց, որ երբեմն տղամարդիկ են խոչընդոտում ընտանիքի պլանավորման ծառայություններից օգտվելուն: Այլ կերպ ասած, պարզ դարձավ, որ կանայք, որոնք ցանկանում են օգտագործել հակաբեղմնավորիչներ, մերժում են ստանում իրենց ամուսիններից:

3. Աբորտ և հետաբորտային բուժօգնություն

Ամեն տարի տեղի են ունենում գրեթե 20 մլն անապահով աբորտներ: Սա հանգեցնում է աշխարհում 47,000 կանանց մահացության և բարդությունների արդյունքում հաշմանդամություն է առաջ բերում ևս 5 մլն-ի մոտ: Անապահով աբորտները և դրանց արդյունքում կանանց հիվանդացության և մահացության դեպքերը կարելի է կանխել: Հղիության անվտանգ ընդհատման ծառայությունները և հետաբորտային բուժօգնությունը պետք է հասանելի և մատչելի լինեն բոլոր տարիքի կանանց, օրենքով սահմանված ողջ ծավալով:

Հետազոտությունը նաև հաստատեց, որ թեև պետական մակարդակում առկա են որոշ դրական ձեռքբերումներ աբորտի ծառայությունների համատեքստում, անհրաժեշտ է ավելի շատ ջանքեր գործադրել ցուցանիշների էական բարելավման ուղղությամբ: Աբորտի ցուցանիշը Հայաստանում թեև նվազել է, սակայն շարունակում է մնալ բարձր: Հղիության արհեստական ընդհատումը կարևոր տեղ ունի Հայաստանում ծնելիության կարգավորման հարցում. ընդհանուր աբորտների ցուցանիշը 0.8 է: 2007թ. մինչև 2010թ. ընկած ժամանակահատվածում 10 հղիություններից 3-ը (29%) արհեստականորեն դադարեցվել է: Հղիության արհեստական ընդհատման և Հայաստանում դրա տարածվածության հիմնական պատճառը ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների և տեղեկատվության սահմանափակ հասանելիությունն է (այդ թվում՝ ապատեղեկատվությունը և նախապաշարմունքները), ինչպես նաև ժամանակակից հակաբեղմնավորման մեթոդների գնային անմատչելիությունը:

Հետազոտությունը նաև հաստատել է, որ Cytotec (Misoprostol) դեղամիջոցի օգտագործմամբ հղիության վտանգավոր արհեստական ընդհատումների ցուցանիշն է շատ բարձր: Չնայած նրան, որ դրա վաճառքը արգելվում է առանց բժշկի դեղատոմսի, սակայն դեղամիջոցը դեռևս մատչելի է դեղատներում: Cytotec-ի ոչ պատշաճ օգտագործումը կարող է հանգեցնել բազմաթիվ բարդությունների, ինչպիսիք են արյունահոսությունը և անավարտ աբորտը:

Ամենալուրջ խնդիրը Հայաստանում սեռով պայմանավորված աբորտներն են, որի արմատները մշակութային և գենդերային անհավասարության մեջ են և էլ ավելի են խորացնում կանանց նկատմամբ բռնության մթնոլորտը: Ամեն տարի դրա հետևանքով ավելի

քան 1400 աղջիկներ չեն ծնվում Հայաստանում: Մինչև 2060 թ. Հայաստանում չի ծնվի գրեթե 93,000 աղջիկ, եթե սեռով պայմանավորված աբորտների կամ մինչև ծննդաբերությունը երեխայի սեռի ընտրության միտումը շարունակի մնալ անփոփոխ: Սեռով պայմանավորված աբորտները Հայաստանում սերտորեն կապված են բռնի աբորտների հետ: Կանայք երբեմն ստիպված են իրենց ամուսինների և նրանց ընտանիքների դրդմամբ/պարտադրմամբ աբորտի ենթարկել իգական սեռի պտուղը:

4. Դեռահասների սեռական և վերարտադրողական առողջությանն առնչվող, այդ թվում համապարփակ սեռական կրթության իրավունքներ

Ըստ ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի գնահատման, այսօր դեռահասները կազմում են աշխարհի բնակչության մոտավորապես մեկ քառորդը: Ի թիվս այլ պատճառների, վերարտադրողական առողջության վատթարացումը նույնպես դեռահասների հիվանդացության և մահացության հիմնական պատճառներից է: Նշվում է, որ ամբողջ աշխարհում դեռահասները հանդիպում են լուրջ մարտահրավերների վերարտադրողական առողջության պահպանման բարձրորակ ծառայություններ և համապարփակ սեռական կրթություն ստանալու տեսանկյունից:

Չնայած առողջապահական հաստատությունների մատչելիության առումով որոշ բարեփոխումներին, դեռևս առկա են զգալի խոչընդոտներ: Նման արգելքներից են որոշ հաստատությունների և դպրոցների սահմանափակ ֆիզիկական մատչելիությունը, տրանսպորտային, բուժում ստանալու հետ կապված ֆինանսական ծախսերը (դեռահասների որոշ հատվածի համար) և դեռահասների համար վերարտադրողական առողջության վերաբերյալ փաստական տեղեկատվության ճշգրիտ աղբյուրների պակասը:

Այս հետազոտության անցկացման ընթացքում մենք չկարողացանք պատկերացում կազմել այն կոնկրետ մեխանիզմների մասին, որոնց միջոցով մասնագետները ապահովում են դեռահասների տվյալների գաղտնիությունը: Ինստիտուցիոնալ կամ պետականորեն հաստատված մեխանիզմների բացակայությունը հնարավորություն է ստեղծում անհատի գաղտնի և մասնավոր ծառայություններ ստանալու իրավունքի խախտումների համար:

Վերարտադրողական առողջության կրթության կազմակերպումը ինչ-որ առումով պայմանավորված է ուսուցչի սեփական արժեհամակարգով և առարկայի նկատմամբ վերաբերմունքով: Ուսուցիչներն իրենք հաճախ ադապտացնում են նյութերի բովանդակությունը մտավոր հաշմանդամություն ունեցող երեխաների համար: Սակայն նման ադապտացիաները չեն հիմնվում միասնական չափորոշիչների վրա և հաճախ կախված են ուսուցիչների փորձից և աշխարհայացքից:

1 | ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Հայաստանի Մարդու իրավունքների պաշտպանի գրասենյակի ներկայացուցիչների և ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի հայաստանյան գրասենյակի (ՄԱԲՀ) համատեղ ուղղորդման և անմիջական վերահսկողության ներքո, ազգային խորհրդատուների թիմը անցկացրել է հանրային հետազոտություն Հայաստանում սեռական և վերարտադրողական առողջության իրավունքների (ՍՎԱԻ) իրացման վերաբերյալ, այդ թվում՝ Հայաստանում մարդու իրավունքների պաշտպանության տվյալների և պարտավորությունների նախապատրաստական վերլուծություններ:

Հետազոտությունն իրականացվել է ՄԱԲՀ-ի հայեցակարգի համաձայն՝ առաջնորդվելով ՄԱԲՀ-ի «Մարդու իրավունքների պաշտպանության օժանդակության ուղեցույց. Մարդու իրավունքների՝ երկրի գնահատումներ և ազգային հետազոտություններ սեռական և վերարտադրողական առողջության և բարեկեցության համատեքստում» ուղեցույցով:

Այս հաշվետվությունում ներկայացված են Հայաստանում ՍՎԱԻ իրացման վերաբերյալ հանրային հետազոտության արդյունքները: Հետազոտությունն անցկացվել է Մարդու իրավունքների պաշտպանի գրասենյակին հանրային հետազոտության միջոցով սեռական և վերարտադրողական առողջության և դրա իրավունքներին առնչվող խնդիրների համապարփակ դիտարկման հնարավորություն ընձեռելու և այնուհետև՝ դրական փոփոխություններին ուղղված համապատասխան առաջարկություններ ներկայացնելու նպատակով:

Այս հետազոտության ընդհանուր նպատակն էր հանրային հետազոտության միջոցով հավաքագրել և գնահատել առկա տվյալները և վկայությունները՝ Հայաստանում ՍՎԱԻ քաղաքականության և ԶԼՄ արշավների իրազեկված հիմունքով մշակման նպատակով: Հարցման խնդիրները մասնավորապես ներառում են՝

- ✓ Հայաստանում սեռական և վերարտադրողական առողջության ծառայությունների առկայության, հասանելիության և որակի գնահատում:

- ✓ Պետության կողմից Հայաստանում սեռական և վերարտադրողական առողջության իրավունքներին առնչվող պարտավորությունների կատարման մակարդակի գնահատում:
- ✓ Հայաստանում սեռական և վերարտադրողական առողջության իրավունքների խախտման դեպքերի բացահայտում և փաստաթղթավորում:
- ✓ Հետազոտության արդյունքների հիման վրա համապատասխան առաջարկությունների ներկայացում:

Սեռական և վերարտադրողական իրավունքների համատեքստային դիտարկում: Առկա են սեռական և վերարտադրողական առողջությանն առնչվող իրավունքների մի շարք սահմանումներ: Սակայն չկա համընդհանուր համաձայնեցված սահմանում, թե ինչ է ներառում ՍՎԱԻ-ն, քանի որ դրանց իրացումը կապված է արդեն իսկ ճանաչված իրավունքների իրացման հետ: Այնուամենայնիվ, սույն հետազոտության նպատակներից ելնելով ընդունվել է Միավորված ազգերի կազմակերպության՝ 1994 թ. Կահիրեի Բնակչության և զարգացման միջազգային գիտաժողովի (ԲԶՄԳ) սահմանումը. «Վերարտադրողական իրավունքներն ընդգրկում են որոշակի մարդու իրավունքները, որոնք արդեն իսկ ճանաչված են ազգային օրենքներով, մարդու իրավունքների միջազգային փաստաթղթերով և Միավորված ազգերի կազմակերպության այլ համապատասխան համաձայնեցված փաստաթղթերով: Այս իրավունքները կայանում են նրանում, որ բոլոր զույգերը և անհատները հիմնարար իրավունք ունեն ազատ և պատասխանատու կերպով որոշելու իրենց երեխաների թիվը, ապրելու վայրը և ծնվելու ժամանակը և ունեն դա իրագործելու համար անհրաժեշտ տեղեկատվություն և միջոցներ, ինչպես նաև ունեն իրավունք՝ հետևելու սեռական և վերարտադրողական առողջության ամենաբարձր չափանիշներին: Այն նաև ներառում է համընդհանուր իրավունք՝ կայացնելու խտրականությունից, հարկադրանքից և բռնությունից զերծ վերարտադրության որոշումներ, ինչպես արտացոլված է մարդու իրավունքների վերաբերյալ փաստաթղթերում»¹:

1994 թ. ԲԶՄԳ-ում նաև նշվում է, որ վերարտադրողական առողջությունը լիարժեք ֆիզիկական, հոգեկան և սոցիալական բարե-

¹ Բնակչության և զարգացման միջազգային գիտաժողովի (ԲԶՄԳ) Գործողությունների ծրագիր: Հասանելի է հետևյալ հասցեով՝ <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>

կեցությունն է, այլ ոչ միայն հիվանդության կամ անկայունության բացակայությունը՝ կապված վերարտադրողական համակարգի և դրա գործառույթների և գործընթացների բոլոր հարցերի հետ: Վերարտադրողական առողջությունը ենթադրում է, որ մարդիկ կարողանում են վարել բավարար և անվտանգ սեռական կյանք, և որ նրանք ունեն վերարտադրվելու կարողություն և ազատություն որոշելու, թե երբ և ինչ հաճախականությամբ իրագործել այդ կարողությունը²:

Վերարտադրողական առողջապահությունն այնուհետև սահմանվում է որպես վերարտադրողական առողջությանը և բարեկեցությանը նպաստող մեթոդների, տեխնիկաների և ծառայությունների ամբողջություն, վերարտադրողական առողջության հետ կապված խնդիրների կանխարգելման և լուծման միջոցով: Այն նաև ներառում է սեռական առողջությունը, որի նպատակն է կյանքի և անձնական հարաբերությունների բարելավումը, այլ ոչ միայն վերարտադրման և սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների վերաբերյալ խորհրդատվությունը և օգնությունը:

Տարբեր միջազգային պայմանագրերով և կոնվենցիաներով նախատեսված են սեռական և վերարտադրողական առողջության հետ կապված հետևյալ իրավունքները՝ 1) կյանքի իրավունքը, 2) կրթության և տեղեկատվության իրավունքը, 3) հավասարության և խտրականության բացառման իրավունքը, 4) առողջության իրավունքը (հիշատակվում է որպես 1948 թ. Մարդու իրավունքների համընդհանուր հռչակագրի համապատասխան կենսամակարդակի իրավունքի մաս³, 5) երեխաների քանակի և ծնվելու վայրի իրավունքը, 6) ամուսնության կամքի արտահայտման և ամուսինների միջև հավասարության իրավունքը, 7) գաղտնիության իրավունքը, 8) խոշտանգումներից կամ այլ դաժան, անմարդկային կամ արժանապատվությունը նվաստացնող վերաբերմունքից կամ պատիժներից զերծ լինելու իրավունքը, 9) կանանց և աղջիկներին վսաս պատճառող գործողություններից զերծ լինելու իրավունքը, 10) սեռական և գենդերային բռնությունից զերծ լինելու իրավունքը, 11) արդյունավետ պաշտպանության իրավունքը⁴:

² Նույնը

³ Մարդու իրավունքների Համընդհանուր հռչակագիր, հասանելի է հետևյալ հասցեով. <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>

⁴ Նույնը

2 | ՄԵԹՈԴԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ

Հանրային լսումները և հետազոտությունները կարելի է սահմանել որպես պետության կողմից լիազորված մարմինների միջոցով անցկացվող ուսումնասիրություն կարևոր սոցիալական հարցերի կամ տեխնոլոգիաների գնահատման նպատակով⁵: Հանրային լսումների կամ հետազոտությունների գործընթացը սկզբնավորվել է Մեծ Բրիտանիայում 18-րդ կամ 19-րդ դարերում⁶: «Ազգային հետազոտությունը մարդու իրավունքների համակարգային խնդիրների թափանցիկ, հրապարակային և մասնակցային ուսումնասիրություն է, որի նպատակն է բացահայտել մարդու իրավունքների խախտումների վրա ազդող գործոնները և ներկայացնել դրական փոփոխություններին ուղղված առաջարկություններ»⁷: Սույն հետազոտությունը կոնկրետ ներառում էր սեռական և վերարտադրողական առողջությանն առնչվող՝ մարդու իրավունքների խախտումների հետ կապված հետևյալ չորս թեմատիկ ոլորտները՝ հակաբեղմնավորման միջոցների վերաբերյալ տեղեկատվության և ծառայությունների հասանելիություն, մայրական առողջության պահպանում, անվտանգ հղիության և ծննդաբերության ապահովում, հղիության արհեստական ընդհատում և հետաբորտային բուժօգնություն, դեռահասների սեռական և վերարտադրողական առողջություն, այդ թվում՝ համապարփակ սեռական կրթություն: Յուրաքանչյուր թեմատիկ ոլորտում անդրադարձ կլինի հետևյալ ենթաթեմաներին՝ գենդերային հարցեր, հաշմանդամություն և սոցիալական խոցելիություն:

2.1. Հայեցակարգային հիմքերը

Հետազոտությունը յուրաքանչյուր թեմատիկ ոլորտում կառուցվել է այն գործոնների շուրջ, որոնց շրջանակներում հնարավորություններ են ստեղծվում մարդու իրավունքների խախտումների համար: Նման գործոններում ներառվել է նաև երեք մասից բաղ-

⁵ Salter, L., &Slaco, D. (1981). *Public inquiries in Canada*. Ottawa: Science Council of Canada.

⁶ Kemp, R. (1985). Planning, public hearings, and the politics of discourse. In J. Forester (Ed.), *Critical theory and public life* (pp. 177–201). Cambridge: MIT Press.

⁷ <http://bit.ly/10IU0aP>

կացած (մարդու իրավունքների) մի համակարգ⁸, որն ընդգրկում է հարգանքի, պաշտպանության և կենսագործման գծով պետական պարտավորությունները՝ հայեցակարգային շրջանակների հետագա ընդլայնման նպատակով: Պետության պարտականությունը՝ *հարգել* մարդու քաղաքացիական և քաղաքական իրավունքները, պահանջում է կառավարությունից ձեռնպահ մնալ մարդու իրավունքների անմիջական խախտումից: Պետության հաջորդ պարտականությունը՝ *պաշտպանել* քաղաքացիական և քաղաքական իրավունքները, ենթադրում է, որ կառավարությունը պետք է քայլեր ձեռնարկի, որպեսզի կանխի մյուսների (անհատների կամ կազմակերպությունների) կողմից մարդու իրավունքների խախտումը: Սա նշանակում է, որ կառավարությունը սահմանում է այնպիսի կանոնակարգային դաշտ և ակտիվորեն ընդունում այնպիսի օրենքներ և քաղաքականություն, որոնք արգելում են մարդու իրավունքների խախտումները: Մարդու իրավունքների կենսագործման պարտականությունը պահանջում է կառավարությունից ձեռնարկել քայլեր՝ ստեղծելու համար այնպիսի միջավայր, որտեղ յուրաքանչյուր անձի իրավունքները կարող են լիովին իրացվել⁹: Յուրաքանչյուր գործոնի տիրույթը մշակվել է ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի սոցիալական հետազոտությունների անցկացման ուղեցույցի հիման վրա:

2.2. Համապարփակ մեթոդաբանություն

Սույն մեթոդաբանությունը սահմանել է մարդու իրավունքների վերաբերյալ հանրային հետազոտության իրականացման ընդհանուր շրջանակը սեռական և վերարտադրողական առողջության և բարեկեցության համատեքստում: Ուսումնասիրության համապարփակ թեման բաղկացած է չորս առանձին ոլորտներից: Սույն բաժինը նախ և առաջ նկարագրում է հետազոտության համար կիրառված ընդհանուր մեթոդաբանական մոտեցումը և պարզության նպատակով առանձին-առանձին յուրաքանչյուր ոլորտը:

⁸ ՄԱԿ գերագույն հանձնակատարի Մարդու իրավունքների Գրասենյակ, Փաստագիր թիվ 33, «Հաճախակի տրվող հարցեր տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների մասին», (2008 թ.), էջ. 16: (2008),

⁹ Jessica C. Lawrence, Human Rights. Course materials. University for Peace

2.3. Հետազոտության կազմը և մոտեցումը

Սույն հետազոտության նպատակից ելնելով իրականացվել է բազմատեղանքային, միջոլորտային նկարագրական որակական ուսումնասիրություն: Սույն հետազոտությունը դեդուկտիվ¹⁰ բնույթ է կրել որպես հայեցակարգային համակարգ և առաջնորդվել նախասահմանված կատեգորիաներով:

2.4. Հետազոտության մասնակիցները

Թեև հանրային հետազոտությունը բաց է եղել բոլորի համար, յուրաքանչյուր բաժնի գծով աշխատանքներն ընդգրկել են առանձին մասնակիցների խմբեր: Տեղում կատարվող աշխատանքներում չեն ներգրավվել անչափահաս երեխաներ: Աշխատանքները իրականացվել են բուժաշխատողների, դասընթացավարների և դպրոցի ուսուցիչների, հիվանդների և հասարակական կազմակերպությունների (ՀԿ) շահառուների հետ համատեղ: Ի լրումն տեղում իրականացվող աշխատանքների, հարցման շրջանակներում հայտարարություն է տրվել, որով ցանկացած անհատ հնարավորություն է ունեցել ուղարկելու իր համապատասխան պատմությունը նշված չորս թեմատիկ ոլորտների շուրջ՝ էլ.փոստով կամ թղթային տարբերակով, որի համար երևանում և մարզերում (մասնավորապես՝ Գեղարքունիքի, Շիրակի և Սյունիքի մարզերում) տեղակայված Օմբուդսմենի գրասենյակներում դրված են եղել հատուկ արկղեր: Ընդհանուր առմամբ անցկացվել է 45 հարցազրույց բուժաշխատողների հետ, 25՝ հղի կամ վերջին երկու տարում ծննդաբերած կանանց, 6 ուսուցիչների, ինչպես և հասարակական կազմակերպությունների երկու ներկայացուցիչների հետ:

2.5. Հետազոտության կառուցվածքը և ընտրանքը

Յուրաքանչյուր թեմատիկ ոլորտում հետազոտության կառուցվածքը եղել է տարբեր: Հանրային հետազոտության նպատակից ելնելով կիրառել ենք ուսումնասիրության տարբեր տեխնիկաներ՝ հարցման միջոցով հավաքագրված տվյալների լիարժեքությունը և բազմակողմանիությունը ապահովելու համար: Հետազոտությունը

¹⁰ Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62 (1), 107–115

բաղկացած է եղել տվյալների հավաքագրման երկու խոշոր միաժամանակյա փուլերից՝ տվյալների ներկայացման բաց հայտարարություն և նպատակային աշխատանքներ տեղերում: Հանրային հետազոտությունը սկսվել է շահառուների հետ հանդիպումից, որի նպատակն է եղել ներկայացնել ուսումնասիրության շրջանակը և հետազոտության հարցերը զանազան շահառուներին, իմանալ նրանց կարծիք հետազոտության հարցերի նպատակասլացության վերաբերյալ և անհրաժեշտության դեպքում բարելավել դրանք: Բաց հայտարարության շրջանակներում ենթադրվում էր, որ կներկայացվեն մարդու իրավունքների խախտման դեպքերի վերաբերյալ գրավոր նյութեր, բլոգային գրառումներ, հոդվածներ, տեսահոլովակներ և այլն: Բազմատեղանքային աշխատանքը իրականացվել է Գեդարքունիքի, Շիրակի և Սյունիքի մարզերում: Տեղերում իրականացվող աշխատանքները բաղկացած են եղել շահառուների հետ հանդիպումներից/ֆորումներից, թիրախային խմբերի հետ քննարկումներից, խորացված հարցազրույցներից, անմիջական դիտարկումներից և հանրային լուսմներից: Քանի որ ուսումնասիրությունն ուներ նախասահմանված թիրախային խմբեր, հետազոտող խումբը տեղում իրականացվող հետազոտության համար մշակել էր նպատակային ընտրանք¹¹ ձևագնդի տեխնիկայով: Տեղում իրականացվող աշխատանքների համար տվյալ մարզերն ընտրվել էին Հայաստանի Մարդու իրավունքների պաշտպանի գրասենյակի կողմից՝ ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի հայաստանյան գրասենյակի հետ խորհրդակցությամբ: Խորացված հարցազրույցները հիմնականում իրականացվել են բուժհաստատություններում: Բացառություն են կազմել 1) թիրախային խմբերի հետ քննարկումները, որոնք տեղի են ունեցել ՄԱԲՀ-ի հայաստանյան թիմի կողմից իրականացված դասընթացից հետո, 2) խորացված հարցազրույցները ՀԿ-ների ներկայացուցիչների հետ և 3) խորացված հարցազրույցները հանրակրթական դպրոցների ուսուցիչների հետ:

2.6. Հարցազրույցի ուղեցույցի մշակում

Թիրախային խմբերի հետ քննարկումների (ԹԽԲ), խորացված հարցազրույցների (ԽՀ) ուղեցույցները մշակվել են ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի կողմից պատրաստված ուղեցույցի հի-

¹¹ M. Sandelowski, Research in Nursing & Health , 2000, 23, 334±340 <http://bit.ly/1Y8cFvZ>

ման վրա: Հարցազրույցի յուրաքանչյուր բաժնի համար առանձին ներկայացվել են հարցազրույցի ուղեցույցների և դիտարկումների քարտեր:

2.7. Տվյալների հավաքագրում

Տվյալները հավաքագրվել են հարակից փաստաթղթերի (քաղաքականության փաստաթղթեր, օրենքներ և ազգային ռազմավարություններ, ՀԿ-ների հաշվետվություններ, տեղական ուսումնասիրություններ և այլն), ուսումնասիրության բաց հայտարարությունների արդյունքում ստացված նյութերի, թիրախային խմբերի քննարկումների, շահառուների ֆորումների, խորացված հարցազրույցների և հանրային լուսմաների միջոցով: Տվյալների հավաքագրումը դադարեցվել է բավարար թեմատիկ հազեցվածություն ձեռք բերելուց հետո: Այդ մասին որոշումը կայացվել է խորհրդատուների թիմի կողմից:

2.8. Տվյալների կառավարում և վերլուծություն

Սույն հետազոտության նպատակից ելնելով իրականացվել է հավաքագրված տվյալների բովանդակության ուղղորդված վերլուծություն: Վերլուծության ընթացքում ի հայտ եկած այլ թեմաները ուշադիր կերպով վերլուծվել են, վերնագրվել և ներառվել են հաշվետվությունում: Վերլուծությունը հիմնվել է Էլոյի և Կինգասի¹² կողմից նկարագրված՝ տվյալների որակական վերլուծության քայլերի հաջորդականության վրա: Նշված քայլերը ներառում են՝ *նախապատրաստություն, կազմակերպում և արդյունքների ամփոփում*: Նախապատրաստության փուլում հետազոտող խումբը առաջին հերթին խմբավորել է գրավոր ներկայացված տեղեկությունները ըստ թեմատիկ ոլորտների: Այնուհետև՝ հետազոտող խումբը դրանց ավելացրել է տեղերում կատարած իրենց դիտարկումների նշումները, պատրաստել է հարցազրույցների և թիրախային խմբերի հետ քննարկումների սղագրությունները: Հումքային տվյալների պատրաստումից հետո խորհրդատուն յուրաքանչյուր թեմատիկ ոլորտի պատասխանատուներին հանձնարարել է պարբերություն առ պարբերություն ընթերցել յուրաքանչյուր նյութը՝ տվյալների

¹² Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62 (1), 107–115

լիարժեք իրազեկվածություն ձեռք բերելու համար: Այս փուլում խորհրդատուները առաջին հերթին հայտնաբերեցին տվյալներում կրկնվող և հակասող դրույթները: *Կազմակերպական* փուլում խորհրդատուներն սկսեցին կողավորել տվյալները և խմբավորել ըստ կատեգորիաների և թեմաների և ներկառուցել դրանք տեսական հիմունքներում: *Տվյալների ամփոփման* փուլում յուրաքանչյուր խորհրդատու պատրաստում է վերլուծությունը և հիմնական բացահայտումների նկարագրությունը:

2.9. Հետազոտության խորությունը

Հետազոտության խորությունը և արժանահավատությունը¹³ ապահովելու համար դիտարկվել են այնպիսի նախապայմաններ, ինչպիսիք են վստահելիությունը, հուսալիությունը, համապատասխանությունը և փոխանցելիությունը: Վստահելիությունն ապահովելու նպատակով կիրառվել է փոխադարձ ստուգման գործընթաց (յուրաքանչյուր խորհրդատու ուսումնասիրել և կարծիք է հայտնել մյուս խորհրդատուի կատարած վերլուծության վերաբերյալ), տվյալների աղբյուրների տրիանգուլյացիա և փաստաթղթերի ստուգում (հնարավորության դեպքում հետազոտող թիմը հարցման մասնակիցներին խնդրել է տրամադրել համապատասխան կամ օժանդակ փաստաթղթեր կամ հաշվետվություններ): Հետազոտող թիմը փորձել է հուսալիությունն ապահովել հարցման յուրաքանչյուր քայլի նկարագրման և փաստաթղթավորման միջոցով, այդպիսով հնարավորություն տալով հաջորդ հետազոտողներին կրկնել այդ աշխատանքը, իսկ հաշվետվությունն ընթերցողին՝ տեսնել կիրառված ռազմավարությունների և տեխնիկայի համապատասխանությունը: Բացահայտումների համապատասխանությունը ապահովվել է տվյալների աղբյուրների տրիանգուլյացիայի միջոցով: Փոխանցելիության առումով խորհրդատուները փորձել են խորությամբ նկարագրել իրականացված աշխատանքների համատեքստը, ինչը ընթերցողին հնարավորություն է տալիս դատել, թե որքանով են բացահայտումները կիրառելի և պատշաճ (այսինքն՝ փոխանցելի) այլ խմբերի համար:

¹³ A.K. Shenton / Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects: available at <http://bit.ly/1kp2Q84>

2.10. Էթիկական խնդիրներ

Հետազոտության մեթոդաբանությունը հաստատվել է Հայաստանի Մարդու իրավունքների պաշտպանի գրասենյակի կողմից, որն օրենսդրորեն լիազորված է իրականացնելու հանրային հետազոտություններ: Խորհրդատուները սկսել են ներգրավել հետազոտության մասնակիցներին միայն նրանց կողմից բանավոր համաձայնություն ստանալուց հետո, ինչը նպատակ ուներ պաշտպանել մասնակիցների իրավունքները: Իրազեկված համաձայնությունը (տես Հավելված 1) ներառում է հետազոտության նպատակը, մասնակցության պայմանները, կամավորության հիմունքը, ներկայացված տեղեկատվության գաղտնիությունը, մասնակցելու և չմասնակցելու հետ կապված ռիսկերը և օգուտները: Հաշվետվություններում ինքնություն բացահայտող որևէ տեղեկատվություն չի ընդգրկվել: Ցանկացած տեղեկատվություն, որ կարող էր հանգեցնել հետազոտության մասնակիցների ինքնության բացահայտմանը, անորոշացվել է: Ձայնագրությունները, սղագրությունները և հարցումների նշումները ոչնչացվել են հետազոտության վերջնական տարբերակը ներկայացվելուց հետո:

2.11. Իրագործման հետ կապված բարդությունները

Հետազոտության անցկացման ընթացքում առկա են եղել մի քանի մարտահրավերներ, որոնք կարևոր է նշել: Խորհրդատուների թիմը փորձել է կազմակերպել հանրային լսումներ ընտրված մարզերում: Հանրային լսումները ենթադրում էին ընտրված մարզերի համայնքներում տեղեկատվության տարածում լսումների ժամանակի և անցկացման վայրի մասին, ինչի արդյունքում ենթադրվում էր, որ մարդիկ, որոնց իրավունքները խախտվել են, հնարավորություն կունենան մասնակցելու և բարձրաձայնելու դրանք լսումների ժամանակ: Տեղեկատվությունը տարածվում էր օմբուդսմենի մարզային գրասենյակների միջոցով: Չնայած գործադրված ջանքերին ոչ մի բնակիչ չէր եկել մասնակցելու լսումներին: Սա կարող է պայմանավորված լինել մի շարք հանգամանքներով, այդ թվում թեմայի նրբությամբ, որի շուրջ մարդիկ կարող են անհարմար զգալ խոսել հրապարակայնորեն: Ի լրումն, մարդիկ կարող են անտեղյակ լինել իրենց վերարտադրողական առողջության իրավունքների վերաբերյալ, հետևաբար՝ անտեղյակ լինել նաև դրանց խախտումների

վերաբերյալ: Սրանք ենթադրություններ են, որոնք պետք է ստուգվեն, և մարտահրավերներ են, որոնք պետք է հաշվի առնել նմանատիպ հասարակական հարցումների անցկացման ընթացքում: Ի վերջո, թիմը փորձել է հետազոտության փաստացի իրականացման գործում ներգրավել լրագրողներին: Այս հետազոտության շրջանակներում թիմը կազմակերպել է նախաճաշ, որին հրավիրված ակտիվ լրագրողներին բացատրվել է հետազոտության էությունը և այն դերը, որ նրանք կարող են ունենալ դրա անցկացման ընթացքում: Թեև լրագրողները մեծ հետաքրքրություն էին ցուցաբերում նախաճաշի ընթացքում, այնուամենայնիվ նրանց կողմից ակտիվ ներգրավվածություն հետագայում չի նկատվել: Չնայած վերոնշյալ բարդություններին փորձ է արվել տվյալների հավաքագրմանը մասնակից դարձնել հնարավորինս շատ թվով մարդկանց, որն իրականացվել է խմբային քննարկումների և խորացված հարցազրույցների միջոցով:

3

ԻՐԱՎԱԿԱՆ ՀԻՄՔԵՐԸ

Հայաստանի միջազգային պարտավորությունները: Սեռական և վերարտադրողական առողջությանն առնչվող իրավունքները մարդու իրավունքների միջազգային օրենքի ամենազգայուն և հակասական, բայց և ամենակարևոր խնդիրներից են: Այս իրավունքները երաշխավորված են մի շարք պայմանագրային փաստաթղթերով և այլ գործիքներով, որոնք հստակ սահմանագծում են պետական պարտավորությունները այդ իրավունքների պաշտպանության ուղղությամբ: Այս իրավունքների կիրառումը տարածաշրջանային մակարդակում պայմանավորված է տեղական սոցիալ-մշակութային ավանդույթներով և սովորույթներով, որոնք որոշիչ դեր են խաղում նրանում, թե որքանով են այդ իրավունքները ընդունված, պաշտպանված և կիրառելի: Նման ավանդույթները կամ խախտում են, կամ պաշտպանում անհատի իրավունքները: Ստորև նկարագրված բաժիններում ներկայացված են մարդու իրավունքներին առնչվող այն հիմնական միջազգային պայմանագրերը և գործիքները, որոնց անդամակցում է Հայաստանը և որոնք անդրադառնում են ՍՎԱԻ-ին:

Միջազգային համաձայնագրեր. 1) Քաղաքացիական ու քաղաքական իրավունքների մասին միջազգային դաշնագիր, 2) Տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների մասին միջազգային դաշնագիր, 2) Խոշտանգումների և այլ դաժան, անմարդկային կամ նվաստացնող վերաբերմունքի ու պատժի դեմ կոնվենցիա, 4) Երեխայի իրավունքների մասին կոնվենցիա, 5) Կանանց նկատմամբ խտրականության բոլոր ձևերի վերացման մասին կոնվենցիա, 6) Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին կոնվենցիա, 7) Ռասայական խտրականության բոլոր ձևերի վերացման մասին միջազգային կոնվենցիա:

Բոլոր վերը նշված միջազգային համաձայնագրերը վավերացված են Հայաստանի կողմից առանց սեռական և վերարտադրողական իրավունքների որևէ սահմանափակման կամ հայտարարությունների:

Տարածաշրջանային համաձայնագրեր. 1) Մարդու իրավունքների եվրոպական կոնվենցիա, 2) Եվրոպական սոցիալական խարտիա:

Մարդու իրավունքները ներառում են իրավունքների իրավատերերին և պարտականություն կրողներին: Պարտականությունների հիմնական կրողները պետություններն են, իսկ իրավատերերը՝ անհատները: Պետություններն ունեն ինչպես դրական, այնպես էլ բացասական դերակատարություն մարդու իրավունքներին վերաբերող հարցերում: Դրանց մի մասը պահանջում է պետություններից զերծ մնալ իրավունքների իրացման նկատմամբ ոտնձգություններից, իսկ մյուսները՝ քայլեր ձեռնարկել անհատների կողմից մարդու իրավունքների աստիճանական և, ի վերջո, լիարժեք իրացման և օգտվելու հնարավորության ուղղությամբ: Այսպիսով, պետությունները կրում են մարդու իրավունքները հարգելու, պաշտպանելու, իրագործելու և խթանելու պարտավորություն:

Մարդու իրավունքները հարգելու պարտավորությունը պահանջում է պետություններից զերծ մնալ մարդու իրավունքների, այս դեպքում՝ սեռական և վերարտադրողական իրավունքների իրացմանը միջամտելուց կամ դրանք ուղղակիորեն կամ անուղղակիորեն խախտելուց: Սա երբեմն կոչվում է բացասական պարտավորություն, քանի որ այն պահանջում է կառավարությունից *զերծ մնալ* ինչ-որ գործողությունից: Օրինակ, պետությունը չպետք է խոչընդոտի անհատներին ստանալու առողջապահական ծառայություններ, չպետք է սահմանափակի հակաբեղմնավորիչների և հղիության ընդհատման գործընթացների հասանելիությունը, չպետք է խտրականություն կիրառի որոշ խմբերի հանդեպ նման ծառայությունների մատչելիության և տրամադրման առումով:

Պետական մարմինների պարտավորությունների երկրորդ խումբը պաշտպանելու պարտականությունն է: Պաշտպանելու պարտականությունը պահանջում է, որ պետական մարմինները կանխեն երրորդ կողմերի միջամտությունը սեռական և վերարտադրողական իրավունքների իրացմանը: Օրինակ, պետությունը պարտավոր է պաշտպանել և վերահսկել դեղատներում առկա դեղերի որակը, կանխարգելել վտանգավոր դեղերի իրացումը մատակարարների կողմից և կիրառել պատժամիջոցներ մարդու իրավունքները խախտողների նկատմամբ, ինչպիսիք են, օրինակ,

հղիության հարկադիր ընդհատումը կամ հարկադիր ստերիլիզացիան:

Պետության պարտավորությունների երրորդ խումբը իրագործման պարտականությունն է: Այն պահանջում է պետությունից ընդունել օրենսդրական, վարչական, բյուջետային, դատական և առաջխաղացման այնպիսի միջոցներ, որոնք հնարավորություն կընձեռեն և կնպաստեն սեռական և վերարտադրողական իրավունքների լիարժեք իրացմանը: Այսինքն՝ պետությունը պետք է ստեղծի այնպիսի միջավայր, որտեղ յուրաքանչյուր անհատ կկարողանա լիովին իրագործել իր իրավունքները: Օրինակ, պետությունը պետք է միջոցներ ձեռնարկի հակաբեղմնավորման գծով ծառայությունների մատուցման ուղղությամբ, գյուղական վայրերում կառուցի կլինիկաներ, որոնք կիրականացնեն հղիության անվտանգ ընդհատման ծառայություններ և հետաբորտային խնամք, սուբսիդավորի բժիշկների այցելությունները և ապահովի նախաձննդյան խնամք:

Ըստ ՄԱԿ-ի պայմանագրային վերահսկող մարմինների, սեռական և վերարտադրողական առողջության ասպարեզում կիրառելի են մարդու իրավունքների հետևյալ չափորոշիչները՝ ա) առկայությունը, բ) մատչելիությունը (ֆիզիկական, տնտեսական և տեղեկատվական մատչելիություն), գ) ընդունելիությունը և դ) որակը: Ավելին՝ մարդու իրավունքների պաշտպանության պայմանագրերը հիմք են հանդիսանում մի շարք հիմնարար սկզբունքների համար, որոնք առաջնորդում և ուղեցույց են հանդիսանում զարգացում պահանջող բոլոր ոլորտների համար, այդ թվում սեռական և վերարտադրողական առողջության քաղաքականության և միջամտությունների ասպարեզում: Դրանք են՝ ա) խտրականության բացառման և հավասարության սկզբունքները, բ) մասնակցության սկզբունքը, գ) հաշվետվողականության սկզբունքը¹⁴:

Մարդու իրավունքների ազգային հաստատությունները արտահայտել են վերարտադրողական իրավունքների նկատմամբ իրենց պարտավորությունները Ամմանի հռչակագրի և գործողությունների ծրագրի միջոցով, որը հաստատվել է Մարդու իրավունքների խթանման և պաշտպանության ազգային հաստատությունների միջազգային համակարգող կոմիտեի տասնմեկերորդ միջազ-

¹⁴ Տես հղում 3

գային համաժողովում: Համաժողովի ուշադրության կենտրոնում էր «Կանանց և աղջիկների մարդու իրավունքները: Գենդերային հավասարության խթանումը. մարդու իրավունքների ազգային հաստատությունների դերը»¹⁵:

Այստեղ կարևոր է նշել, որ կան նաև ոչ պետական պարտավորությունների կրողներ, որոնք ոչ պակաս կարևոր պարտականություններ ունեն իրավատերերի իրավունքների և կարիքների առնչությամբ: Առողջության իրավունքի և մասնավորապես ՍՎԱԻ համատեքստում, դրանցից ամենակարևորները ծառայություն մատուցողները և դեղագործական ընկերություններն են, որոնք կարող են երբեմն խոչընդոտել ՍՎԱԻ լիարժեք և արդյունավետ իրացումը:

¹⁵ Ամմանի հայտարարագիր և գործողությունների ծրագիր, հասանելի է հետևյալ հասցեով.
<http://bit.ly/1Q7dne5>

4

ՄԱՅՐԱԿԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅՈՒՆ ԱՆՎՏԱՆԳ ՀՂԻՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆ ԱՊԱՀՈՎԵԼՈՒ ՆՊԱՏԱԿՈՎ

Որակյալ մայրական առողջապահության հասանելիությունը ճանաչված է որպես մարդու իրավունք, և նման բուժօգնության անհասանելիությունը խնդիր է, որը ենթադրում է խտրականությունից զերծ լինելու իրավունքից և մարդու այլ իրավունքներից զրկում: Այս հանգամանքը ամենայն մանրամասնությամբ արտահայտված է Միավորված ազգերի կազմակերպության Մարդու իրավունքների խորհրդի կողմից¹⁶:

Նախաձննդյան բուժօգնությունը (ՆԾԲ), ծննդօգնությունը, արտակարգ իրավիճակներում մանկաբարձական բուժօգնությունը և հետծննդյան բուժօգնությունը այն առաջնահերթ բաղադրիչներն են, որ անհրաժեշտ են Բնակչության զարգացման միջազգային գիտաժողովի (ԲԶՄԳ)¹⁷ կողմից ճանաչված մայրական մահացության ցուցանիշը կրճատելու համար: Երեք քառորդով այդ ցուցանիշի կրճատումը 1990-2015 թթ. ընթացքում հանդիսանում է երկրների միջև Հազարամյակի մարտահրավերների շրջանակում համաձայնեցված Նպատակ 5Ա-ն¹⁸: ԿԶԳ Նպատակ 3-ով նախանշված է մինչև 2030 թ. աշխարհում մայրական մահացության ցուցանիշը 100.000 կենդանածին ծննդաբերությունների հաշվով հասցնել առնվազն 70-ի¹⁹:

Այս գլխում անդրադարձ կարվի Հայաստանում մայրական

¹⁶ Միավորված ազգերի կազմակերպության, Մարդու իրավունքների խորհրդի. որոշում 11/8, Տասնմեկերորդ նստաշրջան, կանխարգելիչ մայրական մահացություն և հիվանդացություն և մարդու իրավունքներ.Նյու Յորք, 2011. հասանելի է այս հղումով՝ <http://bit.ly/1UcECIZ>

¹⁷ Միավորված ազգերի կազմակերպության Բնակչության և զարգացման Միջազգային գիտաժողով (ԲԶՄԳ) գործողությունների ծրագիր, Կահիրե, 1994, պարբ. 8.22. հասանելի է այս հղումով՝ <http://www.unfpa.org/publications/international-conference-population-and-development-programme-action>

¹⁸ Միավորված ազգերի կազմակերպության Հազարամյակի զարգացման նպատակները 2015 թ. հետո, 5-րդ նպատակ: Մայրական առողջության բարելավում. հասանելի է այս հղումով՝ <http://www.un.org/millenniumgoals/maternal.shtml>

¹⁹ Կայուն զարգացման նպատակներ. Նպատակ 3. Ապահովել առողջ կյանք և խթանել բարեկեցությունը բոլորի համար, բոլոր տարիքներում. հասանելի է այս հղումով՝ <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>

առողջության պահպանման իրավունքների վերաբերյալ հարցման բացահայտումներին: Գլուխը սկսվում է Հայաստանում մայրական առողջության պահպանման ընթացիկ վիճակի նկարագրությամբ: Այն այնուհետև անդրադառնում է համակարգի առջև կանգնած խնդիրներին և մայրական մահացության և մահածնության վրա ազդող գործոններին: Այն նաև ներկայացնում է այն միջազգային պայմանագրերը, որոնց Հայաստանն անդամակցում է, և վերլուծում է տեղական իրավական և քաղաքական դաշտը: Գլուխը եզրափակվում է երկրում անվտանգ հղիություն և ծննդաբերություն ապահովելու նպատակով մայրական առողջության պահպանման համակարգին ուղղված առաջարկություններով:

4.1. Մայրական առողջապահության ոլորտի ընթացիկ միտումները

Համաձայն Հայաստանի ազգային վիճակագրական ծառայության, մայրական մահացության ցուցանիշը (մայրական մահացությունների քանակը 100.000 կենդանի ծնունդների հաշվով) Հայաստանում 3 տարվա միջինացված տվյալներով կազմել է 18,5 2014թ. դրությամբ²⁰: Մայրական մահացության ցուցանիշը (ՄՄՑ) Հայաստանում համանման է Եվրոպայի և Կենտրոնական Ասիայի տարածաշրջանի, այդ թվում՝ եկամտի տարբեր մակարդակ ունեցող երկրների ցուցանիշին (18,0՝ 2013թ.), այնուամենայնիվ այն բարձր է, քան Եվրամիությունում (8,0՝ 2013թ.)²¹:

Այս ցուցանիշը վերջին տասնամյակի ընթացքում նվազել է: Միջազգային կազմակերպությունների տվյալները ցույց են տվել տարեկան 3.0% ՄՄՑ նվազում 2000թ.-ից մինչև 2013թ.-ն ընկած ժամանակահատվածում²²: Այնուամենայնիվ առաջընթացն ավելի դանդաղ է, քան նախատեսված էր 2015թ. համար Հայաստանի

²⁰ Հայաստանի ազգային վիճակագրական ծառայություն. Սոցիալ-ժողովրդագրական իրավիճակը Հայաստանի Հանրապետությունում հունվար-դեկտեմբեր 2014 թ.. Երևան, 2015. հասանելի է այս հղումով՝ http://www.armstat.am/file/article/sv_12_14a_520.pdf

²¹ Համաշխարհային բանկ. Մայրական մահացության ցուցանիշ (մոդելային գնահատում 100,000 կենդանի ծնունդների հաշվով). Ժնև, 2014. հասանելի է այս հղումով՝ <http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT/countries/EU-Z7?display=graph>

²² WHO, UNICEF, IUDC, The World Bank, and United Nations Population Division Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Maternal mortality in 1990-2013. հասանելի է այս հղումով՝ http://www.who.int/gho/maternal_health/countries/arm.pdf

Հանրապետության կառավարության²³ կողմից և ըստ ՀԶԳ 5Ա թի-
րախի (10.0%)²⁴:

Հուսալի վիճակագրական տվյալներ Հայաստանում նախաձնն-
դյան, ծննդաբերության, արտակարգ իրավիճակներում մանկա-
բարձական օգնության և հետծննդյան բուժօգնության վերաբերյալ
չկան: Այդուամենայնիվ առկա են տվյալներ երկրորդային անպտո-
ղության վերաբերյալ²⁵, որը Հայաստանի Հանրապետության կա-
ռավարության կողմից ճանաչվել է որպես առանցքային խնդիր
2003-2015թթ. Մոր և մանկան առողջության պահպանման ռազմա-
վարական ծրագրում²⁶: Հայաստանի Հանրապետության Առողջա-
պահության նախարարության (ԱՆ) կողմից ներկայացված տվյալ-
ներով 2014թ. երկրորդային անպտղության ցուցանիշը կազմել է
10.6%²⁷: 2009թ. կատարված ուսումնասիրությունը արձանագրել է
11.4% երկրորդային անպտղության ցուցանիշ և 5.4% առաջնային
անպտղության ցուցանիշ հարցվողների շրջանում²⁸: Այս կապակ-
ցությամբ 2003-2015թթ. Մոր և մանկան առողջության պահպան-
ման ռազմավարական ծրագրում նշվում է, որ երկրորդային ան-
պտղության բարձր ցուցանիշը Հայաստանում պայմանավորված է
սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների և հղի-
ության արհեստական ընդհատման ցուցանիշի բարձր գերակշռու-
թյամբ²⁹:

²³ UNDP in Armenia. Improve maternal health: Where we are. Yerevan, 2013. հասանելի է
այս հղումով՝ [http://www.am.undp.org/content/armenia/en/home/post-2015/mdgoverview/
overview/mdg5.html](http://www.am.undp.org/content/armenia/en/home/post-2015/mdgoverview/overview/mdg5.html)

²⁴ ՀՀ կառավարություն, Միավորված ազգերի կազմակերպության հայաստանյան
գրասենյակում ՄԱԿ-ի մշտական համակարգող. Հայաստան. ՀԶՆ Ազգային ընթացիկ
գեկույց, Երևան, 2010թ. հասանելի է այս հղումով՝ <http://bit.ly/1ITyY0z>

²⁵ Երկրորդային անպտղությունը սահմանվում է ԱԿԿ կողմի որպես իրավիճակ, երբ
կինը չի կարողանում ծնել, կամ պայմանավորված հղիանալու անկարողությամբ
կամ կենդանածին հղիություն տանելու անկարողությամբ, ինչը հետևում է նախորդ
հղիությանը կամ նախորդ կենդանածին հղիությանը

²⁶ ՀՀ առողջապահության նախարարություն. 2003-2015 Մոր և մանկան առողջության
կյանքի պահպանման ռազմավարական ծրագիր. Երևան, 2003. հասանելի է այս
հղումով՝ <http://bit.ly/1QAATP1>

²⁷ ՀՀ առողջապահության նախարարություն. Պատասխան 01.09.2015 #01/13.3/4366-15
Հայաստանի Մարդու իրավունքների պաշտպանի հարցմանը. Երևան, 2015

²⁸ ՀՀ առողջապահության նախարարություն, Հայաստանի Հանրապետության ազգա-
յին վիճակագրական ծառայություն, ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի և Պերինատոլո-
գիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ինստիտուտ. Անպտուղ ամուսնությունների
տարածվածության և էթիոլոգիայի կլինիկահամաճարակաբանական ուսումնասիրություն,
Երևան, 2009. հասանելի է այս հղումով՝ <http://bit.ly/1NmKmVC>

²⁹ ՀՀ առողջապահության նախարարություն. 2003-2015 Մոր և մանկան առողջության
կյանքի պահպանման ռազմավարական ծրագիր. Երևան, 2003. հասանելի է այս
հղումով՝ http://www.moh.am/?section=static_pages/index&id=214&subID=91

4.2. Մայրական առողջության պահպանման իրավունքների վիճակը Հայաստանում

Պետությունները պարտականություն ունեն մշակելու օրենքներ, քաղաքականություններ, ծրագրեր և սովորույթներ, որոնք կապահովեն կանանց և աղջիկների առողջությունը և բարեկեցությունը հղիության, ծննդաբերության և հետծննդաբերական շրջանում³⁰: Նման իրավունքները կհամարվեն ապահովված միայն այն դեպքում, եթե կանայք և աղջիկները ունենան նախածննդյան բուժօգնության ծառայությունների, արտակարգ իրավիճակում մանկաբարձական բուժօգնության և ծննդօգնության, այդ թվում՝ անհրաժեշտության դեպքում կեսարյան հատման ծառայությունների, նորածինների առաջնային խնամքի ծառայությունների և հետծննդյան երկու օրերի ընթացքում հետծննդյան խնամքի ծառայությունների հասանելիություն^{31,32,33}:

Այս բաժնում անդրադարձ է արվում Հայաստանում մայրական առողջության պահպանման իրավունքների իրացման վիճակին՝ վերլուծելով մայրական առողջության պահպանման ծառայությունների հասանելիությունը, առկայությունը, որակը և մատչելիությունը:

³⁰ Committee on Economic, Social & Cultural Rights, Ընդհանուր մեկնաբանություն No. 14: The right to the highest attainable standard of health, Տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների Հանձնաժողով. Ընդհանուր մեկնաբանություն թիվ 14, ամենաբարձր մակարդակի առողջության իրավունք, 12(a) (2000), U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I), at 78, 2008

³¹ Կանանց նկատմամբ խտրականության բոլոր ձևերի վերացման Կոնվենցիա, art. 12(2), G.A. Res. 34/180, U.N. GAOR, 34th Sess., Supp. No. 46, at 193, U.N. Doc. A/34/46, 1981: ESCR կոմիտեի ընդհանուր մեկնաբանություն No. 14, ծան. 1, 43(d). ԱՀԿ Հիմնական դեղերի մոդելային ցանկը ներառում է misoprostol մանկաբարձական նպատակներով. ԱՀԿ, Հիմնական դեղերի մոդելային ցանկ 29, 2011.

³² ESCR կոմիտեի ընդհանուր մեկնաբանություն No. 14, ծան. 1, 43(d). ԱՀԿ Հիմնական դեղերի մոդելային ցանկը ներառում է misoprostol մանկաբարձական նպատակներով. ԱՀԿ, Հիմնական դեղերի մոդելային ցանկ 29, 2011.

³³ Տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների միջազգային դաշնագիր , art.10(2), G.A. Res. 2200A (XXI), U.N. GAOR, Supp. No. 16, U.N. Doc.A/6316, 1966.

4.2.1. Նախաձննդյան բուժօգնություն

Ըստ 2010թ. Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի (ՀժԱՀ) հետազոտության տվյալների, Հայաստանի գրեթե բոլոր կանայք (99.0%) ստանում են ՆԾԲ³⁴: Այս ցուցանիշը դրական միտում է ցույց տալիս 2005թ. ՀժԱՀ հետազոտությամբ գրանցված 93.0% ցուցանիշի համեմատ³⁵: ՆԾԲ շրջանակներում բժշկի այցելած կանանց տոկոսը շատ բարձր է (99.0%), և կանանց մեծամասնությունը (93.0%) այցելել է գինեկոլոգի: Այնուամենայնիվ վերջին ցուցանիշը քիչ է տատանվել: Շիրակի մարզում գինեկոլոգի միջոցով ՆԾԲ ստացած կանանց տոկոսը 86.0% է (հղի կանանց 12.0%-ը այցելել է ընտանեկան բժշկի), Լոռիում այդ ցուցանիշը կազմել է 76.0% (5.0%-ն այցելել է ընտանեկան բժշկի, իսկ 13.0%-ը՝ ՆԾԲ նպատակով այցելել է թերապևտի), իսկ մնացած բոլոր տարածաշրջաններում այդ ցուցանիշը գերազանցել է 90.0%-ը: Բուժքրոջ, մանկաբարձի կամ ֆելդշերի դերը ՆԾԲ ծառայություններում շարունակաբար նվազում է. 2010թ. այն եղել 1.0%-ից պակաս, 2005թ. 3.0%-ի համեմատ^{14,15}:

Մեր հարցազրույցները բուժաշխատողների և հղի կանանց հետ ցույց տվեցին, որ գրեթե բոլոր հղի կանայք ավելի հաճախ են ՆԾԲ այց կատարում, քան ԱՀԿ և Առողջապահության նախարարության կողմից առաջարկվող առնվազն 4-6 այցն է, և նրանց մեծամասնությունն առաջին այցը կատարում է բեղմնավորման 12-րդ շաբաթից: Սա փաստագրված է նաև ՀժԱՀ կողմից, համաձայն որի կենդանի ծնունդ ունեցած կանանց 93%-ը 2005-ից 2010թթ. ընթացքում ունեցել է 4 կամ ավելի ՆԾԲ այց ամենավերջին ծննդաբերության ընթացքում (քաղաքաբնակ և գյուղաբնակ բնակչության տարբերությունը կազմել է 96.0% և 89.0% համապատասխանաբար), և կանանց 80.0%-ը իրենց առաջին ՆԾԲ այցը կատարել են հղիության առաջին եռամսյակում¹⁴:

Հետազոտության ընթացքում հարցազրույցի մասնակիցները

³⁴ ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայություն, ՀՀ առողջապահության նախարարություն և ICF International. Հայաստանի ժողովրդագրական և առողջապահական հարցերի հետազոտություն 2010թ. Կալվերտոն, Մերիլենդ, 2012. հասանելի է այս հղումով՝ <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR252/FR252.pdf>

³⁵ ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայություն, ՀՀ առողջապահության նախարարություն, և ORC Macro. Հայաստանի ժողովրդագրական և առողջապահական հարցերի հետազոտություն 2005. Կալվերտոն, Մերիլենդ, 2006. հասանելի է այս հղումով՝ <http://dhsprogram.com/publications/publication-fr184-dhs-final-reports.cfm>

բարձրաձայնեցին երկու կարևոր հարց՝ կապված ՆԾԲ ծառայությունների հետ.

- ✓ Հարցմանը մասնակցած մանկաբարձ-գինեկոլոգներից (ՄԲ/ԳԻՆ) գրեթե բոլորը նշեցին, որ իրենք ստանում են ցածրորակ դեղորայք պետական հովանավորությամբ անցկացվող անվճար բուժօգնության շրջանակներում՝ պետական կանոնակարգերով սահմանված ամենացածրաթեք դեղորայքի գնման մեխանիզմների արդյունքում:
- ✓ ԱՆ-ն մեզ ներկայացրեց 12 ուղեցույց և ստանդարտ՝ ՆԾԲ, ծննդօգնության և հետծննդյան բուժօգնության կազմակերպման և տրամադրման վերաբերյալ: Հարցմանը մասնակցած ՄԲ/ԳԻՆ-ներից շատերը առկա ուղեցույցները և ստանդարտները գնահատեցին որպես բավարար, սակայն համարում են, որ դրանք բավարար չեն ողջ ոլորտի ծածկույթ ապահովելու համար: Նաև, նրանց մեծամասնությունը հայտնեց, որ չկան կլինիկական ուղեցույցներ և արձանագրություններ: Նրանք նաև նշեցին, որ բարդություններով և անհետաձգելի իրավիճակներով դիմող հիվանդների գծով արձանագրությունների բացակայությունը մտավախություն է առաջացնում, որ անբարենպաստ ելքի դեպքում իրենք չեն կարողանա ապացուցել, որ բուժման ընտրված մեթոդը ճիշտ է եղել:

Ցանկալի կլիներ, որ բոլոր հիվանդանոցները աշխատեին միևնույն արձանագրություններով: Լինում է, որ մենք հիվանդին նշանակում ենք մի դեղամիջոց, իսկ նա Երևանում գնում է մեկ այլ հիվանդանոց, որտեղ նրան ասում են, որ նման նշանակումը սխալ է և վրանգավոր է իր երեխայի կյանքի համար:

Գինեկոլոգ, Սյունիք

Ես կուզենայի ունենալ մանրամասն կլինիկական ցուցումներ, որոնք ինձ կհուշեին, թե ինչ անել այն առանձնահատուկ դեպքերում, երբ հիվանդը ներկայանում է բարդություններով:

Գինեկոլոգ, Շիրակ

Միջազգային փորձագետները նույնպես նշում են, որ առկա են բուժօգնության որակի խնդիրներ և միջազգային չափանիշներին

համապատասխանող պետական մակարդակով կլինիկական ուղեցույցներ և բուժհաստատությունների մակարդակով կլինիկական արձանագրություններ չկան³⁶:

Մեր այցելած վեց մարզային ծննդատներից երկուսը տեղակայված էին հին շենքերում և ունեին հին սարքավորումներ: Այս երկու կենտրոններում բժիշկները նաև նշեցին, որ օգտվում են հին ախտորոշիչ սարքերից: Նման կենտրոններից մեկը՝ Գյումրիի ծննդատունը, 1988թ. երկրաշարժից հետո տեղափոխվել է պոլիկլինիկայի շենք: Այս կենտրոնի բժիշկները նշում էին, որ ունեն ժամանակակից սարքավորումների կարիք: Չնայած առկա կարիքներին, հիվանդանոցը վերջին մի քանի տարիների ընթացքում չի ստացել որևէ էական օժանդակություն: Սևանի ծննդատունը նույնպես գտնվում էր հին շինությունում և ուներ հին սարքավորումներ, սակայն հիվանդանոցի համար նոր շենք է կառուցվում: Մնացած հիվանդանոցները վերանորոգված էին և հագեցած էին սարքավորումներով:

Վերարտադրողական բուժճառայությունների ֆիզիկական, զգայական և սոցիալ-մշակութային հասանելիությունը ներկայանում է ընդհանուր առմամբ ոչ համապատասխան Հայաստանի հաշմանդամություն ունեցող կանանց համար³⁷: Հաշմանդամություն ունեցող կանայք և աղջիկները ֆիզիկական անհասանելիությունը հաղթահարում են ուրիշների օգնությամբ, ուստի և վերարտադրողական բուժօգնություն ստանալիս զգում են այլոց օգնության կարիքը³⁸: 2014թ. հուլիսի դրությամբ Հայաստանում կա 8,585 հաշմանդամ կին³⁹: Սակայն առաջնային բուժօգնության հաստատություններում և ծննդատներում աշխատող բուժանձնակազմը,

³⁶ Միավորված ազգերի կազմակերպության հայաստանյան թիմի զեկույցը պատրաստված Մարդու իրավունքների խորհրդի Հայաստանի Հանրապետության երկրորդ համընդհանուր պարբերական դիտարկման 5/1 բանաձևի պարբերություն 15 (B) համապատասխան. հասանելի է այս հղումով՝ <http://www.refworld.org/pdfid/54c0f8634.pdf>

³⁷ Զգայական հասանելիությունը վերաբերում է լսողության և տեսողական ամբողջական կամ մասնակի խանգարումներ ունեցող մարդկանց համար միջավայրի հարմարեցմանը. Սոցիալ-մշակութային մատչելիությունը վերաբերում է հասարակության անդամների իրազեկմանը և հաշմանդամների նկատմամբ վերաբերմունքին

³⁸ Զարուհի Բատոյան. Գենդերային և առաջնորդության հետազոտությունների կենտրոն. Հայաստանում վերարտադրողական բժշկական ծառայությունների ներառականությունը և մատչելիությունը հաշմանդամություն ունեցող կանանց և աղջիկների Երևան, 2014. հասանելի է այս հղումով՝ <http://bit.ly/21UKQfe>

³⁹ ՀՀ ԱԿԾ. Հաշվառված հաշմանդամների թվաքանակը 2014 թվականի հունվար-հունիսին. Երևան, 2014. հասանելի է այս հղումով՝ http://www.armstat.am/file/article/sv_06_14a_540.pdf

որոնց հետ հարցազրույց էինք վարել, դժվարությամբ էին մտաբերում դեպքեր, որ հաշմանդամություն ունեցող կանայք դիմած լինեին ծննդօգնության համար, կամ իրենց աշխատանքային պրակտիկայի ընթացքում նման դեպքերը եզակի էին եղել: Այդ դեպքերը նկարագրելիս բժիշկները նշում էին, որ այդ հիվանդների հետ իրենց շփումը որպես կանոն տեղի է ունեցել մեկ այլ ուղեկցող անձի օգնությամբ:

Լրատվամիջոցներից մեկում վերջերս հրապարակված մի հաշվետվության մեջ նշվում էր, որ երբեմն ՄԻԱՎ դրական ցուցանիշով կանանցից լրացուցիչ գումար է պահանջվել մեկանգամյա օգտագործման գործիքների և պարագանների համար⁴⁰: Նույն հաշվետվությունում ևս մեկ դեպք է նկարագրվում, երբ ՄԻԱՎ դրական ցուցանիշով կնոջը խորհուրդ է տրվել դադարեցնել հղիությունը՝ իր ՄԻԱՎ վարակակիր լինելը նկատի ունենալով: Բուժանձնակազմի հետ մեր հարցազրույցներում բացահայտվեց, որ նրանք կամ երբևիցե բուժօգնություն չեն տրամադրել ՄԻԱՎ դրական ցուցիչով հղի կանանց, կամ՝ այդ կնոջ վիճակի մասին տեղեկանալով նրան ուղարկել են բուժումը շարունակելու Երևանի հիվանդանոցներում:

Հարցազրույցների ընթացքում տեղեկացանք, որ կանանց՝ գաղտնիության հիմունքով խորհրդատվություն ստանալու իրավունքը երբեմն խախտվում է: Ինչպես նկարագրեց հարցվողներից մեկը՝

Իմ նախածննդյան խորհրդատվության ընթացքում առնվազն 3-4 այլ հղի կանայք էին ներկա լինում բժշկի սենյակում և նրանք հստակ կարող էին լսել իմ խոսակցությունը բժշկի հետ:

Վերջերս ծննդաբերած կին, Երևան

Ավելին, հարցազրույցի ընթացքում որոշ կանայք իրենց հղիության և ծննդաբերության բուժօգնության վերաբերյալ բժշկից ստացած տեղեկատվությունը համարում էին անբավարար իրազեկված որոշում կայացնելու համար և օգտագործում էին Ինտերնետը լրացուցիչ տեղեկատվություն ստանալու նպատակով: Մյուսները տեղյակ չէին իրենց տարածքի ծննդատներում «Մայրերի դպրոց»

⁴⁰ Պետրոսյան Ա. (2015, Նոյեմբերի 11). ՄԻԱՎ-դրական հղի կանայք բախվում են խտրական վերաբերմունքի. *Medialab.am*. հասանելի է այս հղումով՝ <http://blog.apastyle.org/apastyle/2013/04/how-to-cite-a-news-report.html>

ծառայության առկայության մասին: Նրանք նաև ավելացրեցին, որ անպայման կօգտվեին այդ ծառայությունից, եթե տեղյակ լինեին: Նման դպրոցները նպատակ ունեն կրթել ապագա մայրերին, մասնավորապես հղիության, կերակրելու, հետծննդյան շրջանում խնամքի և նորածինների խնամքի հարցերում⁴¹:

4.2.2. Ծննդաօգնություն

Հայաստանում ծնունդների ընդունումը բուժանձնակազմի կողմից գրեթե համընդհանուր է: Ըստ 2010թ. ՀԺԱՀ-ի տվյալների Հայաստանում գրեթե բոլոր ծննդաբերությունները (99.4%) տեղի են ունենում բուժաստատություններում: Հետազոտությանը նախորդող հինգ տարիների ընթացքում կենդանի ծնունդների 97.0%-ը տեղի է ունեցել բժշկի հսկողության ներքո⁴²:

Բուժքույրերի կամ վերապատրաստված մանկաբարձների դերակատարությունը նվազել է 2000թ.-ից ի վեր՝ 14%-ից հասնելով 2.0%-ի 2010թ.-ին: Այս թիվը փոփոխվում է տարբեր մարզերում: Բուժքույրերի կամ վերապատրաստված մանկաբարձների դերակատարությունը դեռևս զգալի է Արագածոտնի մարզում (13 տոկոս) և Լոռու մարզում (8 տոկոս):

2010թ. ՀԺԱՀ տվյալների համաձայն, կանանց 60.0%-ը, որ ծննդաբերել են հարցմանը նախորդող հինգ տարիների ընթացքում, նշեցին, որ իրենց բուժօգնությունը հիվանդանոցում տրամադրվել է անվճար: 49.0%-ը ծննդաբերության ընթացքում ստացել է անվճար դեղամիջոցներ, ի տարբերություն կանանց 43.0%-ի, որոնցից գումար է պահանջվել մատուցվող ծառայությունների դիմաց⁴³:

Տարածաշրջանային ծննդատներում մեզ հետ հարցազրույց ունեցած հղի կանայք⁴⁴ նշեցին, որ իրենք ստացել են անվճար ծննդօգ-

⁴¹ ՀՀ առողջապահության նախարարություն. Նախաձննդյան բուժօգնության ծառայությունների ընդլայնում. Նորությունների թողարկում. Հուլիս 15, 2010թ. հասանելի է այս հղումով՝ <http://www.moh.am/?section=news/open&id=143&nid=1200>

⁴² ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայություն, ՀՀ առողջապահության նախարարություն և ICF International. Հայաստանի ժողովրդագրական և առողջապահական հարցերի հետազոտություն 2010թ.. Կալվերտոն, Մերիլենդ, 2012. հասանելի է այս հղումով՝ <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR252/FR252.pdf>

⁴³ ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայություն, ՀՀ առողջապահության նախարարություն և ICF International. Հայաստանի ժողովրդագրական և առողջապահական հարցերի հետազոտություն 2010թ.. Կալվերտոն, Մերիլենդ, 2012. հասանելի է այս հղումով՝ <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR252/FR252.pdf>

⁴⁴ 25 հարցազրույց է անցկացվել տվյալ պահին հղի կամ նախորդող երկու ծննդաբերած կանանց հետ

նության ծառայություն հիվանդանոցում և որ իրենցից լրացուցիչ գումար չի պահանջվել: Անհրաժեշտ է նշել, որ բուժանձնակազմը միշտ փորձում էր ներկա գտնվել այս հարցազրույցներին, ինչը կարող է ազդած լինել հարցվողների պատասխանների վրա: Բուժհաստատությունից դուրս անցկացվող հարցազրույցների ժամանակ կային կանայք, որոնք ընտրել էին վճարովի ծննդօգնության ծառայություններ: Նրանց շարքում կային կանայք, որոնք ունեին մարզի գրանցում, սակայն ծննդօգնություն ստացել էին մայրաքաղաքում, և այնպիսի կանայք, որոնք ցանկություն են հայտնել իրենց նախընտրած գինեկլորգի մոտ բուժօգնություն ստանալ և պաշտոնապես վճարել են դրա համար:

Ես ամուսնուս հետ պարում եմ Երևանում, սակայն դեռևս մարզի գրանցումս չեմ փոխել: Ինձ ասացին, որ ես պետք է վճարեմ բոլոր ախտորոշիչ հետազոտությունների և ծննդաբերության համար, քանի որ ես մարզից եմ:

Վերջերս ծննդաբերած կին, Երևան

Սկզբից ես գնացի փեղի բժշկի մոտ՝ ՆԾԲ ստանալու համար, սակայն շատ հիասթափված էի բուժօգնության որակից և պոլիկլինիկայի վիճակից: Այնուհետև, առանց գրանցմանս վայրը փոխելու, ես փոխեցի ինձ բուժող բժշկին և բոլոր ծառայությունների համար ամբողջությամբ վճարեցի:

Վերջերս ծննդաբերած կին, Երևան

Մեր հարցազրույցներից պարզ դարձավ, որ բուժանձնակազմին դրամական պարգևներ տալու սովորույթը չի վերացել: Ավելին, որպես կանոն ուշադրության մակարդակը բուժանձնակազմի կողմից ավելի բարձր է այն կանանց նկատմամբ, որոնք իրենց գրպանից են վճարում ծառայության դիմաց, ի տարբերություն «Ծննդօգնության պետական հավաստագրով» ծննդկանների:

Ամուսինս բժշկին «շնորհակալություն» է հայտնել փողով:

Վերջերս ծննդաբերած կին, Արարապ

Ես զուր սիմվոլիկ գումար եմ տվել բուժքրոջը, որը ինձ մոտ բերեց երեխային դուրս գրվելիս:

Վերջերս ծննդաբերած կին, Երևան

Հետազոտության ընթացքում հարցազրույցի մասնակցած բուժաշխատողները հետևյալ խնդիրները բարձրացրեցին ծննդօգնության վերաբերյալ.

Ծննդատները Հայաստանի հեռավոր շրջաններում նեոնատոլոգների և անեստեզիոլոգների պակաս են զգում: Բժիշկներն այս խնդիրը վերագրում են ցածր աշխատավարձին, հարգանքի ոչ բավարար մակարդակին և լրատվամիջոցների կողմից հնչեցվող բազում բողոքներին:

Դեռևս առկա են ծննդատներ Հայաստանում, որոնք կարիք ունեն արդիական սարքավորումների: Բացի դրանից, հարցվող բժիշկների մեծամասնությունը նշեցին պետական բյուջեից ոչ բավարար ֆինանսավորման մակարդակը:

Մեզ անհրաժեշտ են ընդհանուր անզգայացման և արհեստական շնչառության նոր սարքավորումներ: Մինչ օրս մենք օգտվում ենք խորհրդային շրջանում արտադրված սարքավորումներից:

Բժիշկ, Շիրակ

Թեև ընդհանուր առմամբ մայրական մահացության դեպքերը Հայաստանում լայնորեն լուսաբանվում են ՋԼՄ-ներում և հետաքննության ենթարկվում համապատասխան պետական մարմինների կողմից⁴⁵, չկա որևէ վկայություն այն մասին, որ նման դեպքերի գնահատումը հանգեցնում է պետական մակարդակով նոր ուղեցույցների կամ հիվանդանոցի մակարդակով նոր արձանագրությունների մշակման և ներդրման: Ընդհանուր առմամբ, ԱՆ-ին կատարած հարցումները, հիվանդանոցներում ունեցած հարցազ-

⁴⁵ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն. Պատասխան 05.11.2015 Հայաստանի Մարդու իրավունքների պաշտպանի հարցմանը. Երևան, 2015

րույցները և միջազգային կազմակերպությունների⁴⁶ հաշվետվությունները ուսումնասիրելով մենք պարզեցինք, որ առկա է գործուն տեղեկատվական համակարգի մշակման անհրաժեշտություն:

Ինչ վերաբերում է նախադեպերի վրա հիմնված ուսուցմանը, ՀՀ առողջապահության նախարարությունը իր 17.08.2015 N2209-Ա⁴⁷ կարգադրությամբ ներկայացրել է կանոնակարգ ծննդատներում բարեհաջող կառավարված և լուծված ծայրահեղ իրադրությունների վերլուծության և գրանցման վերաբերյալ: Սա կարող է գերազանց հնարավորություն ծառայել բժիշկների համար ծայրահեղ դեպքերի կառավարման վերաբերյալ փոխանցված տեղեկատվությունից դասեր քաղելու առումով: Բժիշկների հետ զրուցելիս մենք տեղեկացանք, թե որ ոլորտներում կա բարելավման կարիք: Օրինակ, մի մանկաբարձ-գինեկոլոգ նշեց հետևյալը.

Շափ բժիշկներ անգամ տեղյակ չեն, որ կա այդպիսի հանձնաժողով, որին կարելի է ներկայացնել բարեհաջող կառավարված ծայրահեղ դեպքերի վերաբերյալ տեղեկատվություն: Բացի այդ, նման քննարկումներին մասնակցում է նաև մարզպետարանի առողջապահության բաժնի պետը: Նա մասնագիտությամբ մանկաբարձ-գինեկոլոգ չէ: Նրա ներկայությունն ուղղակի խոչընդոտում է նորմալ քննարկմանը: Նա պարզապես խնդիրներ է որոնում, որպեսզի մատնանշի:

Բժիշկ, Գեղարքունիք

Գրեթե բոլոր բժիշկները, որոնց հետ մենք զրուցել ենք, անցել են շարունակական մասնագիտական վերապատրաստման դասընթացներ և մասնակցել միջոցառումների. միջոցառումների մեծ մասը, որոնց նրանք մասնակցել են, կազմակերպված են եղել միջազգային կազմակերպությունների կողմից: Բոլոր հարցված ՄԲ/ԳԻՆ-ների կողմից այդ դասընթացները գնահատվել են որպես օգտակար, նրանք նշում էին, որ կցանկանային ավելի շատ ներգրավված լինել շարունակական մասնագիտական զարգաց-

⁴⁶ Միացյալ ազգերի կազմակերպության հայաստանյան թիմը գեկույցը պատրաստվել է համապատասխան պարբերություն 15 (B) բանաձևի 5/1 Մարդու իրավունքների խորհրդի երկրորդ համընդհանուր պարբերական դիտարկման Հայաստանի Հանրապետության հասանելի է այս հղումով՝ <http://www.refworld.org/pdfid/54c0f8634.pdf>

⁴⁷ ԱՆ կարգադրություն N2209-Ա, 17.08.2015. հասանելի է այս հղումով՝ http://www.moh.am/?section=static_pages/index&id=587

ման միջոցառումներում: Որոշ բժիշկներ նաև նշում էին, որ երբեմն առաջարկվող դասընթացների թեմաները կրկնվում են, և որ կցանկանային մասնակցել սեմինարների Առողջապահության նախարարության կողմից մշակվող նոր ուղեցույցների և չափանիշների վերաբերյալ: Մյուս կողմից, բուժքույրերը և մանկաբարձները ոչ այնքան ակտիվորեն են ներգրավված նման դասընթացներում, նրանք մասնակցում են միայն պարտադիր 3-5 շաբաթական դասընթացներին, որոնք անցկացվում են 3 կամ 5 տարին մեկ անգամ:

4.2.3. Անհետաձգելի մանկաբարձական բուժօգնություն

Ծննդաբերական բարդությունների ժամանակ շտապ օգնության հասանելիության լավ ցուցանիշ է կեսարյան հատման հնարավորության առկայությունը⁴⁸: Ըստ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության, կեսարյան հատման ընդունելի ցուցանիշն է 5%-ից 15%⁴⁹: 15%-ից բարձր կեսարյան հատման ցուցանիշները համարվում են չափազանց բարձր, իսկ 5%-ից ցածր ցուցանիշները վկայում են, որ կեսարյան հատման կարիք ունեցող ոչ բոլոր կանայք են այն ստանում^{50,51}: Ըստ Առողջապահության նախարարության վիճակագրական տվյալների, կեսարյան հատման ցուցանիշներն աճել են վերջին 5 տարիների ընթացքում և այժմ զգալիորեն բարձր են 15%-ի շեմից (25.7%՝ 2014 թ., 23.7%՝ 2013թ., 22.4%՝ 2012 թ., 21.7%՝ 2011 թ., 18,9%՝ 2010 թ.)⁵²:

Մեր որակական հետազոտությունը պարզեց, որ մարզային բոլոր այն ծննդատները, որտեղ մենք այցելել ենք, հազեցած են արտակարգ իրավիճակներում ծննդաբերական բուժօգնության սարքավորումներով: Բացի այդ, եթե ծննդատունը չունի անհրաժեշտ

⁴⁸ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն. Անհրաժեշտ և անհարկի կեսարյան հատումների թիվը տարվա ընթացքում: Չարաշահումը որպես համընդհանուր հասանելիության խոչընդոտ. 2010թ. հասանելի է այս հղումով՝ <http://www.Who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf>

⁴⁹ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն. Անհրաժեշտ և անհարկի կեսարյան հատումների թիվը տարվա ընթացքում: Չարաշահումը որպես համընդհանուր հասանելիության խոչընդոտ. 2010թ. հասանելի է այս հղումով՝ <http://www.Who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf>

⁵⁰ Althabe, F., and J. M. Belizan. Caesarean Section: The Paradox. 2006. *Lancet* 368(9546):1472-1473. doi:10.1016/S0140-6736(06)69616-5.

⁵¹ ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամ (UNICEF), Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն (ԱՀԿ), և ՄԱԿ Բնակչության հիմնադրամ (ՄԱԲՀ). 1997. Մանկաբարձական Ծառայությունների առկայության և օգտագործման մոնիտորինգի ուղեցույց. Նյու Յորք: UNICEF, ԱՀԿ, և ՄԱԲՀ.

⁵² Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն. Պատասխան 05.11.2015 Հայաստանի Մարդու իրավունքների պաշտպանի հարցմանը. Երևան, 2015

սարքավորումներ կամ անձնակազմ՝ արտակարգ իրավիճակում մանկաբարձական բուժօգնություն ապահովելու համար, կան աշխատանքային ընթացակարգեր հիվանդին ավելի բարձր կարգի ծննդատուն տեղափոխելու/ուղեգրելու համար:

4.2.4. Հետծննդյան բուժօգնություն

Ըստ Առողջապահության նախարարության կողմից ընդունված ստանդարտի, հետծննդյան շրջան սահմանվում է ծննդաբերությունից հետո ընկած 42-օրյա ժամկետը⁵³: 2010 թ. ՀԺԱՀ-ում նշվում է, որ հարցմանը նախորդող երկու տարվա ընթացքում ծննդաբերած կանանց 3.0%-ը չի անցնում հետծննդյան հետազոտություն: Ընդհանուր առմամբ, ծննդաբերած կանանց 8.0%-ը չի ստանում հետծննդյան խնամք ծննդաբերությունից հետո 2 օրվա ընթացքում, այսինքն ցանկալի ժամկետում⁵⁴:

Հարցումը չի արձանագրել հետծննդյան խնամքի ծառայությունների վերաբերյալ որևէ բողոք վերջերս ծննդաբերած կանանցից:

Սակայն, ուշագրավ է, որ շրջանների որոշ ծննդատներ կատարած այցելությունների ժամանակ մեզ առաջարկում էին մտնել ծննդկանի հիվանդասենյակ առանց այցելուների համար նախատեսված հիվանդանոցային վերնազգեստի: Մեկ դեպքում, մեր թիմի անդամին, որը հարբուխով հիվանդ էր և գերադասում էր մնալ մանկաբարձ-գինեկոլոգիական բաժանմունքից դուրս, ասացին, որ «նորմալ է», եթե նա ներս մտնի, քանի որ «ստուգող» է: Չնայած վարակի վերահսկողությունը չի ներառված մեր հետազոտության շրջանակում, այնուամենայնիվ մեզ համար այս դեպքերը մտահոգիչ են:

4.3. Իրավական և քաղաքական հիմունքները

Վերարտադրողական առողջության իրավունքները երաշխավորված են տարբեր միջազգային պայմանագրերով և փաստաթղթերով, որոնք հստակ սահմանում են կառավարության պարտավորությունները այդ իրավունքները պաշտպանելու հարցում:

⁵³ Executive order of the Minister of Health N 77-N, 28 November, 2013. հասանելի է այս հղումով՝ <http://www.arlis.am/documentview.aspx?docID=89318>

⁵⁴ ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայություն, ՀՀ առողջապահության նախարարություն և ICF International. Հայաստանի ժողովրդագրական և առողջապահական հարցերի հետազոտություն 2010թ. Կալվերտոն, Մերիլենդ, 2012. հասանելի է այս հղումով՝ <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR252/FR252.pdf>

Հայաստանը հանդիսանում է ՄԱԿ-ի մարդու իրավունքների բոլոր ինը պայմանագրերի և լրացուցիչ արձանագրությունների մեծամասնության անդամ:

4.3.1. Պետական իրավական և քաղաքական հիմունքները

Այսօր Հայաստանում առկա է բարենպաստ օրենսդրական դաշտ մայրական առողջության պահպանման ծառայությունների համընդհանուր հասանելիություն ապահովելու համար: Պետական իրավական համակարգի հիմնադրույթները սահմանված են Հայաստանի Հանրապետության Սահմանադրությամբ: Սահմանադրությունում մասնավորապես ասվում է. «Յուրաքանչյուր ոք ունի օրենքով սահմանված եղանակներով բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունք: Յուրաքանչյուր ոք ունի անվճար հիմնական բժշկական ծառայություններ ստանալու իրավունք: Դրանց ցանկը և մատուցման կարգը սահմանվում են օրենքով»⁵⁵:

«Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքը սահմանում է, որ կինն ունի անվտանգ մայրության իրավունք: Այն կնոջը իրավունք է վերապահում հղիության ընթացքում առողջության պահպանման, ծննդաբերության և հետծննդյան ժամանակաշրջանում իր, պտղի առողջությանը և նորածինն նվազագույն ռիսկ պատճառող մեթոդների կիրառմամբ օգնություն ստանալու: Այս հոդվածում նաև նշվում է, որ կինն իրավունք ունի հղիության ընթացքում ստանալու հղիության և ծննդաբերության հետ կապված անվճար բժշկական օգնություն և սպասարկում՝ պետության երաշխավորած առողջապահական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում⁵⁶:

«Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքը սահմանում է, որ յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի մատչելի ձևով ստանալու տեղեկություն իր առողջական վիճակի, հետազոտությունների արդյունքների, հիվանդության ախտորոշման և բուժման մեթոդների, դրանց հետ

⁵⁵ ՀՀ Սահմանադրություն, Article 38. հասանելի է այս հղումով՝ <http://www.parliament.am/parliament.php?id=constitution&lang=eng>

⁵⁶ Հայաստանի Հանրապետության Օրենքը Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին, հոդված 6 . 11/12/2002. հասանելի է այս հղումով՝ <http://www.parliament.am/legislation.php?sel=show&ID=1339&lang=arm>

կապված ռիսկի, բժշկական միջամտության հնարավոր տարբերակների, հետևանքների և բուժման արդյունքների մասին: Օրենքը նաև սահմանում է հիվանդի բժշկական տեղեկատվության գաղտնիության ապահովման դրույթները⁵⁷:

Հայաստանի Հանրապետության խորհրդարանը նաև ընդունել է օրենքներ հաշմանդամություն, ՄԻԱՎ/ԶԻԱՀ ունեցող անձանց կամ ռասայական և էթնիկ փոքրամասնությունների ներկայացուցիչների համար առողջապահական ծառայությունների հասանելիության ապահովման և նրանց հանդեպ խտրականության կանխման վերաբերյալ:

Հայաստանի կառավարությունը հայտարարել է իր պատրաստակամությունը որակյալ վերարտադրողական առողջության ծառայությունների ապահովման ուղղությամբ, որպես առողջապահության ոլորտի հիմնական առաջնահերթություն: Վերարտադրողական առողջությանը և մայրական առողջությանը վերաբերող հարցերն արտացոլվել են կառավարության ռազմավարական փաստաթղթերում, այդ թվում 2003-2015 թթ. Մոր և մանկան առողջության պահպանման ռազմավարական ծրագրում⁵⁸, Վերարտադրողական առողջության բարելավման ազգային ծրագրում և այլն⁵⁹:

Կան որոշ կարևոր հարցեր, որոնց տակավին պետք է անդրադառնալ, մասնավորապես՝

✓ Մինչ այժմ «բժշկական սխալը» Հայաստանում սահմանված չէ օրենքով: Բացի այդ, մայրական առողջապահության չափանիշները և ուղեցույցները չեն ապահովում ամբողջ ոլորտի ծածկույթ:

◀ առողջապահության նախարարությունը 2011թ.-ից ի վեր սկսել է մշակել բժշկական ծառայությունների մատուցման չափանիշներ և ուղեցույցներ: Սակայն, այդ գործընթացը դանդաղում է և պետք է արագացվի: Բացի այդ, նշված ստանդարտների և ուղեցույցների մի մասը հանձնարարական բնույթ է կրում:

⁵⁷ Հայաստանի Հանրապետության Օրենքը Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին, հոդված 7 և 19. 4/3/1996. հասանելի է այս հղումով՝ <http://www.parliament.am/legislation.php?sel=show&ID=1688&lang=arm>

⁵⁸ Հայաստանի Հանրապետության կառավարություն. N1000-N Decision: 2003-2015 Strategic Plan for Mother and Child Health Preservation. Approved on August 8, 2003. հասանելի է այս հղումով՝ http://www.moh.am/?section=static_pages/index&id=214&subID=91

⁵⁹ Հայաստանի Հանրապետության կառավարության N29 որոշում. Հաստատված է հուլիսի 26, 2007. հասանելի է այս հղումով՝ <http://www.moh.am/AzgCragir/Reprod.pdf>

- ✓ Պետական հովանավորությամբ բուժօգնության շրջանակներում դեղորայքի պետական գնման գործընթացը կարգավորող ընթացիկ արձանագրությունները որպես հիմնական առաջնահերթություն են համարում դեղերի գինը, մինչդեռ դեղերի որակին և արդյունավետությանը առաջնային նշանակություն չի տրվում:

Արդյունքում՝ ծննդատները, որպես կանոն, ստանում են ամենաէժեան դեղամիջոցները, ինչն անհանգստություն է առաջացնում բժշկական հանրության շրջանում: Դեղամիջոցների պետական գնման կանոնակարգման խնդիրներին անդրադարձ է կատարվում նաև Հայաստանի Մարդու իրավունքների պաշտպանի 2014 թ. տարեկան զեկույցում⁶⁰:

4.4. Եզրակացություններ

Մեր հետազոտությունը ցույց է տալիս, որ Հայաստանը զգալի առաջընթաց է արձանագրել մայրական հիվանդացության և մահացության գործոններին անդրադառնալու առումով: Հիմնական ձեռքբերումներից են՝ «Ծննդօգնության պետական հավաստագրի» ներդրումը, որով առաջարկվում են մայրական առողջության պահպանման անվճար ծառայություններ, որակյալ բուժօգնության առկայությունը գրեթե բոլոր հղի կանանց համար և համապատասխան ուղղորդման համակարգի առկայությունը, ինչպես նաև բարենպաստ օրենսդրական դաշտը և քաղաքականությունները: Բժշկական անձնակազմի շարունակական մասնագիտական վերապատրաստման ինստիտուտի ներդրումը ևս մեկ հնարավորություն է ընձեռում բուժանձնակազմին՝ շարունակաբար բարելավելու գիտելիքները և հիվանդների խնամքը:

Սակայն, դեռևս կան չլուծված հիմնահարցեր. չնայած նրան, որ ԱՆ-ն 2011 թ.-ից ի վեր սկսել է մշակել բժշկական ծառայությունների մատուցման չափանիշներ և ուղեցույցներ, պետական մակարդակով առկա մայրական առողջության կլինիկական ուղեցույցները չեն ընդգրկում ամբողջ դաշտը: Հետազոտության արդյունքում հավաքագրված վկայությունները նաև ցույց են տալիս, որ Հայաստանի մարզերում ոչ բոլոր ծննդատներն են գտնվում վերանորոգ-

⁶⁰ Հայաստանի Մարդու իրավունքների պաշտպան. 2014թ. տարեկան զեկույց, Երևան, 2015թ.

ված շենքերում և հաստատություններում և, որ ամենակարևորն է, զուրկ են արդիական ախտորոշիչ սարքավորումներից: Բացի այդ, մարզերում նկատվում է նեոնատոլոգների և անեսթեզիոլոգների պակաս: Վերը նշված գործոններն են այն հիմնական պատճառները, որ հանգեցնում են Հայաստանում տարբեր մակարդակների առողջապահական ծառայությունների գծով առկա անհամապատասխանություններին:

Հետազոտության արդյունքում նաև պարզ է դառնում, որ կեսարյան հատումը կիրառվում է սահմանվածից ավելի, և այդ միտումը Հայաստանում աճում է վերջին հինգ տարիների ընթացքում:

Նաև շատ մտահոգիչ են հիվանդների՝ գաղտնի պայմաններում խորհրդատվություն ստանալու իրավունքի խախտման, իրազեկված որոշումներ կայացնելու համար անհրաժեշտ համապարփակ տեղեկատվություն չտրամադրելու և «կանխիկ» վարձատրությամբ սպասարկվողների համեմատ «Ծննդոգնության պետական հավաստագրով» սպասարկվող հիվանդների հանդեպ խտրական վերաբերմունքի դեպքերը:

Հետազոտության ընթացքում հավաքագրված հրապարակային տվյալներից պարզ է դառնում, որ Հայաստանում վերարտադրողական բժշկական ծառայությունների մատչելիությունը հաշմանդամ կանանց համար ընդհանուր առմամբ բավարար մակարդակի վրա չէ: Մենք նաև ստացել ենք տվյալներ ՄԻԱՎ-դրական ցուցիչով հղի կանանց նկատմամբ խտրական վերաբերմունքի դրսևորումների վերաբերյալ:

Հետազոտության ընթացքում ի հայտ եկած օրենսդրական բացերից է բուժանձնակազմի կողմից հակաօրինական գործողությունների և ՀՀ կառավարության սուբսիդավորմամբ դեղորայքի ձեռք բերման ոչ ճշգրիտ գործելակերպի սահմանման մեխանիզմների բացակայությունը:

Հետազոտության արդյունքում նաև եզրակացվում է, որ առկա է մայրական մահացության դեպքերի հետ կապված փորձի փոխանակման պակաս, տեղեկատվական գործուն համակարգի մշակման ընթացակարգի, ինչպես նաև բժշկական պրակտիկայում փաստահենք բժշկության ներդրման անհրաժեշտություն:

4.5. Առաջարկություններ

Կլինիկական ուղեցույցներ: ԱՆ-ն պետք է առավել արագացված կերպով մշակի ազգային մակարդակով կլինիկական ուղեցույցները և չափանիշները, որոնք պետք է պարտադիր լինեն օգտագործողների համար, ինչպես նաև խրախուսի կլինիկական արձանագրությունների կիրառումը բուժաստատություններում՝ հիմք ընդունելով միջազգային չափորոշիչներն ու փաստափաստաբանական բժշկության սկզբունքները: Բուժաշխատողները պետք է շարունակաբար տեղեկացված լինեն այդ ուղեցույցների և ստանդարտների մասին քննարկումների և դասընթացների միջոցով:

Արդիական սարքավորումներ բոլոր մակարդակներում: Կառավարությունը պետք է պարբերաբար վերանայի լիցենզավորման պահանջները գինեկոլոգիական ծառայություններ մատուցող առողջապահական հաստատությունների համար, որպեսզի ապահովվի այդ հաստատությունների հագեցվածությունը անհրաժեշտ սարքավորումներով և անձնակազմով և պահպանվեն վարակի վերահսկման նորմերը: Ժամանակակից սարքավորումների և կլինիկական ուղեցույցների առկայությունը թույլ կտա օրենքով սահմանված կարգով իրականացնել կանանց բժշկական օգնությունը՝ նվազագույնի հասցնելով հղի կնոջ, պտղի և նորածնի ռիսկերը՝ նախաձննդյան և հետձննդաբերական շրջանում:

Հաշվետվողականության մեխանիզմներ: Բժշկական ոլորտում հակաօրինական գործողությունների և անփութության սահմանման ընթացիկ մեխանիզմը լավ չի ձևակերպված, և ստեղծում է մայրական հիվանդացության և մահացության դեպքերում պատասխանատվությունից խուսափելու հնարավորություններ: Մյուս կողմից, սակայն, շատ ՄԲ/ԳԻՆ-ներ մտավախություն ունեն, որ բարդություններով ուղեկցվող դեպքերում կարող են անարդարացիորեն մեղադրվել ախտորոշիչ և բուժական ուղեցույցների և արձանագրությունների բացակայության պատճառով: «Բժշկական սխալ» եզրույթը պետք է սահմանվի օրենքով: Նաև՝ պետք է լինեն բժիշկների հակաօրինական գործողությունների հետաքննության և հաշվետվության մանրամասն և անկողմնակալ մեխանիզմներ: Այս փոփոխությունները հաշվետվողականության մեխանիզմներ կստեղծեն բժշկական հակաօրինական գործողությունների դեմ և հստակ կանոնակարգող համակարգ կառաջարկեն բուժաշխա-

տողներին:

Պետական դեղորայքի գնումների բարելավված մեխանիզմ:
Պետական կարիքների համար դեղերի գնման գործընթացն իրականացվում է նույն մեխանիզմով, ինչ որ այլ պետական գնումների դեպքում, և ընտրության հիմնական չափանիշ հաճախ լինում է գինը: ՀՀ ԱՆ-ն պետք է ուշադրություն դարձնի այս հարցի լուծմանը: Բացի այդ, ԱՆ կողմից պետք է ապահովվի ավելի նպատակասլաց վերահսկողություն ձեռք բերվող դեղերի որակի նկատմամբ: Գնումների մեխանիզմի բարելավումը կնպաստի հղի կանանց՝ որակյալ բուժօգնություն ստանալու իրավունքի իրացմանը:

Կանանց առողջապահական ծառայությունների մատչելիությունը: Բժշկական հաստատությունները պետք է բարելավեն հաշմանդամ կանանց համար վերարտադրողական բժշկական ծառայությունների մատչելիությունը: Մյուս կողմից, բժշկական անձնակազմը պետք է շարունակաբար վերապատրաստվի հաշմանդամություն ունեցող անձանց հետ շփվելու էթիկայի թեմայով: Բժշկական անձնակազմը պետք է բարձր իրազեկվածություն ունենա ՄԻԱՎ դրական ցուցիչով հիվանդների իրավունքների վերաբերյալ և վերապատրաստված լինի նրանց սպասարկման էթիկայի վարքագծի առումով: Բացի այդ, պետք է միջոցներ ձեռնարկվեն, որպեսզի ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ով պայմանավորված հիվանդների հանդեպ խտրականություն գործադրող կամ անձնական առողջության վերաբերյալ տեղեկությունների գաղտնիությունը չպահպանող բուժաշխատողների նկատմամբ ըստ էության գործադրվեն պատասխանատվության միջոցների կիրառման գոյություն ունեցող մեխանիզմները:

Շարունակական մասնագիտական զարգացում: ՄԲ/ԳԻՆ-ների շարունակական մասնագիտական զարգացման դասընթացների արդյունավետությունը բարձր է գնահատվում, եթե մեծանում է որոշակի թեմաների շուրջ բժիշկների իրազեկվածությունը: Այս միջոցառումների թեմաները պետք է լինեն ավելի դիվերսիֆիկացված և անդրադառնան ժամանակակից, փաստահենք փորձին: Մյուս կողմից, չպետք է անտեսել շարունակական բժշկական կրթության միջոցառումների միջոցով մանկաբարձների և բուժքույրերի վերապատրաստումը հմտությունների ճիշտ զուգակցմամբ: Սա կնպաստի օրենքով սահմանված կարգով հղի կանանց, նորածիններին և

հետծննդյան շրջանում գտնվող կանանց որակյալ բուժօգնության ապահովմանը:

Բժիշկների ֆինանսական խրախուսում մարզերում: Հաշվի առնելով մարզային ծննդատներում ծնունդների սահմանափակ թիվը և ներկայիս վարձատրության մեխանիզմները, լավ վերապատրաստված մասնագետները, այդ թվում անեսթեզիոլոգները և նեոնատոլոգները, նախընտրում են աշխատել Երևանում: Կառավարությունը պետք է ստեղծի ֆինանսական խթաններ՝ խրախուսելու համար վերապատրաստված բժիշկների աշխատանքը հեռավոր մարզերում, որպեսզի մասնագիտացված հասանելի լինի Հայաստանի բոլոր կանանց և նորածիններին:

Հիվանդների իրավունքները և դերը: ԱՆ-ն պետք է մեծացնի վերահսկողությունը «Ծննդօգնության պետական հավաստագրով» սպասարկվող հիվանդներին և կանխիկ վճարող հիվանդներին միևնույն չափորոշիչների բարձրորակ բուժօգնության տրամադրում ապահովելու համար: Բուժաշխատողները պետք է տեղեկացված և վերապատրաստված լինեն հիվանդների գաղտնիությունը պահպանելու իրենց հիմնական պարտականությունների առնչությամբ և տրամադրեն համապարփակ տեղեկատվություն, որն անհրաժեշտ է իրազեկված որոշումներ կայացնելու համար: Արդյունավետ մեխանիզմներ պետք է մշակվեն բժշկական փաստաթղթերում պարունակվող հիվանդի մասին տեղեկությունների շրջանառության վերաբերյալ: Ավելի լավ վերահսկողություն պետք է ապահովվի բժշկական գաղտնիքի վերաբերյալ օրենքի առկա դրոյթների ավելի գործուն կիրառում ապահովելու ուղղությամբ:

Կեսարյան հատումներ: ԱՀ-ն պետք է ուսումնասիրի Հայաստանում կեսարյան հատումների թվի աճի հիմնարար պատճառները: Եթե նման գործողությունների չարաշահումը չունի օբյեկտիվ պատճառներ, մեխանիզմներ պետք է մշակվեն իրավիճակի վերահսկման ուղղությամբ:

5

ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՊԼԱՆԱՎՈՐՄԱՆ ՀԱՍԱՆԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆԸ. ՀԱԿԱԲԵՂՄՆԱՎՈՐԻՉՆԵՐԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՍԱՆԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆԸ

Բարենպաստ վերարտադրողական առողջությունը յուրաքանչյուր ընտանիքի, ամբողջ հասարակության, երկրի բարեկեցության և բարգավաճման հիմքն է: Վերարտադրողական առողջության իրավիճակը հանդիսանում է տնտեսական և սոցիալական կայուն զարգացման գրավական, իսկ ներդրումներն այդ ոլորտում դիտարկվում են որպես ապագային ուղղված ներդրումներ: Ընտանիքի պլանավորումը վերարտադրողական առողջության հիմնական բաղադրիչն է: Այն նաև սեփական կյանքի, հասարակության օպտիմալ զարգացման պլանավորում է: Պետությունն ու հասարակությունը պարտավոր են պատշաճ պայմաններ ստեղծել, համապատասխան միջոցառումներ իրականացնել, որոնք կպայմանավորեն առողջ երեխաների ծնունդը, նախադրյալներ կստեղծեն աճող սերնդի լիարժեք դաստիարակության և բնակչության վերարտադրողականության ապահովման համար:

Ընտանիքի պլանավորումը դրական ընդգրկուն ազդեցություն ունի սեռական և վերարտադրողական առողջության (ՍՎԱ) համար, այդ թվում՝ այն կանանց հնարավորություն է տալիս օգտվել ընտրություն կատարելու իրավունքից և վերահսկել սեփական պտղաբերությունը, նվազեցնում է մայրական և պտղի հիվանդացությունն ու մահացությունը, նվազեցնում է սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների (ՍՃՓՎ) վտանգը, ներառյալ ՄԻԱՎ-ի փոխանցումը:

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը (ԱՀԿ) ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների հասանելիությունն ընդգրկել է սեռական և վերարտադրողական առողջության ծառայությունների համընդհանուր հասանելիություն հասկացության սահմանման մեջ: Իր սահմանման մեջ ԱՀԿ-ն նշում է, որ սեռական և վերարտադրողական առողջության ծառայություն-

ների համընդհանուր հասանելիությունը ներառում է կանխման, ախտորոշման, խորհրդատվության, բուժման և խնամքի ծառայությունները, որոնք վերաբերում են նախածննդյան, մինչծննդյան, հետծննդյան և նորածնային խնամքին, ընտանիքի պլանավորման ծառայություններին, ներառյալ չբերությունն ու հակաբեղմնավորումը, հղիության վտանգավոր ընդհատումների (աբորտների) վերացմանը, սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի, վերարտադրողական ուղիների վարակների, արգանդի պարանոցի քաղցկեղի և այլնի կանխմանն ու բուժմանը, նաև՝ սեռական առողջ կյանքի օժանդակմանը⁶¹:

Այս բաժնում ուսումնասիրվում է բեղմնականխման արդյունավետ միջոցներից և մեթոդներից օգտվելու իրավունքի վիճակը Հայաստանի Հանրապետությունում: Այն սկսվում է ընտանիքի պլանավորման հարցում առկա միտումների վերլուծությունից, ներկայացնում է ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների հասանելիության տարատեսակ խոչընդոտները, քննարկում է միջազգային, տարածաշրջանային և ազգային քաղաքականությունն ու օրենսդրությունը և մատնանշում է դրանցում առկա բացթողումները: Այս բաժնում ներկայացված են առաջարկներ, որոնց օգնությամբ Հայաստանի Հանրապետությունում հնարավոր կլինի ապահովել «Վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքի 8-րդ հոդվածով յուրաքանչյուր կնոջ համար անվտանգ մայրության և անցանկալի հղիությունից ու հղիության արհեստական ընդհատումից խուսափելու նպատակով սահմանված բեղմնականխման արդյունավետ միջոցներից և մեթոդներից օգտվելու իրավունքի իրացումը:

5.1. Ընտանիքի պլանավորման միտումները

1991 թ. հռչակված անկախությունից ի վեր զգալի փոփոխություններ են տեղի ունեցել առողջապահական ծառայությունների մատուցման, այդ թվում՝ վերարտադրողական առողջության և ընտանիքի պլանավորման ոլորտում⁶²: Ձևավորված են ընտանիքի պլանավորման 75 կաբինետներ, որոնցից 22-ը Երևանում, մնացածը՝ երկրի մյուս մարզերում, որոնք աշխատում են ծննդատների,

⁶¹ Who.int

⁶² Անցումային առողջապահության պատկերը, 2013թ.

պոլիկլինիկաների և կանանց խորհրդատվության կենտրոնների հետ: Այս կաբինետները ստեղծվել են ՄԱԲՀ-ի աջակցությամբ: Վերջին 10 կամ ավելի տարիների ընթացքում ՄԱԲՀ-ն տրամադրել է համակցված հորմոնային հաբերի որոշ պաշարներ, պղնձե ներարգանդային պարույրներ, պահպանակներ և ներարկվող մեդրոքսիպրոգեստերոնային հակաբեղմնավորիչներ⁶³: Վերջին հինգ տարիների ընթացքում, հակաբեղմնավորման որևէ մեթոդի օգտագործման ցուցանիշ գրեթե չի փոխվել: Ի տարբերություն ՀԺԱՀ 2005-ի 53 տոկոս ցուցանիշի, ՀԺԱՀ 2010-ի արդյունքների համաձայն՝ հարցման պահին ամուսնացած 15-49 տարեկան կանանց 55 տոկոսն է նշել հակաբեղմնավորման որևէ մեթոդի օգտագործման մասին: Սակայն, ՀԺԱՀ 2000-ի համեմատությամբ, հարցման պահին ամուսնացած կանանց շրջանում հակաբեղմնավորման որևէ մեթոդի օգտագործման ցուցանիշը, որ կազմում էր 61 տոկոս, 2010 թ.-ին փոքր-ինչ նվազել է: Վերջին տասը տարիների ընթացքում նվազել է հակաբեղմնավորման ավանդական մեթոդների օգտագործման մակարդակը (2000թ.՝ 38 տոկոս և 28 տոկոս՝ 2010թ.-ին), հատկապես ընդհատված սեռական հարաբերությունների ցուցանիշը (32 տոկոս՝ 2000թ.-ին, և 25 տոկոս՝ 2010թ.-ին): Ընդհատված սեռական հարաբերությունների ցուցանիշի կրճատումն առավել ակնհայտ է հարցման պահին ամուսնացած գյուղաբնակ կանանց շրջանում (40 տոկոս 2000թ.-ին և 28 տոկոս՝ 2010թ.-ին): Մյուս կողմից, հարցման պահին ամուսնացած և ժամանակակից հակաբեղմնավորման մեթոդներ օգտագործող կանանց մասնաբաժինը 2000թ.-ի 22 տոկոսից աճել է մինչև 27 տոկոս՝ 2010թ.-ին: Մասնավորապես, ամուսնացած կանանց շրջանում տղամարդու պահպանակի օգտագործման ցուցանիշը 2000թ.-ի 7 տոկոս ցուցանիշից աճել է և 2010թ.-ի արդյունքների համաձայն կազմել է 15 տոկոս⁶⁴:

Ընտանիքի պլանավորման չբավարարված պահանջարկը կարող է հաշվարկվել որպես առանց որևէ հակաբեղմնավորիչ մեթոդի օգտագործման, սակայն հղիանալու ցանկություն չունեցող, կանոնավոր սեռական հարաբերություն վարող կանանց հարաբերակցություն: Ըստ 2013 թ. ՄԱԿ-ի ԵՏՀ տարածաշրջանային զեկույցի՝ ընտանիքի պլանավորման չբավարարված պահանջարկի

⁶³ «Բեղմնականխիչ միջոցների շուկայի սեզամետավորման հետազոտության հաշվետվություն», ՄԱԲՀ, 2014թ.

⁶⁴ ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայություն [Հայաստան] et al, 2012.

ցուցանիշը Հայաստանում 10% -15% է (ՄԱԿ-ի ԵՏՀ, 2013 թ.):

Բեղմնականիման ժամանակակից միջոցների սահմանափակ գործածությունը և ընտանիքի պլանավորման չբավարարված բարձր պահանջարկը կարող են բացատրվել 2 հիմնական գործոններով՝ սխալ պատկերացումներով և հորմոնային հակաբեղմնավորիչների վերաբերյալ գիտելիքների պակասով, ինչպես նաև ժամանակակից հակաբեղմնավորման մեթոդների անմատչելիությամբ: Արդյունքում՝ արբորտը դառնում է ընտանեկան պլանավորման «մեթոդ»⁶⁵:

2014 թ. ASTRA ցանցի փաստական տվյալներում նշվում է Հայաստանում հակաբեղմնավորման միջոցների օգտագործման ցածր մակարդակը, որը զուգորդվում է հղիության ընդհատման բարձր ցուցանիշներով: Բերվում են այդ իրավիճակի առաջացման մի քանի պատճառներ, այդ թվում՝ քաղաքական կամքի բացակայությունը և վերարտադրողական առողջության հարցերի կարևորության գիտակցության պակասը, հակաբեղմնավորիչների ժամանակակից ձևերի և դրանց մասին տեղեկատվության սահմանափակությունը, ծախսատարությունը, ինչը դժվարամատչելի է դարձնում հակաբեղմնավորումը, ինչպես նաև մեծ կշիռ ունեցող սոցիալական նորմերը⁶⁶: Պետք է նշել, որ պետական բյուջեն 2015 թ. առաջին անգամ ներառել է սոցիալապես խոցելի զույգերի շրջանում տարածման ենթակա ժամանակակից հակաբեղմնավորման միջոցների գնմանն ուղղված հատկացումներ:

5.2. Ընտանիքի համապարփակ պլանավորման հասանելիության խոչընդոտները

Մի շարք գործոններ խոչընդոտում են Հայաստանի Հանրապետությունում ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների հասանելիությունը: Այս բաժինը ներկայացնում է այն գործոնները, որոնք մատնանշել են հետազոտության մասնակիցները: Գործոնները դասակարգված են հետևյալ կերպ՝ պարագաների անմատչելիություն, սոցիալ-մշակութային խոչընդոտներ և ծախսեր:

⁶⁵ ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայություն, ՀՀ ԱՆ և ICF International. ԲԶԱՀ, Հայաստան, 2010, Կավվերտոն, Մերիլենդ.

⁶⁶ ASTRA Network (2014) Սեռական և վերարտադրողական առողջության իրավունքների կարգավիճակը Կենտրոնական և Արևելյան Եվրոպայում, Վարշավա, Լեհաստան. հասանելի է այս հղումով՝ <http://www.astra.org.pl/publications.html>

5.2.1. Ընտանիքի պլանավորման պարագաների անմատչելիություն

Հետազոտության արդյունքում պարզվել է, որ Հայաստանի Հանրապետությունում ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների հասանելիությունը խոչընդոտող գործոններից են ընտանիքի պլանավորման պարագաների, այդ թվում նաև նախքան ճիշտ բեղմնականիսման միջոց (հատկապես ժամանակակից հաբեր) օգտագործելու որոշումը համապատասխան հետազոտություններ անցնելու անմատչելիությունը և ժամանակակից բեղմնականիսման միջոցների և մեթոդների վերաբերյալ ամբողջական ճշգրիտ գիտելիքների բացակայությունը: Մասնավորապես՝ հարցված բժիշկների մեծ մասը համանման պատասխաններ են տվել, ինչպես օրինակ.

«Սոցիալապես անապահով վիճակում գտնվող կանանց երբ անվճար տրամադրում են հակաբեղմնավորիչը, օրինակ՝ ժամանակին հաբեր էինք տալիս, ապա մեծ հաճույքով օգտագործում էին, բայց հիմա, դե, չկա ու իրենք էլ գումար չեն կարող ծախսել...»:

Բուժաշխատող, Գեղարքունիք

Ինչ վերաբերում է մյուս խնդրին, այն է՝ բեղմնականիսման միջոցների և մեթոդների վերաբերյալ ամբողջական ճշգրիտ գիտելիքների բացակայությանը բնակչության շրջանում, ապա, օրինակ, բժիշկներից մեկը նշեց.

«Ինչքան էլ մենք տեղեկատվությունը տրամադրում ենք, բայց, դե, իրենք իրենց լսածով են անում: Կարծիք կա տարածված, որ հաբերը չաղացնում են ու մազակալման բերում, կամ սպիրալից հետո երեխա ունենալը դժվարանում է, և այլն: Ու չնայած որ, կարծես, բնակչության շրջանում իրազեկվածությունը աճել է հակաբեղմնավորիչների վերաբերյալ, բայց շատ թյուր կարծիքներ կան»:

Բուժաշխատող, Գեղարքունիք

«Բացադրում ենք ոնց պեղք է հարերը օգտագործեն, մի քանի անգամ էլ զանգում հարցնում են, հետո մեկ էլ տեսնում ենք հղի վիճակով գալիս են հիվանդանոց, ու արդեն որ խոսում ենք իրենց հետ, հասկանում ենք, որ ճիշտ չեն օգտագործել հարերը»:

Բուժաշխատող, Գեղարքունիք

Նշվածի մասին վկայում են նաև այլ հետազոտությունների արդյունքները, մասնավորապես ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի աջակցությամբ իրականացված⁶⁷ հետազոտության (2015 թվական) համաձայն՝ «ժամանակակից հակաբեղմնավորիչներ օգտագործելու համար ծախսերը առաջնային խոչընդոտներից մեկն են»։ Նշվում է նաև, որ հետազոտության արդյունքում պարզվել է, որ հարցված կանանց մեծ մասը ցանկություն հայտնել է օգտագործել ժամանակակից հակաբեղմնավորիչներ, բայց հետո խուսափել են՝

«Ոչ թե հենց հակաբեղմնավորիչի արժեքի պարճառով, այլ նախքան հակաբեղմնավորիչի օգտագործումը անհրաժեշտ բուժման ծախսերի հետևանքով»:

Գյուղաբնակ կանայք էլ որպես ֆինանսական խոչընդոտ նշել են.

«Գյուղից դեպի մոտակա քաղաքը գնալու խնդիրը կապված է ֆինանսական ապահովվածության հետ, ինչն էլ խոչընդոտ է դառնում ժամանակակից հակաբեղմնավորիչի օգտագործման համար»:

Զեկույցը արձանագրել է նաև սխալ գիտելիքի և տեղեկատվության արդյունքում առաջացած խնդիրներ, մասնավորապես.

«Մի շարք կանայք բեղմնավորումը վերահսկելու համար օգտագործել են մեթոդներ, որոնք հակաբեղմնավորման մեթոդներ չէին... Միաժամանակ և կանայք, և բուժաշխատողները պատմել են հակաբեղմնավորիչների սխալ օգտագործման դեպքեր»:

⁶⁷ «Ձայն տալով կանանց. Հակաբեղմնավորիչների և հղիության արհեստական ընդհատման հետ կապված ընկալումները և փորձը Հայաստանի գյուղական վայրերում», ՄԱԲՀ, 2015:

Նշված գեկույցը փաստում է նաև մեկ այլ խնդիր, որ բացահայտվել է սույն հետազոտության շրջանակներում, այն է՝

«Հարցվածներից շատերը վախեցել են, որ որոշ հակաբեղմնավորիչներ կարող են հանգեցնել առողջական բարդությունների... ինչպիսիք են՝ անպրոկություն, մաշկային խանգարումներ, մազերի աճ, հիշողության կորուստ և այլն»:

Մեզ հասանելի գրեթե բոլոր հաշվետվություններում⁶⁸ նշվում է, որ ժամանակակից բեղմնականխման միջոցների անվտանգությունը Հայաստանի կանանց և տղամարդկանց առաջնահերթ մտահոգություններից մեկն է: Այն թյուր կարծիքը, թե ժամանակակից բեղմնականխիչները վնասաբեր են առողջության համար, առկա է գյուղաբնակ և քաղաքաբնակ բնակչության թե ամուսնացած և թե չամուսնացած կանանց, երիտասարդ և տարեց սերունդների շրջանում, և այլն: Թվում է, թե խորհրդային տարիների բարձր դեղաբաժին պարունակող բեղմնականխիչների մասին գիտելիքները փոխանցվել են սերնդից սերունդ: Նաև այս կարծրատիպը կարող է դեր խաղալ՝ «այն, ինչ բնական է, վնաս չէ»⁶⁹:

Նման մտավախությունները և նախապաշարմունքները նաև փաստագրված են 2012թ. ՄԱԲՀ և Ընտանիքի պլանավորման միջազգային ֆեդերացիայի (ԸՊՄՖ) որակական ուսումնասիրությունում: Այդ ուսումնասիրությունում մասնավորապես նշվում է, որ իրենք արձանագրել են բազմաթիվ մեկնաբանություններ, որոնք պատկերել են ժամանակակից հակաբեղմնավորիչների անվտանգության մակարդակի վերաբերյալ մտահոգության մակարդակը Արևելյան Եվրոպայի և Կենտրոնական Ասիայի երկրներում, այդ թվում՝ Հայաստանում: Արժե մեջբերել ուսումնասիրության որոշ մեկնաբանություններ, մասնավորապես ահա թե ինչ է ասում Հայաստանից գյուղաբնակ միայնակ մի կին.

⁶⁸ «Ձայն տալով կանանց. Հակաբեղմնավորիչների և հղիության արհեստական ընդհատման հետ կապված ընկալումները և փորձը Հայաստանի գյուղական վայրերում» ՄԱԲՀ, 2015, ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայություն, ՀՀ ԱՆ և ICF International. ԲՁՄՀ, Հայաստան, 2010, Կալվերտոն, Մերիլենդ.

⁶⁹ USAID (2008) Փաստագիր: Ընտանիքի պլանավորումը Եվրոպայում և Եվրասիայում. http://www.usaid.gov/locations/europe_eurasia/health/technical_elements/family_planning.html

Ընկերս ինձ ասաց, որ հորմոնալ հակաբեղմնավորիչ հաբեր օգտագործելուց դեմքին կարող են մազեր աճել...

Նրանք եզրակացնում են, որ գրեթե վստահությամբ կարելի է ասել, որ տարածաշրջանում բեղմնականխման ժամանակակից միջոցների չկիրառմանը զգալիորեն նպաստում են դրանց ապահովության վերաբերյալ մտահոգությունները⁷⁰:

ԱՄՆ պետքարտուղարության ժողովրդավարության, մարդու իրավունքների, և աշխատանքի բյուրոն իր 2014թ. Մարդու իրավունքների վերաբերյալ Երկրի հաշվետվություններում մեջբերելով ՄԱԿ-ի Տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների կոմիտեի հուլիսի զեկույցը, մտահոգություն է հայտնում, որ բեղմնականխիչների առկայությունը սահմանափակ է⁷¹:

Հարցման ընթացքում բացահայտված խնդիրներից էր նաև այն, որ կարծիք կար, թե անհրաժեշտ չէ տեղեկացնել հակաբեղմնավորիչների մասին երիտասարդներին, որոնք դեռ երեխաներ պետք է ունենան: Օրինակ, բուժհաստատություններից մեկում նշվեց հետևյալը.

«Ինչի՞ պետք է պաշտպանվեն, ամուսնացել են՝ թող երեխա ունենան: Որ ես ներկա եմ լինում, ասում եմ՝ բա ամոթ չի՞, երեխեք ունեցեք, պաշտպանվելը դրս է...»:

Բժիշկ, Գեղարքունիք

Նշված մարզում լրջագույն խնդիրներից էր նաև այն, որ երիտասարդների, հատկապես դեռահաս աղջիկների՝ սահմանված կարգով 15 տարեկան հասակում սկրինինգ հետազոտության համար կանանց կոնսուլտացիա այցելությունների ժամանակ ծնողները նախապես արգելում են բժշկին խոսել բեղմնականխման միջոցների մասին իրենց երեխաների հետ: Մասնավորապես մի քանի

⁷⁰ ՄԱԲՀ EECARO, ԸՊՄՖ Եվրոպական Եվրոպական ցանց (2012) Արևելյան Եվրոպայում և Կենտրոնական Ասիայում բեղմնականխիչների օգտագործման հիմնական ազդող գործոնները. հասանելի է այս հղումով՝ <http://eeca.unfpa.org/publications/key-factors-influencing-contraceptive-use-eastern-europe-and-central-asia>

⁷¹ ԱՄՆ պետքարտուղարության ժողովրդավարության, մարդու իրավունքների, և Աշխատանքի բյուրոյի (2015) 2014 մարդու իրավունքների Երկրի հաշվետվություն. Վաշինգտոն. հասանելի է այս հղումով՝ <http://m.state.gov/md236496.htm>

բժիշկ բարձրաձայնեցին նշված խոչընդոտի մասին: (Ավելի մանրամասն տե՛ս Գլուխ 6):

Նույն քաղաքի պոլիկլինիկաներից մեկի ընտանեկան բժշկի հետ զրույցի ժամանակ ևս պարզվեց, որ վերջիններս իրենց կցված բնակչության շրջանում, այդ թվում նաև դեռահասների, որևէ իրազեկման աշխատանք չեն իրականացնում, միայն ուղղորդում են կանանց կոնսուլտացիա: Նույն պոլիկլինիկայում դեռահասների զորահավաքային հետազոտություններն իրականացնող կաբինետի բժիշկը նշեց, որ ինքը տղաների հետ բեղմնականխման միջոցների վերաբերյալ որևէ բացատրական աշխատանք չի իրականացնում, միայն ուղղորդում է սահմանված հետազոտություններն անցնելու:

Մեկ այլ խնդիր էլ, որ բացահայտվեց սույն հետազոտության ընթացքում, այն էր, որ չնայած հարցազրույցի բոլոր մասնակիցները (բժիշկներ, մայրեր) ասում էին որ բեղմնականխման միջոցների վերաբերյալ տեղեկատվությունը հիմնականում աշխատում են կանանց տրամադրել գաղտնի և մեկուսի պայմաններում, բայց և նշում էին, որ հետծննդյան շրջանում, օրինակ, խորհրդատվություն տրամադրվում է նաև ընդհանուր հիվանդասենյակներում մի քանի կնոջ միանգամից:

Մյուս խնդիրը, որ բացահայտվեց սույն հետազոտության շրջանակներում, շտապ բեղմնականխման ծառայությունների/միջոցների բացակայությունն է: Առաջնային մակարդակի ընտանեկան բժիշկների և ընտանիքի պլանավորման մասնագետների շրջանում հարցումը ցույց տվեց, որ նրանք չեն դիմում շտապ բեղմնականխման կամ չեն գնում դեղատոն դրա համար միջոցներ գնելու: Սակայն նրանք նաև նշում էին, որ չկան ուղեցույցներ, որոնք կարող են սահմանել, թե որն է հրատապ դեպք և թե ինչ տեսակի փաստաթղթավորում պետք է կատարվի: Իրավական վերլուծությունը նաև ցույց տվեց, որ չկան կանոնակարգեր շտապ բեղմնականխման կիրառման վերաբերյալ:

5.2.2. Կառուցվածքային խոչընդոտներ

1991թ. հռչակված անկախությունից ի վեր զգալի փոփոխություններ են տեղի ունեցել առողջապահական ծառայությունների մատուցման, այդ թվում՝ վերարտադրողական առողջության և ըն-

տանիքի պլանավորման ոլորտում: Ըստ «Բեղմնականիսիչ միջոցների շուկայի սեգմենտավորման հետազոտության» (ՄԱԲՀ, 2014 թվական) հաշվետվության, ընտանիքի պլանավորման ծառայությունները սովորաբար մատուցվում են վերարտադրողական առողջության կենտրոններում: Ընտանիքի պլանավորման բաժինները աշխատում են ծննդատների, պոլիկլինիկաների և կանանց խորհրդատվության կենտրոնների հետ: Կան 75 այդպիսի բաժիններ, որոնցից 22-ը՝ Երևանում, մնացածը՝ երկրի մյուս բոլոր մարզերում: Դրանք բոլորը ստեղծվել են ՄԱԲՀ-ի աջակցությամբ⁷²:

Ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների չբավարարված պահանջարկը բարձր է՝ 21.3 տոկոս, սակայն ավելի բարձր կլինի, եթե հաշվի առնվի նաև հակաբեղմնավորման ավանդական մեթոդների օգտագործումը. այդ դեպքում ժամանակակից բեղմնականիսիչ մեթոդների չբավարարված պահանջարկը կկազմի 49 տոկոս⁷³:

Բացի այդ, ըստ հետազոտության մասնակիցների, մեծ հեռավորությունը իրենց բնակավայրից դեպի վերարտադրողական առողջապահական ծառայությունների կենտրոններ նույնպես զգալի խոչընդոտ է հանդիսանում ընտանիքի պլանավորման կազմակերպման տեսանկյունից: Քաղաքաբնակ կանանց, հատկապես նրանց համար, ովքեր ունեն կրթություն և բավարար ընտանեկան եկամուտներ, ավելի հեշտ է ստանալ բեղմնականիսման ժամանակակից մեթոդների վերաբերյալ տեղեկատվություն և ծառայություններ, քան գյուղաբնակների համար, որոնք ապրում են չքավորության կամ ցածր եկամուտների պայմաններում, և հատկապես նրանց համար, ովքեր ապրում են տղամարդկանց աշխատանքային միգրացիայի շատ բարձր մակարդակ ունեցող գյուղական վայրերում: Տղամարդիկ, հատկապես գյուղաբնակ տղամարդիկ և պատանիները, հազվադեպ կամ գրեթե երբեք չեն այցելում կանանց համար նախատեսված ընտանիքի պլանավորման խորհրդատվական ծառայություններ մատուցող կենտրոններ: Շատ սակավաթիվ են դեռահաս տղաների և տղամարդկանց համար նախատեսված սեռական առողջության պահպանման ծառայությունները նույնիսկ

⁷² «Բեղմնականիսիչ միջոցների շուկայի սեգմենտավորման հետազոտություն» (ՄԱԲՀ, 2014 թ.)

⁷³ ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայություն, ՀՀ ԱՆ և ICF International. ԲԶԱՀ, Հայաստան, 2010, Կավվերտոն, Մերիլենդ.

Երևանում, իսկ մայրաքաղաքից դուրս ապրողները պետք է գան քաղաք՝ այդ ծառայություններից օգտվելու համար⁷⁴:

Նույն եզրակացությանն ենք եկել հարցազրույցներ ունենալով բժիշկների հետ: Մեր այն հարցին թե «բեղմնականխման միջոցների ընտրությունը կատարվում է՝ ելնելով առողջության համար առավել նպատակահարմարությունից (բժշկի կողմից խորհրդատվության արդյունքում որոշված), թե՛ ընտրվում է «հնարավոր մատչելի» տարբերակը», բժիշկները պատասխանում էին, որ ճիշտ է, խորհրդատվություն, դիմելու դեպքում, տրամադրվում է բայց որոշելիս, իհարկե, հնարավոր մատչելի տարբերակն են նախընտրում:

5.2.3. Մշակութային և սոցիալական խոչընդոտներ

Մեր հասարակությունում երեխա ունենալու և այդ մասին որոշում կայացնելու իրավունքի շուրջ մշակութային հավատալիքներն ու սովորույթները մեծ ազդեցություն ունեն ընտանիքի պլանավորման ծառայություններից օգտվելու վրա: Հետազոտությունը պարզել է, որ տղամարդիկ որոշ դեպքերում խոչընդոտ են հանդիսանում ընտանիքի պլանավորման ծառայություններից օգտվելու համար: Պարզվում է, որ կանանց մեծ մասը, ովքեր ցանկություն են հայտնել օգտվել հակաբեղմնավորիչներից, որոշակիորեն մերժում են ստացել իրենց ամուսինների կողմից: Հետազոտության ընթացքում բժիշկներն ասացին, որ երբևէ իրենց չեն դիմել խորհրդատվություն ստանալու համար ամուսիններով, դիմել են միայն կանայք: Երբևէ տղամարդիկ չեն դիմել բեղմնականխման միջոցներից օգտվելու հնարավոր տարբերակների վերաբերյալ խորհրդատվություն ստանալու համար: Նշվածը փաստում են նաև հետազոտության արդյունքները, համաձայն որոնց՝ «...որոշ դեպքերում կանայք նշել են, որ հակաբեղմնավորիչներ օգտագործելու կամ չօգտագործելու որոշումը փոխադարձ էր, թեև նրանց անձնական պատմությունները ցույց են տվել, որ իրականում հիմնական որոշումը կայացվել է ամուսինների կողմից»⁷⁵

Մեկ այլ խնդիր, որ բարձրաձայնվեց բժիշկների կողմից որպես ընտանիքի պլանավորման խոչընդոտ, արտագնա աշխա-

⁷⁴ «Բեղմնականխիչ միջոցների շուկայի սեզմենտավորման հետազոտություն», ՄԱԲՀ, 2014.

⁷⁵ «Ձայն տալով կանանց. Հակաբեղմնավորիչների և հղիության արհեստական ընդհատման հետ կապված ընկալումները և փորձը Հայաստանի գյուղական վայրերում» հետազոտություն (2015թ.):

տող ամուսինների հանգամանքն է (Գեղարքունիքի մարզ, Շիրակի մարզ): Մասնավորապես, բժիշկները նշում էին, որ շատ հաճախ, երբ իրենք սկսում են խոսել հակաբեղմնավորիչ միջոցներից, լսում են հետևյալ պատասխանը.

«Պաշտպանվել, բայց ումի՞ց պաշտպանվենք, առանց էդ էլ մարդ չի մնացել, տարվա մեծ մասը մենակ ենք»:

Հետազոտության ընթացքում ի հայտ եկավ հասարակության մեջ ձևավորված ևս մի կարծրատիպ, որը, կարծում ենք, խոչընդոտում է ընտանիքի պլանավորմանը, դա այն է, որ չգիտես ինչու, ըստ բժիշկների, մեծ մասամբ ընտանիքի պլանավորումը ընկալվում է «մի բան, որը պետք է միայն երեխաներ ունենալուց հետո»: Նշված մտածելակերպը, ինչպես նաև դեռահասների (աղջիկների) մայրերի դիրքորոշումը, որ իրենց երեխաների հետ նման թեմաներով պետք չէ խոսել, հաճախ խնդիրներ են ստեղծում հենց երիտասարդների համար:

Մշակութային հավատալիքները նույնպես ազդեցություն ունեն ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների ապահովման վրա: Ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների և դրանց վերաբերյալ տեղեկատվության շրջանակներում տղամարդիկ համարվում են պասիվ դերակատարներ, ինչը հանգեցնում է այդ խնդրի վերաբերյալ տղամարդկանց շրջանում տեղեկատվության պակասի: Ուշագրավ է, որ ընտանիքի պլանավորման շատ կլինիկաներ տղամարդկանց չեն դիտարկում որպես պոտենցիալ հաճախորդներ և իրենց գործը կազմակերպում են բացառապես կանանց համար:

Սոցիալական խնդիրները նույնպես խոչընդոտում են ժամանակակից բեղմնականիման միջոցների հասանելիությունը: Մեր կողմից իրականացված հարցումների ընթացքում այն հարցին, թե դիմում են արդյոք բուժհաստատություն սոցիալապես անապահով ընտանիքներից բեղմնականիման միջոցներ տրամադրելու խնդրանքով, ընտանիքի պլանավորման կաբինետների բժիշկների պատասխանները հիմնականում չէին տարբերվում.

«Շատ են դիմում, նախկինում ունեինք ու շատ էինք տրամադրում, որոշ քանակություն էլ դեռ մնացել էր ու տալիս էինք, հիմնականում պահպանակներ, ժամանակ է եղել՝ նաև ներարգանդային պարույրներ, հաբեր, բայց, դե, հիմա չկա՝ չենք տալիս»:

*Ընտանիքի պլանավորման կաբինետների բժիշկներ,
Գեղարքունիք*

Նշվածը փաստվում է նաև Բեղմնականիսի միջոցների շուկայի սեզամենտավորման հետազոտությամբ, որում, մասնավորապես, նշված է.

«Այս հետազոտության արդյունքում բացահայտվեցին բնակչության հետևյալ հատվածները, որոնք չեն կարող իրենց թույլ տալ կանոնավոր կերպով գնել ժամանակակից հակաբեղմնավորիչներ և հնարավորինս պետք է ընդգրկվեն անվճար կամ մասնակի վճարումով հակաբեղմնավորիչների հատկացման առաջնահերթ խմբերում: Ընդհանուր առմամբ այս հատվածներն են՝ ամենացածր՝ 40 տոկոս եկամուտ ունեցողները, գյուղական վայրերի բնակիչները, 15-24 տարեկան երիտասարդները, 2010թ. ՀԺԱՀՀ արդյունքներով հակաբեղմնավորիչների ամենացածր տարածվածություն ունեցող շրջանները, ԱՍՀՆ 30 միավորով սոցիալական օգնության իրավունք ունեցող խմբերը և հղիության արիեստական դադարեցում կատարած կանայք»⁷⁶:

5.2.4. Ընտանեկան պլանավորման վերաբերյալ ճշգրիտ տեղեկատվության պակասը

Չնայած նրան, որ մասնակիցների մեծ մասը նշում էր, որ խորհրդատվության դիմած շատ կանայք տեղեկացված էին հակաբեղմնավորման մեթոդների և դրանց օգտագործման վերաբերյալ, հարցազրույցներից պարզ դարձավ, որ տեղեկատվության պակաս կա հենց բժիշկների շրջանում: Հետևաբար կարող ենք եզրակացնել, որ հասարակությունը ևս կարիք ունի մասնագիտական տեղեկատվության: Բժիշկներից շատերը հայտարարում էին, որ իրենք պարբերաբար մասնակցում են մասնագիտական դասընթացների վերարտադրողական առողջության, մասնավորապես բեղմնականիսման և վերարտադրողական իրավունքների

⁷⁶ «Բեղմնականիսի միջոցների շուկայի սեզամենտավորման հետազոտություն», ՄԱԲՀ, 2014.

վերաբերյալ (գրեթե բոլորը նշեցին ՄԱԲՀ-ի կողմից 2015 թ. սեպտեմբեր-նոյեմբերին կազմակերպված դասընթացները): Այնուամենայնիվ, երբ նրանց հարց տրվեց, թե արդյոք գիտեն, որ իրենք և բժշկական հաստատությունը պարտավոր են տրամադրել հավաստի տեղեկատվություն հակաբեղմնավորման մեթոդների մատչելիության, արդյունավետության և անվտանգության մասին և որ, ըստ օրենքի, առաջնային մակարդակի բժշկական հաստատությունների կողմից տրամադրվող մանկաբարձական-գինեկոլոգիական օգնությունը ներառում է անցանկալի հղիության կանխման և ժամանակակից հակաբեղմնավորիչների վերաբերյալ տեղեկատվության տրամադրում անվճար բժշկական օգնության և կառավարության կողմից երաշխավորված ծառայությունների շրջանակներում, պատասխանները երկիմաստ էին: Նրանցից ոմանք պատասխանեցին դրական, սակայն երբ նրանց խնդրեցինք ներկայացնել ընթացակարգը, ակնհայտ դարձավ, որ հաստատությունում չկան դրա համար անհրաժեշտ մեխանիզմներ: Օրինակ, մասնակիցների գերակշռող մեծամասնությունը հաստատեց, որ իրենք չունեն հաճախորդների իրավունքների, այդ թվում՝ վերարտադրողական իրավունքների վերաբերյալ տեղեկատվական թերթիկներ: Ըստ բժիշկների՝ դիսպանսերային քարտերում որևէ գրառում չի կատարվում հակաբեղմնավորման վերաբերյալ տեղեկատվության և խորհրդատվության մասին: Ընտանեկան պլանավորման ծառայությունների կարիք ունեցող անձանց մասին ևս գրառումներ չեն կատարվում: Բժիշկներից մեկն ասաց.

Նախկինում, երբ մենք բաժանում էինք պահպանակներ, դեղահաբեր, դա պարտադիր գրանցվում էր: Բայց հիմա ոչինչ չի արվում:

Ընտանեկան պլանավորման բժիշկ, Գեղարքունիք

Այն հարցին, թե քանի կանայք են ծննդաբերությունից հետո դիմում մանկաբարձ-գինեկոլոգի խորհրդատվություն ստանալու համար, պատասխանը եղավ՝ «Մոտավորապես կեսը»:

Այն հարցին, թե արդյոք ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների կարիք ունեցող կամ գինեկոլոգիական խորհրդատվության դիմած անձանց տրամադրվում են տեղեկատվական նյութեր

բեղմնականիսման վերաբերյալ, բժիշկների պատասխանը բացասական էր, միննույն ժամանակ ընդգծվեց, որ առկա է նման տեղեկատվական նյութերի չբավարարված պահանջարկ: Նրանք նշում էին, որ իրենք ունեն մասնագիտական գրքեր/բուկլետներ, սակայն սուկ իրենց իսկ օգտագործման համար: Բժիշկներից մեկն ավելացրեց.

Ձկան տեղեկատվական նյութեր, այդ պատճառով էլ երիտասարդները դիմում են ինտերնետին: Բայց շատ հաճախ նրանք ստանում են սխալ տեղեկատվություն և ունենում են բազմաթիվ խնդիրներ: Օրինակ, նրանք օգտագործում են հակաբեղմնավորման միջոցներ, սակայն հանկարծ պարզում են, որ իրենք հղի են:

Գինեկոլոգ, Գեղարքունիք

2012 թ. ՄԱԲՀ-ի և ԸՊՄՖ-ի ուսումնասիրության արդյունքում պարզվեց, որ միգրանտ ամուսիններ ունեցող գյուղաբնակ կանայք, սահմանափակ եկամուտ ունեցող քաղաքաբնակ ծնողները և տարրական կամ միջնակարգ կրթություն ունեցող երիտասարդները ավելի մեծ հավանականությամբ պակաս գիտելիքներ ունեն Հայաստանում ժամանակակից հակաբեղմնավորիչների վերաբերյալ՝ քաղաքաբնակ ամուսնացած տղամարդկանց և կանանց համեմատ⁷⁷:

2010 թ. ՀԺԱՀ հաշվետվության տվյալներն ավելի լավատեսական են: Ըստ հաշվետվության, հակաբեղմնավորման վերաբերյալ գիտելիքները բարձր են Հայաստանի թե կանանց և թե տղամարդկանց շրջանում: Նրանց իրականացրած հարցման բոլոր մասնակիցները տեղյակ էին առնվազն մեկ բեղմնականիսման մեթոդի մասին (այդ թվում 91.0%-ին ծանոթ էր առավել լայնորեն հայտնի ավանդական մեթոդը՝ ընդհատված սեռական ակտը): Բացի այդ, ամուսնացած կանանց հայտնի էր միջինը գրեթե ութ մեթոդ: 2010 թ. հետազոտության մեջ ներգրավված ամուսնացած կանանց ավելի քան 90.0%-ը լսել էր հաբերի, տղամարդու պահպանակի և ներարգանդային պարույրի (ՆԱՊ) մասին: Հարցման մասնակիցներ

⁷⁷ ՄԱԲՀ EECARO, ԸՊՄՖ Եվրոպական ցանց (2012), Արևելյան Եվրոպայում և Կենտրոնական Ասիայում բեղմնականիսման օգտագործման հիմնական ազդող գործոնները. հասանելի է այս հղումով՝ <http://eeca.unfpa.org/publications/key-factors-influencing-contraceptive-use-eastern-europe-and-central-asia>

որը ավելի քիչ էին ծանոթ ժամանակակից այլ հակաբեղմնավորման մեթոդներին, ինչպիսիք են կանանց ամլացումը և ներարկվող հակաբեղմնավորիչները, փրփուրները/գելերը և բեղմնավորման շրջանի հաշվիչները: Հարցվողները նաև ավելի պակաս տեղյակ էին արտակարգ բեղմնականխման, տղամարդկանց ստերիլիզացիայի և իմպլանտների մասին:

2010 թ. ՀԺԱՀ-ը տրամադրում է տեղեկատվություն այն մասին, թե որտեղից են կանայք ձեռք բերում ժամանակակից հակաբեղմնավորիչներ: Հարցումը ցույց է տվել, որ ժամանակակից մեթոդներից օգտվողների տասից վեցը իրենց միջոցները ձեռք են բերում մասնավոր հատվածից և հիմնականում դեղատներից: Ներարգանդային պարույր օգտագործողների մեծամասնության (96.0%) համար հիմնական աղբյուր շարունակում է մնալ հանրային հատվածը: Երկրորդ ամենատարածված հակաբեղմնավորման ժամանակակից մեթոդը Հայաստանում պահպանակները և դեղահաբերն են, որոնք որպես կանոն ձեռք են բերվում դեղատներից (96.0% և 94.0%, համապատասխանաբար)⁷⁸:

Այս հարցման ընթացքում նաև պարզվել է, որ դեղատներում դեղագործները և/կամ դեղագետները տեղեկատվություն են տրամադրել, թե ինչպես կարելի է օգտագործել հակաբեղմնավորիչները, այդ թվում նաև «Cytotec» դեղամիջոցը, առանց հաճախորդներին ուղղորդելու բժշկի: Ի լրումն, չնայած «Cytotec» դեղամիջոցի ազատ վաճառքի արգելքին, նման դեպքեր արձանագրվել են տարբեր մարզերի դեղատներում: Դա հաստատվել է նաև տեղում այցելությունների ընթացքում:

5.2.5. Ընտանիքի պլանավորման անմատչելիությունը

Հղիության արհեստական ընդհատումները նշանակալի դեր են խաղում Հայաստանում ծնելիության վերահսկողության գործում⁷⁹: Հղիության արհեստական ընդհատումների ընդհանուր ցուցանիշը կազմել է մոտավորապես 0.8 (2010թ.): Հղիության արհեստական ընդհատումները կիրառվում են որպես ծնելիության վերահսկո-

⁷⁸ ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայություն [Հայաստան], Ministry of Health [Հայաստան] և ICF International (2012) Հայաստանի ժողովրդագրական և առողջապահական հարցերի հետազոտություն 2010թ., Կալվերտոն, Մերիլենդ: Հասանելի է այս հղումով՝ <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR252/FR252.pdf>

⁷⁹ ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայություն, ՀՀ ԱՆ և ICF International. ԲԶԱՀ, Հայաստան, 2010, Կալվերտոն, Մերիլենդ.

ղության մեթոդ: Ավելին, երեք հղիություններից մեկն ավարտվել է հղիության արհեստական ընդհատմամբ: Շատ հաճախ հղիության արհեստական ընդհատումը համարվում է ավելի հասանելի, անվտանգ և մատչելի, քան ժամանակակից հակաբեղմնավորման մեթոդները: Հինգ կանանցից երկուսը Հայաստանում (37.0%) ունեցել է հղիության արհեստական ընդհատում: Նրանք հայտարարել են, որ իրենք չեն օգտագործում հակաբեղմնավորման ժամանակակից միջոցները⁸⁰ դրանց վերաբերյալ համապարփակ տեղեկատվության բացակայության (60.0%) և ֆինանսական միջոցների սղության կամ ժամանակակից հակաբեղմնավորման մեթոդների բարձր գնի (15.0%) պատճառով:

Ընտանիքի պլանավորման մեթոդների և ծառայությունների հետ կապված ֆինանսական խնդիրները բարձրացվել են հետազոտության ժամանակ որպես մտահոգիչ խնդիր: Չնայած արքորտների բարձր թվաքանակին, տղամարդկանցից և կանանցից, ինչպես նաև պատանիներից շատերը նախընտրում են կանխել անցանկալի հղիությունը: Սակայն նրանք ընդգծել են, որ դժվար է գտնել հուսալի մեթոդ և որ անցանկալի հղիությունը հաճախ հակաբեղմնավորիչների անօգտավետության հետևանք է:

Ըստ վերը նշված հետազոտության, գյուղաբնակ կանայք հայտնում են, որ խորհրդատվությունը հետաքրքրալիս բեղմնականխման վերաբերյալ իրենց մոտ գրեթե բացակայում է⁸¹: Այս հետազոտությանը մասնակցած բժիշկների հետ հարցազրույցների արդյունքում մենք ևս եկել ենք այդ նույն եզրակացության:

Ըստ հետազոտության՝ ժամանակակից բեղմնականխման միջոցների բարձր գինը մեծ խոչընդոտ է դրանց ձեռք բերման համար: Թիրախային խմբի մասնակից տղամարդկանցից մեկը ասում էր.

⁸⁰ USAID, Գլոբալ առողջապահական նախաձեռնության ռազմավարություն, Հայաստան, March, 2012. <http://www.ghi.gov/whereWeWork//docs/ArmeniaStrategy.pdf>

⁸¹ «Չայն տալով կանանց. Հակաբեղմնավորիչների և հղիության արհեստական ընդհատման հետ կապված ընկալումները և փորձը Հայաստանի գյուղական վայրերում». Ձեկույց, ՄԱԲՀ, 2015 թ.

Նվազագույն աշխատավարձը Հայաստանում կազմում է 30,000 դրամ [պակաս, քան 100 դոլարն է]: Կանոնավոր սեռական կյանք վարող տղամարդը պահպանակների վրա պետք է ծախսի ամիսը մոտավորապես 3000 դրամ: Հղիության վաղ շրջանում հղիության արհեստական ընդհատման գինը տատանվում է 12 000-ից 18 000 դրամի սահմաններում: Հայաստանում շատերը չունեն աշխատանք կամ որևէ եկամտի աղբյուր և ֆինանսապես կախված են արտերկրում բնակվող իրենց հարազատներից: Նրանք այցելում են հանրային բուժկենտրոններ միայն այն ժամանակ, երբ կա արտակարգ իրավիճակ: Ես ուրիշ ասելու բան չունեմ⁸²:

Տեղեկատվության պակաս կա վերարտադրողական առողջության հարցերի մասին, հատկապես երիտասարդության շրջանում: Եվ ուստի նրանք չեն ցանկանում այցելել վերարտադրողական առողջության կենտրոններ: Երիտասարդների գրեթե կեսը խոստովանում է, որ կա ժամանակակից բեղմնականխման միջոցների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկատվության անհրաժեշտություն: Նրանց կարծիքով՝ առկա են բեղմնականխման ժամանակակից միջոցների հասանելիության լուրջ խնդիրներ: Նրանց մեկ չորրորդը որպես լուրջ խոչընդոտ մատնանշում է բարձր գինը⁸³:

Մատչելիության մասին խոսելիս բժիշկները նշում են նաև, որ՝

Երբ մենք նշանակում ենք հակաբեղմնավորիչներ, հատկապես հաբեր, մենք մտադրվածություն ունենք, քանի որ ավելի ճիշդ կլինի նախապես հանձնել որոշ հորմոնալ թեստեր: Բայց դրանք շատ թանկ են և մենք չունենք որևէ պետական կարգադրություն այդ կապակցությամբ: Այդ պատճառով էլ մենք տալիս ենք դեղատոմսեր առանց որևէ թեստերի: Եվ սա սխալ է:

Գինեկոլոգ, Շիրակ

⁸² Բեղմնականխիչ միջոցների շուկայի սեզամենտավորման հետազոտության հաշվետվություն, UNFPA, 2014 թվական

⁸³ ՀՀ ԱԿԾ, ՀՀ Աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարություն, Աշխատանքի և սոցիալական հետազոտությունների ազգային ինստիտուտ. ՀՀ բնակչության վերարտադրողական վարքագծի ընտրողական հետազոտություն: Արդյունքների վերլուծություն. ՄԱԲՀ, Երևան, 2009.

5.3. Ընտանիքի պլանավորման օրենսդրական և քաղաքական շրջանակները

Համաշխարհային հանրությունը շարունակ վերահաստատում է երեխաների և մայրերի պաշտպանության հետ կապված հարցերի կարևորությունը: Անկախացումից հետո Հայաստանը, լինելով Միավորված ազգերի կազմակերպության անդամ երկիր, միացել է պարտավորություններին, որոնց իրականացման շրջանակներում կանանց և երեխաների հետ կապված հարցերին տրվում է ազգային/պետական նշանակություն: Ընդգծելով այս ոլորտի առաջնահերթությունը, Հայաստանը կարևորել է մոր և մանկան առողջության և վերարտադրողական առողջության պաշտպանության հարցը:

Հայաստանը ընտանիքի պլանավորման իրավունքի իրացման գծով պարտավորություններ է ստանձնել մի շարք միջազգային, տարածաշրջանային և ազգային իրավական և քաղաքական համակարգերի շրջանակներում: Այս բաժինը քննարկում է ընտանեկան պլանավորմանը վերաբերող դրույթները:

5.3.1. Միջազգային և տարածաշրջանային օրենսդրական և քաղաքական շրջանակները

ՄԱԿ-ի ԲԶՄԳ տեսլականը ներառում է տղամարդկանց և կանանց միջև հավասարությունը վերարտադրողական առողջության վերաբերյալ որոշումների կայացման, երեխաների քանակի և ծնվելու ժամանակի կամավոր ընտրության և սեռական բռնությունից, հարկադրանքից և վնաս պատճառող գործողություններից զերծ մնալու տեսանկյունից⁸⁴: Այն նաև ճանաչում է տղամարդկանց և կանանց՝ իրենց սեփական ընտրությամբ ընտանիքի պլանավորման անվտանգ, արդյունավետ, մատչելի և ընդունելի մեթոդների վերաբերյալ տեղեկություն ստանալու և հասանելիության իրավունքները: Պեկինի գործողությունների ծրագիրը, մյուս կողմից, նշում է, որ սեռական և վերարտադրողական առողջության, կրթության, այդ թվում ընտանիքի պլանավորման, պակասը մեծ ազդեցություն ունի կանանց և տղամարդկանց վրա⁸⁵:

Կանանց նկատմամբ խտրականության բոլոր ձևերի վերացման

⁸⁴ https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_u_human_rights_20_years.pdf

⁸⁵ <http://www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwcw/off/a--20.en>

վերաբերյալ կոնվենցիայի (CEDAW) 12-րդ հոդվածով խրախուսվում է վերարտադրողական առողջության, այդ թվում ընտանիքի պլանավորման իրավունքը: Պետական մարմիններին կոչ է արվում ձեռնարկել բոլոր անհրաժեշտ միջոցները վերացնելու առողջապահության ոլորտում կանանց նկատմամբ խտրականությունը՝ տղամարդկանց և կանանց հավասարության սկզբունքով առողջապահական, այդ թվում՝ ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների հասանելիություն ապահովելու համար: CEDAW կոմիտեն իր եզրափակիչ դիտարկումներում (2009թ.) հայտարարել է (Ընդհանուր առաջարկություն 21). «Ապահով և հուսալի հակաբեղմնավորիչ միջոցների և դրանց օգտագործման վերաբերյալ տեղեկացված որոշում կայացնելու համար կանայք պետք է ունենան հակաբեղմնավորիչ միջոցների վերաբերյալ տեղեկություններ և սեռական դաստիարակության և ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների երաշխավորված հասանելիություն, ինչպես նախատեսված է կոնվենցիայի 10-րդ հոդվածի (ը) կետով»⁸⁶:

Տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների միջազգային դաշնագրի (ՏՄՄԻՄԴ) 10-րդ հոդվածը ճանաչում է աջակցությունը ընտանիքին որպես հասարակության բնական և հիմնարար միավոր: Հոդված 10 (2)-ը նախատեսում է, որ մայրերի համար պետք է ապահովվի հատուկ պաշտպանություն նախաձննդյան և հետձննդյան շրջանում:

Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների կոմիտեն հասանելիության խնդրին անդրադառնում է իր Ընդհանուր մեկնաբանություն 1-ում. «Օրինակ, հարկադիր ամլացման ցուցանիշն ավելի մեծ է հաշմանդամություն ունեցող կանանց շրջանում, և հաճախ նրանք զրկվում են իրենց վերարտադրողական առողջության վերահսկման և որոշումների կայացման իրավունքից, ելնելով այն ենթադրությունից, թե նրանք ի վիճակի չեն իրենց սեռական կյանքի մասին որոշում կայացնել: Որոշ երկրներում ևս կանանց՝ պարտադրված որոշումներ կայացնելու ցուցանիշը ավելի բարձր է տղամարդկանց համեմատ: Հետևաբար, հատկապես կարևոր է վերահաստատել, որ հաշմանդամ կանանց իրավազորությունը պետք է ճանաչվի մյուսների հետ հավասար հիմունքներով»⁸⁷:

⁸⁶ <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom21>

⁸⁷ <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf?OpenElement>

Խոշտանգումների և այլ դաժան, անմարդկային կամ արժանապատվությունը նվաստացնող վերաբերմունքի կամ պատժի դեմ կոմիտեն գտել է, որ վերարտադրողական առողջապահական հաստատություններում կանայք կարող են ենթարկվել տանջանքների կամ վատ վերաբերմունքի⁸⁸:

Մարդու իրավունքների հանձնաժողովի՝ սեռական և վերարտադրողական առողջության իրավունքների վերաբերյալ զեկույցը մատնանշում է հետևյալը.

Սեռական և վերարտադրողական առողջության բազմաթիվ խոչընդոտներից շատերը փոխկապակցված են և միահյուսված: Դրանք առկա են տարբեր մակարդակներում՝ կլինիկական խնամք, առողջապահական համակարգերի մակարդակ և առողջության վրա ազդող որոշիչ գործոններ: Ի լրումն կենսաբանական գործոնների, սոցիալական և տնտեսական պայմանները ևս նշանակալի դեր են խաղում կանանց սեռական և վերարտադրողական առողջությունը որոշելիս: Աղջիկների և կանանց անբարենպաստ սոցիալական վիճակը հաճախ պատճառ է դառնում սեռական և վերարտադրողական առողջության վատթարացման: Շատ կանայք բռնության են ենթարկվում հղիության ընթացքում, ինչը կարող է առաջացնել վիժում, վաղաժամ ծննդաբերություն և ցածր քաշով պտղի ծնունդ:

Առողջության իրավունքը նաև պահանջում է հաշվետվողականություն: Առանց հաշվետվողականության մեխանիզմների, առողջության իրավունքից բխող պարտականությունները քիչ հավանական է, որ լիովին հարգված լինեն:

Ըստ Գլխավոր վեհաժողովի զեկույցի՝ քրեական օրենքները և այլ իրավական սահմանափակումները, որոնք նվազեցնում են կամ չեղարկում ընտանիքի պլանավորման պարագաների և ծառայությունների կամ որոշակի ժամանակակից հակաբեղմնավորիչ մեթոդների հասանելիությունը, ինչպիսիք են արտակարգ իրավիճակների հակաբեղմնավորիչները, իրենցից ներկայացնում են առողջության իրավունքի խախտում: Օրինակ, որոշ պետություններ քրեականացրել են արտակարգ իրավիճակների հակաբեղմնավորիչների բաշխումը և օգտագործումը, արդարացնելով այդ

⁸⁸ http://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/Reproductive_Rights_Violations_As_Torture.pdf

օրենքներն այն պնդմամբ, թե արտակարգ իրավիճակների հակաբեղմնավորիչները համարժեք են արբորտին: ԱՀԿ-ն, սակայն, հավաստում է, որ արտակարգ իրավիճակների հակաբեղմնավորիչները հակաբեղմնավորման ընդունելի միջոց են: Նման օրենքների հետևանքով չնախատեսված հղիությունը մինչև ծննդաբերության ժամկետը պահող կանայք նույնպես կարող են դրա արդյունքում ունենալ բացասական ֆիզիկական և հոգեկան առողջական խնդիրներ: Միևնույն ժամանակ, քրեական արգելքների հետևանքով արտակարգ իրավիճակների հակաբեղմնավորիչների հասանելիությունից զրկված կանայք կարող են ի վերջո ստիպված լինել դիմելու հղիության ընդհատակյա ընդհատման, այդպիսով իրենց ենթարկելով համապատասխան առողջական ռիսկերի:

Ըստ Հայաստանի 2013թ. պետական զեկույցի՝ Վերարտադրողական առողջության բարելավման ազգային ծրագրի (2007թ.) շրջանակներում հաստատվել է բնակչության վերարտադրողական առողջության ոլորտի 2007-2015 թթ. զարգացման հայեցակարգը, ինչպես նաև համապատասխան ռազմավարությունը և գործողությունների ժամանակացույցը: Ծրագրի ռազմավարությունը ներառում է՝ ա) բեղմնականիսման ծառայությունների բարելավման նպատակ՝ որակյալ հակաբեղմնավորման ծառայությունների մատչելիության ապահովում բնակչության բոլոր շերտերի համար: Ներկայումս Հայաստանն ունի բարենպաստ ինստիտուցիոնալ և օրենսդրական դաշտ ընտանիքի պլանավորման ծրագրերի ներդրման և խթանման համար. 2002 թվականին Հայաստանի Հանրապետության Ազգային ժողովն ընդունել է օրենք «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին», որով կանոնակարգվում են վերարտադրողական առողջության գրեթե բոլոր բաղադրիչներին առնչվող իրավահարաբերությունները՝ առողջության պահպանման իրավունքի տեսանկյունից: Ըստ այդ օրենքի, հակաբեղմնավորման մեթոդների օգտագործումը Հայաստանում օրինական է⁸⁹:

Իսկ 2015թ. պետական զեկույցը նշում է, որ թեև օրենսդրությունը բավականին բարենպաստ է այս ոլորտում, սակայն իրավիճակի վերլուծությունը ապացուցում է, որ կան կանանց վերարտադրողական առողջության պահպանման հետ կապված որոշակի սահմա-

⁸⁹ <http://bit.ly/1Ng8lYK>

նափակումներ, մասնավորապես արդյունավետ հակաբեղմնավորիչ միջոցների և որոշ (հղիության դեղորայքային դադարեցման համար անհրաժեշտ) դեղորայքների մատչելիության, օժանդակ վերարտադրողական տեխնոլոգիաների օգտագործման սահմանափակ հնարավորությունների առնչությամբ՝ թե կանանց և թե տղամարդկանց համար⁹⁰:

Ըստ էության, մարդու իրավունքների միջազգային շրջանակներում կառավարությունը պարտավորություն ունի *հարգելու, պաշտպանելու և իրագործելու* ընտանիքի պլանավորմանը վերաբերող մարդու իրավունքները: Կառավարությունը նաև պարտավոր է ապահովել ընտանիքի պլանավորման մի շարք պարագաների և ծառայությունների հասանելիությունը, մատչելիությունը, ընդունելիությունը և պատշաճ որակը: Ստորև ներկայացվող աղյուսակը ամփոփում է կառավարության պարտավորությունները ընտանիքի պլանավորման առնչությամբ⁹¹:

Առկայություն

Պետությունը պետք է ապահովի, որ ընտանիքի պլանավորման բոլոր անհրաժեշտ ծառայությունները հասանելի լինեն տղաների, աղջիկների, տղամարդկանց և կանանց համար: Բոլոր տղաները, աղջիկները, տղամարդիկ և կանայք պետք է ցանկացած ժամանակ հնարավորություն ունենան տեղեկատվություն և ծառայություններ ստանալու և պլանավորելու իրենց երեխա ունենալու ժամկետները:

Մատչելիությունը

Ծառայությունները պետք է ընդհանուր առմամբ հասանելի լինեն կանանց, տղամարդկանց և երիտասարդության (դեռահաս տղաների և աղջիկների) համար, անկախ որևէ տարբերությունից, այդ թվում՝ հաշմանդամությունից, սեռական կողմնորոշումից: Պետությունը պետք է ապահովի ծառայություններից օգտվելու որևէ տեսակի սահմանափակումների բացառումը: ԸՊ հետ կապված ծախսերի վերաբերյալ տեղեկատվությունը պետք է մշտապես լինի մատչելի: ԸՊ ծառայությունները պետք է լինեն մատչելի, դրանով իսկ վերացնելով դրանցից օգտվելու ցանկացած արգելք՝ պայմանավորված դրանց ծախսատարության հետ:

⁹⁰ <http://bit.ly/1OX7AnR>

⁹¹ ՀՀ առողջապահության նախարարություն. 2003-2015 Մոր և մանկան առողջության կյանքի պահպանման ռազմավարական ծրագիր. Երևան, 2003. հասանելի է այս հղումով՝ <http://bit.ly/1QAATPI>

Ընդունելիություն

Գոյություն ունեցող քաղաքականությունները և ծրագրերը պետք է հաշվի առնեն ծառայությունների կարիք ունեցող բոլոր կատեգորիաների անձանց տարիքը՝ ներառյալ կանանց, տղամարդկանց և դեռահաս տղաների և աղջիկների: Քաղաքականությունները պետք է անդրադառնան համայնքի առավել խոցելի անձանց կարիքներին:

Որակ

Տեղեկատվությունը, որ տրամադրվում է առողջապահական հաստատություններում, պետք է լինի գիտականորեն ճշգրիտ և հարգի մարդու իրավունքները: Այցելուներին պետք է հասանելի լինեն ընտանիքի պլանավորման տարբեր մեթոդներ, որոնցից նա կկարողանա ընտրություն կատարել: Առարկության դեպքում առողջապահական ծառայություն տրամադրողները պետք է կարողանան հիվանդներին ուղղորդել այնպիսի հաստատություններ, որտեղ նրանք կարող են օգտվել ծառայություններից, որոնք չեն խախտի հակաբեղմնավորման վերաբերյալ տեղեկատվություն և ծառայություններ ստանալու՝ աղջիկների, կանանց, տղաների կամ տղամարդկանց իրավունքները:

5.3.2. Ազգային օրենսդրական և քաղաքական շրջանակ

«Սահմանադրության 38-րդ հոդվածի համաձայն՝ յուրաքանչյուր ոք ունի օրենքով սահմանված եղանակով բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունք և յուրաքանչյուր ոք ունի անվճար հիմնական բժշկական ծառայություններ ստանալու իրավունք: Դրանց ցանկը և մատուցման կարգը սահմանվում են օրենքով⁹²:

Բժշկական օգնության և առողջության պահպանման իրավունքը հանդիսանում է միջազգային իրավունքի նորմ, որը նշված է Մարդու իրավունքների համընդհանուր հռչակագրում (հոդված 25)⁹³, ինչպես նաև Տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների միջազգային դաշնագրում (հոդված 12)⁹⁴:

«Սահմանադրության 23-րդ հոդվածով ճանաչվում է, որ յուրաքանչյուր ոք ունի մասնավոր և ընտանեկան կյանքի իրավունք և որևէ տեղեկություն չի կարող հավաքագրվել, պահպանվել, օգտա-

⁹² <http://parliament.am/legislation.php?sel=show&ID=1&lang=eng>

⁹³ <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>

⁹⁴ <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

գործվել կամ տարածվել առանց անձի համաձայնության, բացառությամբ օրենքով նախատեսված դեպքերի:

Արգելվում է օգտագործել և տեղեկատվություն տարածել անձի մասին, եթե դա հակասում է տեղեկությունների հավաքման նպատակներին կամ չի սահմանված օրենքով: Վերոնշյալ հոդվածը երաշխավորում է քաղաքացիների բժշկական օգնության, առողջական վիճակի գաղտնիության և ախտորոշման իրավունքը: Հետևաբար՝ բժշկական տեղեկատվության գաղտնիությունը սահմանված է սահմանադրական դրույթով: Այդ սկզբունքները ներառող միջազգային փաստաթղթերի թվում են Մարդու իրավունքների համընդհանուր հռչակագիրը (հոդված 12) և Մարդու իրավունքների եվրոպական կոնվենցիան (8-րդ հոդված)⁹⁵:

«Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքի 9-րդ հոդվածով նախատեսվում է⁹⁶, որ յուրաքանչյուր զույգ կամ յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի որոշելու իր երեխաների թիվը և նրանց ծնվելու ժամկետները, անցանկալի հղիությունից և հղիության արհեստական ընդհատումից խուսափելու նպատակով օգտվելու ընտանիքի պլանավորման արդյունավետ և անվնաս միջոցներից ու մեթոդներից, դրանց վերաբերյալ ստանալու անհրաժեշտ տեղեկություններ, հղիության ընթացքում ստանալու հղիության և ծննդաբերության հետ կապված բժշկական օգնություն և սպասարկում՝ պետության կողմից երաշխավորված ամենամյա առողջապահական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում:

Յուրաքանչյուր ոք, այդ թվում դեռահասները, իրավունք ունեն տեղեկատվություն ստանալու սեռական առողջության պահպանման, սեռավարակների, վերջիններիս հետագա ազդեցության և հետևանքների վերաբերյալ:

Թեև «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքը սահմանում է անհատի վերարտադրողական իրավունքը, սակայն «վերարտադրողական իրավունքի» ընդհանուր հայեցակարգը սահմանված չէ:

2002 թ. դեկտեմբերին ՀՀ ազգային ժողովն ընդունել է «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրա-

⁹⁵ http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf

⁹⁶ <http://pharm.am/index.php/en/laws/86-on-medical-aid-and-population-services>

վունքների մասին» ՀՀ օրենքը⁹⁷, որը ներառում է միջազգայնորեն ճանաչված սեռական և վերարտադրողական իրավունքները, հատուկ ուշադրություն դարձնելով դեռահասների իրավունքներին: Սույն օրենքով կարգավորվում են մարդու վերարտադրողական առողջության պահպանման, վերարտադրողական իրավունքի ապահովման, վերարտադրողականության ոլորտում տեխնոլոգիաների կիրառման կարգի ու պայմանների, ինչպես նաև դրանց հետ կապված այլ հարաբերություններ: Օրենքը ներառում է դրույթներ մարդու վերարտադրողական իրավունքի, դեռահասների վերարտադրողական առողջության պահպանման, աբորտների, հակաբեղմնավորիչների և վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների վերաբերյալ:

Մասնավորապես, հիշյալ օրենքի հետևյալ հոդվածները վերաբերում են հակաբեղմնավորման միջոցներին և մեթոդներին և սահմանում, որ «յուրաքանչյուր կին ունի անվտանգ մայրության և անցանկալի հղիությունից ու հղիության արհեստական ընդհատումից խուսափելու նպատակով բեղմնականիսման արդյունավետ միջոցներից և (կամ) մեթոդներից օգտվելու իրավունք: Առողջապահական ծառայությունները հավաստի տեղեկատվություն են տրամադրում բեղմնականիսման առկա միջոցների և մեթոդների ապահովության, արդյունավետության և անվտանգության վերաբերյալ՝ պտղաբերության կարգավորման իրազեկված ընտրություն կատարելու նպատակով: Այս իրավունքի ամրագրումը ենթադրում է նաև բեղմնականիսման արդյունավետ միջոցներից և (կամ) մեթոդներից օգտվելու մատչելիության ապահովում, ինչն անշուշտ խնդիր է հատկապես սոցիալապես անապահով ընտանիքների համար»:

ՀՀ կառավարության կողմից «Բժշկական ամլացումն իրականացնելու կարգը» հաստատվել է դեռևս 1998 թ., «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի 9-րդ հոդվածի համաձայն:

Վերլուծությունում նաև նշվում է, որ այս կարգը գործնականում չի աշխատում մի շարք պատճառներով՝ մշակույթի բացակայություն, թե բնակչության և թե մասնագետների ոչ բավարար իրազեկվածություն, առանձին դրույթների վերաբերյալ մեխանիզմների

⁹⁷ Adopted 11.12.02, in force 07.08.03.

անկատարություն և անհամապատասխանություն վերարտադրողական առողջության և իրավունքի ոլորտում առկա զարգացումներին: Օրինակ, սահմանված չէ նախազգուշական տեղեկատվության տրամադրման և/կամ իրագեկված համաձայնություն ստանալու ընթացակարգը և չկա նույնիսկ դրույթ դրանց սահմանումը լիազոր մարմինն վերապահելու վերաբերյալ, իսկ բժշկական ամլացման պայմանները սահմանված են թերևս միայն կանանց համար, որոնցից մեկը կնոջ 40 տարեկան և ավելի լինելն է, ինչը անտրամաբանական է վերարտադրողական ակտիվության և անցանկալի հղիությունների ռիսկերի տեսանկյունից:

«Հ կառավարության 2008 թ. օգոստոսի 8-ի N 1000-Ն որոշումը «Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015 թթ. ազգային ռազմավարությունը հաստատելու մասին»⁹⁸:

Ռազմավարությամբ խիստ կարևորվել է մոր և մանկան, վերարտադրողական առողջության պահպանման և առողջապահական կրթական ծրագրերի իրականացման, ինչպես նաև բարյացակամ առողջապահական ծառայությունների ստեղծման անհրաժեշտությունը: Սահմանվել են նպատակներ՝ մայրական/վերարտադրողական և երեխաների/դեռահասների առողջության բարելավման ուղղությամբ և ամրագրվել դրանց հասնելու հիմնական ռազմավարական ուղղությունները: Առանձնահատուկ ընդգծվել են ձեռնարկվելիք քայլերը՝ ուղղված ժամանակակից հակաբեղմնավորիչ միջոցների օգտագործման բարձրացմանը, անվտանգ սեռական հարաբերությունների ապահովմանը, ժամանակակից հակաբեղմնավորիչների տրամադրմանը և հակաբեղմնավորիչներ օգտագործող կանանց թվի կրկնապատկմանը:

«Հ կառավարության 2007թ. հուլիսի 26-ի թիվ 29 որոշմամբ ընդունվել է «Վերարտադրողական առողջության բարելավման ազգային ռազմավարությունը և 2007-2015թթ. գործողությունների ծրագիրը»՝ համապարփակ մի փաստաթուղթ, որն արտացոլում է վերարտադրողական առողջության հետ կապված Հայաստանում առկա իրավիճակը՝ վիճակագրական ցուցանիշների 1990-2007 թթ. միտումների գնահատմամբ: Նկարագրված են ձեռքբերումները, վեր են հանված հիմնախնդիրները և ուրվագծված են այն ռազ-

⁹⁸ ՀՀ առողջապահության նախարարություն. 2003-2015 Մոր և մանկան առողջության պահպանման ռազմավարական ծրագիր. Երևան, 2003. հասանելի է այս հղումով՝ http://www.moh.am/?section=static_pages/index&id=214&subID=91

մավարական ուղղությունները, որոնց իրագործման պարագայում հնարավոր է բարելավել վերարտադրողական/մայրական առողջության իրավիճակը հանրապետությունում և ապահովել առաջընթաց այդ ոլորտում⁹⁹:

ՀՀ առողջապահության նախարարի «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում արտահիվանդանոցային պայմաններում ցուցաբերվող մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման չափորոշիչը հաստատելու մասին» 2013 թ. նոյեմբերի 28-ի N 77-Ն հրամանի «Հղիների նախածննդյան և ծննդկանների հետծննդյան հսկողության կազմակերպումը և ծավալները» բաժնում ասվում է.

«Մանկաբարձուհու կամ որպես մանկաբարձուհի վերապատրաստված բուժքրոջ աշխատանքի ծավալը կանանց կոնսուլտացիաներում (կաբինետներում), գյուղական բժշկական տեղամասերում, գյուղական բժշկական ամբուլատորիաներում և վերջիններիս բուժակ-մանկաբարձական կետերում ներառում է.

անցանկալի հղիությունների, սեռավարակների, վերարտադրողական օրգանների նախաքաղցկեղային և քաղցկեղային հիվանդությունների կանխարգելման աշխատանքներ (ընտանիքի պլանավորման, նախամենոպաուզային և հեպոմենոպաուզային շրջանի օստեոպորոզի, սեռավարակների, ուրոգենիտալ խանգարումների, նորագոյացությունների կանխարգելման մատչելի մեթոդների իմացություն և քարոզում):»:

Ընտանեկան բժշկի աշխատանքի ծավալը ներառում է «ընտանիքի պլանավորման, սեռավարակների, ուրոգենիտալ խանգարումների, օստեոպորոզի... կանխարգելման մատչելի մեթոդների իմացություն և քարոզում»:

Մանկաբարձ-գինեկոլոգի աշխատանքի ծավալը ներառում է «անցանկալի հղիությունների կանխարգելում (ընտանիքի պլանավորման մեթոդների ուսուցանում, այդ թվում՝ ներարգանդային մեխանիկական միջոցների, ժամանակակից հորմոնալ պրեպարատների և այլ միջոցների կիրառում)»:

Վերը նշված կարգը սահմանում է նաև պետության կողմից

⁹⁹ Arlis.am

երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում արտահիվանդանոցային պայմաններում ցուցաբերվող գինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման ծավալները, որոնք ներառում են «ընտանիքի պլանավորման և հղիության արհեստական ընդհատումների կանխարգելման վերաբերյալ խորհրդատվության տրամադրումը»¹⁰⁰:

Մանրամասն հարցազրույցների ընթացքում հավաքագրված տեղեկատվությունը ցույց է տալիս, որ բժշկական կենտրոններում բժիշկները (մանկաբարձ-գինեկոլոգներ, ընտանեկան բժիշկներ) տեղյակ են ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանով սահմանված իրենց պարտականություններին և ընտանեկան պլանավորման բաղադրիչը ներառում են իրենց աշխատանքի ծավալում: Սակայն ընտանեկան բժիշկների շրջանում կատարված հարցումը ցույց տվեց, որ վերջիններս չեն տրամադրում նման խորհրդատվություն:

Մանրամասն հարցազրույցների վերլուծությունը ցույց տվեց, որ չնայած որոշակի օրենսդրական դաշտի առկայությանը, կան հստակ խնդիրներ ընտանիքի պլանավորման իրավունքի իրացման և հակաբեղմնավորիչների օգտագործման տեսանկյունից:

5.4. Եզրակացություններ

Հանրային հետազոտության ընթացքում հավաքված ապացույցները ցույց են տալիս, որ չնայած վերջին տասնամյակում ընտանիքի պլանավորման օգտագործման մակարդակի կոնկրետ փոփոխություններին, կան ընտանիքի պլանավորման (ԸՊ) ծառայությունների հասանելիության զգալի խոչընդոտներ: Հատկանշական է, որ ընտանիքի պլանավորման ծառայությունները առկա և մատչելի են ոչ ամբողջ երկրում: Վկայությունները ցույց են տալիս, որ գենդերային անհավասարությունները, մշակութային նորմերը և համոզմունքները, ԸՊ վերաբերյալ ճշգրիտ տեղեկատվության պակասը, ԸՊ պարագաների ընթացիկ մատակարարման բացակայությունը, առողջապահության համակարգի ստորին մակարդակում համապարփակ ԸՊ ծառայությունների բացակայությունը, առողջապահության համար պետական բյուջեի հատկացումների ցածր մակարդակը, ընտանիքի պլանավորման ոչ բավարար ֆինանս-

¹⁰⁰ Arlis.am

սավորումը, գյուղական բնակչության համար առողջապահական ծառայությունների և ընտանիքի պլանավորման վերաբերյալ մասնագիտական բժշկական օգնության ոչ բավարար մատչելիությունը, նյութական և տեխնիկական հագեցվածության ոչ բավարար մակարդակը ընտանեկան պլանավորման ծառայությունների ամենատարածված խնդիրներից են: Այնուամենայնիվ, վերլուծության ժամանակ բացահայտվեց, որ համապատասխան միջազգային, տարածաշրջանային և ազգային մակարդակի օրենսդրական մոտեցումների իրականացմանն ուղղված քայլերը առաջնահերթ կարևորություն ունեն ընտանիքի պլանավորման իրավունքների իրացման առումով: Հետազոտության արդյունքների հիման վրա Հայաստանի Հանրապետությունում ընտանիքի պլանավորման իրավունքների իրացման ուղղությամբ ներկայացվում են հետևյալ առաջարկությունները:

5.5. Առաջարկություններ

Կառավարությունը և բուժաշխատողները պետք է կատարեն ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների հասանելիության ապահովմանն ուղղված իրենց պարտականությունները՝ ընտանիքի պլանավորման հետ կապված ծրագրերի իրականացման համապատասխան պլանավորման, ռեսուրսների համապատասխան բաշխման և գործարկման միջոցով: Կառավարությունը հետևողականորեն պետք է ապահովի ռեսուրսների հավասարաչափ բաշխումը բոլոր՝ թե մասնավոր, թե պետական առողջապահական հաստատություններին, օպտիմալացնի ԸՊ պարագաների գնումների, պաշարների կառավարման և բաշխման գործընթացները: Այդ նպատակով անհրաժեշտ է.

- ✓ Իրականացնել կառուցվածքային բարեփոխումներ՝ գնահատել առկա ԸՊ ծառայությունները և ստեղծել իրավական հիմքեր ընտանիքի պլանավորման կաբինետների ձևավորման, տեղաբաշխման և գործարկման համար:
- ✓ Սահմանել ընտանիքի պլանավորման կաբինետի բժշկի գործունեության կազմակերպման դրույթները, հստակ նշելով գործունեության հիմնական ուղղությունները և սկզբունքները:
- ✓ Սահմանել ընտանեկան պլանավորման կաբինետի բժշկի որակավորման չափորոշիչները, ընդգծելով գիտելիքների և

կարողությունների անհրաժեշտ սահմանները:

- ✓ Դիտարկել առաջնային մակարդակի բուժաշխատողներին (ոչ միայն մանկաբարձ-գինեկոլոգներին) ընտանիքի պլանավորման խորհրդատվությունների և հակաբեղմնավորիչների դեղատոմսերի դուրսգրման գործընթացում ընդգրկելու հնարավորությունը:
- ✓ Վերանայել ընտանեկան բժիշկների գործունեության կազմակերպման դրույթները (<< կառավարության 2004թ. ապրիլի 8-ի որոշում N 539-Ն)՝ ամրապնդելով ընտանիքի պլանավորման բաղադրիչը, և սահմանել ընտանիքի պլանավորման իրականացման մեխանիզմները՝ ստեղծելով ընտանիքի պլանավորման ուղղորդման կենսունակ համակարգ:
- ✓ Մեծացնել հակաբեղմնավորման որակյալ ծառայությունների մատչելիությունը բոլոր սոցիալական շերտերի համար՝ ժամանակակից հակաբեղմնավորիչ միջոցներն ավելացնելով հիմնական դեղերի ցանկում (<< առողջապահության նախարարի հրամանում փոփոխություններ և լրացումներ կատարել), ընդլայնելով ԸՊ ընտրության հնարավորությունները: Երկարատև ազդեցություն ունեցող և մշտական մեթոդները պետք է խրախուսվեն և հեշտ հասանելի լինեն առողջապահական ծառայությունների ամենացածր մակարդակներում, ինչպիսիք են դիսպանսերները և բուժկենտրոնները, ուր դիմում է զույգերի մեծ մասը առողջապահական ծառայություններից օգտվելու համար:
- ✓ Ձեռնարկել միջոցներ՝ արդյունավետ հակաբեղմնավորման մեթոդների և/կամ միջոցների մատչելիությունը ապահովելու ուղղությամբ, հատկապես սոցիալապես անապահով ընտանիքների համար, գնումները կազմակերպել պետական բյուջեից դրանք ընտանիքի պլանավորման կենտրոնների միջոցով տարածելու նպատակով:
- ✓ Ստեղծել իրավական հիմքեր արտակարգ բեղմնականխման միջոցների տրամադրման համար՝ հաստատելով ուղեցույցներ բուժաշխատողների համար:
- ✓ Վերանայել << կառավարության որոշմամբ հաստատված «Բժշկական ամլացումն իրականացնելու կարգը», հաշվի առնելով, որ այդ կարգը կիրառելի չէ մի շարք պատճառներով՝

մշակույթի բացակայություն, բնակչության և մասնագետների ոչ բավարար իրազեկվածություն, որոշ դրույթների համար անհրաժեշտ մեխանիզմների անկատարություն և անհամապատասխանություն վերարտադրողական առողջության և իրավունքի զարգացման միտումներին: Անհրաժեշտ է սահմանել նախազգուշացնող տեղեկությունների տրամադրման և/կամ իրազեկված համաձայնություն ստանալու կարգը և դրույթներ, որոնք կվերապահեն դրանց սահմանումը համապատասխան լիազոր մարմնին: Բժշկական ամլացման պայմանները գործնականում սահմանվում են միայն կանանց համար, որոնցից մեկը ենթադրում է, որ կնոջ տարիքը չի կարող պակաս լինել 40-ից, ինչը անտրամաբանական է վերարտադրողական գործունեության և անցանկալի հղիության ռիսկերի տեսանկյունից:

- ✓ Առողջապահության նախարարությանն առաջարկել օպտիմալացնել ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների մոնիտորինգի, գնահատման և հաշվետվականության համակարգը:
- ✓ Վերացնել ընտանիքի պլանավորման հետ կապված սոցիալ-մշակութային արգելքները, ապահովելով բոլոր անձանց, այդ թվում դեռահասների, ՄԻԱՎ-ՁԻԱՀ-ով անձանց, չամուսնացածների կողմից ընտանիքի պլանավորման ծառայություններից օգտվելու հնարավորությունը առանց խտրականության: Մասնավորապես, կառավարությունը և շահագրգիռ կողմերը պետք է աջակցեն բոլոր այն նախաձեռնություններին, որոնք ուղղված են ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների և տեղեկությունների ստացման հարցում առկա սոցիալ-մշակութային և իրավական արգելքների վերացմանը:
- ✓ Ընտանիքի պլանավորման նախաձեռնություններում պետք է ներգրավել տղամարդկանց, որպեսզի նրանք ստանան անհրաժեշտ կրթություն և տեղեկատվություն իրազեկված ընտրություն կատարելու համար: Որպես այդպիսին, ծրագրերը և ծառայությունները պետք է վերաուղղորդվեն՝ զգալի կերպով ներգրավելով տղամարդկանց՝ որպես ընտանիքի պլանավորման նախաձեռնությունների ակտիվ մասնակիցների:
- ✓ Ընտանիքի պլանավորման վերաբերյալ ճշգրիտ տեղեկատվություն ստանալու համար անհրաժեշտ է մշակել, հաստա-

տել և բուժհաստատություններին տրամադրել տեղեկատվական թերթիկներ, որոնցում նկարագրված կլինեն ընտանիքի պլանավորման սկզբունքները, մեթոդները և իրավունքները: Դա հնարավորություն կտա տղամարդկանց և կանանց կատարելու իրազեկված ընտրություն:

6

ԱՐՈՐՏ ԵՎ ՀԵՏԱՐՈՐՏԱՅԻՆ ԽՆԱՄՔ

Աբորտը անցանկալի հղիության դեղորայքային կամ վիրաբուժական դադարեցումն է: Հղիության արհեստական ընդհատումները և հետաբորտային խնամքը մարդու հիմնարար իրավունքների մաս կազմող սեռական և վերարտադրողական առողջությանն առնչվող իրավունքներից են: Սեռական և վերարտադրողական իրավունքները այն իրավունքների թվում են, որոնք արտացոլված են տարբեր միջազգային իրավապաշտպան կոնվենցիաներում, պայմանագրերում և նորմերում, ինչպիսիք են ա) կյանքի, բ) առողջության (Մարդու իրավունքների 1948թ. համընդհանուր հռչակագրով ճանաչված է որպես բավարար կենսամակարդակի բաղկացուցիչ մաս), գ) կրթության և տեղեկատվության իրավունքը, դ) հավասարության և խտրականության բացառման իրավունքը, ե) գաղտնիության իրավունքը, զ) երեխաների թվի և ապրելու վայրի որոշման իրավունքը, զ) համաձայնություն տալու իրավունքը, ը) խոշտանգումներից կամ դաժան, անմարդկային կամ արժանապատվությունը նվաստացնող վերաբերմունքից զերծ մնալու իրավունքը, թ) սեռական և գենդերային բռնությունից զերծ լինելու իրավունքը ժ) արդյունավետ իրավական պաշտպանության իրավունքը: Սեռական և վերարտադրողական առողջության իրավունքի իրացումը նաև կախված է հարակից սոցիալական և տնտեսական գործոններից, ինչպիսիք են ջրի և սանիտարական սպասարկման իրավունքը, սննդի իրավունքը, կրթության իրավունքը և այլն¹⁰¹:

Ինչպես նշված է հաշվետվության ներածությունում, մարդու իրավունքների կողմերն են իրավատերերը և պարտականություն կրողները: Համաձայն մարդու իրավունքների միջազգային օրենքի, իրավատերերը ֆիզիկական անձինք են, իսկ պարտականություն կրողները՝ հիմնականում տարբեր մակարդակների պետական կառավարման մարմինները և հաստատությունները: Պետությունները կրում են մարդու իրավունքները հարգելու, պաշտպանելու և իրագործելու պարտավորություն¹⁰²:

¹⁰¹ OHCHR. (2014). Վերարտադրողական իրավունքները մարդու իրավունքներ են: Մարդու իրավունքների ազգային ինստիտուտների ձեռնարկ. Ժնև: OHCHR.

¹⁰² Lawrence, J. C. (2012). Մարդու իրավունքներ. Williamsburg: Peace Operations Training Institute.

Սեռական և վերարտադրողական իրավունքների իրացմանը նպաստակառուղված քաղաքականության և ծրագրերի իրականացման ընթացքում պետությունները պետք է հիմնվեն մարդու իրավունքների այնպիսի չափանիշների և սկզբունքների վրա, ինչպիսիք են դրանց առկայությունը, մատչելիությունը, ընդունելիությունը և որակը:

6.1. Հղիության արհեստական ընդհատման ծառայությունների իրավական հիմքերը Հայաստանի Հանրապետությունում

«Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքի (2002թ. դեկտեմբերի 11) համաձայն, Հայաստանում օրինական է հղիության արհեստական ընդհատումը¹⁰³: Ըստ օրենքի, յուրաքանչյուր կին ունի հղիության արհեստական ընդհատման իրավունք: Ընդ որում հղիության արհեստական ընդհատումը մինչև 12 շաբաթական հղիության ժամկետը կատարվում է կնոջ դիմումի համաձայն, իսկ հղիության արհեստական ընդհատումը մինչև 22 շաբաթական հղիության ժամկետը կարող է կատարվել բժշկասոցիալական ցուցումների դեպքում՝ կնոջ համաձայնությամբ՝ ՀՀ կառավարության 2004 թվականի օգոստոսի 5-ի N 1116-Ն որոշմամբ սահմանված սոցիալական ցուցումների՝ կնոջ մոտ բավարար լինելու դեպքում¹⁰⁴:

Ըստ օրենքի, հղիության արհեստական ընդհատումից առաջ և հետո առողջապահական հաստատությունը կնոջը տրամադրում է անվճար բժշկասոցիալական խորհրդատվություն՝ անցանկալի հղիությունից պաշտպանվելու միջոցների և մեթոդների վերաբերյալ¹⁰⁵:

Անչափահասների դեպքում հղիության արհեստական ընդհատումը կատարվում է նրա ծնողների կամ այլ օրինական ներկայացուցիչների համաձայնությամբ, իսկ դրա անհնարինության դեպքում՝ բժշկական հանձնաժողովի արձանագրության հիման վրա¹⁰⁶:

¹⁰³ Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին օրենք, դեկ. 11, 2002, հասանելի է հետևյալ հասցեով.<http://www.arlis.am/>

¹⁰⁴ Որոշում N1116-Ն, հասանելի է հետևյալ հասցեով.<http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=12781>

¹⁰⁵ *Տես հղում 101*

¹⁰⁶ *Նույնը*

Մինչդեռ, Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը սահմանում է, որ հղիության արհեստական ընդհատման համար չի պահանջվում երրորդ կողմի համաձայնություն¹⁰⁷ անչափահասների շահերը և բարեկեցությունը լավագույնս պահպանելու նպատակով, քաղաքականությունները և գործառույթները պետք է խրախուսեն, սակայն չպահանջեն ծնողների ներգրավվածությունը, օժանդակության, տեղեկատվության և կրթության միջոցով:

Հայաստանի Քրեական օրենսգիրքը պարունակում է դրույթ ապօրինի աբորտ կատարելու վերաբերյալ: Համաձայն Քրեական օրենսգրքի 122 (1) հոդվածի՝ «Համապատասխան բժշկական բարձրագույն կրթություն ունեցող անձի կողմից ապօրինի աբորտ կատարելը պատժվում է տուգանքով՝ նվազագույն աշխատավարձի առավելագույնը հարյուրապատիկի չափով, կամ կալանքով՝ առավելագույնը մեկ ամիս ժամկետով՝ որոշակի պաշտոններ զբաղեցնելու կամ որոշակի գործունեությամբ զբաղվելու իրավունքից զրկելով՝ առավելագույնը երեք տարի ժամկետով»: Հոդվածի երկրորդ մասով նշվում է, որ «Համապատասխան բժշկական բարձրագույն կրթություն չունեցող անձի կողմից ապօրինի աբորտ կատարելը պատժվում է տուգանքով՝ նվազագույն աշխատավարձի առավելագույնը երկուհարյուրապատիկի չափով, կամ կալանքով՝ մեկից երեք ամիս ժամկետով, կամ ազատազրկմամբ՝ առավելագույնը երկու տարի ժամկետով»:

Ապօրինի աբորտ կատարելը, որն անզգուշությամբ առաջացրել է տուժողի մահ կամ ծանր վնաս է պատճառել նրա առողջությանը, կամ կատարվել է միևնույն մեղադրանքով նախկինում դատապարտված անձի կողմից, պատժվում է ազատազրկմամբ՝ առավելագույնը հինգ տարի ժամկետով¹⁰⁸:

Նաև անհրաժեշտ է նշել, որ Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների հանձնաժողովին ուղղված պետական զեկույցում (2012թ.) Հայաստանը հայտարարել է, որ Հայաստանի Քրեական օրենսգիրքն ապահովում է համապատասխան պատիժներ ապօրինի կամ հարկադիր աբորտի, ինչպես նաև հարկադիր ամ-

¹⁰⁷ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն (2012). Ապահով աբորտ. Առողջապահության տեխնիկական և քաղաքականությունների ուղեցույց. Ժնև: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն.

¹⁰⁸ ՀՀ քրեական օրենսգիրք, հասանելի է հետևյալ հասցեով. https://www.unodc.org/res/cld/document/Հայաստան_criminal_code_html/Armenia_Criminal_Code_of_the_Republic_of_Armenia_2009.pdf

լացման դեպքերում, անկախ նրանից, թե արդյոք անձը (կին, աղջիկ, տղամարդ) հաշմանդամություն ունի, թե ոչ¹⁰⁹:

«ԱՆ-ն ներկայացրել է «Վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» օրենքի 10-րդ հոդվածի փոփոխությունների նախագիծ, ըստ որի՝ սեռով պայմանավորված աբորտները կարգելվեն օրենքով:

6.2. Աբորտային և հետաբորտային բուժօգնության և խնդիրների հետ կապված միտումները

Բնակչության և զարգացման միջազգային գիտաժողովի գործողությունների ծրագիրը կոչ է անում կառավարություններին ձեռնարկել համապատասխան քայլեր, որոնք կօգնեն կանանց խուսափելու աբորտից, «որը ոչ մի դեպքում չպետք է խրախուսվի որպես ընտանիքի պլանավորման միջոց»¹¹⁰:

Հղիության արհեստական ընդհատումը կարևոր տեղ է զբաղեցնում Հայաստանում ծնելիության կարգավորման հարցում. ընդհանուր աբորտների ցուցանիշը 0.8 է: 2007թ. մինչև 2010թ. ընկած ժամանակահատվածում 10 հղիություններից 3-ը (29%) դադարեցվել է արհեստականորեն¹¹¹: Չնայած նրան, որ հղիությունների արհեստական դադարեցման միտումը նվազել է վերջին 10 տարիների ընթացքում, այդուհանդերձ շարունակում է մնալ բարձր: Աբորտների տեմպերի նվազման վերաբերյալ տվյալները կարող են մեկնաբանվել երկու տարբեր ձևերով: Առաջին բացատրությունը կարող է լինել ժամանակակից հակաբեղմնավորման մեթոդների օգտագործման աճը, ի հակադրություն ավելի ավանդական մեթոդների, իսկ երկրորդ հավանական բացատրությունը կարող է լինել այն, որ ավելացել է հղիության ինքնուրույն արհեստական ընդհատումների քանակը՝ Cytotec (Misoprostol) դեղամիջոցի օգտագործման միջո-

¹⁰⁹ CRPD, Պետական գեկոյց, Հայաստան, 2012, հասանելի է հետևյալ հասցեով. <http://bit.ly/1QABKj1>

¹¹⁰ ICPD Գործողությունների ծրագիր, հասանելի է հետևյալ հասցեով. http://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf

¹¹¹ «ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայություն, ՀՀ առողջապահության նախարարություն և ICF International. Հայաստանի ժողովրդագրական և առողջապահական հարցերի հետազոտություն, 2010թ. Կալվերտոն, Մերիլենդ, 2012. հասանելի է այս հղումով՝ <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR252/FR252.pdf>

ցով¹¹²: Հետազոտության ընթացքում պարզվել է, որ վերջինս ավելի հավանական է:

ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի (ՄԱԲՀ) հովանավորությամբ իրականացված «Բեղմնականիսիչ միջոցների շուկայի սեգմենտավորման հետազոտության հաշվետվությունում» նշվում է, որ 2008-2012 թթ. բժշկական միջամտությամբ արորտների թիվը 1000 կանանց հաշվով փոքր-ինչ աճել է՝ 2008 թ. 12.5-ից 2012թ. կազմելով 13.7113:

Հղիության արհեստական ընդհատման և Հայաստանում դրա տարածվածության **հիմնական պատճառը** ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների և տեղեկատվության սահմանափակ հասանելիությունն է (այդ թվում՝ ապատեղեկատվությունը և նախապաշարմունքները), ինչպես նաև ժամանակակից հակաբեղմնավորման մեթոդների գնային անմատչելիությունը¹¹⁴: Հաճախ կանայք դիմում են հակաբեղմնավորման ավանդական մեթոդներին: Ըստ ԺԱՀ 2010թ.-ի, ամուսնացած կանանց շուրջ 55%-ը հայտնել է, որ օգտագործում է հակաբեղմնավորման միջոցներ: 27%-ը օգտագործում էին հակաբեղմնավորման ժամանակակից մեթոդներ, իսկ 28%-ը՝ ավանդական մեթոդներ: Առավել տարածված ավանդական մեթոդը ընդհատված սեռական ակտն է, որին հաջորդում են տղամարդկանց պահպանակները և ՆԱՊ-երը: Բեղմնականիսման ավանդական մեթոդները, ինչպիսին են ընդհատված սեռական ակտը և պարբերական ժուժկալությունը, անհաջողությամբ ավարտվելու մեծ ռիսկ են պարունակում և հանգեցնում են անցանկալի կամ չպլանավորված հղիության¹¹⁵:

¹¹² Guilmo, C. Z. (2013). «Նորածինների սեռերի անհամամասնությունը Հայաստանում. Ժողովրդկագրական տվյալներ և վերլուծություն», գեկույց, Երևան: ՄԱԲՀ.

¹¹³ Walker, G. (2014). «Բեղմնականիսիչ միջոցների շուկայի սեգմենտավորման հետազոտություն». Երևան: UNFPA.

¹¹⁴ ASTRA Network (2014). Սեռական և վերարտադրողական առողջության իրավունքների վիճակը Կենտրոնական և Արևելյան Եվրոպայում, Վարշավա, Լեհաստան, հասանելի է հետևյալ հասցեով <http://www.astra.org.pl/publications.html>

¹¹⁵ *Տես հղում 109*

Առկա է նաև ընտանիքի պլանավորման չբավարարված պահանջարկի հարցը: Այժմ պտղաբեր տարիքում գտնվող ամուսնացած կանայք, ովքեր ցանկանում են այլևս երեխա չունենալ, կամ ցանկանում են սպասել առնվազն ևս երկու տարի հաջորդ երեխան ունենալուց առաջ, սակայն չեն օգտագործում հակաբեղմնավորիչներ, ձևավորում են ընտանիքի պլանավորման չբավարարված պահանջարկը¹¹⁶: Ըստ «ԲԶՄԳ 2014թ.-ից հետո. ՄԱԿ ԵՏՀ. Տարածաշրջանի հեռանկար» ՄԱԿ-ի ԵՏՀ տարածաշրջանային զեկույցի, ընտանիքի պլանավորման չբավարարված պահանջարկի ցուցանիշը Հայաստանում 10-15% է¹¹⁷:

Հաճախ արբորտը համարվում է ավելի մատչելի, ապահով և ավելի էժան միջոց, քան ժամանակակից հակաբեղմնավորման մեթոդները: Հայաստանում հինգ կնոջից երկուսը (37%) արբորտ է արել: Կանայք, ովքեր արբորտ են արել, հայտնում են, որ ժամանակակից հակաբեղմնավորման մեթոդների մասին համապարփակ տեղեկատվության պակասը (60%) և դրանց բացակայությունը կամ բարձր գինը (15%) իրենց հնարավորություն չեն տվել օգտվելու ժամանակակից հակաբեղմնավորման մեթոդներից: Այդ պատճառով արբորտները դարձել են ընտանեկան պլանավորման «մեթոդ»¹¹⁸:

Տղամարդկանցից և կանանցից, այդ թվում երիտասարդներից շատերը կնախընտրեին կանխել անցանկալի հղիությունը: Սակայն նրանք հայտնում են, որ հուսալի մեթոդների հասանելիությունը խնդիր է և անցանկալի հղիությունը հաճախ արդյունք է անհաջող հակաբեղմնավորման:

Եթե կանանց հասանելի լինեին արդյունավետ և անվտանգ բեղմնականխման մեթոդներ, նրանք երբեք չէին ընտրի արբորտը¹¹⁹:

Ավելին, հետազոտության արդյունքում պարզ է դարձել, որ կանայք ոչ միշտ է, որ բավարար տեղեկացված են հղիության ար-

¹¹⁶ ԱՀԿ, Ընտանիքի պլանավորման չբավարարված պահանջարկ: Հասանելի է հետևյալ հղումով՝ http://www.Who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/unmet_need_fp/en/

¹¹⁷ Միավորված ազգերի կազմակերպության Եվրոպական տնտեսական հանձնաժողով (2013): ԲԶՄՀ 2014-ից այն կողմ: ՄԱԿ ԵՏՀ, Տարածաշրջանային հեռանկար. Ժնև, Միավորված ազգերի կազմակերպություն.

¹¹⁸ Walker, G. (2014). «Բեղմնականիչ միջոցների շուկայի սեգմենտավորման հետազոտություն». Երևան: ՄԱԲՀ.

¹¹⁹ Նույնը

հետսական ընդհատման ծառայությունների և հետաքրտային բուժօգնության մասին: Օրինակ, ոչ բոլոր կանայք գիտեն, թե որ դեպքերում է արորտը օրինական, ծանոթ չեն անվտանգ արորտների ուղեցույցներին, ինչ բարդություններ կարող են առաջանալ և երբ է պետք դիմել հետաքրտային բուժօգնության:

Այլ գործոններ, որոնք հայ կանանց շրջանում ազդում են արորտների վրա՝

- ա) **Տարիքը:** Հղիությունների մասնաբաժինը (ընդհանուր առմամբ) կտրուկ աճում է՝ կախված կնոջ տարիքի աճից:
- բ) **Կրթությունը:** Կրթության մակարդակի և արորտների միջև կա բացասական հարաբերակցություն: Հղիության արհեստական ընդհատմամբ ավարտվող հղիությունների տոկոսը նվազում է՝ կախված կրթական մակարդակի աճից:
- գ) **Ունևորությունը/Սոցիալական վիճակը:** Չնայած չկա հստակ կապ ունևորության և հղիության արհեստական ընդհատման միջև, ամենացածր և միջին քվինտիլներին դասվող մայրերը ունեն արորտով ավարտվող հղիությունների ամենաբարձր մասնաբաժինը: Օրինակ, գյուղական վայրերում սոցիալ-տնտեսական պատճառները և չքավոր կենսապայմանները չնախատեսված հղիության դադարեցման հիմնական պատճառներից են:
- դ) **Երեխաների քանակը:** Առկա է դրական հարաբերակցություն ծնված երեխաների թվի և հղիությունների արհեստական ընդհատումների թվի միջև: Ի տարբերություն 1 երեխա ունեցող կանանց 17%-ի, երեխա չունեցող կանանց 1%-ից քիչն է ունեցել հղիության արհեստական ընդհատում: Նույն ցուցանիշը 2-3 երեխա ունեցող կանանց շրջանում կազմել է 58% և 4 կամ ավելի երեխա ունեցող կանանց շրջանում՝ 56%¹²⁰:

Չնայած արորտի բարձր ցուցանիշներին՝ կանայք Հայաստանում հակված են բացասականորեն վերաբերվել հղիության արհեստական ընդհատմանը, սակայն կոֆիմեն այդ քայլին, եթե անսպասելի հղիություն տեղի ունենա¹²¹:

¹²⁰ *Տես հղում* 111

¹²¹ Westoff, Charles F., Jeremiah M. Sullivan, Holly A. Newby և Albert R. Themme.2002. Հակաբեղմնավորման և արորտների կապը Հայաստանում: ԺԱՀ վերլուծություններ No. 6. Կավվերտոն, Մերիլենդ: ORC Macro.

6.3. Ընտանիքի պլանավորման մասին տեղեկատվության և ծառայությունների ու ժամանակակից հակաբեղմնավորիչների մատչելիությունը

Ինչպես նշվեց, աբորտի և Հայաստանում նրա տարածվածության հիմնական պատճառը ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների և տեղեկատվության սահմանափակ հասանելիությունն է (այդ թվում՝ ապատեղեկատվությունը և նախապաշարմունքները), ինչպես նաև ժամանակակից հակաբեղմնավորման մեթոդների անմատչելիությունը: Մինչդեռ մարդու իրավունքների մասին պայմանագրերը և դրանց կենսագործումը վերահսկող մարմինները, ինչպիսիք են CEDAW-ը, Երեխայի իրավունքների մասին կոնվենցիան (ԵԻԿ), Տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների միջազգային դաշնագիրը (ՏՄՄԻՄԳ) և նրանց համապատասխան հանձնաժողովները Հայաստանի վերաբերյալ իրենց ընդհանուր մեկնաբանություններում և եզրափակիչ դիտարկումներում կարևորել են ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների և տեղեկատվության, այդ թվում ժամանակակից հակաբեղմնավորման մեթոդների մատչելիությունը:

Հետազոտության արդյունքներով պարզ է դարձել, որ թեև բժիշկները և առողջապահության ոլորտի աշխատողները պարբերաբար դասընթացների են մասնակցում ընտանեկան պլանավորման և բեղմնականիսման ժամանակակից մեթոդների վերաբերյալ, սակայն այդ տեղեկատվությունը հասանելի չէ բնակչությանը: Օրինակ, Գեղարքունիքի մարզի առողջապահական կենտրոնները և հիվանդանոցները չունեն գրքույկներ ընտանիքի պլանավորման և բեղմնականիսման ժամանակակից մեթոդների վերաբերյալ, որպեսզի տրամադրեն բնակչությանը: Ավելին, բնակչության մի հատվածը ապատեղեկացված և նախապաշարված կարծիք ունի ժամանակակից հակաբեղմնավորիչների վերաբերյալ (նրանք վախենում են կանխակալ վերաբերմունքի արժանանալ հակաբեղմնավորիչներ օգտագործելու պատճառով):

Գեղարքունիքի մարզում կատարված հարցումը նաև պարզել է, որ բնակչության մի հատված սեռական և վերարտադրողական առողջության վերաբերյալ տեղեկատվություն ստանալու համար ապավինում է համացանցին, ինչը հանգեցնում է ապատեղեկացվածության:

Ինչպես նշվեց ավելի վաղ այս բաժնում, առկա է նաև բեղմնականիսման ժամանակակից միջոցների անմատչելիության հարցը: Բեղմնականիսման ժամանակակից միջոցները մատչելի չեն ցածր եկամուտ ունեցող զույգերի և գյուղական բնակչության համար (նրանք ստիպված են լրացուցիչ ծախսեր անել բուժկենտրոններ հասնելու և հակաբեղմնավորիչներ ստանալու համար), ինչպես նաև այն երիտասարդ զույգերի համար, որոնք ֆինանսապես կախված են իրենց ծնողներից (ֆինանսական խոչընդոտներ): Օրինակ, 2010թ. հղիության արիեստական ընդհատման միջին արժեքը կազմում էր շուրջ 29 ԱՄՆ դոլար, ինչը զգալիորեն ավելի քիչ է, քան հակաբեղմնավորիչների մեծ մասը տարեկան կտրվածքով ձեռք բերելը¹²²:

6.4. Դեղորայքային արբորտներ և անապահով արբորտներ

ԱՀԿ-ն **անապահով արբորտը** սահմանում է որպես չալանավորված հղիության ընդհատում անհրաժեշտ հմտությունների չտիրապետող անհատի կողմից, կամ այնպիսի միջավայրում, որը չի համապատասխանում նվազագույն բժշկական ստանդարտներին, կամ երկուսը միասին: Անապահով արբորտների վտանգը հիմնականում սպառնում է զարգացող երկրների կանանց, որտեղ գործում են արբորտները սահմանափակող օրենքներ և/կամ արբորտի ծառայությունները հեշտ հասանելի չեն կանանց¹²³:

Ամեն տարի, ըստ գնահատականների, 22 մլն անապահով արբորտներ են տեղի ունենում աշխարհում, որոնց արդյունքում տարեկան մահանում է մոտ 47,000 կին, իսկ ևս 5 միլիոն կնոջ մոտ առաջանում է հաշմանդամություն¹²⁴: Ավելին, անապահով արբորտների թիվը 2 միլիոնով աճել է 2003-ից 2008 թթ. ընկած ժամանակահատվածում: Անապահով արբորտներին է բաժին ընկնում մայրական մահացության մոտ 13 տոկոսն ամբողջ աշխարհում, ինչը նշանակում է, որ հղիության անապահով արիեստական ընդհատումը մայրական մահացության երրորդ ամենամեծ պատճառն

¹²² *Տես հղում 111*

¹²³ *Տես հղում 105*

¹²⁴ *Նույնը*

է¹²⁵: Անապահով աբորտի խնդիրը հանրային առողջության հարց է, որը կարող է կանխվել սեռական կրթության և տեղեկատվության, ընտանիքի պլանավորման, հղիության ապահով արհեստական ընդհատումների և հետաբորտային բուժօգնության խթանման միջոցով:

Ըստ տվյալների, կանայք Հայաստանում օգտագործում են Cytotec (Misoprostol դեղամիջոցի ապրանքային անվանումը), որը հանդիսանում է հակախոցային դեղամիջոց, բայց կարող է օգտագործվել նաև որպես տնային պայմաններում առանց որևէ բժշկական հսկողության վիժում առաջացնող միջոց: Այն օգտագործվում է այլ դեղամիջոցի հետ համատեղ, որը կոչվում է Mifpristone¹²⁶: Cytotec-ի՝ որպես վիժեցնող միջոցի ոչ պատշաճ օգտագործումը երբեմն կարող է հանգեցնել բարդությունների, ինչպես օրինակ՝ արյունահոսության, արյունահոսության հետևանքով՝ սակավարյունության, թերի աբորտի և երբեմն նույնիսկ մահվան¹²⁷:

Չնայած նրան, որ 2014թ. օգոստոսի 1-ի դրությամբ Հայաստանի կառավարության կողմից Cytotec-ի վաճառքը առանց բժշկի դեղատոմսի արգելվել է, կանայք այն դեռևս ի վիճակի են գնել «ձեռքի վրայից» առանց բժշկի դեղատոմսի: Հետազոտությունը ևս հաստատում է, որ վաճառքի արգելքը անարդյունավետ է և կանայք հեշտությամբ կարողանում են ձեռք բերել Cytotec:

ՄԱԿ-ի երևանյան գրասենյակում կազմակերպված շահառուների հետ հանդիպման ընթացքում ՀԿ-ների ներկայացուցիչներից մեկը նշեց, որ հղի կանայք դեղատներից Cytotec-ը գնում են առանց բժշկի դեղատոմսի և դեղահաբերն օգտագործում են առանց ճշգրիտ իմանալու անհրաժեշտ դեղաքանակը, ինչը հանգեցնում է բարդությունների: Նույնը նաև բացահայտվեց հետազայում հետազոտության շրջանակներում կատարած այցերի արդյունքում:

¹²⁵ ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամ (2015). Նյու Յորք: ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամ. Մարդու իրավունքների պաշտպանության ազգային հաստատությունների աջակցության ուղեցույց: Երկրի գնահատականներ և ազգային հարցումներ սեռական և վերարտադրողական առողջության և բարեկեցության մարդու իրավունքների համատեքստում.

¹²⁶ Գրիգորյան Մ., «Հայաստան: Տնային աբորտների դեղորայքն ազատ վաճառքում է, չնայած արգելքին», 2014, հասանելի է հետևյալ հղումով՝ <http://www.eurasianet.org/node/69836>

¹²⁷ «Ձայն տալով կանանց. Հակաբեղմնավորիչների և հղիության արհեստական ընդհատման հետ կապված ընկալումները և փորձը Հայաստանի գյուղական վայրերում». Զեկույց, ՄԱԲՀ, 2015 թ.

Շիրակի մարզում բուժաշխատողներից մեկը հայտնեց, որ անվերահսկելի դեղորայքային արբորտները իրեն ամենաշատն են մտահոգում: Նա նշեց, որ գրեթե միշտ կանայք փորձում են արբորտն իրականացնել տնային պայմաններում դեղահաբեր օգտագործելով և եթե դա անհաջողությամբ է ավարտվում, գալիս են կլինիկա: Ավելին, նա նշեց, որ իրեն հայտնի է դեպք, որ մի կին մահացել է Cytotec-ի սխալ դեղաքանակ ընդունելու արդյունքում: Հետազոտություն իրականացնող թիմի Շիրակի մարզի հիվանդանոց կատարած այցի ընթացքում մի կին եկել էր բուժում ստանալու, քանի որ նա Cytotec էր օգտագործել առանց բժշկի հսկողության: Սյունիքի մարզում մի բուժաշխատող հայտարարեց, որ կանանց գրեթե 90%-ը, ովքեր ցանկանում են առաջ բերել արհեստական վիժում, առաջին հերթին փորձում են դա նախաձեռնել Cytotec-ի միջոցով, իսկ հիվանդանոց այցելում են միայն այն դեպքում, երբ հղիության ընդհատում տեղի չի ունենում:

Ավելին, քանի որ հղիության արհեստական ընդհատման անհրաժեշտությունը ավելի սուր և հրատապ է, քան հակաբեղմնավորիչների օգտագործման անհրաժեշտությունը, մարդիկ գերադասում են ֆինանսական միջոցներ հայթայթել արբորտի համար կամ գնել Cytotec, այլ ոչ թե պարբերաբար ձեռք բերել կանխարգելիչ հակաբեղմնավորիչներ:

Գյուղական վայրերում, որտեղ Cytotec-ի օգտագործման ցուցանիշը բարձր է, Cytotec-ի միջոցով արբորտը կանայք համարում են ավելի շուտ արհեստական կամ ինքնաբեր վիժում, քան արբորտ: Նրանց կարծիքով, արբորտի համար պահանջվում են բժշկական սարքավորումներ և գործիքներ: Ավելին, կանանց բավականին բարձր տոկոսը տեղյակ չէր Cytotec-ի օգտագործման հետ կապված ռիսկերի մասին: Գյուղական վայրերի բուժաշխատողները նշում են, որ ախտանիշները և բարդությունները տարբեր են, այդ թվում՝ թերի արբորտ, արյունահոսություն, վարակ, որովայնային ցավ, սրտխառնոց, պոլիպներ և անպտղություն¹²⁸:

Գյուղաբնակ կանանց կողմից Cytotec-ի օգտագործումը գերադասելի է վիրահատական արբորտից, մասնավորապես հետևյալ պատճառներով՝ 1) ավելի էժան գին, 2) վիրաբուժական արբորտների հանդեպ վախ/հոգեբանական սթրես/ամոթի զգացում և 3)

¹²⁸ Նույնը

գաղտնիությունը չպահպանվելու մտավախություն¹²⁹:

Անապահով արբորտների հետևանքներից մեկը երկրորդային անպտղությունն է: Հայաստանում անպտղության մակարդակը կազմում է 17% (ԱՀԿ կողմից սահմանված սահմանային մակարդակն է՝ 15%): Առաջնային անպտղությունը կազմում է ընդհանուր ցուցանիշի 5%-ը, իսկ երկրորդային անպտղությունը՝ գրեթե 12%-ը: Այսպիսով, վեց զույգերից մեկը Հայաստանում, ունենալով երեխա ծնելու մտադրություն, չի կարողանում դա իրագործել անպտղության պատճառով: Երկրորդային անպտղության երկրորդ հիմնական պատճառը սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակներն են (ՍՃՓՎ)¹³⁰:

Ավելին, կանանց շրջանում տարածված է նաև իրենց որովայնին հարվածելու կամ կսմթելու միջոցով արբորտ առաջ բերելու փորձը, որը կարող է պայմանավորված լինել անապահով արբորտների վերաբերյալ տեղեկացվածության պակասով: Երևանից մի գինեկոլոգ նշում էր, որ գրեթե ամեն ամիս հիվանդանոց են այցելում արյունահոսություն ունեցող կանայք, որոնք հղիության արհեստական ընդհատման փորձ են կատարել տնային պայմաններում (իրենց որովայնին հարվածելու միջոցով):

6.5. Նախաարբորտային խորհրդատվություն

Հետազոտության շրջանակներում մարզեր այցելության ընթացքում պարզվել է, որ շատ դեպքերում կանանց արբորտային խորհրդատվությունը տեղի է ունենում նույն վայրում, ինչ հղիության գծով խորհրդատվությունը, որտեղ բազմաթիվ են նորածինների և մայրերի վերաբերյալ նկարներն ու գրքույկները և կանանց՝ երեխա ունենալու վերաբերյալ խրախուսական ուղերձները: Դրանք կարող են մեղքի զգացմունք առաջ բերել կանանց մոտ, ովքեր պատրաստվում են արբորտ կատարել, և բացասաբար ազդել նրանց հոգեկան առողջության վրա, հատկապես այն դեպքերում, եթե նրանք այցելել են ոչ իրենց կամքով, այլ իրենց ամուսինների կամ սկեսուրների պահանջով:

Չնայած նրան, որ պետությունները պետք է ձգտեն նվազեցնել արբորտների ցուցանիշները և դրանց՝ որպես ընտանիքի պլանա-

¹²⁹ Նույնը

¹³⁰ Ռիդ Ս. (2015). Երկրի ծրագրի անկախ գնահատում. Երևան: ՄԱԲՀ.

վորման մեթոդի օգտագործումը, սակայն դա չպետք է տեղի ունենա խնդրո առարկա կանանց հոգեկան և հոգեբանական առողջության գնով:

6.6. Հետաբորտային բուժօգնություն

ԲԶՄԳ գործողությունների ծրագրում նշվում է, որ «կանայք պետք է հնարավորություն ունենան օգտվելու արբորտից բխող բարդությունների կառավարման որակյալ ծառայություններից: Հետաբորտային խորհրդատվությունը, կրթությունը և ընտանիքի պլանավորման ծառայությունները պետք է առաջարկվեն ժամանակին, ինչը նույնպես կնպաստի կրկնակի արբորտներից խուսափելուն»¹³¹:

Հղիության արհեստական կամ ինքնաբեր ընդհատումից հետո կանայք պետք է ստանան հետաբորտային բուժօգնություն: Սա հատկապես կարևոր է այն կանանց համար, ովքեր ենթարկվել են անապահով արբորտների: Հետաբորտային բուժօգնությունն օգտագործվում է որպես բարդությունների հետ կապված հիվանդացության և մահացության դեպքերի կանխման, հետագա անկանխատեսելի հղիությունից խուսափելու համար բեղմնականխիչների առաջարկման, ինչպես նաև կանանց՝ համայնքում առկա այլ անհրաժեշտ ծառայությունների ուղղորդման ռազմավարություն: Անվտանգ արբորտ հետո կանանց այցելությունները բժշկի կարող են պարտադիր չլինել, եթե կինը ունի բավարար տեղեկատվություն այն մասին, թե ինչ բարդությունների դեպքում է պետք դիմել բուժօգնության: Ավելին, բոլոր կանայք պետք է ստանան հակաբեղմնավորման մասին տեղեկատվություն, և նրանց պետք է առաջարկվի խորհրդատվություն հետաբորտային բեղմնականխման մեթոդների, այդ թվում արտակարգ իրավիճակներում բեղմնականխման վերաբերյալ¹³²:

Անկախ հղիության արհեստական ընդհատման իրավական կարգավիճակից, պետությունը պետք է ապահովի խտրականությունից, հարկադրանքից և բռնությունից զերծ հետաբորտային բուժօգնություն՝ գաղտնիության պահպանմամբ: Պետությունը պետք է ապահովի կանանց և աղջիկների տվյալների գաղտնիությունը և վերացնի բուժաշխատողների հանդեպ ցանկացած պահանջ, ըստ

¹³¹ *Տես հղում 108*

¹³² *Տես հղում 105*

որի նրանք պարտավոր են համապատասխան օրգաններին կամ իրավապահ մարմիններին հաղորդել այն հիվանդների տվյալները, ովքեր ունեցել են կամ կասկած կա, որ ունեցել են ապօրինի աբորտ:

Ինչպես նշվեց վերևում, ապօրինի աբորտը պատժելի է քրեական օրենսգրքով: Ապօրինի աբորտ կատարողները ենթակա են տուգանքների և նույնիսկ ազատազրկման: Օրենքը չի նախատեսում պատժամիջոցներ ապօրինի աբորտի ենթարկված կանանց համար:

Սակայն, մարզերում կատարված հետազոտության արդյունքում հաստատվել է, որ բուժաշխատողները պարտավոր են զեկուցել իրավապահ մարմիններին անօրինական աբորտի ենթարկված կանանց կամ աղջիկների վերաբերյալ: Աղվերանում գինեկոլոգներից մեկը հարցազրույցի ժամանակ նշեց. «Եթե մենք բացահայտում ենք, որ տեղի է ունեցել քրեական օրենսգրքի խախտում, մենք պետք է զեկուցենք այդ մասին»: Նույնը հաստատում են նաև Գեղարքունիքի, Շիրակի և Սյունիքի մարզերում: Սա պատճառ է դառնում, որ կանայք և աղջիկները գերադասեն բարդությունների դեպքում չդիմել հետաբորտային խնամքի՝ վախենալով պատժից և քննադատությունից:

Մարզերում անցկացրած հետազոտության ընթացքում, գյուղաբնակ կանայք նշում էին, որ իրենք չեն ստանում հետաբորտային խորհրդատվություն:

Պայմանագրերի վերահսկողական մարմինները, ինչպիսին է, օրինակ, Երեխայի իրավունքների կոմիտեն, առաջարկել են, որպեսզի պետությունները ապահովեն հղիության անվտանգ արհեստական ընդհատման և հետաբորտային խնամքի ծառայություններ՝ անկախ աբորտի ինքնին օրինական կամ ոչ օրինական լինելու փաստից¹³³: Ընդդեմ խոշտանգումների կոմիտեն (CAT) քննադատել է այն օրենքները և պահանջները, որոնք բուժաշխատողներին պարտավորեցնում են կամ ստիպում, որ նրանք զեկուցեն հետաբորտային բուժօգնության դիմած կանանց մասին¹³⁴: Ֆիզիկական և հոգեկան առողջության իրավունքի համընդհանուր հասանե-

¹³³ CRC կոմիտեի ընդհանուր մեկնաբանություն 15, հասանելի է հետևյալ հասցեով.<http://bit.ly/1M7h2k6>

¹³⁴ CAT կոմիտեի եզրափակիչ դիտարկումներ, Պերու, հասանելի է հետևյալ հասցեով.<http://bit.ly/1O1U5U1>

լիության հարցերով հատուկ զեկուցողը հայտարարել է, որ նման օրենքները և պահանջները սահմանափակում և խոչընդոտում են կանանց առողջության իրավունքի իրացմանը¹³⁵:

Որպես դրական հանգամանք պետք է նշել, որ հետազոտությանը մասնակցած բուժաշխատողները ապահովում են հետաբորտային բուժօգնություն կանանց համար, նույնիսկ եթե նրանք կատարել են ապօրինի աբորտ (հետագայում այդ մասին զեկուցելով համապատասխան մարմիններ), հատկապես եթե արտակարգ իրավիճակ է, օրինակ՝ առկա է արյունահոսություն:

6.7. Մարդու իրավունքների կրթությունը և վերարտադրողական առողջապահությունը

Մարդու իրավունքների իրացումը մարդու առողջության, այդ թվում սեռական և վերարտադրողական առողջության պաշտպանության, խթանման իրագործման նախապայման է: Առողջապահական ծառայությունները և առողջապահական ոլորտի աշխատողները առանցքային դերակատարներ են այս գործընթացում, որտեղ նրանք կարող են կամ բարելավել առողջապահական իրավունքների պաշտպանությունը, կամ խոչընդոտել դրան¹³⁶:

Հարցումը հաստատել է, որ շատ դեպքերում առողջապահական ոլորտի աշխատողները կամ վատ են պատկերացնում, կամ առհասարակ պատկերացում չունեն մարդու իրավունքների մասին օրենքների ու սկզբունքների և սեռական ու վերարտադրողական առողջության հետ դրանց փոխկապակցվածության վերաբերյալ: Մարզերում հետազոտությանը մասնակցած բուժաշխատողները նշում էին, որ իրենք չեն ստանում որևէ կոնկրետ ցուցում առողջության խնդիրներին առնչվող մարդու/հիվանդների իրավունքների մասին իրենց մասնակցած դասընթացների ժամանակ: Երբ բուժաշխատողներից մեկին հարց տրվեց իր հիվանդների առողջապահական իրավունքների մասին, նա պատասխանեց.

¹³⁵ Առողջության իրավունքի հարցերով հատուկ զեկուցող, Գլխավոր վեհաժողովի զեկույց. Սեռական և վերարտադրողական առողջության քրեականացումը, հասանելի է հետևյալ հասցեով. <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/443/58/PDF/N1144358.pdf?OpenElement>

¹³⁶ OSCE/ODIHR. (2013). Մարդու իրավունքների կրթության առողջապահության աշխատողների ուղեցույցներ. Վարչակազմ: OSCE/ODIHR

Իմ հիվանդների իրավունքները: Ես նույնիսկ չգիտեմ իմ սեփական իրավունքները:

Բուժաշխատող, Գեղարքունիքի մարզ

Մարդու իրավունքների, նորմերի, սկզբունքների և արժեքների մասին գիտելիքները և դրանց ինտեգրումը բուժաշխատողների աշխատանքում բարելավում է նրանց մասնագիտական գործունեությունը և օգնում պատկերացնել մարդու իրավունքների խախտումները, որոնք ենթակա են փաստագրման և շտկման: Այս առաջնահերթությունը նախասահմանված է մարդու իրավունքների կոնվենցիաներում, հայտարարագրերում, պայմանագրերի մոնիտորինգային մարմինների և հատուկ զեկուցողների կողմից: Դրանցից են Խոշտանգումների և այլ դաժան, անմարդկային կամ նվաստացնող վերաբերմունքի կամ պատժի դեմ կոնվենցիան (CAT), CEDAW կոմիտեն, առողջապահական իրավունքի և խոշտանգումների վերաբերյալ հատուկ զեկուցողները¹³⁷:

6.8. Եզրակացություններ

Առողջապահական կենտրոններ: Մարզերում հետազոտող թիմը այցելել է հիվանդանոցներ, բուժկենտրոններ և կլինիկաներ: Ինչպես նշվեց ավելի վաղ, առողջապահական ծառայությունները, միջոցները և կառույցները պետք է լինեն հասանելի, մատչելի (ֆիզիկապես, տնտեսապես), ընդունելի և որակյալ: Թեև որոշ բուժկենտրոններ ժամանակակից էին, լիովին կահավորված և հիգիենիկ, հետազոտող թիմը այնուամենայնիվ բացահայտեց որոշ խնդիրներ:

Օրինակ, Գեղարքունիքի մարզի (Սևան) բուժկենտրոնը շատ անմխիթար վիճակում էր: Շենքը գտնվում էր ծայրահեղ վիճակում, թե սենյակները և թե սանհանգույցները հակասանիտարական տեսք ունեին: Այսպիսի պայմանները խոչընդոտում են առողջության, այդ թվում՝ սեռական և վերարտադրողական առողջության իրավունքի արդյունավետ իրացմանը: Առկա էր խնդիր նաև Շիրակի մարզում: Խնդրո առարկա բուժկենտրոնը ժամանակակից էր, զինված արդիական սարքավորումներով, պատշաճ կահավորված էր և արտաքուստ համապատասխանում էր սանիտարական

¹³⁷ Նույնը

նորմերին: Հետագոտող թիմից խնդրեցին արտահագուստ հագնել ծննդատուն մտնելուց առաջ, սակայն ցանկացած այլ այցելու ազատ ելումուտ ուներ, առանց արտահագուստ հագնելու պահանջի: Բացի այդ, ականատես եղանք, թե ինչպես մի փողոցային կատու մտավ պալատ մոտակա այգուց:

Սոցիալապես անապահով անձինք և գյուղաբնակ կանայք: Մարզեր կատարած այցերի ընթացքում հետազոտությանը մասնակցած բուժաշխատողները հայտնեցին, որ սոցիալապես անապահով անձանց հատկացված տարեկան բյուջեն բավարար չէ ամբողջ տարվա համար: Բուժաշխատողներից մեկը նշեց, որ ամբողջ բյուջեն երբեմն ծախսվում է առաջին երկու ամիսների ընթացքում: Նա նաև նշեց, որ բուժկենտրոնը տրամադրում է աբորտի անվճար ծառայություններ անգամ բյուջեն ծախսված լինելուց հետո, բայց դա հետագայում չի փոխհատուցվում կառավարության կողմից:

Գյուղական վայրերում առկա է նաև առողջապահական, այդ թվում սեռական և վերարտադրողական առողջության ծառայությունների մատչելիության հարցը: 2009 թ. CEDAW կոմիտեն Հայաստանի վերաբերյալ եզրափակիչ դիտարկումներում նշել է իր մտահոգությունը «կանանց, հատկապես գյուղաբնակ և հեռավոր վայրերում ապրող կանանց համար ընդհանրապես առողջապահական ծառայությունների և մասնավորապես վերարտադրողական առողջապահական ծառայությունների անբավարար մատչելիության վերաբերյալ»¹³⁸:

Անզգայացման կամ ցավազրկողների օգտագործումը գյուղական վայրերում հղիության արհեստական ընդհատման ժամանակ կախված է բուժկենտրոնում դրանց առկայությունից, անձնական հայեցողությունից և բուժաշխատողների կողմից կանանց առաջադրված տարբերակների ընտրությունից: Անզգայացման կամ ցավազրկողների օգտագործման առումով կարևոր խոչընդոտներից է դրանց արժեքը¹³⁹:

Սյունիքի մարզում մի ՀԿ-ի ներկայացուցիչ հայտարարեց, որ կան սոցիալապես անապահով անձանց հանդեպ խտրականության դեպքեր: Նա նաև նշեց, որ բժիշկները տարբեր կերպ են վերաբերվում տարբեր սոցիալական խավերի հիվանդներին. «Եղավ

¹³⁸ CEDAW կոմիտեի եզրափակիչ դիտարկումներ, 2009, հասանելի է հետևյալ հասցեով. <http://bit.ly/1TFofgW>

¹³⁹ *Տես հղում 125*

մի դեպք, երբ մի աղքատ կին էր այցելել բժշկի՝ հղիության ընթացքում բուժօգնության համար, և բժիշկը նրան ասաց, որ աղքատ ընտանիքները չպետք է երեխա ունենան»:

Ավելին, ՀԿ ներկայացուցիչներից մեկը հայտնեց, որ սոցիալապես անապահով անձանց, այդ թվում գյուղական վայրերում ապրող կանանց հասանելի դեղորայքը սահմանափակ է՝ ռեսուրսների պակասի պատճառով: Հետևաբար, կանայք, ովքեր ցանկանում են կատարել աբորտ կամ ստանալ հետաբորտային բուժօգնություն, չեն ստանում համապատասխան դեղորայք, կամ չեն ստանում այն անվճար (երբեմն անվճար չէ հղիության արհեստական ընդհատումը նույնպես):

Բուժաշխատողների ուսուցում: Չնայած նրան, որ բուժաշխատողները պարբերաբար մասնակցում են դասընթացների, դրանք հասանելի չեն տարբեր մարզերի բոլոր բուժաշխատողներին: Շիրակի մարզի մի բուժաշխատող նշեց, որ իրենք չեն ստանում դասընթացների «հրավերներ», և խնդրեց, որ դրանք հասանելի լինեն բոլոր մարզերի բոլոր բուժաշխատողներին:

Գաղտնիություն: Վերարտադրողական առողջության ծառայությունների, այդ թվում հղիության արհեստական ընդհատման և հետաբորտային խորհրդատվության կարիք ունեցող հիվանդների գաղտնիության պահպանման կարևորությունը առանձնահատուկ կերպով նշված է մարդու իրավունքների միջազգային պայմանագրերում և հայտարարագրերում, ինչպես նաև պայմանագրերի մոնիտորինգ իրականացնող մարմինների և հատուկ զեկուցողների կողմից: Հետազոտությամբ պարզվել է, որ Հայաստանում տեղի են ունենում մեկուսի սպասարկվելու և գաղտնիության չափանիշների խախտումներ: Խնդիրն ավելի խիստ է արտահայտված հեռավոր և գյուղական վայրերում, այնուհետև Երևանում և մեծ քաղաքներում: Առողջապահության բնագավառի աշխատողների և ՀԿ-ների ներկայացուցիչների հետ հարցազրույցներից պարզ է դարձել, որ գյուղական վայրերում կանայք նախընտրում են աբորտ կատարել այնպիսի բուժհաստատություններում, որոնք հեռու են իրենց բնակավայրերից, երբեմն նույնիսկ գերադասում են հասնել Երևան:

Պետության կողմից գործադրված ջանքեր: ՏՄՄԻՄԴ-ի Հոդված 2 (1)-ում ընդգծվում է, որ պետությունները պարտականություն ունեն աստիճանաբար կենսագործելու դաշնագրով սահման-

ված իրավունքները, այդ թվում սեռական և վերարտադրողական առողջության իրավունքները¹⁴⁰: Այս գաղափարի հիմքում ընկած է այն ենթադրությունը, որ պետությունները ունեն սահմանափակ ֆինանսական միջոցներ և ռեսուրսներ, ուստի նրանց տրվում է ժամանակ՝ դաշնագրի դրույթները իրագործելու համար: Սակայն, պետությունները պետք է շարունակաբար կարողանան ցույց տալ, որ իրենք գործադրում են ջանքեր և ձեռնարկում են համապատասխան միջոցներ դաշնագրով նախատեսված իրավունքների գործադրման ուղղությամբ, անգամ սահմանափակ ռեսուրսներով: Ավելին, առողջության իրավունքի առումով հետընթաց քայլերի ձեռնարկումն անթույլատրելի է:

ESCR կոմիտեն Հայաստանի վերաբերյալ 2014թ. իր եզրափակիչ դիտարկումներում հայտարարել է, որ «պետության կողմից առավելազույնս չեն օգտագործվում առկա ռեսուրսները աստիճանաբար դաշնագրի իրավունքների լիակատար իրագործում ապահովելու համար», ընդգծելով, որ պետությունը պետք է «բարելավի հանրային ֆինանսների կառավարման պատկան նախարարությունների կարողությունները, հեշտացնի երկխոսությունը նախարարությունների և ՀՀ Ֆինանսների նախարարության միջև, ապահովի միջոցների արդյունավետ հատկացումը՝ ծրագրային բյուջետավորման չափանիշներին համապատասխան, և բարձրացնի քաղաքական իրազեկվածությունը առողջության և կրթության ոլորտներին զգալի լրացուցիչ ռեսուրսներ հատկացնելու կարևորության առումով, և պարբերաբար գնահատի, թե արդյոք առավելազույնս օգտագործվում են առկա ռեսուրսները աստիճանաբար դաշնագրով սահմանված իրավունքների լիակատար իրականացում ապահովելու համար»¹⁴¹:

Հարցազրույցի ժամանակ ՀԿ ներկայացուցիչը նշեց, որ պետությունը իրականում ձեռնարկել է միջոցներ հղիության արհեստական ընդհատման ծառայությունների և հետաբորտային բուժօգնության մատչելիությունը բարելավելու ուղղությամբ, սակայն կոռուպցիայի բարձր ցուցանիշի պատճառով դրանց ազդեցությունը շատ քիչ է կամ բացակայում է:

¹⁴⁰ Տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների միջազգային դաշնագիր: Հասանելի է հետևյալ հղումով՝ <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

¹⁴¹ ESCR կոմիտեի եզրափակիչ դիտարկումներ, 2014: Հասանելի է հետևյալ հղումով՝ <http://bit.ly/IwWxfrM>

իրավունքների խախտումների դեպքում ձեռնարկվելիք միջոցները: Պետություններից պահանջվում է միջոցներ ձեռնարկել (վարչական և դատաիրավական) սեռական և վերարտադրողական իրավունքների, այդ թվում հղիության արհեստական ընդհատումների և հետաբորտային բուժօգնության հետ կապված մարդու իրավունքների խախտման դեպքերը շտկելու ուղղությամբ: Սա հաշվետվողականության սկզբունքի առանցքային պահանջ է, որն ապահովում է քաղաքականությունների և ծրագրի պատշաճ իրականացում, այդպիսով կանխելով մարդու իրավունքների խախտումները¹⁴²:

Հետազոտության արդյունքում պարզվել է, որ կան մեխանիզմներ, որոնք հնարավորություն են տալիս պաշտպանվելու իրավունքների խախտումներից հղիության արհեստական ընդհատումների և հետաբորտային բուժօգնության և ընդհանրապես վերարտադրողական իրավունքների համատեքստում: Սակայն, ՀԿ ներկայացուցիչը հայտարարում էր, որ այդ մեխանիզմներն այնքան էլ արդյունավետ չեն և կանայք դրանց առանձնապես վստահություն չեն ընծայում: Ավելին, հասարակությունը այնքան էլ տեղեկացված չէ դրանց գոյության վերաբերյալ, ինչը նշանակում է, որ շատ դեպքերում հնարավորությունները չեն օգտագործվում:

Կանանց և աղջիկների մասնակցությունը հղիության արհեստական ընդհատումների և հետաբորտային բուժօգնության ուղղությամբ առողջապահության ռազմավարությունների մշակմանը, ներդրմանը և մոնիտորինգին: Որոշումների կայացման, իրականացման և մոնիտորինգի բոլոր փուլերում պահանջվում է կանանց, աղջիկների, շահագրգիռ անձանց և քաղաքացիական հասարակության ակտիվ մասնակցություն: Սա կարևոր քայլ է հաշվետվողականության բարելավման և կանանց իրավունքների մեծացման գործընթացում:

Մի ՀԿ ներկայացուցիչ նշեց, որ կան ընթացակարգեր և մեխանիզմներ այդ մասնակցությունն ապահովելու համար, սակայն դրանք «չեն աշխատում կամ բավարար արդյունավետ չեն աշխատում»:

¹⁴² ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամ (2015). Նյու Յորք: ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամ. Մարդու իրավունքների պաշտպանության ազգային հաստատությունների աջակցության ուղեցույց: Երկրի գնահատականներ և ազգային հարցումներ սեռական և վերարտադրողական առողջության և բարեկեցության մարդու իրավունքների համատեքստում. Նյու Յորք: ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամ.

6.9. Հաշմանդամություն ունեցող անձինք

Կանայք և աղջիկները հաճախ ենթարկվում են խտրականության, բռնությունների, գենդերային անհավասարության և կարծրատիպերի, հատկապես՝ հայրիշխանություն ունեցող հասարակությունում: Սակայն, կան դեպքեր, երբ կանայք և աղջիկները բախվում են կրկնակի կամ բազմակի խտրականության, և ավելի խոցելի են հաշմանդամության առկայության (ֆիզիկական կամ հոգեկան), սոցիալական, ռասայական առումներով:

Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների միջազգային կոնվենցիայի (ICRPD) Հոդված 23 (1բ)-ում նշվում է, որ պետական մարմինները «պետք է ձեռնարկեն արդյունավետ և համապատասխան միջոցներ՝ վերացնելու հաշմանդամություն ունեցող անձանց նկատմամբ խտրականությունը բոլոր հարցերում՝ ամուսնական, ընտանեկան, ծնողական հարաբերությունների առումով, որպեսզի ապահովվի հաշմանդամություն ունեցող անձանց կողմից իրենց երեխաների թիվը և ապրելու վայրը ազատ և պատասխանատու ձևով որոշելու իրավունքը և ըստ իրենց տարիքային պատկանելության համապատասխան տեղեկատվություն, վերարտադրողական և ընտանիքի պլանավորման կրթություն ստանալու իրավունքի ճանաչումը և դրանք իրականացնելու համար անհրաժեշտ միջոցները», իսկ 25-րդ հոդվածի (ա) ենթակետով նշվում է, որ պետական մարմինները հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար պետք է ապահովեն ազատ և մատչելի առողջապահական ծառայությունների միևնույն շրջանակը, որակը և չափանիշները, այդ թվում՝ սեռական և վերարտադրողական իրավունքների ասպարեզում¹⁴³: Ավելին, ԲԶՄԳ գործողությունների ծրագրում հատուկ հղում է արվում հաշմանդամություն ունեցող անձանց և նրանց վերարտադրողական իրավունքներին¹⁴⁴:

2015թ. Դրությամբ Հայաստանում բնակվող հաշմանդամություն ունեցող անձանց թիվը¹⁴⁵ մոտավորապես 198.600 է, որից գրեթե

¹⁴³ Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին Միջազգային կոնվենցիա, հասանելի է հետևյալ հասցեով <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>

¹⁴⁴ *Տես հղում 108*

¹⁴⁵ Մարդու իրավունքների պաշտպանի Հայաստանյան գրասենյակ .(2015). Տարեկան հաշվետվություն 2014. Երևան (Հայաստան)

94,000-ը կանայք են, ինչը կազմում է բնակչության գրեթե 6%-ը¹⁴⁶: Չնայած որ Հայաստանը պետական մակարդակով հանդիսանում է ICRPD անդամ, հաշմանդամների նկատմամբ խտրականությունը լուրջ խնդիր է, իսկ կանայք բախվում են խտրականության համակցված տարբերակի՝ կախված թե սեռից և թե հաշմանդամությունից¹⁴⁷:

ՀԿ ներկայացուցիչներից մեկը հաստատեց, որ հաշմանդամ կանայք առողջապահության ոլորտում բախվում են խտրականության հղիության արհեստական ընդհատումների և հետաքրքրատային բուժօգնության դիմելիս, թեև նա ընդգծեց նաև, որ ինքը տեղյակ չէ բռնի ամլացման կամ բռնի արբորտի դեպքերի, որոնք պատժելի են ՀՀ քրեական օրենսգրքով: Ավելին, հաստատվում է այն, որ հաշմանդամ կանայք կամ նրանց ներկայացնող հասարակական կազմակերպությունները և քաղաքացիական հասարակությունը զգալի մասնակցություն չունեն վտանգավոր արբորտների կանխարգելման, հղիության անվտանգ արհեստական ընդհատումների և հետաքրքրատային բուժօգնության ռազմավարությունների կամ ծրագրերի մշակման, իրականացման և մոնիտորինգի աշխատանքներում: Այս հանգամանքը նպաստում է հաշմանդամ կանանց հանդեպ խտրականության մեծացմանը և խաթարում է հաշվետվողականությունը:

Բացի այդ, հետազոտության ընթացքում բուժկենտրոններ և բուժհաստատություններ այցելությունների ժամանակ պարզ դարձավ, որ դրանցից ոչ բոլորն են ֆիզիկապես մատչելի (մասամբ կամ ամբողջովին) հաշմանդամ կանանց համար, ինչը խոչընդոտներ և արգելքներ է առաջացնում նրանց համար իրենց վերարտադրողական առողջության իրավունքների, այդ թվում հղիության արհեստական ընդհատումների և հետաքրքրատային բուժօգնության հասանելիության առումով: Այս հարցը բարդանում է նրանով, որ որոշ բուժաշխատողներ հաշմանդամ կանանց բարեհաջող բուժում չեն ապահովում. կամ երբևիցե չեն բուժել հաշմանդամների, կամ վերաբերվում են նրանց խտրականությամբ¹⁴⁸: Այս խնդիրը շատ

¹⁴⁶ Զարուհի Բաթոյան. Գենդերային և առաջնորդության հետազոտությունների կենտրոն. Հայաստանում վերարտադրողական բժշկական ծառայությունների ներառականությունը և մատչելիությունը հաշմանդամություն ունեցող կանանց և աղջիկների երևան, 2014.

¹⁴⁷ *Տես հղում 143*

¹⁴⁸ *Տես հղում 144*

ավելի ակնհայտ է շրջանների կամ գյուղական բուժհաստատություններում և բուժկենտրոններում: Հետազոտության արդյունքում նաև պարզ դարձավ, որ բուժաշխատողները չունեն կոնկրետ ուղեցույցներ, թե ինչպես պետք է բուժել հղիության արհեստական ընդհատումների և հետաբորտային բուժօգնության դիմած հաշմանդամ կանանց, ինչը կարելի է բացատրել հատուկ կարիքներով հաշմանդամություն ունեցող անձանց վերաբերյալ գիտելիքների պակասով:

Ինչպես ավելի վաղ նշվեց այս գլխում, ոչ բոլոր կանայք են լիարժեք և պատշաճ կերպով տեղեկացված հղիության արհեստական ընդհատումների և հետաբորտային բուժօգնության մասին: Այս հարցի լրջությունը առավել խորանում է այն դեպքում, երբ խոսք է գնում հաշմանդամ կանանց մասին, քանի որ հարցման շրջանակներում թիմին չհաջողվեց գտնել առողջապահական որևէ օժանդակ նյութ տեսողության խնդիրներ ունեցող մարդկանց համար: Նման տեղեկատվության պատշաճ առկայության համար պահանջվում է ընտանիքի անդամների կամ ծանոթների աջակցությունը, ինչը կարող է խախտել գաղտնիության իրավունքը:

Խտրական վերաբերմունքը հաշմանդամ կանանց նկատմամբ սեռական և վերարտադրողական առողջության, այդ թվում հղիության արհեստական ընդհատումների և հետաբորտային բուժօգնության իրավունքների առումով նույնպես կապված է կարծրատիպերի, ենթադրությունների և համատարած կեղծ համոզմունքների հետ, ըստ որոնց հաշմանդամություն ունեցող անձինք սեռապես անկարող են, հատկապես եթե խոսք է գնում մտավոր խանգարում ունեցող մարդկանց մասին: Հետազոտության ընթացքում հարցվող բուժաշխատողների մեծ մասը նշեց, որ իրենք ունեցել են ընդամենը մի քանի հաշմանդամ հիվանդներ կամ առհասարակ չեն ունեցել:

6.10. Սեռով պայմանավորված աբորտները և սեռի որոշումը մինչև ծննդաբերությունը

Սեռով պայմանավորված աբորտները կամ սեռի որոշումը մինչև ծննդաբերությունը Հայաստանում լուրջ խնդիր է, որ գնալով ավելի է խորանում (Հայաստանն այժմ աշխարհում երրորդ տեղն է զբաղեցնում սեռով պայմանավորված աբորտների թվով, զիջելով մի-

այն Չինաստանին և Ադրբեջանին): Ամեն տարի ավելի քան 1400 աղջիկներ չեն ծնվում Հայաստանում սեռով պայմանավորված աբորտների արդյունքում¹⁴⁹: Մինչև 2060թ. Հայաստանում չի ծնվի գրեթե 93,000 աղջիկ, եթե սեռից կախված աբորտների կամ մինչև ծննդաբերությունը սեռի ընտրության միտումը շարունակի մնալ անփոփոխ¹⁵⁰: Ըստ Գարիկ Հայրապետյանի, 1993թ. ի վեր Հայաստանում մինչև 20-21 տարեկան տղամարդկանց թիվը 50,000-ով ավելի է կանանց թվից: Դստեր նկատմամբ տղա զավակի նախապատվության հարաբերակցությունը Հայաստանում կազմում է ⁵¹: Սեռով պայմանավորված աբորտները կանանց դեմ բռնության և խտրականության ձև են, ինչպես նաև էթիկայի նորմերին հակասող և վնասարար քայլ:

ԲԶՄԳ գործողությունների ծրագիրը կոչ է արել պետություններին լուծել սեռի ընտրության հարցը: Ավելին, միջազգային մարմինները ուշադրություն են դարձնում հարցի լրջությանը և արդեն իսկ առաջարկություններով դիմել են Հայաստանին: Մարդու իրավունքների կոմիտեն 2012թ. իր եզրափակիչ դիտարկումներում արտահայտել է իր մտահոգությունը սեռով պայմանավորված աբորտների աճող թվի առնչությամբ¹⁵²: ESCR կոմիտեն հայտարարել է իր մտահոգությունն «այն փաստով, որ Հայաստանում դիտվում է իզական սեռի ծնունդների համեմատ արական սեռի ծնունդների ամենաբարձր մակարդակը աշխարհում, ինչն արդյունք է սեռով պայմանավորված աբորտների»¹⁵³: Եվրոպայի խորհրդի Խորհրդարանական վեհաժողովը 2011թ. ընդունել է բանաձև (N 1829)՝ դատապարտելով սեռով պայմանավորված աբորտները: Խորհրդարանական վեհաժողովը դատապարտում է «մինչև ծնունդը սեռի ընտրությունը որպես երևույթ, որի արմատները գալիս են գենդերային անհավասարության մշակույթից և էլ ավելի են խորացնում կանանց նկատմամբ բռնության մթնոլորտը»: Բացի այդ, բանաձևը կոչ է անում Հայաստանի իշխանություններին ուսումնասիրել սեռով պայմանավորված ընտրության պատճառները, հավաքել վս-

¹⁴⁹ *Տես հղում 110*

¹⁵⁰ Հայրապետյան Գարիկ, հասանելի է հետևյալ հասցեով. <http://eeca.unfpa.org/news/93000-women-be-missing-armenia-2060-if-high-pre-natal-sex-selection-rate-remains-unchanged>

¹⁵¹ *Տես հղում 110*

¹⁵² HRC կոմիտեի եզրափակիչ դիտարկումներ, 2012, հասանելի է հետևյալ հասցեով. <http://bit.ly/1NKvbcl>

¹⁵³ *Տես հղում 139*

տահելի տվյալներ, ջանքեր գործադրել հասարակության մեջ կանանց կարգավիճակը բարձրացնելու ուղղությամբ, և այլն¹⁵⁴:

Սեռով պայմանավորված աբորտների արդյունքում տեղի է ունենում ծնվող սեռերի հարաբերակցության շեղում (ԾՍՀ): Նորմալ կենսաբանական ԾՍՀ-ն է՝ 102-106 տղա՝ 100 աղջկա դիմաց, մինչդեռ Հայաստանում այն հասել է գրեթե 114.5 տղայի 100 աղջկա հարաբերակցության: ԾՍՀ-ն նաև տատանվում է տարբեր մարզերի միջև: Օրինակ, Սյունիքի մարզում սեռի նախաձննդյան որոշման մակարդակը չափավոր է, իսկ Գեղարքունիքի մարզում արական սեռի ծնունդների մակարդակը ավելի բարձր է, քան Չինաստանում¹⁵⁵:

Սեռով պայմանավորված աբորտների համար պետք է գոյություն ունենան երեք նախապայմաններ կամ գործոններ. 1) արու զավակի նախապատվություն (պահանջարկի գործոն), 2) վերարտադրողական տեխնոլոգիաների առկայություն (առաջարկի գործոն) և 3) ցածր ծնելիության ցուցանիշ¹⁵⁶: Բոլոր այս երեք նախապայմանները գոյություն ունեն Հայաստանում:

Արու զավակի նախապատվությունը խորապես առկա է շնորհիվ հայ հասարակության հայրիշխանական կառուցվածքի: Դրա հիմնական պատճառն այն է, որ տղամարդկանց և կանանց միջև անհավասարությունը տիրապետող հայրիշխանական մշակույթում հիմնված է հայրական գծով ժառանգականության համակարգի վրա: Հայ ընտանիքները նախընտրում են ունենալ որդի վեց անգամ ավելի, քան իգական սեռի երեխա: Այս համակարգում ընտանիքը կառուցվում է արական գծով, մինչդեռ աղջիկները ամուսնանալուց հետո դադարում են պատկանել իրենց հայրական ընտանիքին¹⁵⁷:

Արու զավակի նախապատվությունը նաև գենդերային անհավասարության և հասարակության մեջ կանանց ցածր կարգավիճակ-

¹⁵⁴ Եվրոպայի խորհրդի Խորհրդարանական վեհաժողովի բանաձև 1829. Հասանելի է հետևյալ հղումով՝ <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=18020&lang=en>

¹⁵⁵ Guilmoto, C. Z. (2013). «Նորածինների սեռերի անհամամասնությունը Հայաստանում. Ժողովրդագրական տվյալներ և վերլուծություն», զեկույց, Երևան: ՄԱԲՀ.

¹⁵⁶ ՄԱԲՀ Ասիա-Խաղաղօվկիանոսյան տարածաշրջանի գրասենյակ. (2012). Ծննդյան անհամամասնությունները կախված սեռից. Ընթացիկ միտումները, հետևանքները և քաղաքական ենթադրությունները, *Բանգլոկ*, ՄԱԲՀ, Ասիա-Խաղաղօվկիանոսյան տարածաշրջանի գրասենյակ.

¹⁵⁷ *Տես հղում 110*

կի դրսևորում է: Սեռային անհավասարությունը արտահայտվում է կանանց զբաղվածության հնարավորությունների, աշխատավարձի անհավասարության, ռեսուրսների հասանելիության (աղքատության ֆեմինիզացում) և քաղաքական կյանքում ներկայացվածության (թե տեղական և թե ազգային մակարդակում) հարցերում: Հայաստանում կանայք նաև բախվում են անհավասարության, որտեղ արական սեռին գերապատվություն տվող նորմերը էլ ավելի են խորացնում արդեն իսկ խոցելի վիճակը¹⁵⁸:

Հետազոտության ընթացքում ևս հնչեցին նման տրամադրություններ: Սեռով պայմանավորված աբորտների տարածվածության մասին հարցին մի բուժաշխատող պատասխանեց.

Ես կարծում եմ, որ դա լավ է: Ի վերջո, մեզ պետք են տղամարդիկ մեր բանակում ծառայելու համար:

Ինչպես նշվեց վերը, սեռով պայմանավորված աբորտների մյուս երկու նախապայմաններն են վերարտադրողական տեխնոլոգիաների առկայությունը և ցածր ծնելիությունը: Ցածր ծնելիությունը փոխկապված է տնտեսական պայմանների հետ, հատկապես գյուղական վայրերում¹⁵⁹: Աղքատության պայմաններում կանայք Հայաստանում ունենում են քիչ թվով երեխաներ, երբեմն նույնիսկ ավելի քիչ, քան կցանկանային: Ընտանիքում երկու կամ ավելի քիչ երեխա ունենալու մտայնության առկայությամբ տղա երեխա ունենալու ցանկությունը դարձել է սեռով պայմանավորված աբորտների առաջնային պատճառ, քանի որ հաջորդական հղիությունների միջոցով արու զավակի ծնունդ ապահովելն այլևս նախընտրելի լուծում չէ:

Հետազոտությունը պարզել է, որ սեռով պայմանավորված աբորտների իրավիճակի լրջությունը շարունակում է խորանալ: Թեև կանայք սեռով պայմանավորված աբորտները կիրառում են հիմնականում երրորդ հղիության ընթացքում, ներկայումս նրանք այդ միջոցին դիմում են նաև առաջին կամ երկրորդ հղիության ժամանակ (1996- 2001 թթ. առաջին և երկրորդ ծննդաբերությամբ հավելյալ արական ծնունդների ցուցանիշը 9%-ից պակաս է եղել,

¹⁵⁸ Տես հղում 110

¹⁵⁹ Տես հղում 125

մինչդեռ 2001-2010 թթ. հավելյալ արական ծնունդների ցուցանիշն ավելացել է մինչև 26.1%)¹⁶⁰: Շիրակի մարզում հարցմանը մասնակցած մի բուժաշխատող նշել է, որ մեր օրերում որոշ կանայք դիմում են սեռով պայմանավորված աբորտի նույնիսկ առաջին հղիության ժամանակ: Նա նշել է, որ՝ քանի որ սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումները տեղի են ունենում հղիության 12-րդ շաբաթից հետո (երբ աբորտ կարելի է իրականացնել միայն ըստ սոցիալ-բժշկական ցուցանիշների), այդպիսի աբորտներ իրականացնող բուժաշխատողներն իրենց զեկույցներում փոխում են աբորտի ամսաթիվը, կամ նշում են, թե տվյալ կինը վիժել է:

Սեռով պայմանավորված աբորտների երևույթը Հայաստանում փոխկապակցված է նաև հարկադիր աբորտի հետ: Հարկադիր աբորտը առողջության իրավունքի խախտում է և, ըստ Մարդու իրավունքների հանձնաժողովի, կարելի է համարել ԲՔԻՄԴ 7-րդ հոդվածի խախտում, որում մասնավորապես նշվում է, որ «ոչ ոք չպետք է ենթարկվի խոշտանգումների կամ դաժան, անմարդկային կամ արժանապատվությունը նվաստացնող վերաբերմունքի կամ պատժի»¹⁶¹:

Հայաստանում ամուսինները և նրանց ծնողները (մասնավորապես՝ մայրերը) հաճախ միջամտում են և ազդեցություն ունեն կանանց վերարտադրողական որոշումների կայացման վրա: Ամուսինների և նրանց ծնողների կողմից արու զավակի նախընտրությունը կարող է արական և իգական ծնունդների անհամաչափ հարաբերակցության նշանակալի գործոն հանդիսանալ և պատճառ դառնալ կանանց նկատմամբ հոգեբանական և ֆիզիկական բռնության: Հոգեբանական բռնությունը ենթադրում է ճնշում և ամուսնալուծության սպառնալիք, տնից դուրս հանել, ֆինանսական միջոցներից զրկել և այլն, իսկ ֆիզիկական բռնությունը՝ կանանց հարվածել և ծեծի ենթարկել՝ աբորտի դրդելու կամ վիժում առաջ բերելու նպատակով¹⁶²: Շիրակի մարզում մի բուժաշխատող նշել է, որ ինքը ականատես է եղել դեպքերի, երբ կանայք չէին ցանկանում ընդհատել իգական պտղի կյանքը, բայց ստիպված էին՝ իրենց

¹⁶⁰ *Տես հղում 153*

¹⁶¹ HRC Ընդհանուր մեկնաբանություն 28, հասանելի է հետևյալ հասցեով.<http://bit.ly/1SScmE7>

¹⁶² ԱՄՆ պետքարտուղարություն (2014). Հայաստան 2014, Մարդու իրավունքների զեկույց. Վաշինգտոն: ԱՄՆ պետքարտուղարություն

սկեսուրների դրդամամբ: Ավելին, երբ երեխայի ծնունդը գրանցվում է հոր կողմից, ԾՍՀ-ն ավելի բարձր է (116.8), քան երբ ծնունդը գրանցվում է մոր կողմից (միայնակ մայրեր), որի դեպքում ցուցանիշը մի փոքր ավելի է ԾՍՀ նորմայից (106.3)¹⁶³:

Սեռով պայմանավորված աբորտներն արդարացնող այլ պատճառներ են բերվում՝ 1) ծնողների՝ իրենց արական սեռի երեխաների համար եղբայրներ ունենալու ցանկությունը և 2) կարծիքը, որ արական սեռի երեխան ծնողներին կապահովի ծերության ընթացքում¹⁶⁴:

Այս երևույթին հակազդելու նպատակով ԱՆ-ն պատրաստել է օրենքի նախագիծ, ըստ որի սեռով պայմանավորված աբորտները կհամարվեն անօրինական: Այսպիսով, կինը կարող է դիմել հղիության արհեստական ընդհատման մինչև հղիության 12-րդ շաբաթը, այսինքն՝ այն ժամանակահատվածում, երբ պտղի սեռը դեռևս չի կարող որոշվել, ինչն ինքնին ապօրինի է դարձնում սեռով պայմանավորված (12-րդ շաբաթից հետո իրականացվող) աբորտները:

Ամփոփելով պետք է նշել, որ կանայք տղա երեխա ունենալու նպատակով ենթարկվում են հոգեբանական և ֆիզիկական բռնության և ստիպված են ենթարկվել հաջորդական աբորտների, ինչը կարող է բացասական հետևանքներ ունենալ նրանց ֆիզիկական և հոգեկան առողջության վրա: Ավելին, սեռի ընտրությունը ամրապնդում է գենդերային անհավասարության և խտրականության և աղջիկներին պակաս կարևոր արժեք վերագրելու մշակույթը: Երկարաժամկետ հեռանկարում սեռով պայմանավորված աբորտները կշարունակեն խորացնել սեռային անհավասարակշռությունը և կստեղծեն տղամարդկանց ավելցուկ, ինչն էլ իր հերթին կազդի ամուսնական հեռանկարների վրա, կնվազի ծնելիությունը, կավելանան հանցագործությունները, մարդկային թրաֆիկինգը, գենդերային բռնությունը և քաղաքական հուզումները:

6.11. Առաջարկություններ

Չնայած նրան, որ պետության կողմից ջանքեր են գործադրվում, որպեսզի բարելավվեն աբորտի ծառայությունները և հետաբորտային բուժօգնությունը, պահանջվում է ավելին: Եթե գենդերային

¹⁶³ *Տես հղում 153*

¹⁶⁴ *Տես հղում 125*

խտրականությունը և անհավասարությունը, կանանց դերը և կարգավիճակը հասարակության մեջ չշտկվի և չբարելավվի, սեռական և վերարտադրողական առողջությանն առնչվող իրավունքների, այդ թվում հղիության արհեստական ընդհատման ծառայությունների և հետաբորտային բուժօգնության բարելավմանն ուղղված ջանքերը կմնան անարդյունավետ և անպտուղ:

Առաջարկություններ

- ✓ Աբորտների և այն որպես ընտանիքի պլանավորման մեթոդ օգտագործելու ցուցանիշները նվազեցնելու համար կառավարությունը պետք է քայլեր ձեռնարկի բնակչության և նույնիսկ բուժաշխատողների շրջանում ժամանակակից հակաբեղմնավորիչների բացասական ընկալումը փոխելու ուղղությամբ: Ավելին, չնայած դժվարություններին, կառավարությունը պետք է ակտիվացնի իր ջանքերը ժամանակակից հակաբեղմնավորիչները բնակչության բոլոր հատվածների համար հասանելի և մատչելի դարձնելու ուղղությամբ:
- ✓ Պետությունը պետք է ապահովի, որպեսզի Cytotec դեղամիջոցի ազատ վաճառքի գոյություն ունեցող արգելքը սկսի գործել: Միևնույն ժամանակ, պետք է բարձրացնել հանրային իրազեկվածությունը անապահով աբորտների և առանց բուժաշխատողի հսկողության Cytotec դեղամիջոցի օգտագործման վտանգների և հետևանքների վերաբերյալ:
- ✓ Պետք է ապահովել աբորտների գծով կանանց խորհրդատվության կազմակերպումը ծննդատնից դուրս այլ վայրերում:
- ✓ Վերացնել կանանց ապօրինի աբորտի դեպքերի մասին ոստիկանությանը կամ համապատասխան մարմիններին զեկուցելու բուժաշխատողներին ներկայացվող պահանջը, որը կարող է խոչընդոտ հանդիսանալ կանանց հետաբորտային բուժօգնության դիմելու համար:
- ✓ Ապահովել մարդու իրավունքների պարտադիր ուսուցում բոլոր բուժաշխատողների, մասնավորապես սեռական և վերարտադրողական առողջության ոլորտում աշխատողների համար:
- ✓ Բարելավել մարզերի որոշ առողջապահական կենտրոնների ֆիզիկական պայմանները՝ ապահովելով այնտեղ ավելի հիգիենիկ և սանիտարական պայմաններ:
- ✓ Վերանայել սոցիալապես անապահով անձանց հատկացվող

բյուջեն՝ ապահովելով, որ այն բավարարի ամբողջ տարվա համար: Ապահովել վերարտադրողական առողջության պատշաճ հասանելիություն գյուղական վայրերում: Ապահովել անզգայացման, ցավազրկողների և դեղերի մատչելիությունը և հասանելիությունը արբորտի ենթարկվող բոլոր կանանց համար:

- ✓ Վերացնել առողջապահական ծառայությունների մատուցման խտրականության, այդ թվում հաշմանդամությամբ և սոցիալական կարգավիճակով պայմանավորված խտրականության բոլոր ձևերը:
- ✓ Ապահովել դասընթացների հասանելիություն բոլոր բուժաշխատողների համար:
- ✓ Ինչպես նշված է ESCR կոմիտեի 2014թ. եզրափակիչ առաջարկություններում, պետությունը պետք է առավելագույնս օգտագործի առկա ռեսուրսները՝ առողջության, այդ թվում սեռական և վերարտադրողական առողջության իրավունքի իրացումը ապահովելու համար:
- ✓ Պետությունը պետք է սահմանի արդյունավետ պատժամիջոցներ սեռական և վերարտադրողական առողջության իրավունքների, այդ թվում հղիության արհեստական ընդհատման և հետաբորտային բուժօգնությանն առնչվող խախտումների համատեքստում:
- ✓ Պետությունը պետք է ապահովի կանանց և աղջիկների արդյունավետ մասնակցությունը հղիության արհեստական ընդհատումների և հետաբորտային բուժօգնության ձևավորման, իրականացման, մոնիտորինգի առողջապահական ռազմավարությունների ուղղությամբ քաղաքացիական հասարակության և տարբեր շահագրգիռ կողմերի աշխատանքներում:
- ✓ Պետությունը պետք է ակտիվացնի իր ջանքերը վերարտադրողական առողջապահության ասպարեզում հաշմանդամություն ունեցող անձանց (հիմնականում կանանց) նկատմամբ խտրականությունը վերացնելու ուղղությամբ: Բուժաշխատողները պետք է ստանան ուսուցում և հատուկ ուղեցույցներ այն մասին, թե ինչպես բուժել և աշխատել հաշմանդամություն ունեցող կանանց և աղջիկների հետ: Բացի այդ, պետությունը պետք է ապահովի բոլոր առողջապահական հաստատությունների ֆիզիկական, հոգեբանական և տնտեսական մատչելիությունը

հաշմանդամ կանանց համար:

- ✓ Պետությունը պետք է ապահովի, որ բոլոր կանայք և աղջիկները համարժեք և ճշգրիտ տեղեկատվություն ունենան հղիության արհեստական ընդհատումների և հետաքրորտային բուժօգնության վերաբերյալ:
- ✓ Պետությունը պետք է զերծ մնա անչափահասներին արբորտի ծառայությունների մատուցման դեպքում երրորդ կողմի թույլտվության պահանջ ներկայացնելուց: Նա պետք է խրախուսի, այլ ոչ թե պահանջի ծնողի/խնամակալների մասնակցությունը և ներգրավվածությունը:
- ✓ Սեռով պայմանավորված արբորտների դեմ պայքարելու և սեռային հարաբերակցության աճող անհամամասնությունը կասեցնելու համար, բացի օրենքներ ընդունելուց, որոնք անարդյունավետ են մեկուսի վերցրած, պետությունը պետք է լայնածավալ միջոցառումներ ձեռնարկի դրանց հիմքում ընկած սոցիալական և սեռային անհավասարության խնդիրների լուծման ուղղությամբ, որոնք էլ հանդիսանում են սեռով պայմանավորված արբորտների հիմնական պատճառը: Միջոցները կարող են ներառել՝ ա) պարտադիր վերապատրաստում՝ գենդերային ընտրության հարցերի վերաբերյալ, ընտանիքի պլանավորման հատվածի ներկայացուցիչների համար, բ) սեռի ընտրության և դրա պատճառների վերաբերյալ հուսալի տվյալների հավաքում, գ) գենդերային հավասարության և կանանց իրավունքի հետևողական խթանում համապատասխան իրավական դաշտի ձևավորման միջոցով, դ) ընտանեկան բռնությունը քրեականացնող օրենսդրության ընդունում (որպես ՀՀ քրեական օրենսգրքի մաս կամ առանձին օրենք), ե) շահերի պաշտպանության և հանրային իրազեկման քարոզարշավների և ծրագրերի մշակում բնակչության մտածելակերպը փոխելու, հասարակության մեջ կանանց և աղջիկների գնահատականը բարձրացնելու ուղղությամբ, զ) սեռի ընտրության երևույթի առումով ավելի խիստ վերահսկողություն իրականացնել բուժաշխատողների նկատմամբ, է) կանանց, աղջիկներին և տարբեր շահագրգիռ կողմերին ներգրավել սեռի ընտրության դեմ պայքարին ուղղված օրենքների և քաղաքականությունների մշակման և գործադրման աշխատանքներում:

7 | ԴԵՌԱՀԱՍՆԵՐԻ ՍԵՌԱԿԱՆ ԵՎ ՎԵՐԱՐՏԱԴՐՈՂԱԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆԸ, ԱՅԴ ԹՎՈՒՄ ՀԱՄԱՊԱՐՓԱԿ ՍԵՌԱԿԱՆ ԿՐԹՈՒԹՅԱՆ ԱՌՆՉՎՈՂ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐ

Ըստ ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի գնահատման, այսօր դեռահասները կազմում են աշխարհի բնակչության մոտավորապես մեկ քառորդը: Ի թիվս այլ պատճառների, վերարտադրողական առողջության վատթարացումը դեռահասների հիվանդացության և մահացության մեծագույն պատճառներից մեկն է¹⁶⁵: Նշվում է, որ ամբողջ աշխարհում դեռահասները բախվում են լուրջ մարտահրավերների վերարտադրողական առողջության պահպանման բարձրորակ ծառայություններ և համապարփակ սեռական կրթություն ստանալու տեսանկյունից¹⁶⁶: Շատ երիտասարդների համար որակյալ կրթության, արժանապատիվ աշխատանքի և հանգստի, ինչպես նաև սեռական և վերարտադրողական առողջության ծրագրերից, տեղեկություններից, հմտություններից, սեռական և վերարտադրողական առողջության (ՍՎԱ) և ՄԻԱՎ-ի հետ կապված ծառայություններից օգտվելը դեռևս սահմանափակ է¹⁶⁷: Շատ հաճախ դեռահասների վերարտադրողական առողջության պահպանման կարիքները մնում են չբավարարված: Միջազգային կոնվենցիաների և պայմանագրերի ուղղությամբ տարվող քաղաքականությունը ստեղծում է նպաստավոր միջավայր սեռական և վերարտադրողական առողջությանն առնչվող իրավունքներից օգտվելու համար: Սույն որակական հետազոտության նպատակն էր բացահայտել և քննարկել Հայաստանում այդ քաղաքականության և կանոնակարգերի համապատասխանությունը Հայաստանի Հանրապետության Ազգային ժողովի կողմից վավերացված միջազգային պայմանագրերին և կոնվենցիաներին: Բացի այդ, հետազոտող թիմը նպա-

¹⁶⁵ Սեռավարակները դեռահասների շրջանում, Karl L Dehne, Gabriele Riedner: Հասանելի է հետևյալ հասցեով. <http://bit.ly/1lZWda6>

¹⁶⁶ ՄԱԲՀ: Հասանելի է հետևյալ հղումով՝ <http://www.unfpa.org/resources/adolescent-sexual-and-reproductive-health#> Մուտքի ամսաթիվ՝ 8/23/2015

¹⁶⁷ ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի քաղաքական հռչակագիր: ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի վերացման ջանքերի ամրապնդում, 2011.

տակ ուներ հավաքել տեղեկատվություն դեռահասների սեռական և վերարտադրողական առողջության և իրավունքների ոլորտի օրենքների և քաղաքականությունների արդյունավետ կենսագործումը խոչընդոտող գործոնների վերաբերյալ:

7.1. Իրավիճակը Հայաստանում

Հայաստանում, Ադրբեջանում և Վրաստանում իրականացված դեռահասների վերարտադրողական առողջության հետազոտությունների համեմատական վերլուծության արդյունքները¹⁶⁸ ցույց են տալիս, որ բոլոր երեք երկրներում հարցվողները, Հայաստանում ավելի հաճախ՝ չունեն բավարար գիտելիքներ սեռական հասունության ընթացքում տեղի ունեցող ֆիզիոլոգիական և ախտաբանական գործընթացների մասին: Այլ ուսումնասիրություններ հաստատում են, որ առկա է փաստացի գիտելիքների պակաս, և նշում են ժամանակակից հակաբեղմնավորիչների վերաբերյալ տիրող թյուրըմբռնումների և վերարտադրողական առողջության (ՎԱ) ծառայություններին դիմելը ամոթալի համարելու մասին^{169, 170}:

Վերջին հինգ տարիների ընթացքում առաջին սեռական հարաբերությունն ունենալու տարիքը, ինչպես 25–49 տարիքային խմբում հարցված կանանց, այնպես էլ տղամարդկանց շրջանում, մի փոքր աճել է (20.7՝ 2005թ. և 21.1՝ 2010թ. տղամարդկանց համար և 19.8՝ 2005թ. և 20.2՝ 2010թ. կանանց համար): Հայ կանանց դեպքում առաջին սեռական հարաբերության տարիքը համընկնում է ամուսնության տարիքին (20 տարեկան): Առաջին սեռական հարաբերության տարիքը տատանվում է՝ կախված ժողովրդագրական հատկանիշներից: Քաղաքաբնակ կանանց դեպքում առաջին սեռական հարաբերության միջին տարիքը բարձր է՝ գյուղաբնակ կանանց համեմատ: Այն նաև տատանվում է, կախված կրթության աստիճանից: Առաջին սեռական հարաբերության միջին տարիքը ավելի ցածր է ցածր կրթական մակարդակ ունեցող կանանց շրջանում:

¹⁶⁸ Հայաստանում, Ադրբեջանում և Վրաստանում իրականացված դեռահասների վերարտադրողական առողջության հետազոտությունների համեմատական վերլուծություն, Թբիլիսի, 2009

¹⁶⁹ Նույնը

¹⁷⁰ Դեռահասների առողջության պաշտպանության խնդիրը բարձր առաջնահերթություն է Հայաստանում. ազգային հետազոտության արդյունքները և սեռական և վերարտադրողական առողջության գիտելիքների, վերաբերմունքի և վարքագծի ուսումնասիրություն. Երևան, 2009

Ամենաբարձր միջին տարիքը արձանագրվել է Երևանում (22.7 տարեկան), ամենացածրը՝ Գեղարքունիքում (19,5 տարեկան)¹⁷¹: Հակառակ պատկերն է նկատվում հայ տղամարդկանց շրջանում: Նրանց միջին տարիքը ավելի ցածր է քաղաքային վայրերում՝ գյուղական վայրերի համեմատ, և նվազում է՝ կախված ունևորության և կրթության մակարդակից: Դեռահասների հղիությունները սկսվում են 17 տարեկանում և հակված է աճելու՝ տարիքի մեծացմամբ: 17 տարեկանների տարիքային խմբում հղիության դեպքերի մասնաբաժինը կազմում է 1.4%, որին հաջորդում է 18 տարեկանների 6.7% ցուցանիշը, որը 19-ամյա դեռահաս կանանց տարիքային խմբում հասնում է 13,5%-ի¹⁷²: Բացի այդ, վերջին 20 տարիների ընթացքում անչափահասների ծնելիության ցուցանիշը նվազել է. 1990թ. այն կազմում էր 69.1 կենդանի ծնունդ, մինչդեռ 2013թ.՝ 22.7 կենդանի ծնունդ 15-19 տարեկան 1000 կանանց հաշվով¹⁷³: 2013 թ. հղիության օրինական արհեստական ընդհատումների թիվը նույն տարիքային խմբում կազմել է 5.0՝ 1000 կանանց հաշվով¹⁷⁴:

Հայաստանի 2010թ. Ժողովրդագրական և առողջության հարցերի հետազոտությունը (ՀԺԱՀ) նշում է, որ կանանց 65.0%-ը և տղամարդկանց 80.0%-ը լսել է սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների մասին, այդ թվում՝ առավել հաճախ նշվում է սիֆիլիսի (90.0%) և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի (70.0%) մասին: Ցավոք, առանձին որևէ տեղեկատվություն չկա դեռահասների մասով և դժվար է ներկայացնել կոնկրետ դեռահասների հետ կապված իրավիճակը: ՀԺԱՀ 2010թ.-ը նշում է, որ հետազոտության ընթացքում սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների վերաբերյալ ներկայացված տվյալները կարող են թերի լինել, և խորհուրդ է տալիս այդ վիճակագրությանը վերաբերվել զգուշությամբ: Սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների (սեռավարակների) ախտանիշներով ներկայացող տղամարդկանց թիվը կազմել է 2.0%: Ընդ որում, ընդհանուր ախտանիշներով ներ-

¹⁷¹ ԺԱՀ 2010, Հայաստան: Հասանելի է հետևյալ հղումով՝ <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR252/FR252.pdf>, մուտքի ամսաթիվ՝ 8/03/2015

¹⁷² *Տես հղում 136*

¹⁷³ ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամ (2015) Country programme document for Հայաստան. Նյու Յորք. Հասանելի է հետևյալ հղումով՝ http://www.unfpa.org/sites/default/files/portal-document/DP.FPA_CPD_ARM_3-LF-HR-FINAL-30Mar15.pdf

¹⁷⁴ TransMonEE և World Bank 2013, UNICEF. Հասանելի է հետևյալ հղումով՝ <http://www.transmonee.org>; <http://data.worldbank.org/indicator/US.ADO.TFRT>

կայացող կանանց ցուցանիշը կազմել է 3.0%: Միևնույն ժամանակ 1998թ. հունիսից 2015թ.-ն ընկած ժամանակահատվածում ՄԻԱՎ վարակի 2,194 դեպք է արձանագրվել Հայաստանի քաղաքացիների շրջանում¹⁷⁵, որից 334-ը գրանցվել է 2014 թվականին, ինչը գերազանցում է նախկինում տարեկան արձանագրված դեպքերի թիվը: Տղամարդկանց շրջանում գրանցված դեպքերի մասնաբաժինը (69.0%) կրկնակի ավելի է կանանց շրջանում գրանցված դեպքերից (31.0%): ՄԻԱՎ կարգավիճակի գրանցման պահին վարակված անձանց հիստոներեք տոկոսը պատկանում էր 25-39 տարիքային խմբին¹⁷⁶: Ժամանակի ընթացքում փոքր-ինչ աճել է միզասեռական հիվանդությունների թիվը (46.4 դեպք 100.000 բնակչության հաշվով 2009թ. և 55.1 դեպք՝ 2013թ.): Միզասեռական հիվանդությունների դեպքերի թիվն աճել է նաև 0-14 տարիքային խմբում (2009թ. 4.576-ի համեմատ՝ 2012 թ.՝ 6.286)¹⁷⁷:

7.2. Վերարտադրողական առողջության և համապարփակ սեռական կրթության վերաբերյալ օրենքներ և կանոնակարգեր

«Կառավարությունը երեխաների իրավունքների պաշտպանության 2013-2016թթ. Իր ռազմավարության մեջ նշել է երիտասարդների շրջանում վերարտադրողական առողջության վերաբերյալ գիտելիքների, ինչպես նաև երիտասարդների համար բարյացակամ առողջապահական ծառայությունների պակասը: Բացի այդ, ընդգծվում են այդպիսի ծառայությունների կազմակերպման դժվարությունները, մասնավորապես գաղտնիության ապահովման առումով: «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» օրենքով (հոդված 2) դեռահասներ են համարվում 10-ից 18 տարեկան անձինք: Թեև «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքը սահմանում է դեռահասություն հասկացությունը, այդուամենայնիվ այլ իրավական փաստաթղթերում այդ եզրույթի գործածությունը հստակ չէ: Շատ հաճախ դեռահասների համար օգտագործվում է «երեխա(ներ)» եզրույթը

¹⁷⁵ http://www.armmaids.am/main/free_code.php?lng=2&parent=3,
մուտքի ամսաթիվ՝ 8/03/2015

¹⁷⁶ Նույնը

¹⁷⁷ <http://armstat.am/file/doc/99489203.pdf>

կամ ընդհանուր վերցրած՝ «բոլոր անձինք» արտահայտությունը: «Դեռահասության» հստակ սահմանումը հնարավորություն կտա ճշգրիտ որոշել այս կատեգորիային պատկանող անձանց և, հետևաբար, ավելի լավ գործարկել նրանց առնչվող իրավաբանական և կանոնակարգային դաշտը:

Ըստ «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի 5-րդ հոդվածի, դեռահասներն իրավունք ունեն.

- ✓ սեռական դաստիարակության, ինչպես նաև սեռական և վերարտադրողական առողջության պահպանման,
- ✓ իրազեկ լինել սեռական հասունացման, սեռական և վերարտադրողական առողջությանը վերաբերող հարցերին,
- ✓ ունենալ անհրաժեշտ գիտելիքներ հղիության արհեստական ընդհատման, սեռավարակների, այդ թվում՝ մարդու իմունային անբավարարության վարակի (ՄԻԱՎ) կանխարգելման ժամանակակից միջոցների վերաբերյալ,
- ✓ բարյացակամ և մեկուսի պայմաններում ստանալ մատչելի ու լիարժեք բժշկական խորհրդատվություն, անհրաժեշտության դեպքում նաև բուժօգնություն՝ կապված սեռական հասունացման, սեռական և վերարտադրողական առողջության հարցերի հետ:

«Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» օրենքը հարգում է վերարտադրողական առողջության տեղեկատվության և ծառայությունների հասանելիության դեռահասների իրավունքը:

«Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքի 7-րդ և 8-րդ հոդվածների համաձայն սահմանազօծվում է դեռահասների կողմից վերարտադրողական առողջության վերաբերյալ տեղեկատվության և ծառայությունների ստացման ինքնուրույնության և մատչելիության շրջանակը: Ավելի կոնկրետ, համաձայն օրենքի 7-րդ հոդվածի, 18 տարին չլրացած հիվանդների առողջական վիճակի մասին տեղեկություններ տրվում են նրանց օրինական ներկայացուցիչներին: Բացի այդ, 8-րդ հոդվածում նշվում է, որ դեռահասների բժշկական միջամտության համար համաձայնությունը տրվում է նրա օրինական ներկայացուցիչ կող-

մից: Այսպիսով, ներկայիս օրենքը հնարավորություն չի ստեղծում պաշտպանելու դեռահասների վերարտադրողական առողջապահական իրավունքների լիարժեք իրացումը: Օրինական ներկայացուցչի բացակայության դեպքում բժշկական միջամտության վերաբերյալ որոշումը կայացվում է բժշկական խորհրդատվողովի (կոնսիլիումի), իսկ դրա անհնարինության դեպքում՝ բժշկի կողմից:

Հոդված 8-ը կարող է նաև սահմանափակել դեռահասներին վերարտադրողական առողջության խորհրդատվության մատուցման գաղտնի և մասնավոր բնույթը, որը նշված է 5-րդ հոդվածում: Ավելին, կան որոշակի թերություններ 8-րդ հոդվածի գործադրման առումով, այն է՝ դեռահասին ուղեկցող օրինական խնամակալի համար ստանդարտացված փաստաթղթերի բացակայությունը: Վերջինս հնարավորություն է տալիս շրջանցել օրենքը և դրանով իսկ կարող է ռիսկի տակ դնել դեռահասների ՍՎԱ իրավունքների լիարժեք և արդյունավետ իրագործումը:

«Կրթության մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի հոդված 18 (5)-ում նշվում է, որ «միջին դպրոցում ուսուցումը նպատակաուղղվում է առողջ ապրելակերպի, աշխարհի և բնության վերաբերյալ սովորողների գիտական պատկերացման ձևավորմանը, ինքնուրույն աշխատանքի, կրթության և հասարակական ինքնուրույն գործունեության համար անհրաժեշտ գիտելիքների նվազագույն ծավալի ապահովմանը»: 2008 թ.-ին ՀՀ ԿԳ նախարարի N637-Ա/Ք հրամանագրով հանրակրթական դպրոցների կրթական ծրագրում ներառվել է «Առողջ ապրելակերպ» դասընթացը, որը պարունակում է բաժին վերարտադրողական առողջության վերաբերյալ: Ներկայումս բոլոր դպրոցներում պարտադիր է պետականորեն հաստատված այդ ծրագրի իրականացումը:

7.3. Դեռահասների վերարտադրողական առողջության ծառայությունների և համապարփակ սեռական կրթության առկայությունը, մատչելիությունը, ընդունելիությունը և որակը

Առկայությունը: Վերարտադրողական առողջության պահպանման ծառայությունները մատուցվում են մի շարք առողջապահական հաստատություններում և ախտորոշիչ կենտրոններում, այդ թվում առողջության առաջնային պահպանման հաստատություններում, մասնագիտացված կլինիկաներում և հիվանդանոցներում:

Առողջության առաջնային պահպանման ծառայությունները տրամադրվում են առաջին բուժօգնության ամբուլատոր հաստատությունների ցանցի միջոցով, որը ներառում է քաղաքային պոլիկլինիկաները, բուժկենտրոնները, գյուղական ամբուլատոր հաստատությունները և ֆելդշեր-մանկաբարձական կետերը (ՖՄԿ), կախված կոնկրետ համայնքի բնակչության քանակից¹⁷⁸: 2013 թ.-ին երկրում կային ավելի քան 514 ամբուլատոր հաստատություններ և պոլիկլինիկաներ¹⁷⁹:

Մարզերում առողջապահական ծառայությունների մատուցման պատասխանատվությունը դրվել է տեղական առողջապահական հաստատությունների վրա: Բժշկական ցուցումների հիման վրա առողջության առաջնային պահպանման մասնագետը պատասխանատու է Առողջապահության նախարարության կողմից հաստատված ուղեցույցների/արձանագրությունների հիման վրա հիվանդների (տվյալ դեպքում՝ դեռահասների) ուղեգրման և բուժման կազմակերպման համար:

Համաձայն ՀՀ առողջապահության նախարարի N-70 հրամանի՝ դեռահասների բժշկական օգնությունը և սպասարկումը իրականացվում է ԱԱՊ մանկական բժշկի կամ դեռահասային բժշկի (քաղաքային և տարածաշրջանային պոլիկլինիկաների մակարդակում) միջոցով: Ըստ նույն հրամանագրի, պատանիները իրավունք ունեն ստանալու հետևյալ անվճար ծառայությունները.

¹⁷⁸ Անցումային առողջապահություն, 2013: Հասանելի է հետևյալ հղումով՝ https://www.ecoi.net/file_upload/1788_1386770750_hit-Armenia.pdf

¹⁷⁹ ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայություն: <http://armstat.am/file/doc/99489203.pdf>

- ✓ Դեռահասների առողջության շարունակական հսկողություն և գնահատում, այդ թվում՝ հոգեբանասոցիալական քննություն և սեռական զարգացման գնահատում՝ ըստ Թանների սանդղակի, ինչպես նաև, ըստ անհրաժեշտության, բժշկական օգնություն և սպասարկում՝ հիվանդության կապակցությամբ:
- ✓ Դեռահասներին տրամադրվող բժշկական օգնությունը և սպասարկումը ներառում է նաև բարյացակամ առողջապահական ծառայությունների մատուցում, այդ թվում՝ վերարտադրողական առողջության, վնասակար սովորությունների վերաբերյալ խորհրդատվության տրամադրում մեկուսիության և գաղտնիության պայմաններում:

Հանրային հետազոտության շրջանակներում անցկացված հարցազրույցների ընթացքում այն հարցին, թե ինչպիսի ծառայություններ են ապահովվում դեռահասների համար առողջապահական հաստատություններում, մասնակիցները առավել հաճախ նշում էին երկու կանխարգելիչ ծրագրեր: Ծրագրերից մեկը հիմնված է կառավարության 2008թ. N 748-Ն որոշման վրա, ըստ որի բոլոր 14-15 տարեկան արական սեռի պատանիները պարտադիր պետք է անցնեն նախազորակոչային և զորակոչային բժշկական փորձաքննություն և, եթե անհրաժեշտ է, ստանան բժշկական օգնություն: Երկրորդ ծրագիրը իրականացվում է ՀՀ առողջապահության նախարարության 2013թ. N 77-Ն հրամանով հաստատված ուղեցույցով և վերաբերում է 15-ից մինչև 18 տարեկան դեռահաս աղջիկներին: Այդ ծրագրերը ներառում են ֆիզիկական և սեռական զարգացման պարտադիր գնահատում, մասնագիտացված խորհրդատվություն և լաբորատոր թեստեր: Կարևոր է նշել, որ այն հարցին, թե արդյոք նշված երկու պարտադիր ծրագրերից բացի, այլ այցելություններ տեղի են ունենում թե ոչ, առողջապահության ոլորտի մասնագետները հաճախ նշում էին, որ դեռահասները հազվադեպ են այցելում բուժհաստատություններ վերարտադրողական առողջության ծառայությունների համար:

Իգական սեռի դեռահասների դեպքում դպրոցի բուժքույրը կամ հատուկ նշանակված ուսուցիչը ուղեկցում է աշակերտներին տեղական առողջության առաջնային պահպանման կլինիկա կամ բուժհաստատություն պարտադիր ստուգումների համար: Որպես կանոն, ստուգման արդյունքները տրամադրվում են մեծահասակ-

ներին (ուսուցչին կամ բուժքրոջը): Այնուհետև, եթե առկա են խնդիրներ, դպրոցը տեղյակ է պահում ծնողներին: Արական սեռի դեռահասների դեպքում ստուգումները կազմակերպվում են այն զորամասերում, որոնց կցված են տվյալ դեռահասները: Որոշ ստուգումներ իրականացվում են զորակոչային կետերում, իսկ մյուսները՝ առողջության առաջնային պահպանման կենտրոններում, որտեղ գրանցված են տվյալ դեռահասները:

Ինչ վերաբերում է երեխաների ամուսնությանը, մարդու իրավունքների միջազգային մարմինները կոչ են արել պետություններին վերացնել այդ երևույթը և ամուսնության նվազագույն իրավական տարիք սահմանել 18 տարեկանը՝ ինչպես տղամարդկանց, այնպես էլ կանանց համար¹⁸⁰: ՄԱԿ-ի CEDAW և CRC առաջարկություններում ընդգծվում է, որ ամուսնության նվազագույն տարիքը չպետք է ունենա բացառություններ նույնիսկ համաձայնության դեպքում: Պետությունը վերացրել է ամուսնության տարիքին վերաբերող գենդերային անհավասարությունը, ինչպես նշվում է CRC 2011թ.-ի զեկույցում: Ներկայումս Ընտանեկան օրենսգրքի¹⁸¹ 3-րդ գլխում (Հոդված 10) սահմանվում է, որ Հայաստանի Հանրապետությունում ամուսնության իրավական տարիքը 18 տարեկանն է՝ ինչպես տղամարդկանց, այնպես էլ կանանց համար: Այնուամենայնիվ, կան հարակից պայմաններ, որոնք թույլատրում են ամուսնությունները ավելի վաղ տարիքում: Ըստ այդմ, անձը կարող է ամուսնանալ 17 տարեկան հասակում, եթե կա խնամակալի համաձայնությունը: Անձը կարող է նաև ամուսնանալ 16 տարեկան հասակում, եթե կա խնամակալի համաձայնությունը և մյուս ամուսինն առնվազն 18 տարեկան է:

2008 թ. ներդրված առողջ ապրելակերպի կրթության ուսումնական ծրագիրը ներառում է բաժին սեռական զարգացման (սեռական հասունության և վերարտադրողական առողջության) վերաբերյալ: Ուսումնական ծրագիրը նախատեսված է 8-11-րդ դասարանների համար: Վերարտադրողական առողջության բաժինը ներառում է այնպիսի թեմաներ, ինչպիսիք են գենդերային դերերը, սեռական հասունությունը, հիգիենան, և այնպիսի թեմաներ, որոնք անդրադառնում են սիրո, ընտանիքի՝ որպես արժեք, պա-

¹⁸⁰ Երեխաների իրավունքների կոմիտե. Ընդհանուր մեկնաբանություն No. 4, para. 20; CEDAW կոմիտե. Ընդհանուր առաջարկություն No. 21, պարբ. 36.

¹⁸¹ <http://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=83374>

տահական սեռական հարաբերությունների և ռիսկային վարքագծի, սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի, անցանկալի հղիությունների, սեռական ոտնձգության և խտրականության, ընտանիքի պլանավորման (այդ թվում ժամանակակից հակաբեղմնավորիչների) հարցերին: Ծրագիրն ուղղված է բացառապես փաստական գիտելիքների տարածմանը, այլ նաև իրենց սեռականության, հարաբերությունների և ընտանիքին վերաբերող հարցերի շուրջ արժեքների և դիրքորոշումների զարգացմանը: Դպրոցական ուսումնական ծրագրի հետ մեկտեղ կազմակերպվել են ծավալուն հավասարակիցների կրթության, իրազեկման ծրագրեր, և 2009թ.-ից ի վեր տարբեր հասարակական կազմակերպությունների կողմից երկրում երիտասարդների համար կազմակերպվել են ծառայություններ¹⁸²:

Մատչելիությունը: Մատչելիությունը այս գլխում քննարկվում է չորս կատեգորիաների՝ 1) աշխարհագրական մատչելիության, 2) ֆիզիկական մատչելիության, 3) տնտեսական մատչելիության և 4) տեղեկատվական մատչելիության տեսանկյունից:

Թիրախային խմբերի հետ քննարկումների և մանրամասն հարցազրույցների վերլուծությունը ցույց է տվել, որ *աշխարհագրական մատչելիության* մակարդակը տարբեր է ըստ քաղաքների և գյուղերի: Իրականում, գյուղերում և փոքր համայնքներում աշխատող առողջապահական ոլորտի մասնագետները նշում են, որ շատ հիվանդներ ստիպված են երկար ճանապարհ անցնել բուժհաստատություններ այցելելու համար՝ ավելի մասնագիտացված բուժօգնություն կամ ախտորոշիչ թեստեր անցնելու նպատակով, որոնք անհասանելի են իրենց տեղական հաստատություններում: Ընդ որում, քաղաքի մասնագետները նկարագրում են հակառակ պատկերը:

¹⁸² https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/maternal_health.pdf

Մենք երեխային նշանակում ենք ուլտրաձայնային հեփազոտություն: Եվ այսպեղ մենք հանդիպում ենք արգելքների: Մենք ապրում ենք մարզի առողջապահական կենտրոնից 12 կմ հեռավորության վրա: Մենք անում ենք նշանակում և մայրը հավաստիացնում է, որ անպայման կտանի երեխային ուլտրաձայնային հեփազոտության: Ավելի ուշ, երբ նրան հարցնում ենք, թե արդյոք երեխային տարել է հեփազոտության, նա ասում է. «Ոչ, ես սպասում եմ, որ ամուսինս գումար ուղարկի Մոսկվայից»: Ամբուլատոր հաստատությունը չունի ուլտրաձայնային սարքավորում, և առկա է տրանսստորտային հասանելիության հեփ կապված ֆինանսական խնդիր:

*Բուժաշխատող, թիրախային խմբի քննարկումներ,
Գեղարքունիք*

Իմ դեպքը բոլորովին այլ է, [քաղաքում] մեր առողջապահական հաստատությունը լիովին հագեցած է սարքավորումներով և մենք ունենք համապատասխան մասնագետներ:

*Բուժաշխատող, թիրախային խմբի քննարկումներ,
Գեղարքունիք*

Հետազոտության ընթացքում մեր այցելած առողջապահական հաստատությունների մեծ մասը նոր վերանորոգված էին և մուտքերը հարմարեցված հաշմանդամների համար: Սակայն, դրանցից քչերն ունեին վերելակներ (ընդհանուր) կամ շարժասայլակներն աստիճաններով բարձրացնելու հատուկ սարքավորումներ: Երկու բժիշկ նշեցին, որ իրենք գնում են մի քանի հիվանդների տուն, որոնք ունեն ֆիզիկական հաշմանդամություն, քանի որ նրանք սահմանափակ հնարավորություն ունեն այցելելու տեղի առողջապահական հաստատություն: Նույնը կարելի է ասել դպրոցների մասին: Չնայած որոշ դպրոցներ ունեին թեքահարթակներ շարժասայլակների համար, ոչ մի դպրոց չունեի վերելակ վերին հարկեր բարձրանալու համար: Որոշ դպրոցներում ընկերներն էին օգնում բարձրանալու բարձր հարկեր, իսկ մյուսներում դասավանդման գործընթացը կազմակերպվում էր այնպես, որ դասերն անցկացվեին առաջին հարկում: Այսպիսով, ակնհայտ դարձավ, որ հաշմանդամություն ունեցող երեխաների համար դպրոցների և առողջապահական հաստատությունների ֆիզիկական մատչելիությունը կարող է սահմանափակ լինել:

Տնտեսական մարտնչությունը փոքր-ինչ բարելավվել է բնակչության մի քանի խմբերի համար: Ըստ «Մարդու վերարտադրողական առողջության մասին» օրենքի 10-րդ հոդվածի, վերարտադրողական առողջության խորհրդատվության և ծառայությունների տրամադրումը անվճար է և ներառված է բազային նպաստի փաթեթում (ԲՆՊ): ԲՆՊ-ում ընդգրկված ծառայությունների ցանկն ամբողջությամբ կամ մասամբ ենթակա է սուբսիդավորման կառավարության կողմից: ԲՆՊ շրջանակներում ծառայությունների ամբողջական ծածկույթով ապահովված բնակչության խմբերը ներառում են «...միակողմանի ծնողազուրկ ընտանիքներում ապրող կամ որբ համարվող, խնամակալության տակ գտնվող հաշմանդամ երեխաներ (18 տարեկանից ցածր), բազմազավակ ընտանիքներ (18 տարեկանից ցածր չորս կամ ավելի երեխա ունեցող) և չքավոր ընտանիքներ»¹⁸³: Նրանք, ովքեր չեն ընդգրկվել նշված ցանկում, պարտավոր են վճարել հիվանդանոցային ծառայությունների համար, վճարում են նաև ամբուլատոր դեղերի համար՝ ուղղակիորեն և ամբողջությամբ¹⁸⁴: Անվճար են նաև վերը նշված երկու կանխարգելիչ ծրագրերը դեռահաս աղջիկների և տղաների համար: Թեև ԲՆՊ-ն որոշ չափով մեղմում է առողջապահական ծառայությունների հետ կապված ֆինանսական խնդիրները, այնուամենայնիվ որոշակի ֆինանսական բեռ դեռևս շարունակում է գոյություն ունենալ դեռահասների մի մեծ հատվածի համար, որոնք լիովին չեն ընդգրկված ԲՆՊ-ում և չունեն անկախ ֆինանսական աղբյուրներ: Ավելի կոնկրետ՝ նման դեպքերում այդ դեռահասների ֆինանսական աղբյուրը հիմնականում իրենց խնամակալներն են: Ի դեպ, պատանիները կարող են անհարմար զգալ դիմելու մեծահասակներին, եթե հաշվի առնենք վերարտադրողական առողջության հարցերի զգայունությունը: Հետևաբար, դրա արդյունքում կարող է հետաձգվել այցը բուժհաստատություն, ինչն էլ կարող է իր հերթին հանգեցնել բժշկական բարդությունների՝ ուշացած բուժման պատճառով:

Հարցված առողջապահական մասնագետների գերակշռող մեծամասնությունը ընդգծեց դեռահասների սեռական և վերարտադրողական առողջության հարցերում ճշգրիտ տեղեկատվության

¹⁸³ Անցումային առողջապահություն, 2013: Հասանելի է հետևյալ հղումով՝ https://www.ecoi.net/file_upload/1788_1386770750_hit-Armenia.pdf

¹⁸⁴ Նույնը

աղբյուրների պակասը: Նրանք նշում են նման հարցերում իրազեկության պակասը և թյուրլմբռնումները: Նրանցից շատերը հետագայում նշել են տեղեկատվության փաստական աղբյուրների բարելավման կարիքը՝ հաշվի առնելով համացանցում հասանելի ոչ ճշգրիտ և երբեմն ապակողմնորոշող տեղեկությունները:

... Նրանք [նկատի ունի դեռահասներին] կարիք ունեն փաստացի տեղեկատվության, որ պետք է ձեռք բերվի դպրոցներում և ուսումնական հաստատություններում:

*Բուժաշխատող, թիրախային խմբի քննարկումներ,
Գեղարքունիք*

Այժմ նրանք ունեն ինտերնետ ... և նրանք ստանում են տեղեկություններ... Բայց նրանք չեն ստանում այն տեղեկատվությունը, որ անհրաժեշտ է նրանց:

*Բուժաշխատող, թիրախային խմբի քննարկումներ,
Գեղարքունիք*

... Եվ, երբեմն, այն ունի հակառակ ազդեցություն, քանի որ նրանք սխալ են մեկնաբանում կամ հասկանում այդ խնդիրները ... նրանք պետք է ստանան փաստացի, մասնագիտական տեղեկատվություն:

Բուժաշխատող, թիրախային խմբի քննարկումներ, Լոռի

Ընդունելիություն: Այս հետազոտության շրջանակներում մենք փորձել ենք պատկերել այն միջավայրը, որում դեռահասները ստանում են իրենց վերարտադրողական առողջության հետ կապված խորհրդատվություն և ծառայություններ: Ինչպես նշված է «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» օրենքում, դեռահասները իրավունք ունեն «բարյացակամ և մեկուսի պայմաններում ստանալ մատչելի ու լիարժեք բժշկական խորհրդատվություն»: Մանրամասն հարցազրույցների և թիրախային խմբերի հետ քննարկումների վերլուծությունը ապացուցում է, որ չամուսնացած աղջիկների շրջանում «կանանց կոնսուլտացիա» այցերը համարվում են ամոթալի, մաս-

նավորապես փոքր մարզերում և շրջաններում, որտեղ բնակիչները ճանաչում են իրար¹⁸⁵:

... Շափ անգամ նրանք ասում են, որ եթե ես գնամ բժշկի, նրանք կտեսնեն և կհարցնեն, թե ինչու ես գնում բժշկի, եթե գնում ես՝ նշանակում է հիվանդ ես: Դա շափ տարածված երևույթ է:

Երիտասարդ կին, Մարտունի¹⁸⁶

Կար նման դեպք, երբ մենք մի դեռահասի նշանակել էինք ուկրաձայնային հեփազոփություն և տեղեկատվություն էր տարածվել և մեկնաբանվել այնպես, որ իբր երեխան հղի է:

Բուժաշխատող, թիրախային խմբի քննարկումներ, Գեղարքունիք

Մենք 15 տարեկան մի աղջկա ուկրաձայնային հեփազոփություն կատարեցինք, և գիտեք, թե ինչ արձագանքներ դա առաջ բերեց: 15 տարեկան է ... նրանք գնացին խորհրդակցության, և արորտ արեցին: Ամբողջ գյուղը խոսում էր դրա մասին:

Բուժաշխատող, թիրախային խմբի քննարկումներ, Գեղարքունիք

Ի լրումն կանանց կոնսուլտացիայի կաբինետներ այցերի ամօթալի համարվելու փաստին, հիվանդների գաղտնիության հետ կապված մտահոգությունները հաճախ ընտանիքներին ստիպում են իրենց երեխային տանել այլ առողջապահական հաստատություններ, որոնք գտնվում են մեկ այլ շրջանում կամ մայրաքաղաքում:

... Նրանք [նկատի ունի փոքր բնակավայրերում] չեն այցելում բժշկի, եթե նրանք ունեն տարբերակ, ապա գնում են մոտակա շրջան, որտեղ ոչ ոք չի ճանաչում նրանց. Սպիտակից գնում են Վանաձոր, Վանաձորից գալիս են Երևան ...

Բուժաշխատող, խորացված հարցազրույց, Երևան

¹⁸⁵ Հայաստանի կանանց շրջանում ընտանեկան պլանավորման և հակաբեղմնավորիչների ընտրության հետ կապված որոշումները. որակական ուսումնասիրություն. Մխիթարյան Սամվել, ՄԱԲՀ, 2014, Երևան, Հայաստան

¹⁸⁶ Նույնը

Այս հետազոտության ընթացքում մենք չկարողացանք պատկերացում կազմել այն կոնկրետ մեխանիզմների մասին, որոնց միջոցով մասնագետները ապահովում են դեռահասների գաղտնիությունը: Այդ մեխանիզմների մասին հարցերին մասնագետները հաճախ հղում էին անում բժշկական էթիկայի կանոնագրքին: Սակայն, ոչ մի ինստիտուցիոնալ կամ պետականորեն հաստատված մեխանիզմ չէր նշվում: Նման մեխանիզմների բացակայությունը հնարավորություն է ստեղծում անհատի գաղտնի և մասնավոր ծառայություններ ստանալու իրավունքի խախտումների համար: Մի կողմից դեռահասի գաղտնիությունը կարող է խախտվել խորհրդատվության և բժշկական զննության ընթացքում չափահասի (ծնողների կամ ուսուցչի կամ դպրոցի բուժքրոջ) ներկայությամբ, իսկ մյուս կողմից՝ տեղում նստած և սպասող մարդիկ կարող են հեշտությամբ ճանաչել հիվանդներին՝ ելումուտ անելով խորհրդակցական սենյակ: Հետևաբար, փոքր բնակավայրերում, որտեղ բնակիչները ծանոթ են իրար, ամոթի գործոնը մեծամասամբ կապված է այն բանի հետ, որ այդպիսի ծառայությունների դիմելը կարող է սխալ ընկալվել և այնտեղ հանդիպած հիվանդների մասին ոչ ճիշտ տեղեկություններ կարող են տարածվել:

Մի երիտասարդ աղջիկ էր եկել 15-16 տարեկան, մաշկի վրա ցան ուներ: Զննեցի՝ ոչինչ չկար: Նա եկել էր մոր հետ: Մայրը զանգ ստացավ և մեկ րոպեով դուրս եկավ սենյակից: Այդ մեկ րոպեի ընթացքում աղջիկը հասցրեց ինձ ասել, որ հարաբերություններ է ունեցել մի տղայի հետ և զանգապներ ունի, և խնդրեց զննել իրեն առանց մորը ասելու:

Բուժաշխատող, խորացված հարցազրույց, Երևան

Նրանք [վկայակոչելով դեռահասներին] գալիս են իրենց մայրերի հետ, նրանք ասում են, որ իրենք ունեն զանգապներ, բայց ես սովորաբար խոսում եմ երեխայի հետ: Ես խնդրում եմ, որ երեխան ինքը պատմի իր զանգապների մասին: Ես չեմ ունեցել մի դեպք, որտեղ ծնողի ներկայությունը խանգարեր այդ գործընթացին:

Բուժաշխատող, խորացված հարցազրույց, Վանաձոր

Խորացված հարցազրույցների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ խորհրդատվության կառուցվածքը և բովանդակությունը շարունակում են ընտրվել պատահականորեն և տարբերվում են տարբեր մասնագետների մոտ: Մի քանի մասնագետներ նշում էին, որ իրենք տրամադրում են համապարփակ տեղեկատվություն, անկախ նրանից՝ այդ մասին հարցնում է դեռահասը, թե ոչ, մինչդեռ մյուսները հիմնականում կենտրոնանում են կոնկրետ տրված հարցի վրա:

Նրանք սովորաբար չեն բարձրացնում այլ հարցեր և ես շարունակում եմ իմ գննումը:

Բուժաշխատող, խորացված հարցազրույց, Վանաձոր

Սա կարող է հիմնականում պայմանավորված լինել կառավարության կողմից հաստատված խորհրդատվական ուղեցույցների բացակայությամբ:

Վերարտադրողական առողջապահական դասերի կազմակերպումը ևս տարբեր է դպրոցից դպրոց և ոչ մի օրինաչափություն չի դիտարկվել: Ընդհանուր դիտարկումն այն է, որ ուսուցիչները չեն ցանկացել նշել այդ դասերի ընթացքում իրենց առջև կանգնած մարտահրավերները: Սակայն, երբ հարց է տրվում թեմաների նպատակահարմարության և տեղեկատվության խորության վերաբերյալ, որոշ ուսուցիչներ նշում են, որ ֆիզիոլոգիայի և պահպանակների վերաբերյալ որոշ մասեր նպատակահարմար չեն այդ տարիքի երեխաների համար:

Որակ: Սույն որակական հետազոտության շրջանակներում մենք փորձել ենք բացահայտել կոնկրետ վերապատրաստման առկայությունը 1) առողջապահության մասնագետների համար՝ առողջապահական հաստատություններում դեռահասներին բարյացակամ առողջապահական ծառայություններ տրամադրելու վերաբերյալ, և 2) դպրոցներում վերարտադրողական առողջության կրթություն իրականացնող ուսուցիչների համար:

Վերարտադրողական առողջապահական հաստատություններ այցերից հետո հաճախորդների շրջանում Ընտանեկան առողջության համահայկական ասոցիացիայի կողմից 2004թ. իրականաց-

ված հետազոտությունների¹⁸⁷ արդյունքում պարզվել է, որ հարցվածների մեծ մասը (61.0%) դժգոհ է երիտասարդների նկատմամբ վերաբերմունքից: Երիտասարդների նկատմամբ բարյացակամ վերաբերմունքի մասին հարցին ի պատասխան՝ բուժաշխատողների շրջանում չէր հնչում միասնական սահմանում: Միայն երկու բուժաշխատողներ նշեցին, որ իրենք անցել են հատուկ վերապատրաստում՝ վերարտադրողական առողջության պահպանման ծառայություններ մատուցելիս երիտասարդների նկատմամբ բարյացակամ վերաբերմունքի վերաբերյալ: Այդ երկու դասընթացներն էլ կազմակերպվել են Հայաստանում երիտասարդների նկատմամբ բարյացակամ կաբինետների հիմնած ծրագրի շրջանակներում: Այդ ժամանակից ի վեր, մասնակիցները չնշեցին այդ հարցում որևէ այլ մասնագիտացված ուսուցման մասին: Ի լրումն՝ փաստաթղթերի ուսումնասիրության շրջանակներում մենք չկարողացանք գտնել կառավարության կողմից հաստատված որևէ կոնկրետ ուղեցույց երիտասարդների նկատմամբ բարյացակամ ծառայությունների վերաբերյալ: Հետևաբար, ներկայումս օրենքով սահմանված՝ երիտասարդների նկատմամբ բարյացակամ ծառայությունների կազմակերպումը հիմնականում մնում է մասնագետների հայեցողությանը:

Մասնագետները, մինչև վերարտադրողական առողջության կրթության վերաբերյալ դասեր անցկացնելը, անցնում են Կրթության ազգային ինստիտուտի կողմից կազմակերպված մասնագիտական վերապատրաստում: Ուսուցիչների հետ անցկացված հարցազրույցների ընթացքում դժվար էր որոշել, թե որքանով են դրանք համապատասխանում Կրթության նախարարության կողմից հաստատված ուսումնական ծրագրի պահանջներին: Այնուամենայնիվ, մենք կարողացանք բացահայտել մի շարք խոչընդոտներ: Մի դեպքում, ուսուցիչներից մեկն ասաց, որ եթե ինքը կարողանար ընտրել, կբացառեր ուսումնական ծրագրի որոշ մասեր (օրինակ, անատոմիային և ֆիզիոլոգիային և հակաբեղմնավորիչներին վերաբերող մասերը), քանի որ նա կարծում է, որ այդ ամենը կարող է անպատշաճ լինել այդ տարիքի երեխաների համար: Բացի այդ, նա ինքն է անհարմար զգում այդ հարցերի շուրջ դաս անցկացնելիս: Ի տարբերություն, մեկ այլ դպրոցում, ուսուցիչներից մեկն

¹⁸⁷ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն, Երիտասարդների նկատմամբ բարյացակամ ծառայությունների հայեցակարգ, Երևան, 2006.

ասաց, որ բոլոր նշված առարկաները կարևոր են և ինքն ամեն ինչ անում է, որպեսզի աշակերտները լավ ըմբռնեն այդ թեման: Նա նաև նշեց, որ ինքը խոսում է աշակերտների հետ որպես ավագ ընկեր կամ ծնող: Կարելի է նկատել, որ ուսուցիչների աշխատանքի այդ պրակտիկան ինչ–որ կերպ որոշվում է ըստ ուսուցչի ունեցած արժեհամակարգի և առարկայի նկատմամբ վերաբերմունքի, այլ ոչ թե ըստ իրենց մասնագիտական պարտականությունների կամ աշխատանքի նկարագրության: Ինչ վերաբերում է մտավոր հաշմանդամություն ունեցող երեխաներին, ուսուցիչները նշում էին, որ իրենք սովորաբար ադապտացնում են նյութերի բովանդակությունը: Այն հարցին, թե ինչ չափանիշներով կամ ուղեցույցներով են ադապտացվում այդ նյութերը, ուսուցիչները շատ հաճախ նշում էին, որ ելնում են իրենց փորձից և այդ երեխաների անհատական կարողություններից:

Դիտարկումներից մեկն այն էր, որ ուսուցիչների միջև համագործակցությունը «Առողջ ապրելակերպ» դասընթացի արդյունավետ կազմակերպման ուղղությամբ սահմանափակ բնույթ է կրում: Սա, մասնավորապես, վերաբերում է այն դպրոցներին, որտեղ կենսաբանության ուսուցիչը կամ դպրոցի տնօրինությունը համոզված էին, որ ֆիզկուլտուրայի ուսուցիչը չպետք է դասավանդի այդ առարկան: Օրինակ, դպրոցներից մեկում առկա էր շատ սերտ համագործակցություն դպրոցի բուժքրոջ և ֆիզկուլտուրայի ուսուցչի միջև: Այն դասերին, երբ շոշափվում էին շատ անձնական և զգայուն հարցեր, դասարանը կիսվում էր և բուժքույրն օգնում էր զգայուն հարցերի դասավանդմանը: Մինչդեռ մեկ այլ դպրոցում, չնայած շատ հմուտ կենսաբանության ուսուցչուհու առկայությանը, այս երկուսի միջև համագործակցություն չկար: Նման համագործակցությունը կարող է իրականում բարձրացնել վերարտադրողական առողջության դասավանդման որակը:

7.4. Եզրակացություններ

«Կառավարությունը ճանաչել է վերարտադրողական առողջության պահպանման և առողջապահական կրթական ծրագրերի իրականացման անհրաժեշտությունը: Նա հանձն է առել մշակել և իրականացնել ծրագրեր, որոնք վերաբերում են դեռահասների ֆիզիկական, մտավոր և հոգեբանական զարգացմանը, առողջ

ապրելակերպի խթանմանը և վերարտադրողական առողջության պահպանմանը՝ վերարտադրողական առողջության վերաբերյալ տեղեկատվության և ծառայությունների մատչելիության բարելավման միջոցով: Հիշյալ օրենքը՝ մարդու վերարտադրողական առողջության իրավունքի մասին, ընդունում է վերարտադրողական առողջության վերաբերյալ տեղեկությունների և ծառայությունների դեռահասների համար հասանելիության իրավունքը: Սակայն, որոշակի հակասությունների և անհամապատասխանության պատճառով ընթացիկ քաղաքականությունները չեն ապահովում դեռահասների վերարտադրողական առողջապահական իրավունքների լիարժեք իրացումը:

Բացի այդ, միջազգային իրավապաշտպան մարմինների կողմից առաջարկված օրինական տարիքը ամրագրված չէ Հայաստանի Հանրապետության Ընտանեկան օրենսգրքում, որը հնարավոր է համարում ամուսնությունները երեխաների միջև:

Հայաստանի Հանրապետության «Կրթության մասին» օրենքը ընդունում է առողջության պահպանումը որպես իր գործառնությունների մաս և դրա իրականացման շրջանակներում ներկայացվել է «Առողջ ապրելակերպ» կրթական ծրագիրը 8-11-րդ դասարանների համար: Ուսումնական ծրագիրը ներառում է վերարտադրողական առողջության վերաբերյալ բաժին, որն ապահովում է աշակերտների համապարփակ սեռական կրթություն Հայաստանի բոլոր դպրոցներում:

Չնայած առողջապահական հաստատությունների մատչելիության առումով որոշ բարեփոխումներին, դեռևս առկա են զգալի խոչընդոտներ: Նման արգելքներից են որոշ հաստատությունների և դպրոցների սահմանափակ ֆիզիկական մատչելիությունը, տրանսպորտի, բուժում ստանալու հետ կապված ֆինանսական ծախսերը (դեռահասների որոշ հատվածի համար) և դեռահասների համար վերարտադրողական առողջության վերաբերյալ փաստական տեղեկատվության ճշգրիտ աղբյուրների պակասը:

Դեռահաս աղջիկների շրջանում գերակշռող ամոթի զգացումը՝ կապված վերարտադրողական առողջության ծառայությունների և խորհրդատվության հետ, կարող է զգալիորեն խոչընդոտել այցելությունը բուժհաստատություններ: Ամոթի հետ կապված խոչընդոտների առաջին պլանում է դեռահասների գաղտնիության

ապահովման ինստիտուցիոնալ և պետական մեխանիզմների պակասը, ինչը կարող է էլ ավելի սրել իրավիճակը և հանգեցնել փտորոշման և բուժման ձգձգումների: Ի լրումն, համապատասխան օրենքում երիտասարդների հանդեպ բարյացակամ վերարտադրողական առողջության ծառայությունների տրամադրման ուղեցույցի բացակայությունը հարցականի տակ է դնում գործնականում նման մոտեցման արդյունավետությունը:

Որոշակի դժկամություն է նկատվում դպրոցական ծրագրում ներառված որոշ թեմաների դասավանդման առումով: Ավելին, մտավոր հաշմանդամություն ունեցող երեխաներին այս դասընթացի մատուցման ձևաչափը կարող է տարբեր լինել տարբեր մասնագետների մոտ: Այնուամենայնիվ, դժվար է դատողություններ անել վերարտադրողական առողջապահությանն առնչվող բաժինների դասավանդման որակի վերաբերյալ:

7.5. Առաջարկություններ

- ✓ Անհրաժեշտ է հստակ սահմանել «դեռահասություն» եզրույթը իրավաբանական և կարգավորող մակարդակում, որը կապահովի այդ եզրույթի գործնական կիրառումը:
- ✓ «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքում պետք է վերանայվի բժշկական ծառայությունների տրամադրման համար ծնողների համաձայնության մասը դեռահասների կողմից իրենց առողջական վիճակին առնչվող տեղեկատվության ստացման և իրենց վերարտադրողական առողջության հետ կապված որոշումներ կայացնելու իրավունքը հարգելու նպատակով:
- ✓ Պետությունը պետք է վերանայի այն ենթապայմանները, որոնք թույլ են տալիս միջազգային իրավապաշտպան մարմինների առաջարկած տարիքից ավելի վաղ տարիքում ամուսնությունը:
- ✓ Պետք է մշակվեն մեխանիզմներ դեռահասների (հատկապես հաշմանդամություն ունեցող դեռահասների) համար առողջապահական հաստատությունների և դպրոցների աշխարհագրական, ֆիզիկական և տնտեսական մատչելիությունը բարելավելու ուղղությամբ:
- ✓ Պետք է մշակել ուղեցույցներ և արձանագրություններ դեռա-

հասներին բարյացակամ առողջապահական ծառայությունների մատուցումը և հիվանդների գաղտնիությունը արդյունավետորեն ապահովելու ուղղությամբ:

- ✓ Պետք է ստեղծել ազգային և ինստիտուցիոնալ մեխանիզմներ առողջապահական հաստատություններում դեռահասների համար գաղտնիության ապահովման և պաշտպանության ուղղությամբ:
- ✓ Կա դպրոցներում վերարտադրողական առողջության ուսումնական ծրագրի իրականացման համապարփակ գնահատման անհրաժեշտություն՝ հաջող դասավանդմանը խոչընդոտող հանգամանքների բացահայտման նպատակով:
- ✓ Անհրաժեշտ է մանրակրկիտ քննության առնել մտավոր հաշմանդամություն ունեցող երեխաների համար վերարտադրողական առողջության դպրոցական ծրագրի բովանդակությունը:

ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ

Հավելված 1. Հանրային հետազոտություն ՀՀ-ում վերարտադրողական և սեռական առողջության իրավունքների իրացման վերաբերյալ իրազեկ համաձայնության ձև

Հարգելի մասնակից,
Ես՝ _____,

Օմբուդսմենի աշխատակազմի և ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի հայաստանյան գրասենյակի նախաձեռնությամբ կազմակերպված վերարտադրողական և սեռական առողջության իրավունքների ոլորտում անցկացվող հանրային հետազոտության շրջանակներում աշխատում եմ որպես խորհրդատու:

Հայաստանում առաջին անգամ իրականացվող հետազոտության շրջանակներում անցկացվող այս հարցման նպատակն է ուսումնասիրել Հայաստանում մարդու սեռական և վերարտադրողական առողջության իրավունքի խախտումները, ինչը հնարավորություն կտա վեր հանել առկա խնդիրները և հանդես գալ ոլորտի բարելավմանն ուղղված համապատասխան առաջարկներով: Ձեր կարծիքը, գիտելիքը և փորձը մեզ համար շատ կարևոր են: Վստահ ենք, որ Ձեր մասնագիտական փորձը մեծապես կօգնի ամբողջական պատկերացում կազմելու ոլորտային խնդիրների վերաբերյալ: Հարցազրույցը կտևի մոտ 45 րոպե, որի ընթացքում Ձեզ կտրվեն վերարտադրողական առողջության ոլորտի վերաբերյալ որոշակի հարցեր: Արդյունքները իրապարակվելու են ընդհանրացված տվյալների տեսքով, ինչն անհնար է դարձնում տեղեկատվությունը տրամադրող անձի ինքնության բացահայտումը:

Մասնակցությունն այս հարցմանը կամավոր է: Դուք կարող եք հրաժարվել հարցմանը մասնակցելուց, կարող եք չպատասխանել ցանկացած հարցի կամ ցանկացած պահի ընդհատել հարցազրույցը: Հարցմանը Ձեր մասնակցությունը վճարովի չէ:

Հետազոտության շրջանակներում հարցեր, դիտողություններ կամ դժգոհություններ ունենալու դեպքում կարող եք գրել iravunq@ombuds.am էլ. հասցեին կամ զանգահարել 010 50 60 01 հեռախոսահամարով:

Համաձայն եք մասնակցել (այո կամ ոչ):

Համաձայն եք, որ հարցազրույցը ձայնագրվի (այո կամ ոչ):

Շնորհակալություն:

ՀՀ-ում վերարտադրողական և սեռական առողջության իրավունքների իրացման վերաբերյալ հանրային հետազոտություն իրականացնող ծրագրային թիմ

Հավելված 2. Հարցազրույցի ուղեցույց՝ Անվտանգ հղիության և ծննդաբերության ապահովմանն ուղղված մայրական առողջապահություն

ա) բուժաշխատողների հետ հարցազրույցի համար

1. Որքան ժամանակ է, որ աշխատում եք Ձեր համայնքում:
2. Ունե՞ք տեխնիկական այն հագեցվածությունը, որ Ձեզ անհրաժեշտ է, որպեսզի հղիներին տրամադրեք որակյալ նախածննդյան խնամք, ծննդաբերական օգնություն և հետծննդյան խնամք:
3. Ունե՞ք դեղորայքային այն հագեցվածությունը, որ Ձեզ անհրաժեշտ է, որպեսզի հղիներին տրամադրեք որակյալ նախածննդյան խնամք, ծննդաբերական օգնություն և հետծննդյան խնամք:
4. Նախածննդյան խնամքի, ծննդաբերական օգնության և հետծննդյան խնամքի վերաբերյալ Ձեզ ի՞նչ ուղեցույցներ և չափորոշիչներ են հասանելի:
5. Ձեզ հասանելի են ուղեցույցներ կամ չափորոշիչներ, որոնք կարող եք օգտագործել բարդություններով ուղեկցվող հղիության, ծննդաբերության և հետծննդաբերական բարդությունների ժամանակ:
6. Ըստ Ձեզ, արդյո՞ք օգտակար և կիրառելի են վերոնշյալ ուղեցույցներն ու չափորոշիչները:
7. Ըստ Ձեզ, ինչի՞ն պետք է առաջնահերթություն տրվի՝ հղի կնոջ կյանքին և առողջությանը, թե՛ պտղի կյանքին:
8. Արդյո՞ք ունեցել եք բարդություններով ուղեկցվող հղիության դեպքեր, երբ զգացվել է մասնագիտացված բժշկական օգնության կարիք, որը տեղում առկա չի եղել և ստիպված հղի կնոջը համապատասխան բժշկական հաստատություն եք ուղղորդել կամ տեղափոխել: Եթե այո, ապա՝ արդյո՞ք Ձեր համայնքում գործում է արդյունավետ տեղափոխման համակարգ:
9. Ինչպե՞ս եք հղի կանանց տեղեկացնում հղիության բարդությունների մասին:
10. Ի՞նչ հաճախականությամբ են լինում հաշմանդամություն ունեցող հղի պացիենտներ:
11. Արդյո՞ք Ձեր բուժհաստատությունը հարմարեցված է հաշմանդամություն ունեցող հղի կանանց բժշկական օգնություն ցուցաբերելու համար: Եթե այո, խնդրում եմ բնութագրեք:
12. Ինչպե՞ս եք հաշմանդամություն ունեցող հղի կանանց հետ շփվում և տրամադրում բժշկական ծառայություններ:
13. Որևէ առանձնահատուկ վերաբերմունք հաշմանդամություն ունեցող

հղի կանանց ցուցաբերում եք:

14. Ինչ դժվարությունների եք հանդիպում հաշմանդամություն ունեցող հղի կանանց բժշկական օգնություն ցուցաբերելիս:
15. Որքան ժամանակը մեկ եք անցնում մասնագիտական վերապատրաստում:
16. Արդյո՞ք Ձեզ ցանկալի չափով եք ներգրավված շարունակական մասնագիտական զարգացման միջոցառումների մեջ (դասընթացներ, ինքնակրթություն և գործնական հմտություններ):
17. Արդյո՞ք կցանկանայիք խոսել որևէ թեմայի շուրջ, որի մասին չգրուցեցինք:

բ) հղի և վերջին 2 տարվա ընթացքում ծննդաբերած կանանց հետ հարցազրույցի համար

1. Կարո՞ղ եք նշել Ձեր բնակության վայրը և տարիքը:
2. Ե՞րբ և որտե՞ղ եք ծննդաբերել, արդյո՞ք առաջնածին եք:
3. Հղիության ռի շաբաթում եք առաջին անգամ դիմել բժշկական հաստատություն:
4. Մոտավորապես քանի՞ այց եք ունեցել բժշկական հաստատություն նախածննդյան խնամքի համար: Արդյո՞ք բժիշկ-գինեկոլոգն է իրականացրել Ձեր խորհրդատվությունը:
5. Արդյո՞ք Ձեր հղիությունը որևէ բարդությամբ է ուղեկցվել:
6. Արդյո՞ք Ձեզ տրամադրվել է պարզ և հասկանալի տեղեկատվություն՝ հղիությունների ժամանակ բժշկական միջամտությունների վերաբերյալ տեղեկացված որոշումներ կայացնելու համար:
7. Արդյո՞ք բժշկական խորհրդատվություն և օգնություն ստանալիս պահպանվել է Ձեր՝ մեկուսի պայմաններում սպասարկվելու իրավունքը:
8. Արդյո՞ք Ձեզ հասանելի են եղել պետության կողմից երաշխավորված անվճար հետազոտությունները, բուժօգնությունը և դեղորայքը: Եթե ոչ, խնդրում եմ մանրամասնեք:
9. Արդյո՞ք ծննդաբերական օգնություն ցուցաբերելիս Ձեզնից կամ Ձեր ընտանիքի անդամներից որևէ լրացուցիչ գումար է պահանջվել «ավելի ուշադիր» վերաբերմունք ցուցաբերելու համար:
10. [Եթե արդեն ծննդաբերել է] Ծննդաբերությունից հետո որքան ժամանակ եք մնացել բժշկական անձնակազմի հսկողության ներքո՝ ծննդատանը և դուրսգրումից հետո:
11. [Եթե կինը ունի հաշմանդամություն] Արդյո՞ք երբևէ զգացել եք մայրական և ծննդաբերական բուժօգնության հասանելիության սահմանափակումներ: Խնդրում եմ մանրամասնեք:
12. Արդյո՞ք կցանկանայիք խոսել որևէ թեմայի շուրջ, որի մասին չգրուցեցինք:

Հավելված 3. Հարցազրույցի ուղեցույց՝ Ընտանիքի պլանավորման մատչելիությունը. Բեղմնականիսման վերաբերյալ տեղեկատվության և ծառայությունների հասանելիությունը

1. Երբ եք վերջին անգամ անցել մասնագիտական վերապատրաստում:
2. Ո՞ւմ կողմից է իրականացվել վերապատրաստումը (միջազգային կազմակերպություններ, պետական մարմիններ (Բժշկական համալսարան, Առողջապահության ազգային ինստիտուտ)):
3. Ընդգրկված են եղել արդյոք վերարտադրողական առողջության, մասնավորապես բեղմնականիսման միջոցների վերաբերյալ հարցեր.
«Այո, վերապատրաստվել եմ» պատասխանի դեպքում նշեք բեղմնականիսման թեմայի վերաբերյալ Ձեր կողմից մտապահված մի քանի քննարկված հարցեր:
«Ոչ, չեմ վերապատրաստվել» պատասխանի դեպքում՝
արդյո՞ք կցանկանայիք վերապատրաստվել:
Նշում՝ «ոչ» պատասխանի դեպքում անցնել Հարց 8:
4. Վերապատրաստման ընթացքում տրամադրվել են արդյոք տեղեկատվական բնույթի նյութեր: Եթե «այո», ապա՝
5. Մատչելի են (ամբողջովին ընկալելի են) եղել Ձեզ տրամադրված նյութերում ներկայացված տեղեկությունները, թե՛ որոշ տեղեկությունների, օրինակ՝ ժամանակակից հակաբեղմնավորիչների վերաբերյալ լրացուցիչ պարզաբանման կարիք կա:
6. Ձեր գնահատմամբ՝ արդյո՞ք բավարար են եղել նման վերապատրաստումները Ձեր հետագա աշխատանքում բնակչությանը հակաբեղմնավորիչ միջոցների և մեթոդների վերաբերյալ խորհրդատվական ծառայություններ մատուցելու համար:
7. Արդյո՞ք վերապատրաստումների թեմաներում ընդգրկված են եղել վերարտադրողական իրավունքներին, մասնավորապես բեղմնականիսման արդյունավետ միջոցներից օգտվելու իրավունքին վերաբերող թեմաներ, թե՛ վերապատրաստումը եղել է նեղ մասնագիտական (բժշկական):
8. Ձեր մասնագիտական գործունեության ընթացքում արդյո՞ք իրականացնում եք կանանց խորհրդատվություն պտղաբերության կարգավորման, սեռավարակներից և անցանկալի հղիությունից պաշտպանվելու համար:
9. Առկա են արդյոք նման խորհրդատվություն իրականացնելու համար չափորոշիչներ, թե՛ խորհրդատվությունը տրամադրվում է Ձեր ստացած գիտելիքների շրջանակներում:

10. Խորհրդատվության ժամանակ տրամադրում եք արդյոք քաղաքացիներին հակաբեղմնավորիչ միջոցների վերաբերյալ տեղեկատվական նյութեր: Եթե «այո», ապա ո՞վ է հատկացնում Ձեզ այդ նյութերը:
11. Առկա է արդյոք բժշկական հաստատությունում իրենց իրավունքների վերաբերյալ պացիենտների համար նախատեսված իրազեկման թերթիկ, իսկ վերարտադրողական առողջությանն առնչվող հարցեր, մասնավորապես հակաբեղմնավորիչների վերաբերյալ, ներառված են այդ թերթիկում:
12. Տրամադրում եք արդյոք բեղմնականխման ժամանակակից միջոցներ:

*Ո՞ւմ: Տղամարդկանց Կանանց ... Եթե «այո», ապա՝
Ո՞վ է տրամադրում Ձեզ այդ միջոցները:*

13. Արդյո՞ք տղամարդիկ տեղեկացված են բեղմնականխման արդյունավետ միջոցների մասին:
14. Տեղյալ եք արդյոք, որ օրենքով Դուք (բուժհաստատությունը՝ ի դեմս Ձեզ) պարտավորություն ունի տրամադրելու հավաստի տեղեկատվություն բեղմնականխման առկա միջոցների և մեթոդների ապահովության, արդյունավետության և անվտանգության վերաբերյալ՝ պտղաբերության կարգավորման իրազեկված ընտրություն կատարելու նպատակով:
15. Տեղյալ եք արդյոք, որ պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում առողջության առաջնային պահպանման բժշկական կազմակերպություններում մանկաբարձա-գինեկոլոգիական բժշկական օգնությունն ու սպասարկումն ընդգրկում են նաև անցանկալի հղիությունից պաշտպանվելու համար կանանց խորհրդատվության տրամադրում, բեղմնականխման ժամանակակից միջոցներով ապահովում:

Եթե «այո», ապա իրականացնում եք նշված գործառույթը և ի՞նչ ընթացակարգով (հարկապես բեղմնականխման ժամանակակից միջոցների ապահովումը):

16. Դիմում են արդյոք կրկնակի խորհրդատվություն ստանալու համար: Որքան՞ հաճախ:
17. Դիմում են արդյոք հաշմանդամություն, հոգեկան խնդիրներ ունեցող, ՄԻԱՎ վարակակիր, սոցիալապես անապահով անձինք:
18. Ըստ Ձեր փորձառության՝ նշեք, խնդրեմ, Ձեր մարզում/քաղաքում բեղմնականխման միջոցների ընտրությունը կատարվում է առավելապես առողջության համար նպատակահարմարությունից ելնելով (բժշկի կողմից խորհրդատվության արդյունքում), թե՞ ընտրվում է «հնարավոր մատչելի» տարբերակը:

19. Արդյո՞ք բնակչությունը, այդ թվում դեռահասները ստանում են բավարար տեղեկատվություն ժամանակակից հակաբեղմնավորիչների առկայության, հասանելիության և համապատասխան բժշկական ծառայություններից օգտվելու հրենց իրավունքի վերաբերյալ:

Հավելված 4. Հարցազրույցի ուղեցույց՝ Աբրրտ և հետաբորտային բուժօգնություն

1. Առկա են արդյոք ոչ պատշաճ վերաբերմունքի ցուցաբերման դեպքեր օրինական կարգով հղիության ընդհատման ծառայությունների կարիք ունեցող կանանց նկատմամբ:
2. Արդյո՞ք հղիության ապօրինի ընդհատում կատարած կանայք պարտավոր են բացահայտել աբորտային միջամտություն կատարողի ինքնությունը:
3. Տեղյալ էք արդյոք հղիության ստիպողական ընդհատման դեպքերի մասին: Տեղի ունեցել են արդյոք սեռային խտրականության հիմունքով հղիության ընդհատումներ:
4. Արդյո՞ք դեռահասները քննադատության ենթարկվելուց երկյուղելով հակված են դիմելու հղիության ընդհատակյա, ոչ ապահով ընդհատումների:
5. Որո՞նք են որակյալ, հարգալից հետաբորտային բուժօգնության հասանելիության ուղղությամբ պետության ձեռնարկած միջոցառումները՝ անկախ հղիության ընդհատման օրինական կամ ոչ օրինական լինելու փաստից:
6. Արդյո՞ք խնդրո առարկա խմբերի հետ տարվում է խորհրդատվական աշխատանք՝ քաղաքականության, օրենքների և ծրագրերի մշակման ընթացքում:
7. Դուք Ձեր տրամադրության տակ ունե՞ք արդյոք սարքավորումներ և դեղորայք՝ աբորտային և հետաբորտային բուժօգնություն իրականացնելու համար: Դրանք բավարար կամ բարձր մակարդակի են:
8. Արդյո՞ք բժիշկները ստուգում են կնոջը ֆիզիկական բռնության տեսանկյունից, այն դեպքում, երբ նա դիմում է հղիության ընդհատման համար 12-րդ շաբաթից հետո (եթե առկա է կասկած հղիության՝ սեռային խտրականության հիմքով ընդհատելու վերաբերյալ):
9. Արդյո՞ք Ձեզ հասանելի են ԱՀԿ ուղեցույցները հղիության անվտանգ ընդհատման վերաբերյալ:
10. Որքանո՞վ են հղիության ընդհատման ծառայությունները հասանելի գյուղական վայրերում:
11. Եթե կանայք ունեցել են հղիության անօրինական ընդհատում և դիմում են հետաբորտային բուժօգնության, արդյո՞ք բժիշկների կողմից տրամադրվում է նման բուժօգնություն: Նրանք պարտավոր են այդ մասին տեղեկացնել ոստիկանությանը կամ համապատասխան մարմիններին:
12. Առկա են արդյոք հղիության ընդհատման և հետաբորտային բուժօգնության ծառայությունների հասանելիության խոչընդոտներ հաշման-

դամություն ունեցող անձանց համար: Բժիշկները ստանում են վերապատրաստում:

13. Արդյո՞ք երաշխավորվում է հիվանդների գաղտնիության պահպանումը:
14. Ըստ ԱՀԿ «առողջություն» հասկացության սահմանման, արդյո՞ք առողջության այդ սահմանումը ներառում է թե ֆիզիկական և թե հոգեկան առողջությունը:
15. Արդյո՞ք հղիության ընդհատման ծառայությունները հասանելի, ընդունելի և որակյալ մակարդակի են:
16. Արդյո՞ք առկա են բուժաշխատողների կողմից էթիկայի նորմերից ելնելով ծառայությունների մատուցումից հրաժարման դեպքեր: Ինչպե՞ս են դրանք կարգավորվում պետության կողմից:
17. Արդյո՞ք տրամադրվում է հետաբորտային բուժօգնություն (գաղտնի, առանց խտրականության, չարաշահման կամ բռնությունների):
18. Արդյո՞ք հետաբորտային բուժօգնությունը տրամադրվում է՝ անկախ արբորտի օրինական կամ ոչ օրինական լինելու փաստից:
19. Հղիության ընդհատմանը վերաբերող օրենսդրությունը արդյո՞ք համահունչ է ԱՀԿ ուղեցույցներին՝ կապված հղիության անվտանգ ընդհատման հետ:
20. Արդյո՞ք պետության կողմից հատկացված են բավարար բյուջետային, մարդկային, վարչական ռեսուրսներ՝ կանանց համար օրինական ճանապարհով հղիության ընդհատման հասանելիության և մատչելիության ուղղությամբ ռազմավարությունների և ծրագրերի մշակման նպատակով:
21. Արդյո՞ք առկա են դեպքեր, երբ հետաբորտային խնամքի հասանելիությունը ապահովվում է ապօրինի հղիության ընդհատման դեպքերի խոստովանության կամ արբորտ իրականացրած բժշկի բացահայտման պայմանով:
22. Արդյո՞ք պետության կողմից ձեռնարկվում են միջոցներ որակյալ, հարգալից հետաբորտային բուժօգնության ապահովման ուղղությամբ՝ անկախ արբորտի օրինական լինելու կամ չլինելու փաստից:
23. Ինչպիսի՞ վարչական կամ իրավական միջոցներ են նախատեսվում պետության կողմից այն դեպքերում, երբ կնոջը մերժում են տրամադրել արբորտային կամ հետաբորտային բուժօգնություն, կամ խախտում են նրա գաղտնիության պայմանը: Արդյո՞ք նման միջոցները հասանելի են և տրամադրվում են ժամանակին:
24. Առկա՞ են արդյոք մեխանիզմներ, որոնք կապահովվեն կանանց և աղջիկների ներգրավվածությունը առողջապահական ռազմավարությունների մշակման, ներդրման և վերահսկողության գործընթացներում:

Հավելված 5. Հարցազրույցի ուղեցույց՝ Դեռահասների սեռական և վերարտադրողական առողջությանն առնչվող, այդ թվում համապարփակ սեռական կրթության իրավունքներ

ա) բուժաշխատողների հետ հարցազրույցի համար

1. Ըստ Ձեզ, որո՞նք են դեռահասների վերարտադրողական առողջությանը վերաբերող կարիքները: (Փորձ. Ըստ Ձեզ, որո՞նք են դեռահասների վերարտադրողական առողջության պահպանման խոչընդոտները):
2. Ձեր գնահատմամբ՝ առողջության առաջնային պահպանման օղակը տրամադրում է արդյոք դեռահասների վերարտադրողական առողջության համար անհրաժեշտ բոլոր ծառայությունները: (Փորձ. Առողջապահության առաջնային պահպանման օղակներն ունեն արդյոք այն հիմնական բժշկական պարագաներն ու հմտությունները, որոնք անհրաժեշտ են ֆիզիկական կամ մտավոր հաշմանդամություն ունեցող դեռահասներին վերարտադրողական առողջությանն ուղղված ծառայություններ մատուցելու համար: Առաջնային օղակի բուժաշխատողներն անցնո՞ւմ են արդյոք հատուկ վերապատրաստում դեռահասների հետ (այդ թվում նաև՝ ֆիզիկական և մտավոր հաշմանդամություն ունեցող) աշխատելու համար):
3. Խնդրում եմ նկարագրեք, թե վերարտադրողական առողջության վերաբերյալ ինչպիսի՞ խորհրդատվություն են ստանում դեռահասները առողջության առաջնային պահպանման օղակում: (Փորձ. Խորհրդատվության ընթացքում որևէ մեկն ուղեկցո՞ւմ է դեռահասներին: Ի՞նչ հիմնական թեմաներ են քննարկվում խորհրդատվության ընթացքում: Ինչպե՞ս են ընտրվում այդ թեմաները: Ինչպե՞ս են ընտրվում դեռահասներին խորհրդատվություն տրամադրող մասնագետները: Ի՞նչ պայմաններում է իրականացվում խորհրդատվությունը: Ինչպե՞ս է իրականացվում տրամադրվող ծառայությունների գաղտնիության ապահովումը):
4. Նկարագրեք խնդրում եմ, թե ինչպե՞ս է կազմակերպվում հատուկ կարիքներով (մտավոր կամ ֆիզիկական հաշմանդամություն ունեցող) դեռահասներին տրամադրվող խորհրդատվությունը: (Փորձ. Խորհրդատվության ընթացքում որևէ մեկն ուղեկցո՞ւմ է հատուկ կարիքներով դեռահասներին: Որո՞նք են հատուկ կարիքներով դեռահասներին տրամադրվող խորհրդատվության ընթացքում հանդիպող խոչընդոտները/ մարտահրավերները):
5. Ներկայացրեք խնդրում եմ, թե դեռահասների վերարտադրողական առողջությանն ուղղված ինչպիսի՞ ծառայություններ է տրամադրում մասնավորապես Ձեր բուժհաստատությունը: (Փորձ. Կան արդյոք այն-

պիսի ծառայություններ, որոնց համար դեռահասը պետք է այլ հաստատություններ այցելի: Եթե այո, ապա որո՞նք են այդ ծառայությունները: Այն դեպքերում, երբ դեռահասը պետք է այլ հաստատություններ հաճախի, ինչպե՞ս է կազմակերպվում դեռահասի ուղղորդումը: Կա՞ն արդյոք հավելյալ վճարումներ նման ծառայություններից օգտվելու համար):

6. Նկարագրեք խնդրում եմ ընթացակարգն այն պարագայում, երբ դեռահասների վերարտադրողական առողջությանն ուղղված բժշկական միջամտության կարիք կա: (Փորձ. Անհրաժեշտ բժշկական միջամտությունն ինչպե՞ս է ներկայացվում/բացատրվում դեռահասին: Ո՞վ կարող է ուղեկցել դեռահասին բժշկական միջամտության ընթացքում):
7. Ըստ Ձեզ, որո՞նք են դեռահասների (այդ թվում՝ թե ֆիզիկական, թե մտավոր հաշմանդամություն ունեցող դեռահասների) համար վերարտադրողական առողջությանն առնչվող ծառայությունների հասանելիության խոչընդոտները (ֆինանսական, ֆիզիկական և այլն):
8. Ըստ Ձեզ ինչպե՞ս է համայնքում ապրող մարդկանց կարծիքն ազդում դեռահասների վերարտադրողական առողջությանն ուղղված ծառայություններից օգտվելու վրա:
9. Կա՞ն արդյոք հարցեր, որոնց մենք չանդարդարձանք զրույցի ընթացքում, սակայն կարևոր են այս թեման առավել լավ հասկանալու համար:

բ) ուսուցիչների հետ հարցազրույցի համար

1. Պատմեք խնդրեմ, թե ինչպե՞ս «Առողջ ապրելակերպ» առարկան ներդրվեց Ձեր դպրոցում:
2. Ձեր ուսումնական հաստատությունում ինչպե՞ս ընտրվեց մասնագետը, որ դասավանդելու էր այդ առարկան:
3. Ներկայացրեք «Առողջ ապրելակերպ» առարկայի մաս կազմող «Վերարտադրողական առողջություն» բաժինը: (Փորձ. Ի՞նչ թեմաներ է ներառում այդ բաժինը: Ինչպե՞ս էք կազմակերպում այդ բաժնի դասավանդումը: Ի՞նչ համամասնությամբ են դասընթացին մասնակցում տղաներն ու աղջիկները: Ի՞նչ նյութեր են տրամադրվում աշակերտներին տվյալ բաժնի վերաբերյալ: Ինչպիսի՞ մարտահրավերներ կան դասընթացի իրականացման ժամանակ: Ինչպե՞ս են վերաբերվում ծնողներն այդ դասընթացին):
4. Ի՞նչ հատուկ կարիքներով երեխաներ են ուսանում Ձեր ուսումնական հաստատությունում:
5. Պատմեք խնդրում եմ, թե ինչպե՞ս է կազմակերպվում «Վերարտադրողական առողջություն» բաժնի դասավանդումը հատուկ կարիքներով աշակերտների համար: (Փորձ. Արդյո՞ք դասընթացը/նյութե-

րը հարմարեցված են հատուկ կարիքներով աշակերտների ունակություններին: Ինչպիսի մարտահրավերներ կան հատուկ կարիքներով աշակերտներին տվյալ բաժինը դասավանդելու ժամանակ):

6. Ինչպե՞ս կբարելավեիք «Առողջ ապրելակերպ» առարկայի մաս կազմող «Վերարտադրողական առողջություն» բաժինը՝ թե առողջ և թե հատուկ կարիքներով աշակերտների համար:
7. Կա՞ն արդյոք հարցեր, որոնց մենք չանդրադարձանք գրույցի ընթացքում, սակայն կարևոր են այս թեման առավել լավ հասկանալու համար:

