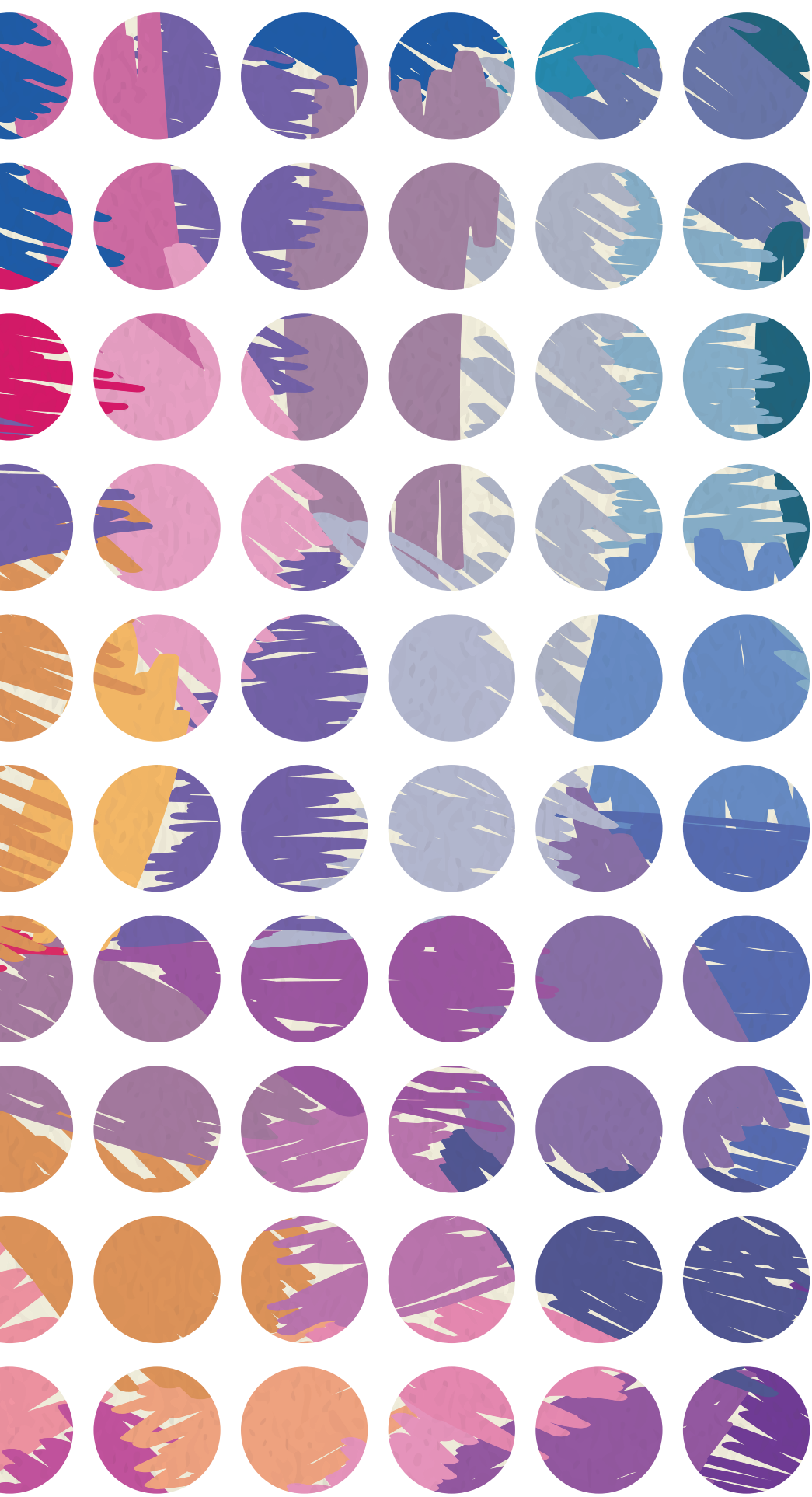




Հղիության
արհեստական
ընդհատման
գործընթացի
վերաբերյալ
մասնագետների
դիրքորոշումները
Հայաստանի
տարբեր
բուժիաստատություններում

հետազոտություն



Բովանդակություն



5

Հետազոտության մասին
տեղեկատվություն

7

Հետազոտության
արդյունքների
ներկայացում

9

ՀԱԸ դիմած կնոջ
անանունության և
գործընթացի գաղտնիության
ապահովումը

11

Բժիշկների մոտեցումը
և դիրքորոշումը աբորտի
նկատմամբ

14

Դեղորայքային և
վիրահատական
աբորտների վերաբերյալ
մասնագետների
դիրքորոշումները

19

Անզգայացման ընտրության
առանձնահատկությունները

21

Հավատք, կրոն, Էթնիկ
պատկանելիություն և
հղիության արհեստական
ընդհատումներ

24

Ժշկի դիրքորոշումը եռօրյա
պարտադիր
սպասելաժամանակի
վերաբերյալ

27

Հետաբորտային խնամք և
խորհրդատվություն

30

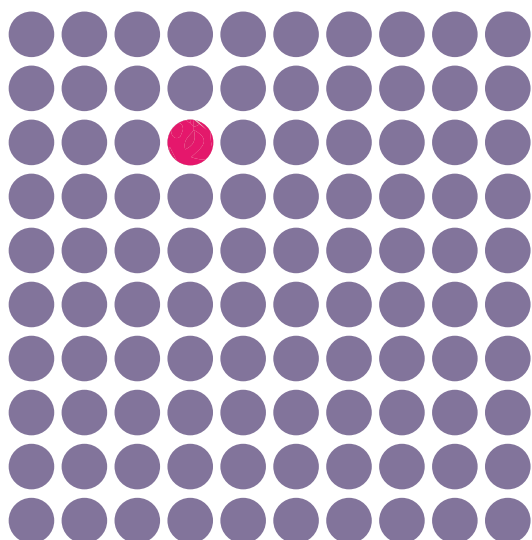
Այլ դիտարկումներ

31

Հիմնական
եզրակացություններ

36

Առաջարկություններ



Հետազոտության

մասին

տեղեկատվություն

Հետազոտության նպատակն է ուսումնասիրել հղիության արհեստական ընդհատումների (ՀԱԸ, աբորտի¹) ընդհանուր գործընթացի կազմակերպման առանձնահատկությունները Հայաստանի տարբեր բուժհաստատություններում:

Նեղ իմաստով հետազոտությունը փորձ է պարզելու մի շարք այլ հարցեր ևս: Դրանց թվում են՝

- ՀԱԸ դիմած կնոջ ընդունելության առանձնահատկությունները:
- ՀԱԸ դիմած կնոջ անանունության և գործընթացի գաղտնիության ապահովումը:
- Բժիշկների մոտեցումը և դիրքորոշումը աբորտի նկատմամբ:
- Դեղորայքային և վիրահատական աբորտների վերաբերյալ մասնագետների դիրքորոշումները:
- Անզգայացման ընտրության առանձնահատկությունները:
- Հավատք, կրոն, Եթնիկ պատկանելիություն և հղիության արհեստական ընդհատումներ:
- Բժշկի դիրքորոշումը եռօրյա պարտադիր սպասելաժամանակի վերաբերյալ:
- Հետաքրքրային խնամք և խորհրդատվություն:
-

Հետազոտությունը կրում է որակական բնույթ, որի ընթացքում իրականացվել են առանցքային տեղեկատվությունների հետ հարցազրույցներ: Հետազոտության դաշտային փուլը տևել է 6 ամիս:

2019 թվականի փետրվարից մինչև հունիս ամիսը (ներառյալ): Այս ընթացքում այցելություններ են կատարվել Երևան քաղաքի, Արմավիրի, Գեղարքունիքի, Լոռու և Շիրակի մարզերի տարբեր քաղաքների մի շարք բժշկական հաստատություններ, պոլիկլինիկաներ և առողջության կենտրոններ: Հարցազրույցներ են իրականացվել 14 գինեկոլոգների (2 տղամարդ, 12 կին մասնագետների հետ) և 10 բուժքույրերի հետ: Ընդհանուր իրականացվել է 24 հարցազրույց առանցքային տեղեկատվությունների հետ:

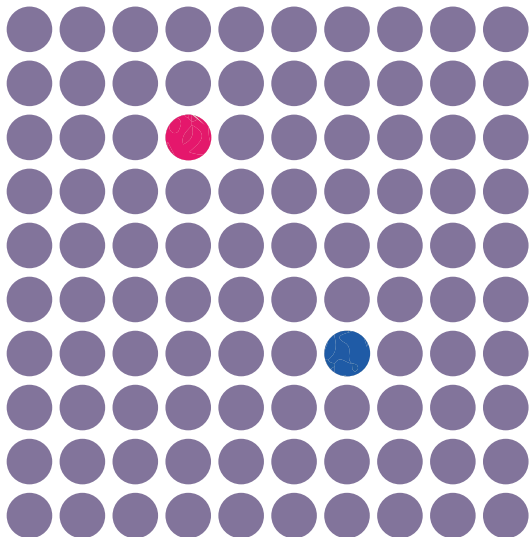
Բոլոր հարցազրույցները հիմնվել են անանունության սկզբունքի վրա: Ընդհանուր առմամբ, կին մասնագետների հետ հարցազրույցներն ավելի պրոդուկտիվ էին, այն առումով, որ կանայք ավելի պատրաստակամ էին և չէին վախենում խոսել իրենց աշխատանքի մանրուքների, երբեմն նաև բացթողումների և հանդիպող բարդությունների մասին: Տղամարդիկ, հակառակը, հնարավորին չափ կրճատում էին հարցազրույցների տևողությունը՝ տալով կարճ և կցկտուր պատասխաններ, երբեմն նաև շեղվելով թեմայից:

Մեթոդաբանական առանձնահատկություններից կարելի է նշել միայն մեկ հիմնական դժվարություն. Երևանում բավական դժվար էր ստանալ բժիշկների համաձայնությունը և անցկացնել հարցազրույցներ, իսկ մարզային բուժհաստատությունների գինեկոլոգներն ավելի պատրաստակամ էին խոսելու, կիսվելու և առաջարկություններ անելու առումով: Երևանում բժիշկները որոշ դեպքերում հրաժարվել են մասնակ-

.....
1. Երկու հասկացությունները՝ «հղիության արհեստական ընդհատում» և «աբորտ» օգտագործվել են ամբողջ վերլուծության ընթացքում:

ցությունից լսելով թեմայի անվանումը՝ պատճառաբանելով, որ ունեն խիստ զբաղվածություն:

Հետազոտության դաշտային փուլում հավաքված տվյալները ամփոփվել են այս վերլուծության մեջ: Վերլուծությունը պարունակում է նաև առաջարկություններ՝ ուղղված առողջապահության, և հատկապես կանանց սեռական և վերարտադրողական առողջության ոլորտում ներգրավված մասնագետներին և որոշումներ կայացնողներին: Առաջարկությունների իրականացման պլանը մշակելու համար սերտորեն համագործակցություն է իրականացվել ծրագրային թիմի հետ:



**Հետազոտության
արդյունքների
ներկայացում**

ՀԱՐ դիմած կնոջ ընդունելության առանձնահատկությունները

Այս հետազոտության ընթացքում հավաքագրված տեղեկատվությունը ցույց տվեց, որ խորհրդատվության իրականացման հետ կապված արտառոց ընթացակարգեր չկան: Բոլոր բժիշկները և բուժքույրերը նշեցին, որ հնարավոր չէ առանց բժշկի հետ **նախնական խորհրդատվության, պայմանագրի կնքման, կնոջ կողմից ներկայացվող փաստաթղթերի և վերջինիս ստորագրության բացակայությամբ** իրականացնել որևէ գործընթաց: Այստեղ հարկ է նշել մի կարևոր հանգամանք. բժիշկները, և ըստ այդմ էլ բուժհաստատությունները, իրենց «ապահովագրում են»՝ նշելով, որ առանց պայմանագրում կնոջ ստորագրության ոչինչ չի իրականացվում:

Ստացված տեղեկատվության համաձայն, նախ և առաջ բուժհաստատությունում կինը գրանցվում է, ուղեգրի կամ որոշակի ցուցման դեպքում ուղղորդվում է բժշկի մոտ: Բոլոր հաստատություններում աբորտների գրանցման նպատակով վարվում է առանձին **մատյան**: Ընդունելությունը կատարվում է նախ և առաջ ընդունարաններում, ներկայացնում է **անձնագիր և սոցիալական քարտ**: Իրականացվում է նաև հղիության արհեստական ընդհատման համար անհրաժեշտ **վճարումը**:

Որոշ դեպքերում կանայք անմիջապես դիմում են բուժքրոջը կամ բժշկին: Աբորտից առաջ կինը ստորագրում է «համաձայնության» կամ «իրազեկման» թերթիկ, որ ունեցել է բժշկի հետ խորհր-

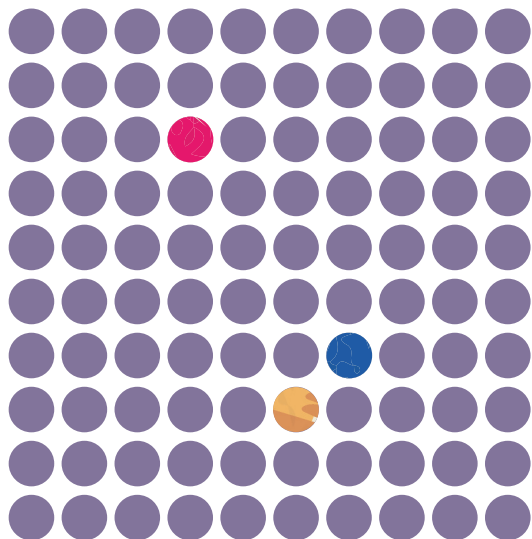
դատվություն, տեղեկացված է աբորտի հետ կապված վտանգների մասին և այլն: Միևնույն ժամանակ կնոջ համար բացվում է առանձին անկետա/**բժշկական քարտ**: *«Տեղյակ չեմ... չեմ հասկանում, բայց բացատրում ես Էդ ամեն ինչի մասին, հասկանում են: Խորհուրդ եմք տալիս, որ պահեն: Հիմնականում համաձայնվում են:»* (բժիշկ, Լոռու մարզ)

Ինչ վերաբերում է անալիզներին, որոնք իրականացվում են աբորտից առաջ, ապա դրանք ըստ հետազոտությանը մասնակցած մասնագետների ընդհանուր բնույթի անալիզներ են. *«Դե սոնո ա, նախնական, հետո արյան, մեզի անալիզներ: Մատյանով գրանցում ես: Հետո ժամանակ ա տրվում... Տեղս:»* (բժիշկ, Լոռու մարզ)

Մեզ համար կարևոր էր հասկանալ, թե արդյոք ՀԱՐ իրականացման պրակտիկան համապատասխանում է «տեսությանը»: Ըստ ՀՀ կառավարության 2004 թվականի որոշման հաստատված է այն ցանկը, թե կոնկրետ վիրահատական ՀԱՐ դեպքում ինչ պարտադիր բժշկական հետազոտություններ պետք է անցնի հղի կինը: Այսպես, դրանցից են անամնեզի հավաքումը, կնոջ ընդհանուր վիճակի գնահատումը, հղիության վիրահատական արհեստական ընդհատման նկատմամբ հակացուցումների հայտնաբերումը: Բացի այդ, անհրաժեշտ հետազոտությունների շարքին են դասվում նաև հղիության ժամկետի որոշում, երկձեռքանի գինեկոլոգիական հետազոտություն, անհրաժեշտության դեպքում՝ Էխոսկոպիա:

իրականացվում է նաև հեշտոցի, արգանդի վզիկի խողովակի և միզուկի բակտերիոսկոպիական հետազոտություն, առաջին հղիության դեպքում՝ նաև արյան խմբի և ռեզուս-պատկանելության որոշում:² Անհրաժեշտ է նաև կլինիկալաբորատոր հետազոտման այլ անհրաժեշտ ծավալների որոշում՝ ելնելով կնոջ ընդհանուր վիճակից և առկա ցուցումներից: Այս ամենը գրանցվում է կնոջ ամբուլատոր-բժշկական քարտում, որոնց հիման վրա տրվում է ուղեգիր: Արյան հետազոտությունն սիֆիլիսի նկատմամբ, մարդու իմունային անբավարարության նկատմամբ հետազոտություն իրականացվում է խորհրդատվությունից և կամավոր համաձայնությունից հետո:³

.....
 2. ՀՀ կառավարության որոշումը ՀԱԸ կարգը և պայմանները հաստատելու մասին, 2004 <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=12781>
 3. Նույն տեղում:



**ՀԱԸ դիմաժ կնոջ
անանուկության
և գործընթացի
գաղտնիության
ապահովումը**

Պարտադիր գրանցման գործընթացի պայմաններում պարզ է դառնում, որ հնարավոր չէ ապահովել որևէ տեսակի գաղտնիություն կամ անանունություն՝ կապված աբորտի նպատակով դիմող կնոջ տվյալների հետ: Դա չի նշանակում, որ տեղեկատվությունը բուժհաստատության կամ բժիշկ-բուժքույր-պացիեստ հարաբերությունների **սահմաններից դուրս է գալիս:**

Այս հետազոտության շրջանակներում «գաղտնիությունը» և անանունությունը կարևորվում են մի քանի տեսանկյունից.

- **Ընտանիքից** գաղտնի աբորտ, երբ դա կնոջ և միմիայն իր որոշումն է դիմել հաստատություն (Agency և bodily integrity):
- **Համայնքից** գաղտնի աբորտ: Ծանոթներից, հարևաններ և այլ մտերիներից գաղտնի աբորտ անելու ցանկություն և հնարավորություն (Privacy):
- Բուժհաստատությունում **այլ մասնագետներից** գաղտնի աբորտ: Բժիշկների և հաստատության աշխատակիցների միջև տեղեկատվության փոխանակումից, նրանց ոչ ֆորմալ քննարկումներից խուսափելու ցանկություն և այլն (Privacy):

Գաղտնիության և անանունության հարցի շուրջ մասնագետների հետ քննարկումները հնարավորություն տվեցին անել երկու եզրակացություն.

1. Մի կողմից **բացարձակ գաղտնիություն հնարավոր չէ պահպանել**, քանի որ կա գրանցման գործընթաց և հատկապես փոքր

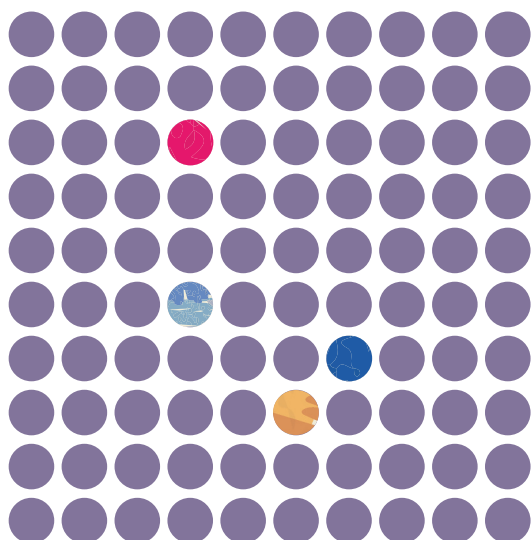
քաղաքներում (հիմնականում մարզային) մարդիկ միմյանց կարող են ճանաչել:

«Գաղտնի չի լինում: Մեկը մյուսին ճանաչում ա...»:

- Մյուս կողմից, ըստ բժիշկների համեմատաբար **մեծ քաղաքներում գաղտնիությունը հնարավոր է պահպանել**, որովհետև ըստ էության դրա հետ կապված խնդիրներ չեն լինում:

«Գաղտնի... հնարավոր ա, որովհետև դե ո՞վ պիտի իմանա...» (բժիշկ, Արմավիրի մարզ):

Այդուհանդերձ, կարևոր ենք համարում նշել, որ այս առումով ևս **ցանկալի են մասնագիտական քննարկումներ** և անհրաժեշտության դեպքում նաև գաղտնիության և/կամ անանունության ապահովման առումով վերանայումներ հղիության արհեստական ընդհատման հետ կապված գործընթացներում:



Բժիշկների
մոտեցումը
և դիրքորոշումը
աբորտի
նկատմամբ

Ընդհանուր առմամբ բոլոր բժիշկները և բուժքույրերը նշում էին, որ իրենք **դեմ են աբորտին և հնարավորինս փորձում են հետ համոզել կնոջը** աբորտի մտքից: Սա ուներ իր մի քանի **հիմնական** պատճառները.

- **Ազգի պահպանում**, որի դեպքում կինը դիտարկվում է որպես ազգի վերածննդի և վերարտադրման հիմնական ագենտը, ով պետք է լույս աշխարհի բերի հաջորդ սերունդներին:

«Լավ է մեր ազգի, հայերի համար:» (բուժքույր, Արմավիրի մարզ)

- **Միգրացիա**, որի արդյունքում որոշ քաղաքներում և գյուղերում բնակչության և հատկապես երիտասարդ ակտիվ վերարտադրողական տարիքի կանանց ու տղամարդկանց թիվը պակասել է, այդ իսկ պատճառով նրանք, ովքեր հղիանում են, ցանկալի է և կարևոր, որ պահպանեն հղիությունը:

Ժողովուրդ չի մնացել, ժողովուրդ ա՞ մնացել քաղաքում:» (բժիշկ, Շիրակի մարզ)
«Երիտասարդ բնակչությունը շատ քիչ է էստեղ: Դուրս են եկել:

Շատ քիչ են: Ով էլ կա երևի աշխատում են հակաբեղմնավորիչներ օգտագործեն:» (բժիշկ, Գեղարքունիքի մարզ)

- **«Երեխան լավ բան»** է, եթե մի քանիսը կան, ինչու չունենալ նաև երրորդին կամ հաջորդին: Այս միտքը շրջանառվում էր մեր այ-

ցելած բոլոր հաստատություններում (Երևան, Արմավիր, Գեղարքունիք, Լոռի, Շիրակ):

Հարցազրույցները ցույց տվեցին, որ աբորտի նկատմամբ բժիշկների և բուժքույրերի **վերաբերմունքը միանշանակ բացասական է**, համենայն դեպս **խոսքային տիրույթում**: Հարցազրույցների ընթացքում աբորտը մասնագետների կողմից դիտարկվում էր որպես **մարդասպանություն, սխալ արարք, չգիտակացված վարք** և այլն: *«Աբորտը մարդասպանություն է:» (բժիշկ, Արմավիրի մարզ)*

Միևնույն ժամանակ, հնարավոր չէ չնշել, որ արդեն զրույցների ավելի խորքային և կոնկրետ հարցերի հետ մեկտեղ պարզ էր դառնում **բժիշկների շրջանում ոչ միանշանակ բացասական վերաբերմունքը** (ոչ միայն Երևանում):

Շատ դեպքերում հատկապես բժիշկները նշում էին, որ կանայք իրենք էլ գիտակցում են, որ «աբորտ անելը վատ է» կամ «սխալ է», «մեղք է», սակայն ինչ-որ հանգամանքներից ելնելով դիմում են հղիության ընդհատմանը: **Այդ հանգամանքները կամ պատճառները՝** ըստ մասնագետների, տարբեր են. ամուսինների և իրենց կողմից հերթական երեխա ունենալու ցանկության բացակայությունից մինչև բռնություն և սոցիալական պայմաններ, որոնք թույլ չեն տալիս հերթական երեխային պատշաճ կերպով մեծացնել:

Հետաքրքիր է, որ պատճառների բլոկերը տարբերվեցին բնակավայրից բնակավայր: Օրինակ՝ Գեղարքունիքի

մարզում գինեկոլոգները և բուժքույրերը սոցիալական պայմանները և աղքատությունն էին նշում որպես աբորտ անելու պատճառ, Շիրակի մարզում երեխա ունենալու ցանկության բացակայությունը, իսկ օրինակ բռնության և ստիպողաբար աբորտի միտքը ավելի շատ շրջանառվում էր Արմավիրի մարզի մասնագետների շրջանում: Այդուհանդերձ չի կարելի ասել, որ պատճառները ընդհանուր չեն հետազոտության անցկացման մյուս բնակավայրերում ևս: Երևանում մասնակցած բժիշկները նշեցին նաև, որ որոշ դեպքերում հղիության ընդհատման (թե դեղորայքային, թե վիրահատական) դիմում են նաև չամուսնացած կանայք:

Ինչպես արդեն նշվեց, **մի կողմից** հետազոտությանը մասնակցած գրեթե բոլոր մասնագետները նշում էին, **որ դեմ են աբորտին**. *«Ոչ մեկ չի ուզի աբորտ անի մեր մոտ: Երկու հոգի ենք լինում, նույն դիրքորոշմանն ենք: Ծննդատանն ենք աշխատում, ցանկալի և ծնունդները շատ լինեն» (բժիշկ, Լոռու մարզ):*

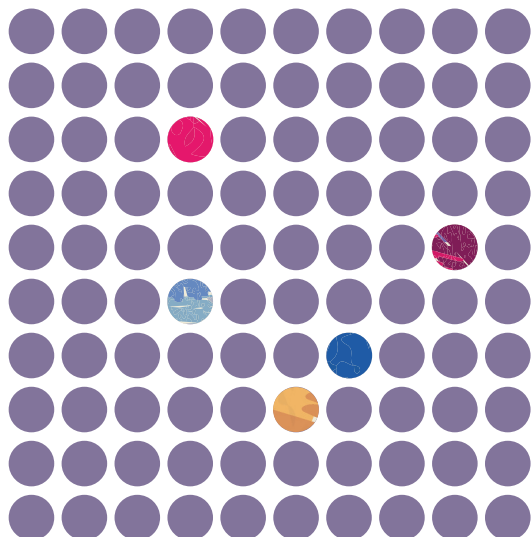
Սակայն **մյուս կողմից** մասնագետները նշում էին, որ **աբորտը ևս մտնում է գինեկոլոգիական ծառայությունների մեջ և իրենք պարտավոր են դա անել անհրաժեշտության դեպքում**: *«Էլ ինչ գինեկոլոգ, եթե աբորտ էլ չես անում» (բժիշկ, Արմավիրի մարզ):*

Բացի այդ բժիշկների շրջանում կա այն կարծիքը, որ **հղիության ընդհատումը մեծ խնդիր չէ իրականում, եթե զույգերն արդեն ունեն մի քանի երեխաներ**. *«Վատ բան չկա... 5-րդ երե-*

խա, միամիտ հղիացել և, չի կարողանում պահել Էն 4-ին... Լացով-կոծով՝ չենք կարա պահենք... կարաս հարցերից հասկանաս...» (բժիշկ, Լոռու մարզ): Այս մասում արդեն երևում են մասնագետների շրջանում դիրքորոշման առումով տարբերությունները:

«Անհրաժեշտություն» ասելով մասնագետներն ըստ Էության նկատի ունեին ոչ միայն կնոջ առողջական վիճակից ելնելով կամ բժշկական ցուցումով աբորտի անհրաժեշտությունը, այլ նաև **նրա որոշումը** (և դրա պատճառներն ու դրա հետ կապված հանգամանքները): Հարկ է նշել նաև, որ այս մոտեցումը բարձրաձայնվեց հենց **մարզային մասնագետների** կողմից: Այսինքն՝ Երևանում գտնվելու և ավելի պրոգրեսիվ լինելու մասին ենթադրությունը ոչ այնքան հստակ և նշանակալի է այս պարագայում: Ավելին, շատ դեպքերում մարզային հարցազրույցներում արտահայտվում էին ավելի պրոգրեսիվ մտքեր, քան Երևանում:

Անգամ **համոզելու** պարագայում հարցազրույցների ընթացքում մասնագետները նշեցին, որ դժվար է հետ կանգնեցնել կնոջը, **եթե նա որոշում է կայացրել երեխա չունենալ** (դրա պատճառները արդեն երկրորդական/երկրորդային բնույթ են կրում): Ծիշտ է՝ ստացվում է, որ կանայք առաջին խորհրդատվությունից հետո համոզվում են, սակայն, նրանց կարծիքով, եթե կինը վերջնական որոշած եկել է աբորտի, ապա միևնույն է, **«ոչինչ չի օգնի»** նրան հետ համոզել:



Դեղորայքային
և վիրահատական
աբորտների
վերաբերյալ
մասնագետների
դիրքորոշումները

Հետազոտությանը մասնակցած բժիշկները նշում են, որ **«խորհուրդ, չեն տալիս անել հղիության արհեստական ընդհատում»** ընդհանրապես, ոչ միայն որովհետև իրենք դեմ են դրան, այլ բացի վերը նշված պատճառներից **հղիության արհեստական ընդհատումն ունի իր բարդությունները. դեղորայքային** սխալ և առանց բժշկի վերահսկողության կամ խորհրդատվության իրականացման դեպքում ներքին և արտաքին արյունահոսությունները և օրգանիզմի վրա ազդեցությունները և կողմնակի հետևանքները: **Միգրացիոն սայտոտեկ**, անվան տակ օգտագործման համար բժիշկները նաև նշում են, որ այն կարող է ունենալ իր կողմնակի ազդեցությունը և հետևանքները կնոջ օրգանիզմի վրա, հատկապես, երբ օգտագործվում է առանց բժշկի խորհրդատվության և վերահսկողությունից դուրս: **«...Եթե մահացնում ա պտուղը, ուրեմն մյուս օրգանների վրա էլ ա ազդում: Չմտածելով վազում են Էժանին ու վտանգում են կյանքը» (բժիշկ, Արմավիրի մարզ):** Փաստորեն այս մասում ևս վերահաստատվում է այն փաստը, որ բժիշկները տեղյակ են թե տվյալ համայնքում բնակչության սոցիալական պայմաններից, թե դեղորայքի օգտագործման տարածվածությունից, քանի որ հենց իրենք են այն մասնագետները, ովքեր գործ են ունենում դրա հետևանքների հետ:

Դեղորայքի չվերահսկվող⁴ օգտա-

գործման մասին են նաև վկայում մինչ այս իրականացված հետազոտությունները: Օրինակ՝ ՄԱԿ-ի բնակչության հիմնադրամի կողմից 2016 թվականին իրականացված հետազոտության/գնահատման հաշվետվությունը⁵ ցույց է տալիս, որ հատկապես մարզային բնակավայրերում հղիության դեղորայքային ընդհատումները լայն տարածում ունեն: Իսկ կանանց կողմից դրա առանց մասնագիտական հսկողության օգտագործումը բերում է մի շարք կողմնակի արդյունքների և առողջական վիճակի բարդացումների: Բարդությունների թվում էլ կարող են լինել **երկարատև և առատ արյունահոսությունները, սրտխառնոցները, որովայնի շրջանում ցավերը, օրգանիզմի ընդհանուր թուլությունը, ուշագնացությունները** և այլն⁶: Նույն իրավիճակի մասին փաստորեն վկայում է ստացված տեղեկատվությունը այս հետազոտության շրջանակներում:

Վիրահատական դեպքում բարդությունները կապված են թե **բժշկի կողմից հավանական սխալների հետ** (արգանդի վնասում, ծակում կամ պերֆորացիա և այլն), թե կնոջ օրգանիզմի ռեակցիաների հետ՝ շոկեր, ցավեր, հետագայում չհղիանալու հնարավոր դեպքեր և այլն: Վերը նշված պատճառների ցանկում նաև նշվում է **կնոջ վրա արքորսի հոգեբանական ազդեցությունը: «Իրանք էլ... հուզմունքով, շատ**

4. Այստեղ «չվերահսկվող» բառն օգտագործվում է երկու իմաստով: Նախ խոսքը գնում է դեղորայքի՝ առանց դեղատոմսի վաճառքի մասին, որը բավական տարածում ունի ըստ մասնակիցների, չնայած համապատասխան որոշման առկայությանը: Երկրորդ, չվերահսկվող

այստեղ նաև կարող է նշանակել առանց բժշկի հետ խորհրդատվության կամ դեղորայքի օգտագործման պայմաններին ծանոթ լինելու:

5. UNFPA, Public Inquiry into Enjoyment of Sexual and Reproductive Health Rights in Armenia, Report 2016

6. Նույն տեղում:

ծանր են տանում: Միայն ֆիզիոլոգիական չէ, ավելի շատ հոգեբանի կարիք ունեն» (բուժքույր, Գեղարքունիքի մարզ):

Չմոռանանք նշել նաև, որ ըստ բժիշկների «աբորտը բժշկի համար էլ հաճելի պրոցեդուրա չէ»: Հետազոտության մասնակից բժիշկների համաձայն բժշկի համար ևս բարդ է և ներքուստ ծանր հղիության արհեստական ընդհատման ընթացքը: Կարևոր է նշել նաև, որ ուղղակի կապ կա աբորտի և բժշկի նկատմամբ վերաբերմունքի միջև. *«Աբորտից հետո ուրիշ ձև են նայում, փողոցում էլ տեսնեն ուրիշ ա: Իսկ եթե ծնունդ ընդունող բժիշկ ես, մի ուրիշ հաճույք ա: Հարգանքն էլ ա ուրիշ... Բժշկին ցանկալի ա էդ տիպի հանդիպումները: Քեզ էլ կարող են մեղադրել, բայց դու մեղք չունես...» (բժիշկ, Լոռու մարզ):*

ՀԱՀ նաև դիտվում է որպես բավական դժվար գործընթաց, քանի որ բժիշկը գործ ունի ինչպես իրենք են նշում «փակ տարածքի հետ, որտեղ շատ հեշտ է սխալվել»: *«Аборт - сложная манипуляция на оауры: Մութ տեղը գործ ես անում: Աբորտը ամենադժվար պրոցեդուրան ա:» (բժիշկ, Շիրակի մարզ)*

Ընդհանուր առմամբ թե բժիշկները, թե բուժքույրերը նշում էին, որ աբորտի մասին կանանց դիմումները իրենց իսկ նախաձեռնությամբ պակասել են՝ ի տարբերություն մոտավորապես 10 տարի առաջվա դիմումների: *«Նախորդ տարիների համեմատ դրական դիմամիկա է» (բժիշկ, Արմավիրի մարզ):*

Չէ... հիմա Էդքան շատ չի: Մի ժամամակ շատ-շատ էր, բայց հիմա ավելի դեղորայքային ա: (բժիշկ, Շիրակի մարզ)

Հետաքրքիր է նաև այն հանգամանքը, որ Գեղարքունիքի մարզում երկու տարբեր հաստատությունների բժիշկները և բուժքույրերը նշում էին վիրահատական աբորտների ցածր թվի մասին՝ պայմանավորված ընտանիքի պլանավորման ինստիտուտի ներդրմամբ: Ընտանիքի պլանավորումը մասնագետների շրջանում շատ հաճախ դիտարկվում էր որպես մի ծառայություն, որի առկայությամբ կանայք ավելի շատ են երեխա ունենում: *«Ընտանիքի պլանավորումը, որ մտավ, դա շատ լավ ազդեց էս մեր ժողովրդի վրա»:* (Բժիշկ, Գեղարքունիքի մարզ): Փաստորեն, այստեղից երևում է, որ բժիշկներն ունեն իրենց ուրույն պատկերացումները ընտանիքի պլանավորման ինստիտուտի գործառնությունների վերաբերյալ, այն է՝ խթանել ծնելիությունը մարզում:

Միևնույն ժամանակ բոլորը նշում էին դեղորայքային աբորտի ավելի լայն տարածվածության մասին: Խոսքը հատկապես այն մասին էր, որ անգամ ազատ վաճառքի արգելքի դեպքում դեղատներից շատ հեշտ է ձեռք բերել սայտոտեկ (միսոպրոստոլ) տեսակի դեղորայքը, ինչի արդյունքում բոլորի կողմից նշվում էին կանանց շրջանում վերարտադրողականության առողջության բարդությունների մասին: Բացի այդ, բուժքույրերի կողմից նշվում է նաև մի կարևոր հանգամանք, որին մեր կարծիքով անպայման պետք է հետամուտ

լինել. հաճախ, անգամ աբորտի նպատակով **բժշկի նշանակած դեղորայքի անունը ջնջվում է դեղատան աշխատակցի կողմից** և դեղատունը վաճառում է այդ նույն նպատակով իր կողմից վաճառվող դեղորայքը: *«Ապտեկայի աշխատողը ջնջում ա բժշկինը, իրա ուզած դեղի անունն ա գրում:» (բուժքույր, Արմավիրի մարզ):* Հարկ է նշել, որ դեղորայքի անվերահսկելի օգտագործման մասին ավելի շատ խոսվում էր մարզային քաղաքներում: Երևանում թե բժիշկները, թե բուժքույրերը նշեցին, որ կանայք ավելի շատ օգտագործում են հակաբեղմնավորիչ միջոցներ, ինչպես նաև դիմում են բժշկի՝ ՀԱԸ նպատակով:

Հետազոտությունը ցույց տվեց, որ մեր այցելած բուժական հաստատությունների մասնագետների կարծիքով կանանց ամենամեծ վնասը հասցնում են դեղատների աշխատողները, քանի որ **առանց դեղատոմսի ազատ վաճառում են** սայտոտեկի հաբերը: Սակայն դրա օգտագործումից առաջ բժշկի հետ կիրառման մասին խորհրդատվության բացակայության արդյունքում կանայք հաստատություն են հասնում մեծ մասամբ **արյունահոսելով, ավելի հաճախ՝ ցավերով և բարդություններով**, իսկ երբեմն էլ **անգիտակից վիճակում**:

Այստեղ հարկ է նշել ևս մեկ կարևոր հանգամանք, որը **կապված է բժշկի դիրքորոշման հետ**. քանի որ կանայք հաճախ դեղորայք խմած արյունահոսելով գալիս են, կապ չունի ինչ դիրքորոշում ունի բժիշկը, նա ուղղակի ստիպված է միջամտել:

Նույնը նաև վերաբերում է առողջական վիճակից ելնելով **բժշկական ցուցումով աբորտներին**, երբ բժիշկը անկախ իր դիրքորոշումից դիմում է միջամտության: Մասնագետների կարծիքով բժիշկը այս դեպքում պետք է ունենա որոշ մարդկային որակներ. *«Բժիշկը պետք է լինի քարսիրտ և իր գործի գիտակ»:* (բժիշկ, Արմավիրի մարզ):

Սայտոտեկին ավելի հաճախ դիմելու հիմնական պատճառ մասնագետները նշում են դրա հասանելիությունը նաև **ֆինանսական տեսանկյունից**: Ըստ Էության հարկ է նշել, որ երկու դեղորայքների (միզոպրոստոլ և միֆեպրիստոն) պետք է օգտագործել հաջորդաբար, որպեսզի տեղի ունենա ամբողջական արհեստական վիժում՝ աբորտ:⁷ Սակայն դեպքերի մեծամասնությունը վկայում է այն մասին, որ կանայք հաճախ միայն օգտագործում են սայտոտեկը, որը ավելի հասանելի է, սակայն ըստ իրենց ցուցման նախատեսված է աղեստամոքսային տրակտի սուր հիվանդությունների և խոցի դեպքերի համար: *«Դե նա [սայտոտեկ] շատ էժան ա, իսկ մյուսը [միֆեպրիստոն]՝ թանկ ա: Ավելի լավ ա, բայց թանկ ա:»:* (բժիշկ, Գեղարքունիքի մարզ)

Ըստ մեր հետազոտությանը մասնակցած բժիշկների՝ սայտոտեկի վաճառքի ականա «դիստրիբյուտորներ» են հանդիսանում հենց իրենք՝ կանայք: *«Դեղը ապտեկայից առնում են, խմում են, իրանց մոտ նորմալ ա: Մեկ էլ հարևան ա, բարեկամ ա, ընկերուհի ա,*

.....
7. Բժշկի հորդորը հղիությունն ընդհատող դեղահաբ օգտագործողներին, 11 հունվարի, 2013; <https://lurer.com/?p=68054&l=am>

հղիանում ա, չի ուզում, ասում են՝ գիտես ես խմել եմ էս դեղը լավ ա եղել: Չեն ասում, որ ես ուրիշ օրգանիզմ եմ, դու ուրիշ, նա ուրիշ: Խմում են: Հետո էլ հայտնվում են ստեղ» (բժիշկ, Շիրակի մարզ, նման կարծիք նշվել է նաև Գեղարքունիքի, Արմավիրի մարզերում):

Վերը նշված վերարտադրողական առողջության բարդությունները ենթադրում են ոչ թե հենց դեղորայքի ընդունումից վիճակի վատթարացումները, այլ **դրա սխալ օգտագործումից և բժշկի հետ խորհրդատվության բացակայության պարագայում դրա կողմնակի ազդեցությունների և հետևանքների բարդությունները՝** ներառյալ արյունահոսություններ երկար ժամանակով, թույլ կամ անգիտակից վիճակում հիվանդանոց հասնելը: *«...դե նենց դեպքեր ա լինում, որ հրաժարվում են, որ խմել են: Մեծամասնությունը հնարավոր չի պարզել... Բայց դե որ գալիս են տեսնում ենք, մենք արդեն հասկանում ենք...»* (բժիշկ, Լոռու մարզ):

«Տանը չեն ասել, որ խմել են, չգիտեն ինչու է կինը անգիտակից: Բայց որ գալիս են, տեսնում ես» (բժիշկ, Արմավիրի մարզ):

«Մի 20 օր կինը արյուն ունի... որ գալիս են էստեղ ընկերքի կտորները մեջը...» (բուժքույր, Արմավիրի մարզ):

Այս վերլուծության շրջանակներում կարելի է խոսել նաև **գինեկոլոգների շրջանում որոշ հիերարխիայի մասին**, ըստ որի վերջիններս բաժանվում են «ծնունդ տվողների» և «կյանք վերցնողների»: Բժիշկներն իրենք էլ **իրենց ավելի վատ և ընկճված են զգում**

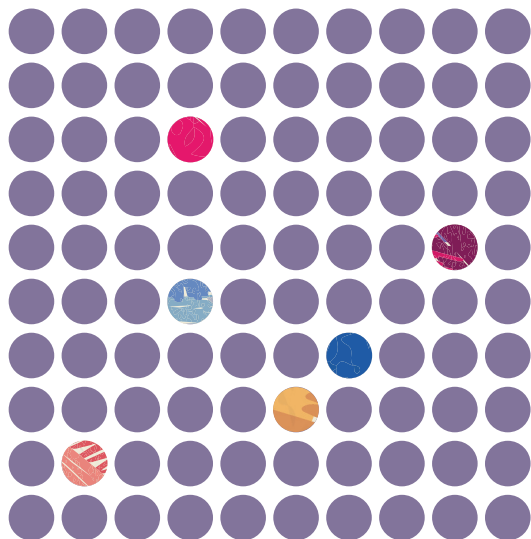
այս հանգամանքից, քանի որ կախված աբորտ անելու կամ չանելու բժշկի որոշումից և դիրքորոշումից կախված է նաև դիմողների կողմից վստահությունը: *«Որ գալիս են աբորտի պետք ա համոզես, որովհետև իրենց թվում է թե, ասում ես աբորտ արա, որ փող աշխատես»* (բժիշկ, Գեղարքունիքի մարզ): Փաստորեն, այստեղ էլ հենց մասնագետների կողմից քննարկվում է այն տարածված կարծիքը, որ աբորտի՝ վճարովի լինելու հանգամանքը բերում է բժշկի հանդեպ անվստահության ևս:

Իրականացված հարցազրույցների վերլուծության արդյունքում պարզ դարձավ մեկ կանոն հանգամանք: **Երևանում բժիշկները նախընտրում են հղիության արհեստական ընդհատման դեղորայքային մեթոդը: «Միայն դեղորայքային եմ անում, դա եմ նախընտրում, ոչ առաջնածիններիս բայց...»** (բժիշկ, Երևան):

Իսկ օրինակ Շիրակի և Արմավիրի մարզում հարցվող բժիշկները նշեցին, որ ավելի նպատակահարմար են գտնում դիմել վիրահատական ընդհատմանը, քանի որ այդպես ավելի լավ են տեսնում և հասկանում, որ «արգանդում ոչինչ չի մնացել»:

Հարկ է նշել նաև, որ չնայած բժիշկները բոլոր տեղերում նշում էին հիմնականում կանանց կողմից հակաբեղմնավորիչների (հորմոնալ հաբեր, ներարգանդային պարույր և այլն) օգտագործման ցուցանիշների բարձրացման մասին, այնուամենայնիվ մարզային քաղաքներում հակաբեղմնավորիչների օգտագործման և հղիութ-

յան կանխարգելման պրակտիկաները հասանելի, բայց դեռևս ավելի քիչ տարածված են:



**Անզգայացման
ընտրության
առանձնահատ-
կությունները**

Մեկ այլ հետաքրքիր ուղղություն է նաև հղիության արհեստական ընդհատման վիրահատական տեսակի դեպքում անզգայացման մասին քննարկումը: Հղիության արհեստական ընդհատումը կատարվում է սահմանված մեթոդներից որևէ մեկով՝ տեղային կամ ընդհանուր անզգայացմամբ⁸: Բժիշկների համաձայն **անզգայացման ընտրությունը ըստ պացիենտի ցանկության է**, եթե վերջինս դիմել է հղիության ընդհատման իր իսկ ցանկությամբ: «Ասում են՝ հլը դուք ասեք, որն է ավելի լավ, դեղորայքի մասին են ասում: Բայց դե իրենք պետք է ընտրեն, ոնց ինքը ասի...» (բժիշկ, Արմավիրի մարզ): Դրա մասին են վկայում նաև ոլորտին վերաբերող պաշտոնական փաստաթղթերը: Հետազոտության իրականացման մարզերում բժիշկների հետ հարցազրույցների արդյունքում պարզվեց մի կարևոր հանգամանք: Հաճախ **կանայք չեն ցանկանում անզգայացում**՝ կապված մի քանի պատճառների հետ.

- **«Գումարային հարցեր կան»:** Առաջինը կարելի է նշել անզգայացման համար վճարվող հավելյալ վճարը՝ կախված բուժօգնության ծառայությունների գնային քաղաքականությունից:
- **Ժամանակ** – կանայք ցանկանում են հնարավորինս կարճ ժամանակում իրականացնել ընդհատումը և վերադառնալ տուն:
«Մարդ կա, գալիս ա, մեքենան

ներքևը սպասում ա, ուզում ա շուտ անի գնա: Թուղթ ա ստորագրում, որ չի, մնում ու գնում ա»: Նման դեպքերում հնարավոր է նաև տղամարդու՝ ամուսնու, կողմից ճնշման առկայությունը. *«...իրանք չեն ուզում, բայց ամուսինն ա ստիպում»:* (Արմավիր): Ի տարբերություն տարածված կարծիքի՝ այս հանգամանքը առկա էր նաև Երևանում. *«Շատ դեպքերում կինը չի ուզում, տղամարդը ասում է...»* (բժիշկ, Երևան):

- **Ամուսնուց գաղտնի** հղիության արհեստական ընդհատում. *«Գալիս են, ասում են՝ հանկարծ ամուսինս չիմանա, որ հղիացել եմ...»* (Արմավիր, բուժքույր):

Անզգայացման հետ կապված հարցն ըստ Եուրոյան այսպես միանշանակ չի լուծվում, քանի որ հաճախ անգամ եթե կանայք չեն ցանկանում, բժիշկները դիմում են անզգայացման. *«Հա դե էդ ինքը պտի ինտրի, բայց կապ չունի, աշխատում ես անզգայացնես: Համ ինքը չի լսում էդ գործիքների շխկ-թխկ, համ էլ դու ես հանգիստ աշխատում ավելի»* (բժիշկ, Արմավիրի մարզ):

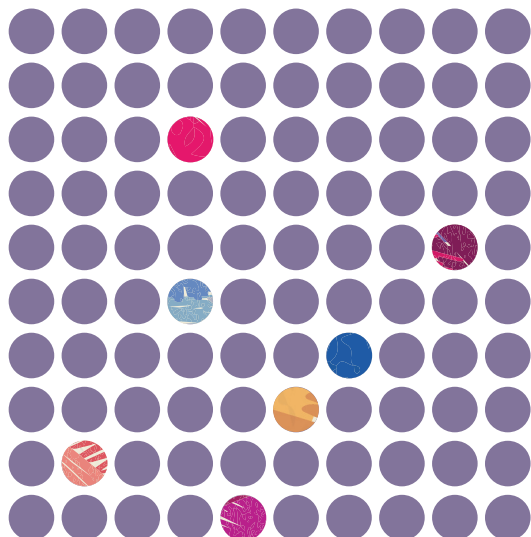
Հարկ է հավելել, որ **սոցիալական պայմաններից** ելնելով, ինչպես նշում են հետազոտությանը մասնակցած բժիշկները, **կանայք նաև չեն հաճախում անհրաժեշտ նվազագույն ստուգումների**. *«Փող ունեն, գալիս են, չէ՛ չէ»:* (բժիշկ, Արմավիրի մարզ):

Այս իրավիճակի մասին էր փաստում

.....
8. ՀՀ կառավարության որոշումը հղիության արհեստական ընդհատման կարգը և պայմանները հաստատելու մասին (օգոստոսի 2004 թվականի N 1116-Ն) <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=12781>

Նաև 2019-ի ամռանը Աշխատանքի և սոցիալական հարցերի փոխնախարարի կողմից իրականացված դիտարկումների ցանկը՝ Հայաստանի տարբեր մարզերում կանանց իրավիճակի և առողջության հետ կապված⁹: Վերջինիս դիտարկումները նույնպես վկայում են այն մասին, որ կանայք հազվադեպ են կարևորում իրենց առողջությունը և իրենք իրենց, և կարող են ընդհանրապես չհաճախել բժշկի՝ ամենատարրական ստուգումների համար: Փաստորեն, ստացվում է, որ կանանց նկատմամբ և կանանց՝ իրենք իրենց նկատմամբ չգնահատված վերաբերմունքը երևում է նաև այստեղ:

.....
 9. Ի՞նչ խնդիրների են հանդիպում կանայք Հայաստանում, 2019 <https://www.youtube.com/watch?v=B-KvDz8Qs4Zc&fbclid=IwAR2T4Q9dt06ve7PCAEez-Foi6GBH8np5YC4zjuLyilEr9B7yb0j1nisrizB4>



**Հավատք,
կրոն, էթնիկ
պատկանելիություն
և հղիության
արհեստական
ընդհատումներ**

Գաղտնիք կամ նորություն չէ, որ հատկապես քրիստոնեական եկեղեցին միշտ դեմ է արտահայտվել հղիության ընդհատման պրակտիկային՝ մեծ դժվարություններով համաձայնելով հակաբեղմնավորիչների օգտագործման պրակտիկային: Կրոնի, մարդկանց հավատալիքների և հղիության արհեստական ընդհատման միջև կապը հասկանալու համար ևս հարցեր ուղղեցինք բժիշկներին և բուժքույրերին: Այս հարցի շուրջ հարցազրույցները տվեցին երկու հիմնական արդյունք/դիրքորոշում, որոնք ներակայացվում են ստորև:

- **Բժշկի կրոնական հայացքներ, դիրքորոշումներ:** Հետազոտությանը մասնակցած մասնագետների հետ հարցազրույցները ցույց տվեցին, որ բժիշկները, իրենց կրոնական պատկերացումների և հավատքի վրա հիմնված դիրքորոշումից ելնելով (ավելի քրիստոնեական պրո-նատալիստ, պրո-լայֆ մոտեցումների հիման վրա, ինչպես նաև «մարդ սպանելը մեղք է» տրամաբանությամբ), **կարող են հրաժարվել հղիության արհեստական ընդհատում հրականացնելուց:**

«Հա, իմ կրոնական ա, բան ա... ես դեմ եմ, չեմ ընդունում, չեմ անում» (բժիշկ, Լոռու մարզ):

Փաստորեն այստեղ հակասություն է առաջանում կնոջ՝ իր մարմնի նկատմամբ որոշումներ կայացնելու իրավունքի և մասնագետի դիրքորոշման միջև:

- **Կանանց և իրենց ընտանիքներ-**

րի կրոնական դիրքորոշումներ:

Այս դեպքում հարցերը, խնդիրները ու դրանց առանձնահատկություններն ավելի բազմաշերտ են, և դրանց համար անհրաժեշտ է հետագա ավելի լուրջ և խորքային ուսումնասիրություն: Մասնագետների համաձայն «հավատացյալ» կանայք չեն դիմում հղիության ընդհատման: Նրանք հաճախում են գինեկելոգի մոտ, տեղեկանում են, որ հղի են, սակայն անգամ մեծ թվով երեխաներ ունենալու պարագայում չեն ընդհատում հղիությունը:

«Կրոնական բանով, հավատացյալ ընտանիքների հետ շատ ա լինում: Երկու տարի առաջ մեկը 11-րդ երեխան ունեցավ: Եկել էր խորհրդատվության, առաջարկեցինք, ասեցինք, որ մեղկ ես, բայց իրանց համար դա մեղք ա...» (բժիշկ, Արմավիրի մարզ):

Որոշ դեպքերում նաև ունենալով լուրջ առողջական խնդիրներ և իմանալով իրենց կյանքին սպառնացող վտանգների մասին, կանայք, միևնույնն է, փորձում են ծննդաբերել:

Կրոնի հետ կապված հարցազրույցները մասնագետների հետ հնարավորություն տվեցին անել **մի քանի կարևոր շեշտադրումներ ևս:** Շատ երեխաներ ունենալու հետ կապված բժիշկները տեսնում են հետևյալ խնդիրները: Մի կողմից **ընտանիքների սոցիալական վիճակը**, որը թույլ չի տալիս պատշաճ կերպով մե-

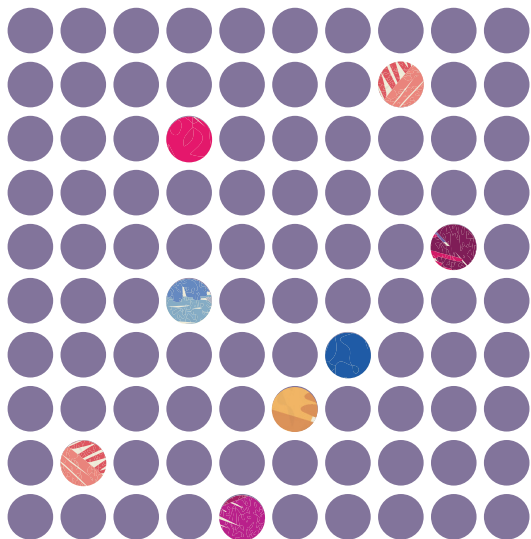
ծացնել և ապահովել մեծ թվով երեխաներին: Մյուս կողմից, հաճախ այս խմբի կանանց շրջանում **հղիությունների միջև ժամանակային տարբերությունը շատ փոքր է լինում** (հաճախ 2-3 ամիս տևողությամբ): Այս հանգամանքը կանանց համար առողջական խնդիրներ է ստեղծում արգանդի լարվածություն, օրգանիզմի ոչ լիարժեք վերականգնում նախորդ հղիությունից հետո և այլն:

Հարցազրույցների ընթացքում տարբեր մարզային քաղաքների բժիշկները և բուժքույրերը նշում էին այն մասին, որ **կրոնը, շատ երեխաներ ունենալը, հղիության ընդհատում չանելը ուղղակի կապ ունեն ընտանիքի կամ գույգի սոցիալական պայմանների հետ**: Ըստ Էության հնարավոր չէ տալ միանշանակ ընդհանրացում աղքատության/սոցիալական պայմանների և կրոնական պատկերացումների կապի մասին, սակայն հարցազրույցների ընթացքում կային նաև նման դիտողություններ: Մասնակիցները նշել են նաև, որ կանայք և նրանց ընտանիքները սոցիալական պայմաններից ելնելով հաճախ ապավինում են աստծուն: *«Աղքատ ընտանիքները, այո, ավելի շատ են երեխա ունենում, բայց թե հետո ոնց են պահելու Աստված գիտի: Աստծո տված, Աստծո պահած» (բժիշկ, Արմավիրի մարզ):*

Ըստ մասնակից բժիշկների և բուժքույրերի հղիության ընդհատման չդիմելը բնութագրական է հատկապես **եզդիական համայնքի կանանց**: Փաստորեն, **Էթնիկ պատկանելիությունը և**

դրանից բխող կրոնական և սովորության պրակտիկաները ևս մեծ դեր են խաղում կնոջ կողմից աբորտի դիմելու կամ չդիմելու վրա: Ցավոք հնարավոր չի եղել պարզել ոչ ավանդական կրոնական պատկերացումների և աբորտի միջև ենթադրվող կապերի մասին:

Հավելենք նաև, որ հղիության արհեստական ընդհատումների հետ կապված կրոնական դիրքորոշումները և «մեղք գործելու» հետ կապված վախերը առկա են նաև **Երևանում**: Հետազոտությանը մասնակցած բժիշկները այս մասին նշում էին թե Երևանում, թե նշված մարզերում:



ԲԺՇԿԻ

ՂԻՐՔՈՐՈՇՈՒՄԸ

ԵՌՕՐԿԱ

ԱՎԱՐՏԱՊԻՐ

ՍԱԿԱՆԵԼԱԺԱՄԱՆԱԿԻ

ՎԵՐԱԲԵՐԿՅԱԼ

Առանձնահատուկ պետք է նշել, որ բժիշկների կարծիքով եռօրյա պարտադիր սպասելաժամանակը, որը տրվում է բուժական հաստատությունն ավարտելուց հետո, չի ազդել ավարտից հրաժարվելու վրա: Այս հանգամանքն էլ ըստ բժիշկների մեծապես կապված է նաև դեղորայքի (ոչ պաշտոնական) «ազատ» վաճառքի հետ (հատկապես մարզերում): *«Չէի ասի, որ եղ եռօրյայի մասին փոփոխությունը ինչ-որ կերպ ազդել ա ավարտ չանելու վրա: Միևնույն ա, դեղորայքը խմած գալիս են» (բժիշկ, Գեղարքունիքի մարզ):* Այստեղից պարզ է դառնում, որ սպասելաժամանակի առկայությունը կարծես թե ծնում է ավելի շատ բարդություններ թե կանանց, թե բժիշկների համար: Կանայք դիմում են դեղորայքի օգտագործմանը, իսկ բժիշկներին մնում է այսպես, թե այնպես միջամտություն իրականացնել:

Միևնույն ժամանակ Գեղարքունիքում նաև նշում էին, որ եռօրյա պարտադիր սպասելաժամանակը, որը տրվում է հղի կնոջը, կարևոր է, քանի որ լինում են դեպքեր, երբ կանայք գալիս են ավարտ անելու զուտ զայրույթից ու վրեժից ելնելով. *«...ամուսիններ են, վիճել են, կիներ ջղայնացած ասել ա կգնամ կիսնեմ ու եկել ա...»:* Այսինքն, այս դեպքում կա նաև դրական վերաբերմունքը եռօրյա պարտադիր սպասելաժամանակի նկատմամբ, քանի որ այն նպաստում է ավարտից հրաժարվելուն:

Մյուս կողմից սիսալ կլինի տարածել վերը նշված կարծիքը բոլոր բժիշկների վրա, քանի որ մյուսները նշում են,

որ եռօրյա պարտադիր սպասելաժամանակը միանշանակ ավելի դրական ազդեցություն է թողել **ծնելիության ցուցանիշի բարձրացման առումով:** *«Սպասելաժամանակ պետք ա, որ լավ մտածեն: Համենայն դեպս... իրենց որոշումն է: Բայց եթե դու չանես, այլ տարբերակներ գտնելու շանսերը մեծանում են»:*

Ըստ Էության ավարտների թվի պակասը հիմնվում է հենց այն հանգամանքի վրա, որ կանայք ավելի շատ դեղորայք են օգտագործում ավարտի նպատակով և տեղ-տեղ նաև ավելի շատ են օգտագործում հակաբեղմնավորիչ միջոցներ (հիմնականում հորմոնալ հաբեր, ներարգանդային պարույր): Բացի այդ, մարզերում հետազոտությանը մասնակցած բժիշկներն ու բուժքույրերը իրենք էլ նշում են, որ ավարտի նպատակով հատկապես մոտ մարզերից կանայք հաճախ են գալիս Երևանում գործող բուժական հաստատություններ: *«Գնում են շատ Երևան ավարտի, հետո իմանում ես, որ արել են» (բուժքույր, Արմավիրի մարզ):*

Նման իրավիճակում արդեն իսկ դժվար է հաշվառել պաշտոնապես, թե որքան են կանայք իսկապես դիմում ավարտի հենց կոնկրետ տվյալ մարզում: Նույնը, ըստ մասնակից բժիշկների, վերաբերում է նաև ծննդաբերություններին, երբ մարզերից կանայք հաճախ տեղում բժշկական ծնայություններից օգտվելու փոխարեն գալիս են Երևան՝ ծննդօգնության հետ կապված ամենատարբեր հարցերի շուրջ:

Ըստ Էության այլ բնակավայրում ծառայությունների դիմելու, հատկապես արքայի պարագայում չի հակասում համապատասխան օրենսդրական կարգավորմանը և պաշտոնական որոշմանը: «Եթե կինը չի ցանկանում հղիության արհեստական ընդհատումը կատարել բնակության վայրի բուժհաստատությունում, ապա կարող է դիմել ցանկացած ստացիոնար բուժհաստատություն՝ իր ընտրությամբ:»¹⁰ Սակայն այստեղ այլ հարցեր են առաջանում.

- Ինչու՞ են կանայք ձգտում դիմել բժշկի Երևանում:
- Արդյո՞ք կա վստահելիության ավելի ցածր մակարդակ մարզային բժիշկների և բուժհաստատությունների նկատմամբ:
- Ինչու՞ են կանայք գումար ծախսում տրանսպորտի և մնացած այլ ծառայությունների համար Երևանում, սակայն չեն դիմում հակաբեղմնավորիչների օգտագործմանը իրենց իսկ մարզերում:

Այս և մի շարք այլ հարցերի պատասխանները հնարավոր է ստանալ զուգահեռաբար կանանց շրջանում պարբերաբար ուսումնասիրություններ իրականացնելով:

Բժիշկների և բուժքույրերի հետ մեր հարցազրույցներից պարզ դարձավ, որ լինում են դեպքեր, երբ **կանայք իրոք փորձում են «համոզել» առանց սպասելու իրականացնել գործընթացը:** *«Հա, լինում ա դեպքեր, որ փորձում են*

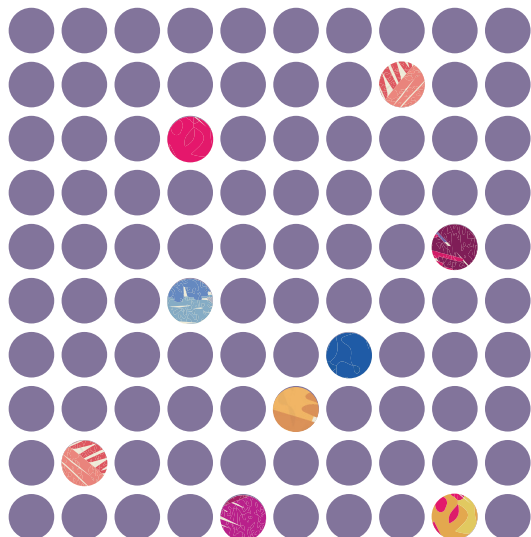
համոզեն անեն, բայց մենք հստակ բացատրում ենք, որ չենք կարա անենք:» (բժիշկ, Լոռու մարզ):

«Առանց պասպորտ, որ գալիս են Էլ, մենք հետ ենք ուղարկում» (բուժքույր, Արմավիրի մարզ):

Հարցազրույցներից ստացված տեղեկատվությունը նաև վկայում է, որ առաջնային խորհրդատվության ընթացքում կիրառվում են նաև համապատասխան **տեսահոլովակները**, որոնք հենց այդ նպատակով Էլ նախատեսված են և ցույց են տալիս պտղի զարգացումը կնոջ արգանդում, սրտի աշխատանքը և այլն. *«Այո, ամեն տեսակ խորհրդատվություն Էլ անում ենք... վիդեոներն Էլ ենք միացնում...»* (բժիշկ, Երևան):

Հատկանշական է այն հանգամանքը, որ մեր հարցազրույցների ընթացքում տեսահոլովակների մասին մատնանշեցին հենց Երևանի բժիշկները: Մարզային հարցազրույցների ընթացքում տեսահոլովակ ցույց տալու մասին ոչ մի տեղեկատվություն չի ստացվել, ինչը չի կարող միանշանակ ենթադրել, որ դրանք չեն օգտագործվում: Սակայն մարզային քաղաքներից մեր մասնակիցների կողմից ավելի շեշտադրվում էր **բարիդրացիական խորհրդատվությունը խոսելու, զրուցելու և համոզելու միջոցով:**

.....
10. ՀՀ կառավարության որոշումը հղիության արհեստական ընդհատման կարգը և պայմանները հաստատելու մասին (օգոստոսի 2004 թվականի N 1116-Ն) <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=12781>



Հետաքրորտային

խնամք և

խորհրդատվություն

Վիրահատական մեթոդով հղիության արհեստական ընդհատումից հետո ստացիոնար բուժօգնությունում կնոջ մնալու ժամկետը որոշում է բուժող բժիշկը՝ ելնելով կնոջ առողջական վիճակից, սակայն առնվազն 4 ժամ բավարար վիճակի դեպքում: Կնոջը կարող է տրվել անաշխատունակության թերթիկ՝ մինչև 3 օր:¹¹ Ինչպես ցույց են տալիս հարցազրույցները բժիշկների հետ տարբեր մարզերի տարբեր բուժական հաստատություններում, **իրավիճակը տարբերվում է պրակտիկայում:**

«Մի քիչ մնում ա, պառկում ա մի քիչ: Իրանք էլ չեն ուզում, եթե լավ են զգում վեր են կենում, գնում են: Նարկոզից հետո մի քիչ ավելի երկար են մնում... Մի ժամի չափ... Բայց, դաժե ծանր վիժումներով անում, գնում են»: (բժիշկ, Արմավիրի մարզ)

«Մի քանի ժամվա մեջ... անցնում ա, գնում են: Արյան կորստի դեպքում անալիզները նորից են հանձնում»: (բժիշկ, Լոռու մարզ):

Հետաքրքրատյան խորհրդատվության պարագայում արդեն իսկ կարևոր են դառնում հակաբեղմնավորիչների և առողջության մասին հոգ տանելու մասին զրույցները բժիշկների հետ: Առաջ է գալիս նաև **ընտանիքի պլանավորման ավելի նպատակահարմար ձևերի քննարկման անհրաժեշտությունը:** Ընտանիքի պլանավորումը հնարավորություն է տալիս կանանց նաև պլանավորել հակաբեղմնավորիչների օգտա-

գործումը, տեղեկացված լինել դրանց մասին: Սակայն այս դեպքում նույնպես կան որոշ խնդիրներ, որոնցում մեծ դեր **ունեն հասարակական պատկերացումները և տղամարդկանց իշխանական մոտեցումները՝ կնոջ մարմնի նկատմամբ:**

Առանձնակի ուշադրության արժանի է այն հանգամանքը, որ **անկախ գտնվելու վայրից** բժիշկների և բուժքույրերի համաձայն **տղամարդիկ իրենց ուրույն տեղն ունեն արքայի ընդհանուր գործընթացում** որոշումից մինչև իրականացում և կանխարգելում: Այդպես, մի քանի բժիշկներ նշեցին, որ տղամարդիկ հաճախ պատճառ են հանդիսանում կանանց բազմակի արքայության, քանի որ **«թույլ չեն տալիս» կանանց օգտագործել հակաբեղմնավորիչներ.** **«Արքայի թեման, ընդհանրապես ազգային մենթալիտետի հարց ա: Հայ տղամարդիկ չեն ցանկանում պրեզերվատիվ օգտագործել: Կան, որ նաև չեն թողնում կնոջը սպիրալ դնել»** (բժիշկ, Երևան):

«Ինչու դուրսը օգտագործի, բայց ոչ իր կնոջ հետ... Պահպանակների ծրագիրը չգիտենք կշարունակվի, թե չէ, բայց լավ էր, չէին ուզում, բայց գրել էմ, ստիպել էմ, որ տանեն: Գնացել են տուն, ամուսինները թե բա՝ ով ա քեզ տենց բան սովորացրել» (բժիշկ, Գեղարքունիքի մարզ):

Այդուհանդերձ պետք է նշել, որ որոշ մասնագետներ նշում են, որ լինում են դեպքեր, որ կանայք «թաքուն սպիրալ են դնում» կամ օգտագործում հակաբեղմնավորիչ հորմոնալ դեղեր՝ առանց

.....
11. ՀՀ կառավարության որոշումը հղիության արհեստական ընդհատման կարգը և պայմանները հաստատելու մասին (օգոստոսի 2004 թվականի N 1116-Ն) <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=12781>

ամուսնուն դրա մասին տեղեկացնելու:

Աբորտի հետ կապված լուրջ քննարկման առարկա են դառնում նաև **սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների մասին բացահայտումները** բժիշկների կողմից: Բժիշկների հետ հարցազրույցները ցույց տվեցին, որ հատկապես մարզերում բավական տարածում ունեն ՍԾՓՎ-ները, որոնց մասին **ոչ միայն ամուսինները, այլ նաև կանայք տեղյակ չեն լինում: «...Գալիս են կոնսուլտացիայի, հարցնում են՝ արտադրություն բան ունես, ասում են՝ չէ, բան չունենք, պառկում են աթոռին, մեկ էլ տեսնում են՝ էլ ինչ չունեն... ծորում են...» (բժիշկ, Շիրակի մարզ):**

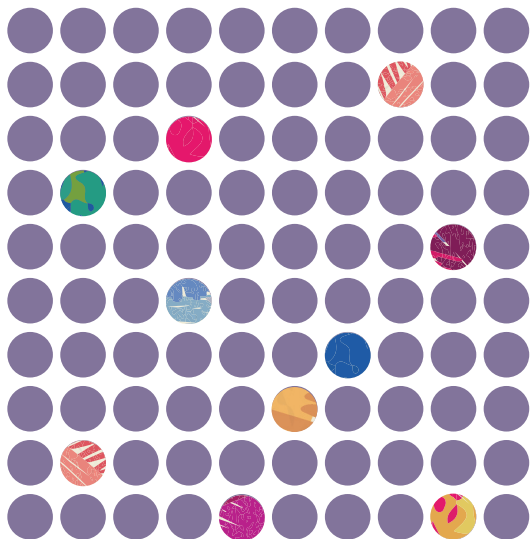
Իսկ որոշ տիպի **հակաբեղմնավորիչների օգտագործումը**, օրինակ՝ ներարգանդային պարույրի (ՆԱՊ) տեղադրումը, հակացուցված է ՍԾՓՎ-ների դեպքում: Պարույրը կիրառելի չէ այն կանանց համար, ովքեր վերջին 3 ամսում ՍԾՓՎ են ունեցել կամ դրանով վարակվելու վտանգ ունեն (կինը կամ նրա գուգընկերը ունեն մի քանի սեռական գուգընկեր), քանի որ արդեն ՆԱՊ-ը տեղադրելու պահին սեռավարակը տարածելու վտանգ կա¹²:

Հատկանշական է այն փաստը, որ ըստ բժիշկների **արդեն նաև կանայք են հրաժարվում ամուսինների հետ սեռական հարաբերություն ունենալիս պահպանակ օգտագործելուց՝** պատճառաբանելով, որ դա ազդում է սեռական ակտից ստացած իրենց **հաճույքի վրա. «Արդեն կանայք էլ կան,**

որ ասում են գոնե պահպանակ ա, բան ա, կարևոր ա, հրաժարվում են, ասում են՝ պահպանակով բան չեմ զգում... հաճելի չի... Ինչ ասես» (բժիշկ, Գեղարքունիքի մարզ):

Ըստ Էուրոյան հետազոտությանը մասնակցած մասնագետները նշում էին, որ հղիության ընդհատումից հետո **գրուցում են կանանց հետ և խորհուրդներ են տալիս «զգույշ լինելու», հակաբեղմնավորիչ միջոցներ օգտագործելու և անընդհատ ստուգումներ անցնելու մասին:** Այդուհանդերձ, կանանց բավական լուրջ առողջական խնդիրները դեռևս շարունակական են, իսկ հակաբեղմնավորիչների և պաշտպանվելու տարատեսակ միջոցների օգտագործումը անգամ հասանելիության դեպքում մի շարք խոչընդոտների հաղթահարման հետ է կապված՝ ներառյալ գենդերային կարծրատիպերը և կանանց մարմնի նկատմամբ սեփական գործողության ընդունում և տղամարդկանց իշխանական նկրտումների կանխարգելում:

.....
12 Ներարգանդային պարույր (ՆԱՊ), <https://www.doctors.am/symptoms/nerargandayin-paruyr>



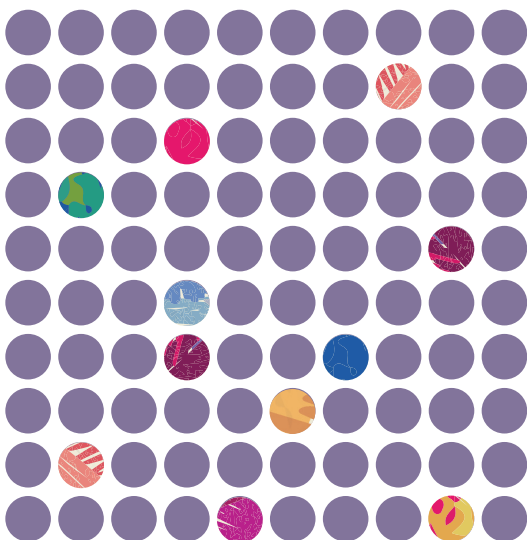
Այլ
դիտարկումներ

Հետազոտության ընթացքում բժիշկների կողմից շատ քիչ անդրադարձ է կատարվել հղիության արհեստական ընդհատումների ավանդական մեթոդներին և արտահիվանդանոցային ընդհատումների դեպքերին: Սակայն անգամ Երևանում նշվել են օրինակ սխտորի կամ ձվածեղի օգտագործման միջոցով հղիությունն ընդհատելու փորձերի մասին: Բժիշկները նաև նշել են իրենց դիմած հղի կանանց մասին, ովքեր փորձել են թաքցնել արտաամուսնական կամ մինչամուսնական կապերից հղիությունները: Ըստ բժիշկների, եթե Երևանում չամուսնացած կանայք փորձել են «ազատվել հղիությունից», ապա մարզերում որոշ դեպքերում մինչ-

չամուսնական հղիության դեպքերը դիտվել են նաև որպես «կապելու» կամ «ամուսնություն դասավորելու» միջոց:

Հարցազրույցներում նաև նշվել են անչափահասների հղիության հետ կապված մի քանի դեպքեր: Նշված մի քանի դեպքերի վաղեմությունը դժվար է պարզել, սակայն բժիշկների համաձայն իրենք դիմել են ոստիկանություն՝ ըստ ընթացակարգի: Մարզերից մեկում նշված 16 տարեկան հղի աղջկա դեպքը կապված է եղել նրա արդեն ամուսնացած լինելու հետ:

Հարցազրույցների ընթացքում մի քանի բժիշկներ և բուժքույրեր նշեցին, որ իրենք էլ են դիմել հղիության ընդհատման:



Հիմնական

Եզրակացություններ

Փաստորեն, ինչպես և ակնկալվում էր, հղիության ընդհատման մասին խոսելիս անհնար է խուսափել համալիր և համակարգային խնդիրները մատնանշելուց: Ընդհանրացված տարբերակում դրանք հետևյալն են.

- Մշակութային պատկերացումներում, հասարակության շրջանում կանանցից և երեխա ունենալուց ակնկալիքները:
- Երեխայի՝ որպես մարդու և «երեխա» կոնցեպտի ինստրումենտալացում:
- Հասանելի և պատշաճ սեռական կրթության տրամադրումը վաղ տարիքում, որը, ինչպես ցույց են տալիս մեր հետազոտական թիմի նախորդ վերլուծությունները պատշաճ չի իրականացվում, իսկ իրականացման դեպքում կարող է հակառակ ազդեցություն ունենալ՝ վնասելով երիտասարդներին:
- Բժիշկների մոտեցումները և դիրքորոշումները աբորտի, սեռական կյանքի և վերարտադրողական առողջության վերաբերյալ:
- Կնոջ՝ սեփական կյանքի, առողջության, մարմնի նկատմամբ գործողության (agency), որոշումների կայացման հնարավորության բացակայությունը և սահմանափակումները:
- Ընտանիքի սոցիալական և ֆինանսական պայմանները:
- Կրոնական հավատալիքները, Էթնիկ պատկանելիությունը, դրա հետ կապված ուրույն պրակտի-

կաները:

- Տեղեկացվածության ցածր մակարդակը հղիության գործընթացների, հղիության արհեստական ընդհատման, սեփական մարմնի ու օրգանիզմի և մի շարք այլ տարրական գործընթացների մասին:
- Վախերը, ամոթը և այլն:

Այս ծրագրի հետազոտական աշխատանքների արդյունքում դուրս բերվեցին մի շարք կարևոր եզրահանգումներ: Դրանք ամփոփված ներկայացվում են ստորև:

- Հնարավոր չէ առանց բժշկի հետ նախնական խորհրդատվության կամ բուժհաստատության հետ պայմանագիր կնքելու և այլ անհրաժեշտ փաստաթղթերի շրջանառության իրականացնել հղիության արհեստական ընդհատման գործընթացը՝ ամբողջապես: Սա կարևոր է նշել ոչ թե բացասական իմաստով, այլ կապված այն հանգամանքի հետ, որ, ըստ Էության առաջին հայացքից պարզ ընթացակարգի տպավորություն թողնելով, այն բավական բարդ է հաստատություն դիմող կանանց համար:
- Շատ կանայք իրականում մանրամասն չեն ծանոթանում պայմանագրի կամ այլ փաստաթղթերի բովանդակությանը, որոնց վրա դնում են իրենց ստորագրությունը՝ հույսը դնելով բժշկի բանավոր խոսքի վրա (անգամ եթե խոսքը

վերաբերում է հետագայում հնարավոր բարդություններին): Այս մասին են վկայում նաև միևնույն կնոջ կողմից պարբերաբար կրկնվող հղիության ընդհատման դեպքերը, ինչը կարող է վկայել պայմաններին և հետևանքներին ոչ լիարժեք ծանոթ լինելու մասին:

- Հետազոտությունը ցույց տվեց և ևս մեկ անգամ փաստեց, որ հղիության արհեստական ընդհատման այժմյան գործընթացների պարագայում գրեթե անհնար է պահպանել գաղտնիություն կամ անանունություն: Գաղտնիությունը այս հետազոտության շրջանակներում դիտարկվում է ընտանիքից, համայնքից և այլ բժիշկներից/մասնագետներից գաղտնիության առումով:
- Խոսքային տիրույթում բոլոր մասնակից բժիշկները և բուժքույրերը դեմ են հղիության արհեստական ընդհատմանը: Այն իրենց կարծիքով վտանգավոր է, մեղք է, մարդասպանություն է: Պրակտիկայում փաստորեն իրավիճակը փոքր-ինչ տարբերվում է, քանի որ անկախ դիրքորոշումից ծննդաբերությունների հետ մեկտեղ նրանք իրականացնում են հղիության ընդհատումներ ևս: Ավելին, որոշ մասնագետներ նաև գտնում են, որ հնարավոր չէ լինել լիարժեք գինեկոլոգ առանց այդ ծառայության մատուցման:
- Հղիությունը և մոտ ապագայում երեխա ունենալու փաստը կար-

ևորվում է մի քանի ասպեկտներով. ազգի պահպանում, արտագաղթին հակազդում, «երեխան լավ բան է» տրամաբանություն: Այդ պատճառով էլ հղիության ընդհատումները դիտվում են որպես միևնույն միջակայքի հակառակ բևեռ:

- Ըստ մասնագետների միանշանակ չէ, որ հղիության արհեստական ընդհատումը ամբողջապես և միայն կնոջ որոշումն է. հաճախ տղամարդիկ են հանդիսանում հղիության ընդհատման նախաձեռնողները:
- Տղամարդիկ շարունակում են սահմանափակել կանանց գործորդությունը և «թույլ չեն տալիս» նրան «պահել երեխային» և/կամ հակաբեղմնավորիչներ օգտագործել:
- Ինչպես և արդեն հայտնի էր նաև գործընկեր կազմակերպությունների հետազոտական և պրակտիկ աշխատանքներից, մեծ տարածում ունեն սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակները (հատկապես կապված տղամարդկանց անկանոն միգրացիայի հետ): Շատերը (թե տղամարդիկ, թե կանայք) ըստ բժիշկների անգամ չգիտեն սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների առկայության մասին: Նման իրավիճակում արդեն իսկ դժվար է խոսել հակաբեղմնավորիչների պատշաճ օգտագործման մասին:
- Ըստ բժիշկների հղիության ընդհատման հանգամանքները կամ

պատճառները տարբեր են. ամուսինների և իրենց կողմից հերթական երեխա ունենալու ցանկության բացակայությունից մինչև բռնություն և սոցիալական պայմաններ, որոնք թույլ չեն տալիս հերթական երեխային պատշաճ կերպով մեծացնել:

- Հետազոտությանը մասնակցած մասնագետները նշեցին, որ մարզային քաղաքներում մեծ տարածում ունի սայտոտեկ (միզոպրոստոլ) դեղորայքի ազատդեղատոմսի վաճառքը և գնումը, ինչը հակասում է 2014 թվականի պաշտոնական արգելքի մասին որոշմանը: Կարևոր է շեշտադրել այն հանգամանքը, որ նման իրողությունը չպետք է բերի ավելի կտրուկ որոշումների քաղաքականություն մշակողների շրջանում: Ընդհակառակը. ավելի խորը ուսումնասիրություններ են անհրաժեշտ հենց որոշումների կայացման մակարդակում, որից հետո ոլորտի փորձագետների հետ բազմամակարդակ քննարկումների միջոցով հնարավոր կլինի գտնել ամենանպատակահարմար լուծումը:
- Դեղորայքի չվերահսկվող օգտագործումը անմիջականորեն կապված է անհատների և ընտանիքների ֆինանսական և ընդհանուր սոցիալական պայմանների հետ:
- Ստացված արդյունքների վերլուծության արդյունքում պարզ դարձավ, որ դեղորայքի նման չվերահսկվող օգտագործումը գե-

րակշռում է և տարածված է հատկապես մարզային քաղաքներում: Ըստ մասնագետների երևանում ավելի շատ են նախապես դիմում հակաբեղմնավորիչների օգտագործմանը, ինչպես նաև մասնագետի հսկողության տակ հղիության ընդհատումներին:

- Ինչպես ծննդօգնության, այնպես էլ հղիության արհեստական ընդհատումների նպատակով մարզային քաղաքներից հաճախակի են մեկնում Երևան: Սա չի հակասում որևէ պաշտոնական իրավական ակտի, սակայն դժվարեցնում է ըստ բնակավայրերի պատշաճ վիճակագրություն ստանալու հնարավորությունները և տեղում պատշաճ բարեփոխումներ իրականացնելու գործընթացներին: Չի վարվում նաև հստակ վիճակագրություն (արդեն երևանում), թե ինչու են կանայք դիմում Երևանի բուժհաստատություններ:
- Հղիության ընդհատման գործընթացը դժվար և ոչ հաճելի է նաև հենց բժիշկների համար: Գործընթացն իրականացնելու հանգամանքը որոշ դեպքերում ցածրացնում է իրենց սոցիալական դիրքը՝ որպես բժիշկ:
- Հետազոտության տվյալների հավաքագրման ամբողջ ընթացքում «կարմիր թելով» առկա էր մի կարևոր հանգամանք. ոչ պատշաճ տեղեկատվությունը և սեռական և վերարտադրողական առողջության առանձնահատկությունների

մասին ոչ բավարար տեղեկացվածությունը կանանց կարող է դարձնել կրկնվող և անապահով հղիության ընդհատումների գոհ: Հաճախակի են նաև դեպքերը, երբ կանայք, որևէ դեղորայք օգտագործելուց հետո, նույնը «խորհուրդ են տալիս» իրենց ընկերուհիներին, հարևանուհիներին, բարեկամուհիներին և այլ մտերիմներին՝ առանց հաշվի առնելու տարբեր օրգանիզմների վրա դրանց տարբեր ազդեցությունները և հետևանքները:

- Վիրահատական հղիության ընդհատման դեպքում հաճախ (հատկապես մարզային քաղաքներում) կանայք հրաժարվում են ամբողջական անզգայացումից մի շարք պատճառներով՝ գումարի բացակայություն, ժամանակի սղություն, ամուսնուց գաղտնի ընդհատում անելու հանգամանք: Բժիշկները երբեմն անտեսում են այդ ցանկությունը և ՀԱՀ-ը իրականացնում են անզգայացման միջոցով:
- Կրոնական դիրքորոշումները և էթնիկ պատկանելիությունը մեծ դեր ունեն հղիության արհեստական ընդհատում չանելու հարցում: Նույն հանգամանքները կապված են նաև ընտանիքի սոցիալական պայմանների և հղիության ընդհատում չանելու հետ. որքան շատ են երեխա ունենում, այնքան ավելի ծանր սոցիալական պայմաններում են ապրում ընտանիքները: Հատկապես կրոնական դիրքորո-

շումների շրջանառության դեպքում են կանայք իրենց մեղադրում «մեղք գործելու» մեջ:

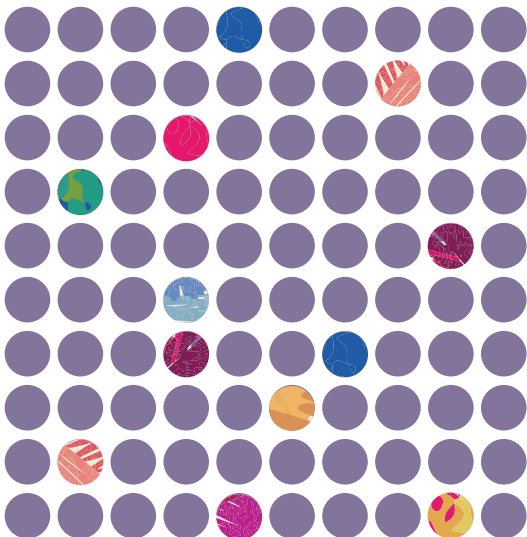
- Կրոնը նաև դեր է խաղում բժշկի՝ հղիության ընդհատում անելու կամ չանելու վրա: Բժիշկը, ելնելով իր կրոնական դիրքորոշումներից, կարող է հրաժարվել իրականացնել հղիության արհեստական ընդհատում: Սակայն բարդ իրավիճակներում (բժշկական ցուցումով, դեղորայքից շարունակվող արյունահոսություններ, թույլ կամ անգիտակից վիճակ) դիրքորոշումը կորցնում է իր նշանակությունը:
- Եռօրյա պարտադիր սպասելաժամանակը ոչ այնքան միանշանակ է ընդունվում մասնագետների կողմից: Կնոջը «համոզելու» տեսանկյունից այն ընդունվում և նկարագրվում է որպես դրական փոփոխություն օրենսդրությունում մի քանի տարի առաջ: Մասնագետներից որոշների կարծիքով կնոջ վերջնական որոշման վրա հազվադեպ կարելի է ազդեցություն ունենալ: Միևնույն ժամանակ, քանի որ հաճախ կանայք լիովին կողմնորոշված չեն լինում հղիության ընդհատման հետ կապված, եռօրյա պարտադիր սպասելաժամանակը շատ լավ միջոց է նրանց հետ պահելու դեռևս չկայացրած որոշումից: Չկողմնորոշված և դժվարությամբ որոշում կայացնելու հանգամանքը կարող է կապված լինել հենց վերարտադրողական տարբեր գործընթացների մա-

սին ցածր տեղեկատվության հետ: Միևնույն ժամանակ, մեր հետազոտությունըն թույլ տվեց պարզել, որ եռօրյա պարտադիր սպասելաժամանակը փաստորեն նպաստում է դեղորայքի անկանոն օգտագործմանը և բարդություններով բուժհաստատություն վերադառնալուն:

- Մասնագետների խոսքերով հղիության արհեստական դիմումների մասին դիսամիկան խիստ նվազել է: Նրանք այս նվազումը կապում են ընտանիքի պլանավորման ինստիտուտի ներդրման, ինչպես նաև հակաբեղմնավորիչների համեմատաբար ավելի շատ օգտագործման հետ:
- Հետազոտությունը ցույց տվեց, որ հղիության ընդհատումից հետո կանայք, հաճախ գիտակցելով բարդությունները, լքում են հաստատությունը նախատեսվածից

շուտ: Բժիշկները այս ընթացքում փորձում և իրականացնում են խորհրդատվություն, որը վերաբերում է հակաբեղմնավորիչների օգտագործմանը և ընդհանուր առմամբ առողջությանը հետևելուն: Սակայն նման իրավիճակում դժվար է հստակ եզրակացություններ անել դրանց բովանդակության մասին:

- Հետազոտական թիմի կողմից խնդրային են համարվում նաև թե բժիշկների դիրքորոշումների մասին բացահայտումները, թե պարտադրված տեսահոլովակների ցուցադրումը պտղի զարգացման և սրտի աշխատանքի մասին, որոնք կարող են կնոջ մոտ առաջացնել մեղքի զգացում, մեղադրանքներ ինքն իր հանդեպ, ինչպես նաև բերել այլ ծանր հոգեբանական սթրեսների:



Առաջարկություններ

- Հղիության արհեստական ընդհատման դիմելու ավելի պարզեցված ընթացակարգեր գրանցման, ընդունելության/խորհրդատվության և հետաքրքրային խնամքի հետ կապված: Օրինակ՝ ՀԱԸ գրանցման նոր համակարգի ներդրում տարբեր հնարավորություններ և ռեսուրսների հասանելիություն ունեցող կանանց համար ՀՀ ամբողջ տարածքում:
- Սեռական և վերարտադրողական առողջության վերաբերյալ կրթական ծրագրերում ցուցաբերել ավելի մասնագիտական մոտեցում: Հատկապես հանրակրթական դպրոցներում «Առողջ ապրելակերպ»-ի շրջանակներում սեռական և վերարտադրողական առողջության մասին խորացված գիտելիքի տրամադրում նաև ոչ ֆորմալ կրթության ոլորտի հետ համագործակցությամբ:
- Սեռական և վերարտադրողական առողջության բնագավառի կրթական ոչ ֆորմալ հնարավորությունների ընդլայնում տարբեր տարիքի անձանց համար:
- Համապատասխան մասնագետների (գինեկոլոգներ, ընտանեկան բժիշկներ, բուժքույրեր) կրթության ընթացքում ավելի ազատական և պրոգրեսիվ մոտեցումների ուսուցանում, այս առումով նաև կրթական ծրագրերի վերանայում: Կրթության կազմակերպման ընթացքում ապագա բժիշկների և առողջապահության ոլորտի մասնագետների շրջանում գենդերյալիս զգայունության խթանում (ներառյալ համապատասխան ՀԿ-ների հետ համագործակցությամբ):
- Կանանց շրջանում իրենց մարմնի, օրգանիզմի, առողջության և վերջապես կյանքի նկատմամբ վերաբերմունքի փոփոխությանն ուղղված միջոցառումներ:
- Առողջ ապրելակերպի խթանման միջոցով նաև պարբերական բժշկական ստուգումների իրականացման մշակույթի տարածում:
- Հակաբեղմնավորիչների օգտագործման մասին տեղեկատվության և դրանց օգտագործման մշակույթի տարածում հասարակության տարբեր խմբերի շրջանում: Ընտանիքի պլանավորման ինստիտուտի ուժեղացում, որը հենց հնարավորություն կտա մեկ առ մեկ կրթել դիմող յուրաքանչյուր քաղաքացու: Այս առումով նաև ստացվել է աշխատավարձերի բարձրացման առաջարկ մարզային հաստատությունների ներկայացուցիչներից:
- Գինեկոլոգների և ընտանիքի պլանավորման մասնագետի վարկանիշի բարձրացմանն ուղղված միջոցառումներ: Առաջարկը ստացվել է հենց բժիշկների կողմից, ինչը ցույց է տալիս, որ մասնագետները զգում են դրա կարիքը:

