



**ՎԵՐԱՐՏԱԴՐՈՂԱԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ
ԵՎ
ԻՐԱՎՈՒՆՔԻ ՀԱՍԱՆԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀՀ-ՈՒՄ**

ԿԱՆԱՆՑ ՏԱՐԲԵՐ ԽՄԲԵՐԻ ՓՈՐՁԱՌՈՒԹՅՈՒՆԸ
ՎԵՐԱՐՏԱԴՐՈՂԱԿԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ
ԻՐԱՑՄԱՆ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑՈՒՄ



Վերարտադրողական ամողջության և իրավունքի հասանելիությունը
ՀՀ-ում

և

կանանց տարբեր խմբերի փորձառությունը վերարտադրողական
իրավունքների իրացման գործընթացում

ՉԵԿՈՒՅՑ

Երևան 2025



Չեկույցը մշակվել է «Կանանց ռեսուրսային կենտրոն» ՀԿ-ի նախաձեռնությամբ 2017 թվականին ստեղծված «Վերարտադրողական առողջության և իրավունքի հարցերով զբաղվող ցանցի» անդամների՝ տարբեր ոլորտներում կանանց վերարտադրողական առողջության և իրավունքի հարցերով զբաղվող իրավապաշտպանների և համապատասխան ոլորտի մասնագետների կողմից: Ցանցի ստեղծումը նպաստեց նրանց ջանքերի համախմբմանը և նրանց իրավապաշտպան գործունեության համատեղմանը՝ դարձնելով այն ավելի ներառական և փոխհատվող (ինտերսեկիոնալ):

Չեկույցում անդրադարձ է կատարվում վերարտադրողական առողջության ոլորտի օրենսդրությանը, ինչպես նաև կանանց տարբեր խմբերի շրջանում վերարտադրողական առողջության և իրավունքի հասանելիությանը՝ ներառյալ աբորտի ծառայություններին:

Սույն զեկույցը պատրաստվել է Safe Abortion Action Fund-ի (SAAF) ֆինանսական աջակցությամբ: Դրանում արտահայտված տեսակետները պատկանում են հեղինակներին և պարտադիր չէ, որ համընկնեն SAAF-ի տեսակետների հետ:

Չեկույցը պատրաստեցին՝

Վիոլետա Չոփունյան՝ **Մաս 1**

Գայանե Գրիգորյան՝ **Մաս 2.1**

Լիլիթ Ավետիսյան՝ **Մաս 2.2**

Ժնյա Մայիլյան՝ **Մաս 2.3**

Նարե Հովհաննիսյան՝ **Մաս 2.4**

Աննա Հովհաննիսյան՝ **Մաս 2.5**

ԴԱՏՔԵԼԱԿՆԻՆՈՒՄ

4

Ներածություն

Մաս 1

8

Վերարտադրողական առողջության իրավունքը ՀՀ-ում. օրենսդրական կարգավորումները

Մաս 2

20

Կանանց տարբեր խմբերի փորձառությունը վերարտադրողական իրավունքի իրացման գործընթացում

Մաս 2.1

24

Հաշմանդամություն ունեցող կանանց և աղքիկների վերարտադրողական առողջության և աբորտի իրավունքի իրացումը Հայաստանում

Մաս 2.2

36

LFS+ կանանց իրադրությունը սեռական և վերարտադրողական առողջության ոլորտում

Մաս 2.3

46

ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց սեռական և վերարտադրողական առողջության և իրավունքների պաշտպանության իրավիճակը Հայաստանում

Մաս 2.4

56

Կալանավորված և դատապարտված կանանց վերարտադրողական իրավունքների իրացումը Հայաստանում

Մաս 2.5

67

Ընտանեկան և սեռական բռնության ենթարկված կանանց հասանելիությունը աբորտի ծառայություններին, միջազգային չափորոշիչները և հայաստանյան իրականությունը

Հավելված

72

1

74

2

80

3

ԴԱՏՔՍԻՑԻՆԵՐ

Սեռական և վերարտադրողական առողջության և իրավունքների հասանելիությունը կանանց իրավունքների հիմնարար բաղադրիչ է և գեղեցրային հավասարության հասնելու կարևոր պայման: Այնուամենայնիվ, համակարգայնորեն անտեսված խմբերի կանայք հաճախ բախվում են խոչընդոտների, որոնք սահմանափակում են այդ իրավունքների հասանելիությունը: Հայաստանում հաշմանդամություն ունեցող, լեսբի, բիսեքսուալ և տրանս (LFS), ՄԻՎ-ով ապրող, ազատագրված և գեղեցրային բռնության ենթարկված կանայք բախվում են խտրականության, խարանի և կառուցվածքային մեկուսացման փոխհատվող ձևերի, որոնք զգալիորեն սահմանափակում են նրանց վերարտադրողական ինքնավարությունը և նրանց համար առողջապահական ծառայությունների հասանելիությունը: Այս անհավասարությունների հաղթահարումը ոչ միայն սոցիալական արդարադատության հարց է, այլև պետության պարտավորություն՝ համաձայն մարդու իրավունքների միջազգային չափորոշիչների:

Հայաստանը վավերացրել է հիմնական միջազգային փաստաթղթերը, որոնք պարտավորեցնում են պետությանը ապահովել վերարտադրողական առողջության հավասար հասանելիություն բոլոր կանանց համար: Դրանց թվում են «Կանանց նկատմամբ խտրականության բոլոր ձևերի վերացման մասին» կոնվենցիայի, «Տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների մասին» միջազգային դաշնագրի և «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին» կոնվենցիայի համապատասխան դրույթները: Այս շրջանակների համաձայն՝ պետությունը պարտավորվում է վերացնել խոչընդոտները, ապահովել ներառական և ոչ խտրական ծառայություններ և արձագանքել մարզինալացված կանանց կարիքներին: Միջազգային չափորոշիչները, այդ թվում՝ Առողջապահ-

հուլթան համաշխարհային կազմակերպության (ԱՅԿ) ուղեցույցները և մարդու իրավունքների պայմանագրային մարմինների առաջարկները, ընդգծում են, որ պետությունները պետք է ձեռնարկեն նախաձեռնողական միջոցներ՝ երաշխավորելու սեռական և վերարտադրողական առողջության ծառայությունները, հատկապես նրանց համար, ովքեր մեկուսացման բարձր ռիսկի խմբում են:

Կարևոր է արձանագրել, որ համակարգայնորեն անտեսված խմբերի կանանց առջև ծառայած խոչընդոտները եզակի դեպքեր չեն, դրանք արմատավորված են իշխանության ավելի լայն կառուցվածքներում և սոցիալական անհավասարության մեջ: Կանանց մարմինները վերահսկող հայրիշխանական նորմերը՝ զուգորդված խարանի հետ, խորացնում են մեկուսացումը և խոցելիությունը: Վերարտադրողական իրավունքների լիարժեք իրացումն անհնար է առանց այս փոխհատվող ճնշումների վերացման: Զաղաքականությունն ու ծրագրերը պետք է կարևորեն համակարգայնորեն անտեսված կանանց կենսափորձը՝ ապահովելով, որ նրանց ձայները ազդեցություն ունենան սեռական և վերարտադրողական առողջության և իրավունքների ծառայությունների նախագծման, մատուցման և գնահատման բոլոր փուլերում:

Այս գեկույցում ներկայացվում է Հայաստանում վերարտադրողական առողջության իրավունքի օրենսդրական դաշտը, ինչպես նաև վերարտադրողական առողջության և իրավունքների հասանելիությունը համակարգայնորեն անտեսված շրջանում: Այն ուսումնասիրում է իրավական և քաղաքական շրջանակները, վերհանում համակարգային խոչընդոտները և ընդգծում միջազգային չափորոշիչներն ու պետության պարտավորությունները: Յուրաքանչյուր խմբի համար ներկայացվում են նաև օրենս-

դրական և քաղաքականության մակարդակի առաջարկներ:

Այսպիսով՝ գեկույցի նպատակն է՝ տրամադրել ապացույցների վրա հիմնված առաջարկներ՝ ապահովելու համար, որ բոլոր կանայք, անկախ սոցիալական կամ տնտեսական կարգավիճակից, կարողանան իրացնել իրենց վերարտադրողական իրավունքները արժանապատիվ, անվտանգ և ինքնավար ձևով:

Մաս 1

ՎԵՐԱՐՏԱԴՐՈՂԱԿԱՆ
ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ
ԻՐԱՎՈՒՆՔԸ ՀՀ-ՈՒՄ.

ՕՐԵՆՍԴՐԱԿԱՆ
ԿԱՐԳԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐԸ



Վիոլետա Չոփունյան

Վերարտադրողական առողջության ոլորտի իրավական դաշտը Հայաստանում ձևավորվել է աստիճանաբար՝ առողջապահական ընդհանուր քաղաքականությունների, սահմանադրական սկզբունքների և միջազգային պարտավորությունների ազդեցությամբ: ՀՀ Սահմանադրության¹ 85-րդ հոդվածը երաշխավորում է յուրաքանչյուրի առողջության պահպանման իրավունքը, իսկ «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքը² իրավական հիմք է առողջապահական ծառայությունների մատուցման կազմակերպման համար՝ ներառելով վերարտադրողական առողջության բաղադրիչներ: Սակայն միայն վերջին տարիներին է ոլորտը ստացել նպատակային կարգավորում և քաղաքականություն՝ ուղղված վերարտադրողական իրավունքների ապահովմանը, թեև գործակալներում դեռևս արձանագրվում են որոշ խնդիրներ:

Այսպիսով՝ ոլորտը հիմնականում կարգավորվում է «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքով³ (այսուհետև՝ Օրենք), որը վերաբերում է Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացիներին, Հայաստանի Հանրապետությունում օրինական հիմունքներով բնակվող կամ գտնվող օտարերկրյա քաղաքացիներին և քաղաքացիություն չունեցող անձանց և կիրառվում է այն իրավաբանական անձանց նկատմամբ, որոնց գործունեությունը Հայաստանի Հանրապետությունում առնչվում է մարդու վերարտադրողականության հետ: Օրենքը «վերարտադրողական առողջությունը» սահմանում է որպես մարդու ֆիզիկական, հոգեկան և

սոցիալական լիակատար բարեկեցության վիճակ՝ կապված վերարտադրողական համակարգի, դրա գործառույթների ու կենսընթացների հետ: Իսկ ինչ վերաբերում է իրավունքներին, Օրենքի 4-րդ հոդվածը սահմանում է յուրաքանչյուր անձի սեռական և վերարտադրողական հիմնական իրավունքները՝ հիմնված Սահմանադրության, ազգային օրենքների և միջազգային պայմանագրերի վրա: Այն ամրագրում է մարդու ազատությունը՝ ինքնուրույն տնօրինելու իր սեռական և վերարտադրողական կյանքը, ընտանիք կազմելու և երեխաների ծննդի ժամանակն ու թիվը որոշելու իրավունքը՝ օգտվելով անվտանգ և արդյունավետ պտղաբերության կարգավորման ծառայություններից: Օրենքը նաև երաշխավորում է պաշտպանություն ճնշման, սեռական շահագործման, հարկադրական հղիության, աբորտի կամ ամպսցման բոլոր ձևերից, ինչպես նաև իրավունք հավաստի տեղեկատվության, խորհրդատվության, գաղտնի բժշկական ծառայությունների և առողջության համար անվտանգ մեթոդների կիրառման նկատմամբ: Անձը կարող է կայացնել ինքնուրույն որոշումներ բժշկական միջամտությունների վերաբերյալ և օգտվել վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաներից:

Անդրադառնալով վերարտադրողական առողջության իրավունքի ընդհանուր նկարագրին՝ հարկ է նշել, որ ներպետական օրենսդրությամբ պետության կողմից տրամադրվող վերարտադրողական առողջության ծառայությունները սահմանող իրավական կարգավորումները ազատագրված, LFS+, ՄԻԱՎ-ով ապրող, հաշմանդամություն ունեցող և գենդերային բռնության ենթարկված կանանց շրջանում բավարար բազմակողմանի և համապարփակ չեն: Այդուհանդերձ, օրենսդրությամբ ՄԻԱՎ-ով վարակված անձանց և հաշմանդամություն ունեցող անձանց և այլ խմբերի վերա-

1 Տե՛ս ՀՀ Սահմանադրություն, <https://www.arlis.am/hy/acts/143723/latest>

2 Տե՛ս «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքը, <https://www.arlis.am/hy/acts/214384/latest>

3 Տե՛ս «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքը, <https://www.arlis.am/hy/acts/195987/latest>

բերյալ վերարտադրողական իրավունքները պաշտպանված են հատուկ դրույթներով, որոնք նպատակ ունեն ապահովելու հավասար և արժանապատիվ վերաբերմունք բոլոր անձանց նկատմամբ:

«Մարդու իմունային անբավարարության վիրուսից առաջացած հիվանդության կանխարգելման մասին» ՀՀ օրենքի⁴ 14-րդ հոդվածի համաձայն՝ ՄԻԱՎ-ով վարակված անձանց տրվում է իրավական երաշխիք՝ ոչ խտրական վերաբերմունքի, բժշկական գաղտնիության պահպանման, աշխատանքի շարունակման և տեղեկացված խորհրդատվություն ստանալու իրավունքի վերաբերյալ: Նրանք իրավունք ունեն ստանալու հետազոտության արդյունքների մասին ամբողջական տեղեկություն և օգտվելու կանխարգելիչ ծառայություններից, իսկ առանց իրենց գրավոր համաձայնության չեն կարող դառնալ գիտական փորձերի կամ հետազոտությունների օբյեկտ: Այս դրույթները բխում են մարդու իրավունքների հավասարության և առողջության հասանելիության միջազգային սկզբունքներից՝ բացառելով խարանձուխտրականությունը իրավական դաշտում: Միևնույն Օրենքի 11-րդ հոդվածի համաձայն՝ հղի կանայք, սեռավարակակիրները, կալանավորվածները և դատապարտյալները իրավունք ունեն ստանալու ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ խորհրդատվություն և հետազոտություն բուժաշխատողների կողմից:

Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքներն ամրագրված են «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին» օրենքով⁵, որի 15-րդ հոդվածը երաշխավորում է նրանց ընտանիք կազմելու, ամուսնության և ծնողական իրավունքների լիարժեք իրացումը: Այս դրույթները նախատեսում են ազատ և պատասխանատու որոշումներ երեխաների թվի և ծննդաբերության ժա-

մանակահատվածի վերաբերյալ, մատչելի տեղեկություն վերարտադրողական առողջության և ընտանիքի պլանավորման մասին, ինչպես նաև աջակցություն ծնողական պարտականությունները կատարելու ընթացքում:

Ինչ վերաբերում է բռնության ենթարկված անձանց, պետք է նշել, որ «Ընտանեկան և կենցաղային բռնության կանխարգելման ու ընտանեկան և կենցաղային բռնության ենթարկված անձանց պաշտպանության մասին» օրենքի⁶ 17-րդ հոդվածն ամրագրում է առողջապահության ոլորտի լիազոր մարմնի պարտավորությունները ընտանեկան բռնության ենթարկված անձանց պաշտպանության բնագավառում: Համաձայն վերոնշյալ դրույթի՝ լիազոր մարմինը պետք է ապահովի ընտանեկան բռնության ենթարկված անձանց համար անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում՝ պայմանավորված բռնության դեպքով, անձի առողջության խնդիրների լուծման նպատակով: Միևնույն ժամանակ Օրենքը նախատեսում է, որ լիազոր մարմինը ընտանեկան և կենցաղային բռնության հետևանքով բժշկական օգնության դիմած անձանց համար պետք է կազմակերպի բժշկական հաստատություններում պարբերական վերապատրաստումներ հասանելի հոգեբանական և այլ ծառայությունների մասին տեղեկացնելու, նրանց աջակցություն կենտրոններ ուղղորդելու վերաբերյալ:

«Կալանավորված անձանց և դատապարտյալների բուժանխտարական և բուժկանխարգելիչ օգնությունը կազմակերպելու, առողջապահական մարմինների բուժական հիմնարկներից օգտվելու և այդ նպատակով դրանց բժշկական անձնակազմին ներգրավելու կարգը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության 26.05.2006 թվականի թիվ 825-Ն

4 Տե՛ս <https://www.arlis.am/hy/acts/120793/latest>
5 Տե՛ս <https://www.arlis.am/hy/acts/196661/latest>

6 Տե՛ս <https://www.arlis.am/hy/acts/208514>

որոշումը⁷ անդրադառնում է այս խմբի անձանց համար բժշկական ծառայություններին: Թեև որոշմամբ առանձին կարգավորում չի նախատեսվում կանանց առողջության առանձնահատկությունների վերաբերյալ, այնուամենայնիվ, 3-րդ գլխի 18-րդ կետով ամրագրված է, որ յուրաքանչյուր քրեակատարողական հիմնարկում պետք է ապահովվի առնվազն ընդհանուր թերապևտիկ, հոգեբուժական, ընդհանուր վիրաբուժական, ստոմատոլոգիական, իսկ կանանց համար նախատեսված հիմնարկներում նաև գինեկոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում: Այս դրույթը իրավական հիմք է, որը պարտավորեցնում է պետությանը երաշխավորել կանանց վերարտադրողական առողջության ծառայությունների հասանելիությունը նաև ազատագրվման պայմաններում:

Այնուամենայնիվ, Մարդու իրավունքների պաշտպանի գրասենյակի 2024 թվականի «Ազատությունից զրկված կանանց վերարտադրողական առողջությունն ու վերարտադրողական իրավունքը Հայաստանում» զեկույցի⁸ համաձայն՝ ազատագրված կանանց համար վերարտադրողական առողջության ծառայությունների մատուցման պայմանները հաճախ չեն համապատասխանում ոչ միայն միջազգային, այլև ազգային իրավական չափանիշներին: Թեև ՀՀ օրենս-դրույթում ամրագրված է յուրաքանչյուրի իրավունքը՝ ստանալու խորհրդատվություն և բժշկական սպասարկում մեկուսի և գաղտնի պայմաններում, քրեակատարողական հիմնարկներում այս սկզբունքը գործնականում հաճախ չի պահպանվում: Հղի կանայք և մինչև երեք տարեկան երեխա ունեցող մայրերը հաճախ զրկված են հարմարավետ կացարաններից ու խորհրդատվության համար առանձնացված միջավայրից, իսկ բժշկական գաղտնիության պահպանման պահանջները բավարար չափով

չեն իրագործվում: Այս հանգամանքները փաստացի սահմանափակում են կանանց՝ իրենց վերարտադրողական կյանքը ինքնուրույն տնօրինելու, ինչպես նաև երեխաների թվի և ծննդաբերության ժամանակահատվածի վերաբերյալ ազատ որոշումներ կայացնելու իրավունքը:

Չեկույցում շեշտվում է պետության պարտավորությունը՝ ստեղծելու հատուկ քաղաքական և կազմակերպչական մեխանիզմներ՝ ուղղված այս խմբի կանանց վերարտադրողական իրավունքների արդյունավետ իրացմանը: Առաջարկվում է քրեակատարողական հիմնարկներում ապահովել հղի և նորածին ունեցող կանանց համար հարմարեցված պայմաններ՝ ներառյալ երեխաների համար անվտանգ տարածքներ, խորհրդատվական սենյակներ և արժանապատիվ կացության միջավայր: Չեկույցը միաժամանակ մատնանշում է բուժանձնակազմի շարունակական վերապատրաստման անհրաժեշտությունը վերարտադրողական առողջության և մարդու իրավունքների ոլորտներում կանխելու խտրական վերաբերմունքը և ապահովելու իրավահեն ու հարգալից մոտեցում: Այս դիտարկումները ևս մեկ անգամ ընդգծում են, որ ազատագրվումը չի կարող և չպետք է սահմանափակի կնոջ վերարտադրողական առողջության և արժանապատվության իրավունքները, իսկ պետությունը պարտավոր է երաշխավորել դրանց լիարժեք իրացումը՝ անկախ ազատագրվման հանգամանքից:

Սահմանադրության համաձայն՝ յուրաքանչյուր ոք ունի առողջության պահպանման իրավունք, որը ներառում է ինչպես առողջությանը վնաս չպատճառող միջավայրի ապահովումը, այնպես էլ բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու հնարավորությունը: Այս իրավունքը տարածվում է նաև ազատագրված անձանց վրա: Նրանց առողջապահական կարիքների սպասարկման

7 ՏԵՍ <https://www.arlis.am/hy/acts/162828>

8 ՏԵՍ <https://tinyurl.com/33u552vt>

Նպատակով ՀՀ կառավարության 2018 թվականի N 204-Ն որոշմամբ ստեղծվել է Զրեակատարողական բժշկության կենտրոնը, որի հիմնական առաքելությունն է ազատագրված անձանց առողջության պահպանման և բուժօգնության պատշաճ կազմակերպումը: Կենտրոնի ստեղծմամբ բժշկական ծառայությունները տարանջատվեցին քրեակատարողական ծառայությունից՝ ապահովելով բուժանձնակազմի մասնագիտական անկախությունը: Սակայն դրա ենթակայությունը ՀՀ արդարադատության նախարարությանը լիարժեք հնարավորություն չէր տալիս ներառելու քրեակատարողական առողջապահական համակարգը հանրապետության ընդհանուր առողջապահական համակարգի շրջանակում: Այս խնդրի լուծման նպատակով ՀՀ կառավարության 2023 թվականի N 614-Ն որոշմամբ կենտրոնը փոխանցվեց ՀՀ առողջապահության նախարարությանը, ինչն իր հերթին հիմք դրեց մասնագիտական վերահսկողության ամրապնդման և որակավորված բուժաշխատողների ներգրավման համար:

«Կանանց ռեսուրսային կենտրոն» հասարակական կազմակերպության նախաձեռնությամբ ստեղծված «Վերարտադրողական առողջության և իրավունքի հարցերով զբաղվող ցանցի» կողմից դեռևս 2018 թվականին հրապարակված «Վերարտադրողական առողջության և իրավունքի պատկերը կանանց տարբեր խմբերի շրջանում» վերառաջությամբ գեկույցից հետո մի շարք օրենսդրական փոփոխություններ են արվել վերարտադրողական առողջության իրավունքի կարգավորումներում: Իրականացվել են վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով իրականացվող բժշկական օգնության և սպասարկման ծրագրեր, վերանայվել են հղիության արհեստական ընդհատման վերաբերյալ կարգավորումները, հստակեցվել են

բժշկական գաղտնիքի և բուժառուների իրավունքների վերաբերյալ իրավական դրույթները և այլն:

ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԱՐԻԵՍՏԱԿԱՆ ԸՆԴՀԱՏՈՒՄ

Հայաստանում հղիության արհեստական ընդհատումը (աբորտը) օրենքով թույլատրելի է և կանոնակարգվում է «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքով: Գործող իրավական կարգավորումների համաձայն՝ յուրաքանչյուր կին ունի հղիության արհեստական ընդհատման իրավունք: Հղիության արհեստական ընդհատումը (այսուհետև՝ ընդհատում)

- մինչև 11 շաբաթ 7 օր հղիության ժամկետը կատարվում է կնոջ գրավոր դիմումի համաձայն, բժշկական ցուցումների առկայության դեպքում ընդհատումը մինչև 11 շաբաթ 7 օր հղիության ժամկետը իրականացվում է կնոջ գրավոր համաձայնությամբ.
- 11 շաբաթ 7 օրից մինչև 22 շաբաթական հղիության ժամկետը կատարվում է բացառապես բժշկական (ներառյալ սեռի հետ կապված հիվանդության ժառանգման հավանականության դեպքում) ցուցումների առկայության դեպքում՝ կնոջ գրավոր համաձայնությամբ, կամ սոցիալական ցուցումների առկայության դեպքում՝ կնոջ գրավոր դիմումի համաձայն:

Բժշկի կողմից բժշկական կամ սոցիալական ցուցումների՝ ՀՀ կառավարության կողմից հղիության արհեստական ընդհատման վերաբերյալ կարգը և պայմանները սահմանող որոշման⁹ ցանկում չնախատեսված ռուև այլ դեպքում՝ ներառյալ սեռով պայմանավորված, 11 շա-

9 Տե՛ս <https://www.arlis.am/hy/acts/204115>

բաթ 7 օրից մինչև 22 շաբաթական ընդհատումն արգելվում է: Ինչ վերաբերում է անչափահաս տներին, ընդհատումը մինչև 16 տարեկան անձի դիմումով կատարվում է նրա օրինական ներկայացուցչի, իսկ վերջինիս բացակայության դեպքում՝ նրա լիազորած կոնտակտային անձի գրավոր համաձայնությամբ, ընդ որում՝ բուժաօտարության տնօրենությունը ձեռնարկում է միջոցներ՝ ապահովելու մինչև 16 տարեկան երեխայի՝ իր կարծիքն ազատ արտահայտելու և լաված լինելու իրավունքը, ինչպես նաև հաշվի առնում նրա կարծիքը՝ իր տարիքին և հասունության մակարդակին համապատասխան: Վերոնշյալ ՀՀ կառավարության 23.02.2017 թվականի թիվ 180-Ն որոշմամբ սահմանվում են հղիության արհեստական ընդհատման և դրա իրականացման կարգն ու պայմանները՝ ներառյալ ընդհատման հակացուցումները և անհրաժեշտ հետազոտությունների ցանկը, ընդհատման բժշկական և սոցիալական ցուցումների ցանկը, հղի կնոջ կողմից ներկայացվող դիմումի ձևը, ինչպես նաև մինչև 16 տարեկան անձի հղիության արհեստական ընդհատման համար նրա ծնողների կամ այլ օրինական ներկայացուցչի, իսկ նրանց բացակայության դեպքում՝ նրա լիազորած կոնտակտային անձի կողմից տրվող համաձայնության ձևը: Սոցիալական ցուցումներ համարվող հանգամանքներում ներառված են հղիության ընթացքում ամուսնու մահը, կնոջ կամ ամուսնու՝ օրենքով սահմանված կարգով նշանակված պատիժը ազատագրվման վայրում կրելը, հղիության ընթացքում օրենքով սահմանված կարգով ամուսնալուծությունը, բռնաբարության հետևանքով հղիությունը: Վերոնշյալ հանգամանքների և սոցիալական ցուցումը հաստատող փաստաթղթերի առկայության պարագայում հղիության արհեստական ընդհատումը կատարվում է առողջապահական հաստատության գործադիր մարմնի ղեկավարի համա-

պատասխան ակտով ստեղծված, մշտապես գործող բժշկական հանձնաժողովի հիմնավորված որոշման հիման վրա՝ հղի կնոջ գրավոր դիմումի համաձայն: Ընդհատման բժշկական միջամտությունն իրականացնելուց անմիջապես հետո բժիշկը պարտավոր է կնոջը տրամադրել անցանկալի հղիությունը կանխելու միջոցների և (կամ) մեթոդների ընտրության վերաբերյալ անվճար բժշկասոցիալական խորհրդատվություն, որի մասին բժիշկը գրառում է ընդհատման համար դիմած կնոջ բժշկական փաստաթղթերում, և որը հաստատվում է կնոջ ստորագրությամբ:

2025 թվականին վերանայվել է ՀՀ կառավարության 23.02.2017 թվականի թիվ 180-Ն որոշումը¹⁰, որով հստակեցվել է, որ հղիության արհեստական ընդհատման իրականացվում է ոչ միայն մանկաբարձական և գինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման լիցենզիա ունեցող հիվանդանոցային, այլև արտահիվանդանոցային առողջապահական հաստատություններում: Այս փոփոխությունը կարևոր է մատչելիության ապահովման համար, քանի որ նախկինում հատկապես մարզերում բնակվող կանանց համար լրացուցիչ խնդիրներ էին ստեղծվում ճանապարհային հարցերի տեսանկյունից, ինչպես նաև բժիշկների հսկողությամբ ղեկորայթային եղանակով հղիության արհեստական ընդհատումն իրականացնելու համար: Հարկ է նշել, որ ընդհատման վերաբերյալ իրավակարգավորումները դեռևս չեն անդադարձել հղի կնոջ դիմելուց հետո բժշկի տրամադրած երեք օրացույցային օրվա ժամանակահատվածին՝ ընդհատման վերաբերյալ վերջնական որոշում կայացնելու համար: Այսպես կոչված «սպասելու» եռօրյա ժամկետը Օրենքով սահմանված է բուժաշխատողի համար որպես պարտադիր գործառույթ, ինչից կարելի է նվազագույն, որ կասկածի տակ է դրվում և կնոջ կայացրած որոշումը, իսկ

եռօրյա ժամկետը ոչ թե առաջարկվում է որպես իրավունք, ինչից կարող է հղի կինն օգտվել, այլ պարտադիր պահանջ մինչև ընդհատման իրականացումը:

Գործնականում բուժաշխատողների կողմից հղիության արհեստական ընդհատման վերաբերյալ որոշակի կարծրատիպային մոտեցումներ կան, ինչին գուցե կարող է նպաստել ժողովրդագրական տվյալների ոչ դրական պատկերը, սեռով պայմանավորված ընդհատումների համատարած խնդիրը կամ վարչական իրավախախտումների վերաբերյալ ՀՀ օրենսգրքով¹¹ սահմանված պատասխանատվությունը: Համաձայն վերոնշյալ օրենսգրքի 47.12-րդ հոդվածի՝ բժշկի կողմից հղիության արհեստական ընդհատումից անմիջապես հետո կնոջը անցանկալի հղիությունը կանխելու միջոցների և (կամ) մեթոդների ընտրության վերաբերյալ անվճար բժշկասոցիալական խորհրդատվություն չտրամադրելը կամ խորհրդատվություն տրամադրելու մասին բժշկական փաստաթղթերում գրառումներ չկատարելը առաջացնում է տուգանքի նշանակում՝ սահմանված նվազագույն աշխատավարձի քառասնապատիկից հիսնապատիկի չափով: Իսկ միևնույն հոդվածի 3-րդ կետի համաձայն՝ բժշկի կողմից հղիության արհեստական ընդհատման բժշկական միջամտությունից անմիջապես առաջ հղի կնոջը հղիության արհեստական ընդհատման վերաբերյալ վերջնական որոշում կայացնելու՝ օրենքով նախատեսված ժամանակահատված չտրամադրելն առաջացնում է տուգանքի նշանակում՝ սահմանված նվազագույն աշխատավարձի ութսունապատիկից հարյուրապատիկի չափով:

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԳԱՂՏՆԻՔԻ ԻՐԱՎԱԿԱՐԳԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐԸ

Քանի որ բուժառուների վերարտադրողական իրավունքների իրացումը հաճախ պայմանավորված է այնպիսի երաշխիքների ապահովմամբ, ինչպիսիք են գաղտնի և մեկուսի պայմանները, ապա խոսելով այս իրավունքների մասին՝ կարևոր է անդրադառնալ բժշկական գաղտնիքի իրավակարգավորումներին:

Թեև նախկինում «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքն անդրադառնում էր բուժառուի անձնական տվյալները գաղտնի պահելու հարցերին, սակայն 2020 թվականին վերոգրյալ օրենքում մեծածավալ փոփոխություններով սահմանվեց նաև «բժշկական գաղտնիք» եզրույթը, և հստակ կարգավորվեցին դրա մշակման նկատմամբ պահանջները: Այսպիսով՝ բժշկական գաղտնիք են համարվում բուժառուի առողջական վիճակի մասին կամ բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու համար դիմելու կամ ստանալու մասին, ինչպես նաև բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնելու ընթացքում պարզված տվյալները: Այսինքն՝ նույնիսկ կնոջ որևէ բժշկական հաստատություն դիմելու փաստը համարվում է բժշկական գաղտնիք, և բոլոր այն դեպքերում, երբ հնարավոր է անձին նույնականացնել իր վերաբերյալ հատուկ անձնական տվյալներով¹², գործ ենք ունենում բժշկական գաղտնիքի հետ: Այդուհանդերձ, օրենսդրական կարգավորումներն ամրագրում են նաև բացառություններն առանց բուժառուի կամ նրա օրինական ներկայացուցչի համաձայնության բժշկական գաղտնիք համարվող տվյալների փոխանցման վերաբերյալ: Կառավարության սահմանած

¹¹ Բժշկական գաղտնիքը համարվում է անձնական տվյալների հատուկ կատեգորիա, որը սահմանում է «Անձնական տվյալների պաշտպանության մասին» ՀՀ օրենքը, <https://www.arlis.am/hy/acts/183134/latest>

¹¹ Տե՛ս <https://www.arlis.am/hy/acts/211145/latest>

կարգով¹³ այդ տվյալները կարող են փոխանցվել՝

- բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողներին՝ պացիենտին բժշկական օգնություն և սպասարկում տրամադրելու նպատակով, եթե առանց այդ տվյալների հնարավոր չէ պացիենտին տրամադրել բժշկական օգնություն և սպասարկում.

- լիազոր մարմին՝

ա. ներառյալ բնակչության սակիտարահամաճարակային անվտանգության ապահովման և հանրային առողջության բնագավառում գործունեություն իրականացնող պետական կազմակերպություններին՝ վարակիչ, ինչպես նաև քիմիական, ճառագայթային, կենսաբանական գործոններով պայմանավորված հիվանդացության դեպքերում, և լիազոր մարմնի սահմանած առանձին ոչ վարակիչ հիվանդությունների կամ զանգվածային թունավորումների կամ դրանց սպառնալիքի դեպքերում,

բ. լիազոր մարմին, ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի համաձայն՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների մատուցման մասին կնքված պայմանագրերով նախատեսված աշխատանքների կատարման ընթացքի և որակի ստուգման աշխատանքներ իրականացնելիս.

- օրինական ուժի մեջ մտած դատական ակտով.

- ռազմաբժշկական փորձաքննություն անցկացնելու նպատակով գինվորական կոմիսարիատների կամ բժշկական կամ ռազմաբժշկական հանձնաժողովների հարցման դեպքում.

- անձի ֆունկցիոնալության գնահատման ոլորտում իրավասու մարմին՝ բժշկասոցիալական փորձաքննություն, վերափորձաքննություն և անձի ֆունկցիոնալության գնահատում իրականացնելու նպատակով անզի-

տակից պացիենտի կոնտակտային անձին կամ ընտանիքի չափահաս անդամներին: Սույն կետի իմաստով՝ ընտանիքի անդամ են համարվում հայրը, մայրը, օրինական ներկայացուցիչը, ամուսինը, ամուսնու ծնողները, որդեգրողը, տատը, պապը, քույրը, եղբայրը, երեխաները, այդ թվում՝ որդեգրվածը.

- սույն օրենքով նախատեսված դեպքերում գիտական կամ գիտատեխնիկական գործունեություն իրականացնողներին.

- ոստիկանությանը՝ բժշկական հաստատություն տեղափոխված այն պացիենտի (ինչպես նաև մահացած անձի) մասին, որի վերաբերյալ առկա են կասկածներ, որ առողջության վատթարացումը կամ մահը հետևանք է բռնի՝ ներառյալ հակաօրինական գործողությունների, ինչպես նաև սահմանափակող միջոցառումների կիրառման նկատմամբ հսկողություն իրականացնելու նպատակով իրավունքների սահմանափակման ենթակա անձանց՝ կարանտին սահմանելու համար հիմք հանդիսացող վարակիչ հիվանդության վերաբերյալ տվյալները.

- քննիչին, դատախազին, դատարանին՝ իրենց վարույթային պարտականությունները կատարելիս, ինչպես նաև Մարդու իրավունքների պաշտպանին՝ օրենքով սահմանված կարգով ներկայացված հարցումների հիման վրա.

- արդարադատության նախարարության քրեակատարողական հիմնարկին, արդարադատության նախարարության քրեակատարողական և պրոբացիայի ծառայություններին՝ օրենքով նախատեսված դեպքերում.

- լիազոր մարմին (ներառյալ բնակչության սակիտարահամաճարակային անվտանգության ապահովման և հանրային առողջության

13 Տե՛ս <https://www.arlis.am/hy/acts/168332>

բնագավառում գործունեություն իրականացնող պետական կազմակերպություններին) և բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողներին՝ սույն օրենքով նախատեսված՝ առողջապահության բնագավառի տվյալների բազաների վարման նպատակով.

- Կառավարության լիազորած՝ առողջապահության բնագավառի վերահսկողություն իրականացնող տեսչական մարմին՝ առողջապահության, աշխատողների առողջության պահպանման նորմերի կիրառման նկատմամբ պետական վերահսկողություն իրականացնելիս.
- Հաշվեքննիչ պալատին՝ «Հաշվեքննիչ պալատի մասին» օրենքին համապատասխան.
- Հայաստանի Հանրապետության պետական վերահսկողական ծառայությանը՝ օրենքով վերապահված վերահսկողական լիազորությունների իրականացման շրջանակում:

Իրավական նորմերի շրջանակում կարևոր է հստակեցնել, որ վերարտադրողական առողջությանը վերաբերող տվյալների հասանելիության որոշ բացառություններ նախատեսված են բացառապես այն նպատակով, որ ապահովվի համաչափ և կոնկրետ միջամտություն՝ ըստ սահմանված ընթացակարգերի: Այսինքն՝ նման դեպքերում խոսքը բժշկական գաղտնիք պարունակող տեղեկության ոչ թե հրապարակման, այլ սահմանված կարգով փոխանցման մասին է:

Օրենսդրական դաշտում հատուկ ընդգծված է վերարտադրողական առողջության ոլորտում գաղտնիության իրավունքի առաջնահերթությունը: Մասնավորապես, «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքի 4-րդ հոդվածի 1-ին կետի 5-րդ ենթակետով սահմանվում է, որ յուրաքանչյուր

ոք իրավունք ունի ստանալու բժշկական խորհրդատվություն և ծառայություններ սեռական և վերարտադրողական առողջության հարցերում՝ մեկուսի և գաղտնի պայմաններում: Նույն օրենքի 18-րդ հոդվածը ևս ամրագրում է, որ վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների, մասնավորապես արհեստական սերմնավորման, արտամարմնական բեղմնավորման և փոխնակ մայրության կիրառման գործընթացներին առնչվող բոլոր տեղեկությունները համարվում են բժշկական գաղտնիք և հրապարակման ենթակա չեն: Այս դրույթները միտված են անձի անձնական կյանքի, արժանապատվության և տվյալների պաշտպանությանը, սակայն գործնական կիրարկման տեսանկյունից կան իրավական և այլ բացեր: Այսպիսով՝ ներկայում առկա են բազմաթիվ բժշկական կազմակերպություններ, որտեղ վերարտադրողական առողջության ծառայությունները մատուցվում են ընդհանուր կաբինետներում՝ միևնույն տարածքում միաժամանակ մի քանի բուժաշխատողի կողմից ընդունելություն իրականացնելու ձևաչափով: Նման պրակտիկան հակասում է գործող օրենսդրությանը, մասնավորապես՝ վերարտադրողական բժշկական ծառայություններն անձի մեկուսի և գաղտնի պայմաններում ստանալու իրավունքի պահանջին: Ուսումնասիրելով բժշկական օգնության և սպասարկման լիցենզավորման պահանջները՝ ակնհայտ է դառնում, որ մեկուսացված միջավայր ապահովելու պարտադիր չափանիշ նախատեսված չէ: Ավելին՝ լիազոր մարմինը, հատկապես մարզային հաստատությունների օրինակով, փաստարկում է, որ առանձին կաբինետների հատկացումն ու ձևավորումը ֆինանսապես բարդ խնդիր են, ինչը, սակայն, չի կարող բավարար հիմք լինել մարդու իրավունքների սահմանափակման համար: Նշված խնդիրը նաև կարող է էականորեն խթանել բուժառուի հետ արդյունավետ և անկաշկանդ հարողակցման գործըն-

թացը: Երրորդ անձանց ներկայությունը նույն կաբինետում հաճախ հանգեցնում է նրան, որ պացիենտը խուսափում է իրեն մտահոգող առավել անձնական բնույթի տեղեկությունը ներկայացնելուց, հատկապես վերարտադրողական կամ սեռական առողջության վերաբերյալ: Այս իրավիճակը, իր հերթին, կարող է հանգեցնել գանգատների և ախտանշանների թերի ներկայացման, ինչի հետևանքով խաթարվում են թե՛ ախտորոշման ճշգրտությունը, թե՛ բուժման ռացիոնալ պլանավորումը՝ վտանգի տակ դնելով բուժառուի առողջության պատշաճ պաշտպանությունը:

Կարևոր է նաև նշել, որ ՀՀ քրեական օրենսգրքի բժշկական գաղտնիքի վերաբերյալ դրույթը ևս վերանայվել է, համաձայն որի՝ 205-րդ հոդվածը¹⁴ սահմանում է քրեական պատասխանատվություն բժշկական գաղտնիք պարունակող տվյալը օրենքով նախատեսված անձնական տվյալներ մշակողի կողմից առանց անձի կամ նրա օրինական ներկայացուցչի գրավոր համաձայնության, ապօրինաբար մեկ այլ անձի հայտնելու համար: Իսկ նույն հոդվածի 3-րդ կետով նշված հանցավոր արարքի կատարման մասով բուժաշխատողը նախատեսված է որպես առանձին սուբյեկտ:

ԱՅԼ ԿԱՐԳԱՎՈՐՈՒՄԵՐ

Առողջապահության ոլորտում քաղաքականություն մշակելիս վերջին տարիներին լիազոր մարմինն առաջնորդվում է Հայաստանում առողջապահական համակարգի 2023-2026 թվականների զարգացման ռազմավարությամբ¹⁵ և դրանից բխող միջոցառումներով¹⁶: Հիմնախնդիրներում առանձին տեղ են զբաղեցնում մոր և մանկան առողջության պահպանմանը միտված գործողությունները,

որոնք վերաբերում են «Վերարտադրողական առողջության բարելավման, պերինատալ կորուստների նվազեցման և առողջապահական գործոնով պայմանավորված ծնելիության բարելավման 2024-2026 թթ. ծրագիրը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշման ընդունմանը, կեսարյան հատուկների աճի միտման պատճառների հետազոտության իրականացմանը, «ՀՀ-ում կեսարյան հատուկների աճի դադարեցմանն ու նվազեցմանն ուղղված միջոցառումների ծրագիրը հաստատելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանի ընդունմանը, տեղեկատվական/խորհրդատվական համացանցային հարթակի ստեղծմանն ու գործարկմանը և այլն: 2025 թվականի հոկտեմբերի դրությամբ լիազոր մարմնի ներկայացրած հաշվետվության¹⁷ համաձայն՝ ոչ բոլոր միջոցառումներն են իրականացվել, թեև վերջին տարիներին գրանցվել են մի շարք բարեփոխումներ, հատկապես անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական օգնության և սպասարկման ապահովման¹⁸ և պարբերաբար շահառուների խումբն ընդլայնելու և տարբեր ուղեցույցներ և գործելակարգեր մշակելու և դրանք գործածության մեջ դնելու մասով:

Ուշագրավ է նաև այն, որ 2024 թվականին Հայաստանը ստորագրեց «Կենսաբանության և բժշկության նվաճումների կիրառման առնչությամբ մարդու իրավունքների և արժանապատվության պաշտպանության մասին» կոնվենցիան¹⁹ (Օվիեդոյի կոնվենցիա), իսկ 2025 թվականի հոկտեմբերին վավերացրեց այն: Օվիեդոյի կոնվենցիան ստորագրելիս Հայաստանը վերապահում է ներկայացրել վերարտադրողական բժշկության

14 St՛u <https://www.arlis.am/hy/acts/210019>

15 St՛u <https://www.arlis.am/hy/acts/174219>

16 St՛u file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/2023_n174hav.2.pdf

17 St՛u <https://moh.am/uploads/hashvetv%20174-++%2019.03.pdf>

18 St՛u <https://www.arlis.am/hy/acts/202682>

19 St՛u <https://rm.coe.int/convention-oviedo-et-protocoles-arm/1680a206da>, Կոնվենցիան ուժի մեջ կանոնի 2026 թվականի փետրվարի 1-ից:

ույրտում երեխայի սեռի ընտրությունն արգելող Կոնվենցիայի 14-րդ հոդվածի առկայությամբ՝ հիմնավորելով, որ ՀՀ օրենսդրությունը, նույն արգելքը սահմանելով հանդերձ, նախատեսում է բացառություն այն դեպքերի համար, երբ առկա է սեռով պայմանավորված, ժառանգական հիվանդության ռիսկ, կամ ընտանիքում արդեն նույն սեռի երեք երեխաներ կան:

Հաշվի առնելով վերջին տարիներին բազմաբնույթ իրադաճությունները՝ համավարակ, պատերազմ և այլն, որոնք խաթարում էին հանրությանը մատուցվող տարբեր ծառայությունները՝ 2025 թվականին ընդունվեց «Աղետների ռիսկի կառավարման և բնակչության պաշտպանության մասին» ՀՀ օրենքը²⁰, համաձայն որի՝ առողջապահության ոլորտում պետական կառավարման համակարգի լիազոր մարմինը պետք է կազմակերպի արտակարգ իրավիճակներում բնակչության բժշկական օգնությունը, սպասարկումը և բնակչության սանիտարահամաճարակային անվտանգության ապահովման միջոցառումները՝ հատուկ ուշադրություն դարձնելով վերարտադրողական առողջության խնդիրներին:

20 Տե՛ս <https://www.arlis.am/hy/acts/206798/latest>, Օրենքն ուժի մեջ է մտնում 2027 թվականի հունվարի 1-ից:

Մաս 2

ԿԱՆԱՆՑ ՏԱՐԲԵՐ
ԽՄԲԵՐԻ
ՓՈՐՁԱՌՈՒԹՅՈՒՆԸ
ՎԵՐԱՐՏԱԴՐՈՂԱԿԱՆ
ԻՐԱՎՈՒՆՔԻ ԻՐԱՑՄԱՆ
ԳՈՐԾԸՆԹԱՑՈՒՄ
ՄԵԹՈԴԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ



Չեկույցի այս հատվածի նպատակն է՝ ուսումնասիրել պետության կողմից տրամադրվող վերարտադրողական առողջության ծառայությունները ապահովող իրավական կարգավորումները, գնահատել դրանց համապատասխանությունը միջազգային չափորոշիչներին, ինչպես նաև հասանելիությունն ու մատչելիությունը ազատագրված, LFS+, ՄԻԱՎ-ով ապրող, հաշմանդամություն ունեցող և գեղեցիկային բռնության ենթարկված կանանց շրջանում: Չեկույցի շրջանակում դիտարկվել են հիվանդության արհեստական ընդհատումների ծառայությունների մատչելիությունը և հասանելիությունը:

Ուսումնասիրության նպատակն էր բացահայտել՝

- պետական քաղաքականությունների և իրավական կարգավորումների համապատասխանությունը մարդու իրավունքների միջազգային սկզբունքներին, այդ թվում՝ հակախտրականության, առողջության, գաղտնիության և արժանապատիվ վերաբերմունքի իրավունքներին,
- հիվանդության արհեստական ընդհատումների ծառայությունների մատչելիությունը և հասանելիությունը, առկա օրենսդրական և գործնական խոչընդոտները կանանց տարբեր խմբերի շրջանում,
- վերոնշյալ խմբերի համար վերարտադրողական առողջության ծառայությունների հասանելիության, մատչելիության, ընդունելիության և որակի մակարդակը,
- այս խմբերի փորձառությունը՝ կապված գինեկոլոգիական ծառայությունների ստացման հետ՝ ներառյալ տեղեկատվության ապահովումը, վերաբերմունքը և խտրականության դրսևորումները:

Ուսումնասիրության նպատակն է նաև անդրադառնալ օգնող մասնագետների

փորձառությանը, որոնք աջակցում են կանանց բժշկական հաստատություններում, և վերհանել համակարգային խնդիրները ծառայությունների ստացման ճանապարհին:

Ուսումնասիրության շրջանակում առաջադրված հարցերն էին.

1. Ինչպիսի՞ իրավական և քաղաքականության (legal and policy) շրջանակներ են գործում Հայաստանում վերարտադրողական առողջության ծառայությունների ապահովման ուղղությամբ, և արդյո՞ք դրանք համապատասխանում են մարդու իրավունքների միջազգային չափորոշիչներին:
2. Վերարտադրողական առողջության ծառայությունները, մասնավորապես աբորտի ծառայությունները, որքանո՞վ են մատչելի, ֆինանսապես հասանելի, անվտանգ և որակյալ կանանց տարբեր խմբերի համար:
3. Ապահովվո՞ւմ են արդյոք ծառայությունների մատուցման ընթացքում կանանց մեկուսիության և գաղտնիության իրավունքները:
4. Բախվո՞ւմ են արդյոք կապված խմբերի կանայք խտրականության, խարանի, անտեղյակության կամ անհարգալից վերաբերմունքի գինեկոլոգիական ծառայություններ ստանալիս՝ պայմանավորված իրենց կարգավիճակով:
5. Որո՞նք են առաջնահերթ փոփոխությունների կարիք ունեցող ոլորտները օրենսդրական, քաղաքական և գործնական մակարդակներում՝ վերարտադրողական առողջության ծառայությունների իրավահեղ մատուցումն ապահովելու համար:

ՀԵՏԱՉՈՏԱԿԱՆ ՄԵԹՈՂՆԵՐ

Հետազոտությունն իրականացվելու է որակական մեթոդաբանությամբ՝ ներառելով ինչպես փաստաթղթերի վերլուծություն, այնպես էլ առաջնային տվյալների հավաքում, մասնավորապես՝

1. Փաստաթղթային վերլուծություն և գրականության ուսումնասիրություն

- Հայաստանի օրենսդրության, ենթաօրենսդրական ակտերի, պետական ռազմավարությունների և ոլորտային քաղաքականությունների վերլուծություն վերադարձնողական առողջության և մարդու իրավունքների համատեքստում:
- Առկա զեկույցների, հետազոտությունների ուսումնասիրություն:

2. Առաջնային տվյալների հավաքում

- Ֆոկուսխմբային քննարկումներ խմբերի ներկայացուցիչների հետ:
- Առցանց կամ դեմ առ դեմ հարցում խմբերի ներկայացուցիչների հետ:
- Փորձագիտական հարցազրույցներ օգևող մասնագետների, մասնավորապես սոցիալական աշխատողների հետ, որոնք ուղեկցում են կանանց կամ աջակցում առողջապահական ծառայություններից օգտվելիս:

Կարևոր է արձանագրել, որ ընդհանուր մեթոդաբանությունից բացի՝ այս հատվածի շրջանակում յուրաքանչյուր փորձագետ մշակել է առանձին մեթոդաբանություն և հարցաթերթ, որն առավել համապատասխան կլինի կոնկրետ խմբի առանձնահատկություններին: Կանանց առանձին խմբերին վերաբերող մեթոդաբանությունները և հարցաթերթերը, եթե տարբերվում են ընդհանուր մեթոդաբանությունից, ներկայացվում են Չեկույցի հավելվածներում:

Մաս 2.1

ՀԱՇՄԱՆԴԱՄՈՒԹՅՈՒՆ
ՈՒՆԵՑՈՂ ԿԱՆԱՆՑ
ԵՎ ԱՂՋԻԿՆԵՐԻ
ՎԵՐԱՐՏԱԴՐՈՂԱԿԱՆ
ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԵՎ
ԱԲՈՐՏԻ ԻՐԱՎՈՒՆՔԻ
ԻՐԱՑՈՒՄԸ
ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ

Չեկույցի այս հատվածն անդրադառնում է Հայաստանում հաշմանդամություն ունեցող կանանց և աղքիկների վերարտադրողական առողջության և աբորտի իրավունքների իրացման վիճակին: Այն հիմնված է ինչպես իրավական և քաղաքականության վերլուծությունների, այնպես էլ իրական շահառուների փորձառության վրա: Չեկույցի այս հատվածի նպատակն է՝ ոչ միայն փաստագրել առկա խնդիրները, այլև մատնանշել այն խոչընդոտները, որոնք կանայք և աղքիկները բարձրացրել են անհատական հարցազրույցների, քննարկումների և խմբային աշխատանքների ընթացքում: Այս հատվածի շրջանակում օգտագործված տեղեկության հավաքման աղբյուրները ներկայացված են Հավելված 1-ում:

Հայաստանում վերարտադրողական առողջության ծառայությունների ապահովման ուղղությամբ գործող իրավական և քաղաքականության շրջանակները, դրանց համապատասխանությունը մարդու իրավունքների միջազգային չափորոշիչներին

Հայաստանում գործում են մի շարք օրենսդրական և ռազմավարական փաստաթղթեր՝ միտված վերարտադրողական առողջության ապահովմանը: Դրանց թվում են «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքը, ՀՀ առողջապահության նախարարության ծրագրերը, ինչպես նաև մի շարք ռազմավարություններ՝ միտված մայրական առողջության, գինեկուղզիական ծառայությունների և երիտասարդների առողջության բարելավմանը: Սակայն այս իրավական և քաղաքականության շրջանակները բավարար չափով չեն ներառում հաշմանդամություն ունեցող կանանց և աղքիկների կարիքները և հաճախ չեն համապատասխանում մարդու իրավունքների միջազգային չափորոշիչներին, ինչպիսիք են ՄԱԿ-ի

«Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին կոնվենցիան» (CRPD), «Կանանց նկատմամբ խտրականության բոլոր ճևերի վերացման մասին» կոնվենցիան (CEDAW) և այլն: Նախատեսված միջոցառումները հիմնականում չունեն ներառական բաղադրիչ, և քաղաքականության փաստաթղթերում հազվադեպ են անդրադարձներ կատարվում հաշմանդամություն ունեցող կանանց վերարտադրողական առողջության իրավունքի հատուկ երաշխիքներին:

Հայաստանում գոյություն ունեցող օրենսդրությունը ճանաչում է վերարտադրողական առողջության իրավունքների կարևորությունը: Սակայն, ինչպես ցույց տվեցին թե՛ փաստաթղթերի վերլուծությունը, թե՛ հարցազրույցների արդյունքները, այս շրջանակները ամբողջովին չեն անդրադառնում հաշմանդամություն ունեցող կանանց և աղքիկների անհատական կարիքներին: Ֆոկուսխմբային քննարկման մասնակից, ֆիզիկական հաշմանդամություն ունեցող աղքիկներից մեկը նշում էր.

«Իմ մասին օրենքներում ոչինչ չկա: Երբ խոսում են կանանց առողջության մասին, կարծես ես գոյություն չունեմ»:

Բացի իրավական բացերից՝ Հայաստանում դեռևս լայնորեն տարածված են կարծրատիպեր և խտրական վերաբերմունք, որոնք խորացնում են մարզինալացումը: Հատկապես խոցելի են մտավոր և հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող կանայք և աղքիկները, որոնց ինքնորոշման իրավունքը հաճախ խախտվում է պետական և բժշկական կառույցների կողմից: Շատերը զրկված են իրավունակությունից, ինչի հետևանքով որոշումները նրանց փոխարեն կայացնում են խնամակալները: Արդյունքում կանայք և աղքիկները հաճախ նույնիսկ չեն էլ գիտակցում, թե իրենց մարմնի վրա ինչ բժշկական միջամտություն է կատարվում:

Մասնակիցների պատմությունները փաստում են, որ եղել են բազմաթիվ դեպքեր, երբ առանց կնոջ տեղեկացված համաձայնության իրականացվել են աբորտներ կամ ստիպողական աբորտի փորձեր, վիրահատական միջամտություններ, նույնիսկ ստերիլիզացում: Երբեմն պատճառաբանվել է, որ այդ գործողություններն արվել են այն նպատակով, որ աղջիկը «սեռական ցանկություն չունենա և չհղիանա»: Այս ամենը ոչ միայն խախտում է կանանց և աղջիկների հիմնարար իրավունքները, այլև բացահայտ հակասում է ՄԱԿ-ի «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին կոնվենցիայի» դրույթներին, որոնք երաշխավորում են իր մարմնի և առողջության վերաբերյալ ինքնուրույն որոշումներ կայացնելու յուրաքանչյուրի իրավունքը: Այս գործելակերպերը վկայում են համակարգային խտրականության մասին, որոնք խորացնում են հավասարության բացը և խաթարում են հաշմանդամություն ունեցող կանանց արժանապատվությունը:

Միջազգային լավագույն փորձի օրինակներ

Միջազգային փորձը ցույց է տալիս, որ հնարավոր է ապահովել հաշմանդամություն ունեցող կանանց և աղջիկների վերարտադրողական իրավունքի լիարժեք իրացումը համապատասխան օրենսդրական և գործնական մեխանիզմների կիրառմամբ.

- **Շվեդիա** – Տեղեկացված համաձայնությունը պարտադիր է յուրաքանչյուր բժշկական միջամտությունից առաջ, իսկ հաշմանդամություն ունեցող կանանց համար ապահովվում են մատչելի տեղեկատվական նյութեր՝ պարզ լեզվով, ձայնագրություններով կամ բրայլով: Բժիշկները պարտավոր են համոզվել, որ կինը լիովին հասկացել է իր իրավունքներն ու բուժման ընթացակարգը:

- **Կանադա** – Գործում են անկախ աջակցության մեխանիզմներ, երբ մտավոր կամ հոգեւոգիական հաշմանդամություն ունեցող կանայք ունեն հնարավորություն դիմելու հատուկ վերապատրաստված խորհրդատուներին, որոնք իրենց աջակցում են բժշկական որոշումներ կայացնելիս՝ առանց խնամակալների փոխարինող որոշումների անհրաժեշտության:
- **Իսպանիա** – Օրենսդրորեն արգելվում է ցանկացած ստերիլիզացում կամ աբորտ առանց կնոջ հստակ և ազատ համաձայնության: Ավելին՝ պետությունը ներդրել է վերահսկողության մեխանիզմներ՝ կանխելու համար ցանկացած հարկադրանք կամ խնամակալների կողմից ինքնավարության սահմանափակում:
- **Ավստրալիա** – Բժշկական անձնակազմի համար պարտադիր են ներառական վերապատրաստումներ հաշմանդամություն ունեցող կանանց առողջության իրավունքների վերաբերյալ: Կանայք կարող են օգտվել նաև մատչելի բողոքարկման ընթացակարգերից, եթե իրենց իրավունքը խախտվել է:

Այս օրինակները փաստում են, որ ճիշտ քաղաքականության և վերահսկողության պայմաններում հնարավոր է պաշտպանել հաշմանդամություն ունեցող կանանց ինքնավարությունն ու իրավունքը՝ տեղեկացված որոշումներ կայացնելու իրենց մարմնի և առողջության վերաբերյալ:

Վերարտադրողական առողջության, մասնավորապես աբորտի ծառայությունների մատչելիությունը, ֆինանսական և ֆիզիկական հասանելիությունը, ինչպես նաև անվտանգ և որակյալ ծառայությունների ապահովումը հաշմանդամություն ունեցող կանանց տարբեր խմբերի համար Ֆոկուսիմբային և անհատական հար-

ցազրույցների արդյունքները ցույց են տալիս, որ հաշմանդամություն ունեցող կանայք և աղքիկները շարունակում են բախվել բազմաշերտ խոչընդոտների վերարտադրողական առողջության և աբորտի ծառայություններից օգտվելիս: Վերարտադրողական առողջության ծառայությունները՝ ներառյալ աբորտի ծառայությունները, որոշակի չափով հասանելի են քաղաքաբնակ կանանց համար, սակայն հաշմանդամություն ունեցող կանանց և աղքիկների համար մատչելիությունը սահմանափակված է՝ պայմանավորված մի շարք գործոններով:

Ֆիզիկական անմատչելիություն:

Հայաստանում գործող բազմաթիվ ծննդատներ և պոլիկլինիկաներ դեռևս չունեն հարմարեցված մուտքեր և անհրաժեշտ ենթակառուցվածքներ: Ֆոկուսիմբային քննարկման մի մասնակից ընդգծում է. «Բժշկի մոտ գնալու համար ինձ պետք է երկու մարդ, որ սայլակով բարձրացնեն: Բայց երբեմն մարդիկ չեն էլ համաձայնում»:

Բացի մուտքերի և շենք-շինությունների ֆիզիկական անմատչելիությունից՝ առողջապահական հաստատություններում հաճախ անմատչելի են նաև սանհանգույցները, զննման սեղանները, աթոռները և բժշկական սարքերը: Սա նշանակում է, որ հաշմանդամություն ունեցող կանայք և աղքիկները լիարժեք չեն օգտվում ծառայություններից, նույնիսկ երբ կարողանում են հասնել բուժ-հաստատություն: Այս խոչընդոտները խորացնում են անհավասարությունը, ստիպում կանանց ապավինել ուրիշների օգնությանը և շատ դեպքերում ընդհանրապես հրաժարվել բժշկական զննությունից կամ բուժումից:

Միաժամանակ, միջազգային չափորոշիչները հստակ ամրագրում են, որ առողջապահական ծառայությունները պետք է լինեն ներառական և մատչելի բոլորի համար: ՄԱԿ-ի «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների կոնվենցիայի» (CRPD) 9-րդ և 25-րդ հոդ-

վածները պարտավորեցնում են ապահովել առողջապահական ծառայությունների ֆիզիկական և տեխնիկական հասանելիություն՝ ներառյալ հարմարեցված սարքավորումներ և ենթակառուցվածքներ: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (WHO) ուղեցույցներում ևս ընդգծվում է, որ գիներկոլոգիական և ծննդօգնության ծառայություններում անհրաժեշտ է կիրառել հատուկ հարմարեցված և մատչելի սարքավորումներ, օրինակ՝ բարձրության կարգավորմամբ զննման սեղաններ և հարմարեցված աթոռներ, որպեսզի կանայք կարողանան արժանապատվորեն օգտվել ծառայություններից:

Միջազգային փորձ: Մի շարք երկրներ արդեն որդեգրել են պարտադիր չափորոշիչներ բժշկական սարքավորումների մատչելիության ապահովման համար: Օրինակ՝

- **Շվեդիայում** առողջապահական հաստատությունները պարտավոր են ունենալ բարձրության կարգավորմամբ զննման սեղաններ և մատչելի սանհանգույցներ, որոնք նախատեսված են անվասայլակ օգտագործող անձանց համար:
- **Կանադայում** պետական մակարդակով սահմանվել են պահանջներ, որ բոլոր նոր առողջապահական հաստատություններում ապահովվեն հարմարեցված աթոռներ, մուտքեր և բժշկական սարքեր:
- **Մեծ Բրիտանիայում** առողջապահության ազգային ծառայությունը (NHS) ներդրել է Մատչելի տեղեկատվական չափորոշիչ/Accessible Information Standard, որի շրջանակում նախատեսվում են ոչ միայն մատչելի ենթակառուցվածքներ, այլև բուժառուների լիարժեք մասնակցություն ծառայություններից օգտվելիս:

Այսպիսի օրինակները ցույց են տալիս,

որ մատչելիությունը չի սահմանափակվում միայն շենքի մուտքերով. այն պետք է ներառի ամբողջ բժշկական միջավայրը և սարքավորումները՝ ապահովելով հավասար և արժանապատիվ առողջապահական ծառայությունների հասանելիություն:

Տեղեկության անմատչելիություն:

Վերարտադրողական առողջության ծառայությունների մասին տեղեկությունը հաճախ ներկայացվում է բարդ և ոչ մատչելի ձևաչափերով: Այլընտրանքային ձևաչափերը, օրինակ՝ ժեստերի լեզվով թարգմանությունը, կարդալու դժվարություն ունեցող անձանց համար մատչելի տարբերակները, պարզ լեզվով կոլոկերը կամ հեշտ ընկալիչ վիզուալ կոլոկերը հիմնականում բացակայում են: Լսողության խնդիր ունեցող աղջիկը պատմում էր.

«Երբ հարցնում էի արքրտի մասին, բժիշկը բարձր ձայնով էր խոսում՝ կարծելով, թե կլսեմ: Թարգմանիչ չկար, ոչինչ չհասկացա»:

Տեսողության խնդիր ունեցող կանայք ևս հաճախ չեն ստանում իրենց հասանելի տեղեկությունը: Օրինակ՝ բժշկական թերթիկներն ու համաձայնության ձևերը հիմնականում տպագրվում են փոքր տառաչափով կամ չեն ներկայացվում ձայնային կամ բրայլյան տարբերակով:

Մտավոր և հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող կանայք ու աղջիկները հաճախ չեն ստանում պարզ և հստակ բացատրություններ բժշկական միջամտությունների մասին: Բազմաթիվ դեպքերում բժիշկները կամ խնամակալները որոշում են կայացնում կանանց փոխարեն՝ չապահովելով նրանց տեղեկացված համաձայնությունը:

Այս իրավիճակները խախտում են ոչ միայն անձի արժանապատվությունը, այլև մարդու հիմնարար իրավունքները՝ ներառյալ առողջության և ինքնորոշման իրավունքը: ՄԱԿ-ի «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների կոնվենցիան» (CRPD) պարտավորեցնում է

ապահովել մատչելիություն և տեղեկացված համաձայնություն բոլոր տեսակի հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը (WHO) ևս նշում է, որ ծառայությունների հավասար մատչելիությունը պահանջում է բազմաբնույթ լուծումներ՝ ժեստերի լեզվի թարգմանիչներ, բրայլյան և ձայնային կոլոկեր, պարզ լեզվով, հեշտընթեռնելի ուղեցույցներ և վիզուալ հարմարեցումներ:

Միջազգային փորձ.

- **Ֆինլանդիայում** առողջապահական հաստատություններում պարտադիր է ապահովել ժեստերի լեզվի թարգմանիչների ծառայություններ և տեղեկատվության պարզեցված տարբերակներ:
- **Գերմանիայում** ստեղծվել են հեշտընթեռնելի (Easy-to-read) բժշկական թերթիկներ և ուղեցույցներ մտավոր հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար:
- **Ճապոնիայում** գործում են աուդիո տարբերակով բժշկական համաձայնության ձևեր տեսողության խնդիր ունեցող անձանց համար:

Այսպիսի փորձերը ցույց են տալիս, որ տեղեկատվության մատչելիությունը պետք է ապահովվի բոլոր խմբերի՝ լսողության, տեսողության, շարժողական, մտավոր և հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող կանանց և աղջիկների համար: Սա ոչ միայն իրավական պարտավորություն է, այլև կարևոր նախապայման հավասար և արժանապատիվ առողջապահական ծառայությունների իրականացման համար:

Ֆինանսական խոչընդոտներ:

Թեև պետական պատվերի շրջանակում վերարտադրողական առողջության որոշ ծառայություններ անվճար են տրամադրվում, դրանց փաստացի հասանելի

լիությունը հաճախ խաթարվում է անուղղակի ծախսերի պատճառով: Կանայք և աղջիկները ստիպված են իրենց միջոցներով հոգալ ուղեկցողի, թարգմանչի ծառայության կամ տրանսպորտի ծախսերը: Շատերի համար նույնիսկ անհրաժեշտ դեղորայքի ձեռքբերումը դառնում է ծանր բեռ:

Ֆոնուսիմբային քննարկման մասնակից աղջիկներից մեկը պատմում էր.

«Իմ դեղորայքը թանկ էր, և ես չէի կարողանում ձեռք բերել: Մեկ-մեկ ընկերներիցս պարտքով էի վերցնում, որ կարողանայի ստուգվել»:

Մեկ այլ մասնակից նշում էր.

«Բժշկի գնալուց հետո նորից հետազոտություն նշանակեցին մասնավոր կլինիկայում: Պետք էր վճարել, բայց գումար չունեի ու այդպես էլ չգնացի»:

Այս փորձառությունները ցույց են տալիս, որ սոցիալապես խոցելի կանայք հաճախ զրկվում են անգամ անվճար ծառայություններից օգտվելու հնարավորությունից՝ լրացուցիչ ծախսերի պատճառով:

Տրանսպորտային խնդիրներ: Մարզերում ապրող կանայք բժշկական կենտրոններ հասնելու առանձնահատուկ դժվարություններ ունեն: Շատ փոքր համայնքներում հակրային տրանսպորտը գրեթե բացակայում է, իսկ տաքսիները բավականին թանկ են: Քննարկման մասնակիցներից մեկը պատմում էր.

«Գյուղից Գյումրի հասնելը միայն ճանապարհի համար մեծ գումար է պահանջում: Երբ գումար չունեն, պարզապես հրաժարվում եմ բժշկի գնալուց»:

Հայաստանում շատ համայնքներում չկա մատչելի տրանսպորտ, բացակայում է միջհամայնքային տրանսպորտը, ինչի հետևանքով կանայք և աղջիկները հաճախ ամբողջովին զրկված են որևէ հնարավորությունից՝ հասնելու մարզկենտրոններ կամ մեծ քաղաքների բժշկական հաստատություններ: Սա հատկապես խոչընդոտ է հաշմանդամություն ունեցող կանանց համար, որոնք հաճախա-

կի բժշկական այցելությունների կարիք ունեն: Այդ պաճառով առողջության խնդիրները հաճախ մնում են չբուժված կամ ուշ հայտնաբերված, ինչը խորացնում է անհավասարությունը և խտրականությունը:

Միջազգային փորձը ցույց է տալիս, որ բազմաթիվ երկրներում այս խնդիրը լուծվում է շարժական ծառայությունների և տրանսպորտային աջակցության միջոցով: Օրինակ՝

- **Շվեդիայում և Նորվեգիայում** գործում են շարժական առողջապահական կլինիկաներ, որոնք պարբերաբար այցելում են հեռավոր և լեռնային բնակավայրեր՝ տեղում կանանց գինեկուրգիական, մակաբարձական և խորհրդատվական ծառայություններ մատուցելու համար:

- **Կանադայում** կիրառվում են «մոբիլ բժշկական ավտոբուսներ», որոնք պարբերաբար շարժվում են փոքր քաղաքների և գյուղերի միջև՝ տրամադրելով կանխարգելիչ զննումներ և առաջնային բուժօգնություն:

- **Հնդկաստանում** գործում են պետական ծրագրեր, որոնք սոցիալապես խոցելի խմբերին, այդ թվում՝ հաշմանդամություն ունեցող կանանց, տրամադրում են անվճար կամ սուբսիդավորվող տրանսպորտային վաուչերներ՝ ապահովելով նրանց կանոնավոր այցելությունները բժշկական կենտրոններ:

- **Ֆրանսիայում** կիրառվում են «մոբիլ բժշկական ավտոբուսներ», որոնք պարբերաբար շարժվում են փոքր քաղաքների և գյուղերի միջև՝ տրամադրելով կանխարգելիչ զննումներ և առաջնային բուժօգնություն:

Այս միջազգային փորձերը կիրառելի են նաև Հայաստանի պայմաններում. օրինակ՝ հնարավոր է ներդնել շարժական գինեկուրգիական ծառայություններ մարզերում, հատկապես հեռավոր և սահմանամերձ բնակավայրերում: Բացի այդ՝ պետական աջակցության ծրագրերի միջոցով կարելի է տրամադրել փոխադրամիջոցների սուբսիդիաներ կամ փոխադրավճարի փոխհատուցում հաշմանդամություն ունեցող կանանց

և սոցիալապես խոցելի ընտանիքների համար: Սա կապահովի նրանց հավասար իրավունքը՝ ժամանակին և արժանապատիվ կերպով օգտվելու բժշկական ծառայություններից:

Այս խնդիրներն առավել ակնառու են դառնում **աբորտի իրավունքի** իրացման տեսանկյունից: Հեռավոր համայնքներում ապրող կանայք, հատկապես հաշմանդամություն ունեցողները, հաճախ զրկվում են ժամանակին բժշկական կենտրոն հասնելու հնարավորությունից: Այդ պատճառով նրանք երբեմն բաց են թողնում թույլատրելի ժամկետները կամ հայտնվում ապօրինի և ոչ ապահով միջամտությունների վտանգի առջև: Բացի դրանից՝ մտավոր և հոգե-սոցիալական հաշմանդամություն ունեցող կանայք հաճախ չեն կարողանում ինքնուրույն որոշում կայացնել և ստիպված են ենթարկվել խնամակալների կամ բժիշկների որոշումներին: Նրանց պատմությունները փաստում են, որ որոշ դեպքերում առանց կնոջ տեղեկացված համաձայնության իրականացվել են աբորտներ կամ այլ վերարտադրողական միջամտություններ: Սա խախտում է ոչ միայն նրանց վերարտադրողական առողջության իրավունքը, այլև **մարմնի ինքնավարության և տեղեկացված համաձայնության** հիմնարար իրավունքը, որն ամրագրված է ՄԱԿ-ի հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների կոնվենցիայով (CRPD) և կանանց նկատմամբ խտրականության վերացման կոնվենցիայով (CEDAW):

Սոցիալական խտրականություն, ճնշում և խարան: Շատ հաճախ բժիշկները կամ մերձավորները (այդ թվում՝ խնամակալները) կասկածի տակ են առնում հաշմանդամություն ունեցող կանանց վերարտադրողական իրավունքները, մերժում են կամ համոզում չօգտվել անհրաժեշտ ծառայությունից:

Ֆոկուսխմբային քննարկման մասնակիցները պատմում էին, որ բժիշկները

երբեմն չեն հարգում կանանց կարծիքը և որոշումները: Հատկապես մտավոր հաշմանդամություն ունեցող կանայք զրկվում են ընտրության ազատությունից: Մտավոր հաշմանդամություն ունեցող մի աղջիկ նշում էր. «*Երբ հղիացա, բժիշկն ասաց՝ դու չես կարող երեխա պահել, պետք է հեռացնես: Ես ոչինչ չէի հասկանում, բայց իրենք որոշեցին*»: Այս խնդիրներն ավելի սրվում են մտավոր և հոգե-սոցիալական հաշմանդամություն ունեցող կանանց պարագայում, որոնք հաճախ զրկվում են իրավունակությունից և բռնի բժշկական միջամտությունների կամ ստերիլիզացման վտանգի առջև են:

Նրանց պատմությունները վկայում են, որ վերարտադրողական առողջության և աբորտի ծառայությունների մատչելիությունը սահմանափակվում է ոչ միայն ֆիզիկական միջավայրի, ֆինանսների կամ տեղեկատվության բացակայության, այլև խորքային սոցիալական վերաբերմունքի ու խարանի հետևանքով:

Մեկուսիության և բժշկական գաղտնիության ապահովում վերարտադրողական առողջության ծառայություններում

Գաղտնիության խախտումները դեռևս համատարած խնդիր են վերարտադրողական առողջության ծառայությունների ոլորտում: Շատ հազվադեպ են այն դեպքերը, երբ հաշմանդամություն ունեցող կանայք և աղջիկները կարողանում են բժշկի հետ գրուցել մեկուսացված միջավայրում առանց միջամտության:

Հարցազրույցի մասնակիցները պատմում էին, որ բժշկական այցելությունների ընթացքում բժիշկները հաճախ դիմում էին ուղեկցողին կամ խնամակալին՝ անտեսելով կնոջ ներկայությունն ու կարծիքը: Սա զրկում է կանանց անձնական որոշումներ կայացնելու հնարավորությունից:

Խոսելու դժվարություն ունեցող մի աղ-

զիկ պատմում էր.

«Ես Նատած էի պթոռին, բայց բժիշկը դիմում էր մորս: Ինձ ոչինչ չասացին, կարծես ես այնտեղ չէի»:

Հատկապես մտավոր կամ հոգեւորական հաշմանդամություն ունեցող կանայք հաճախ դուրս են մտնում որոշումների կայացման գործընթացից. Նրանց անձնական և առողջության խնդիրների մասին կարող են ազատորեն շրջանառվել առանց իրենց համաձայնության: Սա խախտում է ոչ միայն նրանց բժշկական գաղտնիության իրավունքը, այլև արժանապատվության պահպանման նվազագույն չափանիշերը:

Ֆոկուսխմբային քննարկման մասնակից կանանցից մի քանիսը նաև շեշտեցին, որ փոքր համայնքներում իրավիճակն ավելի բարդ է. շատ համայնքային պոլիկլինիկաներում մեկ սենյակում միաժամանակ Նատում են երկու բժիշկ և մի քանի բուժքույր: Այդ պայմաններում բուժառույթի ամբողջ զրույցը լսելի է բոլորին, իսկ հետո տեղեկությունը հաճախ տարածվում է ամբողջ համայնքում:

Փոքր համայնքում բնակվող ֆիզիկական հաշմանդամություն ունեցող մի աղջիկ պատմում էր.

«Գյուղում գնացի պոլիկլինիկա, սենյակում երկու բժիշկ ու երեք բուժքույր կային: Իմ բոլոր խնդիրները բոլորը լսեցին, հետո արդեն ամբողջ գյուղում խոսում էին դրանց մասին»:

Կանայք նաև ընդգծում էին, որ շատերը ստիպված են դիմել հենց տեղական պոլիկլինիկաներին՝ չնայած գաղտնիության խախտման ռիսկերին, քանի որ չունեն բավարար ֆինանսական միջոցներ՝ մեկնելու մեծ քաղաքներ և այնտեղ հետազոտվելու:

Այս իրավիճակները վկայում են, որ առողջապահական համակարգը դեռևս չի ճանաչում հաշմանդամություն ունեցող կանանց ու աղջիկներին որպես լիարժեք սուբյեկտների՝ արժանի անձնական տարածության, ինքնորոշման և գաղտնիության պահպանման: Խնդիրը

պայմանավորված է ոչ միայն օրենսդրական բացերով, այլև բուժանձնակազմի շրջանում տարածված կարծրատիպերով և հասարակության ընդհանուր վերաբերմունքով:

Հաշմանդամություն ունեցող կանանց և աղջիկների նկատմամբ խտրականության, խարանի, անտեղյակության կամ անհարգալից վերաբերմունքի դրսևորումներ գինեկոլոգիական ծառայություններ ստանալիս

Գինեկոլոգիական ծառայություններ ստանալիս հաշմանդամություն ունեցող կանայք և աղջիկները հաճախ բախվում են խարանի, անհարգալից վերաբերմունքի և անտեսման: Նրանց պատմությունները տարբեր են, սակայն դրանցում կրկնվում է այն մտայնությունը, որ իրենց մարմինն ու առողջական կարիքները պատշաճ չեն ընկալվում:

Օրինակ՝ հարցազրույցին մասնակցած ֆիզիկական հաշմանդամություն ունեցող գյուղաբնակ մի աղջիկ պատմում էր, որ բժշկի մոտ առաջին իսկ այցի ժամանակ լսել է՝ *«դու սեռական կյանք չունես, քեզ գննում պետք չէ»:* Այս խոսքերը ոչ միայն վիրավորական էին նրա համար, այլև խոչընդոտել են նրա առողջության խնդիրների ժամանակին հայտնաբերումը:

Անվասայակ օգտագործող մեկ այլ աղջիկ հիշում էր, որ բժիշկը կտրականապես հրաժարվել է իրեն ընդունելուց՝ պատճառաբանելով, թե «հիվանդանոցը պատրաստ չէ նման խնդրով հաշմանդամություն ունեցող բուժառույթների համար»: Սա աղջկան թողել է առանց անհրաժեշտ հետազոտության և խորացրել նրա մեջ մեկուսացման զգացումը:

Հաճախ բժիշկներն ավելի նպատակահարմար են համարում խոսել ոչ թե կնոջ, այլ նրա ուղեկցողի հետ: Լսողության խնդիր ունեցող աղջիկը պատմում էր, որ

բժշկի ամբողջ խորհրդատվությունը ուղևած է եղել մորը, իսկ իրենից ոչինչ չեն հարցրել: Նա հիշում է, թե որքան նվաստացուցիչ էր իր մարմնի մասին տեղեկությունները լսելը այլոց միջոցով:

Տեսողության խնդիր ունեցող և հատկապես կույր կանայք ևս իրենց փորձառություններն էին պատմում: Չտեսնող մի երիտասարդ աղջիկ պատմում էր, որ իրեն ստորագրելու էին տվել փաստաթուղթ՝ առանց այն բարձրաձայն կարդալու կամ բացատրելու, կարծես անկկալում էին, որ ինքն ինքնաբերաբար պետք է հասկանար բովանդակությունը: Սա աղջկան ստիպել էր զգալ անօգնական և անտեսված:

Շատերը հիշում էին նաև պահեր, երբ բժիշկները նրանց վերաբերվել էին որպես «անպիտանի»՝ մայրանալու կամ վերարտադրողականության առումով: Մտավոր կամ հոգեոցիալական հաշմանդամություն ունեցող կանանց նկատմամբ խարանձ առավել ընդօժված է: Նրանք մշտապես վերահսկողության տակ են, նրանց կարծիքը հաճախ անտեսվել է, իսկ նրանց վերաբերյալ որոշումները կայացնում են խնամակալները կամ ուրիշները:

Բազմաթիվ պատմություններում նաև շեշտվում էր, որ բժիշկները առողջության ցանկացած խնդիր հիմնականում պայմանավորում են հենց կանանց և աղջիկների հաշմանդամությամբ՝ անտեսելով իրական պատճառներն ու անհրաժեշտ հետազոտությունները: Սայլակով տեղաշարժվող մի աղջիկ պատմում էր, որ երբ դիմել էր պոլիկլինիկա՝ որովայնի հատվածում ցավերի և անկանոն դաշտանի պատճառով, բժիշկն ասել էր, թե դա «բնական է», քանի որ ինքը հիմնականում անվասայլակով է տեղաշարժվում:

Գինեկոլոգիական ծառայություններում հաշմանդամություն ունեցող կանանց և աղջիկների փորձառությունները վկայում են, որ խարանձ շարունակում է խորապես ազդել նրանց առողջության

իրավունքների իրացման վրա: Խարանձ դրսևորվում է ոչ միայն վիրավորական խոսքերով ու անհարգալից վերաբերմունքով, այլև մասնագիտական անտեղյակությամբ, առողջության խնդիրները հաշմանդամությանը վերագրելու միտումով և նրանց ինքնավարության անտեսմամբ:

Մտավոր հաշմանդամություն ունեցող և սոցիալապես ծանր կարգավիճակում գտնվող 21-ամյա մի աղջիկ պատմում էր, որ իր ծննդաբերելու ժամանակ բուժքույրերը կոպիտ և անտարբեր էին եղել: Նրանք չեն կարողացել իրեն հստակ ասել, թե ինչպես պետք է իրեն պահի կամ ինչ պետք է անի: «*Ես ցավերի մեջ լացում էի անտեղյակությունից, բայց իմ կողքին ոչ ոք չկար: Լավ է, մի սրտացավ բժիշկ մոտեցավ ինձ և պարզ բացատրեց, թե ինչ անեմ, ինձ ոնց պահեմ*», - պատմում էր նա:

Այս ամենի հետևանքով կանայք և աղջիկները զգում են իրենց հանդեպ անհարգալից վերաբերմունք և զրկվում են որակյալ ու հավասար բժշկական օգնությունից, ինչը խոր անհավասարության և համակարգային խտրականության դրսևորում է:

Դրական փորձառություններ

Չնայած վերոնշյալ բազմաթիվ խնդիրներին՝ մասնակից կանայք նաև ընդօժել են, որ հանդիպել են նաև հոգատար և պրոֆեսիոնալ բժիշկների, որոնք ցուցաբերել են պատասխանատու և մարդկայնորոն մոտեցում: Նրանց պատմությունները ցույց են տալիս, որ նույնիսկ համակարգային բացերի պայմաններում հնարավոր է ապահովել որակյալ և արժանապատիվ ծառայություններ: Սա վկայում է, որ առողջապահական համակարգում կան ներուժ և մարդկային ռեսուրսներ՝ դրական փորձառություններ ձևավորելու և դրանք ընդլայնելու համար:

Առաջարկներ

Օրենսդրական փոփոխություններ.

- Օրենսդրության մեջ հստակ ներառել հաշմանդամություն ունեցող կանանց և աղքիկների վերարտադրողական իրավունքների երաշխիքներ՝ միջազգային կոնվենցիաների հիման վրա:
- Ապահովել իրավունակության լիարժեք ճանաչում՝ անկախ հաշմանդամության տեսակից, բացառելով խնամակալության սահմանափակող մեխանիզմները:
- Սահմանել անկախ համաձայնության և գաղտնիության պահպանման իրավական մեխանիզմներ՝ բժշկական միջամտությունների և անձնական տվյալների պահպանման համար:
- Կանխարգելել հարկադիր ստերիլիզացումը, աբորտը կամ այլ միջամտությունները առանց կնոջ տեղեկացված համաձայնության:

Քաղաքական մակարդակ (թիրախային դերակատարներ՝ ՀՀ Կառավարություն, ՀՀ առողջապահության նախարարություն, ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարություն, տեղական ինքնակառավարման մարմիններ, քաղաքացիական հասարակություն, ՀԿ-ներ).

- Գործող առողջապահական ռազմավարություններում և ծրագրերում հատուկ անդրադառնալ հաշմանդամություն ունեցող կանանց և աղքիկների կարիքներին:
- Մշակել նպատակային պետական ծրագրեր՝ ապահովելու գինեկոլոգիական և վերարտադրողական առողջության ծառայությունների մատչելիությունը հաշմանդամության տարբեր խմբերի համար:
- Կիրառել խաչաձև մոտեցում՝ հաշվի առնելով սեռի, տարիքային խմբի,

սոցիալական և տարածաշրջանային գործոնների համադրությունը:

- Ապահովել պետություն-քաղաքացիական հասարակություն համագործակցություն՝ քաղաքականությունների մշակումն ու իրագործումն ապելի ներառական դարձնելու նպատակով:
- Ներդնել շարժական առողջապահական ծառայություններ, մասնավորապես գինեկոլոգիական և առաջնային բուժօգնության ոլորտում, որոնք պարբերաբար կայցելեն հեռավոր համայնքներ:
- Սահմանել տրանսպորտային սուբսիդիաների և փոխհատուցման պետական ծրագիր, որի միջոցով հաշմանդամություն ունեցող կանայք և սոցիալապես խոցելի խմբերի անձինք կկարողանան օգտվել անվճար կամ նվազեցված արժեքով փոխադրամիջոցներից:
- Չարգանել միջհամայնքային տրանսպորտը՝ մարզերում ներդնելով կանոնավոր երթուղային կապ գյուղերի և մարզկենտրոնների միջև:
- Երաշխավորել տեղեկացված համաձայնությունն՝ առողջապահության ոլորտում պարտադիր դարձնելով հստակ մեխանիզմներ, որոնք կապահովեն, որ յուրաքանչյուր բժշկական միջամտություն կատարվի միայն կնոջ անձնական համաձայնության մեջ՝ անկախ նրա հաշմանդամության տեսակից:
- Սահմանել միջավայրի և տրանսպորտի մատչելիության չափորոշիչներ և վերահսկել, որ բժշկական կենտրոններ տանող տրանսպորտային միջոցները և ենթակառուցվածքները լինեն լիովին մատչելի հաշմանդամություն ունեցող կանանց և աղքիկների համար:

Գործնական մակարդակ.

- Կազմակերպել բժիշկների և բուժանձնակազմի շարունակական

ուսուցումներ ներառական մոտեցումների, հաղորդակցման հմտությունների և խարանի կանխարգելման վերաբերյալ:

- Ներգրավել հաշմանդամություն ունեցող կանանց բժիշկների վերապատրաստումների ժամանակ՝ նրանց փորձառությունը ներկայացնելու համար:
- Ապահովել տեղեկատվական նյութերի մատչելիություն տարբեր ձևաչափերով (ոյուրընթեռնելի տեքստ, ձայնագրություններ, Բրայլի գիր, ժեստերի լեզու):
- Իրազեկել հասարակությանը հաշմանդամություն ունեցող կանանց վերարտադրողական իրավունքների մասին՝ կարծրատիպերի նվազեցման նպատակով:
- Տարածել տեղեկություն անվճար ծառայությունների մասին մատչելի լեզվով և ձևաչափերով:
- Հաստատել վերահսկման մեխանիզմներ, որպեսզի ապահովվի բժշկական գաղտնիությունը:
- Չարգացնել աջակցող մեխանիզմներ՝ թարգմանիչների ներգրավում, ուղեկցողի կամ անձնական օգնականի ծառայություններ, մատչելի տրանսպորտ և մատչելի շենքային պայմաններ:
- Ներդնել մշտադիտարկման և գնահատման գործիքներ՝ ստուգելու ծառայությունների ներառականությունն ու արդյունավետությունը:

Մաս 2.2

ԼՔՏ+ ԿԱՆԱՆՑ ԻՐԱԴ-
ՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ՍԵՌԱԿԱՆ
ԵՎ ՎԵՐԱՐՏԱԴՐՈՂԱ-
ԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ
ՈԼՈՐՏՈՒՄ

Լիլիթ Ավետիսյան

Չեկույցի այս հատվածը ներկայացնում է լեսբի, բիսեքսուալ կանանց և տրանս+, ոչ բիևար ու քվիր անձանց (LFS+ կանայք²¹) սեռական և վերարտադրողական (այսուհետև՝ ՍՎ) առողջության իրավիճակը՝ ներառյալ ոլորտային ծառայություններին հասանելիության, մատչելիության, ընդունելիության և որակի հարցերը, գաղտնիության պահպանման հիմնահարցերը, խմբի խնդիրները և առանձնահատուկ կարիքները: Այս հատվածի շրջանակում կիրառված մեթոդաբանությունը և տեղեկության հավաքման գործիքները ներկայացված են Հավելված 2-ում:

Ներկայացված տեղեկությունը հիմնված է ՍՎ ծառայություններից օգտվելու դեպքերի և փորձառությունների հավաքման նպատակով LFS+ կանանց շրջանում անցկացված անհուն և հարցման, LQFS+²² անձանց համայնքային և մասնագիտական աջակցություն տրամադրող հասարակական կազմակերպությունների սոցիալական աշխատողների ու հավասարը հավասարին խորհրդատուների հետ հարցազրույցների և վերջին տարիներին ոլորտային հասանելի հետազոտությունների տվյալների վրա: Հարցման միջոցով ՍՎ ծառայություններից օգտվելու իրենց փորձառությունը ներկայացրել են 23 LFS+ կանայք, իսկ փորձագիտական հարցազրույցներն անցկացվել են Երևանում և ՀՀ մարզերում գործող հասարակական կազմակերպությունների 3 սոցիալական աշխատողների և 3 հավասարը հավասարին խորհրդատուների հետ:

ՍՎ առողջության մասնագիտական ծառայություններին LFS+ կանանց դիմելիության հարցերը

Վերջին հինգ տարիներին LFS+ կանայք դիմում են ՍՎ առողջության ծառայություններին՝ մասնավորապես, օգտվելով գինեկոլոգի, որոշ դեպքերում՝ նաև մաշկաբանի կամ Էնդոկրինոլոգի ծառայություններից: Ե՛վ կազմակերպությունների մասնագետները, և՛ իրենց փորձառությունը ներկայացրած LFS+ մարդիկ նշում են, որ չեն հանդիպել ծառայության մերժման դեպքերի: Շատ հաճախ մասնագետները ցուցաբերել են նվազագույն զգայունություն հարցերի ձևակերպման ժամանակ, հատկապես Երևանում գործող բուժհաստատություններում, օրինակ՝ սեռական ակտի, ամուսնության և այլ փորձառության վերաբերյալ հարցերում: Այնուամենայնիվ, նույնիսկ այս պարագայում դեռևս առկա են ծառայությունների հասանելիությանն առնչվող մի շարք խնդիրներ, երբ հարցը վերաբերում է մարդու սեռական կողմնորոշման և/կամ գենդերային ինքնության (այսուհետև՝ ՍԿԳԻ), ինչպես նաև նույնասեռ սեռական փորձառության բացահայտմանը: Այս հանգամանքով պայմանավորված՝ մարդիկ տրամադրում են ոչ ամբողջական տեղեկություն իրենց սեռական փորձառության մասին կամ թաքցնում են այն, ինչը որոշ դեպքերում կարող է ազդեցություն ունենալ բուժման ու կանխարգելման գործընթացների վրա կամ ընդհանրապես խոչընդոտել ծառայության ստացումը:

LFS+ կանանց աջակցություն տրամադրող սոցիալական աշխատողները և խորհրդատուները նշում են, որ մարդիկ հիմնականում խուսափում են գինեկոլոգիական ծառայությունների դիմելուց, մինչև չի առաջանում առողջության որոշակի խնդիր կամ զանգատ՝ հաճախ բարդացած (սեռավարակների կասկած, ցավեր, արտադրություն, դաշտանա-

21 Այս գեկույցում «LFS+ կանայք» եզրույթը ներառում է լեսբի, բիսեքսուալ, ցիսգենդեր կանանց և տրանս+, ոչ բիևար, քվիր անձանց: «Տրանս+» եզրույթն ինքնին ներառական է ոչ հետերոնորմատիվ գենդերային ինքնություն ունեցող անձանց համար:

22 Լեսբի, գեյ, բիսեքսուալ, տրանս+:

յին ցիկլի խախտումներ կամ այլ ախտանշաններ), երբ այցելությունը միակ տարբերակն է: Խուսափելու ընդհանուր պատճառներից են սեռական առողջության մասին իրազեկվածության պակասը և կանխարգելիչ զննումներն առաջնահերթ չհամարելը, ինչպես նաև ծառայությունների կազմակերպման ընթացքում ոչ ապահով և անորոշ մթնոլորտը, ինչպիսին են, օրինակ՝ մասնագետների կողմից պրոցեդուրաները չբացատրելը, հատկապես առաջին անգամ այցելության ժամանակ, կողմնակի անձանց ելուժուտը խորհրդատվության ընթացքում և այլն:

Կոնկրետ որպես LFS+ կանանց խմբին հատուկ ծառայություններ ստանալուց խուսափելու պատճառներ նշվում են նախկինում ունեցած բացասական, ոչ զգայուն և/կամ խտրական վերաբերմունքի իրենց կամ LFS+ այլ կանանց փորձառությունը, անձի ՍԿԳԻ կամ առողջության խնդրի մասին այլ մարդկանց հետ քննարկելու վախերը, հարազատներին տեղեկացնելու հավանականությունը, հատկապես մարզերում, խորհրդատվության անապահով միջավայրում սեռականությանն առնչվող հարցերը ներկայացնելու դժվարությունը, ոչ կրթակատ, անհարմար և ստորացնող հարցերից վախենալը: LFS+ կանանց ներկայացրած փորձառության համաձայն՝ գինեկոլոգիական ծառայություններից օգտված LFS+ կանանց մեծամասնությունը դիմել է որոշակի ախտանշանների առկայության պարագայում, թեև առկա են նաև ընդհանուր կամ կանխարգելիչ զննումների համար մասնագետներին դիմելու դեպքեր:

Մասնագետների զգայունության և ծառայության որակի հարցերը

Կազմակերպությունների մասնագետները և խորհրդատուները նշում են, որ շահառուների այս հարցերով դիմելու

դեպքում կատարում են ուղղորդումներ միայն վստահելի և զգայուն մի քանի գինեկոլոգ-մասնագետների մոտ՝ վճարովի հիմունքներով, կամ եթե կազմակերպությունն ունի առանձին իրականացվող ծրագիր՝ անվճար գինեկոլոգիական ծառայություն և ապահովելու համար: Ծառայություններից օգտված անձանց մեծ մասը նշել է, որ գինեկոլոգ-մասնագետին ընտրելիս նախօրոք կատարել է մասնագետի զգայուն լինելու մասով ճշտումներ կամ ստացել է զգայուն և ոչ հոմոֆոբ կամ տրանսֆոբ մասնագետին ուղղորդում որևէ կազմակերպությունից: Այս ճանապարհով դիմած մարդիկ նշում են, որ նախապես ճշտված և ուղղորդված մասնագետները զգայուն են, պահում են գաղտնիությունը և խորհրդատվության մեկուսիությունը: Այնուհանդերձ, նույնիսկ այս պարագայում եղել են դեպքեր, երբ մասնագետը բավարար չի պատկերացրել կին-կին սեռական հարաբերությունը և մարդու սեռականության մասին իմանալուց հետո տվել է անձնական հարցեր կամ, չնայած նրա զանգատների բացակայությանը, ուղղորդել հավելյալ սեռավարակների հետազոտության: Դիմողներն այս վերաբերմունքը մեկնաբանել են որպես LFS+ կանանց հարցերի մասին տեղեկացվածության պակաս և ոչ թե վերաբերմունքի խնդիր: Այս ճանապարհով մասնագետներին դիմողները հիմնականում նշում են իրենց ՍԿԳԻ և սեռական փորձառության մասին, սակայն որոշ դեպքերում նաև նախընտրում են թաքցնել:

LFS+ կանայք նշել են, որ առանց նախապես մասնագետի զգայունությունը ճշտելու այլ բուժաստատություններ կամ տարածքային պոլիկլինիկա դիմելիս կամ թաքցրել են իրենց ՍԿԳԻ և սեռական փորձառությունը, կամ բացահայտվելուց հետո բախվել են ոչ զգայուն և խտրական վերաբերմունքի: *Այսպես, օրինակ, առանց օգնող մասնագետի ուղեկցման, բուժաստատություն*

դիմած անձը, երբ բացահայտել է իր սեռական կողմնորոշումը, բախվել է բժշկի կոպիտ վերաբերմունքին: Մեկ այլ դեպքում անձին նշանակել են սխալ բուժում, որի մասին նա բացահայտել է հետազայում այլ զգայուն գինեկոլոգ-մասնագետի մոտ խորհրդատվության ժամանակ: Եվս մի դեպքում կինը թաքցրել է իր սեռական կողմնորոշումը և փորձառությունը գինեկոլոգից, որը, բավարարվելով միայն նրա ամուսնացած չլինելու տեղեկությամբ, նշել է, որ կինը ուրեմն չի պլանավորում երեխա ունենալ, և հրաժարվել է նրան տնօգրաֆիայի ուղղորդելուց, թեև կինը նշել է կարիքի մասին:

Հարցմանը մասնակից պոլիկլինիկա դիմած բոլոր LFS+ կանայք նշել են, որ թաքցրել են կամ չեն անդրադարձել իրենց ՍԿԳԻ-ին, Նույնիսկ եթե համարել են, որ անձնական տվյալների գաղտնիությունը կպահպանվի, և մենակ են եղել սեռյալում: Միայն մի դեպքում է դիմողը նշել, որ խորհրդատվության ընթացքում հասկացել է, որ ստիպված պետք է ասի իր Նույնասեռ սեռական ակտի մասին, որպեսզի ուղղորդվի համապատասխան հետազոտության, սակայն մասնագետն արհամարհական ձևով Նույնասեռ սեռական հարաբերությունը չի համարել սեռական ակտ: Եվ կինը ստիպված է եղել ինչպես գինեկոլոգին, այնպես էլ հետազոտություն իրականացնող մասնագետին բացատրություններ տալ իր սեռական կյանքի մասին, որ կարողանա անցնել անհրաժեշտ հետազոտությունը: Եղել է նաև դեպք, երբ կինը թաքցրել է զուգընկերոջ կենսաբանական սեռը, ինչի հետևանքով չի ստացել իր առողջական վիճակի մասին բավարար տեղեկություն:

Կազմակերպությունների սոցիալական աշխատողները և խորհրդատուները Նույնպես նշել են, որ տեղամասային պոլիկլինիկա դիմելիս մարդիկ չեն նշում իրենց ՍԿԳԻ-ի և սեռական փորձառու-

յան մասին, Նույնիսկ այն դեպքերում, երբ ախտանշանները հաշվի առնելով՝ անհրաժեշտություն կա տեղեկություն տրամադրելու զուգընկերոջ կենսաբանական սեռի մասին: Ընդհանուր առմամբ LFS+ կանայք խուսափում են իրենց ՍԿԳԻ-ն ու սեռական փորձառությունը բացահայտելուց, երբեմն ներկայացնում են այլ սեռի անձանց հետ սեռական հարաբերության ոչ իրական պատմություններ, որպեսզի ստանան խորհրդատվություն և խուսափեն անհարգալից, վիրավորական և խտրական վերաբերմունքից: Կազմակերպության սոցիալական աշխատողները և խորհրդատուները նշում են, որ երբեմն կանայք կարծում են, որ գինեկոլոգ-մասնագետը, որին դիմել են, ենթադրում է իրենց ՍԿԳԻ մասին, սակայն վստահ չեն, որ պատրաստ են մասնագետի հետ քննարկելու, Նույնիսկ եթե, ախտանշանները հաշվի առնելով, կա նման անհրաժեշտություն:

Մասնագիտական ծառայությունների որակի առումով LFS+ կանանց փորձառությունը և գնահատականները տարբեր են, սակայն ակնհայտ է, որ զգայունությունը հաճախ չի դիտարկվում որպես որակի մաս: Կազմակերպության սոցիալական աշխատողներից մեկը նշում է, որ «շահառուները հաճախ առաջնայնությունը տալիս են մասնագետի զգայունությանը, քան ծառայության մատուցման որակին, Նույնիսկ երբ ունենում են ֆինանսական դժվարություններ: Հետևաբար դժվար է շահառուների պատմածներից գնահատել ծառայության որակը»:

Գաղտնիության պահպանման հարցերը

LFS+ կանանց փորձառություններն ամփոփելիս հարկ է նշել, որ տարածքային պոլիկլինիկա դիմած մարդիկ մեծ մասամբ նշել են գաղտնիության պահպան-

ման հարցում անվստահության և բժշկի սենյակում այլ անձանց ներկայության մասին: Բացառություն են մի քանի դեպքեր, երբ անձինք նշում են գաղտնիության պահպանման և մեկուսի խորհրդատվության մասին: Սոցիալական աշխատողներից մեկը նշում է նաև շահառուների հետ պատահած դեպքերի մասին, երբ պոլիկլինիկայում խորհրդատվության ընթացքում, բացի բուժանձնակազմից կամ այլ բժիշկներից, եղել է նաև այլ բուժառուների ելումուտ: *Այսպես, օրինակ, մի դեպքում անձը մտել է բժշկի սենյակ, որն ընդմիջում էր այլ բուժաշխատողների հետ, և մասնագետը բոլորի ներկայությամբ հարցրել է, թե ինչ հարցով է եկել ու ինչ գանգատներ ունի:* Հակառակ փորձառություն է նկատվել այլ ՀՀ բուժհաստատություններ դիմելիս: Այսպիսի փորձառությամբ LFS+ անձանց մեծ մասը նշել է գաղտնիության պահպանման հարցում վստահության և բժշկի սենյակում մենա լինելու մասին: Սակայն այս պարագայում եղել են նաև բացառություններ, երբ անձինք բացահայտել են իրենց ՍԿԳԻ-ի և սեռական փորձառության մասին: *Այսպես, մի դեպքում անձը տեղեկացրել է իր սեռական կողմնորոշման և նույնասեռ փորձառության մասին՝ ստանալով կոպիտ արձագանք մասնագետից և վստահ լինելով, որ իրենից հետո քննարկելու են սենյակում նստած գործընկերների հետ:* Այլ դեպքերում սենյակում առանձին չլինելու դեպքում անձինք չեն բացահայտել իրենց ՍԿԳԻ-ն ու փորձառությունը: Առանձին խոչընդոտ է նաև բուժքույրերի ներկայությունը սենյակում, երբ նույնիսկ գինեկոլոգ-մասնագետի զգայուն լինելու պարագայում դիմողները վստահ չեն, թե ինչպես կվերաբերվի բուժանձնակազմը, և նախընտրում են թաքցնել իրենց սեռականությունը:

Գաղտնիության հարցն առավել սուր է մարզային բուժհաստատություններում և պոլիկլինիկաներում: Մարզային կազ-

մակերպությունների խորհրդատուները նշում են, որ LFS+ կանայք միայն ծայրահեղ դեպքում են դիմում գինեկոլոգի, դիմելիս էլ թաքցնում են իրենց սեռականությունն ու փորձառությունը: Հաճախ խնդիր է նաև այն, որ կարիք է լինում թաքցնել հենց գինեկոլոգի մոտ գնալու փաստը, որը հաճախ բացահայտվում է բժշկի կամ բուժանձնակազմի կողմից գաղտնիության խախտմամբ, հատկապես տեղամասային պոլիկլինիկաներում: Մարզային խորհրդատուները նշում են նաև դեպքեր, երբ LFS+ կանանց մարերը նրանց հետ գնացել են գինեկոլոգի մոտ, թեև նրանք եղել են չափահաս, սակայն բժիշկներն իրականացրել են խորհրդատվություն ծնողների ներկայությամբ՝ հաճախ հարցերն ուղղելով հենց ծնողներին, ոչ թե բուժառուներին: Այս պարագայում ոչ միայն սեռականության, այլև հենց սեռական փորձառության մասին խոսելը դառնում է անհնար: Մարզաբնակ LFS+ կանայք հնարավորության դեպքում ծառայությունները ձգտում են ստանալու Երևանում:

Ֆինանսական հասանելիության հարցերը

Ծառայությունների ֆինանսական մատչելիության հարցերը տարբեր են երևանաբնակ և մարզաբնակ LFS+ կանանց համար: Երևանաբնակ LFS+ կանանց մեծ մասն օգտվում է մասնավոր բուժհաստատությունների ծառայություններից, որտեղ հաճախ աշխատում են ուղղորդված զգայուն մասնագետներ: Մի մասը չունի ֆինանսական խնդիրներ և կարողանում է վճարել ծառայության համար կամ օգտվել ապահովագրությունից: Սակայն հարցված կանանց զգալի մասը նշում է, որ առանձին գումար է հավաքում ծառայությունից օգտվելու համար կամ ֆինանսական խնդիրների պատճառով կարող է դադարեցնել բուժումը կամ հրաժարվում է ծառայությունից: Կազմակերպության սոցիալական աշխատողները

րից մեկը նշում է, որ «մարդիկ նախընտրում են ֆինանսական առումով հնար գտնել և օգտվել զգայուն մասնագետների ծառայությունից, քան օգտվել պրիվիլիյիկայի անվճար ծառայությունից՝ խուսափելու բացահայտման վտանգից և վատ վերաբերմունքից: Մյուս կողմից՝ ծառայությունները բավականին թանկ են ստացվում, քանի որ կարող են ներառել ոչ միայն բժշկի խորհրդատվության, այլ նաև հետազոտությունների ծախսերը»:

Մարզաբնակ LFS+ կանայք բախվում են ֆինանսական լուրջ խնդիրների գինեկոլոգիական ծառայության դիմելիս: Մարզային խորհրդատուներից մեկը նշում է, որ «տեղամասային պրիվիլիյիկաներից դուրս ծառայությունները, օրինակ՝ մասնավոր հիվանդանոցներում, բավականին թանկ են՝ միջին աշխատավարձերի համեմատ: Եվ քանի որ մարդիկ չունեն գումար, դժվարանում են նաև գնալ Երևան՝ ծառայություն ստանալու համար: Արդյունքում պարզապես չեն դիմում պրիվիլիյիկայի անվճար ծառայությանը, եթե «դանակը ոսկորին չի հասել»:

Բացի դրանից՝ մարզային խորհրդատուներից մեկը նշում է, որ LFS+ կանայք երբեմն պատմում են, որ անվճար ծառայություն ստանալու հերթերը մարզում երբեմն բավականին երկար են լինում, և անհնար է լինում ժամանակին ստանալ ծառայությունը:

Տրանս+ և ոչ բինար անձանց փորձառությունը և կարիքները

Կազմակերպության սոցիալական աշխատողները նշում են, որ տրանս+ և ոչ բինար անձանց ՍԿ առողջության ծառայություններից օգտվելու փորձառությունը տարբերվում է լեսբի և բիսեքսուալ (LՔ) կանանց փորձառությունից հավելյալ խոչընդոտների պատճառով, քանի որ գինեկոլոգ մասնագետները հաճախ չեն տիրապետում տրանս+ ու ոչ բինար անձանց սեռականությանն առնչվող

մասնագիտական հարցերին, կատարում են ենթադրություններ կամ ընդհանրապես խուսափում են՝ նշելով, թե իրենց ոլորտը չէ:

Ի տարբերություն LՔ կանանց՝ տրանս+ և ոչ բինար անձինք նույնիսկ ցանկության դեպքում հաճախ չեն կարող թաքցնել իրենց գենդերային արտահայտումը: Ոչ բինար անձինք հաճախ առերեսվում են գինեկոլոգների կողմից ոչ զգայուն հարցերի, զարմանքի և ենթադրությունների: Այսպես, օրինակ, խորհրդատուներից մեկը նշում է, որ գինեկոլոգի դիմած ոչ բինար անձանցից մեկը, երբ նշել է ամուսնացած լինելու մասին, արժանացել է բժշկի զարմանքին ու կասկածանքին: Սոցիալական աշխատողներից մեկը նշում է, որ «խնդիրը երբեմն բժշկի կամ բուժանձնակազմի վերաբերմունքը չէ, այլ տարածքում գտնվող այլ բուժառուների բացասական վերաբերմունքը, որն առավել անհարմար է դարձնում ծառայությունից օգտվելը»: Մեկ այլ դեպքում գինեկոլոգը նշել է, որ իր ոլորտը չէ, և խուսափել է տրանս+ անձին ծառայություն տրամադրելուց՝ անգամ չհարցնելով, թե արդյոք նա անցնում է գենդերի վերահաստատման կամ սեռափոխության գործընթաց:

Այն դեպքերում, երբ տրանս+ և ոչ բինար անձինք կարողանում են արտաքինից թաքցնել իրենց գենդերային ինքնությունը, նկարագրում են իրենց՝ գինեկոլոգիական ծառայությունից օգտվելու փորձառությունը որպես վատ, անհարմար, ստորացուցիչ ու նվաստացուցիչ: Սովորաբար ոչ բինար և գենդերի վերահաստատման կամ սեռափոխության գործընթացում չգտնվող տրանս+ անձինք հաճախ օգտվում են միայն կոնկրետ մեկ մասնագետի ծառայությունից, որին ճանաչում են որպես զգայուն ու տեղեկացված. հաճախ ուղղորդում են միմյանց այդ մասնագետի մոտ:

Տրանս+ անձինք, որոնք ցանկանում են անցնել կամ անցնում են գեղերի վերահաստատման կամ սեռափոխության գործընթացներ, սովորաբար չեն դիմում գինեկոլոգների, ուրոլոգների կամ առաջնային օդակի այլ բժիշկների: Կազմակերպության սոցիալական աշխատողներից մեկը նշում է, որ այս դեպքում մարդկանց առաջնային կարիքը լինում է դիմելը ենդոկրինոլոգի, որն էլ հետագայում ուղղորդում է այլ մասնագետների կամ հետազոտությունների մոտ: Այս պարագայում տրանս+ անձինք ավելի համարձակ են, բաց են իրենց հարցերը և կարիքները քննարկելիս: Գեղերի վերահաստատման գործընթաց անցած անձանց անձնական ու մասնագետների հետ փորձառությունը, կարիքները և խնդիրները ունեն համակարգային բնույթ, որն ուսումնասիրվել է առանձին հետազոտությամբ²³:

Ծառայությունների հասանելիությունը և փորձառությունը սեռական բռնության դեպքերում

Ընդհանուր առմամբ ԼԳՏԿ+ անձանց դեպքում սեռական բռնությանը բախվելու փորձառությունը լայնորեն տարածված է, բռնության ձևերը բազմաշերտ են և բռնության ենթարկված անձանց համար աջակցություն ստանալու հարցում առկա են մի շարք համակարգային խոչընդոտներ: Այսպես, 2025 թվականին իրականացված հետազոտության համաձայն²⁴՝ հարցված 88 ԼԳՏԿ+ անձանց շուրջ 70%-ը նշել է սեռական բռնության անձնական փորձառության, ականատես լինելու կամ այլ մարդու նման փորձառության մասին: Կազմակերպության սոցիալական աշխատողները նշում են

ինչպես զուգընկերոջ կողմից սեռական բռնության փորձառության, այնպես էլ ԼԲ կանանց պարագայում խմբային կոնվերսիոն բռնաբարության (սեռական կողմնորոշումը «փոխելու» նպատակով բռնաբարություն) դեպքերի մասին:

Սեռական բռնության ենթարկված ԼԲ կանայք, հատկապես կոնվերսիոն բռնաբարությունների պարագայում, ուղղորդվում են գինեկոլոգ մասնագետի մոտ և սեռավարակների ու ՄԻՎԿ-ի հետազոտության: Սոցիալական աշխատողները նշում են, որ նման դեպքերում կանայք, որպես կանոն, չեն բացահայտում իրենց սեռական կողմնորոշումը, սակայն գինեկոլոգիական ծառայության դիմելիս բախվում են ոչ զգայուն վերաբերմունքի, անհարգալից հարցերի և խարանի հենց սեռական բռնության ենթարկվելու հիմքով, երբեմն նաև այլ բուժանձնակազմի կողմից: Կանայք երբեմն կարող են խուսափել այցելությունից կամ հետաձգել այն՝ վախենալով ոչ զգայուն վերաբերմունքից ու կրկնակի տրավմայի ենթարկվելուց: *Այսպես, օրինակ, մի դեպքում կանանցից մեկը վերոնշյալ պատճառով խուսափել է անմիջապես մասնագետի դիմելուց՝ բաց թողնելով կանխարգելող միջոցառումների 72 ժամը:* Խնդիրն ավելի սուր է արտահայտվում հատկապես մարզաբնակ կանանց համար, որտեղ առկա է ոչ միայն զգայուն մասնագետների պակաս, այլև սահմանափակ ժամանակային ու ֆինանսական հնարավորություններ՝ հասնելու մայրաքաղաքի զգայուն մասնագետներին: Եվս մեկ խնդիր է սեռական բռնության ենթարկվելիս զգայուն գինեկոլոգիական ծառայությունների վճարովի լինելը, որը ոչ բոլոր կանանց է հասանելի:

23 Տե՛ս «Տրանսգեղերի անձանց առողջապահական իրավունքները և գեղերի վերահաստատման պրակտիկաները Հայաստանում», «Սոցիոսկոպ» ՀԿ, Երևան, 2015 թ.:

24 Տե՛ս «Բացահայտելով և կանխելով սեռական բռնության տարածվածությունը ԼԳՏԶԿ+ համայնքում», Սեռական բռնության ճգնաժամային կենտրոն, Երևան, 2015 թ.:

Լեքսի և բիսեքսուալ կանանց արբորտի փորձառությունը

Կազմակերպության սոցիալական աշխատողները նշում են, որ ԼԲ կանայք դիմում են արբորտի հարցերով և ստա-

նում են ուղղորդումներ, սակայն հաճախ հետագայում չեն պատմում իրենց փորձառության մասին: Հարցումներին մասնակցած որոշ ԼԲ կանայք նշում են արթորտի ծառայությունից օգտվելու մասին: Բոլոր դեպքերում նկարագրում են իրենց փորձառությունը որպես բացասական՝ նշելով, որ ուղղորդված բժշկվել փորձել է մտափոխել:

ԼԲՏ+ կանանց երեխա ունենալու և պլանավորելու փորձառությունը ու կարիքները

Կազմակերպությունների սոցիալական աշխատողները և խորհրդատուները նշում են, որ ԼԲՏ+ կանայք հաճախ քննարկում են երեխա ունենալու և պլանավորելու հարցերը ինչպես մայրաքաղաքում, այնպես էլ մարզերում: Սոցիալական աշխատողներից մեկը նշում է, որ *«կանայք երբեմն դիմում են՝ ստանալու տեղեկություն երեխա ունենալու հնարավորությունների, դրանց իրազործելիության և կազմակերպման ծախսերի մասին»*: Մեկ այլ սոցիալական աշխատող նշում է, որ *«ցավոք, Հայաստանում դժվար է երեխա պլանավորելը, քանի որ չկա նույնասեռ ամուսնությունների մասին կարգավորումը, իսկ որդեգրումը կամ արհեստական բեղմնավորումը մեծ ֆինանսական ծախսեր է պահանջում: Ուստի մարդիկ սովորաբար դիտարկում են արտասահմանում երեխա ունենալու տարբերակը»*:

Հարցման միջոցով իրենց փորձառությունը ներկայացրած լեսբի, բիսեքսուալ և քվիր կանայք նշում են երեխա ունենալու իրենց ցանկության և Հայաստանում կամ արտասահմանում պլանավորելու մասին: Որոշ կանայք, որոնք արդեն ունեն երեխա, նշում են, որ դա իրականացրել են կամ արհեստական բեղմնավորման միջոցով՝ առանց նշելու իրենց սեռականության մասին, կամ անձնապես ծանոթ մասնագետի օգնությամբ:

ՍԿ ծառայությունների հասանելիությունը սահմանափակող կրթական բացերը

Կազմակերպության սոցիալական աշխատողները և խորհրդատուները նշում են ԼԲՏ+ կանանց շրջանում ՍԿ առողջության մասին տեղեկացվածության պակասի մասին: Որոշ կանայք չունեն տեղեկություններ դաշտանային ցիկլի, սեռավարակների, ապահով սեռական հարաբերությունների, հակաբեղմնավորիչների, հղիության և այլ հիմնային հարցերի մասին: Արդյունքում ԼԲՏ+ կանայք դժվարանում են ժամանակին նույնականացնել առողջության խնդիրները, չեն իրականացնում կանխարգելիչ միջոցառումներ կամ առաջնային չեն համարում կանխարգելիչ ստուգումները:

Մյուս կողմից՝ լուրջ բաց է գինեկոլոգ մասնագետների կողմից ոչ միայն վերաբերմունքի բարելավման կարիքը, այլև տեղեկացված զգայունության ապահովումը: Իրենց փորձառությունը ներկայացրած ԼԲՏ+ կանանց զգալի մեծամասնությունը նշել է, որ անհրաժեշտ են ոչ միայն գինեկոլոգ-մասնագետների զգայունության և վերաբերմունքի փոփոխության մասով վերապատրաստումներ, այլև երբեմն կոնկրետ գիտելիքներ նույնասեռ սեռական հարաբերությունների և գենդերի վերահաստատման գործընթացների մասին: Կազմակերպության սոցիալական աշխատողները նշում են, որ բժիշկ մասնագետները հաճախ չեն պատկերացնում նույնասեռ ակտը, ներթափանցող և ոչ ներթափանցող հարաբերությունները, տրանս+ անձանց հորմոնային թերապիան և գենդերի վերահաստատման այլ գործընթացները, այլ հաճախ առաջնորդվում են հետերոնորմատիվ կարծրատիպերով, ոչ գիտական ելթադրություններով և սեռականության մասին միֆերով:

Առաջարկներ.

- Շարունակաբար իրականացնել գինեկոլոգների և առաջին օդակի բժիշկների համար մասնագիտական վերապատրաստումներ՝ ուղղված LFS+ կանանց սեռականության հարցերին իրազեկմանը, տարբեր խմբերի և փորձառությանը կանանց նկատմամբ զգայունության բարձրացմանը և վերաբերմունքի փոփոխությանը, հատկապես մարզային համայնքներում:
- Իրականացնել գինեկոլոգների և առաջին օդակի բժիշկների համար մասնագիտական վերապատրաստումներ՝ սեռական բնության, մասնագիտական աջակցության առանձնահատկությունների վերաբերյալ:
- Մասնագիտական վերապատրաստումների և/կամ տեղեկատվական նյութերի միջոցով մասնագետներին տրամադրել պրակտիկ, կոնկրետ տեղեկություններ նույնատեղ հարաբերությունների և գեղորդի վերահաստատման գործընթացների մասին:
- Բուժհաստատություններում սահմանել հակախտրականության ընթացակարգեր, բուժհաստատության սպասասրահներում տեղադրել մասնագետների՝ ոչ խտրական ու զգայուն մոտեցման նշաններ պացիենտների համար, ինչպիսիք են կանանց տարբեր խմբերին՝ ներառյալ LFS+ կանանց վերաբերելի տեղեկատվական նյութեր՝ գրքույկներ, պաստառներ և այլն: Օրինակ՝ LFS+ կամ կանանց այլ խոցելի խմբերի մասին տեղեկատվական գրքույկներ:
- Ապահովել սեռական և վերարտադրողական առողջության կրթական ծրագրերի պատշաճ իրականացում՝ ներառելով նաև LFS+ կանանց սեռականությանը, սեռական առող-

ջությանը, սեռական հարաբերություններին վերաբերող համապատասխան տեղեկություն:

- Տեղամասային պոլիկլինիկաներում և այլ բուժհաստատություններում ապահովել մեկուսի պայմաններում գինեկոլոգիական խորհրդատվության անցկացումը:
- Իրականացնել տեղամասային պոլիկլինիկաներում և այլ բուժհաստատություններում անձանց տվյալների գաղտնիության պահպանման վերահսկում, խախտումների դեպքում ենթարկել պատասխանատվության և բժիշկների ու բուժանձնակազմի շրջանում իրականացնել կանխարգելիչ միջոցառումներ, հատկապես մարզերում:
- Պոլիկլինիկաներում և այլ բուժհաստատություններում խտրական ու հակաէթնիկական ծառայության մատուցման դեպքերում ապահովել համապատասխան մարմիններին դիմելու անվտանգ ու գործուն մեխանիզմներ, սահմանել պատասխանատվություն և իրականացնել կանխարգելմանն ուղղված իրազեկող միջոցառումներ:

Մաս 2.3

ՄԻԱԿ-ՈՎ ԱՊՐՈՂ
ԿԱՆԱՆՑ ՍԵՌԱԿԱՆ ԵՎ
ՎԵՐԱՐՏԱԴՐՈՂԱԿԱՆ
ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԵՎ
ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ
ՊԱՇՏՊԱՆՈՒԹՅԱՆ
ԻՐԱՎԻՃԱԿԸ
ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ



Ժենյա Մայիլյան

Ուսումնասիրության այս հատվածում վերլուծության առարկա են դարձել Հայաստանի Հանրապետությունում ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց սեռական և վերարտադրողական առողջության (այսուհետև՝ ՍՎԱ) իրավունքների ներկայիս իրավիճակը, ինչպես նաև համապատասխան ծառայությունների մատչելիության հիմնական առանձնահատկություններն ու սահմանափակումները: Քննարկման շրջանակը ներառում է ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց համար հղիության արհեստական ընդհատման ծառայությունների մատչելիությունը և ոչ ցանկալի հղիությունների կանխարգելումը, ՍՎԱ ծառայությունների աշխարհագրական հասանելիությունը, ինչպես նաև ՄԻԱՎ-ի հիմքով խտրականության դրսևորումները:

Տվյալների հավաքումն իրականացվել է համակցված մեթոդաբանությամբ. նախ կատարվել է տեղական և միջազգային փաստաթղթերի ուսումնասիրություն՝ ներառյալ իրավական ակտեր, բուժման և կանխարգելման ուղեցույցներ և ոլորտային քաղաքականության փաստաթղթեր, զուգահեռաբար իրականացվել են կիսաձևայնացված հարցազրույցներ ՄԻԱՎ-ով ապրող 20 կանանց հետ՝ փաստագրելու նրանց փորձառությունները, դժվարությունները և խոչընդոտները ՍՎԱ ծառայություններից օգտվելու ընթացքում:

Ուսումնասիրության ընտրանքում ընդգրկվել են վերարտադրողական տարիքային խմբում գտնվող ՄԻԱՎ-ով ապրող կանայք Հայաստանի Հանրապետության բոլոր մարզերից, որոնք վերջին մեկ տարվա ընթացքում օգտվել են ՍՎԱ ծառայություններից: Մասնակիցների տարիքային միջակայքը տատանվել է 21-ից մինչև 42 տարեկանը, միջին տարիքը եղել է 33: Տարածքային ներկայացվածության առումով ուսումնասիրությանը մասնակցել են կանայք ՀՀ բոլոր մար-

զերից և Երևանից, առավել մեծ թվով մասնակիցներ եղել են Լոռու մարզից (4 կին), Երևանից և Արարատի մարզից (3-ական կին): Սյունիքից, Արմավիրից, Գեղարքունիքից, Շիրակից և Կոտայքից հարցմանը մասնակցել է 2-ական կին, ինչն ապահովում է մարզերի հավասարակշռված ներկայացվածությունը: Հարցազրույցների հարցաթերթը հասանելի է Հավելված 3-ում:

Հարցվածներից 13-ը գինեկուղզի են այցելել ծննդաբերության, 11-ը՝ հղիության վերահսկման, իսկ 5-ը՝ գինեկուղզիական հարցերի շուրջ խորհրդատվություն ստանալու նպատակով:

ՄԻԱՎ-ի ԵՎ ՁԻԱՅ-ի

ԻՐԱՎԻՃԱԿԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ

1988-2025 թվականների հունիսի 30-ի դրությամբ ՀՀ քաղաքացիների շրջանում արձանագրվել է ՄԻԱՎ վարակի 6411 դեպք (4486-ը՝ արական՝ 70%, 1925-ը՝ իգական՝ 30%), որից 253-ը՝ 2025 թվականի ընթացքում (181-ը՝ արական՝ 72%, 72-ը՝ իգական՝ 28%), ՁԻԱՅ-ի 2892 դեպք (2152-ը՝ արական՝ 74%, 740-ը՝ իգական՝ 26%) և մահվան 1410 դեպք (1131-ը՝ արական՝ 80%, 279-ը՝ իգական՝ 20%): Նշված ժամանակահատվածի վերջի դրությամբ ՄԻԱՎ-ով ապրող ՀՀ քաղաքացիների թիվը 5001 է (հաշվարկային թիվը՝ 6300), որոնցից 4078-ը ստանում են ՀԻՎ բուժում: ՄԻԱՎ վարակի կանխարգելման, բուժման և խնամքի հաջորդական փուլերի կասկադը 2024 թվականի վերջի դրությամբ եղել է 76%-80%-86%:

2025 թվականի հունվար-հունիս ամիսներին ՄԻԱՎ վարակի կանխարգելման ծրագրերի շրջանակում մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելում է ստացել 22 քաղաքացի²⁵:

25 StU <https://ncid.am/statistics/hiv-aids-statistics-in-armenia-as-of-the-end-of-june-2025>

Հայաստանի Հանրապետությունում ՄԻԱՎ-ի կանխարգելման, բուժման և խնամքի ծառայությունները բավականին զարգացած են և մատուցվում են ԱՀԿ-ի սահմանած չափանիշերին և ուղեցույցներին համահունչ, որոնք ամրագրված են ազգային օրենսդրական և ենթաօրենսդրական ակտերով, ինչպես նաև ոլորտային ուղեցույցներով:

2022 թվականից ՀՀ առողջապահության նախարարության նախաձեռնությամբ իրականացվել է անցում առողջապահական որոշ ծառայությունների մատուցման կենտրոնացված համակարգից դեպի ապակենտրոնացված համակարգ մարզային բուժհաստատություններում՝ նպատակ ունենալով ընդլայնելու ծառայությունների աշխարհագրական հասանելիությունը և բարձրացնելու դրանց մատչելիությունը:

Ապակենտրոնացման գործընթացը դիտվում է որպես արդյունավետ միջոց՝ առողջապահական համակարգում ծառայությունների հասանելիության բարձրացման, հավասարության ապահովման, խտրականության նվազեցման և ՄԻԱՎ-ով ապրող անձանց համապարփակ աջակցության ընդլայնման համար: Սակայն, չնայած այս առաջընթացին, ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց համար առողջապահական որոշ ծառայությունների հասանելիությունը դեռևս ամբողջական չէ, ինչը պայմանավորված է իրավական նորմերի թերի գործնական կիրառմամբ:

ՈՉ ՑԱՆԿԱԼԻ ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄ, ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԱՐՅԵՍՏԱԿԱՆ ԸՆԴՀԱՏՈՒՄ

Կանանց անվտանգ արբորտի իրավունքը հիմնարար բաղադրիչ է նրանց ինքնավարության, առողջության և համընդհանուր բարեկեցության ապահովման համար: Անվտանգ և օրինական արբորտի ծառայությունների հասանելիությունը

հնարավորություն է տալիս կանանց կայացնելու տեղեկացված և պատասխանատու որոշումներ իրենց վերարտադրողական առողջության վերաբերյալ:

ԱՀԿ-ի «*Abortion Care Guideline*» (2022)²⁶ ուղեցույցը շեշտում է, որ արբորտի վերաբերյալ իրավակարգավորումները պետք է պաշտպանեն և երաշխավորեն կանանց ՍՎԱ-ի և իրավունքների ամբողջական իրացումը՝ ապահովելով բոլորի համար անվտանգ և որակյալ ծառայությունների մատչելիություն՝ հիմնված գաղտնիության, իրավահեղության և խտրականության բացառման սկզբունքների վրա: Միաժամանակ դրանք պետք է ներառեն հակաբեղմնավորիչների վերաբերյալ լիարժեք տեղեկատվության և համապատասխան ծառայությունների տրամադրում՝ առանձնահատուկ ուշադրություն դարձնելով խոցելի խմբերի կարիքներին, մասնավորապես՝ ֆինանսական դժվարություններ, հաշմանդամություն ունեցող կանանց, սեռական և գենդերային բռնության ենթարկված անձանց, տրանսգենդեր և ոչ բինար անձանց, էթնիկ, կրոնական և ռասայական փոքրամասնությունների ներկայացուցիչների, միգրանտ և տեղահանված, ինչպես նաև ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց: Արբորտի կարգավորումը պետք է հիմնված լինի հավասարության և խտրականության բացառման սկզբունքների վրա՝ նպատակ ունենալով խթանելու այդ արժեքների կայուն ամրապնդումը:

ՀՀ-ում մարդու վերարտադրողական առողջության, հղիության արիեստական ընդհատման, ՄԻԱՎ վարակի բուժման և կանխարգելման հարցերը կարգավորվում են համապատաս-

26 See World Health Organization. (2022). Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/item/9789240039483>

խան օրենքներով²⁷ և կարգերով^{28/29}, որոնք ապահովում են ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց համար վերոնշյալ ծառայությունների հասանելիությունը և մատչելիությունը: Սակայն գործնականում այս ծառայությունները դժվարամատչելի են ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց համար: Մանավորապես, ուսումնասիրության տվյալները ցույց են տալիս, որ ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց զգալի մասը տեղյակ չէ, որ իրենց համայնքում կարող են դիմել բժշկական կազմակերպություններին հղիության արհեստական ընդհատման համար: Միևնույն ժամանակ, հարցված կանանց մի մասը, թեև իրազեկված է ծառայությունների առկայության և նրանց օրենքով հասանելիության մասին, սակայն խուսափում է դիմելու՝ վախճնալով անձնական տվյալների բացահայտումից և դրան հաջորդող խտրական վերաբերմունքից:

Որոշ կանայք նշել են իրենց բացասական փորձառության մասին, երբ դիմել են իրենց բնակությանը մոտ գտնվող բժշկական հաստատություն՝ հղիության արհեստական ընդհատման համար: Մասնակիցներին հիմնականում ուղղորդել են Վերարտադրողական առողջության, պերինատալոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի հանրապետական ինստիտուտ՝ ընդգծելով, որ նման դեպքերի համար նախատեսված է հատուկ հիվանդանոց, և ծառայությունները պետք է ստանան հենց այնտեղ: Սա տեղի է ունեցել այն դեպքում, երբ օրենսդրությամբ ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց համար մարգերում համապատասխան ծառայություններից օգտվելու վերաբերյալ որևէ սահմանափակում չկա:

Միևնույն ժամանակ կանայք նշում են, որ ոչ ցանկալի հղիությունների կանխարգելման մեթոդների վերա-

բերյալ որևէ բժշկական հաստատությունում խորհրդատվություն չեն ստացել, նրանց չեն ուղղորդել ընդունելու հակաբեղմնավորիչ միջոցներ, մինչդեռ ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց ՍՎԱ-ի և իրավունքների վերաբերյալ ԱԶԿ ուղեցույցում խորհուրդ է տրվում ապահովել դրանց հասանելիությունը³⁰:

Ըստ ուսումնասիրության տվյալների՝ ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց շրջանում ոչ ցանկալի հղիության կանխարգելման առավել տարածված մեթոդներն են եղել սերմնաժայթքման դադարեցումը հեշտոցից դուրս, պահպանակի կիրառումը և օվուլյացիոն ցիկլի հաշվարկը: Նշված մեթոդների առավել հաճախ օգտագործումը պայմանավորված է դրանց մատչելիությամբ, ինչպես նաև առողջապահական համակարգի կողմից տրամադրվող վերարտադրողական առողջության և հակաբեղմնավորիչների բազմազան միջոցների վերաբերյալ սահմանափակ խորհրդատվությամբ: Արդյունքում կանայք հիմնականում ընտրում են առավել պարզ և ինքնուրույն վերահսկելի մեթոդներ, որոնք, սակայն, ունեն համեմատաբար ցածր արդյունավետություն անցանկալի հղիության կանխարգելման տեսանկյունից:

Կանանց հղիության պլանավորման և կանխարգելման վերաբերյալ հիմնական տեղեկությունը նրանք ստանում են ԻԶԱՎ-ում, որտեղ, սակայն, շեշտադրումը հիմնականում առողջ երեխա ունենալու վրա է: Միևնույն ժամանակ, կանանց մեծ մասը տեղյակ չէ, որ կարող է օգտվել հակաբեղմնավորիչ դեղամիջոցներից. նրանց շրջանում տարածված է այն կարծիքը, թե դրանք կարող են հակացուցված լինել ՄԻԱՎ կարգավիճակի

27 Տե՛ս <https://www.arlis.am/hy/acts/195987>

28 Տե՛ս <https://www.arlis.am/hy/acts/204115>

29 Տե՛ս <https://moh.am/#1/1078>

30 See <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/611f9d21-8170-495c-89b2-903886a83aee/content>

կամ իրենց կողմից ընդունվող ՀՌԿ դեղամիջոցների հետ միաժամանակ կիրառման դեպքում:

Կանանց համար հղիության կանխարգելման ամենամատչելի տաբերակը հասարակական կազմակերպությունների կողմից տրամադրվող տղամարդու պահպանակներն են, որոնք ոչ միշտ են կիրառվում՝ պայմանավորված զուգընկերոջ նախապատվություններով:

ՄԻԱՎՈՎ ԱՊՐՈՂ ԿԱՆԱՆՑ ՎԵՐԱՐՏԱՂՈՂԱԿԱՆ ԱՌՈՂՁՈՒԹՅՈՒՆ. ՀՂԻՈՒԹՅՈՒՆ, ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆ

Մինչև 2023 թվականը ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց ծննդալուծումը կազմակերպվում էր Վերարտադրողական առողջության, պերինատալոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի հանրապետական ինստիտուտում համաձայն ՀՀ առողջապահության նախարարի 2019 թվականի փետրվարի 4-ի թիվ 256-Ա հրամանի:

Սակայն, հաշվի առնելով առողջապահական ծառայությունների ապակենտրոնացման պետական քաղաքականությունը, ՀՀ առողջապահության նախարարի 2023 թվականի դեկտեմբերի 4-ի թիվ 5798-Լ հրամանով հաստատվել են «Հիվանդանոցային պայմաններում մանկաբարձագինեկոլոգիական տեսակի բժշկական օգնության և սպասարկման իրականացմանը ներկայացվող պահանջները՝ ըստ մակարդակների»:

Այս փոփոխությամբ ՄԻԱՎ-ով ապրող կանայք ապահովվել են երրորդ մակարդակի հիվանդանոցների հասանելիությամբ: Եթե նախկինում ծննդալուծման հնարավորությունը կենտրոնացված էր մեկ հաստատությունում, ապա ներկայում այն կարող է կազմակերպվել նաև կնոջ բնակության վայրին մոտ գտնվող երրորդ կարգի բժշկական կենտրոններում՝

այսպիսով ապահովելով ծառայությունների աշխարհագրական հասանելիություն, մատչելիություն և հավասարություն: Սակայն, ուսումնասիրությանը մասնակցած կանանց տրամադրած տեղեկության համաձայն, գործնականում այս հնարավորությունը դեռևս չի կիրառվում:

Տվյալների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ հարցված բոլոր կանայք ծննդաբերել են բացառապես Երևանում: Այս միտումը պայմանավորված է մի շարք գործոններով: Նախ՝ առողջապահական համակարգում երկար տարիներ գործել է կենտրոնացված մոտեցում, և մասնագիտացված ծառայությունների հիմնական մասը տրամադրվել է մայրաքաղաքում: Բացի այդ՝ մարզային հիվանդանոցներում բժշկական անձնակազմը հաճախ բավարար գիտելիք և փորձ չի ունեցել ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց հետ աշխատանքում, ինչը ձևավորել է թե՛ կանանց, թե՛ բժիշկների շրջանում անվստահություն: Կարևոր դեր են խաղացել նաև կանանց վախերը՝ կապված ինչպես իրենց, այնպես էլ երեխայի առողջության հետ, ինչն էլ նրանց մղել է դիմելու մայրաքաղաքում գործող բուժհաստատություն: Վերջապես, լայնորեն տարածված է եղել թյուր կարծիք, որ ծննդաբերությունը հնարավոր է միայն Երևանում, քանի որ կանայք բավարար տեղեկություն չեն ստացել այն մասին, որ մարզային երրորդ մակարդակի հիվանդանոցներում նույնպես կարող են ապահով պայմաններում և նույն իրավական հիմքերով անցկացնել ծննդալուծման գործընթացը: Այս ամենը հանգեցրել է նրան, որ կանայք իրական ընտրության հնարավորություն, փաստացի, չեն ունեցել և ստիպված օգտվել են միայն մայրաքաղաքի ծառայություններից՝ չնայած օրենքով սահմանված հավասար իրավունքներին:

Հարցին, թե արդյոք կանայք տեղյակ են եղել, որ ծննդօգնության ծառայու-

յուններից կարող են օգտվել նաև իրենց մարզային հիվանդանոցներում, հարցվածների շուրջ **45%-ը նշել է, որ նման հնարավորության մասին տեղեկացված չի եղել:**

Այն կանայք, որոնք տեղեկացված են եղել, սակայն, այնուամենայնիվ, ընտրել են Երևանում գործող բժշկական հաստատությունները, իրենց որոշումը պայմանավորել են մի շարք հանգամանքներով.

- **մարզային բժշկական հաստատությունների նկատմամբ վստահության պակաս.** կանայք նշել են, որ չեն վստահում մարզային հիվանդանոցների մասնագիտական փորձին և տեխնիկական հագեցվածությամբ,
- **գաղտնիության պահպանման վերաբերյալ մտահոգություն.** փոքր համայնքներում տարածված «բոլորը իրար ճանաչում են» մոտեցման պայմաններում կանայք վախեցել են իրենց ՄԻԱԿ կարգավիճակի հնարավոր բացահայտումից և դրա հետևանքներից,
- **բժիշկների նկատմամբ վստահություն.** հարցվածների զգալի մասը համոզված է, որ մայրաքաղաքի բժիշկներն ավելի փորձառու, տեղեկացված և հմուտ են ՄԻԱԿ-ին առնչվող հարցերում.
- **ծառայությունների որակ.** կանանց մեծամասնության կարծիքով Երևանում մատուցվող ծառայություններն ավելի բարձր որակի են, բուժաշխատողները՝ ավելի բարեհամբույր և վստահելի, իսկ բժշկական հաստատությունները հագեցած են անհրաժեշտ սարքավորումներով: Այդուհանդերձ, ուսումնասիրությանը մասնակցած կանանց շուրջ 35%-ը նշել է, որ առողջապահական համակարգում առնչվել է խտրականության և անբարյացա-

կամ վերաբերմունքի: Նման դեպքերը ոչ միայն բացասաբար են ազդել կրանց հուզական վիճակի վրա, այլև ստիպել են զգալ անհարմարություն, մեղավորություն և մյուս բուժառուների համեմատ սեփական անձի ստորադասվածություն: Խտրական վերաբերմունքը, որը երբեմն դրսևորվել է անհարգալից վերաբերմունքով կամ գաղտնիության խախտմամբ, Եակնտորեն նվազեցրել է կանանց վստահությունը ինչպես առանձին մասնագետների, այնպես էլ ամբողջ համակարգի նկատմամբ: Ըստ մասնակիցների՝ խտրական վերաբերմունքի և գաղտնիության խախտման դեպքեր առավել հաճախ արձանագրվել են մարզերում, օրինակ՝ երբ մարզային բժիշկը հիվանդի ՄԻԱԿ կարգավիճակի մասին տեղեկացրել է մեկ այլ մասնագետի, ընտանիքի անդամի կամ համայնքում ապրող այլ անձի, **հոգեբանական գործոններ.** կանանց որոշումները երբեմն պայմանավորված են եղել ոչ միայն մատուցվող ծառայությունների որակով, այլև հոգեբանական գործոններով: Վախը կարգավիճակի բացահայտումից և անհանգստությունը երեխայի և սեփական առողջության համար դարձել են այն հիմնական պատճառները, որ նրանք նախընտրել են դիմել Երևանում գործող բժշկական հաստատություն, ընդ որում՝ բոլորը դիմել են նույն բժշկական հաստատություն:

ՄԻԱԿ-ով ապրող կանանց ՍԿԱ-ի ոլորտում կարևորագույն խնդիրներից մեկը շարունակում է լինել ծննդաբերության կազմակերպման ճևր: Դեռևս 2017 թվականին 33 առողջապահության նախարարի հոկտեմբերի 12-ի թիվ 2930-Ա հրամանով³¹ հաստատվել է ՄԻԱԿ վարակով հղիների ծննդալուծման կազմա-

31 Տե՛ս https://moh.am/uploads/2930Havelvats3_02%2010%2017.pdf

կերպման ընթացակարգը, համաձայն որի՝ ՄԻԱՎ-ով ապրող կանայք կարող են ծննդաբերել նաև բնական ճանապարհով, եթե հղիության 36-րդ շաբաթում վիրուսային ծանրաբեռնվածությունը 50 և ավելի ցածր է: Սակայն, իրականում, այս նորմատիվ բարեփոխումը գործնականում չի կիրառվում: Ուսումնասիրության արդյունքներով պարզվել է, որ հարցված բոլոր կանայք ծննդաբերել են բացառապես կեսարյան հատման միջոցով:

Հատկանշական է, որ կանանց շուրջ 43%-ը նույնիսկ տեղյակ չի եղել բնական ճանապարհով ծննդաբերելու հնարավորության մասին: Տեղեկացված կանանց հիմնական տեղեկատվության աղբյուրը, իրենց խոսքով, եղել են հավասարը հավասարին խորհրդատուները:

Կեսարյան հատումը որպես ծննդալուծման տարբերակ ընտրելու որոշումը պայմանավորված է եղել մի շարք գործոններով.

- **բժշկական անձնակազմի ուղղորդումը.** կանանց մեծ մասը նշել է, որ կեսարյան հատման որոշումը կայացվել է բժշկի ցուցումով: Շատ հաճախ բժիշկները ներկայացրել են կեսարյան հատումը որպես «ավելի ապահով տարբերակ»՝ ՄԻԱՎ-ը երեխային չփոխանցելու նպատակով: Նման մոտեցումը հաճախ դարձել է կանանց որոշման գլխավոր պատճառը, նույնիսկ այն դեպքերում, երբ բժշկական ցուցումները թույլ էին տալիս բնական ծննդաբերություն,
- **նախորդ ծննդաբերության փորձառությունը.** կանանց մի մասը նշել է, որ իրենց նախորդ ծննդաբերությունները ևս կատարվել են կեսարյան հատման միջոցով, ինչի հետևանքով հաջորդ ծննդաբերությունների դեպքում նույնպես կիրառվել է նույն տարբերակը, սպիների առկայությունը և բժիշկների զգուշավոր մոտեցումը խոչընդոտել են

բնական ծննդաբերության հնարավորությունը,

- **ամոռոջության խնդիրներ և բարդություններ.** որոշ կանայք կեսարյան հատման դիմելը պայմանավորել են առկա ամոռոջության խնդիրներով, օրինակ՝ սրտի հիվանդություն, տեսողության խնդիրներ կամ վաղաժամ ծննդաբերություն: Բժիշկներն այդ հանգամանքները ևս դիտարկել են որպես վիրահատական միջամտության ցուցում,
- **վախեր և հոգեբանական գործոններ.** կանանց մի մասը նշել է, որ վախենում էր ՄԻԱՎ-ի հնարավոր փոխանցումից երեխային, ինչի պատճառով ինքնուրույն ցանկացել է ընտրել կեսարյան հատումը: Վախերը հաճախ ձևավորվել են ոչ այնքան փաստացի բժշկական ցուցումների, որքան հասարակական կարծրատիպերի և տեղեկատվության պակասի հետևանքով,
- **տեղեկատվության պակաս.** հատկանշական է, որ մի շարք կանայք հայտնել են, որ տեղյակ չեն եղել բնական ծննդաբերության հնարավորությունից:

Մինչդեռ ԱՅԿ-ի կողմից հրապարակված ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց ՍՎԱ-ի վերաբերյալ ուղեցույցում³² հստակ նշվում է, որ ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց շրջանում կեսարյան հատումը չպետք է դիտարկվի որպես համատարած և պարտադիր մոտեցում: Այն պետք է կիրառվի միայն ընտրովի՝ բժշկական կամ գինեկոլոգիական այլ հիմնավորված ցուցումների առկայության դեպքում: Այսպիսով՝ ԱՅԿ-ի դիրքորոշումը շեշտադրում է գիտական ապացույցների վրա հիմնված մոտեցումը և կարևորում է այն, որ կեսարյան հատումը չպետք է կիրառվի բացառապես ՄԻԱՎ կարգա-

32 See <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/611f9d21-8170-495c-89b2-903886a83aee/content>

Վիճակի հիման վրա:

ԱՆՁՆԱԿԱՆ ՏԿՅԱԼՆԵՐԻ

ՊԱՇՏՊԱՆՈՒԹՅՈՒՆ, ԽԱՐԱՆ

ԵՎ ԽՏՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Ուսումնասիրությանը մասնակցած բոլոր կանայք նշել են, որ բժշկական ծառայությունն ստանալուց առաջ տեղեկացրել են բժշկին կամ բուժաշխատողին իրենց ՄԻԱՎ կարգավիճակի մասին: Մասնակիցների շուրջ 37%-ը նշել է, որ ստացել է նորմալ և ադեկվատ վերաբերմունք՝ առանց խտրականության դրսևորումների: Սակայն մեծ մասը վկայել է խտրականության և անբարենպաստ վերաբերմունքի մասին: Հատկապես մարգարյան բժշկական հաստատություններում արձանագրվել է խուսափողական և ոչ բարեհամբույր վերաբերմունք, ինչը, ըստ մասնակիցների, պայմանավորված է մասնագիտական պատրաստվածության և զգայունության պակասով: Միևնույն ժամանակ, Երևանում գործող բժշկական հաստատություններում առավել հաճախ նկատվել է դրական և աջակցող վերաբերմունք, ինչը վկայում է մայրաքաղաքում համեմատաբար բարենպաստ իրավիճակի մասին: Լյա հակադրությունը վկայում է, որ բուժանձնակազմի վերաբերմունքը Հայաստանի տարբեր տարածաշրջաններում զգալիորեն տարբերվում է, ինչը կարևոր է հաշվի առնել առողջապահական քաղաքականությունների մշակման և ծառայությունների որակի բարելավման աշխատանքներում:

Ուսումնասիրությանը մասնակցած կանանցից միայն երկուսն են նշել, որ բախվել են անձնական տվյալների գաղտնիության խախտման խնդրի, երբ բուժաշխատողը անզգուշությամբ բացահայտել է նրանց ՄԻԱՎ կարգավիճակը այլ բուժաշխատողների կամ ընտանիքի անդամների ներկայությամբ: Մյուս մաս-

նակիցները նշել են, որ իրենց անձնական և բժշկական տվյալները պահպանվել են: Միևնույն ժամանակ, նրանք ընդգծել են, որ սա կարող է պայմանավորված լինել նրանով, որ ծառայությունների համար հիմնականում դիմել են այն բժշկական կենտրոն, որը շուրջ 20 տարի սեռական և վերարտադրողական առողջության ծառայություններ է տրամադրում ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց և ունի ավելի բարձր փորձառություն և զգայունություն:

Առաջարկներ.

Ուսումնասիրության արդյունքները վկայում են, որ Հայաստանում ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց ՍՎԱ ծառայությունների հասանելիության և որակի ապահովման ուղղությամբ զրանցվել են զգալի բարելավումներ, սակայն առկա են նաև մի շարք բացեր: Դրանց հաղթահարման նպատակով առաջարկվում է.

- 1. Իրազեկվածության բարձրացում**
Մշակել և իրականացնել թիրախային տեղեկատվական և կրթական արշավներ՝ ուղղված վերարտադրողական առողջության իրավունքների, հղիության կանխարգելման և բնական ծննդաբերության հնարավորությունների վերաբերյալ ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց իրազեկվածության բարձրացմանը:
- 2. Բժշկական անձնակազմի կարողությունների զարգացում**

Կազմակերպել շարունակական վերապատրաստման ծրագրեր մարգարյան և մայրաքաղաքային առողջապահական հաստատությունների համար՝ ընդգրկելով ՄԻԱՎ-ի հետ կապված մասնագիտական գիտելիքներ, հակախտրական մոտեցումներ և գաղտնիության պահպանման կանոններ:

Ապահովել բժիշկների մասնագիտական վերապատրաստումը ՄԻԱՎ կարգավիճակ ունեցող կանանց բնական ծննդաբերության ընթացակարգերի վերաբերյալ՝ համաձայն ԱՀԿ ուղեցույցների:

3. Ծառայությունների ապակենտրոնացում և հասանելիության ընդլայնում

Աջակցել առողջապահական համակարգի իրական ապակենտրոնացմանը՝ երրորդ մակարդակի հիվանդանոցներում լիարժեք հնարավորություն տալով ծննդալուծում իրականացնելու:

Բարձրացնել մարզային հաստատությունների մասնագիտական կարողությունները, որպեսզի կանայք վստահորեն օգտվեն ծառայություններից իրենց բնակավայրում:

4. Խտրականության կանխարգելում և գաղտնիության պահպանում

Ներդնել արդյունավետ վերահսկողական մեխանիզմներ՝ ապահովելու համար, որ բոլոր բուժհաստատություններում խստորեն պահպանվի անձնական տվյալների գաղտնիությունը:

Մշակել պետական հոգաժողովան հստակ քաղաքականություն և գործառույթներ խտրականության դեպքերի արձանագրման, արձագանքման և կանխարգելման համար՝ ընդունելով խտրականության դեմ պայքարի օրենսդրություն:

5. Վերարտադրողական առողջության ծառայությունների համալրում

Ապահովել հակաբեղմնավորիչ միջոցների բազմազանություն և դրանց վերաբերյալ մասնագիտական խորհրդատվություն, հատկապես ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց համար:

6. Քաղաքականության և պրակտիկայի համապատասխանեցում ԱՅԿ ուղեցույցներին

Վերանայել և հստակեցնել ազգային ուղեցույցների կիրարկումը՝ ապահովելու համար, որ կեսարյան հատումը չդիտվի որպես համատարած պարտադիր մոտեցում:

Խրախուսել որոշումների կայացումը՝ հիմնված բժշկական ցուցումների և գի-

տական ապացույցների, այլ ոչ թե վախերի կամ կարծրատիպերի վրա:

Version 2.4

«Աբրվյան» քրեակատարողական հիմնարկը կառուցվել է 1958 թվականին, շահագործման հանձնվել՝ 1958-1973 թվականներին: Ի սկզբանե հիմնարկը նախատեսված է եղել միայն անչափահասների համար: 1991 թվականից սկսած՝ այնտեղ պահվում են նաև կայանավորված և ազատագրվման դատապարտված կանայք: Կայանավորված կանանց համար խցային պայմաններ են ապահովվում: Դատապարտյալի կարգավիճակ տալուց հետո որոշվում են նրանց անվտանգության գոտին և պատժի կրման պայմանները: Բարձր անվտանգության գոտու մեղմ ու խիստ և միջին անվտանգության գոտու խիստ պայմաններում պատիժ կրող կանանց համար նույնպես խցային պայմաններ են ապահովվում: Իսկ միջին անվտանգության գոտու մեղմ և ցածր անվտանգության գոտու մեղմ ու խիստ պայմաններում պատիժ կրող կանայք կացարանային պայմաններում են պահվում: Խցային և կացարանային պայմանների համար առանձին մասնաշենքեր են նախատեսված, որոնք ներկայումս ամբողջությամբ վերանորոգված են: Սակայն մեր կատարած այցի ժամանակ արձանագրել ենք, որ շենքն ընդհանուր առմամբ խոնավ է, հարմարեցված չէ մանկահասակ երեխաների և հաշմանդամություն ունեցող կանանց տեղաշարժման համար, չունի օդափոխության համակարգ: Բացի այդ՝ քրեակատարողական հիմնարկն ի սկզբանե կառուցված է եղել տղամարդկանց համար, ինչը նշանակում է, որ շենքային և կենցաղային պայմանների տեսանկյունից հարմարեցված չէ այնտեղ պահվող կանանց ներհատուկ կարիքներին:

Հիմնական խնդիրը կապված է կանոնավոր տաք ջրի հասանելիության հետ: Ճիշտ է, ներկայումս բոլոր կանանց շաբաթական երկու անգամ է լոգանքի հնարավորություն տրվում նախկին մեկ անգամվա փոխարեն: Սակայն տաք ջուրը հասանելի է միայն լոգարաններում և լոգանքի ժամերին: Ոչ խցերը և ոչ էլ կացարանները ապահովված չեն տաք ջրով: Մեզ հետ զրույցում կանայք նշել են, որ ստիպված են լինում թեյնիկով ջուր տաքացնել իրենց ամենօրյա հիգիենան և խնամքը կազմակերպելու համար: Թեև խցերը և կացարաններն ապահովված են շուրջօրյա սառը ջրով, սակայն այցի ժամանակ արձանագրել ենք, որ դրա հասանելիության հետ կապված ևս խնդիրներ են արձանագրվում: Օրինակ՝ հնարավոր է, որ ջրի հոսքը նվազի, ինչը կապված է օրվա որոշակի ժամերի ջրի մեծ ծախսի հետ: Դա կանանց համար սանհանգույցից օգտվելու դժվարություններ է առաջացնում: Խնդիրներ ենք արձանագրել նաև լոգարանների հագեցվածության հետ կապված: Ճիշտ է, դրանք վերջերս են վերանորոգվել, սակայն համալրված չեն կախիչներով, նստարաններով, աթոռներով կամ այլ անհրաժեշտ պարագաներով:

Հաջորդ խնդիրը կապված է անձնական հիգիենայի և խնամքի պարագաների տեսակների սահմանափակ հասանելիության հետ: Անձնական հիգիենայի պահպանման համար անհրաժեշտ պարագաների չափաբաժինները և դրանց օգտագործման ժամկետները սահմանված են Կառավարության 2023 թվականի փետրվարի 23-ի թիվ 245-Ն որոշմամբ: Ի թիվս այլնի՝ տնտեսական և ձեռքի օճառ, լվացքի փոշի, սպասք լվանալու կոլոթեր, ատամի մածուկ և խոզանակ, զուգարանի թուղթ, մեկանգամյա օգտագործման սափրող սարք, նշված որոշմամբ նախատեսված է, որ կանանց տրամադրվում է նաև ամսական 10 կանացի միջադիր: Կանայք մեզ հետ զրույցում քանակի վերաբերյալ դժգոհություններ չեն ներկայացրել, սակայն մտահոգիչ է այն, որ նրանց չեն տրամադրվում սանիտարական սրբիչներ, տամպոններ և արյան հետքերը հեռացնող միջոցներ: Հակաբեղմավորիչներ և հղիության թեստեր նույնպես կանանց չեն տրա-

մադրվում: Դրանք կամ տեսակցության եկած անձինք են բերում, կամ հիմնարկի աշխատակիցներն են իրենց անձնական միջոցներով ձեռք բերում նրանց համար:

Պետք է նշել, որ տաք և սառը ջրին, լոգանքի և լվացվելու հարմարություններին, հիգիենայի պարագաներին անարգել հասանելիություն ասպահովելը պայմանավորված է կանանց կենսաբանական առանձնահատկություններով: Հետևաբար կարծում ենք, որ անհրաժեշտ է դիտարկել տաք ջրի տրամադրման հաճախականությունը, բացառել սառը ջրի մատակարարման հետ կապված խնդիրները, լոգարանները համալրել անհրաժեշտ գույքով և վերանայել անձնական հիգիենայի պարագաների ցանկը՝ դրանք հնարավորինս համապատասխանեցնելով կանանց ներհատուկ կարիքներին:

Պետական օրենսդրությունը թույլատրում է, որ ազատագրված ծնողը երեխային մինչև 3 տարեկանը լրանալը պահի իր մոտ³³: Հիմնարկում ներկայում երեք վերանորոգված խուց է առանձնացվել ինչպես խցային, այնպես էլ կացարանային պայմաններում պահվող այն կանանց համար, որոնք հղի են կամ իրենց մոտ մանկահասակ երեխա ունեն: Մեր կատարած այցի ժամանակ դիտարկել ենք նաև այդ խցերը՝ արձանագրելով, որ դրանք համալրված են երեխայի խնամքի կազմակերպման անհրաժեշտ առաջնային պարագաներով՝ մանկական մահճակալ, անկողնային պարգաներ, քայլակ և այլն: Այդ խցերն ունեն նաև ներկառուցված լոգարան՝ ասպահովված մշտական տաք ջրով: Սակայն մտահոգիչն այն է,

33 Ազատագրված ծնողը կարող է իր մինչև 3 տարեկան երեխային պահել իր մոտ: Երեխայի 3 տարին լրանալուց հետո քրեակատարողական հիմնարկի պետը կարող է այդ ժամկետը երկարաձգել մինչև ծնողի պատժի ժամկետի ավարտը, եթե պատժի ավարտին մնացել է 33 քրեակատարողական նախկին օրենսգրքով՝ 2, իսկ գործող օրենսգրքով՝ 3 տարուց ոչ ավելի ժամանակ: Տե՛ս Քրեակատարողական օրենսգրքը, հոդված 9, <https://www.arlis.am/hy/acts/180958>

որ հիմնարկում հասանելի չեն երեխայի տարիքին համապատասխանող սոցիալ-հոգեբանական ծառայություններ: Չկան մանկական խաղահրապարակ, երեխաների տարիքային զարգացմանը նպաստող ժամանցային կամ այլ բնույթի խաղեր:

Մեկ այլ լուրջ խնդիր է այն, որ հիմնարկում չեն գործում երեխաների համար նախատեսված հատուկ մասնագիտացված ծառայություններ: Եվ ազատագրված մայրերը ստիպված են լինում ամբողջությամբ միայնակ զբաղվել երեխայի խնամքով: Մեր գրույցների ընթացքում կանանցից մեկը պատմել է, որ անգամ լոգանալիս դժվարություններ է ունենում, քանի որ այդ ժամանակ երեխան մենակ է մնում: Մյուսը նշել է, որ հիմնարկի լվացքի մեքենան նախատեսված է միայն կանանց հագուստը լվանալու համար, իսկ երեխաների շորերն ու անկողնային պարագաները մայրերը ձեռքով են լվանում: Քանի որ չորանոցներ չկան, տաք եղանակներին լվացքը չորացնում են դրսում, իսկ ցուրտ եղանակներին՝ խցի ներսում: Սակայն հատկապես ձմռանը շորերը խցում լվանալն ու չորացնելը կարող են հանգեցնել տարբեր հիվանդությունների: Իսկ այն կանանց դեպքում, որոնք երեխա են ունեցել կեսարյան հատումով, դա կարող է առաջացնել տարատեսակ բորբոքումներ և լուրջ բարդություններ:

Ընշտ է, մեր կատարած այցի ընթացքում հիմնարկում հղի կանայք չկային, սակայն գրույցների ընթացքում պարզ դարձավ, որ հղիության ընթացքում կանայք հաճախ ունենում են վախի, անհանգստության և անորոշության զգացողություններ՝ կապված երեխայի խնամքի կազմակերպման հետ: Նման զգացումներ, մեր տեղեկություններով, նկատվում են նույնիսկ այն կանանց շրջանում, որոնք սպասում են իրենց երկրորդ կամ երրորդ երեխային: Դա պայմանավորված է

հիղության փուլերի և դրանց առանձնահատկությունների, երեխայի խնամքի ու տարիքային զարգացման, ինչպես նաև ծնողավարման հմտությունների վերաբերյալ իրազեկվածության պակասով: Այդ ամենը հետագայում էլ ավելի է բարդացնում նրանց հոգեբանական փնձակը և դժվարացնում ծնողական պարտականությունների կատարումը:

Քրեակատարողական հիմնարկում գործում է սոցիալական, հոգեբանական և իրավական աշխատանքների բաժին, որի հիմնական գործառնությունն ազատագրված կանանց հետ համապատասխան մասնագիտական աշխատանքների կատարումն է՝ ինչպես խմբային, այնպես էլ անհատական: Հղի կանանց և երեխա ունեցող մայրերի հետ աշխատանքը նույնպես կարևորվում է բաժնի մասնագետների կողմից: Նրանք ծնողի հետ նախապատրաստական աշխատանքներ են կատարում՝ ուղղված երեխայի խնամքի կազմակերպմանը և դաստիարակությանը: Սակայն մեր կատարած այցի ժամանակ պարզել ենք, որ հղի կանանց և մայրերի համար բաժնի աշխատակիցների կողմից կանոնավոր կերպով խորհրդատվություններ կամ տեղեկատվական հանդիպումներ չեն անցկացվում ծնողավարման հմտությունների, երեխայի խնամքի ու զարգացման և այլ թեմաների շուրջ: Ավելին՝ աշխատակիցները չեն անցնում համապատասխան վերապատրաստումներ, որոնք կարող են զարգացնել նրանց մասնագիտական կարողություններն այդ ուղղությամբ:

Տեղեկատվական և կրթական այդ բացը մասամբ լրացնում են հասարակական կազմակերպությունները³⁴ և ազատագրված անձանց կրթության կազմակերպման համար պատասխա-

34 «Իրավական նախաձեռնությունների կենտրոն» ՀԿ-ն 2024 թվականին կազմակերպել է ծնողավարման թեմայով դասընթաց, որին մասնակցել է ազատությունից զրկված 10 կին: Տե՛ս <https://prisoninitiatives.am/news/31607>

նատու կառույցը՝ «Իրավական կրթության և վերականգնողական ծրագրերի իրականացման կենտրոն» ՊՈԱԿ-ը: Տարիներ առաջ նշված կենտրոնը հիմնարկում կազմակերպել է ծնողական ակումբ, որի ընթացքում մասնակից կանանց տրամադրվել են ձեռնարկներ ծնողավարման հմտությունների վերաբերյալ: Ներկայում կենտրոնը ծնողավարման թեման ներառել է «Ընտանեկան բռնության կանխարգելում և հույզերի կառավարում» դասընթացում, որին ամեն տարի մասնակցում է տասից ավելի կին: Այնուամենայնիվ, անհրաժեշտ է ընդգծել, որ ազատագրված կանանց համար ծնողավարման հմտությունների, երեխայի խնամքի կազմակերպման և հարակից թեմաների շուրջ կանոնավոր խորհրդատվությունների և տեղեկատվական միջոցառումների խնդիրը դեռևս չի լուծվել:

Ազատագրված անձանց, այդ թվում՝ կանանց առողջության պահպանման համար պատասխանատու է Քրեակատարողական բժշկության կենտրոնը, որը քրեակատարողական բոլոր հիմնարկներում ունի ստորաբաժանումներ: «Աբովյան» ԵԿՀ կատարած այցի ժամանակ տեղեկացել ենք, որ բժշկական ստորաբաժանման հաստիքները՝ թերապևտ, հոգեբույժ, ատամնաբույժ, գինեկոլոգ և բուժքույրեր, համալրված են, սակայն առողջապահական որակյալ ծառայությունների մատուցման վրա ազդում են մասնագետների որակավորման, նրանց վարձատրության, ինչպես նաև ծանրաբեռնվածության հետ կապված խնդիրները: Օրինակ՝ հերթափոխի բուժքույրը միաժամանակ սպասարկում է երկու մասնաշենք, ինչը բժշկական ծառայությունը դժվարիասանելի է դարձնում երեկոյան կամ գիշերային ժամերին, քանի որ մասնաշենքից մասնաշենք տեղափոխվելը որոշակի ժամանակ է պահանջում: Բացի այդ՝ ցածր աշխատավարձի պատճառով բուժքույրերը ստիպված են

լինում մի քանի աշխատանք համատեղել, հետևաբար հերթափոխի են գալիս հոգանծ: Չրույցների ընթացքում պարզել ենք, որ վերջին տարիներին կանանց սպասարկող բուժանձնակազմի աշխատավարձերը չեն վերանայվել, այնինչ հիմնարկի աշխատակիցները հավելավճարներ և պարգևավճարներ են ստանում:

Ազատագրված կանանց բժշկական օգնությունը և սպասարկումը կազմակերպելու նպատակով հիմնարկի ստորաբաժանմանը հատկացվել են համապատասխան բժշկական սպասարկման սենյակներ: Ստորաբաժանումն ունի նաև գինեկոլոգիական միջամտության սենյակ: Մեր կատարած այցի ժամանակ արձանագրել ենք, որ նշված սենյակում կան էլեկտրական լուսավորություն՝ բժշկի համար անհրաժեշտ սարքավորմամբ, գինեկոլոգիական պթոռ, պահարան, որտեղ պահվում են հետազոտությունների համար անհրաժեշտ գործիքները: Սակայն գինեկոլոգիական առաջնային զննության անհրաժեշտ գործիքներով և պարագաներով, ինչպիսիք են, օրինակ, հեշտոցային քսուքների հետազոտության կազմակերպման համար անհրաժեշտ առարկայական ապակիները, Ֆոլկմանի գդալը, սենյակն ապահովված չէ:

Պետք է նշել, որ նախքան ազատագրվելը կանայք արդեն իսկ խոցելի են իրենց սեռական և վերարտադրողական առողջության առումով: Նախ՝ նրանց շրջանում բազմաթիվ հիվանդություններ խրոնիկ բնույթ ունեն, քանի որ առողջության խնդիրները ժամանակին չեն կանխվել՝ լիարժեք բուժում չստանալու կամ բուժումը կիսատ թողնելու պատճառով: Դա հիմնականում պայմանավորված է սոցիալապես անապահով վիճակով. կանանց մի զգալի մասը չի ունեցել որակյալ առողջապահական ծառայություններից օգտվելու հնարավորություն, քանի որ

դրանք վճարովի են, իսկ անվճարունակ լինելը խոչընդոտ է բժշկի դիմելու հարցում: Հետևաբար շատերը բժշկական հետազոտություն անցնելու և անհրաժեշտ բուժում ստանալու հնարավորություն ունենում են միայն քրեակատարողական հիմնարկում հայտնվելուց հետո: Բացի այդ՝ կանանց շրջանում բարձր է նախքան ազատագրվելը սեռական շահագործման, բռնության կամ թրաֆիքինգի ենթարկված լինելու հավանականությունը, ինչը կարող է հանգեցնել տարբեր վարակների, բորբոքումների և գինեկոլոգիական հիվանդությունների առաջացման: Այդ խնդիրները չբուժելը կամ դրանց բուժումը դադարեցնելը հետագայում էլ ավելի է վատթարացնում կանանց առողջական վիճակը և խորացնում խոցելիությունը հիմնարկում, որտեղ մասնագիտացված բժշկական ծառայությունները հաճախ սահմանափակ են կամ բացակայում են:

Հաշվի առնելով նշված խոցելիությունները՝ կարևոր է, որ հիմնարկում նրանց համար ապահովվեն կանոնավոր և որակյալ բժշկական հետազոտություններ: Դրանք պետք է ներառեն գինեկոլոգիական ընդհանուր զննում, կրծքագեղձերի հիվանդությունների, այդ թվում՝ քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման հետազոտություն, ՊԱՊ թեստ (արգանդի վզիկի քաղցկեղի կանխարգելման և վաղ ախտորոշման նպատակով), ինչպես նաև սեռավարակների հայտնաբերման լաբորատոր հետազոտություն: Այսպիսի հետազոտությունների հասանելիությունը կնպաստի կանանց առողջության խնդիրների վաղ հայտնաբերմանը և կանխարգելմանը՝ նվազեցնելով նրանց խոցելիությունը և բարելավելով ընդհանուր առողջական վիճակը:

Սակայն մեր կատարած այցելության ընթացքում պարզել ենք, որ կանանց շրջանում հիմնարկ մուտք գործելուց անմիջապես հետո գինեկոլոգի կողմից

կատարվում է միայն արտաքին զննութ-
յուն, օրինակ՝ կրծքագեղձի շոշափում:
Եթե զննության ժամանակ խնդիրներ են
բացահայտվում, անհրաժեշտ հետազո-
տությունները՝ սոնոգրաֆիա, մամոգրա-
ֆիա, համակարգչային տոմոգրաֆիա,
բժշկական ցուցման հիման վրա կա-
տարվում են մասնագիտացված բուժ-
հաստատություններում: ՊԱՊ քսուքի,
հեշտոցի արտադրության և սեռավա-
րակների լաբորատոր հետազոտությու-
նները նույնպես վերը նշված կարգով են
կատարվում: Թերևս դա է պատճառը, որ
ազատագրված կանանց շրջանում որոշ
խնդիրներ ի հայտ են գալիս ոչ թե վաղ,
այլ արդեն բուժման փուլում: Օրինակ՝
կանանցից մեկի կրծքագեղձի քաղցկեղը
հայտնաբերվել էր արդեն զարգացման
չորրորդ փուլում: Հիմնարկի միջամտու-
թյամբ կինն ուղեգրվել է Ֆասարջանի
անվան ուռուցքաբանական կենտրոն,
պետպատվերի շրջանակում կատարվել
են անհրաժեշտ հետազոտությունները
և դեղորայքային բուժումները: Կինն
ի վերջո ազատ է արձակվել, քանի որ
առողջական վիճակը պատժի հետագա
կրման հետ համատեղելի չէր:

Բանն այն է, որ բժշկական ստորաբա-
ժանումն ազատագրված կանանց ստա-
ցիոնար բուժումն իրականացնելու լիցեն-
զիա չունի և պատասխանատու է միայն
նրանց ամբուլատոր բուժման և դիս-
պանսեր հսկողության համար: Կանանց
նեղ մասնագիտական խորհրդատվու-
թյունները և ստացիոնար բուժումը կազ-
մակերպում են Աբովյանի բժշկական
կենտրոնում՝ արտահիվանդանոցա-
յին բժշկական օգնության և սպա-
սարկման շրջանակներում, կամ առող-
ջապահական մարմինների բուժական
հիմնարկներում՝ համապատասխան
ուղեգրերով: Այս համատեքստում մեզ
մտահոգում է այն, որ քաղաքացիական
բժշկական կենտրոններում չեն պահ-
պանվում կանանց անձնական տվյալնե-
րի գաղտնիությունը և բժշկական գաղտ-

նիքը: Կանայք կցագրված են Աբովյանի
բժշկական կենտրոնի տեղամասային
բժիշկ-թերապևտին: Մեկ կաբինետում
միաժամանակ երկու բժիշկ-թերապևտ
է հերթապահում: Մեզ հետ զրույցում կա-
նայք նշել են, որ իրենց ընդունելության
ժամանակ մյուս տեղամասային բժիշկը
ևս բուժառուների ընդունելություն է կա-
տարում: Այսինքն՝ մյուս քաղաքացիների
ընդունելությունը կատարվում է ազա-
տագրված կանանց ընդունելությանը
զուգահեռ, ինչը մտահոգիչ է նաև վեր-
ջիններիս մեկուսացվածության ապա-
հովման տեսանկյունից:

Ճիշտ է, հիմնարկ մուտք գործելիս կա-
նանց շրջանում կատարվում է ՄԻԱՎ-ի,
սիֆիլիսի, Հեպատիտ C-ի ռապիդ թես-
տավորում: Կանանց հասանելի են նաև
ՄԻԱՎ վարակի վերաբերյալ խորհրդա-
տվությունը, հետազոտությունը, անհրա-
ժեշտության դեպքում՝ նաև բուժումը:
Սակայն պարզել ենք, որ ռապիդ թեստա-
վորումներն անցկացվում են հիմնարկ
առաջին մուտքի ժամանակ և ընդուն-
վելուց տևական ժամանակ անց, ինչը
մտահոգիչ է վարակիչ հիվանդություն-
ների արդյունավետ կանխարգելման
տեսանկյունից: Դա բավարար չէ նաև
առողջության հնարավոր խնդիրների
բացահայտման և բուժման մեկնար-
կի համար, քանի որ հետազոտության
անցկացման և անձի՝ հիմնարկ մուտք
գործելու ժամանակահատվածը կարող
են չհամընկնել: Բացի այդ՝ նշված հետա-
զոտության անցկացումը պարտադիր չէ,
ինչը նշանակում է, որ կանայք կարող են
հրաժարվել:

Այս համատեքստում մեզ մտահոգում է
նաև այն, որ կանանց շրջանում առողջ
ապրելակերպի, սեռավարակների կան-
խարգելման և բուժման, ինչպես նաև
առողջ սեռական հարաբերություն-
ների վերաբերյալ իրազեկվածության
բարձրացման դասընթացներ կամ տեղե-
կատվական հանդիպումներ չեն կազմա-

կերպվում: Բացառություն են ՄԻԿՎ-ի, դրա փոխանցման ուղիների և բուժման վերաբերյալ հասարակական կազմակերպությունների կողմից անցկացված դասընթացները, որոնք, սակայն, չունեն պարբերական բնույթ: Թերևս տեղեկատվական այս բացն է հանգեցնում նրան, որ ՄԻԿՎ-դրական կարգավիճակ ունեցող կանանց նկատմամբ խտրական վերաբերմունք է դրսևորվում հիմնարկում: Չրոյցների ընթացքում պարզել ենք, որ եղել են դեպքեր, երբ նրանք առանձին կացարանում են պահվել, չեն օգտվել ընդհանուր լվացքի մեքենայից, իսկ մյուս կանայք խուսափել են նրանց հետ շփվելուց:

Կանայք մեզ հետ զրույցի ընթացքում հստակ չեն պատասխանել այն հարցին, թե որքան հաճախ են դիմում ստորաբաժանման գինեկրոզին: Դա լիովին հասկանալի է՝ հաշվի առնելով այն, որ նրանք փակ հաստատությունում են, որտեղ բնորոշ է խնդիրների լատենտայնությունը: Կանայք հաճախ չեն ցանկանում դժգոհություն հայտնել, որպեսզի խուսափեն հնարավոր վատ վերաբերմունքից: Սակայն անուղղակի հարցերի միջոցով պարզել ենք, որ որոշ կանայք ունեն դաշտանային ցիկլի խանգարումներ: Սակայն մեզ մտահոգում է այն, որ նշված խնդիրների կանոնավոր հաշվառում և հետևողական բուժում չի իրականացվում, ինչը հետագայում կարող է հանգեցնել բարդացումների և ավելի լուրջ վերարտադրողական խնդիրների:

Հղի կանայք, բացի Աբովյանի բժշկական կենտրոնից, կցագրված են նաև Աբովյանի ծննդատանը, որտեղ անցնում են անհրաժեշտ հետազոտությունները, ստանում են խորհրդատվություն և բուժում, իսկ ստորաբաժանման կողմից խորհրդատվություն են ստանում սննդակարգի և հիգիենայի մասին: Չրոյցների ընթացքում պարզել ենք, որ եղել են դեպքեր, երբ հիմնարկում տրամադրված

բուժումը ստանալուց հետո կանայք մայրացել են: Հղիության ընդհատման դեպքեր նույնպես լինում են, բայց պլանային կարգով և այն դեպքում, երբ կինն առողջության խնդիրներ է ունենում: Այս համատեքստում մեզ մտահոգում է մայրերի հետ հիմնարկում պահվող մինչև երեք տարեկան երեխաների բժշկական սպասարկումը, որն անբավարար ենք գնահատում: Ստորաբաժանումը, որը պատասխանատու է միայն ազատագրված կանանց բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման համար, չունի համապատասխան լիցենզիա մանկական բժշկական ծառայություններ մատուցելու համար, ուստի և ապահովված չէ մանկական դեղորայքով կամ մանկաբույժով: Արդյունքում, մանկահասակ երեխաների բժշկական օգնությունը կազմակերպվում է Մայակովսկու առողջության առաջնային պահպանման կենտրոնի կողմից: Մանկաբույժի նշանակած դեղորայքը ևս տրամադրվում է նշված կենտրոնի կողմից: Եթե երեխան գանգատներ է ունենում, դիմում են բուժմասին, բժիշկը հիմնարկի պետին միջնորդագիր է ներկայացնում՝ երեխային քաղաքացիական հիվանդանոց տեղափոխելու համար: Անգամ ջերմություն ունենալու դեպքում շտապ օգնություն է հրավիրվում: Դա իր հերթին հավելյալ ծգծգումների տեղիք է տալիս՝ դժվարացնելով հիվանդությունների վաղ հայտնաբերման և բուժման գործընթացը:

Չրոյցների ընթացքում պարզել ենք, որ ազատագրված կինը ցանկության դեպքում կարող է նաև փոխնակ մայր դառնալ: Թեև այս առումով օրենսդրական արգելքներ կամ սահմանափակումներ չկան, սակայն առկա են մի քանի կարևոր նախապայմաններ: Պայմանագիրը, որը տվյալ դեպքում կնքվում է, երկու կողմ ունի՝ պատվիրատու ծնողներ և փոխնակ մայր: Ազատագրվման վայրում կնոջ առողջության պահպանման համար պատասխանատու է Զրեակատարողա-

կան բժշկության կենտրոնը, որը չի կարող այդ պայմանագրի կողմ լինել: Բացի այդ՝ պայմանագիրը ֆինանսական որոշ հարցեր է ներառում: Պատվիրատու կողմը հոգում է հետազոտությունների և այլ ծախսեր, և եթե հղիությունն ընդհատվում է, փոխնակ մայրը պետք է փոխհատուցի կատարված ծախսերը: Հենց այստեղ է, որ հակասական վիճակ է առաջանում: Զրեակատարողական հիմնարկը փակ հաստատություն է, ինչով պայմանավորված՝ հղիության ընդհատման ռիսկեր կան: Հնարավոր է՝ կինն ունի ինքնավաստում կատարելու հակումներ, ոյրերագրիչ է: Ռիսկերը կարող են կապված լինել նաև հիմնարկի պայմանների, սննդի հետ և այլն: Եթե կինը այդ պայմաններից դժգոհություն ունենա, հավանական է, որ դա կհանգեցնի հղիության ընդհատման: Հետևաբար կարող են վարչական խնդիրներ առաջանալ ոչ միայն զրեակատարողական հիմնարկի, այլև Զրեակատարողական բժշկության կենտրոնի համար:

Պարզել ենք նաև, որ հիմնարկում կրկնակի խոցելի վիճակում են օտարերկրյա քաղաքացիություն ունեցող կանայք: Նրանք լեզվական խոչընդոտների պատճառով չեն կարողանում հաղորդակցվել բուժանձնակազմի հետ, ներկայացնել իրենց խնդիրները և խորհրդատվություն ստանալ: Արդարադատության նախարարության նախաձեռնությամբ 2022 թվականից պետական միջոցների հաշվին զրեակատարողական բոլոր հիմնարկներում 24 ժամ/7 օր աշխատանքային ռեժիմով 32 լեզվով բանավոր և գրավոր թարգմանչական ծառայություններ են տրամադրվում օտարերկրացի ազատագրված անձանց: Սակայն այդ ծառայությունը վերաբերում է միայն զրեակատարողական ծառայության կարիքներին և չի ներառում բժշկական օգնության և սպասարկման ոլորտը:

Վերը թվարկված խնդիրներն առավել

սուր են արտահայտվում հիմնարկից ազատվելուց հետո: Գենդերագայուն սոցիալ-հոգեբանական և առողջապահական ծառայությունների բացակայության պատճառով այս կանայք չեն կարողանում ինտեգրվել հասարակությանը՝ խտրականության ենթարկվելով ինչպես գենդերային հիմքով, այնպես էլ «հանցագործի» կարգավիճակ ունենալու պատճառով: Ազատվելուց հետո առաջանում են նաև բուժման շարունակականության ապահովման և առողջապահական ծառայությունների հասանելիության հետ կապված բազմաթիվ խնդիրներ, քանի որ սոցիալական բեռի և ընտանեկան հոգսերի մեջ առողջությունը մղվում է երկրորդ պլան՝ դարձնելով այն ավելի խոցելի:

Առաջարկներ.

- Վերանորոգման աշխատանքներ կատարելիս ապահովել զրեակատարողական հիմնարկում խոնավության վերացումը, օդափոխության համակարգի տեղադրումը, մանկահասակ երեխաների և հաշմանդանություն ունեցող անձանց տեղաշարժման համար անհրաժեշտ պայմանների ստեղծումը, ինչպես նաև դիտարկել անչափահաս աղջիկների, հղի և իրենց մոտ մինչև երեք տարեկան երեխաներ ունեցող կանանց հատուկ կարիքները՝ մասնակնգույցները և լոգարանները մատչելի դարձնելով նրանց համար:
- Մեկուսարանի մասնաշենքում խցերը ապահովել տաք ջրով: Ավելացնել տաք ջրի տրամադրման հաճախականությունը, բացառել սառը ջրի մատակարարմանն առնչվող խնդիրները և լոգարանները համարել անհրաժեշտ գույքով:
- Վերանայել ազատագրված կանանց և մայրերի հետ զրեակատարողական հիմնարկում պահվող մինչև 3 տարեկան երեխաներին

տրամադրվող անձնական հիգիենայի պարագաների ցանկը՝ դրանք հնարավորինս համապատասխանեցնելով նրանց հատուկ կարիքներին:

- Մայրերի հետ քրեակատարողական հիմնարկում պահվող մինչև 3 տարեկան երեխաների տարիքային առանձնահատկություններին և զարգացմանը համապատասխանող միջավայր ձևավորել՝ նախատեսելով մանկական խաղահրապարակ, երեխաների տարիքային զարգացմանը նպաստող ժամանցային կամ այլ բնույթի խաղեր:
- Դիտարկել մայրերի հետ քրեակատարողական հիմնարկում պահվող մինչև 3 տարեկան երեխաների կարիքներին և տարիքային զարգացմանը համահունչ սոցիալ-հոգեբանական և խնամքի ծառայություններ ներդնելու հարցը:
- Մայրերի հետ հիմնարկում պահվող մինչև 3 տարեկան երեխաների անձնական հագուստը և անկողնային պարագաները լվացքի մեքենայով լվանալու պայմաններ ստեղծել: Դիտարկել լվացքի մեքենաների քանակի ավելացման և էլեկտրական չորանոցներ տեղադրելու հարցը:
- Դիտարկել մեկուսարանի մասնաշենքում զբոսախցերի ավելացման հարցը, բարեկարգել առկա զբոսաբակերը, ապահովել բավարար սանիտարահիգիենիկ պայմաններ, համալրել ֆիզիկական վարժություններով կամ սպորտով զբաղվելու հարմարանքներով: Ինչպես նաև նախատեսել բավարար ծածկեր՝ զբոսանքի դուրս ելած կանանց եղանակային վատ պայմաններից պաշտպանելու համար:
- Ազատագրված կանանց հետ առողջության պահպանման թեմաներով իրազեկման աշխատանքներ կատարել՝ այդ նպատակով համագործակցելով առողջապահական կազ-

մակերպությունների հետ: Նրանց շրջանում բարձրացնել առողջ ապրելակերպի մասին իրազեկվածությունը՝ շեշտը դնելով այնպիսի թեմաների վրա, ինչպիսիք են հուզական բարեկեցությունը, մարմնի դրական ընկալումը: Ազատագրված կանանց շրջանում ընդլայնել գրագետ ծնողավարման հմտություններին ուղղված աշխատանքը՝ շեշտադրելով հետևյալ թեմաների շուրջ գիտելիքի տարածումը՝ ծնողավարման ձևեր, դաստիարակության ոճեր, դրանցից յուրաքանչյուրի ազդեցությունը և հետևանքները, երեխաների տարիքային ճգնաժամերը և դրանց հաղթահարման մեխանիզմները, մանկական տրավմաները և դրանց հետևանքները, երեխա-ծնող հուզական կապի ստեղծումը և ամրապնդումը, ծնողական սիրո, ջերմության, հոգատարության և խնամքի կարևորությունը, երեխաների կարիքները և սոցիալ-հոգեբանական պահանջմունքները, երեխաների իրավունքները, բռնության տեսակները, հետևանքները և կանխարգելման եղանակները:

- Կանանց ազատագրվման նկատմամբ գեղեցիկագայուն մոտեցումների վերաբերյալ դասընթացներ կազմակերպել «Աբուլյան» ԶԿԳ-ի ամբողջ անձնակազմի համար՝ ներառելով հետևյալ թեմաները՝ մինչև երեք տարեկան երեխաների սոցիալ-հոգեբանական և նրանց խնամքի կազմակերպման առանձնահատկությունները, ծնողավարման վերաբերյալ իրազեկվածության բարձրացումը և այդ թեմաներով կանանց խորհրդատվություն և աջակցություն ցուցաբերելու հմտությունների ձևավորումը, կանանց առանձնահատկությունների վերաբերյալ իրազեկվածության բարձրացումը, հիդրության փուլերի և հետծննդաբերական ժամանակահատվածում

կանանց հոգեբանական առանձնահատկությունների վերաբերյալ իրազեկվածության բարձրացումը:

- Դիտարկել «Քրեակատարողական բժշկության կենտրոն» ՊՈԱԿ-ի «Աբովյան» ԶԿՀ-ի ստորաբաժանման բուժքույրերի հաստիքների ավելացման հարցն այնպես, որ հնարավոր լինի բոլոր մասնաշենքերում զուգահեռ հերթապահություն ապահովել:
- «Աբովյան» ԶԿՀ-ում զինեկոլոգիական զննության անցկացման համար անհրաժեշտ պայմաններ ստեղծել՝ սենյակը համալրելով համապատասխան բժշկական պարագաներով:
- Ազատագրված կանանց շրջանում քրեակատարողական հիմնարկ առաջնային մուտքի ժամանակ հասանելի դարձնել հետևյալ ծառայությունների հասանելիությունը՝ անկախ բժշկական ցուցումից՝ զինեկոլոգիական ընդհանուր զննում, կրծքագեղձերի հիվանդությունների, այդ թվում՝ քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման հետազոտություն, ՊԱՊ թեստ (արգանդի վզիկի քաղցկեղի կանխարգելման և վաղ ախտորոշման նպատակով), ինչպես նաև սեռավարակների հայտնաբերման լաբորատոր հետազոտություն:
- Ազատագրված կանանց բժշկական օգնությունը և սպասարկումը քաղաքացիական բժշկական կենտրոններում կազմակերպելիս ապահովել նրանց անձնական տվյալների գաղտնիությունը և բժշկական գաղտնիքը:
- Դիտարկել ազատագրված անձանց շրջանում ՄԻԱԿ-ի, սիֆիլիսի և Յեպատիտ C-ի ռապիդ թեստավորումները քրեակատարողական հիմնարկ յուրաքանչյուր մուտքի ժամանակ անցկացնելու հարցը՝ յուրաքանչյուրի համար պահպանելով 6-ամսյա ժամկետը:
- Ապահովել ազատագրված կա-

նանց, իրենց մայրերի հետ հիմնարկում պահվող մանկահասակ երեխաների առողջապահական ծառայությունների տրամադրման, բուժման անընդհատությունը:

- Ընդլայնել ազատագրված օտարերկրացի անձանց տրամադրվող թարգմանչական ծառայությունների շրջանակը՝ ներառելով բժշկական օգնության և սպասարկման ոլորտը:
- Ազատագրված կանանց բժշկական սպասարկման և օգնության կազմակերպման առանձնահատկությունների վերաբերյալ վերապատրաստման դասընթացներ կազմակերպել «Քրեակատարողական բժշկության կենտրոն» ՊՈԱԿ-ի «Աբովյան» ԶԿՀ-ի ստորաբաժանման համար:

Version 2.5

ԸՆՏԱՆԵԿԱՆ ԵՎ ՍԵ-
ՌԱԿԱՆ ԲՈՆՈՒԹՅԱՆ
ԵՆԹԱՐԿՎԱԾ
ԿԱՆԱՆՑ ՀԱՍԱՆԵ-
ԼԻՈՒԹ-ՅՈՒՆԸ ԱԲՈՐ-
ՏԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆ-
ՆԵՐԻՆ. ՄԻՋԱԶԳԱ-
ՅԻՆ ՉԱՓՈՐՈՇԻՉՆԵ-
ՐԸ ԵՎ ՀԱՅԱՍՏԱՆ-
ՅԱՆ ԻՐԱԿԱՆՈՒԹ-
ՅՈՒՆԸ



Ընտանեկան և սեռական բռնության ենթարկված կանանց հասանելիությունն աբորտի ծառայություններին վերարտադրողական առողջության և իրավունքի կարևոր երաշխիք է: Չպլանավորված կամ հարկադիր հղիությունը բռնության անմիջական հետևանք է: Նման դեպքերում անվտանգ և օրինական աբորտի հասանելիությունը կենսական նշանակության բժշկական ծառայություն է: Բռնաբարության կամ զուգընկերային բռնության հետևանքով հարկադիր հղիությունն ու ծննդաբերությունը խորացնում են կնոջ տրավման, վտանգում առողջությունը և զրկում բռնության ենթարկվածներին իրենց մարմնի նկատմամբ ինքնավարությունից: Մինչդեռ, երբ բռնության ենթարկված կինը հնարավորություն է ունենում ինքնուրույն որոշելու՝ շարունակել հղիությունը, թե ոչ, դա դառնում է կարևոր քայլ սեփական մարմնի նկատմամբ վերահսկողությունը վերականգնելու համար:

Պետություններն ունեն պարտավորություն՝ ապահովելու, որ գենդերային բռնությունից տուժածները կարողանան անվտանգ և օրինական ճանապարհով ընդհատել հղիությունը, ընդ որում այդ որոշումը կանայք պետք է կայացնեն ինքնուրույն, գերծ ճնշումներից և կողմնակալ միջամտություններից:

Բռնություն, վերարտադրողական հարկադրանք և չպլանավորված հղիություն

Գենդերային բռնությունն ու վերարտադրողական ինքնավարությունը սերտորեն փոխկապակցված են: Ընտանեկան բռնության մեջ բռնարար զուգընկերները հաճախ կիրառում են վերարտադրողական հարկադրանքի միջոցներ, որոնք զրկում են կանանց իրենց վերարտադրողական ընտրությունների նկատմամբ վերահսկողությունից՝ հարաբերություններում ուժն ու իշխանությունը պահպա-

նելու համար³⁵: Սրա օրինակներից է, երբ տղամարդ զուգընկերը հրաժարվում է սեռական հարաբերությունների ժամանակ պահպանակ օգտագործելուց: Հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ ընտանեկան բռնության շրջանակում բռնության դրսևորումները և հղիությունը փոխկապակցված են. չպլանավորված հղիությունները կարող են բարձրացնել բռնության վտանգը, իսկ բռնությունն իր հերթին մեծացնում է չպլանավորված հղիության հավանականությունը³⁶:

«...Ընտանեկան բռնության դեպքերով, իմ պրակտիկայից կարող եմ արձանագրել, որ շատ կանանց դեպքում, բռնության դրսևորումները ուժեղանում և հաճախակիանում են կնոջ հղիության ժամանակ: Թվում է, որ այս շրջանում, ընդհակառակը, բռնությունը պետք է նվազի, բայց՝ ոչ: Նաև կարևոր մեկ այլ օրինաչափություն. բռնության ցիկլի մեջ գտնվող կանանց համար երկրորդ և հաջորդ հղիությունը հաճախ չպլանավորված է, նման դեպքերում կամ կինը բռնարարից գաղտնի ընդհատել է այն, կամ էլ վախեցել է ընդհատել հղիությունը և ծննդաբերել: Բոլոր դեպքերում հղիությունը ցանկալի չի եղել»:

Ընտանեկան բռնության ենթարկված անձանց հետ աշխատող մասնագետ

Ընտանեկան և սեռական բռնության ենթարկված կանանց համար հղիությունը շարունակելը առողջական և հոգեբանական լուրջ հետևանքներ կարող է ունենալ: Ինքնին հղիությունը կարող է առողջության համար վտանգներ առաջացնել, որոնք բռնության պայմաններում ավելի են սրվում: Օրինակ՝ ԱՄՆ-ում սպանությունը հղի կանանց մահվան գլխավոր պատճառներից է, որ հաճախ կատարվում է զուգընկերների կողմից³⁷: Հայաս-

35 ՏԷՍ <https://sanctuaryforfamilies.org/abortion-domestic-violence/>
36 ՏԷՍ <https://sanctuaryforfamilies.org/abortion-domestic-violence/>
37 ՏԷՍ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/>

տանում նման վիճակագրությունն հասանելի չէ, սակայն մեր երկրում էլ կնասպանության դեպքերում եղել են հղի կանանց սպանության դեպքեր զուգընկերների կողմից: Սա վկայում է, որ բռնարար հարաբերություններում հղիությունը կարող է մահացու վտանգ առաջացնել կնոջ համար: Բռնության հետևանքով հղիացած կանայք 37%-ով ավելի բարձր ռիսկ ունեն գինեկոլոգիական բարդություններ ունենալու, քան հղի մյուս կանայք³⁸: Սա պայմանավորված է մի շարք գործոններով՝ բռնության հետևանքով ֆիզիկական վնասվածքները, սթրեսով պայմանավորված առողջության խնդիրները և ուշացած նախաձեռնության խնամքը (քանի որ բռնարարները հաճախ վերահսկում են կնոջ՝ առողջապահական ծառայություններին հասանելիությունը):

Հոգեկան առողջության հետևանքները նույնքան ծանր են: Բռնաբարության կամ զուգընկերոջ կողմից բռնության ենթարկված և արբորտի ծառայություններ չստացած կանայք հաճախ ունենում են հոգեբանական տառապանք՝ ներառյալ հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման (PTSD) սրացած ախտանշաններ: Մինչդեռ արբորտի ծառայությունների հասանելիությունը կարող է մեղմել այս վնասները. այն թույլ է տալիս կանանց խուսափել բռնության ակտի հետևանքով ծննդաբերության տրավմայից և կենտրոնանալ բուժման ու վերականգնման վրա:

Մարդու իրավունքների եվրոպական դատարանը ճանաչել է, որ սեռական բռնությունից տուժած կնոջը հարկադրաբար ծննդաբերել ստիպելը կարող է համարվել դաժան, անմարդկային կամ նվաստացու-

ցիչ վերաբերմունք՝ հաշվի առնելով այն ուժեղ հոգեբանական ցավը, որ դա կարող է պատճառել վերջինիս³⁹: Եվրոպական դատարանը բավիցս կշել է, որ այն երկրներում, որտեղ արբորտն օրինական է (կամ անհրաժեշտ է առողջական կամ սոցիալական պատճառներով), պետությանը պարտավոր է անպահովել դրա արդյունավետ և ժամանակին մատչելիությունը և խուսափել կանանց համար կամայական խոչընդոտներ ստեղծելուց: Դատարանը հաստատել է կնոջ մարմնի ինքնավարության իրավունքը՝ ընդգծելով, որ դա վերաբերում է ինչպես հարկադիր բժշկական միջամտություններին, այնպես էլ անհրաժեշտ առողջապահական ծառայություններ ստանալու իրավունքին⁴⁰:

Ընտանեկան և սեռական բռնության ենթարկված անձանց հասանելիությունը արբորտի ծառայություններին Հայաստանում⁴¹

Համաձայն «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» օրենքի 10-րդ հոդվածի⁴²՝ արբորտը օրինական է կնոջ պահանջով հղիության առաջին 12 շաբաթվա ընթացքում: Սա նշանակում է, որ յուրաքանչյուր կին կարող է առաջին եռամսյակում դիմել արբորտի՝ առանց իր որոշումը հիմնավորելու:

12 շաբաթից հետո օրենսդրությունը թույլ է տալիս արբորտ իրականացնել մինչև հղիության 22-րդ շաբաթը՝ բժշկական և սոցիալական ցուցումների դեպքում: 12–22 շաբաթվա ընթացքում թույլատրելի հիմքերի ցանկը սահմանված է ՀՀ

PMC8020563/#:~:text=Summary%20of%20pregnancy%2Dasssociated%20deaths,States%20than%20in%20other%20countries.&text=The%20review%20concluded%20that%20one,-pregnancy%2Dassociated%20deaths%20from%20homicide.&text=These%20services%20are%20part%20of,American%20College%20of%20Nurse%2DMidwives.
38 Տե՛ս <https://sanctuaryforfamilies.org/abortion-domestic-violence/>

39 Տե՛ս P. and S. v. Poland (European Court of Human Rights) - Center for Reproductive Rights
40 Տե՛ս նույն տեղում:
41 Չեկոյցի այս հատվածը մշակելու համար իրականացվել են փորձագիտական հարցազրույցներ ընտանեկան և սեռական բռնության ենթարկված անձանց ծառայություններ մատուցող կազմակերպությունների երկու ներկայացուցիչների, մակաբարձ-գինեկոլոգի և իրավաբանի հետ:
42 Տե՛ս <https://www.artis.am/hy/acts/195987>

կառավարության 2017 թվականի N 180-Ն որոշմամբ, որն ամրագրում է «Հղիության արհեստական ընդհատման կարգը և պայմանները»⁴³: Բռնաբարությունը նշվում է սոցիալական ցուցումների շարքում:

«Անչափահասների դեպքում մենք տեսնում ենք խնդիր. անցանկալի հղիությունները բռնաբարության արդյունքում բացահայտվում են հիմնականում 24-25 շաբաթականում, երբ երեխայի որովայնը մեծանում է, սկսում է ցավել, և ծնողը կամ դպրոցը ահազանգում է դրա մասին տեղամասային բժշկին, և այդպես բացահայտվում է հղիությունը, հետո՝ բռնաբարությունը: Նման դեպքերում օրենքը արդեն թույլ չի տալիս ընդհատել հղիությունը, և ստացվում է՝ 13 տարեկան երեխան սեփական եղբորից կամ հորից (պարզաբանում՝ անչափահասների դեպքերում օրինաչափություն է մոտ ազգականի կողմից սեռական բռնության ենթարկվելը) ունենում է երեխա: Սա բավական խնդրային է, և կարևոր է, որ անչափահասների բռնաբարության դեպքում աբորտի ժամկետները վերանայվեն»:

Սեռական բռնության ենթարկված անձանց ծառայություններ մատուցող կազմակերպության ներկայացուցիչ

Անչափահասների դեպքում նկատելի է այսպիսի օրինաչափություն, որ հղիության ընդհատման ժամկետը փաստացի ազդում է ծառայությունների հասանելիության վրա: Օրինակ՝ Միացյալ Թագավորությունում աբորտի թույլատրելի շեմը հղիության 24 շաբաթն է⁴⁴:

Այսպիսով՝ Հայաստանում բռնաբարության հետևանքով հղիությունը ճանաչվում է որպես աբորտի օրինական հիմք մինչև հղիության 22 շաբաթը: Աբորտի ծառայություններն այս դեպքում անվճար են:

Կառավարության որոշման համաձայն, սակայն, կնոջ նշումն այն մասին, որ հղիությունը բռնաբարության հետևանք է, բավարար չէ: Հղիության արհեստական ընդհատումն այս դեպքում պետք է իրականացվի հանձնաժողովի որոշման հիման վրա, և պետք է ներկայացվի դատաբժշկական փորձաքննության օրինակը:

Թեև այս պայմանը կարող է դիտվել որպես «խելամիտ» միջոց՝ կանխարգելելու աբորտի դեպքերը, որոնք սոցիալական ցուցումների շարքին չեն դասվում, իրականում այն լուրջ խոչընդոտ է առողջապահական ծառայությունների մատչելիության տեսանկյունից և խաթարում է բռնության ենթարկված կանանց իրավունքներն ու արժանապատվությունը: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը (ԱՀԿ) իր «Ապահով աբորտ. տեխնիկական և քաղաքական ուղեցույց առողջապահական համակարգերի համար»⁴⁵ փաստաթղթում հստակ նշել է, որ կանայք չպետք է պարտադրված լինեն՝ ապացուցելու բռնաբարությունը կամ ինքեստղ դատական կամ իրավական ընթացակարգերով՝ աբորտի ծառայություններից օգտվելու համար: ԱՀԿ-ի դիրքորոշմամբ՝ հասանելիությունը պետք է պայմանավորված չլինի ուստիկանության արձանագրություններով, դատարանի որոշումներով կամ դատաբժշկական ապացույցներով: Այսպիսի ապացուցողական պահանջները ստեղծում են ձգձգումներ, որոնք կարող են կնոջը խոչընդոտել օրենքով սահմանված ժամկետում օգտվել իրավունքից:

Հայաստանյան իրականությունն անտեսում է այն, որ սեռական բռնության բազմաթիվ դեպքեր, հատկապես ամուսնական բռնաբարությունները կամ ոչ համաձայնեցված սեռական հարաբերությունը կամ անգիտակից պայմաններում կատարված բռնաբարությունը, տեսա-

43 St՝u <https://www.arlis.am/hy/acts/204115>

44 St՝u https://www.msichoice.org.uk/abortion/considering-an-abortion/abortion-and-your-rights/?utm_source=chatgpt.com

45 St՝u <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349316/9789240039483-eng.pdf>

նելի վնասվածքներ կամ դատաբժշկական փորձաքննության կողմից արձանագրվող փաստեր չեն ունենում: Կինը կարող է հարկադրված լինել սեռական հարաբերության առանց բացահայտ ֆիզիկական բռնության, ինչն անհնար է դարձնում օրենքով պահանջվող բժշկական ապացույց ստանալը: Դատաբժշկական ապացույցի պարտադրանքով Հայաստանի կառավարությունը փաստացի բացառում է այս կանանց աբորտի իրավունքից օգտվելու հնարավորությունը, թեև նրանք նույնպես բռնության զոհ են: Այս պահանջը կարող է հանգեցնել անապահով պայմաններում իրականացվող աբորտների, երբ կինը, օրինակ, չցանկանալով դիմել իրավապահ մարմիններին, տնային պայմաններում իրականացնում է անցանկալի հղիության ընդհատում:

«Մեր հիվանդանոցում արձանագրվել էր նման մի դեպք, պացիենտը 14 շաբաթական հղի էր, նշում էր, որ սեռական բռնության է ենթարկվել, սակայն չի դիմել իրավապահ մարմիններին: Մենք մերժեցինք մատուցել ծառայություններ այդ կնոջը՝ նշելով, որ անհրաժեշտ է իրավապահ մարմիններից հավաստող գրություն: Տեղյակ չեմ՝ հետո ինչ եղավ կնոջ հետ»:

Սանկաբարձ-գինեկոլոգ

Խնդրային է նաև այն դրույթը, որ մինչև 16 տարեկան անձի աբորտը կարող է իրականացվել միայն նրա օրինական ներկայացուցչի, իսկ վերջինիս բացակայության դեպքում՝ նրա լիազորած կոնտակտային անձի գրավոր համաձայնությամբ: Կան բազմաթիվ դեպքեր, երբ բռնարարն անչափահասի հայրն է, խորթ հայրը, եղբայրը, և այս դեպքում հնարավոր է ճնշում անչափահասի մոր վրա՝ համաձայնություն տալու համար, որն էլ կարող է նպաստել ոչ հիվանդանոցային պայմաններում աբորտ իրականացնելուն⁴⁶:

46 Հարցազույց սեռական բռնության ենթարկված անձանց ծառայություններ մատուցող կազմակերպության ներկա-

Եվրոպական փորձն առաջարկում է ավելի վերապրածակնետրոն լուծումներ: Միացյալ Թագավորությունում աբորտը հասանելի է մինչև 24 շաբաթը՝ առողջական լայն հիմքերով, իսկ բռնաբարության հետևանքով հղիությունները դիտարկվում են այս շրջանակում, քանի որ դրանց պահպանումը լուրջ վտանգ է կնոջ հոգեկան առողջության համար: Կանանց չեն պարտադրում ներկայացնել դատաբժշկական կամ ոստիկանության կողմից ապացույց: Այս մոտեցումը կանխարգելում է ավելորդ ձգձգումները և պաշտպանում է կնոջ արժանապատվությունը:

Հայաստանի ներկայիս քաղաքականությունն իրավունքը դարձնում է անիրագործելի՝ դրան կցելով պայմաններ, որոնք դուրս են թողնում սեռական բռնության ենթարկված անչափահասների և կանանց մի խումբ: Բռնաբարության դեպքերում աբորտը պետք է ընկալվի նախևառաջ որպես առողջապահական անհրաժեշտություն և արժանապատվության հարց, ոչ թե արտոնություն, որը տրվում է միայն այն կանանց, որոնք կարողանում են անցնել իրավական համակարգի միջով: Կստահելով տուժածներին և վերացնելով ավելորդ ապացուցողական պահանջները՝ Հայաստանը կարող է պաշտպանել կանանց առողջությունը, համապատասխանեցնել իրավական դաշտը և պրակտիկան միջազգային չափանիշերին:

Առաջարկներ.

- Փոփոխություններ և լրացումներ կատարել **«Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքում և ՀՀ կառավարության 2017 թվականին N 180-Ն որոշման մեջ, մասնավորապես՝ նախատեսել անչափահասների բռնաբարության դեպքերը որպես**

սոցիալական առանձին ցուցման տեսակ, ինչպես նաև նախատեսել հղիության ընդհատման հնարավորություն մինչև հղիության 24 շաբաթը: Վերացնել մինչև 16 տարեկան անձի բռնաբարության դեպքերում աբորտի ծառայություն մատուցելու համար նրա օրինական ներկայացուցիչ կամ լիազորած կոնտակտային անձից գրավոր համաձայնություն ստանալու պահանջը:

- **Վերացնել դատաբժշկական փորձաքննության պահանջը ՀՀ կառավարության 2017 թվականի N 180-Ն որոշումից.** աբորտի հասանելիությունը բռնաբարության դեպքերում պետք է պայմանավորված չլինի ոստիկանության կամ դատաբժշկական փորձաքննության հաստատմամբ միայն:
- **Ուսումնասիրել և ներդնել վերապրածակենտրոն մոտեցում սեռական բռնության ենթարկված անձանց աբորտի ծառայություններ մատուցելիս.** ուսումնասիրել և ներդնել լավագույն փորձը՝ երաշխավորելով, որ կանանց վկայությանը վստահում են, իսկ բժշկական անձնակազմը տրամադրում է աջակցություն:

ՀԱՇՎԱՆՂԱՄՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ ԿԱՆԱՆՑ և ԱՂՋԻԿՆԵՐԻ ՎԵՐԱՐՏԱԴՐՈՂԱԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ և ԱՐՈՐՏԻ ԻՐԱՎՈՒՆԵՔԻ ԻՐԱՑՈՒՄԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ

Մեթոդաբանություն

Ուսումնասիրությունն իրականացվել է որակական մեթոդաբանությամբ՝ համադրելով փաստաթղթերի վերլուծությունը և առաջնային տվյալների հավաքումը:

- Վերլուծվել են ՀՀ օրենսդրությունը («Բնակչության վերարտադրողական առողջության և իրավունքների մասին» օրենքը, առողջապահական ծրագրեր և ռազմավարություններ), ինչպես նաև միջազգային փաստաթղթեր՝ ներառյալ ՄԱԿ-ի «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին» կոնվենցիան (CRPD) և «Կանանց նկատմամբ խտրականության վերացման մասին» կոնվենցիան (CEDAW):
- Իրականացվել են **երկու ֆոկուսխմբային քննարկումներ**, որոնցում ներգրավվել են **21 տարբեր խմբերի հաշմանդամություն ունեցող կանայք և աղջիկներ**՝ ներառյալ ֆիզիկական, մտավոր, տեսողության, լսողության, հոգեւոցիալական խնդիրներ ունեցող կանայք:
- Բացի այդ՝ անցկացվել են **8 անհատական խորացված հարցազրույցներ**՝ հնարավորություն տալով մասնակիցներին ներկայացնելու իրենց անձնական փորձառությունները և ընդգծելու համակարգային խնդիրները:
- Տվյալները վերլուծվել են մարդու

իրավունքների տեսանկյունից՝
ընդգծելով իրավական համաչա-
փությունը, ծառայությունների հա-
սանելիությունը, սոցիալական խա-
րանն ու խտրականությունը:

Այս մեթոդը թույլ է տվել ոչ միայն փաս-
տաթղթային մակարդակում հասկանալ
իրավական բացերը, այլև բացահայ-
տել իրական պատմություններն ու ապ-
րումները, որոնք հաճախ անտեսված
են պետական քաղաքականություննե-
րի և առողջապահական համակարգի
կողմից:

Հապելված 2

ՅԵՏԱԶՈՏԱԿԱՆ ՄԱՍԻ ՆՊԱ- ՏԱԿՆԵՐԸ

Ուսումնասիրել.

- LFS+ կանանց շրջանում վերարտադրողական առողջության ծառայությունների հասանելիության, մատչելիության, ընդունելիության և որակի մակարդակը,
- LFS+ կանանց փորձառությունները՝ կապված գինեկոլոգիական ծառայությունների ստացման հետ՝ ներառյալ տեղեկատվության ապահովումը, վերաբերմունքը և խտրականության դրսևորումները:

Յետազոտական հարցերի շրջանակը.

1. Ապահովվո՞ւմ են արդյոք ծառայությունների մատուցման ընթացքում մեկուսիության և գաղտնիության իրավունքները:
2. Բախվո՞ւմ են արդյոք նշված խմբերի կանայք խտրականության, խարանի, անտեղյակության կամ անհարգալից վերաբերմունքի գինեկոլոգիական ծառայություններ ստանալիս՝ պայմանավորված իրենց կարգավիճակով:
3. Որո՞նք են առաջնահերթ փոփոխությունների կարիք ունեցող ոլորտները՝ օրենսդրական և քաղաքականության մակարդակներում՝ վերարտադրողական առողջության ծառայությունների իրավահենք մատուցումն ապահովելու համար:

Հետազոտական մեթոդները

Հետազոտությունն իրականացվելու է որակական մեթոդաբանությամբ՝ ներառելով ինչպես փաստաթղթերի վերլուծություն, այնպես էլ առաջնային տվյալների հավաքում, մասնավորապես՝

1. Փաստաթղթային վերլուծություն և գրականության ուսումնասիրություն

- Առկա գեկոյցների, հետազոտությունների ուսումնասիրություն:

2. Առաջնային տվյալների հավաքում

- Առցանց կամ դեմ առ դեմ հարցում խմբերի ներկայացուցիչների հետ:
- Փորձագիտական հարցազրույցներ աջակցող մասնագետների, մասնավորապես սոցիալական աշխատողների և հավասարը հավասարին խորհրդատուների հետ, որոնք ուղեկցում են կանանց կամ աջակցում առողջապահական ծառայություններից օգտվելիս:

Առցանց հարցման հարցադրումներ LFS+ կանանց համար

Անուն, ազգանուն/ախրընտրելի անուն. կարող եք նշել ըստ ցանկության

1. Տարիք

2. Ձեր բնակության վայրը

Երևան/Արագածոտնի մարզ/Արարատի մարզ/Արմավիրի մարզ/Գեղարքունիքի մարզ/Կոտայքի մարզ/Լոռու մարզ/Շիրակի մարզ/Սյունիքի մարզ/Տավուշի մարզ/Վայոց ձորի մարզ/Այլ

3. Ինչպե՞ս եք նույնականանում

Լեւրի/Բիսեքսուալ կին/Տրանս/Ոչ բի-սար/Այլ ինքնություն /նշել/

4. Վերջին հինգ տարիների ընթացքում սեռական և վերարտադրողական առողջության հարցերով մասնագիտական ո՞ր ծառայությունից եք օգտվել: Ո՞ր մասնագետին դիմելու փորձ ունեք:

- Գինեկոլոգ
- Ուրոլոգ
- Մաշկաբան
- Էնդոկրինոլոգ
- Այլ մասնագետ (նշել)

5. Որտե՞ղ եք հիմնականում ստացել սեռական և վերարտադրողական առողջության ծառայությունները:

- Պոլիկլինիկայում, որտեղ գրանցված եմ:
- ՀՀ-ի բժշկական հաստատությունում, որտեղ առկա է ծառայությունը:
- Առցանց եմ դիմում խորհրդատվության մասնագետին:

6. Ինչպե՞ս եք ընտրել համապատասխան մասնագետին:

- Իմ տարածքային պոլիկլինիկայի մասնագետի մոտ եմ գնացել:
- Այցելել եմ ՀՀ բժշկական հաստատության որևէ մասնագետի՝ առանց մասնագետի զգայունությունը ճշտելու:
- Կատարել եմ զգայուն և ոչ հոմոֆոբ/տրանսֆոբ լինելու վերաբերյալ ճշտումներ և վերցրել եմ մասնագետի տվյալներ ծանոթ մարդկանցից:
- Այո՞, ստացել եմ զգայուն և ոչ հոմոֆոբ/տրանսֆոբ մասնագետի մոտ ուղղորդում որևէ կազմակերպությունից:
- Այլ:

7. Սեռական և վերարտադրողական առողջությանը վերաբերելի ի՞նչ հարցերով եք դիմել մասնագետին:

- Ընթացիկ բժշկական զննություն և խորհրդատվություն:

- Կանխարգելիչ բժշկական խորհրդատվություն և/կամ հետազոտություն:
 - Սեռական և վերարտադրողական ոլորտի առողջության խնդիրներ և/կամ ախտանշաններ (սեռավարակների հետազոտություն, ցավեր, արտադրություն, դաշտանային ցիկլի վերաբերյալ հարցեր և այլն):
 - Սեռի փոփոխության հարցերով խորհրդատվություն և բժշկական միջամտություն:
 - Այլ (ևշել):
- 8. Արդյոք ծառայությունները ֆինանսապես հասանելի եղե՞լ են Ձեզ համար:**
- Այո՛, օգտվել եմ տարածքային պոլիկլինիկայից անվճար հիմունքներով:
 - Այո՛, դիմել եմ վճարովի այլ բժշկական հաստատություն բժշկական ապահովագրության շրջանակում:
 - Այո՛, դիմել եմ վճարովի այլ բժշկական հաստատություն և գումարի խնդիր չունեմ:
 - Ոչ այնքան, դիմել եմ վճարովի և այլ բժշկական հաստատություն, գումարը թեև դժվարացել եմ, սակայն ստիպված եմ եղել տրամադրել:
 - Ոչ, դիմել եմ, սակայն այնուհետև կիսատ եմ թողել ֆինանսական պատճառներով:
 - Այլ (ևշել):
- 9. Ծառայություն ստանալիս Ձեզ տրամադրե՞լ են բավարար և հասկանալի տեղեկություն Ձեր առողջության վերաբերյալ:**
- Այո՛:
 - Ոչ:
- 10. Արդյո՞ք սենյակում մենակ եք եղել բժշկի հետ:**
- Այո՛:
 - Ոչ:
- 11. Ի՞նչ եք կարծում, ծառայություններ ստանալիս ապահովվե՞լ են Ձեր անձնական տվյալների գաղտնիությունը և բժշկական գաղտնիությունը:**
- Այո՛:

- Ոչ:
- 12. Ի՞նչ եք կարծում, մասնագետը եղե՞լ է զգայուն ու տեղեկացված LFS+ կանանց հարցերով,**
- տիրապետե՞լ է անհրաժեշտ տեղեկությանը LFS+ կանանց առանձնահատկությունների վերաբերյալ (Նույնատեղ հարաբերություններ և սեռական ակտ, տրանս անձանց առողջության հարցեր և այլն):
 - Այո՛:
 - Ոչ:
 - Դժվարանում եմ պատասխանել, քանի որ չեմք անդրադարձել իմ ինքնությանը և կողմնորոշմանը:
- 13. Հանդիպե՞լ եք որևէ խտրական, վատ կամ անհարգալից վերաբերմունքի բժշկական ծառայություններ ստանալիս:**
- Այո՞:
 - Ոչ:
 - *Եթե հանդիպել եք խտրական, անհարգալից կամ վատ վերաբերմունքի, ապա խնդրում եմք հակիրճ նկարագրել դեպքը և իրավիճակը:
- 14. Ի՞նչ կփոփոխե՞ք սեռական և վերարտադրողական առողջության ծառայություններում, որպեսզի դրանք լինեն ավելի հասանելի, անվտանգ և արժանապատիվ LFS+ կանանց համար:**
- 15. Երբևէ փորձե՞լ եք օգտվել աբորտի ծառայությունից: (Պատասխանել, եթե հարցը համապատասխան է Ձեր ինքնությանը և/կամ փորձառությանը):**
- Այո՛:
 - Ոչ:
- *Եթե այո, ինչպե՞ս կգնահատեք այդ փորձառությունը: Արդյոք եղե՞լ են խնդիրներ, որոնց մասին կցանկանաք նշել:
- 16. (Պատասխանել, եթե հարցը համապատասխան է Ձեր ինքնությանը և/կամ փորձառությանը):**
Դիմե՞լ եք արդյոք երեխա ունենալու տարբերակների քննարկման հարցով կամ պլանավորո՞ւմ եք երեխա ունենալ՝ օգտ-

վելով բժշկական խորհրդատվությունից:

- Այո*:
- Ոչ:

*Եթե այո, ապա խնդրում ենք ներկայացնել Ձեր փորձառությունը: Խնդրում ենք նշել և՛ կարիքների, և՛ առկայության դեպքում խնդիրների մասին:

17. Ցանկանո՞ւմ եք արդյոք մասնակցել այս թեմայով ֆոկուսխմբային քննարկմանը և ավելի մանրամասն ներկայացնել Ձեր փորձառությունը:

- Այո*:
- Ոչ:

*Եթե այո, ապա խնդրում ենք այստեղ նշել Ձեզ հետ կապ հաստատելու որևէ տվյալ (գործող հեռախոսահամար, էլ. հասցե, սոցիալական հարթակի հղում և այլն):

*Ինչպե՞ս Ձեզ դիմենք կապ հաստատելու: Խնդրում ենք նշել անուն, ազգանուն և/կամ նախընտրելի անուն:

18. Կարող եք նշել որևէ մեկնաբանություն և/կամ առաջարկ, եթե առկա է:

Աջակցություն տրամադրող մասնագետների և խորհրդատուների հարցազրույցի հարցաշար

Մասնագետի/խորհրդատուի փորձառություն

1. Խնդրում եմ հակիրճ ներկայացնել LFS+ կանանց տրամադրվող աջակցության Ձեր փորձառությունը: Ի՞նչ տեսակի աջակցություն եք տրամադրում, ի՞նչ ձևաչափով և որքան ժամանակ:

LFS+ կանանց սեռական և վերարտադրողական առողջության հարցերով կարիքները

2. Արդյոք վերջին հինգ տարիների ընթացքում եղե՞լ է, որ Ձեր այցելուները/շահառուները դիմեն սեռական և վերարտադրողական առողջության հարցերով:

- Եթե այո, ապա ի՞նչ հարցերով են սովորաբար դիմել:

- Եթե Ձեզ չեն դիմել ուղղակի այդ հարցերով, ապա տեղյա՞կ եք, թե սեռական և վերարտադրողական առողջությանը վերաբերելի ինչ հարցերով են LFS+ կանայք սովորաբար հետաքրքրվում:

3. Եղե՞լ են շահառուներ/այցելուներ, որոնք դիմել են Ձեզ կամ կարիք են ունեցել դիմելու աբորտի ծառայության կամ երեխա ունենալու տարբերակների քննարկման կամ պլանավորման հարցերով: Այս հարցերով դիմե՞լ են բժշկական խորհրդատվության: Եթե այո, ապա տեղյա՞կ եք, թե ինչ փորձառություն են ունեցել:

LFS+ կանանց սեռական և վերարտադրողական առողջության հարցերով մասնագետներին դիմելիությունը

4. Արդյոք օգտվե՞լ են Ձեր շահառուները սեռական և վերարտադրողական առողջության ծառայություններից:

- Ո՞ր մասնագետներին են դիմել:

- Կարո՞ղ եք ասել, սովորաբար ինչպե՞ս են LFS+ կանայք ընտրում, թե որ մասնագետին դիմեն կարիքի դեպքում:

- Եթե ունեցել են կարիք և չեն դիմել մասնագետի, ապա կարո՞ղ եք նշել պատճառները:

5. Ունե՞ք փորձառություն՝ ուղղորդելու այցելուներին/շահառուներին ոլորտի մասնագետների մոտ՝ գինեկոլոգ, ուրոլոգ, մաշկաբան կամ այլ:

- Եթե այո, ապա սովորաբար ո՞ր հաստատության մասնագետների մոտ եք կատարել ուղղորդում:

- Եթե ոչ, ապա ունե՞ք մտքում մասնագետներ կամ հաստատություններ, որ-

տեղ նպատակահարմար կգտնեք կատարել ուղղորդում:

LFS+ կանանց սեռական և վերարտադրողական առողջության հարցերով մասնագետներին դիմելու փորձառությունը և հասանելիությունը

6. Արդյոք ծառայությունները ֆինանսապես հասանելի՞ են կամ հասանելի եղել են այցելուների/շահառուների համար:
7. Ծառայություն ստանալիս արդյոք մասնագետները տրամադրել են բավարար և հասկանալի տեղեկություն մարդկանց առողջության վերաբերյալ:
8. Արդյո՞ք սենյակում մենակ են եղել բժշկի հետ: Արդյոք եղել են հակառակ իրավիճակներ:
9. Ի՞նչ եք կարծում. ծառայություններ ստանալիս ապահովվել են շահառուների անձնական տվյալների գաղտնիությունը և բժշկական գաղտնիությունը:
10. Ի՞նչ եք կարծում, մասնագետները եղել են զգայուն ու տեղեկացված LFS+ կանանց հարցերով:
11. Տիրապետել են անհրաժեշտ տեղեկությանը LFS+ կանանց առանձնահատկությունների վերաբերյալ (Նույնասեռ հարաբերություններ և սեռական ակտ, տրանս անձանց առողջության հարցեր և այլն):
12. Արդյոք շահառուները/այցելուները հնարավորություն ունեցել են բաց քննարկելու իրենց սեռականությունը, թե՞ թաքցրել են կամ չեն անդրադարձել այդ հարցերին:
13. Արդյոք եղել են դեպքեր, որ շահառուները/այցելուները հանդիպեն որևէ խտրական, վատ կամ անհարգալից վերաբերմունքի բժշկական

ծառայություններ ստանալիս: Եթե այո, ապա կարո՞ղ եք անանուն ներկայացնել դեպքեր կամ իրավիճակներ:

Մասնագետների/խորհրդատուների և ընդհանուր առմամբ դաշտի կարիքները

14. Դուք՝ որպես մասնագետ/խորհրդատու, ի՞նչ կարիքներ ունեք, որոնց բավարարումը կապահովի սեռական և վերարտադրողական առողջության հարցերով LFS+ կանանց աջակցության և ուղղորդման արդյունավետությունը:
15. Ի՞նչ կփոփոխեիք սեռական և վերարտադրողական առողջության ծառայություններում, որպեսզի դրանք լինեն ավելի հասանելի, անվտանգ և արժանապատիվ LFS+ կանանց համար:

Հասկանալի է

ՄԻԱՎ-ՈՎ ԱՊՐՈՂ ԿԱՆԱՆՑ ՎԵՐԱՐՏԱԴՐՈՂԱԿԱՆ ԱՌՈՂ- ՋՈՒԹՅԱՆ ԻՐԱՎԻՃԱԿԻ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅԱՆ ՀԱՐ- ՑԱԹԵՐԹ

Ընդհանուր տեղեկություն

1. Ձեր տարիքը:
2. Ո՞ր մարզում եք բնակվում:
3. Վերջին անգամ ե՞րբ եք այցելել գինեկոլոգի:
4. Արդյո՞ք բժշկին տեղեկացրել եք Ձեր ՄԻԱՎ կարգավիճակի մասին: Եթե այո, ապա ինչպե՞ս է արձագանքել: Եթե ոչ, ապա ինչո՞ւ:
5. Ի՞նչ նպատակով եք այցելել գինեկոլոգի (գինեկոլոգիական խորհրդատվություն, հակաբեղմնավորիչներ, հղիության վերահսկում, արբուտի ծառայություններ, տարեկան պարտադիր բուժզննում, ծննդաբերություն և այլն. նշել):
6. Վերոնշյալ ծառայություններից օգտվելու համար դիմել եք Ձեր տեղամասային պոլիկլինիկա՞, մարզային հիվանդանո՞ց, թե՞ այցելել եք Երևանում գործող բժշկական հաստատություն:
7. Եթե դիմել եք Երևանում գործող բժշկական հաստատություն, կնշե՞ք՝ ինչու չեք դիմել Ձեր տեղամասային պոլիկլինիկա կամ մարզային հիվանդանոց:
8. Ի՞նչ տարբերություն կա մայրաքաղաքում և մարզերում տրամադրվող ծառայությունների միջև:
9. Եթե դիմել եք Ձեր մարզային պոլիկլինիկա կամ բժշկական հաստատություն, կպատմե՞ք, թե ինչպիսի փորձառություն եք ունեցել (արդյո՞ք պահպանվել է Ձեզ վերաբերող անձնական բժշկական տվյալների գաղտնիությունը, արդյո՞ք

բժշկական անձնակազմը ունեցել է բավարար զգայունություն ՄԻԱՎ-ին առնչվող հարցերի վերաբերյալ, արդո՞ք Ձեզ վերաբերվել են առանց խտրականության, արդյո՞ք արժանացել եք վատ կամ անհարգալից վերաբերմունքի):

10. Եթե դիմել եք Երևանում գործող պոլիկլինիկա կամ բժշկական հաստատություն, կպատմե՞ք՝ ինչպիսի փորձառություն եք ունեցել (արդյո՞ք պահպանվել է Ձեզ վերաբերող անձնական բժշկական տվյալների գաղտնիությունը, արդյո՞ք բժշկական անձնակազմը ունեցել է բավարար զգայունություն ՄԻԱՎ-ին առնչվող հարցերի վերաբերյալ, արդո՞ք Ձեզ վերաբերվել են առանց խտրականության, արդյո՞ք արժանացել եք վատ կամ անհարգալից վերաբերմունքի):

Ծննդաբերություն

1. Ե՞րբ է եղել Ձեր վերջին ծննդաբերությունը:
2. Որտե՞ր էք ծննդաբերել (Երևանում, մարզում):
3. Ի՞նչ եղանակով եք ծննդաբերել (բնական, կեսարյան հատում):
4. Ինչո՞ւ եք ծննդաբերության այդ տարբերակն ընտրել:
5. Արդյո՞ք տեղյակ եք, որ ՄԻԱՎ-ով ապրող կանայք կարող են ծննդաբերել նաև մարզերում:
6. Եթե այո, ո՞վ է Ձեզ ասել դրա մասին:
7. Արդյո՞ք տեղյակ եք, որ ՄԻԱՎ-ով ապրող կանայք կարող են նաև բնական ճանապարհով ծննդաբերել:
8. Եթե այո, ապա ո՞վ է Ձեզ տեղեկացրել դրա մասին:

Աբորտի ծառայությունների մատչելիություն և հասանելիություն

1. Հղիության կանխարգելման համար ի՞նչ մեթոդներ եք կիրառում (պահ-

պանակ, հակաբեղմնավորիչ միջոցներ, ներարգանդային պարույր և այլ):

2. Արդյո՞ք ունեք հասանելիություն հակաբեղմնավորիչ դեղամիջոցների, պահպանակի, ներարգանդային պարույրի և այլն:
3. Արդյո՞ք Ձեր համայնքում հասանելի է հղիության արհեստական ընդհատման (աբորտի) ծառայությունը Ձեզ համար:
4. Եթե հասանելի չէ, ի՞նչ խոչընդոտների եք բախվում (օրենսդրական, ֆինանսական, աշխարհագրական հասանելիության, տեղեկության պակաս, բացահայտվելու վախ և այլն):

Գաղտնիություն և արժանապատիվ վերաբերմունք

1. Հայտնե՞լ եք բժշկին Ձեր ՄԻԱՎ կարգավիճակի մասին ծառայություն ստանալուց առաջ:
2. Արդյո՞ք բժշկական հաստատությունում ապահովվել է Ձեր անձնական տվյալների գաղտնիությունը:
3. Չգացե՞լ եք երբևէ խտրականություն կամ անհարգալից վերաբերմունք ծառայություններ ստանալիս: Եթե այո, ի՞նչ ձևերով:
4. Արդյո՞ք Ձեր իրավունքները (առողջության, արժանապատվության, գաղտնիության) պահպանվել են ծառայությունների տրամադրման ժամանակ:

