



## Զեկույց

Հայաստանում կեսարյան հատումների  
աճի պատճառների ուսումնասիրության

Քանակական և որակական հարցազրույցների  
արդյունքների վերլուծություն

Հայաստան 2022

## Բովանդակություն

Երախտիքի խոսք .....	3
Հապավումներ.....	4
Ներածություն.....	5
Համառոտ ակնարկ .....	13
ՄԱՍ 1. Մեթոդաբանություն .....	21
ՄԱՍ 2. Ուսումնասիրության արդյունքներ.....	27
ԲԱԺԻՆ 2.1. Բժիշկների հետ իրականացված հարցազրույցների արդյունքներ .....	27
2.1.1 Կեսարյան հատման պրակտիկա.....	27
2.1.2. Որոշ մանրամասներ կեսարյան հատումների իրականացման գործընթացի վերաբերյալ.....	32
ԲԱԺԻՆ 2.2. Կեսարյան հատման ցուցումներ .....	36
2.2.1. Մանկաբարձական /գինեկոլոգիական ցուցումներ, բարդ ծննդաբերությունների վարման պրակտիկա .....	37
2.2.2. Հարակից մասանագետների եզրակացություններ .....	42
2.2.3. Սուբյեկտիվ գործոններ և դրանք ձևավորելուն ուղղված միջոցներ /մայրության դպրոց .....	45
2.2.4. Օժանդակ վերարտադրողական տեխնոլոգիաների կիրառումը և կեսարյան հատումը .....	48
ՄԱՍ 3. Կանանց հետ իրականացված խորին և խմբային հարցազրույցների արդյունքներ .....	49
ԲԱԺԻՆ 3.1. Ծննդաբերության նախընտրելի եղանակ և վայր.....	49
ԲԱԺԻՆ 3.2. Կեսարյան հատման մասին գիտելիքներ .....	54
ԲԱԺԻՆ 3.3. Կեսարյան հատում կատարելու որոշման վրա ազդող գործոններ .....	58
ՄԱՍ 4. Կանանց հետ իրականացված քանակական հարցազրույցների արդյունքներ.....	62
Ամփոփում և առաջարկներ.....	82
Հավելվածներ. Հարցազրույցների հարցաշարեր.....	89

## Երախտիքի խոսք

Հասարակական հետազոտությունների առաջատար խումբ (APR Group) ՀԿ-ն իր խորին երախտագիտությունն է հայտնում բոլոր այն անձանց և կառույցներին, որոնք այս կամ այն կերպ իրենց մասնակցությունն են ունեցել հանրապետության համար խիստ կարևոր հիմնախնդիրներից մեկի՝ կեսարյան հատումների տարածվածության պատճառների ուսումնասիրության գործընթացում:

Առանձնակի շնորհակալություն ենք հայտնում ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամին՝ ուսումնասիրության ընթացքում մասնագիտական խորհրդատվություն իրականացնելու համար: Շնորհակալություն ՀՀ առողջապահության նախարարությանը՝ ի դեմս նախարարի տեղակալ Ա. Ջումայանի, ինչպես նաև Մոր և մանկան առողջության պահպանման վարչության անձնակազմին՝ ի դեմս ղեկավար Ն. Փաշայանի, հետազոտության ընթացքին գործուն օգնություն ցուցաբերելու համար:

Շնորհակալություն ենք հայտնում Հանրապետության բոլոր այն բժիշկ մասնագետներին, որոնք մասնակցել են հարցումներին և իրենց կարծիքն են արտահայտել ուսումնասիրվող խնդրի վերաբերյալ:

Ծրագրում որպես փորձագետ գործուն ներգրավվածություն են ունեցել «Շենգավիթ» ԲԿ գլխավոր բժշկի տեղակալ, բզթ. մանկաբարձ-գինեկոլոգ Ռուսուդան Սերգեյի Վարդանյանը, ԵՊԲՀ-ի շարունակական և հետբուժական ֆակուլտետի մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ամբիոնի դասախոս, «Էրեբունի» ԲԿ ծննդատան հղիների պաթոլոգիայի բաժանմունքի ղեկավար, բզթ. մանկաբարձ-գինեկոլոգ Էդիտա Էդուարդի Ղարիբյանը և «Սլավմեդ» ԲԿ մանկաբարձ-գինեկոլոգ Կարմելա Սենիկի Հարությունյանը:

Շնորհակալ ենք ծրագրում ներգրավված անձնակազմին, վերլուծաբաններին, հարցազրուցավարներին, որակական հարցումների մոդերատորներին, դաշտային աշխատանքների համակարգողներին և վերահսկողներին անաչառ և բարեխիղճ աշխատանքի համար: Ինչպես նաև շնորհակալ ենք բոլոր այն կանանց /մայրերին, ովքեր ուսումնասիրության ընթացքին իրենց մասնակցությունն են ունեցել՝ կիսվելով իրենց փորձով և մտքերով:

*Սույն գեկույցը պատրաստվել է ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի նախաձեռնությամբ և ֆինանսավորմամբ՝ սեռական և վերարտադրողական առողջության ծրագրերի շրջանակներում: Ձեկույցում արտահայտված կարծիքները հեղինակային են և կարող են չհամընկնել ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի տեսակետին:*

## Հապավումներ

ԱԱՊԿ	Առողջության առաջնային պահպանման կենտրոն
ԱԿ	Առողջության կենտրոն
ԱՆ	Առողջապահության նախարարություն
ԱՊԿ	Առողջության պահպանման կենտրոն
ԲԳԱ	Բժշկական գյուղական ամբուլատորիա
ԲԳԹ	Բժշկական գիտությունների թեկնածու
ԲԿ	Բժշկական կենտրոն
ԵՊԲՀ	Երևանի պետական բժշկական համալսարան
ԿԿ	Կանանց կոնսուլտացիա
ԿՀ	Կեսարյան հատում
ՀԾ	Հեշտոցային ծննդաբերություն
ՀՀ	Հայաստանի հանրապետություն
ՄԱԿ	Միավորված ազգերի կազմակերպություն
ՄՄԱՊԳԿ	Մոր և մանկան առողջության պահպանման գիտահետազոտական կենտրոն
ՊԿ	Պոլիկլինիկա
ՍՊԸ	Սահմանափակ պատասխանատվությամբ ընկերություն
ՎԱՊՄԳՀԻ	Վերարտադրողական առողջության, պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի հանրապետական ինստիտուտ
ՓԲԸ	Փակ բաժնետիրական ընկերություն
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics
HRR	Human Reproduction Report

## Ներածություն

Կեսարյան հատումն (ԿՀ) աշխարհում ամենատարածված վիրաբուժական միջամտություններից է, և դրա հաճախականությունը շարունակում է աճել հատկապես բարձր ու միջին եկամուտ ունեցող երկրներում: Թեև կեսարյան հատումները կարող են կյանքեր փրկել, սակայն դրանք հաճախ կատարվում են առանց բժշկական ցուցումների՝ կանանց և նրանց երեխաներին կարճաժամկետ կամ երկարաժամկետ հեռանկարում դնելով առողջական խնդիրների առաջացման վտանգի տակ: Ինչպես ցանկացած վիրահատության դեպքում, կեսարյան հատումները կապված են կարճաժամկետ և երկարաժամկետ ռիսկերի հետ, որոնք կարող են երկարաձգվել կամ ծննդաբերությունից նույնիսկ շատ տարիներ անց ազդել ինչպես մոր ու երեխայի առողջության, այնպես էլ ապագա հղիությունների վրա: Մայրական ռիսկերը ներառում են վարակները, արյունահոսությունը, այլ օրգանների վնասումը և անզգայացման կամ արյան փոխներարկման հետ կապված բարդությունները: Հետագա հղիությունների ընթացքում կա նաև այնպիսի բարդությունների ավելի բարձր ռիսկ, ինչպիսիք են արգանդի պատռվածքը, պլացենտայի սերտաճման խնդիրները և հիստերեկտոմիայի անհրաժեշտությունը: Նորածինների ռիսկերը ներառում են շնչառական խնդիրներ, ասթմա և գիրություն մանկության տարիներին<sup>1</sup>:

Այսպիսով, ԿՀ-ի անբավարար կիրառումը կարող է բերել մայրական և պերինատալ մահացությանն ու հիվանդացության աճին, իսկ չափից ավելի կիրառումն (մեծամասամբ առանց ցուցումների ԿՀ) անօգուտ է և կարող է առողջության և ֆինանսական վնաս հասցնել:

ԿՀ-ի հաճախականությունն աճում է ամբողջ աշխարհում՝ առանց դանդաղման նշանների. եթե 1990-ին այն եղել է մոտ 6-7%, ապա 2014-ին հասել է 19%, իսկ 2021-ին՝ 21%-ի<sup>2</sup>: ԿՀ-ի հաճախականության բացարձակ ցուցանիշներն ինքնին անդամ են, դրանք ընդհանուր առմամբ ցույց են տալիս ծննդալուծման այդ եղանակի տարածվածությունը և արդիականությունն աշխարհում, չեն արտացոլում ԿՀ-ի իրականացման հիմնավորված

<sup>1</sup> Chen I, Opiyo N, Tavender E, Mortazhejri S, Rader T, Petkovic J, Yogasingam S, Taljaard M, Agarwal S, Laopaiboon M, Wasiak J, Khunpradit S, Lumbiganon P, Gruen RL, Betran AP. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Sep 28;9(9):CD005528. doi: 10.1002/14651858.CD005528.pub3. PMID: 30264405; PMCID: PMC6513634.

<sup>2</sup> <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>

լինելը: Մինչ օրս չկան մետավերլուծություններ և գլոբալ ուսումնասիրություններ ԿՀ կառուցվածքի վերաբերյալ՝ դրա համար արդարացված ցուցումներով: Ցավոք, համաճարակաբանական հետազոտությունների մեծ մասը տրամադրում է միայն միասնական տեղեկատվություն, որն արտացոլում է ԿՀ-ների հաճախականությունը, արգանդի վրա կտրվածքի տեղակայումը, անտենատալ և ինտրանատալ ԿՀ-ների հարաբերակցությունը և այլն, ինչը թույլ չի տալիս ծննդաբերության վարման արձանագրությունները համապատասխանեցնել ժամանակակից իրականությանը, տարբեր մակարդակների բժշկական հաստատությունների հնարավորություններին, որոշակի երկրի կամ տարածաշրջանի ռեսուրսներին:

Ըստ 2020-2021թթ. Մարդու իրավունքների ծրագրի տարեկան հաշվետվության (HRP ANNUAL REPORT) և Առողջապահության համաշխարային կազմակերպության (ԱՀԿ)՝ 2021թ.-ին ամբողջ աշխարհում ԿՀ մակարդակը միջինում կազմել է 21.1%<sup>3</sup>: Աշխարհում ԿՀ-ի ամենաբարձր ցուցանիշն ունեցող երկրների հնգյակում են Դոմինիկյան Հանրապետությունը (58,1%), Բրազիլիան (55,7%), Կիպրոսը (55,3%), Եգիպտոսը (51,8%) և Թուրքիան (50,8%)<sup>4</sup>: Եվրոպայում ԿՀ-ի ամենաբարձր ցուցանիշը գրանցվել է Ռումինիայում (46,9%): Նույն աղբյուրի համաձայն՝ մեր տարածաշրջանում և ԱՊՀ երկրներում 2018 թ. արձանագրվել է ԿՀ-ի այսպիսի մակարդակ՝ Իրան (48%)<sup>5</sup>, Վրաստան (46,6%), Հայաստան (37,5%), Բելառուս (29,6%), Ռուսաստան(20,8%), Ղազախստան (18%), Ղրղզստան (8,3%):

Մարդու վերարտադրողականության մասին 2021թ-ի զեկույցի (Human Reproduction Report) հեղինակները կանխատեսում են, որ 2030 թվականին ավելի քան 38 միլիոն ծնունդներ կավարտվեն կեսարյան հատումով, և ԿՀ-ի համաշխարհային միջին մակարդակը ներկայիս 21.1%-ից կաճի մինչև 28.5%:

Հիմնվելով առկա տվյալների վրա և օգտագործելով միջազգայնորեն ընդունված մեթոդները՝ ապացույցները, ԱՀԿ-ն եզրակացնում է<sup>6</sup>.

<sup>3</sup> <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>

<sup>4</sup> Betran AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Glob Health*. 2021 Jun;6(6):e005671. doi: 10.1136/bmjgh-2021-005671. PMID: 34130991; PMCID: PMC8208001

<sup>5</sup> Shirzad, M., Shakibazadeh, E., Hajimiri, K. *et al.* Prevalence of and reasons for women's, family members', and health professionals' preferences for cesarean section in Iran: a mixed-methods systematic review. *Reprod Health* **18**, 3 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12978-020-01047-x>.

<sup>6</sup> WHO. Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: World Health Organization, 2015. URL: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/cs-statement/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/) (date of access March, 2019)

1. Կեսարյան հատումները արդյունավետ են մայրերի և նորածինների կյանքը փրկելու համար, բայց միայն այն դեպքում, երբ դրանք իրականացվում են բժշկական ցուցումներով:
2. Բնակչության մակարդակով կեսարյան հատումների 10%-ից բարձր ցուցանիշները կապված չեն մայրական և նորածինների մահացության մակարդակի կրճատման հետ:
3. Կեսարյան հատումները կարող են առաջացնել զգալի, իսկ երբեմն նաև հարատև բարդություններ, հաշմանդամություն կամ մահ՝ հատկապես այն վայրերում, որտեղ չկան հարմարություններ և/կամ հնարավորություններ՝ պատշաճ կերպով անվտանգ վիրահատություն իրականացնելու և վիրաբուժական բարդությունները բուժելու համար: Կեսարյան հատումները պետք է կատարվեն միայն բժշկական ցուցումներով:
4. Պետք է ամեն ջանք գործադրել կեսարյան հատման ցուցումն ունեցող կանանց օգնություն տրամադրելու համար, այլ ոչ թե ձգտել հասնել որոշակի ցուցանիշի:
5. Կեսարյան հատումների հաճախականության աճի ազդեցությունը այնպիսի ցուցանիշների վրա, ինչպիսիք են մայրական և պերինատալ հիվանդացությունը, մանկաբուժական, հոգեբանական կամ սոցիալական բարեկեցության ցուցանիշները, դեռևս պարզ չեն: Բացահայտելու համար, թե ինչպիսի հետևանքներ կունենան կեսարյան հատումները հեռանկարում, անհրաժեշտ է բազմակողմանի և երկարատև հետազոտությունների իրականացում:

Մանկաբարձ-գինեկոլոգների միջազգային կազմակերպությունը (FIGO) նույնպես անհանգստացած է տվյալ խնդրով և հրապարակել է իր դիրքորոշումը<sup>7</sup>: Գինեկոլոգիայի և մանկաբարձության միջազգային ֆեդերացիայի այս դիրքորոշման փաստաթղթով իրենք ակնկալում են կառավարական մարմինների, ՄՄԿ-ի գործընկերների, մասնագիտական կազմակերպությունների, կանանց խմբերի և այլ շահագրգիռ կողմերի օգնությունը՝ կնոջ և առանց ցուցումների ԿՀ-ները նվազեցնելու համար և ներկայացնում են հետևյալ եզրակացություններն ու առաջարկությունները.

1. Բժիշկների վճարը ԿՀ-ի և բնական ճանապարհով ծննդաբերությունների համար պետք է նույնը լինի:

---

<sup>7</sup> Visser G.H.A., Ayres-de-Campos D., Barnea E.R., et al. FIGO position paper: how to stop the caesarean section epidemic. Lancet. 2018; 392 (10 155): 1286–7. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32113-5.

2. Հիվանդանոցները պետք է պարտավորված լինեն հրապարակել ԿՀ-ի հաճախականության տարեկան ցուցանիշները, իսկ հիվանդանոցների ֆինանսավորումը պետք է մասամբ հիմնված լինի ԿՀ-ի հաճախականության ցուցանիշների վրա:
3. Հիվանդանոցները պետք է օգտագործեն ԿՀ-ների դասակարգման միասնական համակարգ (Ռոբսոն/ԱՀԿ դասակարգում)<sup>8,9</sup>:
4. Կանայք պետք է պատշաճ կերպով տեղեկացված լինեն ԿՀ-ի դրական և բացասական կողմերի մասին:
5. Գումարը, որը հասանելի կդառնա ԿՀ-ի ծախսերի իջեցումից, պետք է ուղղվի կրթական ծրագրերին, այդ թվում նաև բժիշկներին և մանկաբարձներին գործնական հմտություններ փոխանցելու և հեշտոցային գործիքային ծննդաբերությունների վերաներդրման մեջ՝ ԿՀ-ի կարիքը նվազեցնելու համար:
6. Իրավիճակը շատ ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում պահանջում է հատուկ ուշադրություն՝ հաշվի առնելով, որ ԿՀ-ների հասանելիությունը գյուղական վայրերում դեռևս անբավարար է, մինչդեռ որոշ քաղաքային բնակավայրերում ԿՀ-ները, ասես, անհամապատասխանորեն աճելով, կարող են հանգեցնել մայրական հիվանդացության և մահացության աճի:

Հավելենք նաև, որ շատ քիչ երկրներում է, որ կան կեսարյան հատման վերաբերյալ ուղեցույցներ, ընդ որում՝ դրանցում ցուցումներից միայն մի քանիսն են հանդիսանում բացարձակ: Այդ ուղեցույցներից են Միացյալ Թագավորության «Caesarean birth NICE guideline 2021»<sup>10</sup> և «Գերմանիայի, Ավստրիայի և Շվեյցարիայի մանկաբարձ-գինեկոլոգների ասոցիացիաների կեսարյան հատումների ուղեցույցը»<sup>11</sup>: Դրանցում լուսաբանվում են ԿՀ ցուցումները միայն կոնքային առաջադրության, առաջադիր պլացենտայի, պլացենտայի սերտաձման, մորից պտղին փախանցվող վարակների (ՄԻԱՎ,

<sup>8</sup> Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gulmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in Caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990–2014. *PLoS One* 2016; **11**: e0148343

<sup>9</sup> Robson M. Classification of cesarean sections. *Fetal Matern Med Rev* 2001; **12**: 23–39

<sup>10</sup> [www.nice.org.uk/guidance/ng192](http://www.nice.org.uk/guidance/ng192)

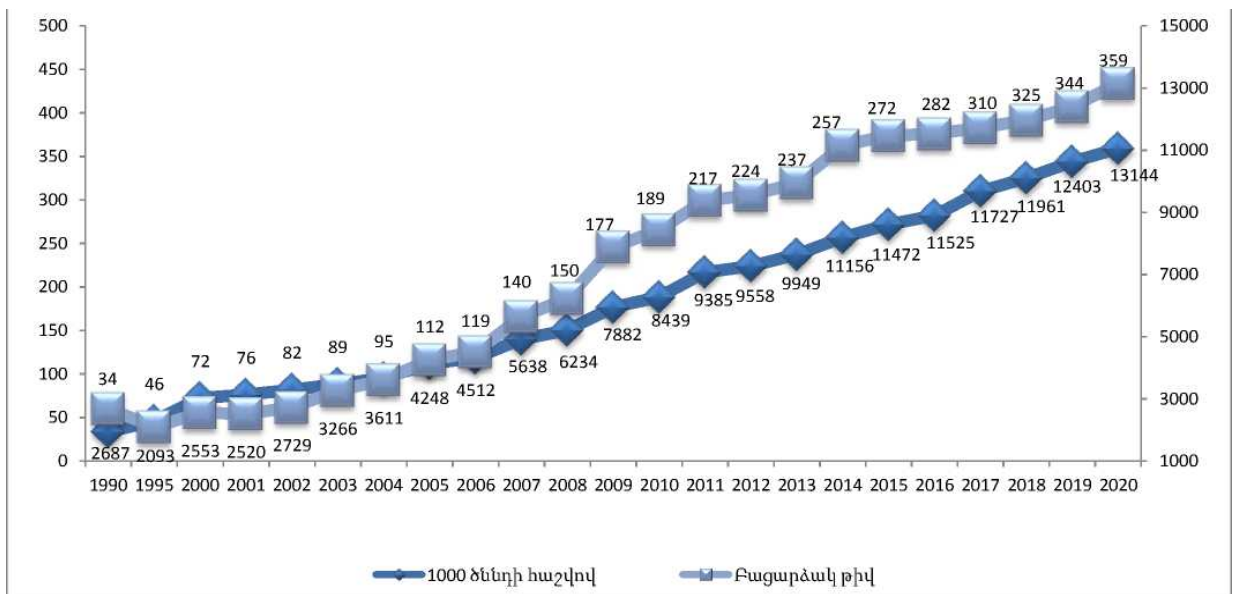
<sup>11</sup> Louwen F, Wagner U, Abou-Dakn M, Dötsch J, Lawrenz B, Ehm D, Surbek D, Essig A, Greening M, Schäfers R, Mattern E, Waterstradt IC, Kästner R, Lütje W, Kranke P, Messroghli L, Wenk M, Kehl S, Schlößer R, Lüdemann K, Maier B, Misselwitz B, Heller G, Bosch A, Nielsen R, Rothe C, Sirsch E, Kalberer BS, Vogel T, von Kaisenberg C, Nothacker M, Hülsewiesche B, Allert R, Jennwein L. Caesarean Section. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S3-Level, AWMF Registry No. 015/084, June 2020). *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2021 Aug;81(8):896-921. doi: 10.1055/a-1529-6141. Epub 2021 Aug 9. PMID: 34393255; PMCID: PMC8354346.



Հեպատիտ B և C, Հերպես), պտղի գլխի և կոնքի չափերի դիսպրոպորցիայի և մարմնի զանգվածի բարձր ինդեքսի դեպքում: Ինչ վերաբերում է բազմապտուղ հղիության և վաղաժամ ծննդաբերությունների ժամանակ ԿՀ ցուցումներին, ապա առաջարկվում է դրանք ուսումնասիրել համապատասխան ուղեցույցներում:

Ներկայացնելով կեսարյան հատումների աճման համաշխարհային տվյալներն ու միտումները, փորձենք զուգահեռներ անցկացնել Հայաստանում առկա իրավիճակի հետ: Ծննդոգնության ոլորտի օրակարգային հարցերից է պրոգրեսիվ աճող կեսարյան հատումների ցուցանիշը, որը վերջին տասնամյակում աճելի է ավելի, քան երկու անգամ (2000թ.՝ 7.2%, 2005թ.՝ 11.2%, 2008թ.՝ 15%, 2010թ.՝ 18,9%, 2015թ.՝ 27.2% 2018թ.՝ 32.5%, 2021թ.՝ 37,5%, 2022թ.՝ 37,7%)<sup>12</sup>:

**Գծապատկեր 1. Կեսարյան հատումները՝ 1 000 կենդանի ծնունդի հաշվով և դրանք բացարձակ քանակը, Հայաստան, 1990, 1995 և 2000-2020թթ<sup>13</sup>:**



Աղբյուր՝ ԱՏՎԱԿ, 2020

Կեսարյան հատումների ցուցանիշն էականորեն տարբերվում է Երևանում (2018 թ.՝ 34.4% մինչև 47,5% 2021թ.) և մարզերում (2018 թ.՝ 21.7% մինչև 28,4% 2021թ.) և ըստ ծննդատների մակարդակների: 3-րդ մակարդակի ծննդատներում այն տատանվում է 30-

<sup>12</sup> «Մոր եւ մանկան առողջություն» վիճակագրական տարեգիրք, Հայաստան 2022.- Եր.: Մ 920 ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ա. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2022.- 118 էջ:

<sup>13</sup> Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, Հայաստան 2021/ Դ.Անդրեասյան, Ա.Բազարյան, Լ.Բիժյան, Ն.Գալստյան, Ա.Թորոսյան, Ա. Հարությունյան, Ռ.Մարգարյան, Ս.Փահլևանյան.-Եր.: ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ա. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2021.- 101 էջ:

35% սահմաններում՝ առանձին ծննդատներում գերազանցելով 40 տոկոսը<sup>14</sup>: Կեսարյան հատումների գնալով աճող մակարդակը խնդիր է աշխարհի շատ երկրներում: Այն նաև ԱՀԿ օրակարգային հարցերից է: Հայաստանում, ինչպես շատ այլ երկրներում, այս խնդիրն ունի և օբյեկտիվ, և սուբյեկտիվ պատճառներ: Հիմնական օբյեկտիվ պատճառներն են<sup>15</sup>.

ա. Բժշկական տեխնոլոգիաների զարգացումը և կիրառումը մանկաբարձական պրակտիկայում, որի շնորհիվ բարձրացել են պտղի եւ հղիի մոտ ախտաբանությունների ախտորոշման հնարավորությունները: Ժամանակին հայտնաբերված կրիտիկական վիճակները հաճախ կեսարյան հատման ուղղակի ցուցումներ են մոր կամ պտղի կյանքի համար (հղիության և ծննդաբերության ընթացքում ներքին և արտաքին արյունահոսություններ, առաջադիր ընկերք, պտղի դիսթրես սինդրոմ և այլն) և, հետևաբար, պահանջում են ծննդալուծում կեսարյան հատման ճանապարհով:

բ. Առանձին ախտաբանական, այդ թվում նաև էքստրագենիտալ և մանկաբարձական որոշ ծանր ախտաբանությունների վիճակների տարածվածության բարձրացումը հաճախ պահանջում են ծննդալուծում կեսարյան հատման ճանապարհով:

գ. ՄԻԱՎ/ՉԻԱՀ-ի և պերինատալ որոշ ինֆեկցիաներով հղիների վարակվածության ցուցանիշների աճը, որոնց դեպքում ևս կատարվում է կեսարյան հատում:

դ. Անպտղության հաղթահարումը վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ, որոնց դեպքում սովորաբար լինում են ռիսկի խմբի առաջնածին կանայք՝ նույնպես կեսարյան հատման ցուցումներով:

ե. 2006թ.-ից պերինատալ շրջանի նոր սահմանման ներդրումը, երբ ծնունդ սկսեց համարվել հղիության ելքը՝ սկսած 22 շաբաթական ժամկետից, այդ վաղաժամ ծննդաբերությունները հաճախ պահանջում են ծննդալուծում կեսարյան հատման միջոցով:

զ. Շարունակաբար ավելանում է այն կանանց թիվը, որոնք անամնեզում ունեցել են մեկ կամ ավել կեսարյան հատում, հաջորդիվ՝ արգանդի սպիի անլիարժեքությամբ, ինչը ևս կեսարյան հատմամբ ծննդալուծման ցուցում է:

<sup>14</sup> Կ.Սարիբեկյան, Դ.Անդրիասյան, Ա. Բազարյան, Ն.Դավթյան, Ա.Իսահակյան «Մոր ու մանկան առողջության ցուցանիշների միտումները, հիմնախնդիրները, առաջիկա ռազմավարական ուղղությունները», ՀՀ ԱՆ Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, Հայաստան 2020, էջ 63

<sup>15</sup> Կ.Սարիբեկյան, Դ.Անդրիասյան, Ա. Բազարյան, Ն.Դավթյան, Ա.Իսահակյան «Մոր ու մանկան առողջության ցուցանիշների միտումները, հիմնախնդիրները, առաջիկա ռազմավարական ուղղությունները», ՀՀ ԱՆ Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, Հայաստան 2020, էջ 63

Կեսարյան հատմամբ ծննդալուծումների աճին նպաստում են նաև առանձին սուբյեկտիվ գործոններ՝ հարաբերական ցուցումով ոչ բավարար հիմնավորմամբ կատարված կեսարյան հատումները՝ լրացուցիչ ռիսկերից խուսափելու համար, երբեմն էլ կեսարյան հատում ցուցման բացակայության դեպքում՝ կնոջ ցանկությամբ և/կամ պնդմամբ և այլն: Մյուս կողմից, նպատակ ունենալով խուսափել ծննդաբերության ընթացքում որևէ բարդություն ի հայտ գալուց, բժիշկները նախընտրում են կեսարյան հատում անել՝ նաև իրավապահ կառույցներից իրենց ապահովագրելու համար:

Կեսարյան հատումների աճին զգալի նպաստում է նաև տարբերակված և ավելի բարձր գներով ֆինանսական փոխհատուցման մեխանիզմի առկայությունը, ինչի արդյունքում թե բժշկական հաստատությունը և թե բժիշկը մոտիվացված են լինում կնոջը ծննդալուծել կեսարյան հատման ճանապարհով:

Նման եզրահանգման են եկել նաև Մ. Թադևոսյանը և համահեղինկաները «Հայաստանում կեսարյան հատման հաճախականության արագ աճին նպաստող գործոնները» հետազոտության արդյունքում<sup>16</sup>:

Ըստ այդմ՝ ԿՀ-ի համար մանկաբարձ-գինեկոլոգներին բոնուսային վճարումների գումարը 11 անգամ ավելի բարձր է եղել, քան բնական ճանապարհով ծնունդների համար, ինչը ցույց է տալիս, որ մանկաբարձ-գինեկոլոգները կարող են ունենալ զգալի ֆինանսական դրդապատճառներ՝ առանց բժշկական ցուցումների ԿՀ կատարելու: Որակական ուսումնասիրության վերլուծությունը ցույց տվեց, որ ֆինանսական խթանները, հղիի և/կամ իր ընտանիքի ցանկությունը/պահանջը և կարգավորող ուղեցույցների բացակայությունը կարող են նպաստել ԿՀ-ի հաճախականության բարձրացմանը: Թեև մանկաբարձ-գինեկոլոգները չեն փաստել, որ ԿՀ-ի համար ավելի բարձր փոխհատուցումը կարող է հանգեցնել դրանց հաճախականության աճին, քաղաքականություն մշակողները դիտարկել են կապ՝ աճած ԿՀ-ի և փոխհատուցման մեխանիզմի միջև: Ուսումնասիրության քանակական փուլը հաստատեց քաղաքականություն մշակողների մտահոգությունը:

Այս խնդրի լուծումը պահանջում է իրավիճակի ավելի խորքային ուսումնասիրություն և հիմնական պատճառների հաղթահարմանն ուղղված միջոցառումների մշակում: Օրինակ, այդպիսին կարող է լինել կեսարյան հատումների

<sup>16</sup> Tadevosyan et al. BMC Pregnancy and Childbirth (2019) 19:2 <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2158-6>.

դիմաց փոխհատուցման և բուժաշխատողների վարձատրման նոր մեխանիզմի մշակումը կամ մշտադիտարկման և առանձին դեպքերի վերլուծության համակարգի ներդրումը՝ հիմնավորվածության գնահատմամբ և հաջորդող հետևություններով:

Այսպիսով, ամբողջ աշխարհում դիտվում է կեսարյան հատման դեպքերի տագնապալի աճ: Բժշկական հասարակությունն ինքնուրույն և միայնակ չի կարող հակադարձել այս մարտահրավերին: Անհապաղ անհրաժեշտ են համատեղ գործողություններ կառավարական մարմինների, առողջապահական ապահովագրության ոլորտի և կանանց խմբերի հետ՝ առանց ցուցումների (կամ կնոջ/հարազատի ցանկությամբ) ԿՀ-ների աճը նվազեցնելու նպատակով:

Սույն զեկույցն իր մեջ ամփոփում է ՀՀ-ում կեսարյան հատումների պատճառների ուսումնասիրության մեթոդաբանությունը, հիմնական բացահայտումներն ու դրանց հիման վրա արված առաջարկները:

## Համառոտ ակնարկ

Կեսարյան հատումը (ԿՀ) աշխարհում ամենատարածված վիրաբուժական միջամտություններից է, և դրա հաճախականությունը շարունակում է աճել: Ինչպես ցանկացած վիրահատության դեպքում, կեսարյան հատումները նույնպես կապված են կարճաժամկետ և երկարաժամկետ ռիսկերի հետ, որոնք կարող են ի հայտ գալ ծննդաբերությունից տարիներ անց և ազդել ինչպես կնոջ և երեխայի առողջության, այնպես էլ ապագա հղիությունների վրա:

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության տվյալների համաձայն ամբողջ աշխարհում ԿՀ մակարդակը 2021թ-ին կազմում է 21.1%: Աշխարհում ԿՀ-ի ամենաբարձր ցուցանիշն ունեցող երկրների հնգյակում են՝ Դոմինիկյան Հանրապետությունը (58,1%), Բրազիլիան (55,7%), Կիպրոսը (55,3%), Եգիպտոսը (51,8%) և Թուրքիան (50,8%), իսկ ամենացածր ցուցանիշն ունեցող երկրներից են Աֆրիկայում՝ Չադը (1,4%), Նիգերը (1,4%), Եթովպիան (1,9%), Մադագասկարը (2%) և Կամերունը (2,4%), Ասիայում՝ Թիմոր-Լեստեն (3,5%) և Լատինական Ամերիկայում՝ Հայիթին (5,4%): Եվրոպայում ԿՀ-ի ամենաբարձր ցուցանիշը գրանցվել է Ռումինիայում (46,9%), իսկ ամենացածրը՝ Նիդեռլանդներում (14,9%), Ֆինլանդիայում, Իսլանդիայում և Նորվեգիայում (15%): Մեր տարածաշրջանում և ԱՊՀ երկրներում արձանագրվել են ԿՀ-ի հետևյալ մակարդակները՝ Իրան 48%, Վրաստան 46,6%, Հայաստան 37,5%, Բելառուս 29,6%, Ռուսաստան 20,8%, Ղազախստան 18%, Ղրղզստան 8,3%:

ԿՀ-ի աճին նպաստում են բազմաթիվ գործոններ: Ահագնացող խնդրի լուծումը պահանջում է իրավիճակի ավելի խորքային ուսումնասիրություն և հիմնական պատճառների հաղթահարմանն ուղղված միջոցառումների մշակում: Ուստի ՀՀ ԱՆ-ի և ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի նախաձեռնությամբ իրականացվել է ուսումնասիրություն, որի նպատակն է պարզել ԿՀ-ների աճի պատճառները:

«Հասարակական հետազոտությունների առաջատար խումբ» ՀԿ-ի և ՀՀ-ում փորձառու մանկաբարձ-գինեկոլոգների համատեղ ջանքերով, 2022թ.-ին իրականացվել է սոցիոլոգիական ուսումնասիրություն՝ մի շարք որակական և քանակական մեթոդների համադրությամբ: Իրականացվել են քանակական (400) և որակական հարցազրույցներ (այդ թվում խորին (18) և ֆոկուս խմբային (20) հարցազրույցներ) վերջին 3 տարիների ընթացքում

ծննդաբերած կանանց հետ, խորին հարցազրույցներ ընտրված մի շարք բուժհաստատությունների բժիշկների (այդ թվում մանկաբարձ-գինեկոլոգներ (18), հարակից մասնագետներ՝ ակնաբույժ, անոթաբան, սրտաբան, նեոնատոլոգ (12)) հետ, քանակական ինքնալրացվող հարցումներ (158) ՀՀ տարբեր բուժհաստատությունների բժիշկների մասնակցությամբ, ինչպես նաև վերջին 3 տարիների ընթացքում ԿՀ ծննդաբերած կանանց բժշկական քարտերի ուսումնասիրություն (264):

Ուսումնասիրության **հիմնական բացահայտումներն** են.

- Ըստ որակական հետազոտության տվյալների՝ կանայք մեծամասամբ հղիության հսկողությունն ու ծննդաբերությունն անցնում են իրենց բնակավայրում գործող կլինիկաներում, սակայն երբեմն համապատասխան պայմանների (մասնագետներ, տեխնիկական և գործիքային համալրվածություն) բացակայության պարագայում հղիները ստիպված են լինում ծննդաբերել, իսկ երբեմն էլ հղիության ընթացքում հսկողություն անցնել այլ՝ մարզկենտրոնի կամ մայրաքաղաքի ԲԿ-ներում: Ըստ ֆոկուս խմբային հարցազրույցների՝ կանանց մեծամասնությունը նախընտրում է ստացիոնարներին կից կանանց կոնսուլտացիաները, որպեսզի կոնսուլտացիոն և ծնունդ ընդունող բժիշկները լինեն նույնը: Տարածքային պոլիկլինիկաների կանանց կոնսուլտացիա (որոնք կցված չեն ստացիոնարներին) դիմում են հիմնականում այն կանայք, որոնք ունեն ծանոթ կամ բարեկամ բժիշկ, խուսափում են լրացուցիչ ճանապարհածախսերից և եթե չունեն բարդ ընթացող հղիություն կամ ուղեկցող հիվանդություններ: Տարածքային պոլիկլինիկաներից խուսափելու պատճառները կապվում են պոլիկլինիկայի սարքավորումների ոչ բավարար մակարդակի, բուժանձնակազմի ոչ բավարար պրոֆեսիոնալիզմի հետ: Կլինիկաների ընտրությունը հիմնվում է բժշկի ընտրության վրա:
- Բժիշկներից ստացված որակական տվյալների համաձայն՝ ծնունդների 25-30%-ը կազմում են կեսարյան հատումները: Քանակական հարցումների արդյունքում մանկաբարձ-գինեկոլոգների 44.4%-ը նշել է, որ կեսարյան հատում իրականացնում է ինքնուրույն, իսկ 27.8%-ը՝ մասնակցում է կեսարյան հատմանը, սակայն ինքնուրույն չի իրականացնում:
- Ըստ որակական հարցումների տվյալների՝ ծննդալուծման պլանը կազմվում է հիմնականում 35-37 շաբաթականում: Պլանը կազմելու համար ուղենիշային են հանդիսանում այդ շրջանում իրականացված հետազոտությունների արդյունքները

և հարակից մասնագետների կարծիքները/եզրակացությունները: Հաճախ, հատկապես մարզային բուժկենտրոններում, ուլտրաձայնային հետազոտության արդյունքում նկատված պտղի պորտալարի փաթաթման պատճառով հղիին առաջարկվում է կեսարյան հատում: Առաջնային օղակում ծննդալուծման պլանի որոշման համար անհրաժեշտ է, նախ, տվյալ օղակի (հատկապես մարզային) մասնագետների հետ իրականացնել վերապատրաստումներ՝ գիտելիքների թարմացման և արդի մոտեցումներին ծանոթացնելու նպատակով, որի արդյունքում վերջիններս կկարողանան ճիշտ եզրակացություններ անել իրականացված հետազոտություններից և համապատասխան որոշում ընդունել ծննդալուծման եղանակի վերաբերյալ:

- Ըստ բժշկական քարտերի վերլուծության՝ ԿՀ ցուցումների 81.4%-ը մանկաբարձագինեկոլոգիական են, 46.8%-ը՝ պտղի կողմից և 24.2%-ը՝ ոչ մանկաբարձական ցուցումներ են (յուրաքանչյուր դեպքի համար կարող են լինել 1-ից ավել ցուցումներ): Մանկաբարձական ցուցումների դեպքում գերակշռում են «Սպի արգանդի վրա» և «Ծանր պրեէկլամպսիայի» դեպքերը: Բժիշկների հետ իրականացված քանակական հարցման մասնակիցներից 31.0%-ը նշել է կեսարյան հատումից հետո հեշտոցային ծննդաբերության վարման փորձի մասին: Այդպիսով՝ բժիշկների 69.0%-ը խուսափում է սպիից հետո բնական ծննդաբերության գործընթացից: Կանանց հետ իրականացված քանակական հարցազրույցների արդյունքում պարզվել է, որ կեսարյան հատմամբ ծննդաբերած կանանց 1.9%-ը հետագայում ծննդաբերել է հեշտոցային եղանակով, 48.1%-ը՝ կեսարյան հատմամբ, իսկ 50%-ը այդուհետ չի ունեցել ծննդաբերություն: Այն հարցին, թե կեսարյան հատումից հետո որ եղանակով են կանայք նախընտրում ծննդաբերել, կեսարյան հատմամբ ծննդաբերած կանանց 20.8%-ը նշել է որ կնախընտրի ունենալ հեշտոցային ծննդաբերություն, 58.4%-ը՝ կեսարյան հատում, իսկ 20.8%-ը չէր ցանկանա ծննդաբերել: *Նախկինում իրականացված հեշտոցային ծննդաբերությունը կեսարյան հատմամբ փոխարինելու* ցանկություն<sup>17</sup> է հայտնել հեշտոցային ծննդաբերություն ունեցածների 8.5%-ը՝ հիմնավորման ամենաշատ հնչած տարբերակներն են ծննդաբերական ցավեր չունենալու, ծննդաբերական ուղիների պատռվածքներ և սեռական օրգանների դեֆորմացիա չունենալու,

<sup>17</sup> Հարց. «Եթե ժամանակը հետ տային, Դուք կնախընտրեիք հեշտոցային ծննդաբերությունը փոխարինել կեսարյան հատմամբ»

ճնարանի միջավայրում սթրես չապրելու ու անհանգիստ չլինելու ցանկությունը: Նախկինում իրականացված կեսարյան հատումը հեշտոցային ծննդաբերությամբ փոխարինելու ցանկություն<sup>18</sup> է հայտնել կեսարյանով ծննդաբերածների 58.4%-ը՝ հիմնավորման ամենաշատ հնչած տարբերակներն են՝ «Կեսարյան հատման բարդություններն ավելի շատ են, նորմալ հեշտոցային ծննդաբերության համեմատ», «Կեսարյան հատման արդյունքում կանայք ձեռք են բերում առողջական խնդիրներ», «Չէի ցանկանա, որ որովայնիս վրա սպի լինեի»: Այսպիսով՝ թեև ԿՀ ծննդաբերած կանանց 58.4%-ը կուզենար նախկինում չունենալ ԿՀ, այնուամենայնիվ ապագայում ԿՀ ծննդաբերած կանանց 58.4%-ը պլանավորում է կրկին ԿՀ ծննդաբերել:

- Քանակական ինքնալրացվող հարցման մասնակից բժիշկների 36.7%-ը թեթև պրեէկլամպսիայի դեպքում երբեմն կամ հաճախ իրականացնում է ԿՀ՝ համապատասխան պայմանների բացակայության պատճառով:
- Վերջին 3 տարվա ընթացքում կոնքային առաջադրությամբ հեշտոցային եղանակով մինչև 10 ծնունդ են վարել հարցված բժիշկների մոտ 45%-ը, 10-19 ծնունդ՝ 3%-ը, 20-29՝ մոտ 1.5%, 30-ից ավել՝ մոտ 3.8%: Այդպիսով՝ կոնքային առաջադրությամբ դեպքեր վերջին 3 տարիների ընթացքում չեն վարել հարցված բժիշկների մոտ կեսը: Վակուում էքստրակցիայի իրականացմանը մասնակից է եղել հարցված բժիշկների 31%-ը, որոնց մեծ մասն ունեցել է 1-2 դեպք: Հարցված բժիշկների միայն 21%-ն է նշել, որ լիովին տիրապետում է վակուում էքստրակցիա իրականացնելու հմտություններին և իրականացրել է այն ինքնուրույն: Վերջին 3 տարիների ընթացքում աքցանադրման 1-2 ական փորձերի մասին նշել են հարցված բժիշկների 10.8%-ը: Բարդ ծննդաբերությունների վարման փորձի մասին որակական հարցազրույցների ընթացքում բժիշկները նշել են, որ ԲԿ-ներում ոչ միայն բուժանձնակազմն է անպատրաստ կամ ոչ փորձառու (կազմով, քանակապես և գիտելիքներով /հմտություններով), այլ նաև տեխնիկական սարքավորումների մաշվածությունը թույլ չի տալիս:
- Ըստ որակական հարցումների տվյալների՝ բացակայում է կեսարյան հատման ցուցումների միասնական մոտեցում: Արդյունքում բժիշկները խուսափում են գնալ ռիսկային լուծումների, գիտակցելով բացասական ելքերի դեպքում իրենց անպաշտպան լինելը, և նախընտրում են իրականացնել կեսարյան հատում:

<sup>18</sup> Հարց. «Եթե ժամանակը հետ տային, Դուք կնախընտրեիք կեսարյան հատումը փոխարինել հեշտոցային ծննդաբերությամբ»



- Բժշկական քարտերի 24.2%-ում կեսարյան հատումներն իրականացվել են ոչ մանկաբարձական, այլ հարակից մասնագետների ցուցումներով: Այդ մասին նշել են հարցված բժիշկների 27.2%-ը: Սակայն որակական հարցազրույցների ընթացքում պարզվել է, որ բժիշկները մի շարք դեպքերում գտնում են, որ կարելի է խուսափել ԿՀ-ից: Ոչ մանկաբարձական ցուցումներով ԿՀ-ների ուղեգրման պարագայում կարևոր է չհիմնվել միայն մեկ հարակից մասնագետի եզրակացության վրա, այլ այն ստուգել այլ մասնագետների հետ: Քանակական հարցումներին մասնակցած մանկաբարձ-գինեկոլոգների միայն 36.7%-ն է, որ հարակից մասնագետի ցուցումը ստուգելու նպատակով հղիին ուղղորդում է այլ մասնագետի մոտ՝ երկրորդ կարծիք ստանալու նպատակով:
- Հարցված բժիշկների 4.4%-ը նշել է, որ կգնա հղիի ցանկությանն ընդառաջ և կիրականացնի կեսարյան հատում: Կանանց հետ իրականացված հարցումներից պարզվել է, որ կանանց մեծամասնությունը նախապատվություն է տալիս հեշտոցային ծննդաբերությանը: Բժշկական քարտերի ուսումնասիրությունը չի բացահայտել հղիի ցանկությամբ կեսարյան հատումների դեպքեր, քանի որ այդ մասին ուղղակիորեն չի նշվում քարտում: Ըստ կանանցից ստացված քանակական տվյալների՝ կանանց կեսարյան հատումներ իրականացնելու պատճառներն են կնոջ վիճակը/մանկաբարձ-գինեկոլոգիական խնդիրներ (43.2%), պտղի կողմից ցուցումները (30.1%), հարակից մասնագետի ցուցումները (19.9%) և ըստ հղիի /հարազատների ցանկության դեպքերը (6.8%): *Հաշվի առնելով վիճակագրական սխալի մեծությունը, կարելի է արձանագրել, որ առանց ցուցումների կեսարյան հատումների մակարդակը գտնվում է 8-10%-ի սահմաններում:*
- Ծննդալուծման մեթոդի որոշման վրա մեծապես ազդեցություն ունեցող անձիք կամ հանգամանքներն են՝ «Հղիությունը վարող բժիշկ» (44.1%), «Ծնունդ ընդունող բժիշկ» (36.7%), այդուհետ՝ «Ամուսին» (5.3%), «Ծնողներ /ազգականներ» (4.2%), «Հարակից բժիշկ» (5.6%), «Ինտերնետային հոդվածներ, մասնագիտական կայքեր, գրքեր» (2.2%), «Ընկերներ /ծանոթներ» (0.4%), «Սոցիալական ցանցեր» (0.4%):
- Ըստ ուսումնասիրության տվյալների՝ ԿԿ-ներում գործող մայրության դպրոցների դասընթացներին մասնակցում են ոչ բոլոր հղիները: Թեև հարցված կանանց 86.3%-ն այս կամ այն չափով համամիտ է, որ դասընթացները կունենան ազդեցություն ծննդաբերության մեթոդի ընտրության վրա, սակայն այն հարցին, թե *կցանկանայիք նախքան ծննդաբերությունը Դուք և Ձեր ամուսինը անցնել նախապատրաստական*

դասեր, դրական է պատասխանել հարցվողների 59.3%-ը, բացասական է պատասխանել 35.8%-ը, իսկ 5.0%-ը դժվարացել է պատասխանել:

Հիմնական բացահայտումների հիման վրա արվել են մի շարք առաջարկներ, որոնք ներկայացված են ստորև.

- *Մշակել և ներդնել պտղի կոնքային առաջադրությունների, խոշոր պտուղների և կեսարյան հատումից հետո ծննդաբերությունների վարման (ազգային) ուղեցույցներ և գործելակարգեր, հստակեցնելով հեշտոցային ճանապարհով ծննդաբերությունների պայմանները, մանկաբարձական ոլորտի գործող կլինիկական ուղեցույցների հիման վրա (պրեէկլամպսիայի, պտղի ներարգանդային աճի հասպտման, վաղաժամ ծննդաբերությունների, բազմապտուղ հղիությունների վարման և այլն) ստեղծել գործելակարգեր և մշակել նորերը/այն ախտաբանությունները, որոնց համար դեռ ՀՀ-ն չունի ազգայինը/, որտեղ ԿՀ ցուցումները կլինեն հստակ:*
- *Դիմել ակնաբույժների ազգային ասոցիացիային՝ առաջարկելով մշակել և ներկայացնել տեսողության ախտահարումներ ունեցող կանանց հղիությունների վարման ուղեցույց:*
- *Ուղեցույցները և գործելակարգերը պետք է ունենան հստակ ձևակերպումներ և ապահովեն բժիշկների իրավական պաշտպանվածությունը:*
- *Գործելակարգերը պետք է լինեն պարտադիր ՀՀ-ում գործող բոլոր ԲԿ-ների և բժիշկների համար:*
- *ՀՀ առողջապահության նախարարին կից գործող մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի խորհրդի ներքո ստեղծել աշխատանքային խումբ, որը կզբաղվի ուղեցույցների և գործելակարգերի մշակմամբ և դրանց կիրառության մշտադիտարկմամբ:*
- *Առանձնացնելով առաջնային օդակի խիստ կարևոր դերը ծննդալուծման մեթոդի որոշման գործընթացում՝ կարևոր է տվյալ օդակի (հատկապես մարզային) մասնագետների հետ իրականացնել վերապատրաստումներ՝ գիտելիքների թարմացման և արդի մոտեցումներին ծանոթացնելու նպատակով: Այս առումով նպատակահարմար է համագործակցել բժշկական շարունակական կրթությամբ զբաղվող ամբիոնի հետ՝ առաջնային օդակի բժիշկների գիտելիքների և հմտությունների թարմացման նպատակով պարբերաբար դասընթացներ կազմակերպելու հարցում:*

- *Ծնունդ վարող բժիշկների հետ պարբերաբար կազմակերպել դասընթացներ, որոնք կունենան ոչ միայն տեսական, այլ նաև պրակտիկ բնույթ՝ իրազեկելու ոչ միայն ոլորտում տեղի ունեցած մտեցումների փոփոխությունների մասին, այլ նաև սովորեցնելու բարդ ծնունդների վարման հմտությունները (սիմուլյացիոն կուրսեր):*
- *Բուժհաստատությունները զինել համապատասխան սարքավորումներով, պայմաններով և կադրերով, որոնք մանկաբարձ-գինեկոլոգների իրազեկվածության պարագայում կապահովեն բարդ ծննդաբերությունների հաջող ընթացք:*
- *Կնոջ և իր ընտանիքի ցանկությամբ կատարվող կեսարյանների թիվը նվազեցնելու համար առաջարկվում է բացատրական աշխատանքներին տալ առաջնային նշանակություն, ինչպես նաև դիտարկել նման դեպքերում ֆինանսավորումը պետական պատվերից դուրս իրականացնելու նպատակահարմարությունը: Դա հնարավորություն կտա, որպեսզի բոլոր բժիշկները ցուցաբերեն միևնույն մտեցումը, այլ ոչ թե ընդառաջ գնան հղիի /հարագատների ցանկությանը:*
- *Մեծացնել մայրության դպրոցների գրավչությունը հղիների համար: Անհրաժեշտության դեպքում դասընթացներն իրականացնել առցանց եղանակով: Դա մի կողմից կլուծի ժամանակային և տարածական դժվարահասանելիության խնդիրը, մյուս կողմից՝ մենտալիտետով պայմանավորված խնդիրները:*
- *Նմանատիպ դասընթացներ իրականացնել հղիների ամուսինների, ինչպես նաև ընտանիքի այլ անդամների (սկեսուրների և այլն) հետ: Տվյալ դեպքում առցանց ձևաչափով դասընթացները կարող են շատ մեծ արդյունք ապահովել այն դեպքում, երբ պահպանվի դրանց մասնակիցների անանունությունը:*
- *Իրականացնել լայնամասշտաբ իրազեկման աշխատանքներ՝ կիրառելով ՋԼՄ-ների՝ հեռուստատեսության, համացանցի կամ տպագիր մամուլի ռեսուրսները: Այս տեսանկյունից դրական արդյունք կարող է ապահովել «Մայրության դպրոց» հաղորդաշարի թողարկումը, որը շաբաթական 1 անգամ ազգային հեռուստատեսությամբ եթեր հեռարձակվելով, հասարակության համապատասխան լսարանին կհասցնի անհրաժեշտ տեղեկատվությունը:*
- *Այս համատեքստում կարևորվում է նաև իրազեկման դասընթացներ իրականացնել լրագրողների համար, որպեսզի վերջիններս կարողանան գրագետ և արդարացիորեն ներկայացնել հղիության և ծննդաբերության գործընթացներին վերաբերող թեմաները:*

- *Մայրության դպրոցների շրջանակներում կամ դրանցից դուրս մասնագիտացված պրենստալ հոգեբանների ներգրավումը կարող է բարելավել հղիների հոգեվիճակը, որով պայմանավորված էլ՝ ծննդաբերության ընթացքը: Համապատասխան մասնագետները կգրադվեն խնդրով՝ համագործակցելով մանկաբարձ-գինեկոլոգի հետ, որի արդյունքում նաև լրացուցիչ ծանրաբեռնվածություն չի լինի մանկաբարձ-գինեկոլոգի վրա:*
- *Փոխել մանկաբարձական ուրուտի ֆինանսավորման սկզբունքները, բուժանձնակազմի, հատկապես մանկաբարձ-գինեկոլոգների համար, տրամադրելով նույն վարձավճարը 1 ծննդաբերության համար՝ անկախ ծննդալուծման եղանակից /բնական ուղիներով, թե ԿՀ/:*
- *Առանձնակի ուշադրություն դարձնել հատկապես առաջին ծննդաբերությունների վրա, որպեսզի հետագայում խուսափել «Մյի արգանդի վրա» ախտորոշումից և հետագա ԿՀ-ներից:*

## ՄԱՍ 1. Մեթոդաբանություն

ՀՀ-ում կեսարյան հատումների տարածվածությունը պարզելու նպատակով «Հասարակական հետազոտությունների առաջատար խումբ» ՀԿ-ի կողմից կիրառվել են տեղեկատվության հավաքագրման որակական և քանակական մեթոդների տրիանգուլյացիա:

### Ա. Որակական մեթոդներն են՝

1. Խորին հարցազրույցներ կեսարյան հատմամբ ծննդալուծված կանանց հետ,
2. Խորին հարցազրույցներ բժիշկների շրջանում,
3. Ֆոկուս խմբային քննարկումներ վերջին երեք տարիների ընթացքում ծննդաբերած կանանց հետ:

### Բ. Քանակական մեթոդներն են՝

1. Դեմ առ դեմ հարցազրույցներ վերջին երեք տարիների ընթացքում ծննդաբերած կանանց հետ՝ անկախ ծննդալուծման եղանակից,
2. Քանակական հարցումներ /անկետավորում բժիշկների շրջանում,
3. Վերջին երեք տարիների ընթացքում կեսարյան հատմամբ ծննդալուծված կանանց բժշկական քարտերի ուսումնասիրություն:

Ուսումնասիրության մեթոդներին համապատասխան մշակվել և Առողջապահության նախարարության և պատվիրատու կողմի հետ համաձայնեցվել են ուսումնասիրության գործիքները՝ հարցաշարերը, որոնք ներկայացված են սույն զեկույցի Հավելված բաժնում:

- Գործիք 1. Կանանց հետ քանակական հարցումների ստանդարտացված հարցաշար
- Գործիք 2. Բժիշկների կողմից ինքնալրացվող քանակական ստանդարտացված հարցաշար
- Գործիք 3. Բժշկական քարտերի ուսումնասիրության հարցաշարեր
- Գործիք 4. Բժիշկների հետ որակական հարցազրույցների հարցաշարեր
- Գործիք 5. Կանանց հետ որակական հարցազրույցների հարցաշար
- Գործիք 6. Կանանց հետ ֆոկուս խմբային քննարկումների հարցաշար

### Ուսումնասիրության ընտրանքը.

1. Վերջին երեք տարիների ընթացքում **կեսարյան հատմամբ ծննդալուծված կանանց հետ խորին հարցազրույցներ** իրականացնելու նպատակով ընտրանքի ձևավորման հիմքում դրվել են հետևյալ առանցքային չափանիշները.

(1) **Բնակության վայրը.** Մասնակիցները հավաքագրվել են ՀՀ բոլոր մարզերից, ընդ որում՝ մարզերը բաժանվել են ըստ Երևանից հեռու գտնվելու չափանիշի: Ըստ այդմ, առանձնացվել են երեք խմբեր, Երևան, մոտ մարզեր (Կոտայք, Արմավիր, Արագածոտն, Արարատ) և հեռու մարզեր (Տավուշ, Շիրակ, Սյունիք, Վայոց Ձոր, Գեղարքունիք, Լոռի):

(2) **Մասնակիցների տարիքը.** Ըստ տարիքային խմբի առանձնացվել է երկու խումբ՝ մինչև 35 տարեկան և 35 տարեկանից բարձր:

Արդյունքում ստացվել է 6 խումբ: Որպեսզի տեղեկատվությունն ավելի վստահելի լինի, յուրաքանչյուր խմբից իրականացվել է 3 հարցազրույց: Արդյունքում 18 խորին հարցազրույց կեսարյան հատմամբ ծննդալուծված կանանց հետ:

2. **Խորին հարցազրույցներ բժիշկների շրջանում** մեթոդի շրջանակներում ծրագրի առաջարկում նախատեսված էր հարցազրույցներ իրականացնել միայն մանկաբարձ գինեկոլոգների հետ, սակայն ծրագրի իրականացման ընթացքում անհրաժեշտություն է առաջացել հարցումներ անցկացնել նաև նեղ մասնագետների հետ, ինչպիսիք են անոթաբան, սրտաբան, ակնաբույժ, նեոնատոլոգ:

Արդյունքում 18 մանկաբարձ գինեկոլոգներ և 12 նեղ մասնագետներ ընտրվել են Երևանի 8 և ՀՀ 4 այլ մարզերի կլինիկաներից: Յուրաքանչյուր կլինիկայից հարցման մասնակից բժիշկներն ընտրվել են ըստ իրենց կոնպետենտության աստիճանի՝ ձևակույտի մեթոդով: Որպես կոնպետենտության գնահատման հիմք վերցվել են.

- Բժշկի աշխատանքային ստաժը (առնվազն 10 տարի),
- Այլ բժիշկների գնահատականը (հարցված բժիշկները, համաձայն ձևակույտի մեթոդի, նշել են իրենց այլ գործընկերոջ անունն ու գնահատել կոմպետենտության աստիճանը),
- Ուսումնասիրվող խնդրին լավատեղյակ/կոմպետենտ լինելու ինքնագնահատականը (հարցված մանկաբարձ-գինեկոլոգների մեծ մասը հանդիսանում են վիրահատող բժիշկներ, մանկաբարձական բաժանմունքների ղեկավարներ և այլն):

Հարցված 18 մանկաբարձ-գինեկոլոգներից 3-ն են միայն, որ հղիություն չեն վարել, վարել են ծնունդներ և կատարել կեսարյան հատում, 4-ը՝ վարել են և հղիություն և ծնունդ, սակայն ինքնուրույն կեսարյան հատում չեն իրականացրել, 11-ը հանդիսացել են հղիություն և ծնունդ վարող, ինչպես նաև հանդիսացել են վիրահատող բժիշկներ: Հարցված բժիշկների մասնագիտական ստաժը միջինում եղել է 20 տարի, նվազագույնը՝ 10 տարի, առավելագույնը՝ 35 տարուց ավել:

Մանկաբարձ-գինեկոլոգների ընտրությունն իրականացվել է Երևան, մարզային քաղաք և գյուղ, իսկ նեղ մասնագետները՝ Երևան և մարզային քաղաք բաժանմամբ: Ընտրված կլինիկաներն են՝

- Երևան – ՎԱՊՄԳՀԻ, Էրեբունի ԲԿ, Աստղիկ ԲԿ, Բեգլարյան ԲԿ, Գրիգոր Նարեկացի ԲԿ, Սուրբ Գրիգոր Լուսավորիչ ԲԿ, Շենգավիթ ԲԿ, ՄՄԱՊԳԿ,
- Մարզեր՝ Շիրակ – Գյումրու ԲԿ և Ախուրյանի մոր և մանկան կենտրոն, Տավուշ – «Իջևանի ԲԿ» ՓԲԸ, Արարատ – Արարատի ԲԿ, Արտաշատի ԲԿ, Արմավիր-Էջմիածնի ԲԿ:

Կլինիկաների ընտրության հիմքում դրվել են 3 հիմնական չափանիշներ՝

1. Բնակավայր (Երևան, Երևանին մոտ և հեռու մարզ)
2. Ռոբոտնի պիլոտային ծրագրում ընդգրկվածություն (Երևանում ընտրվել են այն կլինիկաները, որտեղ ներդրված է Ռոբոտնի պիլոտային ծրագիրը),
3. ԿՀ-ների իրականացման քանակ (ընտրվել են այնպիսի կլինիկաներ, որտեղ ԿՀ-ների թիվը համեմատաբար մեծ է և այնպիսիք, որտեղ ԿՀ-ների թիվը համեմատաբար փոքր է):

Հարցումների տևողությունը նեղ մասնագետների հետ միջինում եղել է 45 րոպե, իսկ հարակից մասնագետների հետ՝ 20 րոպե:

3. **Ֆոկուս խմբային քննարկումների ընտրանքը** կազմվել է՝ հիմք ընդունելով հետևյալ չափանիշները.

- Բնակության վայրը՝ Երևան, մարզային քաղաք, գյուղ
- Ծննդաբերության մեթոդը՝ կեսարյան հատում, բնական ծննդաբերություն
- Կնոջ տարիքը ծննդաբերության ընթացքում՝ 35-ից բարձր և 35-ից ցածր
- Առաջնածին լինելը կամ չլինելը:

Արդյունքում կազմակերպվել և իրականացվել է 20 ֆոկուս խմբային քննարկում վերջին երեք տարիների ընթացքում ծննդաբերած կանանց հետ:

Կանանց ընտրության հիմք են հանդիսացել բուժհիմնարկներից պատահականության սկզբունքով առանձնացված ցուցակները: Յուրաքանչյուր խմբին մասնակցել է 5-7 կին: Խմբային քննարկումների տևողությունը միջինում կազմել է 115 րոպե:

4. **Դեմ առ դեմ հարցազրույցներ վերջին երեք տարիների ընթացքում ծննդաբերած կանանց հետ.** անկախ ծննդալուծման եղանակի՝ քանակական հարցազրույցներ իրականացնելու նպատակով հաշվարկվել է քանակական հարցումների ընտրանքը: Ըստ վերջին երեք տարիների ընթացքում ծննդաբերած կանանց ընդհանուր թվի կազմվել է ընտրանքը՝ համապատասխանաբար մարզային բաշխմամբ: Տվյալ բաշխման պարագայում սխալի մեծությունը կազմում է +-4.8%: Հաշվի առնելով ուսումնասիրության թեմայի առանձնահատկությունները և նմանությունները, 95% վստահության աստիճանի դեպքում (տվյալ սխալի մեծությունը բավարար է տվյալների հուսալիության և հիմնավորվածության համար):

Աղյուսակ 1. Քանակական հարցումներին մասնակցած կանանց ընտրանք.		Երևան	Մարզեր	Ընդամենը	Ընտրանք
Ծնունդ	2019	21054	15024	36078	81
	2020	21656	14974	36630	84
	2021	21643	14665	36308	83
Ընդամենը	3 տարի	64353	44663	109016	248
Կեսարյան	2019	8340	3905	12245	48
	2020	9112	3969	13081	51
	2021	9380	4075	13455	53
Ընդամենը	3 տարի	26832	11949	38781	152
<b>Ընտրանք</b>					<b>400</b>

ՀՀ ԱՆ-ի միջնորդությամբ և կլինիկաների աջակցության արդյունքում ձեռք է բերվել կանանց տվյալների բազա՝ պահպանելով կանանց անանունության և անձնական տվյալների պահպանության սկզբունքները: Պատահականության սկզբունքով՝ ըստ նախապես մշակված ընտրանքային բաշխման, ընտրվել են 400 կանայք, ովքեր էլ կամավորության սկզբունքով մասնակցել են հարցմանը: Հարցազրույցների միջին տևողությունը եղել է 35 րոպե:

5. **Քանակական հարցումներ /անկետավորում բժիշկների շրջանում** իրականացվել է ԱՆ-ի կողմից հարցաթերթի համապատասխան հղման միջոցով: Տվյալ մեթոդը



նախատեսված չի եղել ծրագրի առաջարկով և հանդիսանում է լրացուցիչ մեթոդ: Տվյալ մեթոդով հարցմանը մասնակցել է 158 բուժաշխատող՝ Երևանի և ՀՀ մարզային ԲԿ-ներից: Հարցումների տևողությունը միջինում եղել է 8 րոպե:

6. Վերջին երեք տարիների ընթացքում կեսարյան հատմամբ ծննդալուծված կանանց բժշկական քարտերի ուսումնասիրություն իրականացնելու նպատակով նույնպես կազմվել է հետազոտության ընտրանք: Ընտրվել են Երևանի 8 կլինիկաներ և մարզերի 3 կլինիկաներ՝ Գյումրու ԲԿ, «Իջևանի ԲԿ» ՓԲԸ և Արտաշատի ԲԿ, որոնցից 2019, 2020 և 2021թթ.-ին կեսարյան հատմամբ ծննդալուծված կանանց 8-ական բժշկական քարտերի ուսումնասիրություն: Արդյունքում Երևանից՝ 192, իսկ մարզերից՝ 72 կնոջ բժշկական քարտ է ուսումնասիրվել՝ պահպանելով անանունության և անձնական տվյալների պահպանման սկզբունքները:

<b>Աղյուսակ 2. Ուսումնասիրվող բժշկական քարտերի ընտրանք.</b>		
<b>Մարզ</b>	<b>Տարեթիվ</b>	<b>Կեսարյանի Քարտերի ընտրանք</b>
<b>Երևան</b>	<b>2019</b>	<b>64</b>
	<b>2020</b>	<b>64</b>
	<b>2021</b>	<b>64</b>
<b>Ընդամենը</b>	<b>3 տարի</b>	<b>192</b>
<b>Մարզ</b>	<b>2019</b>	<b>24</b>
	<b>2020</b>	<b>24</b>
	<b>2021</b>	<b>24</b>
<b>Ընդամենը</b>	<b>3 տարի</b>	<b>72</b>
<b>Ընդամենը</b>		<b>264</b>

**Դաշտային աշխատանքների իրականացում և վերլուծություն:** Դաշտային աշխատանքներն իրականացվել են «Հասարակական հետազոտությունների առաջատար խումբ» ՀԿ-ի անձնակազմի և բժիշկ փորձագետների հետ համատեղ: Քանակական հարցումները, ինքնալրացվող հարցաշարը և բժշկական քարտերը լրացվել են էլեկտրոնային տեխնոլոգիաների կիրառությամբ սոցիոլոգիական ուսումնասիրությունների իրականացման մեթոդաբանությամբ: Տվյալները վերլուծվել են SPSS վիճակագրական փաթեթի միջոցով:

Խորին հարցազրույցները բժիշկների հետ իրականացվել են բժիշկ-փորձագետների կողմից՝ դեմ առ դեմ հանդիպման միջոցով: Խորին հարցազրույցները կեսարյան հատմամբ ծննդալուծված կանանց հետ իրականացվել են APR-ի՝ որակական հարցումներ

իրականացնող թիմի կողմից՝ դեմ առ դեմ հանդիպման միջոցով: Ֆոկուս խմբային քննարկումներն անցկացված APR-ի որակական հարցազրույցներ իրականացնող թիմի կողմից առցանց տարբերակով, Zoom հարթակի միջոցով՝ հաշվի առնելով ծախսարդյունավետությունը, մասնակիցների համար ճկունության և հարմարավետության ավելի բարձր մակարդակը և աշխարհագրական խոչընդոտները հաղթահարելու հնարավորությունը: Խմբային քննարկումների ընթացքին հետևել են ինչպես բժիշկ փորձագետները, այնպես էլ ծրագրի սոցիոլոգն ու ղեկավարը: Որակական հարցազրույցների արդյունքները սղագրվել են, և իրականացվել է բովանդակային վերլուծություն՝ հիմնական կատեգորիաներով:

## ՄԱՍ 2. Ուսումնասիրության արդյունքներ

### ԲԱԺԻՆ 2.1. Բժիշկների հետ իրականացված հարցազրույցների արդյունքներ

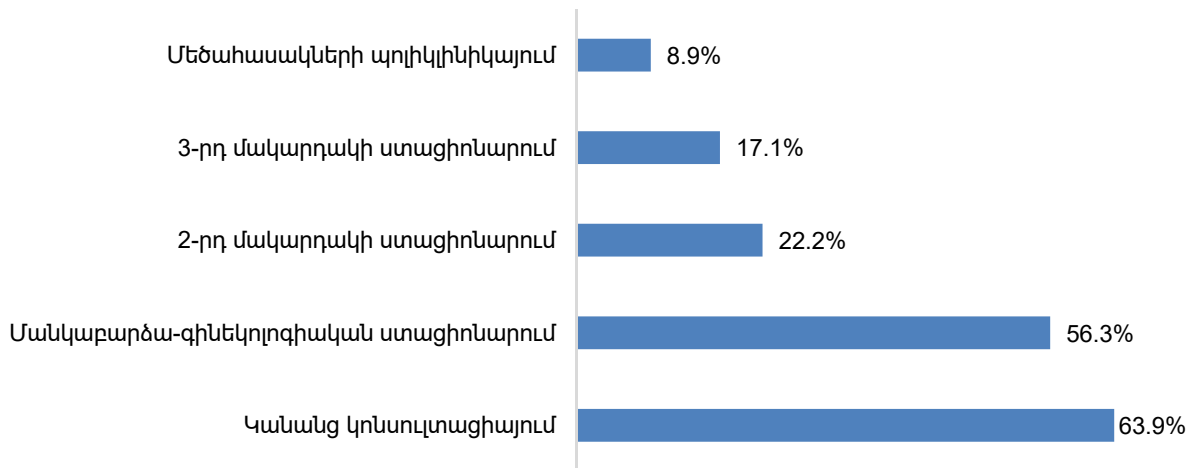
#### 2.1.1 Կեսարյան հատման պրակտիկա

Բժիշկների հետ իրականացվել են որակական և քանակական հարցումներ: Որակական հարցազրույցների ընթացքում բժիշկները (մանկաբարձ-գինեկոլոգները և հարակից/նեղ մասնագետները) պատասխանել են կեսարյան հատումների վերաբերյալ իրենց գործունեությանը, գիտելիքներին և վերաբերմունքին առնչվող մի շարք հարցերի: Բացի տիպային ընտրանքով ընտրված բժիշկների, ուսումնասիրության մեջ ներգրավվել են նաև հանրապետության տարբեր բուժհաստատությունների մանկաբարձ-գինեկոլոգներ՝ պատասխանելով քանակական ինքնալրացվող հարցաշարին:

Փաստ է, որ հղիության վարման և ծննդալուծման գործընթացները մի ընդհանուր գործընթացի տարբեր օղակներն են, որոնք փոխադարձ կապված են միմյանց հետ: Ըստ որակական հարցումների արդյունքների՝ որոշ դեպքերում, երբ կանայք հղիության հսկման նպատակով դիմում են բուժհիմնարկ, արդեն իսկ ունենում են «Նախընտրած» բժիշկ, որի մոտ ցանկանում են ինչպես հսկվել, այնպես էլ ծննդաբերել: Մակայն լինում են դեպքեր, երբ հղիությունը վարում է մի բժիշկ, իսկ ծննդաբերությունը՝ մեկ այլ: Մա պայմանավորված է ինչպես բուժհաստատությունների առանձնահատկություններով, այնպես էլ հղիության ընթացքով և հղիի վիճակով: Երբեմն համապատասխան պայմանների (մասնագետներ, տեխնիկական և գործիքային համալրվածություն) բացակայության պարագայում հղիները ստիպված են լինում ծննդաբերել, իսկ երբեմն էլ հղիության ընթացքում հսկողություն անցնել այլ՝ մարզկենտրոնի կամ մայրաքաղաքի ԲԿ-ներում (հիմնականում՝ 3-րդ մակարդակ): Դրանք հիմնականում վերաբերում են բարձր ռիսկի խմբի հղիներին, որոնք կարող են ունենալ ինչպես ծանր մանկաբարձական, այնպես էլ էքստրագենիտալ ախտաբանություններ: Հանրապետության մի շարք կլինիկաներում գործում է ռոտացիոն համակարգը, ինչպես ստացիոնարում, այնպես էլ կանանց կոնսուլտացիայում հերթապահություն սահմանելու հարցում, ինչի արդյունքում հղիները ծննդաբերում են տվյալ պահին հերթապահ բժիշկների մոտ, սակայն շատ են նաև դեպքերը, երբ հղիները ծննդաբերում են իրենց նախընտրած բժշկի մոտ, ինչը հարցազրույցների ընթացքում ներկայացվել է որպես «Պատվերով/պատվիրված» ծննդաբերություն: Քանակական հարցումներին մասնակցած 158 մանկաբարձ-գինեկոլոգների 49%-ը նշել է, որ միայն մեկ

բուժհաստատությունում է աշխատում: Քանի որ 51%-ն էլ նշել է մեկից ավելի հաստատություն և այն հարցին, թե «Ինչպիսի՞ հաստատությունում եք աշխատում», ստացվել է 266 պատասխան, ուստի դրանց բաշխումը գերազանցել է 100%-ը: Այսպես՝ ԿԿ-ում աշխատողները կազմել են հարցվածների 63.9%-ը, 56.3%-ը՝ մանկաբարձագինեկոլոգիական ստացիոնարում, 22.2%-ը՝ 2-րդ մակարդակի ստացիոնարում, 17.1%-ը՝ 3-րդ մակարդակի ստացիոնարում, իսկ 8.9%-ը՝ մեծահասակների պոլիկլինիկայում:

**Գծապատկեր 2. Որտեղ են աշխատում հարցված բժիշկները**



Հավելենք, որ մանկաբարձ-գինեկոլոգների 5.1%-ը նշել է, որ որպես մանկաբարձ-գինեկոլոգ ավելի շատ զբաղված է գինեկոլոգիայի բնագավառում, 27.2%-ը՝ մանկաբարձության բնագավառում, իսկ 67.7%-ը՝ երկու ոլորտներում էլ հավասարաչափ: Ինչպես քանակական, այնպես էլ որակական հարցազրույցների արդյունքները վկայում են այն մասին, որ բժիշկները մեծամասամբ իրականացնում են ինչպես հղիության, այնպես էլ ծննդաբերության վարում: Երբեմն այն դեպքերում, երբ հղիությունը վարող բժիշկը չի իրականացնում ծննդի վարում, միննույն է մասնակցում են ծննդաբերությանը՝ որպես ասիստենտ: Ըստ քանակական տվյալների՝ ԿԿ-ում հղիների նախածննդյան հսկողություն իրականացնում է հարցվածների 84.8%-ը, չի իրականացնում՝ 15.2%-ը: Ծնունդ չի վարում քանակական հարցվողների 4.4%-ը: Ընդհանուր հարցվողների 48.1%-ի մոտ 1 տարվա կտրվածքով ծնունդների թիվն ավելի շատ է, քան հղիությունների վարման:

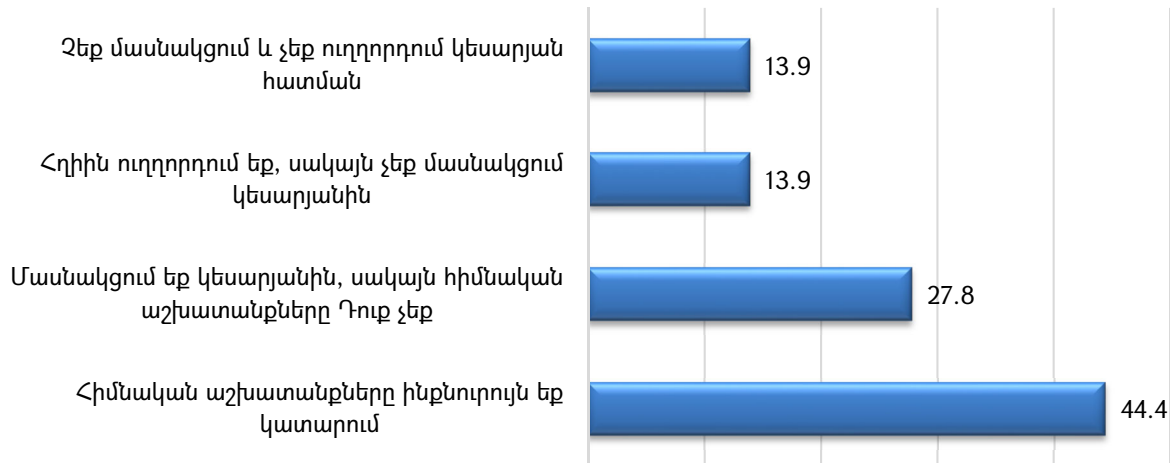
Ինչպես որակական, այնպես էլ քանակական հարցազրույցների ընթացքում քննարկվել է այն հարցը, թե հղիների որ մասն է, որ ծննդալուծվում է կեսարյան հատման եղանակով: Այսպես՝ քանակական հարցման մասնակիցներից 105-ն են, որ կարողացել են նշել տարվա կտրվածքով իրենց վարած ծնունդների և կեսարյան հատումների քանակը

(նշենք, որ 53 հոգին ոչ թե չեն իրականացնում ծնունդների վարում կամ կեսարյան հատում, այլ դժվարացել են հարցին պատասխանել): Հարցին պատասխանածների 5.7%-ը մեկ տարվա ընթացքում իրականացնում է ավելի շատ կեսարյան հատում, քան ծնունդ է ընդունում, 2.9%-ն իրականացնում է միայն կեսարյան հատում, 16.2%-ի մոտ կեսարյան հատումները կազմում են ծնունդների 51-100%-ը, 3.8%-ի մոտ՝ կեսը, 18.1%-ի մոտ՝ կեսարյանները կազմում են ծնունդների 31-49%-ը, 44.8%-ի մոտ՝ 6-30%, իսկ 8.6%-ը չի իրականացնում կեսարյան հատում:

<b>Աղյուսակ 3. Տարվա կտրվածքով վարած ծնունդների մեջ կեսարյան հատումների մասնաբաժինը</b>		
	n=105	n=158
Կեսարյանը ծնունդների 100%-ից ավել-ն է	5.7%	3.8%
Կեսարյանը ծնունդների 100%-ն է	2.9%	1.9%
Կեսարյանը ծնունդների 100-51%-ն է	16.2%	10.8%
Կեսարյանը ծնունդների 50%-ն է	3.8%	2.5%
Կեսարյանը ծնունդների 49-31%-ն է	18.1%	12.0%
Կեսարյանը ծնունդների 30-6%-ն է	44.8%	29.7%
Կեսարյանը ծնունդների 0%-ն է	8.6%	5.7%
Դժվարացել են պատասխանել	-	33.5%
Ընդամենը	100%	100%

Որակական հարցազրույցներին մասնակցած մանկաբարձ-գինեկոլոգների մեծ մասի խոսքերով նույնպես՝ իրենց ընդունած ծնունդների մոտ 25-30%-ն են կազմում կեսարյան հատումները, սակայն եղել են նաև հարցվողներ, ովքեր ավելի շատ վարում են կեսարյան հատում, քան բնական ծննդաբերություն (մանկաբարձագինեկոլոգիական ծառայության ղեկավար կամ բաժնի վարիչ և այլն): Նշենք, որ քանակական հարցման տվյալներով՝ ընդհանուր հարցվողների (158) 38.0%-ը հանդիսանում է վիրահատող բժիշկ, 34.8%-ը՝ ասիստենտ կամ 2-րդ վիրահատող բժիշկ, 27.2%-ը՝ չի մասնակցում վիրահատությունների: Հարցվողներից պարզվել է, թե արդյոք կեսարյան հատումն իրականացնում են ինքնուրույն, թե համատեղ: Պարզվել է, որ հարցվողների 44.4%-ն այն իրականացնում է ինքնուրույն:

**Գծապատկեր 3: Կեսարյան հատում իրականացնելիս Դուք...**



Այն, թե ինչպես կրնա կնոջ հղիությունն ու կորոշվի ծննդալուծման պլանը, մեծապես պայմանավորված է առաջնային օղակում ցուցաբերված մոտեցումից: Որակական հարցազրույցների ընթացքում մանկաբարձ-գինեկոլոգների կողմից մանրամասն ներկայացվել է ծննդալուծման պլանի կազմման գործընթացը: Այն կազմվում է հղիության 35-37 շաբաթում՝ հղիությունը վարող մանկաբարձ-գինեկոլոգի կողմից և քննարկվում է հղիի և/կամ նրա հարազատների հետ: **Պլանը կազմելու համար ուղենիշային են հանդիսանում նաև հարակից մասնագետների կարծիքները/եզրակացությունները:** Հաճախ, հատկապես մարզային բուժկենտրոններում, ուլտրաձայնային հետազոտության արդյունքում նկատված պտղի պորտալարի փաթաթման պատճառով հղիին առաջարկվում է կեսարյան հատում: Ըստ հարցվողների մեծ մասի՝ նման իրավիճակները պետք է բացառել, քանի որ ինչպես պորտալարի փաթաթում, այնպես էլ պտղի դիրքի փոփոխությունը կարող է տեղի ունենալ նախածննդյան շրջանում, ընդհուպ մինչև 40 շաբաթական: Ուստի 36 կամ 37 շաբաթում հղիին կեսարյանին տրամադրելը կարող է անդառնալի լինել ծննդալուծման մեթոդի որոշման տեսանկյունից:

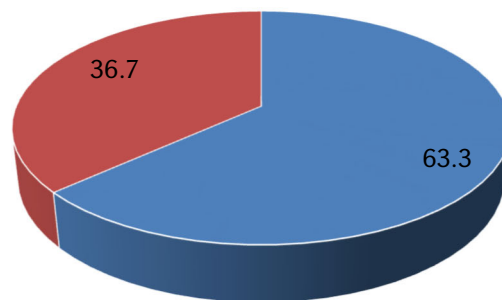
*«...էխոյի բժիշկներին պետք է պետական մակարդակով արգելել, որ հղիներին ասեն պորտալարի փաթաթում...: Կեսարյանի մեջ շատ են պորտալարի փաթաթումը ցուցում դնում...» (մանկաբարձ-գինեկոլոգ, մարզ):*

*«...10 ծննդից 4-ը փաթաթված պորտալարով են, բայց դա կեսարյանի ցուցում չէ...» (մանկաբարձ-գինեկոլոգ, Երևան):*

Մանկաբարձական կամ պտղի կողմից ցուցումների առկայության դեպքում մանկաբարձ-գինեկոլոգները սովորաբար խորհրդակցում են ավագ մասնագետների հետ,

իսկ անհրաժեշտության դեպքում՝ նաև քննարկում են կոնսիլիումով: Ոչ մանկաբարձական ցուցումների դեպքում նույնպես քննարկում է իրականացվում ինչպես մանկաբարձագինեկոլոգիական բաժանմունքների ղեկավարների, այնպես էլ հարակից մասնագետների հետ: Երբեմն բժիշկները, հարակից մասնագետների կողմից իրականացված հետազոտության արդյունքները ստուգելու նպատակով հղիներին ուղեգրում կամ ուղղորդում են այլ մասնագետների մոտ: Քանակական հարցազրույցների ընթացքում պարզվել է, որ նման կերպ է վարվում հարցվողների 36.7%-ը:

**Գծապատկեր 4. Ոչ մանկաբարձական ցուցումով կեսարյանի դեպքում...**



- Քանակական հարցազրույցների մոտ
- Ուղղորդում են այլ մասնագետի մոտ

Ըստ էության՝ ոչ մանկաբարձական ցուցումներով ԿՀ-ի համար հարակից մասնագետի կողմից տրված կարծիքի հիմնավորվածությունը հաստատելու համար նպատակահարմար է ունենալ 2-ից ավել կարծիք:

Ծննդալուծման պլանը, ըստ հարցվողների մեծամասնության հավաստման, չի որոշվում միանձնյա: Առաջնային օղակում այն կազմվում է՝ անհրաժեշտության դեպքում հարակից մասնագետների հետ համաձայնեցման, ինչպես նաև օղակի պատասխանատուների հետ քննարկման արդյունքում: Ըստ խորին հարցազրույցների մասնակիցների՝ ծննդալուծման մեթոդի որոշման մեջ էական դեր ունի նաև ստացիոնարի բժիշկը՝ օրվա հերթապահին ու ծառայության ղեկավարը:

*«Լինում են դեպքեր, երբ բժիշկը ներկայացնում է կեսարյան, սակայն բաժնի վարիչի կողմից մերժվում է... պլանը փոփոխվում է...» (մանկաբարձ-գինեկոլոգ, Երևան):*

Այս ամենի հետ մեկտեղ հարցվողներն ընդգծել են հղիների և նրանց հարազատների ցանկության նշանակությունը, որի վրա երբեմն կարող են ազդեցություն ունենալ ԿԿ-ներում գործող մայրության դպրոցները և հղիությունը վարող բժիշկը:

Այսպիսով՝ ըստ որակական հարցումների տվյալների՝ ծննդալուծման պլանը կազմվում է հիմնականում 35-37 շաբաթականում: Պլանը կազմելու համար ուղենիշային են հանդիսանում այդ շրջանում իրականացված հետազոտությունների արդյունքները և հարակից մասնագետների կարծիքները/եզրակացությունները: Հաճախ, հատկապես մարզային բուժկենտրոններում, ուլտրաձայնային հետազոտության արդյունքում նկատված պտղի պորտալարի փաթաթման պատճառով հղիին առաջարկվում է կեսարյան հատում և նրանց որոշ մասն ուղեգրվում է Երևան: Առաջնային օղակում ծննդալուծման պլանի որոշման համար անհրաժեշտ է, նախ, տվյալ օղակի (հատկապես մարզային) մասնագետների հետ իրականացնել վերապատրաստումներ՝ գիտելիքների թարմացման և արդի մոտեցումներին ծանոթացնելու նպատակով, որի արդյունքում վերջիններս կկարողանան ճիշտ եզրակացություններ անել իրականացված հետազոտություններից և համապատասխան որոշում ընդունել ծննդալուծման եղանակի վերաբերյալ: Բացի այդ՝ կարևորվում է ոչ մանկաբարձական ցուցումներով ԿՀ-ների ուղեգրման պարագայում չհիմնվել միայն մեկ հարակից մասնագետի եզրակացության վրա, այլ այն ստուգել այլ մասնագետների հետ: Ինչպես ցույց տվեց ուսումնասիրությունը՝ այդպես վարվում է հարցվողների միայն 36.7%-ը: Կարևորվում է նաև մայրության դպրոցների դերը, որին անդրադարձ կարվի զեկույցի հետագա բաժիններում:

### **2.1.2. Որոշ մանրամասներ կեսարյան հատումների իրականացման գործընթացի վերաբերյալ**

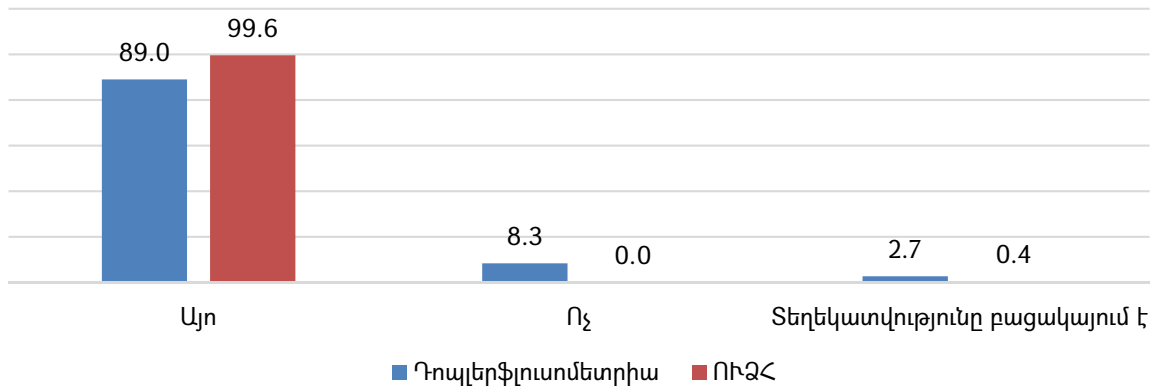
**Տվյալ բաժնում ամփոփված են կեսարյան հատմամբ ծննդալուծված կանանց բժշկական քարտերի ուսումնասիրության արդյունքները:**

Կեսարյան հատմամբ ծննդալուծված կանանց 13.6%ը հղիության ընթացքում հոսպիտալացվել է: Ամենաշատ նշված պատճառներն են սպառնացող վիժում և սպառնացող վաղաժամ ծննդաբերություն, այնուհետև՝ խրոնիկ հիպերտենզիա, սուր շնչառական վարակ, թոքաբորբ, լեղաքարային հիվանդության սրացում, կամ որդանման ելունի հեռացում, կամ ապենդեկտոմիա:



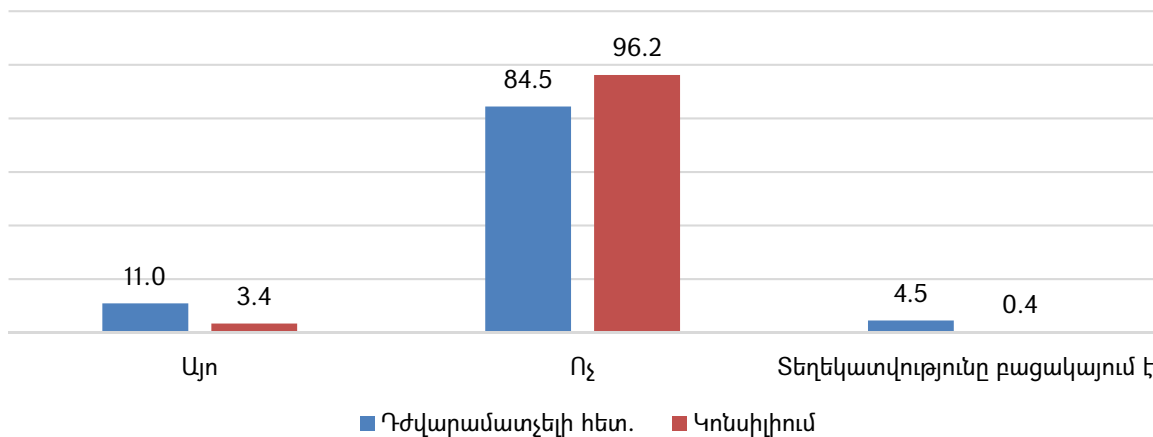
Հղիության ընթացքում COVID-19-ի դեպքեր եղել են ուսումնասիրված քարտերի 6.8%-ում: Հղիության ընթացքում հղիներն անցել են անհրաժեշտ գործիքային ուսումնասիրություններ:

**Գծապատկեր 5. Կատարվել է արդյոք դոպլերֆլուսոմետրիա և ՈՒՁՀ**



Հղիների մեծ մասն անցել են գործիքային հետազոտություններ, սակայն դժվարամատչելի հետազոտությունների մասին նշված է քարտերի միայն 11.0%-ում, իսկ կոնսիլիումներ՝ 3.4%-ում:

**Գծապատկեր 6. Կատարվել են արդյոք դժվարամատչելի հետազոտություն և կոնսիլիում**



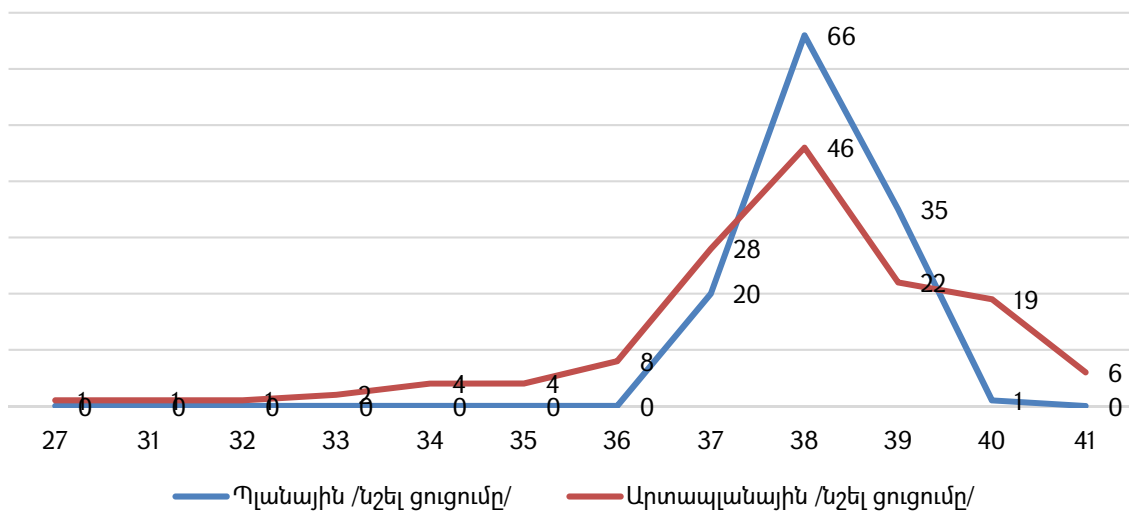
Թե որ շաբաթում է իրականացվել կեսարյան հատումը, ներկայացված է ստորև՝ **Աղյուսակ 5-ում**: Կեսարյան հատումների 7.1% դեպքերում պտուղը եղել է անհաս, իսկ 92.1% դեպքերում՝ հասուն:

Աղյուսակ 4: Հղիության ժամկետ	Քանակ	Տոկոս
------------------------------	-------	-------

	27	1	0.4
	31	1	0.4
	32	1	0.4
	33	2	0.8
	34	4	1.5
	35	4	1.5
	36	8	3
	37	48	18.2
	38	112	42.4
	39	57	21.6
	40	20	7.6
	41	6	2.3

Մինչև 36 շաբաթական բոլոր կեսարյաններն իրականացվել են արտապլանային կարգով: Ստորև ներկայացված է, թե որ ժամկետում են արվել պլանային և արտապլանային կեսարյան հատումները:

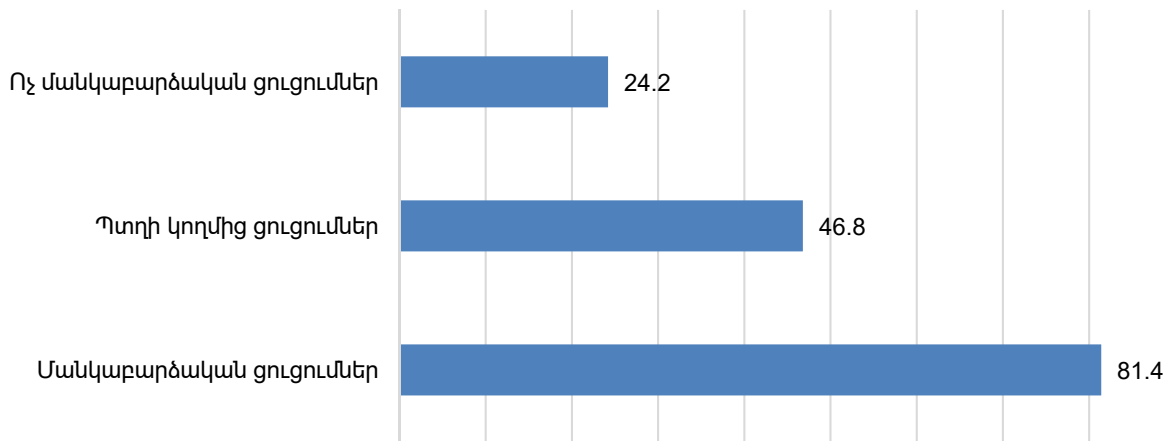
**Գծապատկեր 7. Պլանային և արտապլանային կեսարյանների ժամկետները**



Ըստ բժշկական քարտերի ուսումնասիրության արդյունքների՝ ԿՀ-ների 81.4%-ն իրականացվել է մանկաբարձական ցուցումներով, որոնցում առավել տարածվածներն են՝ սպի արգանդի վրա, ծննդկանի տարիք, պտղաջրերի վաղաժամ արտահոսք, ծանր պրեէկլամպսիա, արգանդի պարանոցի բացման կանգ, ընկերքի կամ արգանդի ախտաբանություններ, ինչպես նաև անպտղություն: Քանի որ քարտերում նշված է մեկից ավելի ցուցում, ուստի ստացված պատասխանների տոկոսը գերաանցում է 100-ը: Այսպես

46.8% դեպքերում նշվել են պտղի կողմից ցուցումներ, որոնցում ամենատարածվածն են պտղի հետույքային առաջադրություն, պտղի միջաձիգ դրություն, պտղի ներարգանդային աճի հապաղում, խոշոր պտուղ, զույգ պտուղ: Ոչ մանկաբարձական ցուցումներում (24.2%) ամենաշատ նշված տարբերակներն են աչքի հետ կապված խնդիրները, երակների լայնացումը, սրտաբանական խնդիրները և այլն:

**Գծապատկեր 8: Կեսարյան հատման ցուցումները՝ ըստ քարտերի ուսումնասիրության**



Պտղի վիճակը Աբգարի սանդղակով գնահատվել է միջինում 8.17, ամենաշատ հանդիպող տարբերակը՝ 8: 1-ական դեպքերում գնահատականները եղել են “1”, “2”, “5”, 2 դեպքում՝ “6”: Ուսումնասիրված քարտերի 3.8% դեպքում՝ “7”, 66.3% դեպքում՝ “8”, 28.0% դեպքում՝ “9”:

Ուսումնասիրված քարտերի 2.3% դեպքերում կեսարյան հատումն իրականացվել է ընդհանուր, իսկ 97.7% դեպքերում՝ ռեգիոնար /էպիդուրալով անզգայացումով:

61.7% դեպքերում վիրահատության սկզբից մինչև պտղի դուրս բերումը տևել է մինչև 5 րոպե, 25.0% դեպքերում՝ 5-7 րոպե, իսկ 13.3% դեպքերում՝ 7 րոպեից ավել:

Վիրահատությունը միջինում տևել է 54.7րոպե, ամենաշատ հանդիպած տարբերակը 60 րոպեն է, ամենակարճ տևողություն եղել է 20 րոպե, իսկ ամենաերկարը՝ 160 րոպե: Վիրահատության ընթացքում արյան կորուստը միջինում եղել է 583գրամ, ամենատարածվածը եղել է 500գր, ամենաքիչը՝ 400գր, ամենաշատը՝ 1500գր:

Վիրահատությունների 3.8% դեպքերում եղել են բարդություններ: Դրանցից են ընկերքի պաթոլոգիա, կպումների անջատում, արգանդի միոմատոզ հանգույցի նեկրոզ կամ կտրվածքի շրջանի միոմատոզ, ներվիրահատական արյունահոսություն: Քարտերի ևս 3.8% դեպքերում էլ նկարագրվում են հետվիրահատական բարդություններ, որոնք են հետպունկցիոն ցավեր սպինալ ցավազրկումից հետո, թրոմբոֆլեբիտ, սպիի անլիարժեքություն, սացիտ, սուբապոննրոտիկ հեմատոմա, հիդրոթորաքս, անեմիա,

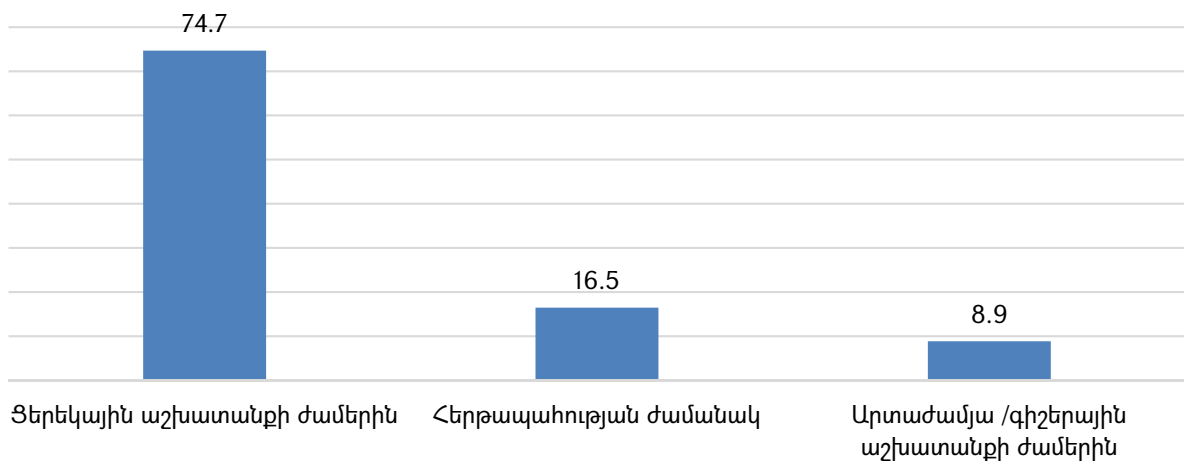
ռելապարատումիա և արգանդի էքստիրպացիա արգանդափողերով, իլեոփսոսագ մկանի հեմատոմայի բացում և դրենավորում, թորակոցենոտեզ:

Կեսարյան հատումից հետո հղիները հիվանդանոցում մնացել են միջինում՝ 3 օր (59.8%), ամենաքիչը մնացել են 2 օր (15.2%): 3-7 օր մնացել է 20.8%-ը, 8-16 օր՝ 3.8%-ը: 1 դեպք եղել է 43 օր:

## ԲԱԺԻՆ 2.2. Կեսարյան հատման ցուցումներ

Ուսումնասիրության ընթացքում քննարկվել են հարցեր, թե որ դեպքերում են հղիներին իրականացվում կեսարյան հատումներ, կեսարյանների որ մասն է պլանային, իսկ որը արտապլանային և մի շարք այլ հարցեր: Այն հարցին, թե երբ են ամենաշատն իրականացնում կեսարյան հատումները, հարցվողների 74.7%-ը նշել է ցերեկային աշխատանքի ժամերին տարբերակը, 25.4%-ը՝ հերթապահության ժամանակ:

**Գծապատկեր 9. Կեսարյանների իրականացման ժամն աշխատանքային օրվա ընթացքում**



Խորին հարցազրույցների մասնակիցների խոսքերով՝ պլանային կեսարյան հատումներն արվում են հիմնականում ցերեկային աշխատանքի ժամերին, իսկ արտապլանային կեսարյանների մեծ մասը՝ հերթապահության ժամանակ: Քանակական հարցման տվյալներով՝ տարվա կտրվածքով իրականացվող կեսարյան հատումների 51.0%-ն արվում են պլանային կարգով, 27.6%-ը՝ շտապ կարգով նախքան ծննդաբերական

գործունեություն սկսելը, իսկ 21.3%-ը՝ ծննդաբերության ընթացքում: Վերջին 3 տարիների ընթացքում կեսարյան հատմամբ ծննդալուծված կանանց բժշկական քարտերի ուսումնասիրությունը գրեթե նույն պատկերն է ներկայացնում: Այսպես՝ ուսումնասիրված քարտերի (264 քարտ) 46.2% դեպքերում կեսարյան հատումը եղել է պլանային, իսկ 53.8% դեպքերում՝ արտապլանային:

Մանկաբարձ-գինեկոլոգների հետ խորին հարցազրույցների արդյունքում տիպաբանվել և պարզաբանվել են իրականացվող կեսարյան հատումների ցուցումների /պատճառների հիմնական խմբերը: Դրանք են.

- Մանկաբարձագինեկոլոգիական ցուցումներ, այդ թվում նաև պտղի կողմից ցուցումներ,
- Սումատիկ ցուցումներ կամ հարակից մասնագետների եզրակացություններ,
- Սուբյեկտիվ պատճառներ՝ հղիի և հարազատների ցանկություն:

### 2.2.1. Մանկաբարձական /գինեկոլոգիական ցուցումներ, բարդ ծննդաբերությունների վարման պրակտիկա

Վերջին 3 տարիների ընթացքում կեսարյան հատմամբ ծննդալուծված կանանց բժշկական քարտերի ուսումնասիրության արդյունքում պարզ է դարձել, որ կեսարյանների 81.4% դեպքերում կեսարյան հատումն իրականացվել է մանկաբարձական (մոր կողմից), 46.8% դեպքերում՝ պտղի կողմից ցուցումներով, իսկ 24.2% դեպքերում՝ ոչ մանկաբարձական ցուցումներով: Քանի որ կեսարյան հատման ցուցումները կարող են լինել մեկից ավել, ուստի ընդհանուր տոկոսը մեծ է 100-ից:

**Մանկաբարձագինեկոլոգիական ցուցումների** մեջ ամենատարածվածը խորին հարցազրույցների ընթացքում նշվել է «Սպի արգանդի վրա»: Թեև հարցվողների մեջ եղել են այնպիսի մանկաբարձ-գինեկոլոգներ, ովքեր նշել են, որ ունեցել են սպիի առկայության դեպքում բնական ճանապարհով ծննդալուծման փորձ:

*«...սպիով հղին եկել էր արդեն լավ բացվածքով: Ես, վախը սրտումս, բայց ինձ ոչինչ չէր մնում, քան ծնունդ ընդունելը... բարեբախտաբար ամեն բան շատ լավ անցավ..., բայց էլ տենց ռիսկի չեմ գնա» (մանկաբարձ-գինեկոլոգ, մարզ):*

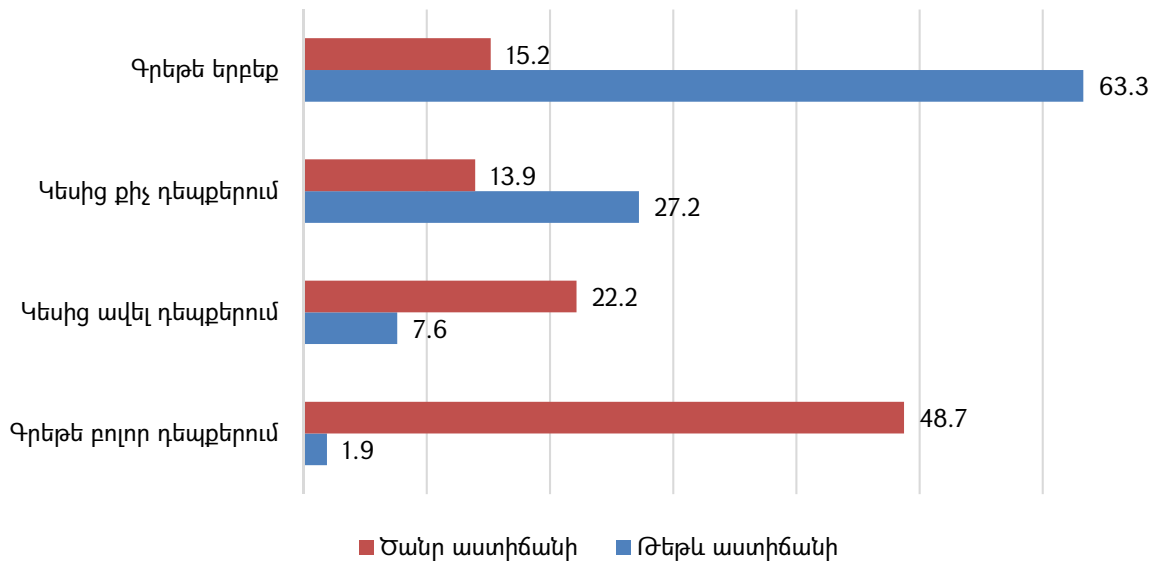
«...մի քանի օր առաջ էլ ունեցել ենք նախկին կեսարյանից հետո բնական ծնունդ...», եթե կինը տրամադրված է և ոչ մի այլ ցուցում չկա, ծննդալուծվում է բնական ճանապարհով» (մանկաբարձ-գինեկոլոգ, Երևան):

«...հաշվի ենք առնում տարիքը, կարի վիճակը, կնոջ տրամադրվածությունը...» (մանկաբարձ-գինեկոլոգ, մարզ):

Քանակական հարցման մասնակիցներից 49-ը (31.0%) նշել են, որ վերջին 3 տարիների ընթացքում կեսարյանից հետո բնական ծննդալուծման մինչև 10 դեպք են ունեցել: Այդ մասին նշվել է Ախուրյանի մոր և մանկան, Վանաձորի ԲԿ-ի և Երևանի մի շարք ԲԿ-ների բժիշկների հետ հարցումների ժամանակ:

Որակական հարցազրույցների ընթացքում ԿԿ մանկաբարձ-գինեկոլոգները ներկայացրել են նաև կեսարյան հատման մանկաբարձական մի շարք այլ ցուցումներ՝ կոնքի և պտղի չափերի անհամապատասխանություն, ընկերքի ցածր տեղակայում, առաջադիր ընկերք: Նշվել է նաև պրեէկլամպսիան, որպես կեսարյան հատման ցուցում, որը սակայն ոչ բոլոր մասնագետների և ոչ բոլոր դեպքերի համար է հանդիսանում ցուցում: Քանակական հարցման արդյունքները ցույց են տալիս, թե թեթև և ծանր պրեէկլամպսիայի դեպքերում որքան հաճախ է ցուցվում կեսարյան հատում:

Գծապատկեր 10. Որքան հաճախ է պրեէկլամպսիայի դեպքում իրականացվում կեսարյան հատում



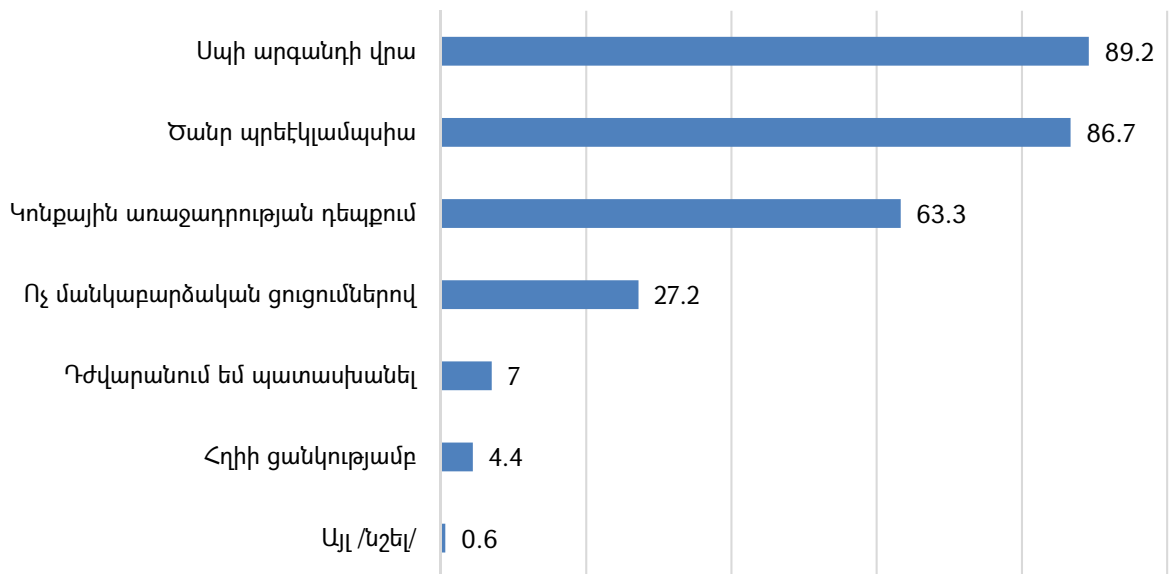
Գծապատկեր 10-ից երևում է, որ կան մասնագետներ, ովքեր իրավիճակներից կախված, թեթև պրեէկլամպսիաների դեպքում նույնպես ցուցում են կեսարյան հատում, սակայն պրեէկլամպսիայի դեպքերի համար մանկաբարձ-գինեկոլոգները մեծամասամբ

առաջնորդվում են ազգային ուղեցույցով, ինչի արդյունքում բժիշկները հետևում են հստակ ուղեցույցի և իրենց ավելի վստահ են զգում:

Պտղի կողմից ցուցումների մեջ ամենաշատը նշվել են հետույքային առաջադրությունը, տոտիկային առաջադրությունը կամ պտղի միջաձիգ դրությունը, պորտալարի փաթաթումը:

**Գծապատկեր 11**–ում պատկերված են այն բոլոր ցուցումները, որոնցով քանակական հարցման մասնակիցները սովորաբար ուղղորդում կամ իրականացնում են կեսարյան հատում: Քանի որ յուրաքանչյուր հարցվող ունեցել է մեկից ավելի պատասխաններ նշելու հնարավորություն, ուստի ընդհանուր պատասխանների թիվը կազմել է 440:

Գծապատկեր 11. Որ դեպքերում եք իրականացնում կամ ուղղորդում կեսարյան հատման (n=440)



Որակական հարցազրույցների ընթացքում հարցված բժիշկների մի մասի պնդմամբ, ներկայացված ցուցումների մի մասը չի հանդիսանում կեսարյան հատման ցուցում, իսկ մի մասն էլ պնդում է հակառակը: Կան բժիշկներ, ովքեր նշել են, որ ունեցել են նշված ցուցումներով բարեհաջող ծննդաբերության դեպքեր, ոմանք էլ նշում են, որ խուսափում են նման դեպքերում ռիսկի դիմել:

*«...ԿԿ բժիշկները կադապարված են հին գաղափարներով, օրինակ, նեղ կոնքով ուղարկում են կեսարյանի, բայց դա ցուցում չէ, դա վաղուց դուրս է եղել...» (մանկաբարձ-գինեկոլոգ, մարզ):*

«...Նախկինում կոնքային առաջադրությամբ հղիություն վարում էի, հիմա կոնքային առաջադրության կամ սումատիկ ցուցումների դեպքում մի 2 քան էլ ավելացնում ենք, դարձնում բացարձակ ցուցում ու տանում կեսարյան...»  
(մանկաբարձ-գինեկոլոգ, մարզ):

«50-50 հավանականության դեպքում նախընտրում ենք կեսարյան հատում իրականացնել, քանի որ չկա հստակ ցուցում, որն ընդունելի կլինի բոլորի կողմից» (մանկաբարձ-գինեկոլոգ, մարզ):

«Սպի արգանդի վրա գրեթե չկա, որ գնան ծննդաբերելու: Բոլորը գալիս են կեսարյանի տրամադրված» (մանկաբարձ-գինեկոլոգ, Երևան):

**Վերը ներկայացվածը վկայում է կեսարյան հատման ցուցումների միասնական մոտեցման բացակայության մասին: Արդյունքում բժիշկները խուսափում են գնալ ռիսկային լուծումների՝ նախընտրելով կեսարյան հատումը:**

Բարդ ծնունդների վարում՝ վակում, աքցանադրում, ՀՀ-ում իրականացնում են շատ քչերը: Որոշ կլինիկաներում չկան դրանք իրականացնելու համար համապատասխան պայմաններ՝ տիրապետող բժշկական կազմ, գործիքներ, համապատասխան նեղ մասնագետներ (նեոնատոլոգ):

«Նեոնատալ ծառայությունը մեզ մոտ շատ թույլ է, եթե չասեն բացակայում է: Ավելի լավ է կեսարյանների թիվը 5%-ով բարձր լինի, քան՝ ես խնդրով երեխա տամ» (մանկաբարձ-գինեկոլոգ, մարզ):

«Հղին ծննդատուն գալիս է երեխա ունենալու, ոչ թե ծննդաբերելու... այս միտքը պետք է հաշվի առնել, քանի որ ռիսկի դիմելու պարագայում բժիշկը դառնում է պահարակման թիրախ» (մանկաբարձ-գինեկոլոգ, մարզ):

Քանակական հետազոտության արդյունքներով հաշվարկվել է, թե մանկաբարձ-գինեկոլոգներից քանիսն են ունենում բարդ ծննդալուծումներ և որքան հաճախ: Այսպես՝ վերջին 3 տարիների ընթացքում կոնքային առաջադրությամբ հեշտոցային /բնական քանի ծննդաբերություն են վարել, ունեցել են արդյոք վակում էքստրակցիա կատարելու և կամ աքցանադրման փորձ: Ինչպես ցույց են տալիս հետազոտության տվյալները՝ վերջին 3 տարվա ընթացքում կոնքային առաջադրությամբ մինչև 10 ծնունդ են վարել հարցված բժիշկներից 71-ը (մոտ 45%), 10-19 ծնունդ՝ 5 բժիշկ (3%), 20-29՝ 2 բժիշկ (մոտ 1.5%), 30-ից ավել՝ 6 բժիշկ (մոտ 3.8%): Վակում էքստրակցիայի փորձի մասին նշել են ընդհանուր 49 բժիշկներ (հարցված բժիշկների 31%), որոնցից 38-ը (ընդհանուր հարցված բժիշկների 24%) մինչև 10 դեպք, ընդ որում նրանցից 33-ն (ընդհանուր հարցված բժիշկների մոտ 21%) է այն



կատարել ինքնուրույն: Արցանադրման 1-2 ական փորձերի մասին նշել են 17 բժիշկներ (10.8%):

*«Ես արցանադրում չեմ արել, արել եմ վակուում... շատ լավ ապարատ ունենք, նվեր ենք ստացել» (մանկաբարձ-գինեկոլոգ, մարզ):*

*«Նորմալ արցան չկա, նեոնատոլոգ չկա, ոնց կարող ենք գնալ այդ քայլին» (մանկաբարձ-գինեկոլոգ, մարզ):*

Խոսելով բարդ ծննդաբերությունների վարման փորձի մասին՝ հարկ է նշել, որ բուժ անձնակազմը ոչ բոլոր բուժկենտրոններում է պատրաստ (կազմով, քանակապես և գիտելիքներով /հմտություններով) իրականացնել դրանք: Բացի այդ տեխնիկական հագեցվածությունը թույլ չի տալիս: Նույնիսկ կան կենտրոններ, որտեղ նոր են սկսել 2-րդ կեսարյան հատում իրականացնել: Նախկինում ուղեգրում էին Երևան, իսկ ներկայումս սպասարկում են տարածաշրջանի գյուղական և քաղաքային բնակավայրերին:

Մանկաբարձ-գինեկոլոգների հետ իրականացված հարցազրույցների արդյունքում հիմնական եզրահանգումն այն է, որ չկա կեսարյան հատման համար ցուցումների հստակ ուղեցույց, որը համընդհանուր կլինի հանրապետության բոլոր ծննդատներում և բոլոր բժիշկների կողմից կիրառության համար:

*«Կան ամերիկյան, եվրոպական և ռուսական մոտեցումներ, սակայն չկա ազգային ուղեցույց, որը պարտադիր կլինի բոլորի համար» (մանկաբարձ-գինեկոլոգ, մարզ):*

Արդյունքում բժիշկներն իրենց անպաշտպան են զգում, քանի որ որևէ լուրջ խնդիր առաջանալու դեպքում չունեն հիմք, որով կարող են իրենց գործողությունների հիմնավորվածությունն ապացուցել ինչպես հղիի հարազատներին, այնպես էլ իրավապահ մարմիններին:

*«Բժիշկն ապահովագրված չէ: Ինքս մի քանի անգամ անցել եմ դատական պրոցեսներով, որոնք շատ տհաճ են...» (մանկաբարձ-գինեկոլոգ, մարզ):*

*«Պետք է լինի պրոտոկոլ, որը հաստատված կլինի Առողջապահության նախարարության և Արդարադատության նախարարության կողմից: Քննիչը չի կարող պարզել բժշկի հարցը: Աշխարհում կա բժշկական հանձնաժողով, որը խնդիրների դեպքում բժշկական տեսանկյունից ուսումնասիրում և որոշում է բժշկի գործողությունների հիմնավորվածությունը» (մանկաբարձ-գինեկոլոգ, մարզ):*

*«Վաստակաշատ, բազում կյանքեր փրկած բժշկի ճակատագիրն այսօր 1 րոպեում որոշում է լրագրողը, ով չունենալով բժշկական կրթություն ու գիտելիքներ, ցեխ է շարտում բժշկի հասցեին: Տեյսթում էլ լիքը անորոշ մարդիկ սկսում են քննարկում անել ու մաղձ թափել այդ բժշկի հասցեին...: Եթե 10% էլ ռիսկի գործոն կա, բժիշկը խուսափելու է բնական ծննդաբերությունից» (մանկաբարձ-գինեկոլոգ, մարզ):*

Այդպիսով անհրաժեշտություն է առաջանում.

- Մշակել կեսարյան հատումների համար մանկաբարձագինեկոլոգիական հստակ ցուցումների ազգային ուղեցույց /արձանագրություն, ինչպես նաև գործող և մշակվող ուղեցույցներում մանրամասնել ԿՀ ցուցում և հակացուցում, քանի որ ուղեցույցներն ունեն խորհրդատվական բնույթ, իսկ գործելակարգը հնարավոր չէ ընդհանրացնել բոլոր հիմնարկների վրա:
- Գործելակարգերը պետք է լինեն պարտադիր ՀՀ-ում գործող բոլոր ԲԿ-ների և բժիշկների համար, և
- Կարող է օգտագործվել բացասական ելքերով դեպքերի իրավական քննության պարագայում:

## 2.2.2. Հարակից մասանագետների եզրակացություններ

**Ակնաբույժ.** Մանկաբարձ-գինեկոլոգների հետ իրականացված խորին հարցազրույցների արդյունքում պարզ դարձավ, որ էքստրագենիտալ պաթոլոգիաների մեջ ամենատարածված ցուցումը կեսարյան հատման համար նշանակվում է ակնաբույժների կողմից: Ակնաբույժների համար կան կեսարյան հատումների որոշման բացարձակ և հարաբերական ցուցումներ: Բացարձակ ցուցումներն են՝ ցանցաթաղանթի շերտազատումը /բարակումը, ներակնային բարձր ճնշումը, ռեֆրակցիոն խնդիրները (կարճատեսություն, աստիգմատիզմ, ցանցաթաղանթի բարակում), բնածին գլաուկոման և այլն:

Հարցմանը մասնակցած ակնաբույժների պնդմամբ՝ աչքի վիրահատությունները չեն հանդիսանում կեսարյան հատման ցուցում:

*«Լազերային կորեկցիա անցած կանանց խորհուրդ է տրվում բիրի լայնացումով ստուգում անցնել: Եթե բացարձակ ցուցումներից որևէ մեկը չի հայտնաբերվում, կինը կարող է բնական ծննդաբերել» (ակնաբույժ, Երևան):*

*«Լազերային վիրահատություն անցած կանանց մոտ հնարավոր է, որ հղիության ընթացքում տեսողությունը վատանա հորմոնալ ֆոնի վրա, սակայն հորմոնները կարգավորվելուց տեսողությունը վերականգնվում է: ... Կարևոր է ցանցաթաղանթի վիճակը...» (ակնաբույժ, Երևան):*

Ակնաբույժների կողմից կեսարյան հատման ցուցում տալու եզրակացությունը միայնակ չի ընդունվում: Ակնաբույժը խորհրդակցում է մանկաբարձ-գինեկոլոգի հետ, իսկ բարդ իրավիճակներում հրավիրվում է կոնսիլիում՝ մասնագիտական 2 խմբերի մասնկցությամբ, որում ներգրավվում են նաև ծառայությունների ղեկավարները և/կամ ավելի փորձառու մասնագետներ:

Բժշկական քարտերի ուսումնասիրությունից պարզ է դարձել, որ ուսումնասիրված 264 քարտից միայն 13.6% դեպքերում է կեսարյան հատման ցուցումը եղել ոչ մանկաբարձական՝ հարակից մասնագետների եզրակացության հիման վրա: Այդ դեպքերի (36 դեպք) 58.3%-ը եղել են աչքի հետ կապված ցուցումները, ընդ որում մեծ մասը՝ աչքի լազերային վիրահատության: Եղել են դեպքեր, երբ կեսարյան հատման ցուցում է նշվել շլությունը, կարճատեսությունը, կերատոկոնուսը, աստիգմատիզմը:

Ակնաբույժների կարծիքով՝ վերը թվարկված պաթոլոգիաները չեն համարվում կեսարյան հատման բացարձակ ցուցում:

**Մրտաբան, անոթաբան.** Անոթաբանների հետ խորին հարցազրույցների ընթացքում պարզ դարձավ, որ շատ տարածված անոթային խնդիրները, ինչպիսիք են վերջույթների վարիկոզ լայնացումը, թեթև թրոմբոզները և այլն, ցուցում չեն հանդիսանում կեսարյան հատման համար, ընդհակառակը, նման խնդիրներն ավելի շատ հակացուցում են: Ցուցում կարող է հանդիսանալ հեշտոցային արտահայտված վարիկոզը, որի դեպքում գննությունն իրականացնելուց հետո քննարկում է տեղի ունենում մանկաբարձ-գինեկոլոգի հետ և կայացվում է միասնական որոշում:

Վարիկոզ լայնացման խնդիրներ ունեցող հղիներին խորհուրդ է տրվում կրել էլաստիկ գուլպաներ և լինել բժիշկի հսկողության ներքո:

Ինչ վերաբերում է սրտաբանական խնդիրներին, ապա այստեղ կան հստակ ցուցումներ, որոնցով պաթոլոգիաների մի խումբ համարվում են բացարձակ, իսկ մի մասն էլ հարաբերական ցուցումներ: Բացարձակ ցուցումներ են համարվում սրտի բնածին արատները, որոնք կամ չեն շտկվել կյանքի ընթացքում, շտկման դեպքում ունեցել են բարդություններ կամ բարդություններ այլ վիրահատություններից (օրինակ՝ փականի պրոթեզավորում և այլն), կամ բերել են սրտային անբավարարության: Սրտի ծանր արատներով, ինչպես նաև այլ ծանր սրտային ախտաբանություններով, կանանց, ովքեր գտնվում են սրտաբանի հսկողության ներքո, երբեմն արգելվում է հղիանալ և ծննդաբերել: Այն դեպքերում, երբ կնոջը հակացուցված չէ հղիանալ, կանայք հղիության ընթացքում պետք է գտնվեն բժշկի հսկողության տակ: Այն դեպքերում, երբ սրտի արատը կամ խնդիրները վիրահատություն միջոցով շտկվել են, չկան մնացորդային բարդություններ և հետևանքներ, չեն հանդիսանում կեսարյան հատման ցուցում:

Սրտաբանական խնդիրներ ունեցող կանանց հղիության վարման և ծննդալուծման պլանի որոշումը կայացվում է կոնսիլիումային եղանակով՝ սրտաբան, մանկաբարձ-գինեկոլոգ, նեոնատոլոգ, անեսթեզիոլոգ մասնագետների մասնակցությամբ:

Հայաստանի սրտաբանների ասոցացիան, հանդիսանալով Եվրոպայի սրտաբանների ասոցացիայի անդամ, 2021թ-ից արդեն իսկ ունի սրտաբանական խնդիրներով հղիությունների վարման ուղեցույց, որը դեռևս հայերեն թարգմանության փուլում է գտնվում, սակայն լայնորեն կիրառվում է սրտաբանների կողմից:

**Նեոնատոլոգ.** Նեոնատոլոգների հետ խորին հարցազրույցների ընթացքում քննարկվել են այն խնդիրները, որոնց դեպքում ցուցվում է կեսարյան հատում: Դրանց թվին են պատկանում պտղի ներարգանդային թթվածնային քաղց, պորտալարի փաթաթում, որը բերում է սրտի բաբախի վատացման, պտղի ներարգանդային զարգացման, աճի խնդիրներ կամ պտղի կողմից այլ այնպիսի անոմալիաներ, որոնք կարող են մահվան բերել: Այն հարցին, թե արդյոք կեսարյան հատումների ավելացումը նվազեցրել է նեոնատալ խնդիրները, հարցված բոլոր նեոնատոլոգների կողմից միանշանակապես դրական պատասխան չի ստացել: Շատերը կողմ են բնական ճանապարհով ծննդալուծմանը՝ համարելով, որ այդ դեպքերում նորածիններն ավելի ադապտացված են լինում շրջակա աշխարհին, քան կեսարյան հատման պարագայում: Ուստի և առաջարկում են բարելավել մանկաբարձ-գինեկոլոգների բարդ ծնունդների վարման հմտությունները և գիտելիքները:

### 2.2.3. Մուբյեկտիվ գործոններ և դրանք ձևավորելուն ուղղված միջոցներ /մայրության դպրոց

Հայաստանում, ինչպես ամբողջ աշխարհում, ծննդալուծման մեթոդի ընտրության հարցում մեծապես կարևորվում է հղիի ցանկությունը:

*«Շատ կարևոր է հղիի տրամադրվածությունը, եթե նա տրամադրված է կեսարյանի, նրան շատ դժվար է հետ համոզել, թեև լինում են դեպքեր, երբ համոզում ենք ու նորմալ ծննդաբերում են» (մանկաբարձ-գինեկոլոգ, մարզ):*

*«Եթե հղին գալիս, ասում է, որ ուզում է կեսարյան հատում, տանում ենք կեսարյանի» (մանկաբարձ-գինեկոլոգ, Երևան):*

Բոլոր բժիշկները նշել են կանանց /նրանց ընտանիքների/ հետ ճիշտ աշխատանքներ իրականացնելու անհրաժեշտության մասին: Շատ դեպքերում, երբ կանայք գնում են ծննդալուծման, արդեն իսկ ունենում են ծննդալուծման մեթոդի նախընտրություն:

Այն դեպքերում, երբ կանայք բժիշկներին են դիմում առանց ցուցումների կեսարյան հատում իրականացնելու խնդրանքով, ըստ խորին հարցազրույցներին մասնակցած բժիշկների, տարվում են բացատրական աշխատանքներ՝ մեթոդների դրական և բացասական կողմերը ցույց տալու նպատակով: Որոշ դեպքում բժիշկներին հաջողվում է ազդել որոշման վրա, իսկ ավելի շատ դեպքերում՝ ոչ:

*«Հղին ուզում է կեսարյան, մենք ցուցում չենք տեսնում ու սկսում ենք համոզել: Եթե չի հաջողվում, հղին փնտրելու է բժիշկ, ով իրեն կանի կեսարյան...» (մանկաբարձ-գինեկոլոգ, Երևան):*

Շատերի կողմից հնչել է այն արտահայտությունը, որ հղիներն ու նրանց հարազատները բժիշկներից երաշխիք են պահանջում:

*«Հղին գալիս է տրամադրված, որ պետք է իրեն կեսարյան արվի, սկսում ես բացատրել, մեկ էլ ասում է «Դուք գարանտիա տալիս ե՞ք, որ ամեն ինչ լավ կլինի», արդեն ամբողջ պատասխանատվությունն ընկնում է բժշկի վրա» (մանկաբարձ-գինեկոլոգ, մարզ):*

*«Բարդ դեպք է, հղիին տանում ես բնական ծննդալուծման, մեկ էլ բոլոր բարեկամները թափվում են գլխիդ, թե բա մեզ «Գարանտիա» տվեք...» (մանկաբարձ-գինեկոլոգ, մարզ):*

Ծննդալուծման մեթոդի որոշման հետ կապված բոլոր օղակների բժշկները մեծապես կարևորել են այն ռիսկի գործոնը, որն ընկնում է բժշկի վրա: Սպիտվ կամ հետույքային առաջադրությամբ դեպքերում բժշկները մեծամասամբ հիմնվում են հղիների և նրանց հարազատների ցանկության վրա: Նման դեպքերում բժշկները խուսափում են գնալ ռիսկի և կրել գործընթացի ողջ պատասխանատվությունը:

Հասարակական ճնշումը՝ ձևավորված հատկապես բժշկական արդի մոտեցումներին ծանոթ չլինելու արդյունքում, ստիպում են բժշկներին իրականացնել անհրաժեշտից ավելի շատ կեսարյան հատումներ: Ըստ հարցվողների՝ կանայք (հատկապես գյուղական բնակավայրերում) տեղեկատվություն ստանում են մեծամասամբ ոչ մասնագիտական աղբյուրներից, այլ համացանցի և շրջապատի կանանց փորձի ու կարծիքների հիման վրա, ուստի շատ կարևոր է նրանց հետ բացատրական աշխատանքներ իրականացնելու անհրաժեշտությունը:

Շատ դեպքերում նշվում է, որ առաջնային օղակում կանայք մեծամասամբ ստանում են համապատասխան ուղղորդում, սակայն երբեմն էլ, ստացիոնարի օղակներից բարձրաձայնում են, որ առաջնային օղակներում ուղղորդումը ոչ միշտ է արվում գրագետ և արդի մոտեցումներին համապատասխան:

*«Մեկ մեկ նենց ցուցում են գրում ու ուղարկում կեսարյանի, օրինակ, նեղ կոնք, որ դա արդեն կեսարյանի ցուցում չէ» (մանկաբարձ-գինեկոլոգ, մարզ):*

Իրականացված հարցումների ընթացքում հարցվողների կողմից ներկայացվել են մայրության դպրոցները, որպես նախապատրաստող օղակ: Թեև բոլորն էլ կարևորում էին դպրոցների դերը, սակայն ոչ միշտ են դրանք արդյունավետորեն գործում: Շատ դեպքերում հղիները, իրենց առօրյա կամ աշխատանքային զբաղվածության պատճառով չեն կարողանում մասնակցել դասընթացներին: Երբեմն էլ, մշակութային առանձնահատկություններից ելնելով, հղիներին չեն թույլատրում մասնակցել դասընթացներին (կրկին պատճառաբանելով զբաղվածության հանգամանքով): Մայրության դպրոցի դրական օրինակ ներկայացվել է մարզային կլինիկաներից մեկում, որն իրականացվել է արտասահմանյան բիժշկների մասնակցությամբ: Սա մայրության դպրոցի դրական, սակայն ոչ տարածված տարբերակ է: Թեև այն ԿԿ-ներում, որտեղ մայրության դպրոցներ առկա են, նշվել է, որ ամբողջ հղիության ընթացքում ըստ պլանի կազմակերպվում է 3-7 պարապմունք, սակայն ծննդալուծման մեթոդի որոշման հարցում դրանք չեն ունենում խիստ էական նշանակություն՝ մասնակցության ցածր ցուցանշով պայմանավորված:

Ինչ վերաբերում է առաջնային օղակներում կամ ստացիոնարներում հոգեբանների դերին, ապա գրեթե բոլոր հարցվողները նշել են, որ նախաձեռնողյան շրջանում հոգեբանի գործառույթներն իրականացնում են հղիությունը կամ ծնունդը վարող մանկաբարձ-գինեկոլոգները: Հղիության ընթացքում հղիներն անմիջականորեն շփվում են հղիությունը վարող բժշկի հետ, որի արդյունքում ձևավորվում է փոխադարձ վստահության մթնոլորտ: Այդպիսով այն աշխատանքը, որն իրականացվում է հղիությունը վարող բժշկի կողմից, շատ էական նշանակություն ունի հղիության և ծննդալուծման բոլոր փուլերի համար: Հոգեբանի ինստիտուտի ներդրումը բժիշկների կողմից հատկապես կարևորվել է հետծննդյան շրջանում՝ կանանց տարատեսակ հոգեբանական բարդույթները հաղթահարելու համար: Հավելենք, որ ինչպես հետծննդյան, այնպես էլ նախաձեռնողյան շրջանում խիստ կարևոր է կանանց հետ հոգեբանի աշխատանքը, որը կարող է որոշ դեպքերում թեթևացնել մանկաբարձ-գինեկոլոգների ծանրաբեռնվածությունը, մյուս կողմից լինել ավելի թիրախային և մասնագիտական:

Բժիշկները ներկայացրել են կանանց կողմից կեսարյան հատման համառ ցանկության դրսևորումները, որոնք պայմանավորված են նախկինում ունեցած բացասական փորձով: Նման դեպքերում, հատկապես հոգեբան մասնագետի չներգրավվածության պարագայում, հոգեբանի գործառույթը նույնպես իրենց վրա են վերցնում ԿԿ մանկաբարձ-գինեկոլոգները, սակայն միշտ չէ, որ կարողանում են կանանց ուղղորդել բնական ծննդաբերության:

Այսպիսով՝ վերը ներկայացվածի հիման վրա կարելի է եզրահանգել, որ.

- Անհրաժեշտ է առաջնային օղակի բժիշկների հետ պարբերաբար կազմակերպել դասընթացներ՝ գիտելիքների և հմտությունների թարմացման նպատակով,
- Անհրաժեշտ է ծնունդ վարող բժիշկների հետ պարբերաբար կազմակերպել դասընթացներ, որոնք կունենան ոչ միայն տեսական, այլ նաև պրակտիկ բնույթ՝ իրազեկելու ոչ միայն ոլորտում տեղի ունեցած մոտեցումների, փոփոխությունների մասին, այլ նաև սովորեցնելու բարդ ծնունդների վարման հմտությունները (մուլյաժների և համապատասխան սարքավորումների կիրառությամբ),
- Հղիության վարման և ծննդաբերության գործընթացների ժամանակ կարևոր է հոգեբան-մասնագետի ներգրավումը, որը կկարողանա մասնագիտական մոտեցում ցուցաբերել և օգնել կանանց՝ իրենց վախերը հաղթահարելու գործում: Մա նաև կթելթևացնի բժիշկների ծանրաբեռնվածությունն ու հոգեբանական լարվածությունը:

- Մեծացնել մայրության դպրոցների գրավչությունը հղիների համար: Անհրաժեշտության դեպքում դասընթացներն իրականացնել առցանց եղանակով: Դա մի կողմից կլուծի ժամանակային և տարածական դժվարահասանելիության խնդիրը, մյուս կողմից՝ մենթալիտետով պայմանավորված խնդիրները:
- Նմանատիպ դասընթացներ իրականացնել հղիների ամուսինների, ինչպես նաև ընտանիքի այլ անդամների (սկեսուրների և այլն) հետ: Տվյալ դեպքում առցանց ձևաչափով դասընթացները կարող են շատ մեծ արդյունք ապահովել այն դեպքում, երբ պահպանվի դրանց մասնակիցների անանունությունը,
- Իրականացնել լայնամասշտաբ իրազեկման աշխատանքներ՝ կիրառելով ՁԼՄ-ների՝ հեռուստատեսության, ռադիոյի, համացանցի կամ տպագիր մամուլի ռեսուրսները: Այս տեսանկյունից դրական արդյունք կարող է ապահովել «Մայրության դպրոց» հաղորդաշարի թողարկումը, որը շաբաթական 1 անգամ ազգային հեռուստատեսությամբ եթեր հեռարձակվելով, հասարակության համապատասխան լսարանին կհասցնի անհրաժեշտ տեղեկատվությունը,
- Այս համատեքստում կարևորվում է իրազեկման դասընթացներ իրականացնել լրագրողների համար, որպեսզի վերջիններս կարողանան գրագետ և արդարացիորեն ներկայացնել հղիության և ծննդաբերության գործընթացներին վերաբերող թեմաները:

#### 2.2.4. Օժանդակ վերարտադրողական տեխնոլոգիաների կիրառումը և կեսարյան հատումը

Իրականացված հարցազրույցների արդյունքում պարզվել է, որ անպտղության բուժման/հաղթահարման արդի մեթոդների կիրառումը չի հանդիսանում կեսարյան հատման ցուցում: Տվյալ դեպքում հաշվի է առնվում մի շարք գործոններ, ինչպիսիք են հղիի տարիքը, նախկինում երեխաներ ունենալու հանգամանքը (երկրորդային անպտղություն), հղիի վիճակը, տնտեսական և սոցիալ-հոգեբանական գործոններ:

*«Մեր մարզը խեղճ է, եթե մարդը պարտքով այդքան մեծ գումար է ճարել ու էկո է արել, ծննդաբերության ռիսկը տնտեսական և սոցիալ-հոգեբանական տեսանկյունից մեծանում է...» (մանկաբարձ-գինեկոլոգ, մարզ):*



*«Տարիներով ջանք են թափում, այդքան գումար են ծախսում, մի քանի բացասական փորձից հետո ի վերջո հղիանում են, ... ու լինում են դեպքեր, որ դա իրենց վերջին հնարավորությունն է, մենք պետք է անենք այնպես, որ եղև մարդիկ անպայման երեխա տանեն տուն» (մանկաբարձ-գինեկոլոգ, մարզ):*

Հարցազրույցների ընթացքում սակայն պարզվել է, որ արտամարմնային բեղմնավորման դեպքում նույնպես բնական ծննդաբերության դեպքեր են եղել՝ կախված հղիի տրամադրվածությունից, վստահությունից: Այդպիսով՝ այս դեպքում նույնպես մանկաբարձ-գինեկոլոգները խուսափում են ռիսկի և պատասխանատվության ամբողջ բաժինն իրենց վրա վերցնել և ընդառաջ են գնում հղիի և նրա հարազատների ցանկությանը:

### **ՄԱՍ 3. Կանանց հետ իրականացված խորին և խմբային հարցազրույցների արդյունքներ**

#### **ԲԱԺԻՆ 3.1. Ծննդաբերության նախընտրելի եղանակ և վայր**

Կանանց հետ իրականացված հարցազրույցների ընթացքում պարզաբանվել են կեսարյան հատման վերաբերյալ պատկերացումներն ու վերաբերմունքը՝ հետևյալ թեմաների բացահայտման միջոցով.

- 1. Ծննդաբերության նախընտրելի եղանակ և վայր*
- 2. Կեսարյան հատման մասին գիտելիքներ*
- 3. Կեսարյան հատում կատարելու որոշման վրա ազդող գործոններ*

Որակական հարցումներին մասնակցած կանանց գերակշռող մեծամասնությունը նախապատվություն է տալիս հեշտոցային ծննդաբերությանը: Հեշտոցային ծննդաբերությանը կողմ հիմնական փաստարկներն են՝ հետծննդյան փուլում ավելի արագ վերականգնումը, երեխայի խնամքով ինքնուրույն զբաղվելու հնարավորությունը, վիրահատական միջամտությունից խուսափելը, կեսարյան հատման կարերի ցավից խուսափելը և այլն:

ՖԽ քննարկումներին մասնակցած կանանց չնչին մասն է (մոտ 8 հոգի) դրական վերաբերմունք արտահայտել կեսարյան հատման նկատմամբ: Կեսարյան հատումներին

կողմ լինելու հիմնական պատճառաբանությունը հոգեբանական վախերն են ցավից, շեքահատումից և պողին վնասելու կանխատրամադրվածությունից:

Թեև կանանց մեծամասնությունը նշում է, որ նախապատվությունը տալիս է հեշտոցային ծննդաբերությանը, այնուամենայնիվ իրենք կհամաձայնեն կեսարյան հատմանը, եթե անհրաժեշտություն առաջանա պաշտպանելու իրենց կամ երեխայի առողջությունը:

Վերը նշված փաստարկները ցույց են տալիս, որ հղիի նախապատվությունը դժվար թե լինի կեսարյան հատումների թվի աճի պատճառ, ինչպես նաև, որ կանայք խստորեն չեն հետևի ծննդաբերության նախընտրելի եղանակին, և անհրաժեշտության դեպքում կարող են գնալ կեսարյան հատման, եթե լինի բժշկական ցուցում:

Նկատելի է, որ դեռևս ծննդաբերության փորձ չունեցող կանայք, ավելի հակված են կեսարյան հատման, քան երբևէ հեշտոցային ծննդաբերություն ունեցած կանայք: Մինչդեռ հեշտոցային ծննդաբերության փորձ ունեցող կանանցից, ովքեր ունեցել են նախկինում տրավմատիկ ծննդաբերության փորձ, ունեն որոշակի վախեր և նախապատվությունը տալիս են կեսարյանին: Այստեղ կարևորվում է բավարար և մատչելի տեղեկատվության տրամադրումը, որպեսզի կանայք առավել ճիշտ կողմնորոշված լինեն ծննդաբերության եղանակի նախապատվության հարցում:

Մարզերի՝ հատկապես հեռավոր և գյուղական համայնքների, կանանց շրջանում առավել ընդունելի է հեշտոցային ծննդաբերության տարբերակը: Այս կանանց շրջապատում, ըստ իրենց սեփական դիտարկումների, կանայք նույնպես նախապատվությունը առավելապես տալիս են հեշտոցային ծննդաբերությանը, մինչդեռ Երևանում կեսարյան հատումներին դիմողների մասին առավել հաճախ է հիշատակվում:

Նկատելի է նաև, որ համեմատաբար բարձր եկամտային կարգավիճակ ունեցող կանայք ավելի հակված են ընդունելու կեսարյան հատումը, քան ցածր եկամուտ ունեցող կանայք, և որ հեշտոցային ծննդաբերության նախապատվությունը պայմանավորված է նաև կեսարյան հատում ունենալու ֆինանսական հնարավորությունների բացակայությամբ: Ըստ հարցվողների՝ ընդունված է, որ կեսարյան հատման դեպքում բժիշկներին տրվում է լրացուցիչ վճար:

*Երկու եղանակով ծննդաբերության փորձ ունեցող կանանց գերակշռող մեծամասնությունը նախապատվությունը տալիս է բնական ճանապարհով ծննդաբերություններին:* Այս խմբին պատկանող կանանց գերակշռող մասի համար հեշտոցային եղանակով ծննդաբերության վերկանգնողական փուլը ավելի հարթ և սահուն

է անցել, քան կեսարյանի դեպքում: Եզակի դեպքերում է, որ նախապատվությունը տրվում է կեսարյան հատմանը:

Նկատելի է, որ 35 և բարձր տարիքի կանայք այս պարագայում նախընտրում են հեշտոցային ծննդաբերությունը, մինչդեռ մինչև 35 տարեկան կանայք՝ ԿՀ-ն, ինչը կանայք բացատրում են նրանով, որ 35-ից հետո կեսարյան հատման դեպքում օրգանիզմն ավելի դժվար է վերականգնվում, մինչդեռ առավել երիտասարդները համեմատաբար հեշտ են վերականգնվում կեսարյանից հետո, ուստի չեն խուսափում այդ եղանակով ծննդաբերելուց, եթե ունեն որոշակի վախեր կամ ոչ այդքան խիստ ցուցումներ: Սակայն 35 տարեկանից բարձր կանայք ավելի հաճախ են գնում կեսարյան հատման՝ համաձայն ուսումնասիրության մյուս մեթոդներով հավաքագրված տեղեկատվության:

Հարկ է նշել, որ հղիության բացասական փորձ ունենալուց հետո (վիժում, չգարգացող հղիություն և այլն) կանայք խուսափում են հեշտոցային ճանապարհով ծննդաբերությունից՝ համարելով, որ այն ապահով տարբերակ է ռիսկի տակ չդնելու մոր և մանկան առողջությունը:

Հարկ է նշել նաև, որ ըստ մասնակիցների հավաստիացման, բժիշկների կողմից առանց պատճառի կեսարյան հատման ցուցումներ չեն տրվում: Ըստ նրանց՝ բժիշկները մինչև վերջին պահը կողմնորոշում են կանանց դեպի հեշտոցային ծննդաբերություն: Սակայն նկատելի է, որ առողջության հետ կապված ցանկացած խնդրի դեպքում կեսարյան ճանապարհով ծննդաբերության մասին խոսք բացվում է բժիշկների կողմից: Ըստ մասնակիցների՝ բժիշկները մեծամասամբ կտրականապես դեմ են առանց ցուցումների և ծննդկանի կամքով կեսարյան հատման ընտրության ժամանակ:

Ինչ վերաբերում է առողջապահական հաստատության ընտրությանը, ապա ընդհանուր առմամբ նկատելի է վստահության բացակայություն ընդհանուր համակարգի նկատմամբ, քանի որ հազվադեպ է նախապատվությունը տրվում տարածքային կանանց կոնսուլտացիաներին կամ ծննդատներին: Նշված խնդիրը առավել սուր է նկատվում մարզային քաղաքներում բնակվող հետազոտության մասնակիցների շրջանում:

*«... Կարող է կարծրատիպ է մեզ մոտ, բայց մենք մտածում ենք, որ կենտրոնի հիվանդանոցներն ավելի լավն են, երեխաների համար էլ ենք կենտրոնի հիվանդանոցներ գնում, նույնիսկ հիմա, երեխաների համար աշխատում ենք դիմել մասնավոր բուժ. հաստատություններ ու մենք գիտենք, որ մարզերում շատ ավելի թույլ է բժշկությունը, վստահություն չկա: Իհարկե, Կոտայքի մարզը, հիմնականում, չի մտնում էդ մարզերի մեջ, բայց մյուսների համար,*

*ասում են, որ բժիշկները ոչ այդքան լավ մասնագետներ են: Ճիշտ է, ես չեմ բախվել այդ խնդրի հետ, բայց կարծիքի հետ հաշվի ես նստում...» (35+, մոտ մարզ, կեսարյան):*

Կանանց մեծամասնությունը, հատկապես Երևանում և մոտ մարզերում, իրենց ընտրությունը կատարել են երկու գործոնների հիման վրա՝ *բժիշկի նկատմամբ վստահություն* և *բուժհաստատության տեխնիկական հագեցվածություն*: Հազվագյուտ դեպքերում ընտրությունը պայմանավորվում է նաև բուժհաստատության համբավով (բացասական ելքով ծննդաբերությունների առկայություն):

*«... Ավելի ապահով է Էրեբունին: Ես միշտ էլ հաճախում եմ Երևան բժշկական հարցով: Մասնագետները պատրաստված են, սարքավորումներն էլ, ամեն ինչն էլ ավելի վստահելի են: Մասիսում որ անցել եմ կոնսուլտացիա, հիվանդանոցային պայմանները լավը չէին ...» (35 և բարձր, մոտ մարզ, կեսարյան)*

*«... Գյումրիում կա ծննդատուն, Մոր և մանկան ավստրալիական հիվանդանոց, բայց չգիտեմ, բժիշկին ընտրում եմ փորձելով: Բժիշկներ կան, որ մարդիկ չեն վստահում, որովհետև վատ վերջաբանով դեպքերը շատ են, դրա համար գնում են Ախուրյան, որտեղ քիչ են վատ դեպքերը» (Միջին 35, հեռու մարզ, կեսարյան):*

Երևանում և մոտ մարզերում կանանց մեծամասնությունն իրենց ընտրությունը կատարել է՝ ըստ նախընտրած բժիշկի: Մոտակա մարզերից մասնակիցներից շատերը իրենց կոնսուլտացիաներն ու ծննդաբերությունները անցել են Երևանում, մինչդեռ հեռավոր մարզերում մեծամասամբ ապավինել են տեղի կամ մոտակա քաղաքների առողջապահական հաստատություններին և բժիշկներին: Վերջիններս նախապատվությունը տվել են երևանյան բուժհաստատություններին, միայն եթե ունեցել են բարդ հղիություններ, Երևանում բնակվող ծնողներ/հարազատներ կամ ֆինանսական բավարար միջոցներ ճանապարհածախսը հոգալու համար:

Կանանց մեծամասնությունը նախընտրում է ստացիոնարներին կից կանանց կոնսուլտացիաները, որպեսզի կոնսուլտացիոն և ծնունդ ընդունող բժիշկները լինեն նույնը: Տարածքային պոլիկլինիկաների կանանց կոնսուլտացիայի (որոնք կցված չեն ստացիոնարներին) դիմում են հիմնականում այն կանայք, ովքեր ունեն ծանոթ կամ

բարեկամ բժիշկ, խուսափում են լրացուցիչ ճանապարհածախսերից և եթե չունեն ընթացող բարդ հղիություն կամ ուղեկցող հիվանդություններ: Տարածքային պոլիկլինիկաներից խուսափելու պատճառները կապվում են պոլիկլինիկայի սարքավորումների ոչ բավարար մակարդակի, բուժանձնակազմի ոչ բավարար պրոֆեսիոնալիզմի հետ:

Առաջին ծննդաբերության փորձից ելնելով՝ մասնակիցները հաճախ են նշում բուժհաստատության կամ բժիշկի փոխարինման դեպքերի մասին: Հիմնական պատճառները ցուցաբերված մասնագիտական հմտություններն են և վերաբերմունքը կոնսուլտացիաների և/կամ ծննդաբերության ժամանակ:

Այսպես, մարզային քաղաքներում հղիության հսկման նպատակով կանանց կոնսուլտացիա հաճախելու և/կամ ծննդաբերության փորձ ունեցող կանայք առավել հաճախ են նշում, որ բախվել են բժշկական ոչ ճշգրիտ ախտորոշումների, ծննդաբերության սխալ եղանակի ընտրության դեպքերի, որոնք հետագայում հերքվել են Երևանում: Բացի այդ, հազվադեպ, բայց որոշ կանանց կողմից նշվում է ծննդաբերության ժամանակ իրենց հանդեպ բարի, մխիթարական և հարգալից մոտեցման բացակայության մասին: Նման մոտեցում նշվում է նաև երևանյան ծննդատների դեպքում, եթե ծննդաբերող կինը այդ պահին չունի թեկուզ որևէ հեռավոր ծանոթ, որը ներկա է ծննդաբերությանը: Այս հանգամանքը դրդում է, որպեսզի կանայք փորձեն գտնել այնպիսի բուժհաստատություն, որտեղ կունենան որևէ ծանոթ (կլինի բժիշկ, թե քույր)՝ իրենց ապահովագրելու ոչ բարյացակամ վերաբերմունքից:

*«... Պաթոլոգիայում գրեթե անգիտակից պատկած էի, եկավ սանիտարկան, ինձ ասաց, որ «Ինձ պիտի լավ նայես, որ ես էլ քեզ լավ նայեմ», գնաց, պայուսակս բերեց, որ միանգամից գումար տամ իրեն: Բայց, երկրորդ հղիության ժամանակ, երբ ունեի ծանոթ, մի փոքր տարբերություն կար, չնայած որ էլի ամեն օր, բժիշկներին, բուժքույներին, սանիտարկաներին գումար էինք տալիս: Մի օր այնպես է ստացվում, որ ամուսինս պալատից դուրս գալուց մոռանում է գումար տալ, բոլորը սկսում են մունաթով խոսել հետս, երեխասս ռեանիմացիայում էր, ոչ ջերմաչափում էին, ոչ տակդիրը փոխում...» (Մինչև 35 տ., մոտ մարզ, կեսարյան, ծննդաբերել է Երևանում):*

Բուժհաստատության ընտրության որոշումների կայացումը գերակշիռ դեպքերում, ըստ հետազոտության մասնակիցների, կայացրել են հենց իրենք՝ հիմնվելով նախկինում

ծննդաբերության փորձ ունեցող հարազատների, ընկերների խորհուրդների վրա: Հազվագյուտ դեպքերում հեռավոր մարզերում որոշումների կայացման գործընթացում մասնակցություն է ունենում սկեսուրը: Այնուամենայնիվ, նշվում է, որ հիմնականում այսօր երիտասարդ հղիներին հնարավորություն է տրվում ինքնուրույն որոշում կայացնել: Ամուսինները այս գործընթացում գրեթե մասնակցություն չեն ունենում:

### **ԲԱԺԻՆ 3.2. Կեսարյան հատման մասին գիտելիքներ**

Կլինիկական ցուցումները թվարկելիս, որոնց համար մասնակիցները կամ իրենց ընկերները/հարազատները կեսարյան հատման են ենթարկվել, կանայք գլխավորապես նշում են նախորդ կեսարյան հատման փորձը, պտղի դիրքը և ընկերքի տեղակայումը, պորտալարի փաթաթված լինելը, կնոջ առողջական խնդիրները: Վերջինների շարքում գլխավորապես նշվում են՝ տեսողության հետ կապված խնդիրները, երակների և արյան խտության հետ կապված խնդիրները, բարձր ճնշումը:

Այսպես, նախորդ կեսարյան հատման փորձով կանայք բոլորը ծննդաբերել էին նույն ճանապարհով: Ֆոկուս խմբերի հավաքագրման փուլում նախորդ կեսարյան հատման փորձով իսկ հետագայում հեշտոցային ճանապարհով ծննդաբերած կին չի հանդիպել: Չնայած նրան, որ նախորդ կեսարյան հատման փորձով մասնակից կանանցից շատերը հաջորդ ծննդաբերությունն ունեցել էին 5-8 տարի ընդմիջումով, սակայն բժիշկներից ոչ ոք չի առաջարկել ծնունդը վարել հեշտոցային ճանապարհով: Այստեղ կանայք ապավինել են բժիշկի խորհրդին, որոնք խուսափում են ռիսկի դիմելուց, չնայած, որ նշում են սեփական շրջապատում նման փորձ ունեցող կանանց դեպքեր, բայց միայն արտերկրում, այլ ոչ Հայաստանում:

*«... Առաջին բալիկս, որ ունեցա, ոչ մի ցուցում չկար կեսարյանի, ես որոշեցի, որ պիտի ունենամ կեսարյանով, ես ահավոր վախենում էի: Բժիշկս համաձայնեց, ու արեցին: Դե երկրորդը արդեն բնականաբար գնաց*

*կեսարյանով: Բայց երկրորդի ժամանակով ուզում էի բնական, բայց ասեցին չի կարող լինել, 8 տարի տարբերությամբ եմ ունեցել: Գիտեմ, որ հիմա կարող ես, լսել էի, բայց դե բժիշկս խորհուրդ չտվեց: Թեպետ կարերի վիճակը լավ է, բայց բժիշկս ասաց՝ գլխացավանք է, պրոբլեմների մեջ չընկնենք...» (Մինչև 35 տ., հեռու մարզ, կեսարյան):*

Հարկ է նշել, որ չնայած պտղի դիրքի և/կամ առողջության հետ կապված խնդիրներ ունենալու դեպքում կանայք իրենք ևս կեսարյան հատման կողմնակից են դառնում, այնուամենայնիվ կրկին, եթե ծնունդ ընդունող կամ հղիությունը վարող բժիշկի կողմից նկատում են վստահ դիրքորոշում, գնում են բնական ճանապարհով ծննդաբերության: Այս հարցում կանայք միանշանակ պատրաստ են հետևել բժիշկների ցուցումներին:

*«...Առաջինիս բնական ճանապարհով էի ունեցել: Երկրորդի դեպքում վաղաժամ ծննդաբերություն սկսվեց 37 շաբաթական, ու բալիկիս դիրքը հետույքային էր: Կարող էի բնական կամ կեսարյան ունենալ: Բայց վախեցա, որ բալիկի կյանքին կարող է վտանգ լինի, համ էլ քովիդ էի տարել, ու հետո շատ փոշմանեցի: Բնականից հետո կեսարյանի շատ տարբերություն կա, շատ է անդրադառնում առողջության վրա էպիդուրալից հետո, իսկ բնականից հետո խնդիրներ չեն լինում...» (Մինչև 35 տ., Երևան, կեսարյան):*

Հարկ է նշել, որ կանանց մեծամասնությունը հղիության ընթացքում տեղեկություն չի ստացել կեսարյան հատման բժշկական ցուցումների, ինչպես նաև դրա օգուտների և ռիսկերի մասին հղիությունը վարող բժիշկների կողմից մինչև կեսարյան հատման ցուցումը: Ավելին, անգամ ցուցումների դեպքում տեղեկատվության տրամադրումը գրեթե բացակայում է, կամ տրամադրվում է վերջին պահին, երբ հղին պետք է արագ որոշում կայացնի: Տվյալ պարագայում մեծամասամբ որոշումները հանգում են կեսարյան հատման ուղղությամբ, քանի որ ծննդկանի կամ երեխայի առողջությունը առաջնային պլան է մղվում:

Վերը նշվածը բխում է նաև այն հանգամանքից, որ հետազոտությանը մասնակից կանանց մոտեցումներում նկատելի է, որ թեև նրանք գիտակցում են կեսարյան հատման վիրահատական ռիսկերը, այնուամենայնիվ կա ընկալում, որ այն նվազեցնում է մայրական և նորածնային մահացությունները, երեխաների մոտ ծննդաբերության հետևանքով առաջացող խնդիրները:

Կեսարյան հատման դրական և բացասական կողմերի մասին կանանց հետ խոսվել է, միայն, եթե կինն է կեսարյան հատումով ծննդաբերելու ցանկություն հայտնել՝ առանց ցուցում ունենալու: Այս դեպքերում հղիությունը վարող կամ ծնունդ ընդունող բժիշկները որոշակի գրույց ունեցել են հղիների հետ՝ ընդգծելու բնական ճանապարհով ծննդաբերության առավելությունները և առանձնահատկությունները:

Շատ հազվադեպ, բայց նշվում է, որ միգուցե կանանց չեն ծանրաբեռնում կեսարյան հատման հետ կապված տեղեկություններով, քանի դեռ ընթացիկ հղիությունը վիրահատական ճանապարհով ծննդալուծելու հստակ ցուցումներ չկան:

Մնացած դեպքերում մասնակիցները կեսարյան հատման մասին տեղեկություններ ստացել են հիմնականում նախկինում կեսարյան հատում ունեցած հարազատներից ու հարևաններից, ինչպես նաև համացանցից: Հատկապես Երևանի և մոտ մարզերի մասնակիցները համարում են, որ կեսարյան հատումը սովորական իրադարձություն է դառնում, քանի որ ավելի ու ավելի շատ կանայք են այսօր ծննդաբերում կեսարյան հատման ճանապարհով:

Հատկապես հեռավոր մարզերի կանանց մոտ, որտեղ կրթության մակարդակը համեմատաբար ցածր է, բժիշկների որոշումները ընդունվում են միանշանակ կերպով: Այստեղ կարևոր է վստահ լինել, որ կանանց տրվող տեղեկատվությունը ճշգրիտ է և տրամադրվում է համապատասխան կանանց կրթական մակարդակին: Բացի այդ միջամտությունները պետք է հիմնված լինեն ապացույցների հիման վրա, և միջամտությունը պետք է կիրառվի միայն բարդություններ ունեցող կանանց նկատմամբ:

Կեսարյան հատումով ծննդաբերության վերաբերյալ կանանց գրագիտության բացակայությունը կարող է օգտագործվել բուժաշխատողների կողմից՝ համոզելու կանանց կեսարյան հատում կատարել, նույնիսկ վավեր կլինիկական ցուցումների բացակայության դեպքում: Որոշ դեպքերում կեսարյան ճանապարհով ծննդաբերած կանայք հետագայում համարում էին, որ այնուամենայնիվ իրենք կարող էին ծննդաբերել հեշտոցային ճանապարհով, մինչդեռ բժիշկները իրենց կողմնորոշել էին հակառակ ուղղությամբ: Այդպիսի դեպքերից էին՝ պտղի քաշը, կոնքերի ոչ բավարար լայնությունը, տարիքը (30-35 տարեկան): Այս բացահայտումը վկայում է այն մասին, որ տեղեկացվածության բացակայությունը կանանց կեսարյան հատման դիմելու պատճառ է հանդիսանում, ուստի



անհրաժեշտ է ծննդաբերող կանանց ներգրավել տեղեկացված որոշումների կայացման գործընթացում:

*«... Իմ ամեն կոնսուլտացիային բժիշկս ասում էր, որ պտուղը մեծ է, կարող է կեսարյան լինի: Չնայած, որ սոնոգրաֆիայի ժամանակ ասեցին, որ դա խնդիր չի, բայց բժիշկս ինձ էնքան վախացրեց, հերթական կոնսուլտացիային էլ ասաց, որ 30-ն անց ես, առաջին հղիությունն է, ու քաշը մեծ է, կլինի կեսարյան: Բայց վերջին օրերին բժիշկը սկսեց համոզել, որ բնականով լինի: Ու արդեն ես ինքս էի տրամադրվել, ու ես չէի ուզում բնական: Ու մի քանի անգամ տարավ-բերեց, ասաց՝ արի փորձենք, եթե չստացվի, կեսից կփոխենք կեսարյան: Բայց ես արդեն վախենում էի: Կեսարյանից հետո ասեցին՝ կարայիր ունենայիր բնական, բայց արդեն արել, վերջացրել էինք...» (Միչև 35 տ., Երևան, կեսարյան):*

Ակնհայտ է, որ երբ կանայք լավ տեղեկացված լինեն հղիության կամ ծննդաբերության ընթացքում առաջացող ցանկացած ռիսկի մասին, նրանք պատրաստ կլինեն մի կողմ դնել իրենց նախապատվությունները և տեղեկացված որոշում կայացնել կեսարյան հատման մասին: Այս բացահայտումները ընդգծում են բժիշկ-հիվանդ արդյունավետ հաղորդակցության անհրաժեշտությունը:

Մյուս կողմից հետաքրքրական է, որ չնայած նրան, որ առկա է տեղեկատվություն ստանալու կարիք, այնուամենայնիվ մայրության դպրոցներ հաճախելու ցանկությունը բավականին ցածր է հետազոտությանը մասնակից կանանց շրջանում: Մտադրությունները հատկապես ցածր են կրկնածին և 35+ տարիքի կանանց մոտ, ովքեր համարում են, որ առաջին երեխայի փորձով ունեն բավականաչափ կուտակած գիտելիքներ, որոնք կարող են կիրառել հաջորդ հղիությունների փորձի ժամանակ:

Մայրության դպրոցներ հաճախելու ցանկության բացակայության պատճառներից մեկն էլ կանանց այս խմբում ժամանակի բացակայությունն է՝ պայմանավորված երեխաների խնամքով և կենցաղային հոգսերով:

Առաջնածին կանանց մոտ մայրության դպրոցներ հաճախելու պատրաստակամությունն ու ցանկությունը առավել բարձր է արտահայտված: Չնայած նրան, որ այս կանայք համարում են, որ համացանցը բավականաչափ ողողված է համապատասխան նյութերով, միևնույն է, նրանք կարիքը տեսնում են՝

պատճառաբանելով, որ բուժհաստատությունների աշխատակիցների կողմից տրվող ինֆորմացիան առավել հավաստի և վստահելի է:

Ընդհանուր առմամբ, իրենց ամուսինների՝ մայրության դպրոցներ հաճախելու հավանականությունը բավական ցածր են գնահատում՝ պայմանավորելով հայկական մշակույթի առանձնահատկություններով: Այնուամենայնիվ կրկին առաջնաձին և մինչև 30 տարեկան կանանց մի մասը համարում է, որ իրենց ամուսինները կմասնակցեն նման դասընթացների: Սակայն կարծում են, որ հաճախությունների արդյունավետությունը բարձրացնելու համար ցանկալի կլինի, որ այդ հանդիպումները լինեն անհատապես, և կոչվեն ոչ թե մայրության, այլ, օրինակ, ծնողավարության դպրոցներ:

Հետաքրքրական է նաև այն, որ հետազոտության մասնակից կանանց կողմից հնչեցրած նախընտրելի թեմաներն առավելապես առնչվում են երեխաների խնամքին, քան հղիության ընթացքին և ծննդաբերության եղանակներին:

### **ԲԱԺԻՆ 3.3. Կեսարյան հատում կատարելու որոշման վրա ազդող գործոններ**

Հետազոտության արդյունքների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ ծննդաբերության եղանակի ընտրության վրա գլխավորապես ազդում է հղիությունը և ծննդաբերությունը վարող բժիշկի մոտեցումը և վերաբերմունքը: Անկախ հղիի վերաբերմունքից, նրա վերջնական որոշման վրա ազդել է բուժաշխատողը: Կնոջ մոտ շրջապատը ևս լիովին ապավինում է բժիշկի խորհրդին և հղիի որոշման վրա ազդեցություն գրեթե չունի:

Ըստ հետազոտության մասնակիցների պատմությունների՝ ակնհայտ է, որ հղիությունը և ծննդաբերությունը վարող բժիշկը նշանակալի դեր են խաղացել այդ կանանց ծննդաբերության եղանակի վերաբերյալ որոշումների կայացման գործընթացում: Նրանք հղի կանանց և նրանց ընտանիքների համար առաջնային ու հիմնական շփման և ինֆորմացիայի աղբյուրն են հանդիսանում:

Ինչպես արդեն վերը նշվել է, կանայք ընդհանուր առմամբ նախապատվությունը մեծապես տալիս են հեշտոցային ծննդաբերությանը, միևնույն ժամանակ ապավինելով բժիշկներին՝ որպես ազդեցիկ որոշումներ կայացնողների: Չնայած հեշտոցային ծննդաբերության նախընտրությանը, կանայք մեծ հաշվով բացասական վերաբերմունք չեն ցուցաբերում կեսարյան հատումների նկատմամբ: Ավելի շուտ նրանք այդ վիրահատությունը դիտարկում են որպես անհրաժեշտ և ապահով այլընտրանք կյանքեր փրկելու համար:

Հեշտոցային ճանապարհով ծննդաբերած որոշ կանայք (հիմնականում առաջնածին), ովքեր ունեցել են բարդ և երկարատև նախորդ ծննդաբերություն (շեքահատում, պտղի մահվան վտանգ և այլն), ովքեր միևնույն ժամանակ բախվել են բուժաշխատողների (բժիշկ, բուժքույր) ոչ աջակցող և ոչ հոգատար վերաբերմունքին, բուժհաստատությունում, ունեն վախ հաջորդ հեշտոցային ծննդաբերության նկատմամբ:

Մյուս կողմից կանայք այդքան էլ շատ չեն հակված այն հանգամանքին, որ ծննդաբերության ժամանակ ներկա գտնվի այլ՝ երրորդ անձ (ամուսին, հարազատ, դուլա)<sup>19</sup>, որը կաջակցի իրենց ամբողջ ընթացքում: Երրորդ անձի ներկայությունն ավելի շատ ընդունելի է մինչև 35 տարեկան կանանց համար, քան ավելի բարձրերի: Հատկանշական է սակայն, որ այն կանայք, ովքեր կողմ են երրորդ անձի ներկայությանը ծննդաբերության ժամանակ, առավելապես կողմ են հարազատի, քան դուլայի ներկայությանը: Ամուսինների ներկայությունից, կանայք համարում են, որ իրենց ազատ և անկաշկանդ չեն զգա ու չեն կարողանա լիարժեք կենտրոնանալ ծննդաբերության պրոցեսի վրա:

Հոգեբանի ծառայության գաղափարը նույնպես կանանց կողմից ընդունվում է ոչ այնքան միանշանակորեն: Հոգեբանի մասնակցությունը ծննդաբերության գործընթացին ավելի շատ դիտվում է որպես ծայրահեղ անհրաժեշտություն, մինչդեռ իրենց պարագայում, համարում են, որ խնդիրը հնարավոր է եղել լուծել սեփական ուժերով կամ հարազատների աջակցությամբ: Ունենալով ծննդաբերական վախեր, կանայք չեն գիտակցում, որ դրանք կարելի է հաղթահարել հոգեբան-մասնագետների օգնությամբ:

---

<sup>19</sup> Հարցազրույցների և խմբային քննարկումների ժամանակ հնչած հարցերն են. «Ինչպե՞ս եք վերաբերվում ծննդաբերության ժամանակ երրորդ անձի ներկայությանը՝ ամուսին, այլ հարազատ կամ դուլա»: «Որքանո՞վ եք ծանոթ դուլայի ծառայությանը»: «Կցանկանա՞յի՞ք ծննդաբերության ժամանակ ձեզ ուղեկցել դուլան»:

Հարկ է նշել, որ միշտ չէ, որ նման դեպքերը ունեն միանշանակ կեսարյան հատման ցուցում, ըստ հարցվողների: Նման դեպքերում բժիշկները ներկայացնում են հնարավոր ռիսկերը, բայց ծննդաբերության եղանակի վերջնական որոշումը թողնում են պացիենտի վրա: Այս դեպքերում պացիենտները միանշանակ կանգնում են կեսարյան հատման եղանակի վրա՝ այդ պահին չունենալով իրավիճակի վերահսկողության բավարար հմտություններ և գիտելիքներ:

*«... Նախքան հղիանալը և հղիության ընթացքում՝ կեսարյան հատման ցուցում չեմ ունեցել: Վերջում՝ ծննդաբերությունից մոտ 10 օր առաջ, գնացել եմ էխոյի, երեխայի պորտալարը երկու տակ փաթաթված էր վզին, դրա համար կեսարյան հատում արեցին: Ինձ մանրամասն ներկայացրին խնդիրը, ինձ թողեցին ընտրության հնարավորությունը, բժիշկներն ավելի կողմ էին բնական ճանապարհով ծննդաբերությանը, սակայն ես նախընտրեցի կեսարյան հատումը...» (Մինչև 35 տ., Երևան, կեսարյան):*

*«Հնարավորություն կար բնականի, բժիշկն ասեց, որ հնարավոր է, բայց քանի որ աչքիս վրա տրավմա կա, կարեր կա, դա կարող էր ազդել աչքերիս վրա» (Մինչև 35տ., հեռու մարզ, կեսարյան):*

Կեսարյան հատման փորձ ունեցող կանանց մեծ մասը որպես այդպիսին չի մասնակցում ծննդաբերության եղանակի որոշումների կայացման գործընթացին և ընդունում է վարող բժշկի որոշումը: Մյուս կողմից կանանց մեծամասնությունը ցանկանում է, որ բժիշկները կայացնեն «Խնդիրները լուծելու որոշումները»: Սա մտահոգիչ է, քանի որ գիտելիքների պակասն ազդում է իրենց բժիշկների հետ քննարկումներում տեղեկացված ներգրավվելու նրանց կարողության վրա: Հատկապես, որ որոշ դեպքերում հետհայացք գցելիս կանայք փաստում են, որ իրենց խնդիրն այնքան լուրջ չի եղել, որպեսզի խուսափեին հեշտոցային ծննդաբերությունից, և բավարար գիտելիքներ ունենալու դեպքում չէին վախենա այդ եղանակն ընտրելուց:

Կնոջ կողմից կեսարյան հատման նախապատվությունները տրվում են այնպիսի գործոնների ազդեցության ներքո, ինչպիսիք են՝ նախորդ վատ մանկաբարձական պատմությունը, հոգեբանական վախերը ցավից ու շեքահատումից: Այս դեպքում կեսարյան հատումը դիտվում է որպես արագ և հեշտ ծննդալուծման եղանակ: Չնայած, որ բժիշկները այս դեպքում փորձում են զրույց ունենալ կնոջ հետ, և ուղղորդել դեպի հեշտոցային

ծննդաբերություն, այնուամենայնիվ, մոտեցումն այդքան խիստ չէ, և 1-2 փորձից հղիին չհամոզելու դեպքում գնում են կեսարյան հատման, բայց որոշակի ցուցումներ նշանակելով:

*«... Հոգեբանական խնդիրը չունի որևէ պատճառ, չեմ կարող ասել, որ ինչ-որ դեպք է եղել, դրանից հետո եմ այդպես որոշել, ուղղակի ունեցել եմ ու շատ վաղ տարիքից: Այնուամենայնիվ, քանի որ տարիքս էլ բարձր էր, 35, գրեթե 36 տարեկան էի, ու վերջին մի քանի շաբաթվա ընթացքում ճնշման տատանումներ ունեի, որոշվեց, որ կարվի վիրահատություն...» (35+, հեռու մարզ, կեսարյան):*

Վախը հեշտոցային ծննդաբերության հանդեպ ստիպում է, որպեսզի առաջնածին կանայք նախընտրեն ծննդալուծման կեսարյան տարբերակը: Դրանք ավելի քիչ են արդեն կրկնածին կանանց մոտ, ովքեր ծննդաբերել են հեշտոցային եղանակով: Ըստ դիտարկումների՝ թեև կանայք չեն ընկալում հոգեբանների անհրաժեշտությունը վախերի հաղթահարման գործընթացում, քանի որ նման ծառայություններ դեռևս չկան հայաստանյան կլինիկաներում, այնուամենայնիվ անհրաժեշտ է ներմուծել հոգեբանական ծառայությունը ծննդալուծման պրակտիկա՝ կանանց բացատրելով հոգեբանի իրական գործառույթներն ու դերի կարևորությունը:

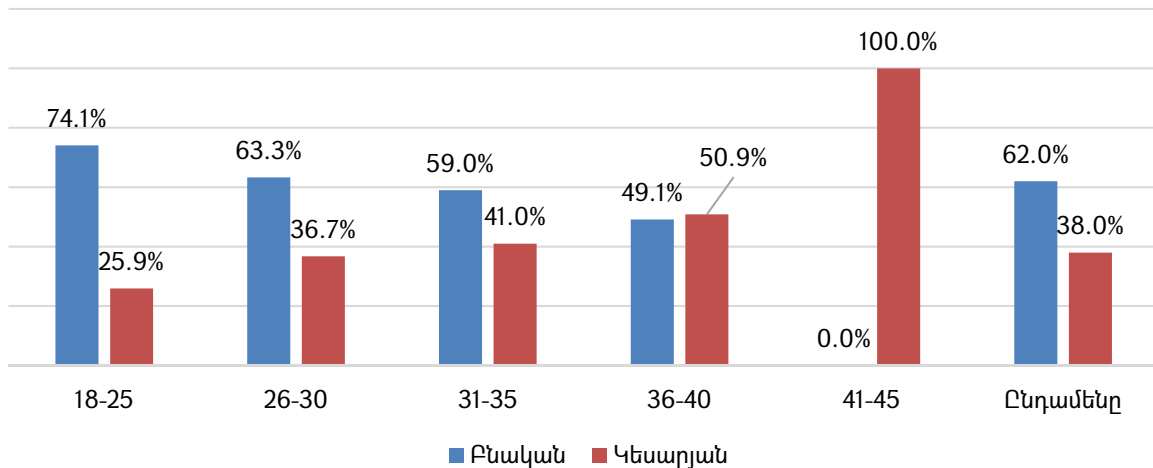
Հեշտոցային եղանակով ծննդաբերած բազմածին կանանց մոտ կեսարյան հատման հիմնական պատճառներն են՝ տարիքը (հիմնականում 35+), ուղեկցող հիվանդությունները: Հարկ է նշել, որ հեշտոցային ճանապարհով ծննդաբերած 35+ տարիքային կանանց մոտ կեսարյան հատումով ծննդաբերելու նախատրամադրություններ եղել են թե՛ իրենց կողմից, թե՛ բժիշկների կողմից:

Կեսարյան հատման որոշումը կատարվել է հիմնականում 30 շաբաթականից հետո՝ կապված ուղեկցող հիվանդությունների հետ: Հատուկենտ դեպքերում նշվում է, սեփական նախընտրությունը կեսարյան հատմամբ ծննդաբերելու, որոնց բժիշկները ընդդիմանում են, և միայն այլ ցուցումների գուգորդման դեպքում (վերը նշված), կատարում ծննդաբերության եղանակի ընտրության որոշում: Նշվում են նաև ծննդաբերության պահին առաջացած բարդությունների դեպքեր, որոնք վտանգ են սպառնում ծննդկանի կամ պտղի համար կյանքի ու առողջության համար:

## ՄԱՍ 4. Կանանց հետ իրականացված քանակական հարցազրույցների արդյունքներ

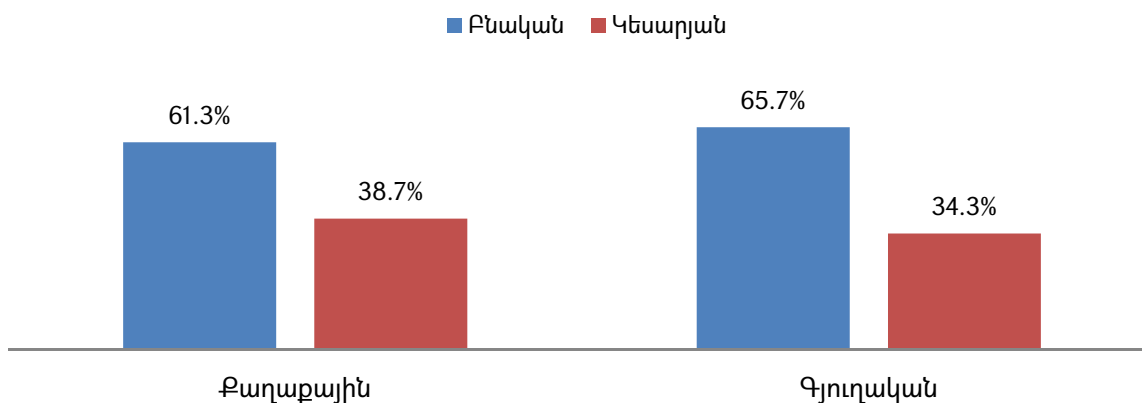
Քանակական հարցազրույցների ընտրանքը կազմվել է այնպես, որ հնարավոր լինի ստացված տեղեկատվությունը 95% վստահության միջակայքում  $\pm 4.8\%$  սխալի հավանականությամբ ստացված տվյալները տարածել ամբողջ համախմբության վրա (ՀՀ-ում վերջին 3 տարիների ընթացքում ծննդաբերած կանանց): Այսպես՝ հարցմանը մասնակցած կանանց 62.0%-ը վերջին անգամ ծննդաբերել է բնական ճանապարհով, իսկ 38.0%-ը՝ կեսարյան հատման: **Գծապատկեր 12**–ում ներկայացված է ծննդաբերության մեթոդի բաշխվածությունը՝ ըստ ծննդաբերած կանանց տարիքային խմբերի: Ակնհայտ է, որ կեսարյան հատումների թիվն աճում է կնոջ տարիքին զուգահեռ:

Գծապատկեր 12. Բնական և ԿՇ ծննդալուծված կանանք տարիքը



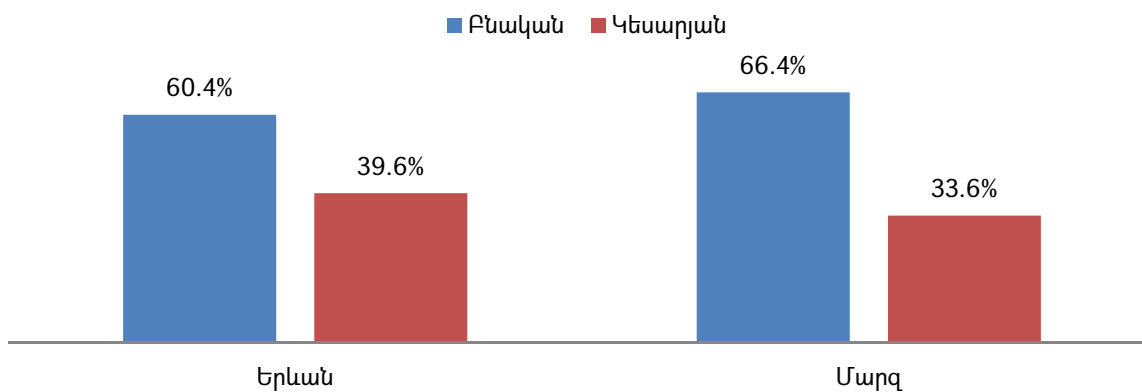
**Գծապատկեր 13**–ում ներկայացված է, թե քաղաքային և գյուղական բնակավայրերի կանայք որ մեթոդով են ծննդալուծվել: Ինչպես տեսնում ենք, քաղաքային բնակավայրերի կանանց մեջ ավելի շատ են կեսարյան հատմամբ ծննդալուծվածները, քան գյուղական բնակավայրերի կանանց մեջ:

**Գծապատկեր 13. Բնակության վայրը և ծննդալուծման եղանակը**



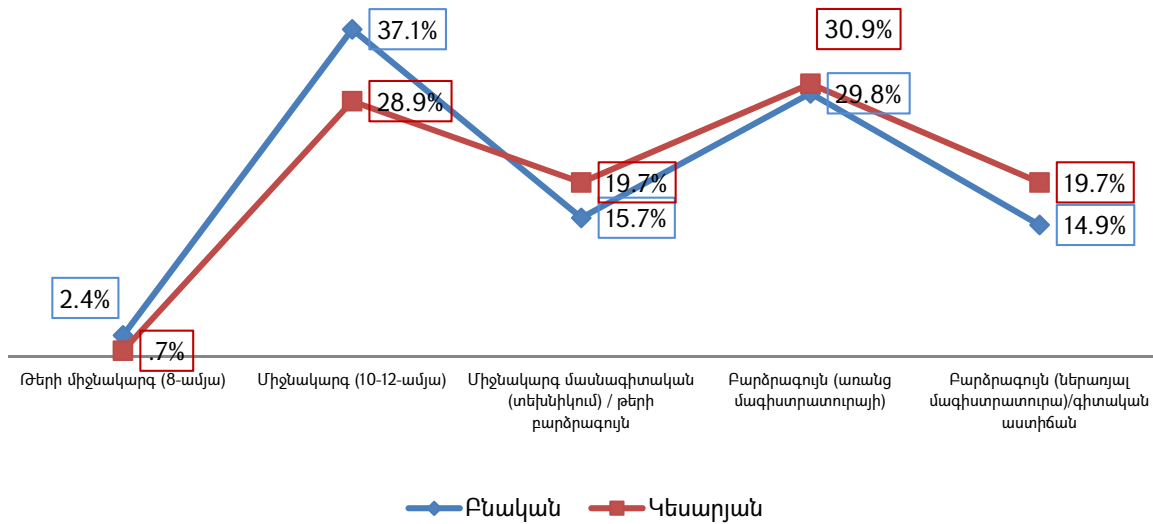
Ընդ որում՝ դիտարկելով Երևան և մարզեր (քաղաք/գյուղ) տարբերությունը, երևում է, որ Երևանի կանանց շրջանում ավելի շատ են կեսարյան հատում իրականացնողները, քան մարզերում:

**Գծապատկեր 14. Ծննդալուծման եղանակը՝ ըստ Երևան և մարզ բաշխման**



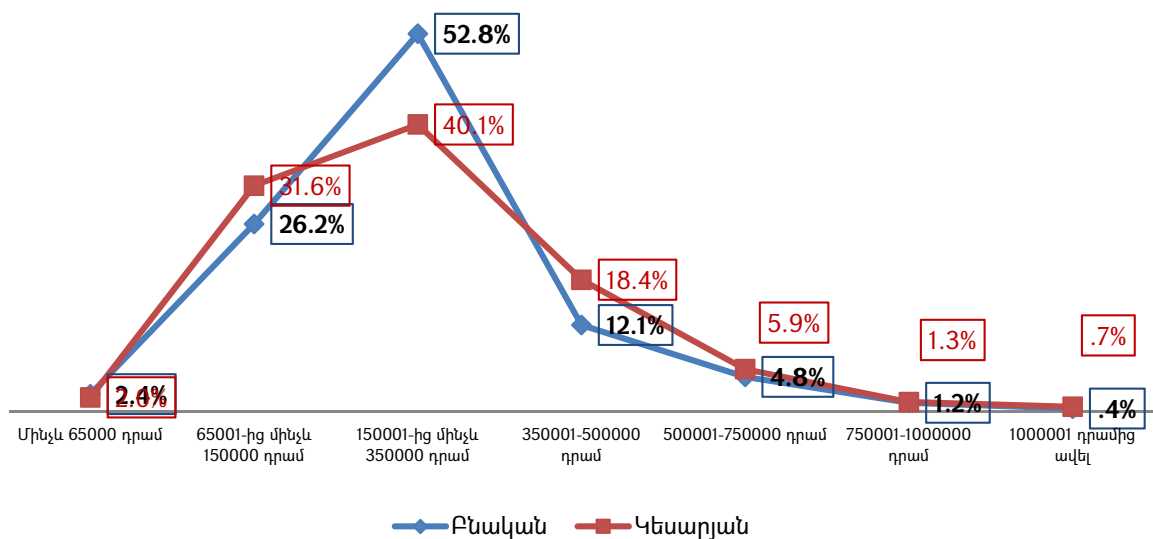
Ծննդաբերության մեթոդի ընտրությունը կախված է նաև կնոջ կրթական մակարդակից: Հետաքրքրական է, որ կրթական մակարդակի աճին զուգահեռ աճում է կեսարյան հատմամբ ծննդալուծման հավանականությունը:

**Գծապատկեր 15. Ծննդալուծման եղանակը և կնոջ կրթությունը**



Հաջորդ Գծապատկերից հետևում է, որ ընտանիքի միջին ամսական եկամուտների աճին զուգահեռ աճում է կեսարյան հատման հավանականությունը: Այսինքն՝ ավելի շատ եկամուտ ունեցողներն ավելի շատ են հակված իրականացնել կեսարյան հատում, քան ավելի պակաս եկամուտ ունեցողները:

**Գծապատկեր 16. Ծննդալուծման եղանակը և եկամուտը**

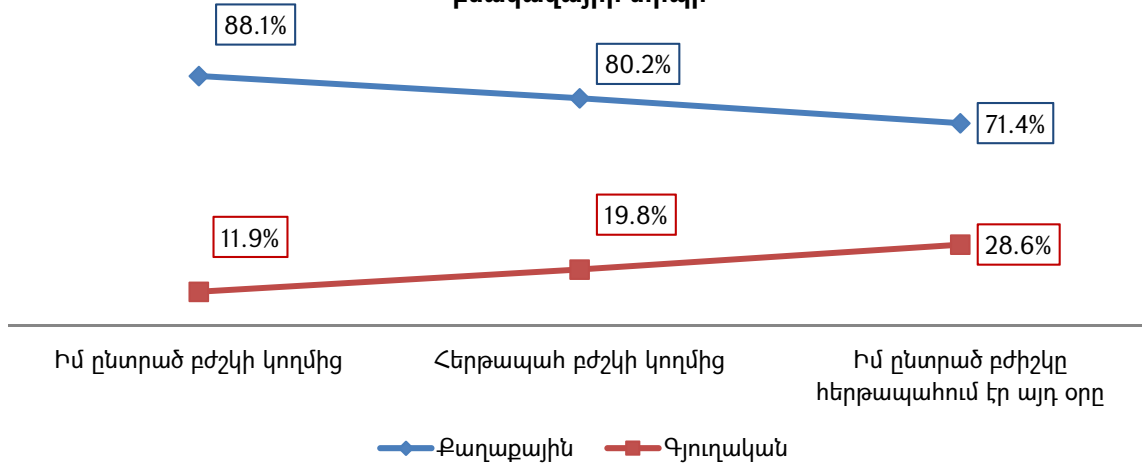


Կանանց 48.3%-ը ծննդաբերել է (լինի կեսարյան, թե բնական) իր ընտրած բժշկի մոտ, 43.0%-ը՝ հերթապահ բժշկի մոտ, իսկ 8.8%-ը նշել է, որ ծննդաբերել է իր ընտրած բժշկի հերթապահության ժամանակ: Հետաքրքրական է, որ կա որոշակի կախվածություն



ծննդաբերությունը/կեսարյան հատումը վարող բժշկի ընտրության և կնոջ բնակության վայրի միջև:

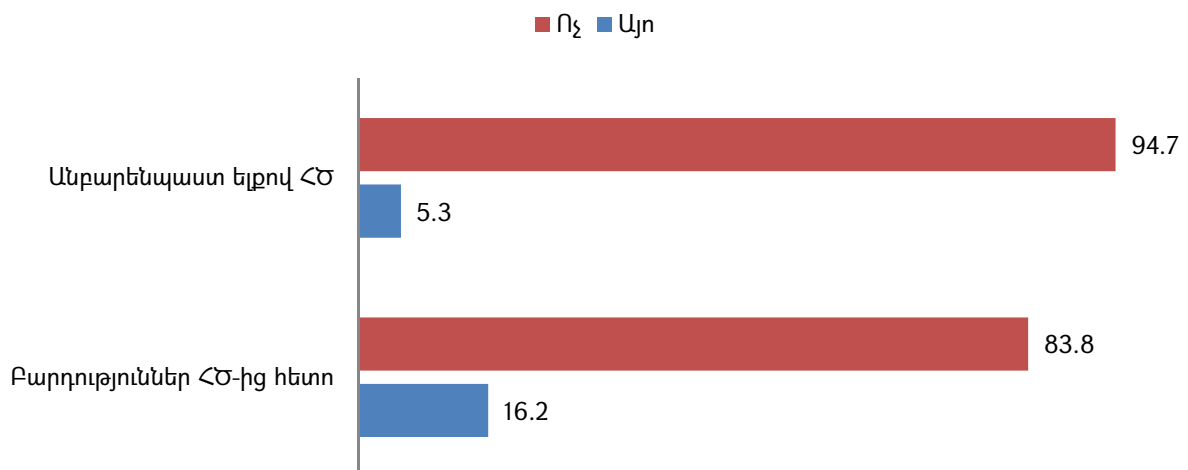
**Գծապատկեր 17. Ծնունդը վարող բժշի նախապատվությունը՝ ըստ բնակավայրի տիպի**



Բացի վերջին ծննդաբերության մեթոդը, քանակական հարցազրույցների ընթացքում պարզել ենք, թե առհասարակ որ մեթոդներով ծննդաբերության փորձեր են ունեցել հարցվողները: Հարցված կանանց 61.5%-ն ունեցել է միայն հեշտոցային ծննդաբերության փորձ, 24.5%-ը՝ միայն կեսարյան, իսկ 14.0%-ը՝ և՛ բնական, և՛ կեսարյան հատմամբ ծննդաբերություն:

**Հեշտոցային ծննդաբերությամբ** ծննդալուծված կանանց (n=302) 5.3%-ը նախկինում ունեցել է ծննդաբերություն անբարենպաստ ելքով: ՀՄ-ից հետո բարդությունների մասին նշել է հարցվողների 16.2%-ը:

**Գծապատկեր 18. Նակինում անբարենպաստ ելքով ՀՄ և բարդություններ ՀՄ-ից հետո**



Այն հարցվողները, ովքեր նշել են անբարենպաստ էլքի առկայության մասին (16 հոգի), ներկայացրել են, թե որոնք են դրանք. անբարենպաստ էլք մոր համար (4 հոգի), պտղի մահ ծննդաբերության ընթացքում (3 հոգի), նորածնի մոտ ծննդաբերական տրավմա (3 հոգի), պտղի մահ նախքան ծննդաբերությունը (6 հոգի):

Այն հարցին, թե որքան ժամանակ է պահանջվել ՀԾ-ից հետո վերականգնվելու համար նշված օրերի թիվը միջինում եղել է 19 օր: Ամենաշատը նշված պատասխանը եղել է 3: Ամենաքիչ ժամանակը, որ պահանջվել է, եղել է 1 օրը, իսկ ամենաշատը՝ 100<sup>20</sup> օրը:

ՀԾ-ով ծննդաբերած կանանց տրվել է հարց, թե ժամանակը հետ տալու պարագայում կնախընտրեին արդյոք ՀԾ-ն փոխարինել ԿՀ-ով: Հարցին դրական է պատասխանել այդ խմբի կանանց (302 հոգի, որը ներառում է միայն ՀԾ, և ՀԾ ու ԿՀ փորձ ունեցող կանանց) 11.3%-ը (34 հոգի), բացասական է պատասխանել 87.1%-ը (263 հոգի), իսկ 6.5%-ը (5 հոգի) դժվարացել է պատասխանել: «Այո» պատասխանած 34 հարցվողները մեկնաբանել են, թե ինչու կուզենային ոչ թե ՀԾ, այլ ԿՀ ունենալ: Քանի որ յուրաքանչյուր հարցվող ունեցել է մի քանի տարբերակ նշելու հնարավորություն, ուստի պատասխանները 100%-ից ավել են:

<b>Աղյուսակ 5: Հեշտոցային ծննդաբերությունը կեսարյան հատմամբ փոխարինել ցանկանալու պատճառները</b>	<b>Քանակ</b>	<b>Տոկոս</b>	<b>Տարբերակներ</b>
Որպեսզի չունենայի ծննդաբերական ցավեր	22	18.0%	64.7%
Որպեսզի չունենայի ծննդաբերական ուղիների պատռվածքներ և սեռական օրգանների դեֆորմացիա	20	16.4%	58.8%
Որպեսզի ծնարանի միջավայրում սթրես չսպրեի ու անհանգիստ չլինի	18	14.8%	52.9%
Հեշտոցային ծննդաբերությունն ավելի ռիսկային է մոր և երեխայի համար	18	14.8%	52.9%
Որպեսզի երեխաս խնդիրներ չունենար ծննդաբերության ժամանակ	15	12.3%	44.1%
Որպեսզի ծննդաբերության ժամանակ հաճախակի և ցավոտ հեշտոցային հետազոտություններ չանցնի	13	10.7%	38.2%
Որպեսզի ծննդաբերությունից հետո չունենայի հետծննդաբերական բարդություններ՝ արգանդի և հեշտոցի պատերի իջեցում, անմիզապահություն կամ ուղիղ աղու վնասում	13	10.7%	38.2%
Որպեսզի կեսարյան հատման ժամանակ կապելին իմ արգանդափողերը	3	2.5%	8.8%
<b>Ընդամենը</b>	<b>122</b>	<b>100.0%</b>	<b>358.8%</b>

<sup>20</sup> Երեխան եղել է անհաս, մայրն ունեցել է ունեցել է բարդություններ, որի արդյունքում մնացել են հիվանդանոցում 3 ամիս

ՀԾ-ն ԿՀ-ով փոխարինել չցանկացողներն (263 հոգի) էլ ներկայացրել են իրենց հիմնավորումները:

<b>Աղյուսակ 6: Հեշտոցային ծննդաբերությունը կեսարյան հատմամբ փոխարինել չցանկանալու պատճառները</b>	<b>Քանակ</b>	<b>Տոկոս</b>	<b>Տարբերակներ</b>
Հեշտոցային ծննդաբերության ցավն ավելի ընդունելի է, քան կեսարյան հատման բարդությունները	218	13.9%	82.9%
Հեշտոցային ծննդաբերությունից հետո կանայք ավելի արագ են վերականգնվում և վերադառնում առօրյա կյանքին	215	13.8%	81.7%
Նորմալ հեշտոցային ծննդաբերությունը հեշտ է և պահպանում է կնոջ առողջությունը	190	12.2%	72.2%
Հեշտոցային ծննդաբերությունը բնական գործընթաց է, իսկ կեսարյան հատումը մարդու կողմից ստեղծված և արհեստական մեթոդ է	177	11.3%	67.3%
Կրծքով կերակրման սկիզբն ավելի բարեհաջող է լինում մոր և երեխայի համար	177	11.3%	67.3%
Հեշտոցային ծննդաբերության ժամանակ լուրջ խնդիրների առաջացման հավանականությունը քիչ է	146	9.3%	55.5%
Ցանկություն ունեմ դեռ մի քանի երեխաներ ևս ունենալ, ուստի հաջորդ հղիությունների բարդություններից խուսափելու համար	143	9.1%	54.4%
Հեշտոցային ծննդաբերությամբ ծնված երեխաներն ավելի առողջ են լինում, քան կեսարյան հատմամբ ծնվածները	107	6.8%	40.7%
Հեշտոցային ծննդաբերության ժամանակ պտղի աճն ավարտված է, սակայն կեսարյան հատման ժամանակ այն լիարժեք ավարտված չէ	105	6.7%	39.9%
Հեշտոցային ծննդաբերությունը ֆինանսապես ավելի մատչելի է, իսկ կեսարյան հատման ժամանակ լրացուցիչ ֆինանսական ծախսեր են լինում	84	5.4%	31.9%
Դժվարանում եմ պատասխանել	1	0.2%	0.5%
<b>Ընդամենը</b>	<b>1563</b>	<b>100.0%</b>	<b>594.3%</b>

**Կեսարյան հատմամբ** ծննդաբերած կանայք (n=154) նախ պատասխանել են, թե ինչու են ծննդաբերել կեսարյան եղանակով: Նրանք հնարավորություն են ունեցել նշելու մի քանի պատասխան, որի արդյունքում ընդհանուր պատասխանների թիվը կազմել է 246: Արդյունքները ներկայացված են ստորև՝ **Աղյուսակ 7**-ով:

<b>Աղյուսակ 7: Կեսարյան հատման պատճառները</b>	<b>Քանակ</b>	<b>Տոկոս</b>	<b>Տարբերակներ</b>
Իմ ֆիզիոլոգիական վիճակը, բացվածք չէր լինում և այլն	47	19.3	30.5
Պտղի անհարմար, անկանոն դիրք կամ ոչ գլխային առաջադրություն	44	17.9	28.6
Նախկինում էլի էի ունեցել կեսարյան հատում	34	13.8	22.1
Տարիքս մեծ էր	21	8.5	13.6
Այլ բժիշկ է խորհուրդ տվել	18	7.3	11.7
Պտղի ենթադրյալ քաշ	16	6.5	10.4

Ակնաբույժն է խորհուրդ տվել	12	4.9	7.8
Պտղի կողմից ցուցում	11	4.5	7.1
Առողջական այլ խնդիր	8	3.3	5.2
Արյունաբանն է խորհուրդ տվել	7	2.8	4.5
Վախենում էի ծննդաբերական ցավերից	6	2.4	3.9
Նախորդ հեշտոցային ծննդաբերության անհաջող փորձ	5	2	3.2
Սրտաբանն է խորհուրդ տվել	4	1.6	2.6
Բարձր ճնշում	4	1.6	2.6
Բազմապտուղ հղիություն էր	3	1.2	1.9
Հարազատներս պահանջեցին կեսարյան, քանի որ մենք համարում ենք, որ կեսարյան հատմամբ մոր և երեխայի կյանքին վտանգ չի սպառնում	3	1.2	1.9
Ցանկանում էինք, որ պեզոկի մենք ընտրեինք երեխայի ծննդյան ամսաթիվը	3	1.2	1.9
Ընդամենը	246	100.0	159.7

**Կեսարյան հատմամբ** ծննդաբերած կանայք (n=154) պատասխանել են այն հարցերին, թե կեսարյան հատումից հետո որ մեթոդով են ծննդաբերել և որ մեթոդով են պատրաստվում ծննդաբերել:

Աղյուսակ 8: Կեսարյան հատումից հետո ծննդաբերության նախընտրելի եղանակ	Կեսարյան հատումի հետո...	
	որ մեթոդով եք ծննդաբերել	որ մեթոդով եք պլանավորում ծննդաբերել
Հեշտոցային	1.9%	20.8%
Կեսարյան	48.1%	58.4%
Չեմ ծննդաբերել /չեմ պլանավորում ծննդաբերել	50.0%	20.8%
Ընդամենը	100.0%	100.0%

Այն հարցին, թե արդյոք ԿՀ-ից հետո ունեցել են բարդություններ, ԿՀ ծննդալուծված կանանց 20.8%-ը տվել է դրական պատասխան:

### Գծապատկեր 19. Բարդություն ԿՀ-ից հետո



Այն հարցին, թե որքան ժամանակ է պահանջվել ԿՀ-ից հետո վերականգնվելու համար նշված օրերի թիվը միջինում եղել է 28: Ամենաշատ նշված պատասխանը եղել է 30 օրը: Ամենաքիչ ժամանակը, որը պահանջվել է, եղել է 1 օրը, իսկ ամենաշատը՝ 100 օրը:

ԿՀ-ով ծննդաբերած կանանց տրվել է հարց, թե ժամանակը հետ տալու պարագայում կնախընտրեին արդյոք ԿՀ-ն փոխարինել ՀԾ-ով: Հարցին դրական է պատասխանել այդ խմբի կանանց (154 հոգի) 58.4%-ը (90 հոգի), բացասական է պատասխանել 35.1%-ը (54 հոգի), իսկ 6.5%-ը (10 հոգի) դժվարացել է պատասխանել: «Այո» պատասխանած 90 հարցվողները մեկնաբանել են, թե ինչու կուզենային ոչ թե ԿՀ, այլ ՀԾ ունենալ: Քանի որ յուրաքանչյուր հարցվող ունեցել է մի քանի տարբերակ նշելու հնարավորություն, ուստի պատասխանները 100%-ից ավել են:

<b>Աղյուսակ 9: Կեսարյան հատումը հեշտոցային ծննդաբերությամբ փոխարինելու ցանկության հիմնավորումներ</b>	<b>Քանակ</b>	<b>Տոկոս</b>	<b>Տարբերակներ</b>
Կեսարյան հատման բարդություններն ավելի շատ են, նորմալ հեշտոցային ծննդաբերության համեմատ	64	22.8%	71.1%
Կեսարյան հատման արդյունքում կանայք ձեռք են բերում առողջական խնդիրներ	50	17.8%	55.6%
Չէի ցանկանա, որ որովայնիս վրա սպի լինեի	51	18.1%	56.7%
Կեսարյան հատմամբ ծնված երեխաներն այդքան էլ առողջ չեն լինում, ի տարբերություն հեշտոցային ծննդաբերությամբ ծնվածների	8	2.8%	8.9%
Կեսարյան հատումից հետո վերականգնումն ավելի երկար է տևում, քան ծննդաբերությունից հետո	74	26.3%	82.2%
Կեսարյան հատումից հետո ավելի երկար են մնում ծննդատանը, քան հեշտոցային ծննդաբերությունից հետո	32	11.4%	35.6%
Այլ	1	0.4%	1.1%
Դժվարանում եմ պատասխանել	1	0.4%	1.1%
<b>Ընդամենը</b>	<b>281</b>	<b>100.0%</b>	<b>312.2%</b>

ԿՀ-ն ՀԾ-ով փոխարինել չցանկացողներն (54 հոգի) էլ ներկայացրել են իրենց հիմնավորումները:

<b>Աղյուսակ 10: Կեսարյան հատումը հեշտոցային ծննդաբերությամբ փոխարինել չցանկանալու հիմնավորումներ</b>	<b>Քանակ</b>	<b>Տոկոս</b>	<b>Տարբերակներ</b>
Հեշտոցային ծննդաբերությունից հետո սեռական հարաբերությունների վերականգնումը ավելի ուշ է լինում	8	5.1%	14.8%
Հեշտոցային ծննդաբերությունից հետո կանայք հաճախ դիմում են սեռական համակարգի վերականգնողական վիրահատության	3	1.9%	5.6%
Ես հոգեպես պատրաստ չեմ հեշտոցային ծննդաբերության	30	19.2%	55.6%

Ես ֆիզիկապես պատրաստ չեմ (ունեմ որոշ առողջական խնդիրներ) հեշտոցային ծննդաբերության	27	17.3%	50.0%
Կեսարյան հատմամբ ավելի հանգիստ եմ, որ ոչինչ չի պատահի ինձ և իմ երեխային	34	21.8%	63.0%
Կեսարյան հատմամբ ստիպված չեմ լինում ծննդաբերական դիրք ընտրունել	8	5.1%	14.8%
Կեսարյան հատման ժամանակ ծննդաբերության տևողությունը ավելի կարճ է, քան հեշտոցայինը	17	10.9%	31.5%
Ավելի նախընտրելի է ունենալ կեսարյան հատման բարդություններ, քան հեշտոցային ծննդաբերության ցավեր	18	11.5%	33.3%
Կեսարյան հատման դեպքում կարողանում ես որոշել երեխայի ծննդյան ամսաթիվը, ընտրել գեղեցիկ ամսաթիվ և ավելի պատրաստված լինել	7	4.5%	13.0%
Այլ	1	0.6%	1.9%
Դժվարանում եմ պատասխանել	3	1.9%	5.6%
<b>Ընդամենը</b>	<b>156</b>	<b>100.0%</b>	<b>288.9%</b>

Բոլոր հարցվողները (n=400) պատասխանել են այն հարցին, թե թվարկված տեղեկատվության աղբյուրներից յուրքանչյուրը որքանով են ազդեցություն ունեցել ծննդաբերության մեթոդի իրենց ընտրության վրա (առհասարակ): Արդյունքները ներկայացված են ստորև՝

<b>Աղյուսակ 11. Ծննդաբերության մեթոդի վրա որքանով են ազդել...</b>	<b>Բավականին շատ</b>	<b>Որոշ չափով</b>	<b>Ոչ այդքան</b>	<b>Բոլորովին ազդեցություն չեն ունենցել</b>	<b>Կիրառելի չէ</b>
Հղիությունը վարող բժիշկ	44.3	20.3	5.3	29.8	0.5
Ծնունդ ընդունող բժիշկ	44.8	23.3	3.3	28.3	0.5
Այլ բժիշկ (ակնաբույժ, անոթաբան կամ այլ)	6.5	8.0	3.8	80.5	1.3
Ամուսին /գուզընկեր	4.8	24.3	12.3	57.8	1.0
Ծնողներ /ազգականներ	3.8	19.0	13.3	63.3	.8
Ընկերների /մտերիմների ծննդաբերական փորձ	1.8	13.0	13.3	70.5	1.5
Թեմատիկ դասընթացներ, ծննդաբերության նախապատրաստական դասընթացներ	2.3	8.3	3.5	57.5	28.5
Ինտերնետային հոդվածներ, մասնագիտական կայքեր	4.5	24.0	9.8	60.3	1.5
Հեռուստատեսություն	0.5	7.3	7.8	82.5	2.0
Սոցիալական ցանցեր	2.0	24.3	9.5	62.8	1.5
Գրքեր, ամսագրեր, բուկլետներ	2.8	24.5	7.3	63.3	2.3

Այն հարցին, թե վերջին ծննդաբերության մեթոդի ընտրության ժամանակ ով կամ ինչն է էական դեր խաղացել, հարցվողների պատասխանները ներկայացված են ստորև՝  
**Աղյուսակ 12-ում.**

<b>Աղյուսակ 12: Վերջին ծննդաբերության մեթոդի վրա ազդեցություն.</b>	<b>Քանակ</b>	<b>Տոկոս</b>	<b>Տարբերակներ</b>
Հղիությունը վարող բժիշկ	266	44.11	66.5
Ծնունդ ընդունող բժիշկ	221	36.65	55.25
Ամուսին /զուգընկեր	32	5.31	8
Ծնողներ /ազգականներ	25	4.15	6.25
Այլ բժիշկ /նշել/	13	2.16	3.25
Ակնաբույժ	12	1.99	3
Ինտերնետային հոդվածներ, մասնագիտական կայքեր	12	1.99	3
Անոթաբան	9	1.49	2.25
Թեմատիկ դասընթացներ, ծննդի նախապատրաստական աշխատանքներ	4	0.66	1
Գրքեր, ամսագրեր, բուկլետներ	4	0.66	1
Ընկերներ /ծանոթներ	2	0.33	0.5
Սոցիալական ցանցեր	2	0.33	0.5
Դժվարանում եմ պատասխանել	1	0.17	0.25
<b>Ընդամենը</b>	<b>603</b>	<b>100</b>	<b>150.75</b>

Այնուհետև հարցվողներին տրվել են մի շարք հարցեր, պարզելու համար նրանց պատկերացումները ԿՀ-ի և ՀԾ-ի վերաբերյալ: Բոլոր հարցվողները պատասխանել են մի շարք դատողությունների՝ նշելով, թե դրանցից յուրաքանչյուրի հետ որքանով են համամիտ:

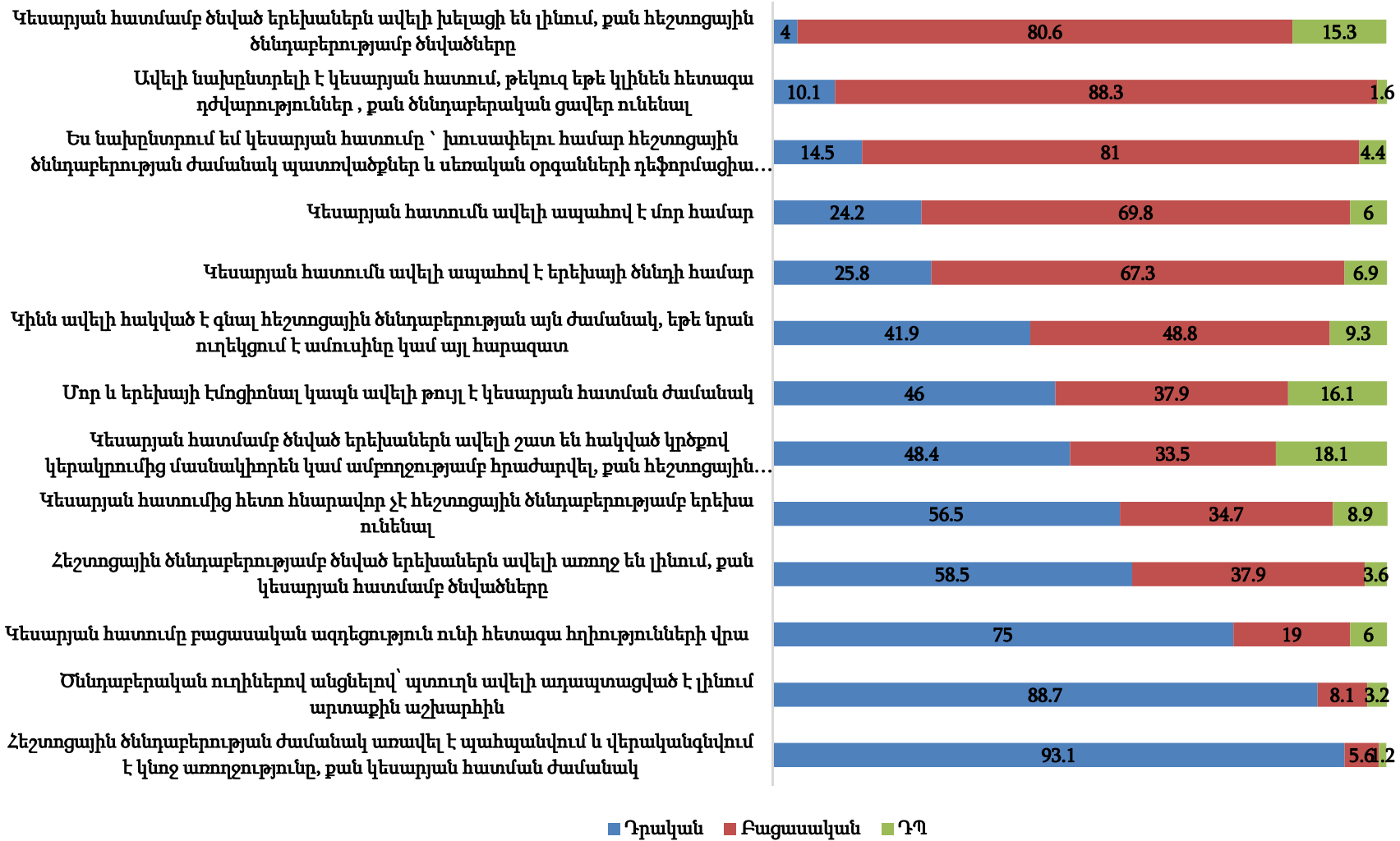
Աղյուսակ 13. Որքանով են ԿՀ և ՀՕ կանայք համամիտ դատողությունների հետ	Հեշտոցային ծննդաբերությանը ծննդաբերած կանայք					Կեսարյան հատմամբ ծննդաբերած կանայք				
	Լիովին համամիտ են	Որոշ չափով համամիտ են	Այդքան էլ համամիտ չեն	Բոլորովին համամիտ չեն	Դժվ. են	Լիովին համամիտ են	Որոշ չափով համամիտ են	Այդքան էլ համամիտ չեն	Բոլորովին համամիտ չեն	Դժվ. են
Կեսարյան հատումն ավելի հարմար է, քանի որ կարող ես ինքդ որոշել երեխայի ծննդյան ամսաթիվը	6.5%	29.4%	21.4%	41.9%	0.8%	15.1%	23.7%	16.4%	44.7%	0.0%
Կեսարյան հատումը մարդու կողմից ստեղծված և արհեստական մեթոդ է, իսկ հեշտոցային ծննդաբերությունը բնական գործընթաց է	71.0%	23.4%	2.8%	1.6%	1.2%	65.1%	27.6%	3.9%	2.6%	0.7%
Հեշտոցային ծննդաբերությունը հնաճ մեթոդ է, իսկ կեսարյան հատումը առաջադեմ	2.0%	4.0%	10.9%	81.0%	2.0%	3.3%	10.5%	11.2%	75.0%	0.0%
Հեշտոցային ծննդաբերության ժամանակ առավել է պահպանվում և վերականգնվում է կնոջ առողջությունը, քան կեսարյան հատման ժամանակ	73.4%	19.8%	4.4%	1.2%	1.2%	52.6%	25.7%	9.2%	7.9%	4.6%
Ես նախընտրում եմ կեսարյան հատումը ` խուսափելու համար հեշտոցային ծննդաբերության ժամանակ պատվածքներ և սեռական օրգանների դեֆորմացիա ունենալուց	2.4%	12.1%	12.5%	68.5%	4.4%	8.6%	23.7%	16.4%	50.7%	0.7%
Կեսարյան հատումը պետք է արվի միայն բժշկական ցուցման պարագայում	90.3%	6.5%	2.0%	1.2%	0.0%	84.2%	10.5%	2.6%	2.6%	0.0%
Կեսարյան հատումն ավելի ապահով է երեխայի ծննդի համար	4.4%	21.4%	33.1%	34.3%	6.9%	15.8%	41.4%	25.0%	14.5%	3.3%
Կեսարյան հատումն ավելի ապահով է մոր համար	1.6%	22.6%	30.2%	39.5%	6.0%	7.2%	37.5%	28.3%	23.7%	3.3%
Ավելի նախընտրելի է կեսարյան հատում, թեկուզ եթե կլինեն հետագա դժվարություններ , քան ծննդաբերական ցավեր ունենալ	2.4%	7.7%	10.5%	77.8%	1.6%	10.5%	23.0%	15.1%	48.0%	3.3%
Ծննդաբերական ուղիներով անցնելով` պտուղն ավելի ադապտացված է լինում արտաքին աշխարհին	55.6%	33.1%	6.5%	1.6%	3.2%	29.6%	38.8%	15.1%	7.2%	9.2%
Կեսարյան հատումն ավելի մոդայիկ է և վկայում է ընտանիքի ապահովված լինելու մասին	7.3%	23.8%	15.3%	51.6%	2.0%	5.3%	25.7%	15.8%	51.3%	2.0%
Կեսարյան հատումն օգնում է բարելավել սեռական հարաբերությունները, իսկ հեշտոցային ծննդաբերությունից հետո սեռական բավարարվածությունը նվազում է	0.8%	6.9%	18.1%	49.2%	25.0%	0.0%	11.2%	19.1%	43.4%	26.3%



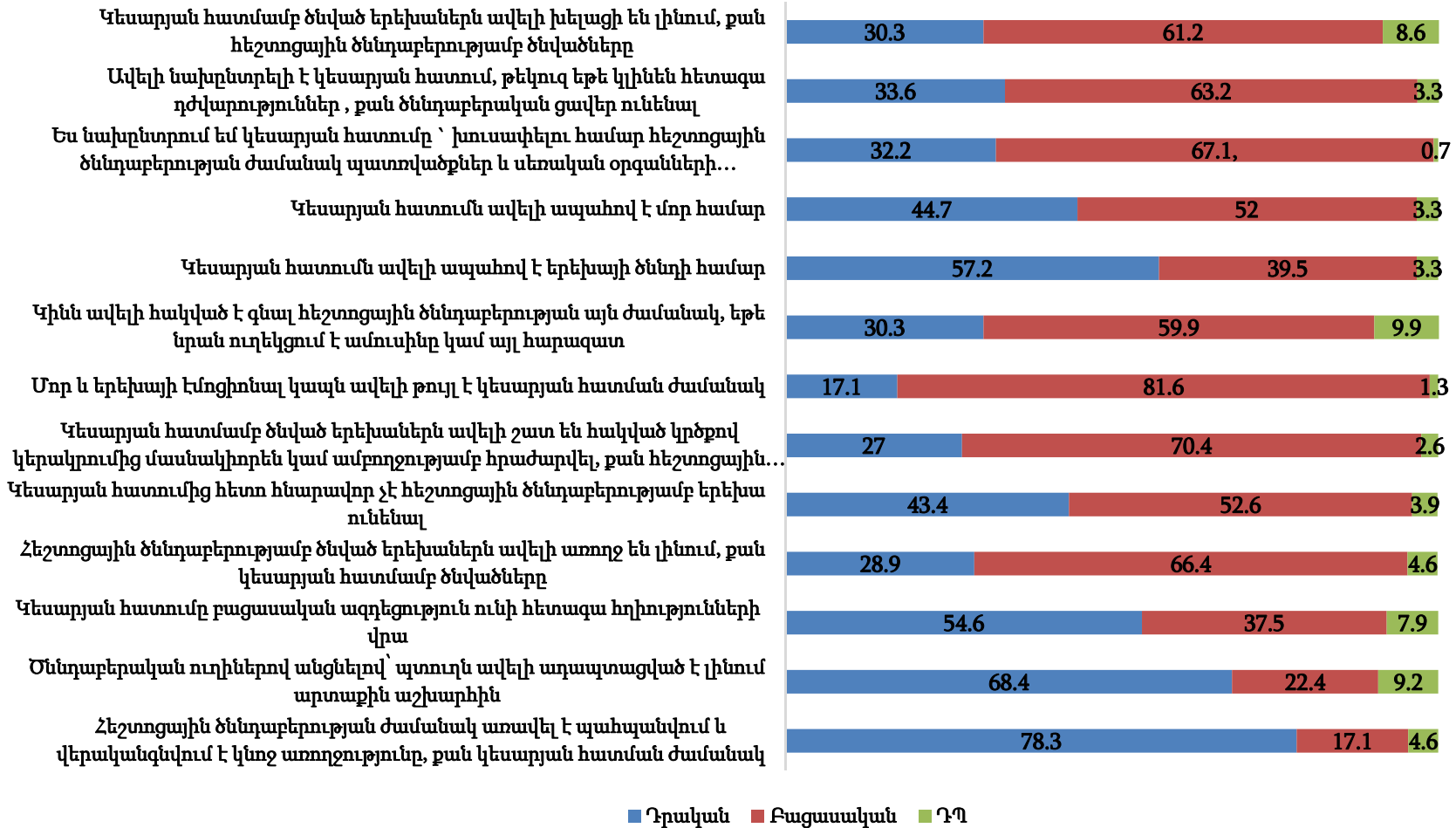
Ավելի նախընտրելի է կեսարյան հատումը, քանի որ հեշտոցային ծննդաբերությունից հետո սեռական հարաբերությունների վերականգնումն ավելի ուշ է լինում	2.4%	10.9%	20.2%	41.1%	25.4%	1.3%	17.8%	21.7%	35.5%	23.7%
Կեսարյան հատումն ավելի թանկ է, ուստի և քիչ նախընտրելի	4.0%	20.6%	32.7%	33.1%	9.7%	3.9%	21.1%	32.2%	38.2%	4.6%
Կեսարյան հատումը ծնված երեխաներն ավելի շատ են հակված կրծքով կերակրումից մասնակիորեն կամ ամբողջությամբ հրաժարվել, քան հեշտոցային ծննդաբերությամբ ծնվածները	12.9%	35.5%	14.9%	18.5%	18.1%	11.8%	15.1%	27.0%	43.4%	2.6%
Կեսարյան հատումը ծնված երեխաներն ավելի խելացի են լինում, քան հեշտոցային ծննդաբերությամբ ծնվածները	1.6%	2.4%	16.1%	64.5%	15.3%	10.5%	19.7%	27.6%	33.6%	8.6%
Հեշտոցային ծննդաբերությամբ ծնված երեխաներն ավելի առողջ են լինում, քան կեսարյան հատումը ծնվածները	27.0%	31.5%	18.5%	19.4%	3.6%	10.5%	18.4%	28.9%	37.5%	4.6%
Մոր և երեխայի էմոցիոնալ կապն ավելի թույլ է կեսարյան հատման ժամանակ	19.4%	26.6%	22.6%	15.3%	16.1%	5.3%	11.8%	18.4%	63.2%	1.3%
Կեսարյան հատումը բացասական ազդեցություն ունի հետագա հղիությունների վրա	29.4%	45.6%	11.7%	7.3%	6.0%	13.8%	40.8%	17.1%	20.4%	7.9%
Կեսարյան հատումից հետո հնարավոր չէ հեշտոցային ծննդաբերությամբ երեխա ունենալ	23.0%	33.5%	25.4%	9.3%	8.9%	13.8%	29.6%	38.8%	13.8%	3.9%
Չույգ կամ եռյակ երեխաներն անպայման պետք է լույս աշխարհ գան կեսարյան հատումը	18.1%	27.8%	31.5%	16.1%	6.5%	25.0%	23.7%	27.0%	16.4%	7.9%
Կինն ավելի հակված է գնալ հեշտոցային ծննդաբերության այն ժամանակ, եթե նրան ուղեկցում է ամուսինը կամ այլ հարազատ	15.3%	26.6%	19.0%	29.8%	9.3%	9.2%	21.1%	21.1%	38.8%	9.9%

**Աղյուսակ 13**-ում զետեղված տեղեկատվությունից դուրս են բերվել այն դատողությունները, որոնց շուրջ ՀԾ և ԿՀ ծննդաբերած կանանց կարծիքները բավականին տարբերվել են: Առավել դրական և պակաս դրական պատասխանները խմբավորվել են որպես դրական, իսկ առավել բացասական և պակաս բացասական պատասխանները՝ որպես բացասական:

**Գծապատկեր 20.1. Հեշտոցային եղանակով ծննդաբերած կանանց վերաբերմունքը հետևյալ դատողություններին**



**Գծապատկեր 20.2. Կեսարյան հատմամբ ծննդաբերած կանանց վերաբերմունքը հետևյալ դատողություններին**



Այն հարցին, թե ըստ իրենց ԿՀ-ից հետո կանայք որքան ժամանակ են անցկացնում հիվանդանոցում հարցվողների պատասխանների միջինը կազմել է 6 օր, մինչդեռ ՀԾ-ի համար միջին արժեքը կազմել է 3 օր: Ամենատարածված պատասխանը ԿՀ-ի համար եղել է 7 օրը, իսկ ՀԾ-ի համար՝ 3 օրը: ԿՀ-ի դեպքում ամենաքիչ և ամենաշատ օրերի թիվը եղել է 2 և 30 օր, իսկ ՀԾ-ի համար համապատասխանաբար՝ 1 և 8 օր:

Այն հարցին, թե ըստ կանանց սուրբեկտիվ ընկալման, որքան ժամանակ է հարկավոր, որպեսզի կինը վերականգնվի կեսարյան հատումից հետո և ծննդաբերությունից հետո, պատասխանները հետևյալն են. ԿՀ-ից միջինում նշվել է 53 օր, մինչդեռ ՀԾ-ի համար միջին արժեքը կազմել է 26 օր: Ամենատարածված պատասխանը ԿՀ-ի համար եղել է 30 օրը, իսկ ՀԾ-ի համար՝ 7 օրը: Ինչպես ԿՀ-ի, այնպես էլ ՀԾ-ի դեպքում կանայք նշել են որպես վերականգնման համար անհրաժեշտ ամենաքիչ օրերի թիվ 0, իսկ ամենաշատ՝ 365:

Այն հարցին, թե ըստ իրենց, որքան ժամանակ է հարկավոր կնոջը, կեսարյան հատումից հետո և ծննդաբերությունից հետո սեռական հարաբերություն ունենալու համար, պատասխանները հետևյալն են. ԿՀ-ի համար միջինում նշվել է 48 օր, մինչդեռ ՀԾ-ի համար միջին արժեքը կազմել է 39 օրը: Ամենատարածված պատասխանը ԿՀ-ի և ՀԾ-ի համար եղել է 40 օրը: ԿՀ-ի դեպքում ամենաքիչ և ամենաշատ օրերի թիվն է եղել 7 և 365 օր, իսկ ՀԾ-ի համար համապատասխանաբար՝ 3 և 210 օր:

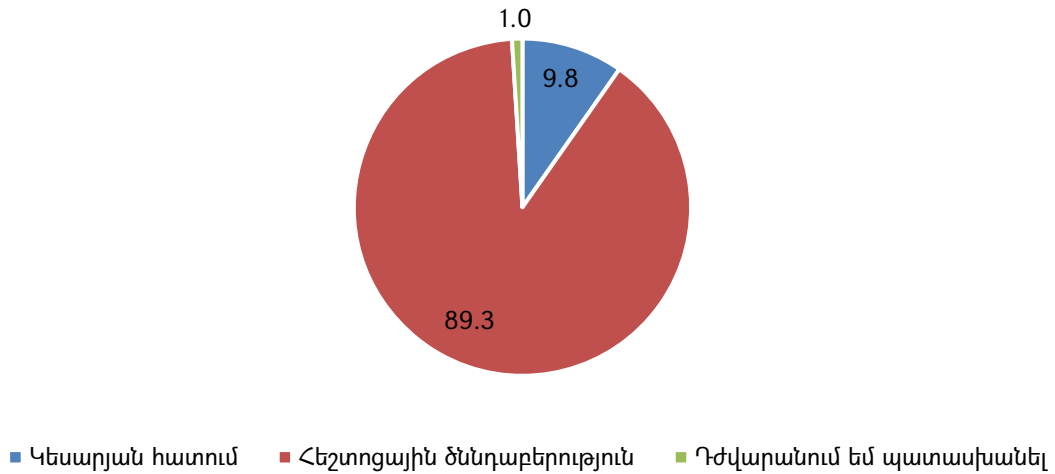
Այնուհետև պարզվել է, թե ըստ հարցվողների որքան ժամանակ է հարկավոր կնոջը կեսարյան հատումից հետո և ծննդաբերությունից հետո կրկին հղիանալու համար, պատասխանները հետևյալն են. ԿՀ-ի հետո կրկին հղիանալու համար, ըստ հարցվածների, հարկավոր է միջինում 27 ամիս, իսկ ՀԾ-ից հետո՝ 12 ամիս: Ամենաշատ նշված պատասխանը ԿՀ-ի համար եղել է 36 ամիս, իսկ ՀԾ-ի համար՝ 12 ամիս: 2 դեպքում էլ մինիմալ արժեքները եղել են 0, ԿՀ-ի դեպքում մաքսիմալ արժեքը եղել է 60 ամիս, իսկ ՀԾ-ի դեպքում՝ 36 ամիս:

Հարցվողներն իրենց կարծիքն են արտահայտել ծննդաբերության մեթոդի ընտրության և բժիշկների մոտեցումների մասին մի շարք դատողությունների վերաբերյալ: Արդյունքները ներկայացված են ստորև՝ **Աղյուսակ 14-ում**:

<b>Աղյուսակ 14. Կանանց կարծիքները ծննդաբերության մեթոդի ընտրության բժիշկների մոտեցումների վերաբերյալ</b>	<b>Լիովին համամիտ եմ</b>	<b>Որոշ չափով համամիտ եմ</b>	<b>Այլքան էլ համամիտ չեմ</b>	<b>Բոլորովին համամիտ չեմ</b>	<b>Կիրառելի չէ</b>	<b>Դժվ. եմ պատ.</b>	<b>Ընդամենը</b>
Բժիշկներն ավելի շահագրգռված են իրականացնել կեսարյան հատում, քանի որ ավելի շատ եկամուտ են ստանում	12.8	24.8	24.3	36.0	0.3	2.0	100.0
Բժիշկներն ավելի շահագրգռված են իրականացնել կեսարյան հատում, քանի որ դա ավելի կարճ է տևում	8.8	24.5	22.3	41.3		3.3	100.0
Բժիշկները խրախուսում են կանանց, որ կեսարյան հատումը հեշտ և հարմարավետ ծննդաբերության մեթոդ է	4.5	15.8	24.5	53.3	0.5	1.5	100.0
Բժիշկները բացատրում են հեշտոցային ծննդաբերության առավելությունները և կանանց խրախուսում են ծննդաբերել բնական եղանակով	67.5	25.0	4.0	3.0	0.3	0.3	100.0
Նույնիսկ, եթե կնոջ վերջին հղիությունն ավարտվել է կեսարյան հատմամբ, մինևույն է, բժիշկները պնդում են, որ հնարավոր է հեշտոցային ծննդաբերություն	12.8	33.5	20.3	18.5		15.0	100.0
Եթե ծննդաբերող կինն ու իր հարազատները ցանկանում են կեսարյան հատում, ապա բժիշկը ընդունում է դա առանց քննարկելու	17.8	23.5	28.0	25.3		5.5	100.0
Եթե ինձ բացատրեին կեսարյան հատման հետ կապված հնարավոր բարդությունները <u>կանանց կոնսուլտացիայում</u> , ապա ես հաստատ կնախընտրեի հեշտոցային ծննդաբերությունը	39.0	10.0	5.8	15.0	27.3	3.0	100.0
Եթե ինձ բացատրեին կեսարյան հատման հետ կապված հնարավոր բարդությունները <u>ծննդատանը</u> , ապա ես հաստատ կնախընտրեի հեշտոցային ծննդաբերությունը	36.0	11.8	4.8	16.8	27.5	3.3	100.0

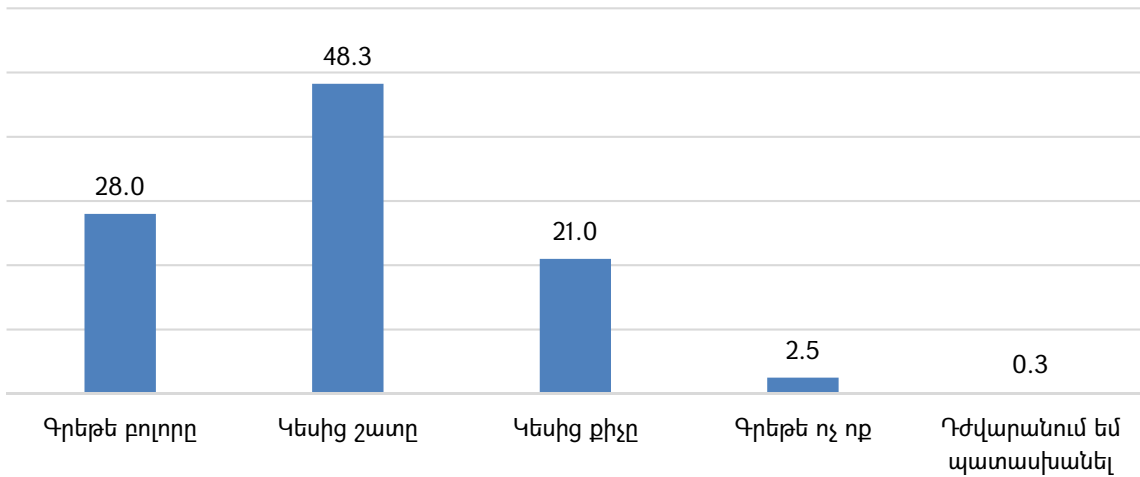
Ինչ վերաբերում է ընդհանուր առմամբ հարցվողների մոտեցումներին ԿՀ-ին և ՀԾ-ին, ապա հարցված կանանց 89.3%-ի համար ավելի շատ ընդունելի է հեշտոցային ծննդաբերություն, իսկ 9.8%-ի համար՝ կեսարյան հատումը:

Գծապատկեր 21. Կանանց վերաբերմունքը ծննդալուծման եղանակներին



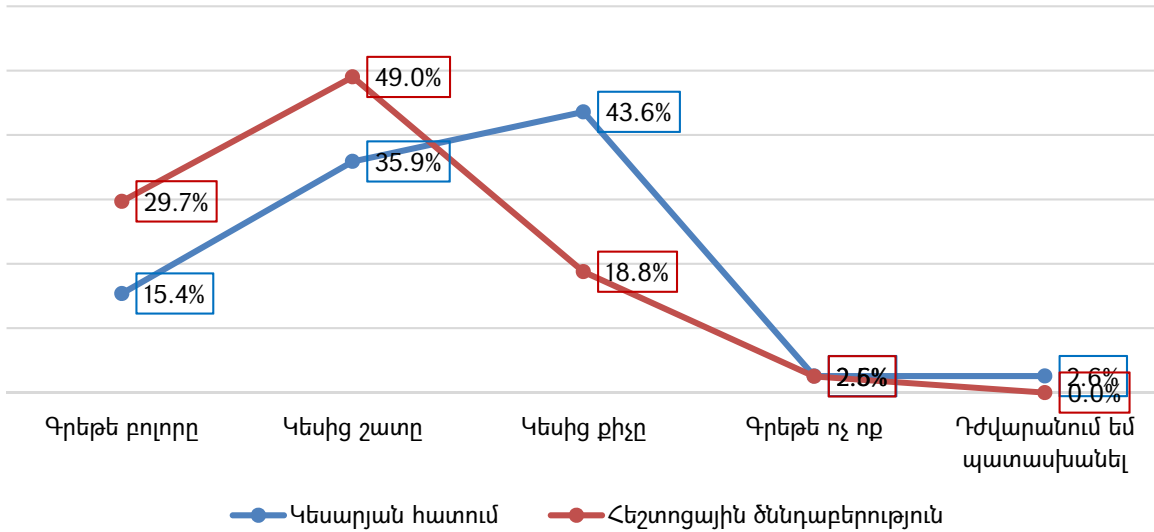
Հարցվողների մեծ մասը նշել է, որ իր շրջապատի կանայք մեծամասամբ ծննդաբերել են նույն եղանակով, ինչ իրենք: Այսպես, այն հարցին, թե «Ձեր շրջապատի (ընկերների, մտերիմների) ո՞ր մասն է ընտրում ծննդաբերության նույն մեթոդը, ինչ Դուք», «Գրեթե բոլորը» պատասխանել է հարցվողների 28.0%-ը, «Կեսից շատը» նշել է 48.3%ը, «Կեսից քիչը»՝ 21.0%-ը, իսկ «Գրեթե ոչ ոք»՝ 2.5%-ը:

Գծապատկեր 22. Նույն մեթոդով ծննդաբերածները շրջապատում



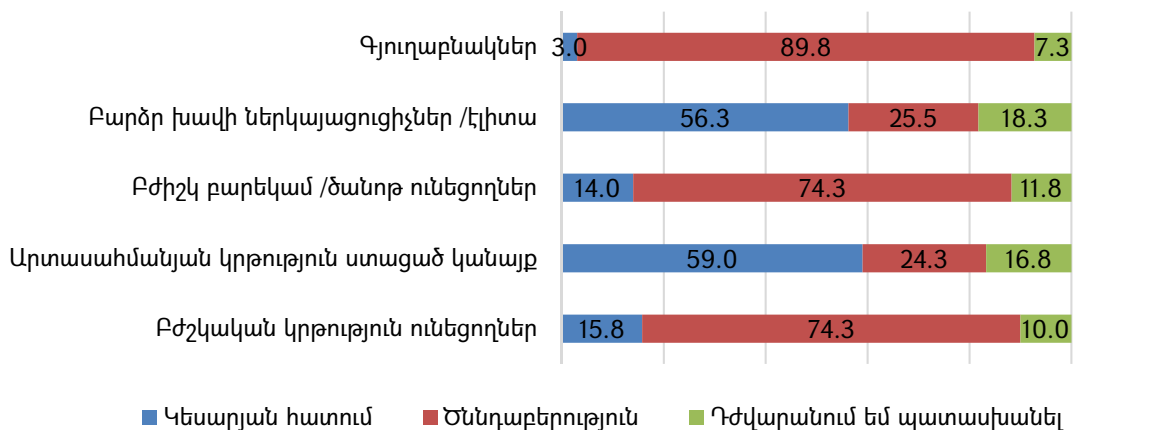
Հետաքրքրական է, որ շրջապատի հետ նմանությունն ավելի շատ է հեշտոցային ծննդաբերությանը, քան կեսարյան հատմանը նախապատվություն տվողների շրջանում:

Գծապատկեր 23. Շրջապատի և սեփական նախասիրությունները



Պատկերացումների մակարդակում փորձել ենք վերհանել ծննդալուծման տարբեր մեթոդներին նախապատվություն տվող կանանց մոտավոր կերպարները: Այսպես՝ ըստ հարցվողների՝ բարձր խավի ներկայացուցիչները և արտասահմանյան կրթություն ստացածներն ավելի շատ նախընտրում են ԿՀ-ի եղանակը, իսկ գյուղաբնակները, բժշկական կրթություն կամ բժիշկ ծանոթներ ունեցողները՝ ՀԾ-ն:

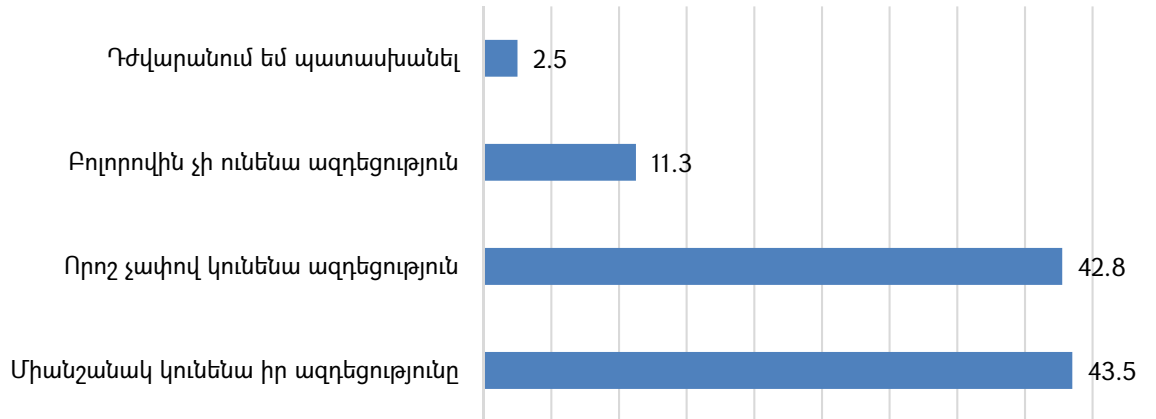
Գծապատկեր 24. Պատկերացումները տարբեր մեթոդներով ծննդաբերած կանանց վերաբերյալ



Հաջորդիվ պարզաբանվել են մայրության դպրոցին վերաբերող հարցեր: Այն հարցին, թե եթե նախքան ծննդաբերությունը կլինն անցնի նախապատրաստական դասեր, արդյոք դա կազդի ծննդաբերության մեթոդի ընտրության վրա, պատասխանները բաշխվել

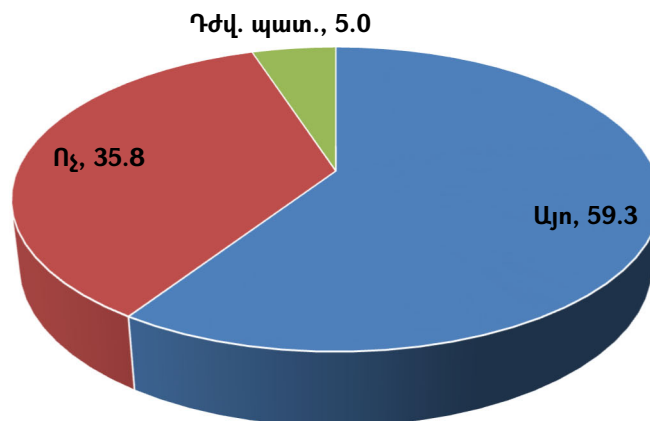
են հետևյալ կերպ՝ 43.5%-ը նշել է, որ միանշանակ կունենա ազդեցություն, 42.8%-ը՝ որոշ չափով կունենա ազդեցություն, իսկ 11.3%-ը՝ բոլորովին չի ունենա ազդեցություն:

Գծապատկեր 25. Դասընթացների ազդեցությունը մեթոդի ընտրության վրա



Հետաքրքրական է, որ թեև հարցվողների 86.3%-ն այս կամ այն չափով համամիտ է, որ դասընթացները կունենան ազդեցություն ծննդաբերության մեթոդի ընտրության վրա, սակայն նրանցից ոչ բոլորն են, որ կցանկանային մասնակցել դասընթացների: Այսպես՝ այն հարցին, թե կցանկանայիք նախքան ծննդաբերությունը Դուք և Ձեր ամուսինը անցնելիք նախապատրաստական դասեր, հարցին դրական է պատասխանել հարցվողների 59.3%-ը, բացասական է պատասխանել 35.8%-ը, իսկ 5.0%-ը դժվարացել է պատասխանել:

Գծապատկեր 26. Դասընթացներին մասնակցելու ցանկություն





Այսպիսով՝ վերը ներկայացվածը վկայում է ծննդաբերության մեթոդի ընտրության հարցում տարբեր օղակների միասնական և ամենօրյա աշխատանքի անհրաժեշտության մասին: Անհրաժեշտ է իրազեկման աշխատանքներ տանել կանանց և նրանց հարազատների շրջանում՝ ներգրավելով տեղեկատվության տարածման զանգվածային միջոցներ:

## Ամփոփում և առաջարկներ

Ամփոփելով իրականացված հետազոտության արդյունքները՝ նշենք, որ աշխարհում կեսարյան հատումների թիվը կազմում է 21.1%<sup>21</sup>, իսկ Հայաստանում այն կազմում է 37,5%<sup>22</sup>: Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ 2000 թ.-ին ցուցանիշը կազմել է 7.2%, վերջին քսան տարիների ընթացքում այն աճել է գրեթե 5 անգամ: Աճին նպաստում են մի շարք օբյեկտիվ (օժանդակ վերարտադրողական տեխնոլոգիաների զարգացումը և կիրառումը մանկաբարձագինեկոլոգիական պրակտիկայում, որոշ ծանր ախտաբանությունների տարածվածության աճը, 35 տարեկանից բարձր առաջնածինների թվի աճը, մեկ կամ ավելի կեսարյան հատում ունեցող հղի կանանց թվի շարունակական աճը, պտղի կողմից ցուցումների ավելացումը և այլն) և սուբյեկտիվ գործոններ (լրացուցիչ ռիսկերից խուսափելու բժիշկների մոտեցումը, կանանց ցանկությունը և այլն): Իրականացված ուսումնասիրությունը թույլ է տվել բացահայտել կեսարյան հատման մի շարք պատճառներ, որոնց վրա համապատասխան ազդեցություն ունենալով՝ հնարավոր է հասնել կեսարյան հատումների թվի նվազմանը:

**Կեսարյան հատման ցուցումների ոչ միանշանակություն:** Ըստ բժշկական քարտերի վերլուծության՝ ԿՀ ցուցումների 81.4%-ը մանկաբարձ-գինեկոլոգիական են (մեծամասամբ՝ սպի արգանդի վրա, ծանր պրեէկլամպսիա), 46.8%-ը՝ պտղի կողմից (մեծամասամբ՝ պտղի հետույքային կամ տոտիկային առաջադրությունը և պտղի դիստրես) և 24.2%-ը՝ ոչ մանկաբարձական ցուցումներ (մեծամասամբ՝ կարճատեսությունն ու դրա լազերային շտկումը) և այլն: Բժիշկների 69.0%-ը խուսափում է սպիից հետո բնական ծննդաբերության գործընթացից: Քանակական հարցման մասնակիցների 36.7%-ը թեթև պրեէկլամպսիայի դեպքում հաճախ իրականացնում է ԿՀ՝ համապատասխան մանկաբարձական պայմանների բացակայության պատճառով (ծննդաբերական ուղիների անպատրաստվածություն): Որակական հարցազրույցների տվյալներով՝ երբեմն հարակից մասնագետները ցուցում են իրականացնել ԿՀ անոթների վարիկոզ լայնացման պարագայում կամ տեսողության լազերային շտկումից հետո, սակայն ոչ բոլոր հարցվողներն են համակարծիք, որ դրանք համարվում են ԿՀ ցուցում, ինչպես մանկաբարձ-գինեկոլոգները, այնպես էլ անոթային վիրաբույժներն և ակնաբույժները: Որոշ դեպքերում

<sup>21</sup> <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>

<sup>22</sup> «Մոր եւ մանկան առողջություն» վիճակագրական տարեգիրք, Հայաստան 2022.- Եր.: Մ 920 ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2022.- 118 էջ:

(մասնավորապես էքստրագենիտալ ախտաբանությունների, օրինակ՝ սրտանոթային հիվանդությունների պարագայում և այլն) կիրառվում են միջազգային (Եվրոպական, ամերիկյան, ռուսական) մոտեցումներ, որոնք նույնպես չեն ապահովում միանշանակություն: Միանշանակության բացակայության պարագայում բժիշկներն իրենց անպաշտպան են զգում լրացուցիչ ռիսկի դիմելու բացասական հետևանքների առաջ, ուստի նախընտրում են գնալ ԿՀ-ի՝ շրջանցելով այդ ռիսկերը:

*Ելնելով վերոգրյալից, անհրաժեշտ է մշակել և ներդնել պտղի կոնքային առաջադրությունների, խոշոր պտուղների և կեսարյան հատումից հետո ծննդաբերությունների վարման (ազգային) ուղեցույցներ և գործելակարգեր, հստակեցնելով հեշտոցային ճանապարհով ծննդաբերությունների պայմանները, մանկաբարձական ոլորտի գործող կլինիկական ուղեցույցների հիման վրա (պրեկլիամպսիայի, պտղի ներարգանդային աճի հասպտման, վաղաժամ ծննդաբերությունների, բազմապտուղ հղիությունների վարման և այլն) ստեղծել գործելակարգեր և մշակել նորերը /այն ախտաբանությունները, որոնց համար դեռ ՀՀ-ն չունի ազգայինը/, որտեղ ԿՀ ցուցումները կլինեն հստակ:*

*Դիմել ակնաբույժների ազգային ասոցիացիային՝ առաջարկելով մշակել և ներկայացնել տեսողության ախտահարումներ ունեցող կանանց հղիությունների վարման ուղեցույց:*

*Ուղեցույցները և գործելակարգերը պետք է ունենան հստակ ձևակերպումներ և հաստատված լինեն և՛ Առողջապահության, և՛ Արդարադատության նախարարությունների կողմից՝ ապահովելով դրանց կիրառության իրավական հիմքերը:*

*Գործելակարգերը պետք է լինեն պարտադիր ՀՀ-ում գործող բոլոր ԲԿ-ների և բժիշկների համար:*

*ՀՀ Առողջապահության նախարարին կից գործող մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի խորհուրդի ներքո ստեղծել աշխատանքային խումբ, որը կզբաղվի ուղեցույցների և գործելակարգերի մշակմամբ և դրանց կիրառության մշտադիտարկմամբ:*

Կեսարյան հատումների մանկաբարձական և ոչ մանկաբարձական ցուցումների վերաբերյալ առաջնային օղակի մասնագետների ոչ լիարժեք իրազեկվածություն: Ըստ որակական հարցազրույցների տվյալների՝ երբեմն առաջնային օղակի բժիշկները (հատկապես մարզերում) կազմում են կեսարյան հատման եղանակաով ծննդալուծման պլան այն դեպքերում, երբ հնարավոր է վիրահատությունից խուսափել (օրինակ պորտալարի փաթաթում, բազմապտուղ հղիություն, հարակից մասնագետի եզրակացություն և այլն): Հավելենք, որ ծննդալուծման եղանակի որոշման վրա մեծապես ազդեցություն ունեն հղիությունը վարող բժիշկը (44.1%) և ծնունդ ընդունող բժիշկը (36.7%):

*Առանձնացնելով առաջնային օղակի խիստ կարևոր դերը ծննդալուծման մեթոդի որոշման գործընթացում՝ կարևոր է տվյալ օղակի (հատկապես մարզային) մասնագետների հետ իրականացնել վերապատրաստումներ՝ գիտելիքների թարմացման և արդի մոտեցումներին ծանոթացնելու նպատակով: Այս առումով նպատակահարմար է համագործակցել բժշկական շարունակական կրթությամբ զբաղվող ամբիոնների հետ՝ առաջնային օղակի բժիշկների գիտելիքների և հմտությունների թարմացման նպատակով պարբերաբար դասընթացներ կազմակերպելու հարցում:*

Բարդ ծնունդների վարման հաճախականությունը բավականին ցածր է, քանի որ ստացիոնարի բժիշկներից շատերը չեն տիրապետում բարդ ծնունդների վարման հմտություններին: Դա կարող է պայմանավորված լինել նաև համապատասխան պայմանների (սարքավորումներ, մարդկային ռեսուրսներ և այլն) բացակայությամբ: Այսպես՝ վերջին 3 տարվա ընթացքում կոնքային առաջադրությամբ մինչև 10 ծնունդ են վարել հարցված բժիշկների մոտ 45%-ը, 10-19 ծնունդ՝ 3%-ը, 20-29՝ մոտ 1.5%, 30-ից ավել՝ մոտ 3.8%: Այդպիսով՝ կոնքային առաջադրությամբ դեպքեր վերջին 3 տարիների ընթացքում չեն վարել հարցված բժիշկների մոտ կեսը: Վակում էքստրակցիայի իրականացմանը մասնակից է եղել հարցված բժիշկների 31%-ը, որոնց մեծ մասն ունեցել է 1-2 դեպք: Հարցված բժիշկների միայն 21%-ն է նշել, որ լիովին տիրապետում է վակումում էքստրակցիա իրականացնելու հմտություններին և իրականացրել է այն ինքնուրույն: Վերջին 3 տարիների ընթացքում արքանադրման 1-2 ական փորձերի մասին նշել են հարցված բժիշկների 10.8%-ը: Ըստ որակական հարցումների տվյալների՝ հատկապես մարզային ծննդատներում բացակայում են բարդ ծնունդների վարման համար անհրաժեշտ համապատասխան մասնագետներ, օրինակ՝ նեոնատոլոգներ: Բարդ

ծննդաբերությունների վարման փորձի մասին որակական հարցազրույցների ընթացքում բժիշկները նշել են, որ ԲԿ-ներում ոչ միայն բուժանձնակազմն է անպատրաստ կամ ոչ փորձառու (կազմով, քանակապես և գիտելիքներով /հմտություններով), այլ նաև տեխնիկական հագեցվածությունը թույլ չի տալիս:

*Անհրաժեշտ է ծնունդ վարող բժիշկների հետ պարբերաբար կազմակերպել դասընթացներ, որոնք կունենան ոչ միայն տեսական, այլ նաև պրակտիկ բնույթ՝ իրազեկելու ոչ միայն ուղորտում տեղի ունեցած մոտեցումների փոփոխությունների մասին, այլ նաև սովորեցնելու բարդ ծնունդների վարման հմտությունները (սիմուլյացիոն կուրսեր):*

*Բուժհաստատությունները (հատկապես մարզային) զինել համապատասխան սարքավորումներով, պայմաններով և կադրերով, որոնք մանկաբարձ-գինեկոլոգների իրազեկվածության պարագայում կապահովեն բարդ ծննդաբերությունների հաջող ընթացք: Հատկապես մարզային կլինիկաներում անհրաժեշտ է ապահովել նեղ մասնագետների (նեոնատոլոգ և այլն) և վիրահատարանների բուժանձնակազմի մշտական (հերթափոխ սահմանել, այլ ոչ թե տանից կանչեն) ներկայություն:*

Դեռևս շարունակում են իրականացվել ԿՀ-ներ՝ հղիի ցանկությամբ: Հարցված բժիշկների 4.4%-ը նշել է, որ կգնա ԿՀ իրականացնելու հղիի ցանկությանն ընդառաջ: Բժշկական քարտերի ուսումնասիրությունը չի բացահայտել հղիի ցանկությամբ կեսարյան հատումների դեպքեր, քանի որ այդ մասին ուղղակիորեն չի նշվում քարտում: Ըստ կանանցից ստացված քանակական տվյալների՝ կանանց կեսարյան հատումներ իրականացնելու պատճառներն են կնոջ վիճակը՝ մանկաբարձագինեկոլոգիական խնդիրներ (43.2%), պտղի կողմից ցուցումները (30.1%), հարակից մասնագետի ցուցումները (19.9%) և հղիի հարազատների ցանկությունը (6.8%): Հաշվի առնելով վիճակագրական սխալի մեծությունը, կարելի է արձանագրել, որ առանց ցուցումների կեսարյան հատումների մակարդակը գտնվում է 8-10%-ի սահմաններում:

*Կնոջ և իր ընտանիքի ցանկությամբ կատարվող կեսարյանների թիվը նվազեցնելու համար առաջարկվում է բացատրական աշխատանքներին տալ առաջնային նշանակություն:*

Կանանց իրազեկվածության բարձրացմանն ուղղված մեթոդները ոչ միշտ են արդյունավետ, ինչի արդյունքում կանայք ունենում են գիտելիքների բաց: Ըստ որակական հարցումների՝

կանանց կեսից շատը ունեցել է ծննդաբերության եղանակների մասին գիտելիքների բաց, որի արդյունքում մեծամասամբ առաջնորդվել են բժշկի խորհուրդներով: Հետևաբար, իրենք չեն կարող արդյունավետ քննարկում ունենալ ծննդաբերության միջամտությունների մասին իրենց բժիշկների հետ և որոշում կայացնել կեսարյան հատման վերաբերյալ բժշկական և նույնիսկ ոչ բժշկական ցուցումների դեպքում՝ առանց իմանալու իրական ռիսկերն ու օգուտները: Իրազեկվածության բարձրացման նպատակով ԿԿ-ներում գործում են «Մայրության դպրոցներ», որոնք, ըստ ուսումնասիրության արդյունքների, այդքան էլ արդյունավետ չեն: Ըստ որակական հարցումների՝ ԿԿ-ներում գործող մայրության դպրոցների դասընթացներին մասնակցում են ոչ բոլոր հղիները իրենց զբաղվածությամբ, ինչպես նաև տեղական մտածողությամբ (սկեսուրները թույլ չեն տալիս, անհարմար են զգում և այլն) պայմանավորված: Թեև հարցված կանանց 86.3%-ն այս կամ այն չափով համամիտ է, որ դասընթացները կունենան ազդեցություն ծննդաբերության մեթոդի ընտրության վրա, սակայն այն հարցին, թե կցանկանայիք նախքան ծննդաբերությունը Դուք և Ձեր ամուսինը անցնել նախապատրաստական դասեր, դրական է պատասխանել հարցվողների 59.3%-ը, բացասական է պատասխանել 35.8%-ը, իսկ 5.0%-ը դժվարացել է պատասխանել:

*Իրազեկվածության բարձրացումը կարող է մեծացնել ընդհանուր որոշումների կայացման գործընթացում պացիենտների մասնակցայնության ցուցանիշը: Մշակել հղիների համար կրթական նյութեր հեշտոցային ծննդաբերության և կեսարյան հատումների առավելությունների և թերությունների վերաբերյալ:*

*Մեծացնել մայրության դպրոցների գրավչությունը հղիների համար: Անհրաժեշտության դեպքում դասընթացներն իրականացնել առցանց եղանակով: Դա մի կողմից կլուծի ժամանակային և տարածական դժվարահասանելիության խնդիրը, մյուս կողմից՝ մենտալիտետով պայմանավորված խնդիրները:*

*Նմանատիպ դասընթացներ իրականացնել հղիների ամուսինների, ինչպես նաև ընտանիքի այլ անդամների (սկեսուրների և այլն) հետ: Տվյալ դեպքում առցանց ձևաչափով դասընթացները կարող են շատ մեծ արդյունք ապահովել այն դեպքում, երբ պահպանվի դրանց մասնակիցների անանունությունը:*

*Իրականացնել լայնամասշտաբ իրազեկման աշխատանքներ՝ կիրառելով ՁԼՄ-ների՝ հեռուստատեսության, համացանցի կամ տպագիր մամուլի ռեսուրսները: Այս տեսանկյունից դրական արդյունք կարող է ապահովել «Մայրության*

*դայրոց» հաղորդաշարի թողարկումը, որը շարաթական 1 անգամ ազգային հեռուստատեսությամբ եթեր հեռարձակվելով, հասարակության համապատասխան լսարանին կհասցնի անհրաժեշտ տեղեկատվությունը:*

*Այս համատեքստում կարևորվում է նաև իրազեկման դասընթացներ իրականացնել լրագրողների համար, որպեսզի վերջիններս կարողանան գրագետ և արդարացիորեն ներկայացնել հղիության և ծննդաբերության գործընթացներին վերաբերող թեմաները:*

Կանայք (առանց ցուցումների) կեսարյան հատման որոշման գնում են մեծամասամբ ցավից խուսափելու և վախի գործոններով պայմանավորված: Հեշտոցային ծննդաբերությունը կեսարյան հատմամբ փոխարինելու ցանկություն է հայտնել հեշտոցային ծննդաբերություն ունեցածների 8.5%-ը՝ հիմնավորման ամենաշատ հնչած տարբերակներն են ծննդաբերական ցավեր չունենալու, ծննդաբերական ուղիների պատռվածքներ և սեռական օրգանների դեֆորմացիա չունենալու, ծնարանի միջավայրում սթրես չապրելու ու անհանգիստ չլինելու ցանկությունը: Ծննդաբերական գործունեության ընթացքում, ըստ որակական տվյալների, կանայք ավելի պահանջ են ունենում իրենց հանդեպ բարյացակամ, աջակցող և հարգալից վերաբերմունքի: Դրանով է թերևս բացատրվում ԿԿ մանկաբարձ գինեկոլոգին ընտրելու և հետագայում վերջինիս մոտ ծննդաբերելու կանանց ցանկությունը: Մյուս կողմից, ըստ ուսումնասիրության տվյալների, ԿԿ-ներում և ծննդատներում պրենատալ հոգեբանների բացակայությունը բարձրացնում են մանկաբարձ-գինեկոլոգների ծանրաբեռնվածությունը և լարվածությունը:

*Մայրության դայրոցների շրջանակներում կամ դրանցից դուրս մասնագիտացված պրենատալ հոգեբանների ներգրավումը կարող է բարելավել հղիների հոգեվիճակը, որով պայմանավորված էլ՝ ծննդաբերության ընթացքը: Համապատասխան մասնագետները կգրադվեն խնդրով՝ համագործակցելով մանկաբարձ-գինեկոլոգի հետ, որի արդյունքում նաև լրացուցիչ ծանրաբեռնվածություն չի լինի գինեկոլոգի վրա: Միննույն ժամանակ անհրաժեշտ են հաստուկ հմտություններ և մասնագիտական կարողություններ:*

Կեսարյան հատումների աճին զգալի նպաստում է նաև տարբերակված և ավելի բարձր գներով ֆինանսական փոխհատուցման մեխանիզմի առկայությունը, ինչի արդյունքում թե՛ բժշկական հաստատությունը և թե՛ բժիշկը մոտիվացված են լինում կնոջը ծննդալուծել ԿՀ ճանապարհով: Մանկաբարձ-գինեկոլոգներին բոնուսային վճարումների գումարը 11 անգամ ավելի բարձր է եղել ԿՀ-ի համար, քան բնական ճանապարհով ծնունդների համար <sup>23</sup> : Ըստ խորին հարցազրույցներին մասնակցած բժիշկների՝ ՀՀ-ում ծննդալուծումների համար հատկացվող ֆինանսավորման համակարգը մշակված է այնպես, որպեսզի նվազեցնի կեսարյան հատումների թիվը, քանի որ կեսարյան հատումների համար սահմանված քանակից հետո կեսարյան հատումները ֆինանսավորվում են այնքան, որքան հեշտոցային ծննդաբերության դեպքում: Այնուամենայնիվ, բոնուսային համակարգի առկայությունը, ինչպես նաև կանանց հետ իրականացված ֆոկուս խմբային հարցազրույցները փաստում են, որ բժիշկներն ունենում են ֆինանսական մոտիվացվածք:

*Առաջարկվում է փոխել մանկաբարձական ոլորտի ֆինանսավորման սկզբունքները, բուժանձնակազմի, հատկապես մանկաբարձ-գինեկոլոգների համար, տրամադրելով նույն վարձավճարը 1 ծննդաբերության համար՝ անկախ ծննդալուծման եղանակից (բնական ուղիներով, թե ԿՀ):*

---

<sup>23</sup> Tadevosyan et al. BMC Pregnancy and Childbirth (2019) 19:2 <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2158-6>.



## Հավելվածներ. Հարցազրույցների հարցաշարեր

### Վերջին 3 տարիների ընթացքում ծննդաբերած կանանց հետ իրականացվելիք քանակական հարցումների հարցաշար

Բարև Ձեզ, ես \_\_\_\_\_ եմ՝ «Հասարակական հետազոտությունների առաջատար խումբ» հասարակական կազմակերպությունից:

ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի պատվերով մենք իրականացնում ենք հասարակական կարծիքի ուսումնասիրություն, որի հիմնական նպատակն է պարզել կեսարյան հատումների տարածվածության մակարդակը Հայաստանում:

Ձեր մասնակցությունն այս հարցմանը **կամավոր** է, սակայն մեզ համար շատ կարևոր է Ձեր կարծիքը, քանի որ Ձեր անկեղծ պատասխանները մեծապես կնպաստեն հետազոտության արդյունքների հուսալիությանը: Հարցումն **անանում** է: Ձեր պատասխանները առանձին չեն հրապարակվելու, այլ վերլուծվելու և ներկայացվելու են մնացած հարցումներից ստացված պատասխանների հետ միասին:

1. Որքա՞ն ժամանակ է, ինչ ամուսնացած եք \_\_\_\_\_ տարի (*ՁՎ- եթե կես տարուց պակաս է, կլորացնում ենք ներքև, եթե ավել է՝ վերև, օրինակ՝ եթե 3 տարի 2 ամիս, ապա նշում ենք 3 տարի, եթե 4 տարի և 7 ամիս, ապա նշում ենք 5 տարի*):

2. Քա՞նի երեխա ունեք \_\_\_\_\_ (*ՁՎ- խոսքը վերաբերում է միայն իր ծննդաբերած երեխաներին, չենք հաշվում ամուսնու կամ որդեգրված երեխաներին*):

3. Ձեր յուրաքանչյուր երեխայի համար նշեք խնդրեմ, թե ինչպես են լույս աշխարհ եկել՝ սկսելով ամենամեծից (*1-ին ծննդից*): Նշեք խնդրեմ, երեխաների ծննդյան տարեթվերը և Ձեր տարիքը յուրաքանչյուր ծննդի ժամանակ:

3.1. Երեխայի ծննդյան տարեթիվ	3.2. 1. Հեշտոցային ծննդաբերություն 2. Կեսարյան հատում	3.3. Մոր տարիքը երեխայի ծնվելու ժամանակ
1.	1. 2.	տարեկան
2.	1. 2.	տարեկան
3.	1. 2.	տարեկան
4.	1. 2.	տարեկան
5.	1. 2.	տարեկան
6.	1. 2.	տարեկան

....	1. 2.	տարեկան
------	-------	---------

4. Այսպիսով՝ ունեցե՞լ եք հեշտոցային ծննդաբերություն կամ կեսարյան հատում:  
 1) Ունեցել եմ միայն հեշտոցային ծննդաբերություն  
 2) Ունեցել եմ միայն կեսարյան հատում  
 3) Ունեցել եմ ն՝ հեշտոցային ծննդաբերություն և՛ կեսարյան հատում
5. Ծնունդը (կամ կեսարյանը ընդունվել է)կատարվել է ընտրված բժշկի կողմից, թե հերթապահ բժշկի կողմից  
 1) Իմ ընտրած բժշկի կողմից  
 2) Հերթապահ բժշկի կողմից  
 3) Իմ ընտրած բժիշկը հերթապահում էր այդ օրը

6. Եթե ունեցել եք կեսարյան հատմամբ ծննդաբերություն, ապա կեսարյան հատումից հետո ո՞ր եղանակով եք ծննդաբերել կամ ո՞րը կնախընտրեք հաջորդ հղիության ժամանակ

	Հեշտոցային ծննդաբերություն	Կեսարյան հատում	Չեմ ունեցել /չեմ պլանավորում
Կեսարյան հատումից հետո նախկին փորձ	1	2	3
Կեսարյանից հետո պլանավորում	1	2	3

7. Եթե ունեցել եք հեշտոցային ծննդաբերություն, ապա ծննդաբերությունից հետո արդյո՞ք ունեցել եք բարդություններ (4=1)  
 1) Այո  
 2) Ոչ  
 3) Հրաժարվում եմ պատասխանել /Չկարողալ/

8. Որքա՞ն ժամանակ է պահանջվել հեշտոցային ծննդաբերությունից հետո վերականգնվելու համար \_\_\_\_\_ օր (ԶՎ-եթե կնշվի ամիս, ապա դա վերածել օրերի) (4=1)

9. Եթե ժամանակը հետ տային, Դուք կնախընտրեի՞ք հեշտոցային ծննդաբերությունը փոխարինել կեսարյան հատմամբ (4=1)  
 1) Այո  
 2) Ոչ  
 3) Դժվարանում եմ պատասխանել (Անցնել Հ11)

10. Եթե այո, ապա ինչո՞ւ (նշել բոլոր թվարկված տարբերակները) (9=1)  
 1) Որպեսզի չունենայի ծննդաբերական ցավեր  
 2) Որպեսզի ծննդաբերության ժամանակ հաճախակի և ցավոտ հեշտոցային հետազոտություններ չանցնեի  
 3) Որպեսզի ծնարանի միջավայրում սթրես չսպրեի ու անհանգիստ չլինեի

- 4) Որպեսզի երեխաս խնդիրներ չունենար ծննդաբերության ժամանակ
  - 5) Որպեսզի չունենայի ծննդաբերական ուղիների պատռվածքներ և սեռական օրգանների դեֆորմացիա
  - 6) Որպեսզի ծննդաբերությունից հետո չունենայի հետծննդաբերական բարդություններ՝ արգանդի և հեշտոցի պատերի իջեցում, անմիզապահություն կամ ուղիղ աղու վնասում
  - 7) Հեշտոցային ծննդաբերությունն ավելի ռիսկային է մոր և երեխայի
  - 8) Որպեսզի կեսարյան հատման ժամանակ կապելին իմ արգանդափողերը
  - 9) Այլ /նշել/ \_\_\_\_\_
  - 10) Դժվարանում եմ պատասխանել
11. Եթե ոչ, ապա ինչո՞ւ (նշել բոլոր թվարկված տարբերակները) (9=2)
- 1) Հեշտոցային ծննդաբերության ցավն ավելի ընդունելի է, քան կեսարյան հատման բարդությունները
  - 2) Հեշտոցային ծննդաբերության ժամանակ պտղի աճն ավարտված է, սակայն կեսարյան հատման ժամանակ այն լիարժեք ավարտված չէ
  - 3) Հեշտոցային ծննդաբերությամբ ծնված երեխաներն ավելի առողջ են լինում, քան կեսարյան հատմամբ ծնվածները
  - 4) Հեշտոցային ծննդաբերությունը ֆինանսապես ավելի մատչելի է, իսկ կեսարյան հատման ժամանակ լրացուցիչ ֆինանսական ծախսեր են լինում
  - 5) Հեշտոցային ծննդաբերությունը բնական գործընթաց է, իսկ կեսարյան հատումը մարդու կողմից ստեղծված և արհեստական մեթոդ է
  - 6) Նորմալ հեշտոցային ծննդաբերությունը հեշտ է և պահպանում է կնոջ առողջությունը
  - 7) Հեշտոցային ծննդաբերությունից հետո կանայք ավելի արագ են վերականգնվում և վերադառնում առօրյա կյանքին
  - 8) Հեշտոցային ծննդաբերության ժամանակ լուրջ խնդիրների առաջացման հավանականությունը քիչ է
  - 9) Կրծքով կերակրման սկիզբն ավելի բարեհաջող է լինում մոր և երեխայի համար,
  - 10) Ցանկություն ունեմ դեռ մի քանի երեխաներ ևս ունենալ, ուստի հաջորդ հղիությունների բարդություններից խուսափելու համար
  - 11) Այլ /նշել/ \_\_\_\_\_
  - 12) Դժվարանում եմ պատասխանել
12. Եթե ունեցել եք կեսարյան հատում, արդյո՞ք հետո ունեցել եք բարդություններ (4=2)
- 1) Այո
  - 2) Ոչ
  - 3) Հրաժարվում եմ պատասխանել /Չկարդալ/
13. Որքա՞ն ժամանակ է պահանջվել կեսարյան հատումից հետո վերականգնվելու համար \_\_\_\_\_ օր (ԶՎ-եթե կնշվի ամիս, ապա դա վերածել օրերի) (4=2)
14. Ինչո՞ւ եք երեխային /երեխաներին ունեցել կեսարյան հատմամբ (4=2)
- 1) Պտղի անհարմար անկանոն դիրք կամ ոչ գլխային առաջադրություն
  - 2) Պտղի ենթադրյալ քաշ
  - 3) Իմ ֆիզիոլոգիական վիճակը, բացվածք չէր լինում և այլն
  - 4) Տարիքս մեծ էր
  - 5) Ակնաբույժն է խորհուրդ տվել

- 6) Սրտաբանն է խորհուրդ տվել
- 7) Արյունաբանն է խորհուրդ տվել
- 8) Այլ բժիշկ է խորհուրդ տվել /նշել/ \_\_\_\_\_
- 9) Պատճառը մայրական և նորածինների մահերի վերջին տարիների բացասական փորձն է հեշտոցային ծննդաբերության ժամանակ
- 10) Բազմապտուղ հղիություն էր
- 11) Վախենում էի ծննդաբերական ցավերից
- 12) Հարազատներս պահանջեցին կեսարյան, քանի որ մենք համարում ենք, որ կեսարյան հատմամբ մոր և երեխայի կյանքին վտանգ չի սպառնում
- 13) Նախկինում էլի էի ունեցել կեսարյան հատում
- 14) Նախորդ հեշտոցային ծննդաբերության անհաջող փորձ
- 15) Կեսարյան հատումն ավելի նորաձև է
- 16) Հեշտոցային ծննդաբերությունը հնացած ձև է
- 17) Իմ շրջապատում բոլորը կեսարյան հատմամբ են երեխա ունենում
- 18) Ցանկանում էինք, որպեսզի մենք ընտրեինք երեխայի ծննդյան ամսաթիվը
- 19) Այլ /նշել/ \_\_\_\_\_
- 20) Դժվարանում եմ պատասխանել
- 21) Հրաժարվում եմ պարաստանել

15. /Եթե 12=14, ապա / Եթե նախորդ հեշտոցային ծննդաբերությունն ունեցել է անբարենպաստ ելք, ապա խնդրում եմ պարզաբանեք, թե ինչպիսի

- 1) Անբարենպաստ ելք մոր համար /նշել/ \_\_\_\_\_
- 2) Պտղի մահ ծննդաբերության ընթացքում
- 3) Նորածնի մահ առաջին 6 օրվա ընթացքում
- 4) Նորածնի մոտ ծննդաբերական տրավմա
- 5) Ծննդաբերական տրավմայով պայմանավորված երեխայի հաշմանդամություն
- 6) Այլ /նշել/ \_\_\_\_\_
- 7) Դժվարանում եմ պատասխանել

16. Եթե ժամանակը հետ տային, Դուք կնախընտրեի՞ք կեսարյան հատումը փոխարինել հեշտոցային ծննդաբերությամբ (4=2)

- 1) Այո
- 2) Ոչ
- 3) Դժվարանում եմ պատասխանել /Անցնել Հ19/

17. Եթե այո, ապա ինչո՞ւ (16=1)

- 1) Կեսարյան հատման բարդություններն ավելի շատ են, նորմալ հեշտոցային ծննդաբերության համեմատ
- 2) Կեսարյան հատման արդյունքում կանայք ձեռք են բերում առողջական խնդիրներ
- 3) Չեի ցանկանա, որ որովայնիս վրա սպի լինեի
- 4) Կեսարյան հատմամբ ծնված երեխաներն այդքան էլ առողջ չեն լինում, ի տարբերություն հեշտոցային ծննդաբերությամբ ծնվածների
- 5) Կեսարյան հատումից հետո վերականգնումն ավելի երկար է տևում, քան ծննդաբերությունից հետո
- 6) Կեսարյան հատումից հետո ավելի երկար են մնում ծննդատանը, քան հեշտոցային ծննդաբերությունից հետո
- 7) Այլ /նշել/ \_\_\_\_\_
- 8) Դժվարանում եմ պատասխանել

18. Եթե ոչ, ապա ինչո՞ւ (15=2)

- 1) Հեշտոցային ծննդաբերությունից հետո սեռական հարաբերությունների վերականգնումը ավելի ուշ է լինում
- 2) Հեշտոցային ծննդաբերությունից հետո կանայք հաճախ դիմում են սեռական համակարգի վերականգնողական վիրահատության
- 3) Ես հոգեպես պատրաստ չեմ հեշտոցային ծննդաբերության
- 4) Ես ֆիզիկապես պատրաստ չեմ (ունեմ որոշ առողջական խնդիրներ) հեշտոցային ծննդաբերության
- 5) Կեսարյան հատմամբ ավելի հանգիստ եմ, որ ոչինչ չի պատահի ինձ և իմ երեխային
- 6) Կեսարյան հատմամբ ստիպված չես լինում ծննդաբերական դիրք ընդունել
- 7) Կեսարյան հատման ժամանակ ծննդաբերության տևողությունը ավելի կարճ է, քան հեշտոցայինը
- 8) Ավելի նախընտրելի է ունենալ կեսարյան հատման բարդություններ, քան հեշտոցային ծննդաբերության ցավեր
- 9) Կեսարյան հատման դեպքում կարողանում ես որոշել երեխայի ծննդյան ամսաթիվը, ընտրել գեղեցիկ ամսաթիվ և ավելի պատրաստված լինել
- 10) Այլ /նշել/ \_\_\_\_\_
- 11) Դժվարանում եմ պատասխանել

19. Հետևյալ խմբերից կամ տեղեկատվության աղբյուրներից յուրքանչյուրը որքանով են ազդեցություն ունեցել ծննդաբերության մեթոդի Ձեր ընտրության վրա (առհասարակ)

	Բավականին շատ	Որոշ չափով	Ոչ այդքան	Բոլորովին ազդեցություն չեն ունենցել	Կիրառելի չէ
1) Հղիությունը վարող բժիշկ	1	2	3	4	97
2) Ծնունդ ընդունող բժիշկ	1	2	3	4	97
3) Այլ բժիշկ (ակնաբույժ, անոթաբան կամ այլ)	1	2	3	4	97
4) Ամուսին /զուգընկեր	1	2	3	4	97
5) Ծնողներ /ազգականներ	1	2	3	4	97
6) Ընկերների /մտերիմների ծննդաբերական փորձ	1	2	3	4	97
7) Թեմատիկ դասընթացներ, ծննդի նախապատրաստական դասընթացներ	1	2	3	4	97
8) Ինտերնետային հոդվածներ,	1	2	3	4	97

մասնագիտական կայքեր					
9) Հեռուստատեսություն	1	2	3	4	97
10) Սոցիալական ցանցեր	1	2	3	4	97
11) Գրքեր, ամսագրեր, բուկլետներ	1	2	3	4	97

20. Ձեր վերջին ծննդաբերության ժամանակ ո՞վ կամ ի՞նչն է օգնել Ձեզ ընտրել ծննդաբերության մեթոդը ( *Նշել մինչև 3 տարբերակ՝ սկսելով ամենակարևորից*)

- 1) Հղիությունը վարող բժիշկ
- 2) Ծնունդ ընդունող բժիշկ
- 3) Ակնաբույժ
- 4) Անոթաբան
- 5) Այլ բժիշկ /նշել/ \_\_\_\_\_
- 6) Ամուսին /գուգրնկեր
- 7) Ծնողներ /ազգականներ
- 8) Ընկերներ /ծանոթներ
- 9) Թեմատիկ դասընթացներ, ծննդի նախապատրաստական աշխատանքներ
- 10) Ինտերնետային հոդվածներ, մասնագիտական կայքեր
- 11) Հեռուստատեսություն
- 12) Սոցիալական ցանցեր
- 13) Գրքեր, ամսագրեր, բուկլետներ
- 14) Այլ

21. Այժմ ես կկարդամ կեսարյան հատման վերաբերյալ դատողություններ, ասացեք խնդրեմ, թե որքանով եք համամիտ դրանցից յուրաքանչյուրի հետ

	1. Լիովին համամիտ եմ, 2. Որոշ չափով համամիտ եմ, 3. Այդքան էլ համամիտ չեմ, 4. Բոլորովին համամիտ չեմ, 98. Դժվարանում եմ պատասխանել
Կեսարյան հատումն ավելի հարմար է, քանի որ կարող ես ինքդ որոշել երեխայի ծննդյան ամսաթիվը	1. 2. 3. 4. 98.
Կեսարյան հատումը մարդու կողմից ստեղծված և արհեստական մեթոդ է, իսկ հեշտոցային ծննդաբերությունը բնական գործընթաց է	1. 2. 3. 4. 98.
Հեշտոցային ծննդաբերությունը հնաոճ մեթոդ է, իսկ կեսարյան հատումը առաջադեմ	1. 2. 3. 4. 98.

Հեշտոցային ծննդաբերության ժամանակ առավել է պահպանվում և վերականգնվում է կնոջ առողջությունը, քան կեսարյան հատման ժամանակ	1. 2. 3. 4. 98.
Ես նախընտրում եմ կեսարյան հատումը՝ խուսափելու համար հեշտոցային ծննդաբերության ժամանակ պատռվածքներ և սեռական օրգանների դեֆորմացիա ունենալուց	1. 2. 3. 4. 98.
Կեսարյան հատումը պետք է արվի միայն բժշկական ցուցման պարագայում	1. 2. 3. 4. 98.
Կեսարյան հատումն ավելի ապահով է երեխայի ծննդի համար	1. 2. 3. 4. 98.
Կեսարյան հատումն ավելի ապահով է մոր համար	1. 2. 3. 4. 98.
Ավելի նախընտրելի է կեսարյան հատում, թեկուզ եթե կլինեն հետագա դժվարություններ, քան ծննդաբերական ցավեր ունենալ	1. 2. 3. 4. 98.
Ծննդաբերական ուղիներով անցնելով՝ պտուղն ավելի ադապտացված է լինում արտաքին աշխարհին	
Կեսարյան հատումն ավելի մոդայիկ է և վկայում է ընտանիքի ապահովված լինելու մասին	1. 2. 3. 4. 98.
Կեսարյան հատումն օգնում է բարելավել սեռական հարաբերությունները, իսկ հեշտոցային ծննդաբերությունից հետո սեռական բավարարվածությունը նվազում է	1. 2. 3. 4. 98.
Ավելի նախընտրելի է կեսարյան հատումը, քանի որ հեշտոցային ծննդաբերությունից հետո սեռական հարաբերությունների վերականգնումն ավելի ուշ է լինում	1. 2. 3. 4. 98.

Կեսարյան հատումն ավելի թանկ է, ուստի և քիչ նախընտրելի	1. 2. 3. 4. 98.
Կեսարյան հատմամբ ծնված երեխաներն ավելի շատ են հակված կրծքով կերակրումից մասնակիորեն կամ ամբողջությամբ հրաժարվել, քան հեշտոցային ծննդաբերությամբ ծնվածները	1. 2. 3. 4. 98.
Կեսարյան հատմամբ ծնված երեխաներն ավելի խելացի են լինում, քան հեշտոցային ծննդաբերությամբ ծնվածները	1. 2. 3. 4. 98.
Հեշտոցային ծննդաբերությամբ ծնված երեխաներն ավելի առողջ են լինում, քան կեսարյան հատմամբ ծնվածները	1. 2. 3. 4. 98.
Մոր և երեխայի էնոցիոնալ կապն ավելի թույլ է կեսարյան հատման ժամանակ	1. 2. 3. 4. 98.
Կեսարյան հատումը բացասական ազդեցություն ունի հետագա հղիությունների վրա	1. 2. 3. 4. 98.
Կեսարյան հատումից հետո հնարավոր չէ հեշտոցային ծննդաբերությամբ երեխա ունենալ	1. 2. 3. 4. 98.
Զույգ կամ եռյակ երեխաներն անպայման պետք է լույս աշխարհի գան կեսարյան հատմամբ	1. 2. 3. 4. 98.
Կինն ավելի հակված է գնալ հեշտոցային ծննդաբերության այն ժամանակ, եթե նրան ուղեկցում է ամուսինը կամ այլ հարազատ	1. 2. 3. 4. 98.

22. Ձեր պատկերացմամբ, որքա՞ն ժամանակ են կանայք անցկացնում հիվանդանոցում կեսարյան հատումից և ծննդաբերությունից հետո (98 Դժվարանում եմ պատասխանել)

- 1) Կեսարյան հատում \_\_\_\_\_օր
- 2) Ծննդաբերություն \_\_\_\_\_օր

23. Ձեր պատկերացմամբ, որքա՞ն ժամանակ է հարկավոր կնոջը, որպեսզի վերականգնվի կեսարյան հատումից և ծննդաբերությունից հետո (98 Դժվարանում եմ պատասխանել)

- 1) Կեսարյան հատում \_\_\_\_\_օր



2) Ծննդաբերություն \_\_\_\_\_ օր

24. Որքա՞ն ժամանակ անց կինը կարող է սեռական հարաբերություն ունենալ կեսարյան հատումից և ծննդաբերությունից հետո (98 Դժվարանում եմ պատասխանել)

1) Կեսարյան հատում \_\_\_\_\_ օր

2) Ծննդաբերություն \_\_\_\_\_ օր

25. Որքա՞ն ժամանակ անց կինը կարող է կրկին հղիանալ կեսարյան հատումից և ծննդաբերությունից հետո (98 Դժվարանում եմ պատասխանել)

3) Կեսարյան հատում \_\_\_\_\_ օր

4) Ծննդաբերություն \_\_\_\_\_ օր

26. Այժմ ես կկարդամ մի քանի դատողություններ ծննդաբերության մեթոդի ընտրության և բժիշկների մոտեցումների մասին, ասացե՞ք խնդրեմ, թե դրանցից յուրաքանչյուրի հետ որքանով եք համամիտ

	1. Լիովին համամիտ եմ, 2. Որոշ չափով համամիտ եմ, 3. Այդքան էլ համամիտ չեմ, 4. Բոլորովին համամիտ չեմ, 97. Կիրառելի չէ, 98. Դժվարանում եմ պատասխանել
Բժիշկներն ավելի շահագրգռված են իրականացնել կեսարյան հատում, քանի որ ավելի շատ եկամուտ են ստանում	
Բժիշկներն ավելի շահագրգռված են իրականացնել կեսարյան հատում, քանի որ դա ավելի կարճ է տևում	
Բժիշկները խրախուսում են կանանց, որ կեսարյան հատումը հեշտ և հարմարավետ ծննդաբերության մեթոդ է	
Բժիշկները բացատրում են հեշտոցային ծննդաբերության առավելությունները և կանանց խրախուսում են ծննդաբերել բնական եղանակով	
Նույնիսկ եթե կնոջ վերջին հղիությունն ավարտվել է կեսարյան հատմամբ, միևնույնն է, բժիշկները պնդում են, որ հնարավոր է հեշտոցային ծննդաբերություն	

Եթե ծննդաբերող կինն ու իր հարազատները ցանկանում են կեսարյան հատում, ապա բժիշկը ընդունում է դա՝ առանց քննարկելու:	
Եթե ինձ բացատրեին կեսարյան հատման հետ կապված հնարավոր բարդությունները <u>կանանց կոնսուլտացիայում</u> , ապա ես հաստատ կնախընտրեի հեշտոցային ծննդաբերությունը:	
Եթե ինձ բացատրեին կեսարյան հատման հետ կապված հնարավոր բարդությունները <u>ծննդատանը</u> , ապա ես հաստատ կնախընտրեի հեշտոցային ծննդաբերությունը:	

27. Ընդհանուր առմամբ՝ Ձեզ համար ավելի ընդունելի է կեսարյան հատումը, թե՞ հեշտոցային ծննդաբերությունը:

- 1) Կեսարյան հատում
- 2) Հեշտոցային ծննդաբերություն

28. Ի՞նչ եք կարծում՝ Ձեր շրջապատի (ընկերների, մտերիմների) որ մասն է ընտրում ծննդաբերության նույն մեթոդը, ինչ Դուք

- 1) Գրեթե բոլորը
- 2) Կեսից շատը
- 3) Կեսից քիչը
- 4) Գրեթե ոչ ոք
- 5) Դժվարանում եմ պատասխանել

29. Ձեր կարծիքով՝ հետևյալ խմբերի ներկայացուցիչները ո՞ր մեթոդն են նախընտրում ծննդաբերության համար

	1. Հեշտոցային ծննդաբերություն 2. Կեսարյան հատում
1) Բժշկական կրթություն ունեցողներ	1. 2.
1. Արտասահմանյան կրթություն ստացած կանայք	1. 2.
2. Բժիշկ բարեկամ /ծանոթ ունեցողներ	1. 2.
3. Բարձր խավի ներկայացուցիչներ /էլիտա	1. 2.
4. Գյուղաբնակներ	1. 2.

30. Եթե նախքան ծննդաբերությունը կինն անցնի նախապատրաստական դասեր, արդյո՞ք դա կազդի ծննդաբերության մեթոդի ընտրության վրա

- 1) Միանշանակ կունենա իր ազդեցությունը
- 2) Որոշ չափով կունենա ազդեցություն
- 3) Բոլորովին չի ունենա ազդեցություն
- 4) Դժվարանում եմ պատասխանել

31. Կցանկանայի՞ք նախքան ծննդաբերությունը Դուք և Ձեր ամուսինը անցնեիք նախապատրաստական դասեր

- 1) Այո
- 2) Ոչ
- 3) Դժվարանում եմ պատասխանել

### **Հարցվողի սոցիալ-ժողովրդագրական տվյալներ**

32. Ձեր տարիքը.

- 1) Մինչև 20 տարեկան
- 2) 21-25
- 3) 26-30
- 4) 31-35
- 5) 36-40
- 6) 41-45
- 7) 46-50
- 8) 51 և ավել

33. Ձեր ամուսնու տարիքը.

- 1) Մինչև 20 տարեկան
- 2) 21-25
- 3) 26-30
- 4) 31-35
- 5) 36-40
- 6) 41-45
- 7) 46-50
- 8) 51 և ավել

34. Ձեր կրթությունը.

- 1) Թերի միջնակարգ
- 2) Միջնակարգ
- 3) Միջնակարգ մասնագիտական /Թերի բարձրագույն
- 4) Բարձրագույն /Առանց մագիստրատուրայի
- 5) Բարձրագույն /Մագիստրատուրա
- 6) Հետբուհական /գիտական աստիճան

35. Ձեր ամուսնու կրթությունը.
- 1) Թերի միջնակարգ
  - 2) Միջնակարգ
  - 3) Միջնակարգ մասնագիտական /Թերի Բարձրագույն
  - 4) Բարձրագույն /Առանց մագիստրատուրայի
  - 5) Բարձրագույն /Մագիստրատուրա
  - 6) Հետբուհական /գիտական աստիճան
36. Բնակավայրի տիպը
- 1) Քաղաքային
  - 2) Գյուղական
37. Մարզը
38. Բնակավայր
39. Որտե՞ղ եք անցել վերջին հղիության հսկողությունը /Օրագրավորման բազայում տեղադրել բոլոր տարբերակները/
40. Որտե՞ղ եք վերջին անգամ ծննդաբերել /Օրագրավորման բազայում տեղադրել բոլոր տարբերակները/
41. Ջրաղվածությունը.
- 1) Գործատու, տնօրեն, սեփականատեր
  - 2) Միջին օղակի ղեկավար
  - 3) Աշխատող
  - 4) Ինքնազբաղված/չունի աշխատողներ/
  - 5) Տնային տնտեսուհի/գործազուրկ
42. Ո՞ր ոլորտում է Ձեր զբաղվածությունը.
- 1) Կրթություն և գիտություն, մշակույթ և սպորտ
  - 2) Առողջապահություն
  - 3) Սոցիալական և հոգեբանական աշխատանք
  - 4) Տեղեկատվական տեխնոլոգիաներ
  - 5) Արդյունաբերություն, արտադրություն
  - 6) Կոմունալ և նորոգման ծառայություններ /Էլ.էներգիա, գազ, աղբահանություն, շինարարություն, հագուստի նորոգում և այլն/
  - 7) Մեծածախ կամ մանրածախ առևտուր
  - 8) Սպասարկում, գեղեցկության սրահ և այլն, բրոկերություն
  - 9) Զանգվածային լրատվամիջոցներ
  - 10) Բանկեր /ֆինանսներ/վարկային կառույց
  - 11) Պետական, հանրային կառավարում /նախարարություններ, ոստիկանություն, ԱԺ և այլն
  - 12) Քաղաքացիական հասարակություն կազմակերպություն /ՀԿ, Հիմնադրամ
  - 13) Այլ /նշել/ \_\_\_\_\_
  - 98) Դժվարանում եմ պատասխանել
  - 99) Հրաժարվում եմ պատասխանել
43. Որքա՞ն է կազմում Ձեր ընտանիքի միջին ամսական եկամուտը.

- 1) Մինչև 65000 դրամ
- 2) 65001-ից մինչև 150000 դրամ
- 3) 150001-ից մինչև 350000 դրամ
- 4) 350001-500000 դրամ
- 5) 500001-750000 դրամ
- 6) 750001-1000000 դրամ
- 7) 1000001 դրամից ավել

44. Ինչպե՞ս կբնութագրեք Ձեր ընտանիքի տնտեսական դրությունը

- 1) Շատ բարձր
- 2) Միջնից բարձր
- 3) Միջին
- 4) Միջինից ցածր
- 5) Շատ ցածր
- 6) Դժվարանում եմ պատասխանել
- 7) Հրաժարվում եմ պատասխանել

45. Ձեր կարծիքով՝ որքանով են սոց. հարցումներն արտացոլում հասարակության կարծիքը.

- 1) Լիովին արտացոլում են
- 2) Որոշ չափով արտացոլում են
- 3) Այդքան էլ չեն արտացոլում
- 4) Բոլորովին չեն արտացոլում
- 5) Դժվարանում եմ պատասխանել

**Շնորհակալություն հարցմանը մասնակցելու համար**

1. Քա՞նի տարվա աշխատանքային ստաժ ունեք \_\_\_\_\_:
2. Դուք՝ որպես մանկաբարձ-գինեկոլոգ, ավելի շատ զբաղված եք...
  - 1) Մանկաբարձության բնագավառում
  - 2) Գինեկոլոգիայի բնագավառում
  - 3) Հավասարաչափ
3. Դուք հանդիսանում եք՝...
  - 1) Վիրահատող /1-ին վիրահատող բժիշկ
  - 2) Ասիստենտ կամ 2-րդ վիրահատող բժիշկ
  - 3) Չեմ մասնակցում վիրահատությունների
4. Որտե՞ղ եք աշխատում.
  - 1) Կանանց կոնսուլտացիայում
  - 2) Մեծահասակների պոլիկլինիկայում
  - 3) Մանկաբարձագինեկոլոգիական ստացիոնարում
  - 4) 2-րդ մակարդակի ստացիոնարում
  - 5) 3-րդ մակարդակի ստացիոնարում
5. Իրականացնո՞ւմ եք արդյոք հղիների նախաձննդյան հսկողություն կանանց կոնսուլտացիայում
  - 1) Այո
  - 2) Ոչ
6. Միջինում քա՞նի հղիություն եք վարում 1 տարվա կտրվածքով \_\_\_\_\_:
7. Միջինում քա՞նի ծնունդ եք վարում 1 տարվա կտրվածքով \_\_\_\_\_:
8. Եթե հարց 6=0, ապա 1 տարվա կտրվածքով միջինում քա՞նի հղիի եք ուղղորդում կեսարյան հատման \_\_\_\_\_: /Անցում Հ11/
9. Միջինում քա՞նի կեսարյան հատում եք կատարում 1 տարվա կտրվածքով \_\_\_\_\_:
10. Կեսարյան հատում իրականացնելիս Դուք՝
  - 1) Հիմնական աշխատանքները ինքնուրույն եք կատարում
  - 2) Մասնակցում եք կեսարյանին, սակայն հիմնական աշխատանքները Դուք չեք կատարում
  - 3) Հղիին ուղղորդում եք, սակայն չեք մասնակցում կեսարյանին
  - 4) Չեք մասնակցում և չեք ուղղորդում կեսարյան հատման
11. 1 տարվա կտրվածքով քա՞նի կեսարյան հատում եք կատարում շտապ ցուցումներով նախքան ծննդաբերությունը /Եթե ծնունդ չի ընդունում, ապա /1 տարվա կտրվածքով Ձեր հղիներից քանիսի՞ն է իրականացվում կեսարյան հատում շտապ դեպքերում նախքան ծննդաբերությունը \_\_\_\_\_:
12. 1 տարվա կտրվածքով քա՞նի կեսարյան հատում եք կատարում շտապ ցուցումներով ծննդաբերության ընթացքում /Եթե ծնունդ չի ընդունում, ապա /1 տարվա կտրվածքով Ձեր հղիներից քանիսի՞ն է իրականացվում կեսարյան հատում շտապ դեպքերում ծննդաբերության ընթացքում \_\_\_\_\_:

13. 1 տարվա կտրվածքով քա՞նի պլանային կեսարյան հատում էք ունենում \_\_\_\_\_:
14. Վերջին 3 տարիների ընթացքում կոնքային առաջադրությամբ ծննդաբերության գնացող քա՞նի դեպք էք ունեցել \_\_\_\_\_:
15. Վերջին 3 տարիների ընթացքում կոնքային առաջադրությամբ քա՞նի հեշտոցային /բնական ծննդաբերություն էք վարել \_\_\_\_\_: /Եթե ծնունդ չի ընդունում, ապա / Վերջին 3 տարիների ընթացքում կոնքային առաջադրությամբ քա՞նի հղի էք ուղղորդում հեշտոցային /բնական ծննդաբերության \_\_\_\_\_: /Եթե չի վարում հղիություն, ապա անցնել Հ22/
16. Վերջին 3 տարիների ընթացքում քա՞նի դեպք էք ունեցել, երբ կարիք է եղել վակում էքստրակցիա կատարելու \_\_\_\_\_:
17. Վերջին 3 տարիների ընթացքում վակում էքստրակցիայով քա՞նի ծննդաբերություն էք վարել \_\_\_\_\_:
18. /Եթե 16>0, ապա/ Անձամբ Դո՞ւք էք այն կատարել.
- 1) Այո
  - 2) Ոչ
19. Վերջին 3 տարիների ընթացքում քա՞նի դեպք էք ունեցել, երբ կարիք է եղել արցանադրման \_\_\_\_\_:
20. Վերջին 3 տարիների ընթացքում արցանադրմամբ քա՞նի ծննդաբերություն էք վարել \_\_\_\_\_:
21. /Եթե 19>0, ապա/ Անձամբ Դո՞ւք էք այն կատարել.
- 1) Այո
  - 2) Ոչ
22. Վերջին 3 տարիների ընթացքում հեշտոցային ծննդաբերության քա՞նի դեպք էք ունեցել, որոնցից առաջ կանայք ունեցել են կեսարյան հատում:
23. Ո՞ր դեպքերում էք նախընտրում իրականացնել կեսարյան հատում կամ ո՞ր դեպքերում էք ուղղորդում:
- 1) Կոնքային առաջադրության դեպքում
  - 2) Կեսարյան հատմամբ ծննդաբերությանը հաջորդող ծննդի դեպքում
  - 3) Հղիի ցանկությանմբ
  - 4) Ոչ մանկաբարձական ցուցումներով
  - 5) Ծանր պրեէկլամպսիա
  - 6) Այլ \_\_\_\_\_
  - 7) Դժվարանում եմ պատասխանել
24. Թեթև աստիճանի պրեէկլամպսիայի դեպքերում որքա՞ն հաճախ էք հղիներին ուղղորդում կամ իրականացնում կեսարյան հատում.
- 1) Գրեթե բոլոր դեպքերում
  - 2) Կեսից ավել դեպքերում
  - 3) Կեսից քիչ դեպքերում
  - 4) Գրեթե երբեք
25. Ծանր աստիճանի պրեէկլամպսիայի դեպքերում որքա՞ն հաճախ էք հղիներին ուղղորդում կամ իրականացնում կեսարյան հատում.
- 1) Գրեթե բոլոր դեպքերում
  - 2) Կեսից ավել դեպքերում
  - 3) Կեսից քիչ դեպքերում

- 4) Գրեթե երբեք
26. Ե՞րբ եք ամենաշատն իրականացնում կեսարյան հատում (հարցը չտալ, եթե 7=0)
- 1) Ցերեկային աշխատանքի ժամերին
  - 2) Հերթապահության ժամանակ
  - 3) Արտաժանյա աշխատանքային/գիշերային ժամերին
27. Ձեզ համար ծննդաբերության ո՞ր տարբերակն է առհասարակ ավելի ընդունելի /խոսքը չի վերաբերվում ցուցումների դեպքում, այլ առհասարակ իր ընկալմանը/
- 1) Կեսարյան հատում
  - 2) Հեշտոցային ծննդաբերություն
28. Եթե կեսարյան հատումը կատարվում է ոչ մանկաբարձական ցուցումներով, ապա բավարար եք համարում հղիի ընտրած մասնագետի կարծիքը, թե՞ ուղորդում եք Ձեր վստահելի մասնագետի մոտ:
- 1) Բավարար եմ համարում հղիի ընտրած մասնագետի կարծիքը
  - 2) Ողորդում եմ այլ մասնագետի մոտ:
29. Ինչ եք կարծում, ի՞նչն է նպաստում կեսարյան հատման հաճախականության աճին
- 
30. Ի՞նչ միջոցառումներ կառաջարկեք կեսարյան հատման հաճախականությունը նվազեցնելու նպատակով
31. Մարզ, որտեղ Դուք աշխատում եք (եթե աշխատում եք մեկից ավելի բուժհաստատություններում, տարբեր մարզերում, ապա նշել հիմնականը).
- 1) Երևան
  - 2) Արագածոտն
  - 3) Արարատ
  - 4) Արմավիր
  - 5) Գեղարքունիք
  - 6) Լոռի
  - 7) Կոտայք
  - 8) Շիրակ
  - 9) Սյունիք
  - 10) Վայոց Ձոր
  - 11) Տավուշ
32. Ո՞ր բնակավայրում է գտնվում բուժհաստատությունը, որտեղ Դուք աշխատում եք (ծրագրավորման համար ցուցում, ըստ մարզերի բացել համապատասխան բուժհաստատությունները)
- ՎԱՊՄԳԻ
- ՄԵՄԱՊԿ
- «Էրեբունի» ԲԿ
- «Սուրբ Գրիգոր
- Լուսավորիչ» ԲԿ
- «Բեզլարյան» ԲԿ
- «Շենգավիթ» ԲԿ



«Գրիգոր Նարեկացի» ԲԿ

Քանաքեռ-Զեյթուն

Ծննդատուն

«Աստղիկ» ԲԿ

«Սլավմեդ» ԲԿ

### **Արարատ**

Վեդու ծննդատուն

Արարատի հիվանդանոց ԲԿ

Արտաշատի ԲԿ

Մասիսի ԲԿ

### **Արագածոտն**

Աշտարակի ԲԿ

Ապարանի ԲԿ

Թալինի ԲԿ

### **Կոտայք**

Հրազդանի ծննդատուն

Արովյանի ծննդատուն

Չարեցավանի ԲԿ

Նաիրիի ԲԿ

### **Վայոց Ձոր**

Եղեգնաձորի ԲԿ

Վայքի ԲՄ

Ջերմուկի ԱԿ

### **Տավուշ**

«Իջևանի ԲԿ» ՓԲԸ

«Իո-Վինգ» ՍՊԸ

«Բերդի ԲԿ» ՓԲԸ

«Նոյեմբերյանի ԲԿ» ՓԲԸ

**Գեղարքունիք**

Գավառի ԲԿ

Մարտունու ծննդատուն

Սևանի ԲԿ

Ճամբարակի ԱԿ

Վարդենիսի հիվանդանոց

**Շիրակ**

Գյումրու ծննդատուն

Գյումրու մոր և մանկան ավստրիական հիվանդանոց

Մարալիկի ԱԿ

Ախուրյանի մոր և մանկան կենտրոն

Արթիկի մոր և մանկան ԱՊԿ

Աշոցքի «Տիրամայր Նարեկի» հիվանդանոց

**Լոռի**

Վանաձորի ԲԿ

Սպիտակի ԲԿ

Ստեփանավանի ԲԿ

Ալավերդու ԲԿ

Տաշիրի ԲԿ

**Արմավիր**

Արմավիրի ԲԿ

Էջմիածնի ԲԿ

**Սյունիք**

Կապանի ԲԿ

Գորիսի ԲԿ

Սիսիանի ԲԿ

Մեղրու տարածաշրջանայինԲԿ

33. Ձեր տարիքը \_\_\_\_\_ :

**Շնորհակալություն հարցմանը մասնակցելու համար**

ԿԵՍԱՐՅԱՆ ՀԱՏՄԱՄԲ ԾՆՆԴԱԼՈՒԾՎԱԾ ԿԱՆԱՆՑ ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ՊԱՏՄԱԳՐԻ  
ՎԵՐԼՈՒԾԱԿԱՆ ՔԱՐՏ

	ԿՈՒ	Նշում
Բնակության վայր		
Կանանց կոնսուլտացիա		
Տարիքը վերջին ծննդաբերության ժամանակ		
Հղիությունների քանակ		
Ծննդաբերությունների քանակ		
Նախորդ հղիությունների ելքեր  1. Հեշտոցային ծննդաբերություն 2. Կեսարյան հատում	1. 2. 3. 4. 5. ...	
Տվյալ հղիության ընթացք  1. Հեշտոցային ծննդաբերություն 2. Կեսարյան հատում		
Հղիության ժամկետը ծննդաբերության ժամանակ /շաբաթ/		
Նշել պլանային ԿՀ ցուցումը	բառացի	
Նշել արտապլանային ԿՀ ցուցումը	բառացի	
Կեսարյան հատման ցուցումներ`		

<p>Մանկաբարձական ցուցումներ</p> <p>1. Այո 2. Ոչ</p>		
<p>Պտղի կողմից ԿՀ ցուցումներ</p> <p>1. Այո 2. Ոչ</p>		
<p>Ոչ մանկաբարձական ցուցումներ</p> <p>1. Այո 2. Ոչ</p>		
<p>Հարակից մասնագետների եզրակացության առկայություն</p> <p>1. Այո 2. Ոչ</p>		
<p>Ցավազրկման եղանակ</p> <p>1. Ընդհանուր 2. Ռեգիոնար /Էպիդուրալ</p>		
Վիրահատության ընթացք՝		
<p>Վիրահատության սկզբից մինչև պտղի դուրս բերման րոպե</p> <p>1. Մինչև 5 րոպե 2. 5-7 րոպե 3. 7 րոպեից ավել</p>		
<p>Վիրահատության տևողություն</p>		
<p>Արյան կորստի ծավալ</p>		
<p>Նորածնի տվյալներ</p> <p>1. Հասուն 2. Անհաս</p>		
<p>Հիպոտրոֆիկ</p> <p>1. Այո 2. Ոչ</p>		

Գնահատականը Արգարի սանդղակով		
Բարդություններ վիրահատության ընթացքում 1. Այո 2. Ոչ		
Վաղ հետվիրահատական շրջանի ընթացք 1. Հարթ 2. Բարդություններով		
Մանրամասնել վաղ հետվիրահատական շրջանի բարդությունները	բառացի	
Մահճակալ օր		

ԿԵՍԱՐՅԱՆ ՀԱՏՄԱՄԲ ԾՆՆԴԱԼՈՒԾՎԱԾ ԿԱՆԱՆՑ ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԱՆՀԱՏԱԿԱՆ  
ՔԱՐՏԻ ՎԵՐԼՈՒԾԱԿԱՆ ԹԵՐԹԻԿ

Բնակության վայր	Երևան, մարզային քաղաքային բնակավայր, գյուղ	
Կանանց կոնսուլտացիա	Երևան, մարզային քաղաքային բնակավայր, գյուղ	
Տարիքը վերջին ծննդաբերության ժամանակ		
Հղիությունների քանակ		
Ծննդաբերությունների քանակ		
Նախորդ հղիությունների ելքեր	1. 2. 3. 4. 5. ...	
Տվյալ հղիության ընթացք		
Հոսպիտալացում հղիության ընթացքում	1. Այո 2. Ոչ	
COVID-19 վարակ հղիության ընթացքում	1. Այո 2. Ոչ	
Կատարվել է դոպլերֆլուսոմետրիա	1. Այո 2. Ոչ	
Եթե այո, ապա քանի անգամ		
Կատարվել է ուլտրաձայնային հետազոտություն	1. Այո 2. Ոչ	

Եթե այո, ապա քանի անգամ		
Կատարվել են դժվարամատչելի հետազոտություններ	1. Այո 2. Ոչ	
Կոնսիլիումներ	1. Այո 2. Ոչ	
ԿՀ ժամկետ		
Պլանային ԿՀ		
Արտապլանային ԿՀ		
Կեսարյան հատման ցուցումներ		
Մանկաբարձական ցուցումներ		
Պտղի կողմից ԿՀ ցուցումներ		
Ոչ մանկաբարձական ցուցումներ		
Հարակից մասնագետների եզրակացության առկայություն		
Նորածնի տվյալներ`		
Պատրոնաժ		



ՄԱՆԿԱԲԱՐՁ-ԳԻՆԵԿՈՒՈՒԳՆԵՐԻ ՀԵՏ ԻՐԱԿԱՆԱՑՎԵԼԻՔ ԽՈՐԻՆ ՀԱՐՑԱԶՐՈՒՅՑՆԵՐԻ  
ՀԱՐՑԱՇԱՐ

*Հետևյալ տվյալները լրացվում են հարցազրուցավարի կողմից նախապես:*

1. Մարզ \_\_\_\_\_, 2. Քաղաք /գյուղ/համայնք \_\_\_\_\_

3. Բուժհաստատության տեսակ

- 1) Կանանց կոնսուլտացիա, որը գործում է մեծահասակների պոլիկլինիկային կից,
- 2) Կանանց կոնսուլտացիա, որը գործում է մանկաբարձագինեկոլոգիական ստացիոնարին կից:

4. Մանկաբարձագինեկոլոգիական ստացիոնարում գործող կանանց կոնսուլտացիա.

- 1) 2-րդ մակարդակ
- 2) 3-րդ Ա մակարդակ
- 3) 3-րդ Բ մակարդակ

5. Պաշտոնը.

- Կանանց կոնսուլտացիայի բժիշկ
- Կանանց կոնսուլտացիայի վարիչ
- Մանկաբարձական բաժնի բժիշկ
- Գինեկոլոգիական բաժնի բժիշկ
- Հղիության պաթոլոգիայի բաժնի բժիշկ
- Բաժանմունքի վարիչ
- Ծառայության ղեկավար
- Գլխավոր բժիշկ/տնօրեն

6. Հարցվողի սեռը.

- Իգական
- Արական

## ՄՏԱՑՖՈՆԱՐՈՒՄ ԱՇԽԱՏՈՂ ՄԱՆԿԱԲԱՐՁ-ԳԻՆԵԿՈՒՈՉ

34. Որքան ժամանակ է, ինչ աշխատում եք տվյալ բուժհաստատությունում: Ստացիոնարին զուգահեռ իրականացնում եք արդյոք հղիների նախաձննդյան հսկողություն կանանց կոնսուլտացիայում: Եթե այո, ապա Ձեր զբաղվածության ո՞ր մասն է կազմում ստացիոնարում աշխատանքը: Ինչպե՞ս են հղիները որոշում Ձեզ մոտ ծննդաբերել, ո՞ւմ ուղղորդմամբ են նրանք դիմում ստացիոնար: Կանանց ո՞ր մասն է ընտրում ում մոտ ծննդաբերել, իսկ որ մասն է, որ ծննդաբերում է այդ պահին աշխատանքի մեջ գտնվող բժշկի մոտ:

35. Որքան ծանրաբեռնված է Ձեր աշխատանքային գրաֆիկը ստացիոնարում: Ամսական կտրվածքով քանի ծնունդ եք ընդունում: Դրանցից քանիսն են իրականացվում կեսարյան հատմամբ: Ինչպե՞ս են կայացվում կեսարյան հատման որոշումները, ո՞ր մասն է, որ լինում է պլանային: Շա՞տ են լինում չպլանավորված, շտապ կեսարյան հատումների դեպքեր: Ո՞ր դեպքերում է իրականացվում: Ինչպե՞ս եք վարվում նման դեպքերում:

36. Արդյո՞ք կեսարյան հատումն իրականացնում եք ինքնուրույն: Ձեր հիմնարկում կեսարյան հատում կատարելու որոշումը բժիշկների կողմից ինչպե՞ս է ընդունվում (միանձնյա /վարող բժշկի կողմից/, ավագ մասնագետի /ավագ հերթապահ բժիշկ, բաժանմունքի վարիչ, ծառայության ղեկավար, գլխավոր բժիշկ/տնօրեն/ կարծիքի և թույլտվության հիման վրա): Հատկապես ե՞րբ է ավելի հաճախ կեսարյան հատում կատարվում՝ ցերեկային աշխատանքի, հերթապահության թե արտաժամյա աշխատանքի ընթացքում:

37. Բարդ ծննդաբերությունների վարման ո՞ր մեթոդներին եք տիրապետում և որքան հաճախ եք իրականացնում՝ կոնքային առաջադրությամբ ծննդաբերություն, կեսարյան հատումից հետո բնական ուղիներով ծննդաբերություն, վակում էքստրակցիա, արքանադրում:

38. Առանձնացնե՞ք 3 հիմնական դեպք, երբ հարկ է լինում դիմել կեսարյան հատման՝ *մանկաբարձական ցուցումներով, այլ մասնագետի ցուցումներով և հղիի ու իր հարազատների խնդրանքով*: Քննարկե՞ք դրանցից յուրաքանչյուրի դեպքում Ձեր վերաբերմունքը, արդյո՞ք փորձում եք կեսարյան հատումից խուսափելու լուծումներ գտնել և ներկայացնել հղիին: Ո՞ր դեպքերում: Հիմնականում ի՞նչ արդյունք է լինում: Այլ մասնագետի /ոչ մանկաբարձական/ ցուցումներով կեսարյան հատման անհրաժեշտության դեպքում ինչպե՞ս եք վարվում, ուղարկո՞ւմ եք հղիին այլ մասնագետի մոտ զննության, թե՞ ոչ:

39. Ո՞ր դեպքերում են կանայք կամ հարազատները ցանկանում կեսարյան հատմամբ երեխայի ծնունդը (վախ, ամլացման /արգանդափողերի կապում/ ստերիլիզացիա/ նպատակով իրականացվող կամ այլ): Դրանցից ո՞րն է ընդունելի Ձեզ համար: Ինչո՞ւ: Ի՞նչ եք անում, նման դեպքերում կեսարյան հատումից խուսափելու նպատակով: Ի՞նչ արդյունք է լինում: Եթե չեք անում որևէ բան, ապա ինչո՞ւ:

40. Ինչպե՞ս կարող է ազդել կնոջ հղիանալու եղանակը (բնական կամ օժանդակ վերարտադրողական տեխնոլոգիաների կիրառությամբ) ծննդաբերության ընթացքի վրա: Կա՞ն դեպքեր, երբ պարտադիր է իրականացնել կեսարյան հատում: Նկարագրե՞ք դրանք:

41. Ըստ Ձեզ, ի՞նչ կապ կա պերինատալ հիվանդացության և մահացության մակարդակի և ծննդաբերության եղանակի միջև: Ինչո՞ւ եք այդպես կարծում:

42. Ծննդալուծման եղանակի ընտրության հարցում ո՞ր գործոններն են ազդում բժիշկների որոշման վրա: Իսկ ի՞նչ դեր ունի այդտեղ ֆինանսավորումը: Ո՞ր դեպքերում են բժիշկները բռնուս ստանում: Ինչո՞ւ: Ի՞նչ հետևանքներ է դա առաջացնում:

43. Ինչպե՞ս է անրադառնում ֆինանսավորման համակարգը ՀՀ-ում ծննդալուծման այս կամ այն եղանակի ընտրության հարցում: Ծննդօգնության ֆինանսավորման համակարգի ինչպիսի՞ փոփոխություններ կառաջարկեք, որոնք կնպաստեն կեսարյան հատման հաճախականության նվազման:

44. Ձեր բուժհաստատությունում կեսարյան հատումների վերլուծության ո՞ր մեթոդներն են կիրառվում: Ի՞նչ եզրահանգման եք եկել և արդյո՞ք փոփոխվել է բուժհաստատության գործելաոճը այդ վերլուծությունների արդյունքում: Ի՞նչ արդյունքի եք հասել Ռոբսոնի սանդղակի կիրառության արդյունքում:

45. Ըստ Ձեզ՝ ի՞նչ միջոցառումներ պետք է ձեռնարկել կեսարյան հատման հաճախականության ՀՀ-ում նվազեցնելու նպատակով: Ինչո՞ւ: Ինչպե՞ս դրանք կնպաստեն կեսարյան հատումների նվազեցմանը:

## ԿԱՆԱՆՑ ԿՈՆՍՈՒՆՏԱՑԻԱՅՈՒՄ ԱՇԽԱՏՈՂ ԲԺԻՇԿ

*(իրավիճակից կախված կարող է համալրվել ստացիոնարի համար նախատեսված հարցաշարի հարցերով)*

1. Որքա՞ն ժամանակ է, ինչ աշխատում եք տվյալ բուժհաստատությունում: Կանանց կոնսուլտացիային զուգահեռ աշխատո՞ւմ եք արդյոք ստացիոնարում: Եթե այո, ապա Ձեր զբաղվածության ո՞ր մասն է կազմում ստացիոնարում աշխատանքը: Ձեր վարած ծննդաբերությունների ո՞ր մասն են կազմում Ձեր հղիները: Իսկ Ձեր վարած հղիների ո՞ր մասն է նախընտրում ծննդաբերել Ձեզ մոտ: Քա՞նի հաշվառված հղի ունեք տարեկան կտրվածքով: Նրանց ո՞ր մասն է ծննդաբերում կեսարյան հատման ճանապարհով տարեկան կտրվածքով: Դուք ինքնուրույն իրականացնո՞ւմ եք կեսարյան հատում:
2. Ո՞ր ժամկետում է կազմվում ծննդաբերության վարման պլանը: Որո՞նք են կեսարյան հատումների գերակշռող ցուցումները: Մեծամասամբ ո՞ր դեպքերում եք կնոջն ուղղորդում կեսարյան հատման: Ինչպե՞ս եք կայացնում որոշումը, ո՞ւմ հետ եք խորհրդակցում: Պտղի կոնքային առաջադրությունների դեպքում ծննդալուծման ո՞ր եղանակն է նախընտրելի Ձեր կողմից:
3. Ինչպե՞ս եք վերաբերվում առանց բժշկական ցուցումների կեսարյան հատումների որոշումներին: Հիմնականում ո՞ր դեպքերում են լինում: Որո՞նք են Ձեր գործողությունները նման դեպքերում:
4. Եթե կինն ունի պլանային կեսարյան հատման ցուցումներ, ինչպե՞ս է ընտրվում ստացիոնարը: Ի՞նչ դեր ունեք Դուք ստացիոնարի ընտրության հարցում: Ի՞նչ սկզբունքներով եք առաջնորդվում՝ ստացիոնար ուղղորդելիս:
5. Ձեր կարծիքով՝ ծննդաբերության եղանակի ընտրության հարցում հղիների որոշման կայացման համար ի՞նչը կամ ո՞վ ունի ազդեցություն: Յուրաքանչյուրի համար նկարագրեք, թե ինչպես, ինչ չափի: Իսկ ի՞նչ դեր ունի կանանց կոնսուլտացիայի բժիշկը ծննդալուծման եղանակի ընտրության հարցում: Ձեր հիմնական դիրքորոշումը ո՞րն է մեթոդների ընտրության ժամանակ:
6. Կանանց կոնսուլտացիաներում ի՞նչ լրացուցիչ աշխատանքներ են իրականացվում հղիության ընթացքի և ծննդալուծման հաջող իրականացման համար: Կա՞ն արդյոք «Մայրության դպրոցներ»: Ովքե՞ր են հաճախում: Ի՞նչ հաճախականությամբ են կազմակերպվում: Ով/ովքե՞ր են պատասխանատու դասընթացների կազմակերպման համար: Ի՞նչ ազդեցություն է դա ունենում: Կա՞ արդյոք տարբերություն այն կանանց միջև, ովքեր այցելում են և նրանց, ովքեր չեն այցելում: Կա՞ արդյոք հոգեբանի ծառայություն: Իսկ ի՞նչ եք կարծում, կարիք կա հոգեբանի, «Մայրության դպրոցի»: Ինչո՞ւ եք այդպես կարծում:
7. Ըստ Ձեզ՝ ի՞նչ միջոցառումներ պետք է ձեռնարկել ՀՀ-ում կեսարյան հատման հաճախականության նվազեցնելու նպատակով: Ինչո՞ւ: Ինչպե՞ս դրանք կազդեն կեսարյան հատումների նվազեցմանը:

**ՆԵՂ ՄԱՍՆԱԳԵՏՆԵՐԻ ՀԵՏ ԻՐԱԿԱՆԱՑՎԵԼԻՔ ԽՈՐԻՆ ՀԱՐՑԱԶՐՈՒՅՑՆԵՐԻ ՀԱՐՑԱՇԱՐ**

*Հետևյալ տվյալները լրացվում են հարցազրուցավարի կողմից նախապես: Սա կիրառելի է մանկաբարձ-գինեկոլոգների դեպքում:*

1. Մարզ \_\_\_\_\_,

2. Քաղաք/գյուղ/համայնք

3. Բուժհաստատության տեսակ.

- 1) Պոլիկլինիկա
- 2) Ստացիոնար

4. Մասնագիտացումը.

- Սրտաբան
- Ակնաբույժ
- Անոթային վիրաբույժ
- Նեոնատոլոգ

5. Պաշտոնը.

- Պոլիկլինիկայի, համապատասխան բաժնի բժիշկ
- Ավագ հերթապահ
- Բաժանմունքի ավագ օրդինատոր
- Բաժանմունքի վարիչ
- Ծառայության ղեկավար
- Գլխավոր բժիշկ/տնօրեն

6. Հարցվողի սեռը.

- Իգական
- Արական

1. Ո՞ր ախտաբանությունների/հիվանդությունների դեպքում էք առաջարկում ծննդալուծում կեսարյան հատման ճանապարհով: Ո՞ր դեպքերում է հնարավոր խուսափել, իսկ որ դեպքերում կա բացարձակ ցուցում:
2. Հիմնականում Դուք ինչպե՞ս էք վարվում ախտաբանությունների/հիվանդությունների դեպքում հղի կանանց ծննդալուծման մեթոդի որոշման համար՝ կախված բարդությունից: Ինչպե՞ս էք կայացնում որոշում: Ո՞ւմ հետ էք խորհրդակցում: Ինչպե՞ս էք վերաբերվում կոնսուլիումներին:
3. *Ակնաբույժի դեպքում* – Ի՞նչ ցուցում էք տալիս կարճատեսության լազերային շտկումներ ունեցող հղիների դեպքում: Ինչո՞ւ: Հնարավո՞ր է արդյոք նման դեպքերում խուսափել կեսարյան հատումից: Ո՞ր պարագայում:
4. *Անոթային վիրաբույժի դեպքում* – Ի՞նչ ցուցում էք տալիս ստորին վերջույթների երակների վարիկոզ հիվանդություն ունեցող հղիների դեպքում: Ինչո՞ւ: Հնարավո՞ր է արդյոք նման դեպքերում խուսափել կեսարյան հատումից: Ո՞ր պարագայում: Ի՞նչ միջոցառումներ էք առաջարկում կանանց հղիության ընթացքում, ծննդաբերության և հետծննդյան շրջանում անոթային բարդությունները կանխարգելելու նպատակով, որոնք կարող են նաև նպաստել կեսարյան հատումների հաճախականության նվազեցման:
5. *Նեոնատոլոգի դեպքում* – Ի՞նչ կապ կա նեոնատալ հիվանդացության և մահացության ու կեսարյան հատումների միջև: Ձեր կարծիքով, կեսարյան հատումների կտրուկ աճը անհանգստացնո՞ղ է, թե՞ ոչ նեոնատալ ծառայության տեսակետից: Ո՞րն է Ձեր կարծիքով պլանային կեսարյան հատումների օպտիմալ գեստացիոն ժամկետը պտղի ռեսպիրատոր դիստրես համախտանիշից խուսափելու համար: Ինչպե՞ս էք վերաբերվում ի շահ պտղի ծննդալուծման եղանակը կոնսիլիումային կարգով որոշելու վերաբերյալ:
6. Անձամբ Դուք ինչպե՞ս էք վերաբերվում ծննդալուծման կեսարյան հատման եղանակին: Ի՞նչ քայլեր էք ձեռնարկում կեսարյանից խուսափելու համար:
7. Ըստ Ձեզ ի՞նչ միջոցառումներ պետք է ձեռնարկել ՀՀ-ում կեսարյան հատման հաճախականության նվազեցնելու նպատակով: Ինչո՞ւ: Ինչպե՞ս դրանք կազդեն կեսարյանների նվազեցմանը:

## ԿԵՍԱՐՅԱՆ ԽԱՏՈՒՄԻ ԾՆՆՊԱՂԱՎՈՒԹՎԱԾ ԿԱՆԱՆԳ ԻՆՏ ԽՈՐԻՆ ԽԱՐԳԱՎՐՈՒՅՆԵՐԻ ԽԱՐԳԱՉԱՐԻ ԲՐՆԿԵՐ

1. Խնդրում եմ մի քանի նախադասությամբ նկարագրեք, թե կանանց առողջությամբ զբաղվող ինչ բուժհաստատություններ կան Ձեր բնակության տարածքում և արդյո՞ք օգտվել եք դրանցից (կանանց կոնսուլտացիա, ծննդատուն): Կանանց կոնսուլտացիան գործել է ծննդատանը կի՞ց, թե՞ ոչ: Ի՞նչ առավելություններ և թերություններ կնշեք, որոնք ունի Ձեր բնակության տարածքում գտնվող կանանց կոնսուլտացիան:
2. Քանի՞ հղիություն եք ունեցել: Դրանցից քանի՞սն են ավարտվել ծննդաբերությամբ: Իսկ քանի՞սն են ավարտվել վիժմամբ: Յուրաքանչյուրի համար նշեք, թե որ ժամկետում: Որո՞նք են եղել վիժման պատճառները: Ի՞նչ եղանակով է/են եղել երեխայի/ների ծնունդը/ները:
3. Խնդրում եմ նկարագրեք, թե ինչպես եք պլանավորել հղիությունը: Արդյո՞ք ստացել եք մանկաբարձ-գինեկոլոգի խորհրդատվություն կամ անցել եք համապատասխան ստուգումներ: Ի՞նչ ստուգումներ: Ի՞նչ խորհրդատվություն եք ստացել: Հղիության պլանավորման ընթացքում արդյո՞ք ունեցել եք ուղեկցող հիվանդություններ: Ի՞նչ հիվանդություն: Ի՞նչ բուժում եք ստացել: Ո՞ւմ մոտ: Ի՞նչ խորհուրդ է տվել մասնագետը հղիանալու հետ կապված:
4. Մի փոքր պատմեք, թե արդյո՞ք ունեցել եք դժվարություն հղիանալու հետ կապված և դիմել եք օժանդակ վերարտադրողական տեխնոլոգիաների օգնությանը: Եթե ինքնուրույն չեք հղիացել, ապա մինչ վերարտադրողական տեխնոլոգիաների օգնությամբ հղիանալը որքա՞ն ժամանակ եք փորձել հղիանալ: Ո՞րն է եղել անպտղության պատճառը:
5. Արդյո՞ք հղիության (հղիությունների) ընթացքում այցելել եք Ձեր տարածքի կանանց կոնսուլտացիա: Եթե ոչ, ապա ինչո՞ւ: Իսկ որտե՞ղ եք անցել կոնսուլտացիա: Հղիության ո՞ր ժամկետից եք այցելել կանանց կոնսուլտացիա: Ինչո՞ւ եք նախընտրել հենց այդ կանանց կոնսուլտացիան և ոչ թե Ձեր բնակության վայրիինը: Արդյո՞ք բոլոր հղիությունների ընթացքում այցելել եք նույն կոնսուլտացիան: Ինչո՞ւ: Արդյո՞ք բոլոր հղիությունները վարել է նույն բժիշկը: Եթե ոչ, ապա ինչո՞ւ:
6. Ինչպե՞ս է/են ընթացել Ձեր հղիությունը /հղիությունները: Հղիության ընթացքում ի՞նչ առողջական խնդիրներ եք ունեցել՝ ուղեկցող հիվանդություններ (օրգան-համակարգերի ախտաբանություններ), մանկաբարձական բարդություններ: Եթե այո, խնդրում եմ ներկայացրեք, թե ինչ խնդիրներ եք ունեցել և արդյո՞ք հսկվել եք որևէ մասնագետի կողմից: Ի՞նչ մասնագետի մոտ եք հսկվել, ինչպե՞ս եք ընտրել մասնագետին (ուղեգրվել եք մանկաբարձ-գինեկոլոգի կողմից, թե ինքներդ եք ընտրել):
7. Նախքան հղիանալը ունեցե՞լ եք կեսարյան հատման ցուցում: Եթե այո, ապա ո՞ր մասնագետի կողմից, ի՞նչ ցուցում: Եթե նախքան հղիանալը չեք ունեցել խնդիր/կամ խնդիրներ/, որը կարող է կեսարյան հատման ցուցում հանդիսանալ, ապա հղիության ո՞ր ժամկետում է պլանավորվել կեսարյան հատում: Խնդրում եմ նկարագրեք, թե Ձեր որերորդ հղիության ժամանակ էր դա: Ո՞րն էր կեսարյան հատման ցուցումը/ները: *Եթե առաջին հղիությունը չէր, ճշտել, թե արդյո՞ք մանկաբարձ գինեկոլոգը ներկայացրել է բնական ճանապարհով ծննդաբերելու հավանականությունը՝ նախկինում ունեցած կեսարյան հատման պարագայում, պտղի կոնքային առաջադրության պարագայում, գույց երեխաների պարագայում կամ այլ:* Եթե չեք ունեցել ցուցում, ապա ինչո՞ւ եք որոշել գնալ կեսարյան հատման:
8. Եթե պլանավորվել է կեսարյան հատում, ո՞վ է ընտրել ծննդատունը՝ Դո՞ւք, թե՞ վարող մանկաբարձ-գինեկոլոգը: Արդյո՞ք կանանց կոնսուլտացիան, որտեղ հաճախել եք,

կցված է որևէ ծննդատան: Ծննդաբերել էք Ձեր կոնսուլտացիային կից ծննդատանը, թե՞ մեկ այլում: Ինչո՞ւ: Ինչպե՞ս էք ընտրել բժշկին: Եթե կատարվել է կեսարյան հատում, ո՞վ է այն արել՝ ծնունդը վարող մանկաբարձ-գինեկոլոգը, թե՞ ավագ մասնագետը: Գո՞հ էք արդյոք հղիությունը վարող բժշկից, իսկ ծնունդ ընդունող բժշկի՞ց: Ինչո՞ւ:

9. Կեսարյան հատումը եղել է պլանային կարգով, թե՞ կատարվել է շտապ ցուցումներով: Ե՞րբ է առաջացել ցուցումը՝ ծննդատուն ընդունվելիս, ծննդաբերության ընթացքում, ճիգային շրջանում, ծննդաբերության ո՞ր շրջանում, ծննդաբերական ցավեր առաջանալուց որքա՞ն ժամանակ հետո: Ո՞րն է պատճառը: Ի՞նչպես է ընթացել կեսարյան հատումը: Ի՞նչ վիճակում է ծնվել երեխան: Ունեցե՞լ էք արդյոք բարդություններ կեսարյան հատումից հետո: Ինչպե՞ս է լավացել վերքը:

10. Եթե ունեք և ծննդաբերության և կեսարյան հատման փորձ, խնդրում եմ համեմատեք: Նշեք, թե որ մեթոդին էք կողմ: ներկայացրեք յուրաքանչյուրի դրական և բացասական կողմերը: Հաջորդ անգամ երեխային ինչպե՞ս կցանկանայիք ունենալ: Ինչո՞ւ:

11. Նախքան ծննդաբերությունը, կեսարյան հատման և հեշտոցային ծննդաբերության դրական և բացասական կողմերը Ձեզ ներկայացվե՞լ են: Ո՞ւմ կողմից: Ի՞նչ ձևով: Հղիության ընթացքում հաճախե՞լ էք արդյոք «Մայրության դպրոց»: Որքա՞ն ժամանակ: Եթե չեք հաճախել, ապա ինչո՞ւ: Եթե հաճախել էք, ապա ի՞նչ է Ձեզ տվել: Ի՞նչ էք կարծում, նման դասընթացները կարո՞ղ են որոշակի դեր ունենալ ծննդաբերության մեթոդի որոշման հարցում: Իսկ ուրիշ ի՞նչը կարող է ազդել կանանց վրա՝ ծննդաբերության մեթոդի ընտրության հարցում:

12. Սոցիալ-ժողովրդագրական տվյալներ – տարիք, կրթություն, զբաղվածություն, բնակության վայրը՝ մարզ, քաղաք /գյուղ Երևանի դեպքում՝ համայնք, կանանց կոնսուլտացիա, ծննդատուն:

**Շնորհակալություն հարցմանը մասնակցելու համար**



**Ծննդաբերած կանանց հետ  
ֆոկուս խմբային քննարկման ուղեցույց**

No	Թեմա	Հարցեր
Ա	<b>Ներածություն (10 րոպե)</b>	<p>Մոդերատոր:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ներկայացնում է ընկերությունը և իրեն</li> <li>• Ներկայացնում է հետազոտության նպատակը` ---</li> <li>• Տեղեկացնում է ձայնագրվող տեխնիկայի մասին և հավաստիացնում, որ ինֆորմացիան խիստ կոնֆիդենցիալ է և անանուն:</li> <li>• Ներկայացնում է քննարկման կանոնները (չկան ճիշտ կամ սխալ պատասխաններ, բոլոր էմոցիաներն ու մտքերը կարևոր են, յուրաքանչյուրի կարծիքը քննարկման ենթակա չէ, չընդհատել զրուցակիցներին, հնարավորության սահմաններում միացրած պահել տեսախցիկները, ընտրել հարմարավետ միջավայր, բացառել կողմնակի անձանց ներկայությունը սենյակում, այլ տեխնիկական հարցեր):</li> </ul> <p>Մասնակիցների հետ ծանոթացում. տարիք, զբաղվածություն, ամուսնական կարգավիճակ, երեխաների քանակ, տարիք:</p>
Բ	<b>Փորձ (40 ր.)</b>	<p>A. Քանի՞ հղիություն եք ունեցել: Դրանցից քանի՞սն են ավարտվել ծննդաբերությամբ: Իսկ քանի՞սն են ավարտվել վիժմամբ: Որո՞նք են եղել վիժման պատճառները:</p> <p>B. Խնդրում եմ նկարագրեք, թե ինչպես եք պլանավորել հղիությունը: Արդյո՞ք ստացել եք մանկաբարձ-գինեկոլոգի խորհրդատվություն կամ անցել եք համապատասխան ստուգումների: Ի՞նչ ստուգումներ են եղել: Ի՞նչ խորհրդատվություն եք ստացել: Հղիության պլանավորման ընթացքում արդյո՞ք ունեցել եք ուղեկցող հիվանդություններ: Ի՞նչ հիվանդություն: Ի՞նչ բուժում եք ստացել: Ո՞ւմ մոտ: Ի՞նչ խորհուրդ է տվել մասնագետը հղիանալու հետ կապված:</p> <p>C. Արդյո՞ք հղիության (հղիությունների) ընթացքում այցելել եք Ձեր տարածքի կանանց կոնսուլտացիա: Եթե ոչ, ապա ինչո՞ւ: Իսկ որտե՞ղ եք անցել կոնսուլտացիա: Հղիության ո՞ր ժամկետից եք այցելել կանանց կոնսուլտացիա: Ինչո՞ւ եք նախընտրել հենց այդ կանանց կոնսուլտացիան: Արդյո՞ք բոլոր հղիությունների ընթացքում այցելել եք նույն կոնսուլտացիան: Ինչո՞ւ: Արդյո՞ք բոլոր հղիությունները վարել է նույն բժիշկը: Եթե ոչ, ապա ինչո՞ւ:</p> <p>D. Ինչպե՞ս է/են ընթացել Ձեր հղիությունը /հղիությունները: Հղիության ընթացքում ի՞նչ առողջական խնդիրներ եք ունեցել ուղեկցող հիվանդություններ, օրգան-համակարգերի ախտաբանություններ, մանկաբարձական բարդություններ: Եթե այո, խնդրում են ներկայացրեք, թե ինչ խնդիրներ եք ունեցել և արդյո՞ք հսկվել եք որևէ մասնագետի կողմից: Ի՞նչ մասնագետի</p>

		<p>մոտ էք հսկվել, ինչպե՞ս էք ընտրել մասնագետին (ուղեգրվել էք մանկաբարձ-գինեկոլոգի կողմից, թե ինքներդ էք ընտրել):</p> <p>E. Ի՞նչ եղանակով է/են եղել երեխայի/ների ծնունդը/ները:  <b>ՄՈՂԵՐԱՏՈՐ, ՀԱՐՅՆԵԼ ՄԻԱՅՆ ԿԵՄԱՐՅԱՆ ՀԱՏՄԱՆ ՓՈՐՁ ՈՒՆԵՅՈՂ ԿԱՆԱՆՑ:</b></p> <p>F. Նախքան հղիանալը ունեցե՞լ էք կեսարյան հատման ցուցում: Եթե այո, ապա ո՞ր մասնագետի կողմից, ի՞նչ ցուցում:</p> <p>G. Եթե նախքան հղիանալը չէք ունեցել կեսարյան հատման ցուցում, ապա հղիության ո՞ր ժամկետում է պլանավորվել կեսարյան հատում: Խնդրում եմ նկարագրեք, թե Ձեր որերորդ հղիության ժամանակ էր դա: Որն էր կեսարյան հատման ցուցման պատճառը: <b>ՄՈՂԵՐԱՏՈՐ, ԵԹԵ ԱՌԱՋԻՆ ՀՂԻՈՒԹՅՈՒՆԸ ՉԷՐ, ՃՇՏԵԼ</b> մանկաբարձ գինեկոլոգը ներկայացրե՞լ է արդյոք բնական ճանապարհով ծննդաբերելու հավանականությունը՝ <i>նախկինում ունեցած կեսարյան հատման պարագայում, պտղի կոնքային առաջադրության պարագայում, գույգ երեխաների պարագայում կամ այլ:</i></p> <p>H. <b>Եթե չէք ունեցել ցուցում</b>, ապա ինչո՞ւ էք որոշել գնալ կեսարյան հատման:</p> <p>I. Եթե պլանավորվել է կեսարյան հատում, ո՞վ է ընտրել ծննդատունը: Ո՞վ է ազդել Ձեր վերջնական որոշման վրա (<i>ընտանիքի անդամներ, հղիությունը վարող մանկաբարձ-գինեկոլոգ և այլն</i>): Ի՞նչ գործոններ են ազդել Ձեր վերջնական որոշման վրա:</p> <p>J. Եթե կեսարյան հատումը պլանավորված չի եղել է, ապա նկարագրեք, թե ինչն է եղել կեսարյանի որոշման պատճառը: Օրվա ո՞ր ժամին է այն իրականացվել:</p> <p>K. Արդյո՞ք կանանց կոնսուլտացիան, որտեղ հաճախել էք, կցված է որևէ ծննդատան: Ծննդաբերել էք Ձեր կոնսուլտացիային կից ծննդատանը, թե՞ մեկ այլու: Ինչո՞ւ: Ինչպե՞ս էք ընտրել բժշկին:</p> <p>L. Ո՞վ է վարել կեսարյան հատումը, արդյո՞ք նախապես ընտրել էք, թե ով պետք է իրականացնի: Ո՞վ է վարել հղիությունը: Արդյո՞ք հղիություն վարող բժիշկն է խորհուրդ տվել կեսարյանի համար այդ բժշկին: Գո՞հ էք արդյոք հղիությունը վարող բժշկից, իսկ ծնունդ ընդունող բժշկի՞ց, իսկ մանկաբարձուհու՞ց: Ինչո՞ւ:</p> <p><b><u>ՄՈՂԵՐԱՏՈՐ, ՀԱՐՅՆԵԼ ՄԻԱՅՆ ՀԵՇՏՈՑԱՅԻՆ ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ՓՈՐՁ ՈՒՆԵՅՈՂ ԿԱՆԱՆՑ:</u></b></p> <p>M. Ո՞վ է որոշել, թե ինչ ճանապարհով ծննդաբերեք: Ու՞մ հետ էք խորհրդակցել:</p> <p>N. Հղիության ո՞ր ժամկետում է պլանավորվել ծննդաբերության եղանակը:</p> <p>O. Հղիության ընթացքում եղե՞լ է ծննդաբերության եղանակի ընտրության հետ կապված մտավախություններ և կամ մտադրություններ: Ինչպիսի՞: Եթե այո, ապա ի՞նչն է հիմք</p>
--	--	---

		<p>հանդիսացել հեշտոցային ճանապարհով ծննդաբերության եղանակի ընտրության համար:</p> <p>P. Նախկին հղիությունների ժամանակ ունեցել էք արդյոք կեսարյան հատման փորձ: Եթե այո, ի՞նչ մտավախություններ եք ունեցել այս հղիության ընթացքում հեշտոցային եղանակը ընտրելիս: Ու՞մ հետ եք գրուցել, խորհրդակցել: Ի՞նչ գործոններ եք հաշվի առել:</p> <p>Q. Ո՞վ է ընտրել ծննդատունը: Ո՞վ է ազդել Ձեր վերջնական որոշման վրա (<i>ընտանիքի անդամներ, հղիությունը վարող մանկաբարձ-գինեկոլոգ և այլն</i>): Ի՞նչ գործոններ են ազդել Ձեր վերջնական որոշման վրա:</p> <p>R. Արդյո՞ք կանանց կոնսուլտացիան, որտեղ հաճախել եք, կցված է որևէ ծննդատան: Ծննդաբերել եք Ձեր կոնսուլտացիային կից ծննդատա՞նը, թե՞ մեկ այլում: Ինչո՞ւ: Ինչպե՞ս եք ընտրել բժշկին:</p> <p>S. Ո՞վ է վարել հեշտոցային եղանակով ծնունդը, արդյո՞ք նախապես ընտրել եք, թե ով պետք է իրականացնի: Ո՞վ է վարել հղիությունը: Արդյո՞ք հղիություն վարող բժիշկն է խորհուրդ տվել կեսարյանի համար այդ բժշկին: Գո՞հ եք արդյոք հղիությունը վարող բժշկից, իսկ ծնունդ ընդունող բժշկի՞ց, իսկ մանկաբարձուհու՞ց: Ինչո՞ւ:</p>
Գ	Գիտելիքներ (15 բ.)	<p>T. <i>ՄՈՂԵՐԱՏՈՐ, ԱՆՀՐԱԺԵՇՏՈՒԹՅԱՆ ԴԵՊՔՈՒՄ ԳՐԱՆՑԵԼ ԳՐԱՏԱՆՏԱԿԻՆ</i>: Կարո՞ղ եք նշել իրավիճակներ, երբ կանայք դիմում են կեսարյան հատման: Որո՞նք են դրանցից յուրաքանչյուրի հիմնավորումները: Ո՞ր դեպքերում, Ձեր կարծիքով, կարելի է խուսափել կեսարյան հատումից, ինչո՞ւ: Ո՞ր դեպքերն են պարտադիր: Ինչո՞ւ:</p> <p>U. Նախքան ծննդաբերությունը, կեսարյան հատման և հեշտոցային ծննդաբերության դրական և բացասական կողմերը Ձեզ ներկայացվե՞լ են: Ո՞ւմ կողմից: Ի՞նչ ձևով: Որքանո՞վ է այդ ինֆորմացիան Ձեզ օգնել:</p> <p>V. Լսե՞լ եք «Մայրության դպրոցների» մասին: Հաճախե՞լ եք «Մայրության դպրոցներ»: Եթե այո, ապա ի՞նչ ազդեցություն է դա ունեցել: Իսկ եթե չեք հաճախել, ապա ինչո՞ւ:</p> <p>W. Կա՞ արդյոք հոգեբանի ծառայություն: Իսկ ի՞նչ եք կարծում, կարիք կա՞ հոգեբանի:</p>
Դ	Վերաբերումք (25 բ.)	<p>A. Կարո՞ղ եք թվարկել կեսարյան հատման դրական հետևանքները: Իսկ բացասական:</p> <p>B. Որո՞նք են հեշտոցային ծննդաբերության դրական հետևանքները, իսկ բացասական:</p> <p>C. Ծննդաբերության ո՞ր տեսակն եք համարում ճիշտ կնոջ համար: Ինչո՞ւ:</p> <p>D. Ինչպե՞ս են վերաբերվում Ձեր մոտ շրջապատի մարդիկ ծննդաբերության եղանակներից յուրաքանչյուրին: Ո՞ր տեսակին են ավելի հակված այսօր: Ինչո՞ւ:</p>

		<p>E. Ինչպե՞ս եք վերաբերվում առանց բժշկական ցուցումների կեսարյան հատումների որոշումներին: Հիմնականում ո՞ր դեպքերում են լինում: Որո՞նք են Ձեր գործողությունները նման դեպքերում:</p> <p>F. Եթե ծննդաբերության եղանակի ընտրության առաջ կանգնեք, ու՞մ կարծիքը հաշվի կառնեք:</p> <p>G. Ի՞նչ դեր ունի կանանց կոնսուլտացիայի բժիշկը ծննդալուծման եղանակի ընտրության հարցում:</p> <p>H. <b>Եթե ունեք ն՝ ծննդաբերության ն՝ կեսարյան հատման փորձ</b>, ինդրում եմ, համեմատե՛ք: Նշեք, թե որ մեթոդին եք կողմ: Ներկայացրե՛ք յուրաքանչյուրի դրական և բացասական կողմերը:</p> <p>I. Հաջորդ անգամ երեխային ինչպե՞ս կցանկանայիք ունենալ: Ինչո՞ւ:</p> <p>J. Եթե ժամանակը հետ տային, Դուք ծննդաբերության ո՞ր եղանակը կնախընտրեիք, ինչու՞ :</p> <p>K. Ովքե՞ր են ավելի շատ շահագրգռված անել կեսարյան հատում:</p> <p>L. Ի՞նչ եք կարծում՝ Ձեր շրջապատում (ընկերների, մտերիմների) ծննդաբերության ո՞ր մեթոդն են ընտրում: Ինչու՞ :</p> <p>M. Իսկ ո՞ր եղանակն են խորհուրդ տալիս բժիշկները:</p> <p>N. Ո՞ր դեպքում է ավելի հեշտ հնարավոր վերականգնվել: Ինչու՞</p>
	<p><b>Հետագա քայլեր (10 ր.)</b></p>	<p>O. Ինչպիսի՞ փոփոխություններ կառաջարկեք, որոնք կօգնեն կանանց առավել ճիշտ կողմնորոշվել ծննդաբերության եղանակի ընտրության հարցում: Իսկ Ինչպիսի՞ փոփոխություններ կառաջարկեք, որոնք կօգնեն բժշկի կողմից ընտրված ծննդալուծման եղանակի առավել օպտիմալ լինելու հարցում:</p> <p>P. Ըստ Ձեզ՝ ինչ միջոցառումներ պետք է ձեռնարկել կեսարյան հատման հաճախականությունը ՀՀ-ում նվազեցնելու նպատակով: Ինչո՞ւ: Ինչպե՞ս դրանք կազդեն կեսարյանների նվազեցմանը:</p> <p>Q. Կցանկանայի՞ք նախքան ծննդաբերությունը Դուք և Ձեր ամուսինը անցնել նախապատրաստական դասեր: Ինչպե՞ս է պետք կազմակերպել այդ դասընթացները, որպեսզի Ձեր մասնակցության աստիճանի հավանականությունը բարձրանա:</p> <p>R. Հատկապես ի՞նչ թեմայով եք կարծում, որ ունեք գիտելիքի բաց:</p> <p>S. Կցանկանայի՞ք, որպեսզի հաջորդ ծննդաբերության ժամանակ Ձեզ հետ լինեք Ձեզ աջակցող անձ: Ո՞ւմ կուզենայիք տեսնել որպես աջակցող՝ ամուսին, քույր, ընկերուհի, նախապես ընտրած դուլա, որին վճարում են ծառայության դիմաց:</p>
	<p><b>Տեղեկատվության աղբյուրներ (5 ր.)</b></p>	<p>T. Ո՞ր աղբյուրներով է <b>նպատակահարմար</b> ստանալ տեղեկատվություն հղիության և ծննդաբերության եղանակների վերաբերյալ: Ինչու՞ :</p> <p>U. Ո՞ր աղբյուրներն են Ձեզ համար առավել <b>վստահելի</b>: Ինչու՞ :</p>
<p><b>H</b></p>	<p><b>Ամփոփում (5 ր.)</b></p>	<p>Մոդերատորն ամփոփում է քննարկումը և շնորհակալություն հայտնում մասնակցության համար:</p>