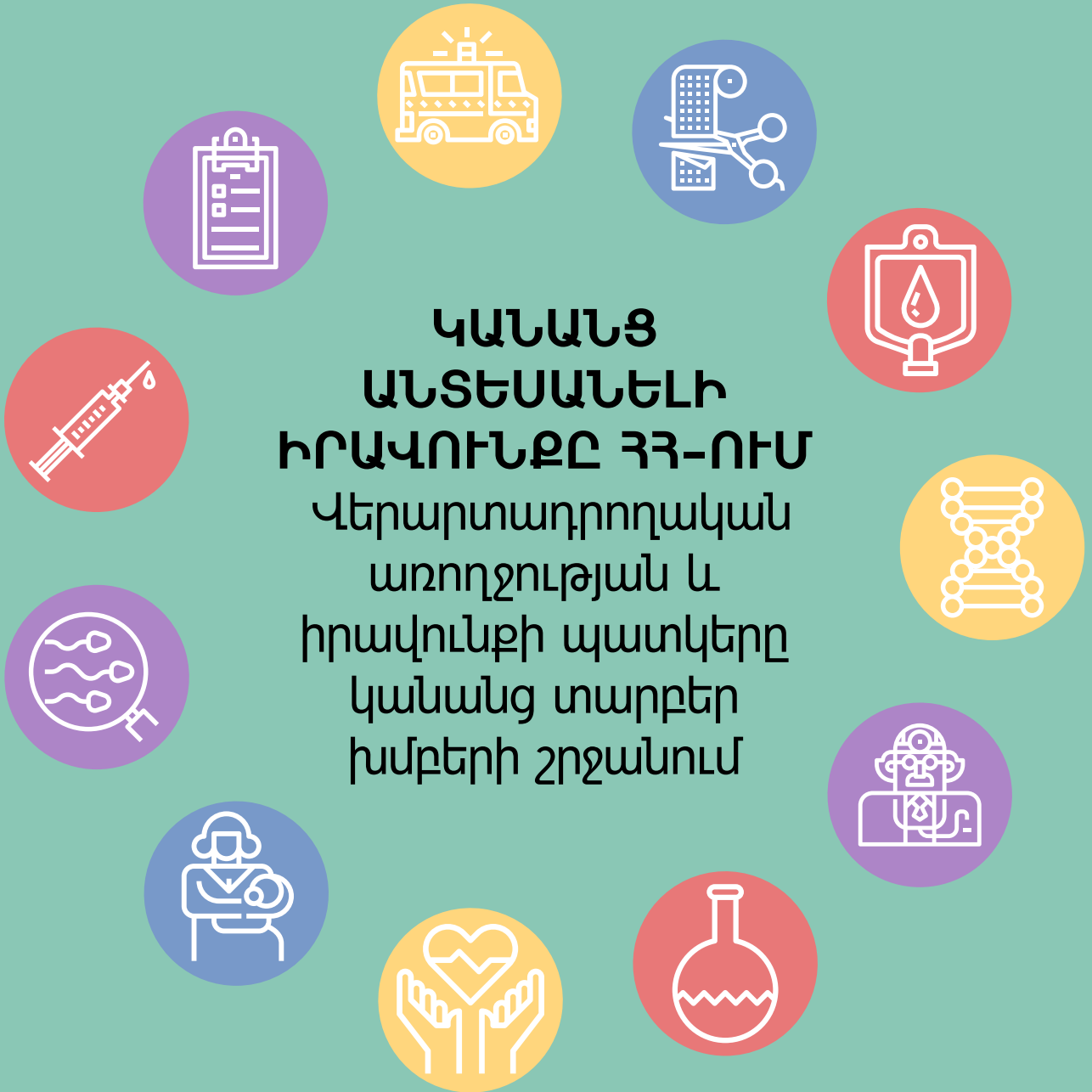


Երևան, 2018

**ԿԱՆԱՆՑ
ԱՆՏԵՍԱՆԵԼԻ
ԻՐԱՎՈՒՆՔԸ ՀՀ-ՈՒՄ**
Վերարտադրողական
առողջության և
իրավունքի պատկերը
կանանց տարբեր
խմբերի շրջանում



Իրավիճակի վերլուծություն

Երախտիքի խոսք

Սույն զեկույցը մշակվել է «Կանանց ռեսուրսային կենտրոն» հասարակական կազմակերպության նախաձեռնությամբ ստեղծված «Վերարտադրողական առողջության և իրավունքի հարցերով զբաղվող ցանցի» կողմից: Ցանցի անդամները տարբեր ոլորտներում կանանց վերարտադրողական առողջության և իրավունքի հարցերով զբաղվող իրավապաշտպաններ և համապատասխան ոլորտի մասնագետներ են: Ցանցի ստեղծումը նպաստեց նրանց ջանքերի համախմբմանը և նրանց կողմից իրականացվող իրավապաշտպան գործունեության համատեղմանը՝ դարձնելով այն ավելի ներառական և միջխմբային (ինտերսեկցիոնալ):

Ցանցի անդամները հատուկ շնորհակալություն են հայտնում բոլոր այն կանանց, ովքեր խիզախություն ցուցաբերեցին և կիսվեցին իրենց պատմություններով իրավապաշտպանների հետ, քանզի վերջիններս կարողացան այդ պատմությունների վերլուծության հիման վրա ներկայացնել ոլորտում առկա իրավիճակը և բացերը:

Չեկույցը պատրաստեցին՝

Վիոլետա Չոփուկյան՝ **Մաս 1.1 և Գլուխ 2**

Գոհար Փանաջյան՝ **Մաս 1.2 և Գլուխ 2**

Անուշ Պողոսյան՝ **Մաս 3.1 և 3.4**

Աննա Հովհաննիսյան՝ **Մաս 3.1**

Չարուհի Բաթոյան՝ **Մաս 3.2**

Լիլիթ Ավետիսյան՝ **Մաս 3.3**

Բելլա Թամոյան՝ **Մաս 3.4**

Ժենյա Մայիլյան՝ **Մաս 3.5**

Չեկույցում ներկայացված է կանանց վերարտադրողական առողջության և իրավունքին վերաբերող ընդհանուր իրավիճակը ՀՀ-ում: Անդրադարձ է կատարվում օրենսդրական դաշտին և ընդհանուր քաղաքականությանն, ինչպես նաև կանանց տարբեր խմբերի շրջանում վերարտադրողական առողջության և իրավունքի ոլորտում առկա իրավիճակին: Չեկույցում առանձին անդրադարձ է կատարվում հղիության արհեստական ընդհատման իրավունքին և ՀՀ-ում այս իրավունքի հասանելիության ու մատչելիության ապահովման խնդիրներին: Սույն փաստաթղթի նպատակն է կառավարական ատյաններին, որոշում կայացնողներին և քաղաքացիական հասարակությանը ծանոթացնել կանանց վերարտադրողական առողջության և իրավունքի իրացմանը ՀՀ-ում: Չի թույլատրվում օգտագործել, թարգմանել և տարածել զեկույցից որևէ հատված առանց հղումների:

ՀԱՍՏՑՎԱԿՈՒՆՈՒՄԻՃ

4

8

10

13

14

17

19

20

20

21

22

22

24

1

Ներածություն

Վերարտադրողական առողջության օրենսդրական դաշտը և քաղաքականությունը ՀՀ-ում. իրավիճակը և բացերը

1.1 Կնոջ վերարտադրողական իրավունքը ՀՀ-ում. օրենսդրական վերլուծություն Անվտանգ մայրությունը և ծննդօգնությունը կարգավորող օրենսդրությունը ՀՀ-ում

Վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառումը

Գաղտնիության իրավունք

Սեռական կրթություն

1.2 Վերարտադրողական առողջության քաղաքականությունը ՀՀ-ում

Ծննդօգնությունը ՀՀ-ում

Մայրական մահացության

կառուցվածքը Հայաստանում

Ծննդօգնության և մայրական մահացության ոլորտում առկա հիմնական խնդիրները

Հակաբեղմնավորիչ միջոցների կիրառումը ՀՀ-ում

Վերարտադրողական համակարգի քաղցկեղի շուրջ առկա իրավիճակը ՀՀ-ում

1.3 Վերարտադրողական առողջության բարելավման ռազմավարության և 2016–2020 թվականների գործողությունների ծրագիրը

30

31

32

33

34

34

2

Հղիության արհեստական ընդհատումները ՀՀ-ում. իրավական դաշտը և քաղաքականությունը

2.1 Ինչ է պարտադիր սպասման ժամանակահատվածը

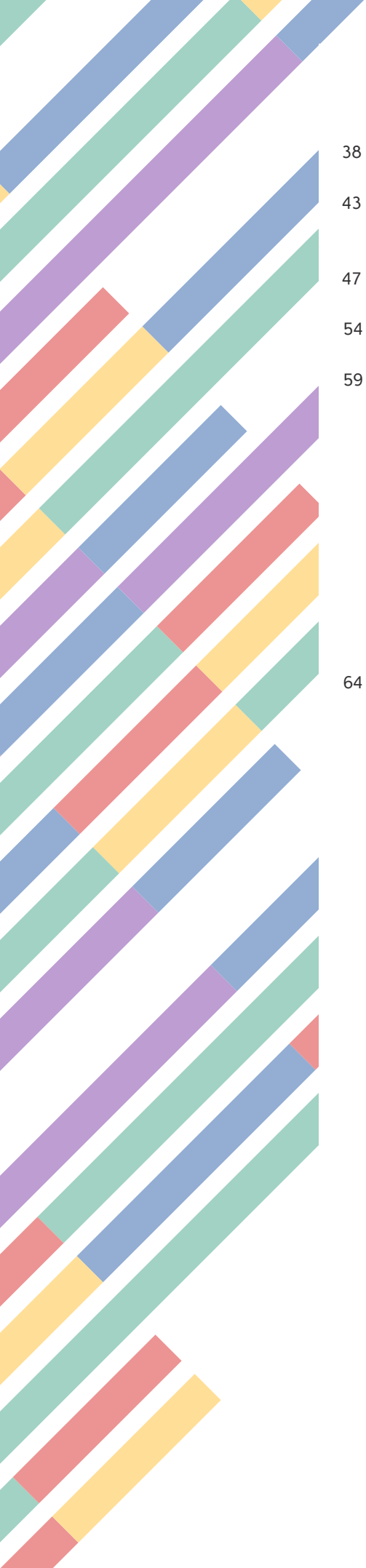
2.2 Ինչ է իրենից ներկայացնում կողմնակալ խորհրդատվություն և տեղեկատվություն տրամադրելու պահանջը Ինչ է իրենից ներկայացնում կողմնակալ խորհրդատվություն և տեղեկատվություն տրամադրելու պահանջը

2.3 Միջազգային իրավական դաշտը հղիության արհեստական ընդհատումների ոլորտում

2.4 Հղիության արհեստական ընդհատումների ոլորտում առկա օրենսդրությունը ՀՀ-ում

Հղիության արհեստական ընդհատումների իրավիճակը Հայաստանում և տարվող պետական քաղաքականությունը

Հղիության արհեստական ընդհատման կարգում և պայմաններում ամրագրված փոփոխությունները



3

Կանանց տարբեր խմբերի վերարտադրողական
ամողջության և իրավունքի հասանելիությունը ԶԳ-ում

3.1 Հղիության արհեստական ընդհատումների
իրավիճակը գյուղաբնակ կանանց շրջանում

3.2 Վերարտադրողական ամողջության ծա-
ռայությունների մատչելիությունը հաշման-
դամություն ունեցող կանանց համար

3.3 ԼԲ կանանց և տրանս* անձանց իրադրությունը սե-
ռական և վերարտադրողական ամողջության ոլորտում

3.4 Եզդի կանանց վերարտադրողական ամողջու-
թյան և իրավունքի հիմնախնդիրները ԶԳ-ում

3.5 ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց վերարտադրողական
ամողջության և իրավունքի իրավիճակը ԶԳ-ում

3

Ձեկույցում հանդիպող պարզաբանման ենթակա
հասկացություններ և հապավումներ

Սեռական և վերարտադրողական իրավունքները, այդ թվում սեռական և վերարտադրողական առողջությունը մարդու իրավունքների հայեցակարգի անբաժան մասն են կազմում և խիստ կարևոր է, որպեսզի պետությունն իր քաղաքականության միջոցով կարգավորի այդ իրավունքների հասանելիությունը կանանց բոլոր խմբերի համար:¹

Չնայած վերջին տասնամյակում կանայք ձեռք են բերել որոշակի անկախություն՝ տնօրինելու սեփական կյանքը և կայացնելու սեփական մարմնի մասին որոշումները, միևնույն է կանայք շարունակում են բախվել խտրական և կանխակալ մոտեցումների, երբ առնչվում են սեռական և վերարտադրողական առողջությանը և իրավունքին վերաբերող հարցերին: Շատ երկրներում օրենքները, քաղաքականությունները և պրակտիկան դեռևս չեն ապահովում կանանց ինքնուրույն որոշում կայացնելու լիարժեք հնարավորությունները, ուսնահարում են արժանապատվությունը և չեն ներառում որոշումների կայացման գործընթացներում:²

Չեկույցի շրջանակներում «վերարտադրողական իրավունք» ասելով հեղինակները հղում են կատարում քաղաքացիական, քաղաքական, տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքներին, որոնք պաշտպանված են մարդու իրավունքների միջազգային օրենքներով և ստանդարտներով, և որոնք կիրառելի են մարդկանց վերարտադրողական կյանքում: Այդ իրավունքները ներառում են, բայց չեն սահմանափակում՝ առողջության իրավունքը, կյանքի իրավունքը, խոշտանգումներից և վատ վերաբերմունքից զերծ լինելու իրավունքը և գաղտնիության իրավունքը: Կարևոր է նաև նշել, որ դրանք ներառում են գենդերային հավասարության և իրավունքների իրացման շրջանակներում խտրականությունից զերծ մնալու սկզբունքները, որոնք պարտավորեցնում են պետությանը ձեռնարկել բոլոր քայլերն ապահովելու կանանց և աղջիկների համար արժանապատիվ կյանք:

Կառուցվածքային առումով Չեկույցը բաղկացած է երեք հիմնական մասերից: Առաջին հատվածում հեղինակները վեր են լուծում վերարտադրողական իրավունքը ՀԳ-ում, ինչպես նաև վերարտադրողական առողջության ոլորտում տարվող քաղաքականությունը: Չեկույցի երկրորդ մասը վերաբերում է հղիության արհեստական ընդհատման իրավիճակին, մասնավորապես վեր է լուծվում իրավական ոլորտը և առկա քաղաքականությունը: **Այս ոլորտը որպես առանձին գերակայություն ընտրվել է՝ հաշվի առնելով Հայաստանում, ինչպես և ամբողջ**

¹ See: Women's sexual and reproductive rights in Europe, Issue paper. Council of Europe, 2017. P. 5.

² Նույն տեղում:

աշխարհում, կանանց իրավունքների հայեցակարգի շրջանակներում արքայի իրավունքի լիարժեք պաշտպանության հրամայականը: Արքայի իրավունքը կնոջ՝ սեփական մարմնի, կյանքի և առողջության վերաբերյալ որոշումների կայացման կարևորագույն մեխանիզմներից է: Պատահական չէ, որ հենց այս իրավունքի իրացման հետ են կապված մի շարք խորքային կարծրատիպեր, նախապաշարումներ, խտրական և վնասակար պատկերացումներ և նորմեր, որոնք կոչված են սահմանափակելու կնոջ՝ ազատ ընտրություն կատարելու հնարավորություններն ու իրավունքները: Չեկույցի երրորդ հատվածը վերաբերում է կանանց տարբեր խմբերի շրջանում վերարտադրողական առողջության և իրավունքի իրավիճակի վերլուծությանը: Չեկույցի վերջին հատվածում կարող եք գտնել վերարտադրողական առողջության և իրավունքի վերաբերյալ տերմինաբանական բառարան:

Չեկույցի պատրաստման մեթոդաբանությանը անդրադառնալով, նախ նշենք, որ Չեկույցի հիմքում ընկած է նյութերի երկրորդային վերլուծությունն ու բանավոր պատմությունների վերլուծությունը: Յուրաքանչյուր գլխում ներկայացված նյութը հանդիսանում է այդ նյութի հեղինակի մտավոր սեփականությունը: Չեկույցի յուրաքանչյուր համահեղինակ պատասխանատու է իր կողմից ներկայացված նյութի բովանդակության համար:

Չեկույցի շրջանակներում սահմանափակ է օգտագործված քանակական որևէ տվյալ: Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ ՀՀ սեռական և վերարտադրողական առողջության և իրավունքի վերաբերյալ առկա նյութերն ու Չեկույցները հիմնականում հիմնված են հենց քանակական տվյալների վերլուծության վրա, սույն Չեկույցը միտված է տալու իրավիճակի ոչ թե թվային, այլ մարդակենտրոն և իրավակենտրոն նկարագիրը: Իրավական և քաղաքականության վերլուծությանը վերաբերող գլուխներից բացի, մնացած բոլոր գլուխները կառուցված են անհատական պատմությունների, սեռական և վերարտադրողական առողջության և իրավունքի վերաբերյալ տարբեր խմբերի կանանց փորձառությունների շուրջ: Հենց այս փորձառությունների ներկայացումն ու փոխանցումն է հանդիսանում տվյալ Չեկույցի առաջնային նպատակը:

Չեկույցում արտացոլված են հաշմանդամություն ունեցող կանանց, LFS կանանց, եզդի համայնքի կանանց, ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց փորձառությունները: Չեկույցի խմբագրակազմն իբրև սահմանափակում է դիտարկում այն փաստը, որ Չեկույցի պատրաստման այս փուլում դեռ չեն հավաքագրվել բոլոր խմբերի կանանց փորձառությունը ներկայացվող նյութերը: Այս համատեքստում կարևոր է նշել,

որ Չեկույցն իր ձևաչափով «բաց» է և ենթակա է լրամշակումների և հավելումների: Վերարտադրողական առողջության և իրավունքի հարցերով զբաղվող ցանցը ողջունում է բոլոր խմբերի կանանց, ինչպես նաև որոշում կայացնողների, քաղաքականություն մշակողների և ոլորտի մասնագետների հետադարձ կապը, Չեկույցում ներդրում ունենալու և իրենց փորձառությունը ներկայացնելու միտումը: Ցանցը բաց է համագործակցության համար, ինչի հիման վրա էլ պարբերաբար իրականացվելու է սույն Չեկույցի լրամշակումը:

1

ԳԼՈՒԽ

Վերարտադրողական առողջության օրենսդրական դաշտը և քաղաքականությունը ՀՀ-ում. իրավիճակը և բացերը

1.1 Կնոջ վերարտադրողական իրավունքը ՀՀ-ում. օրենսդրական վերլուծություն

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունն (ԱՀԿ) առողջությունը սահմանում է ոչ միայն որպես հիվանդության կամ տկարության բացակայություն, այլև որպես մարդու ֆիզիկական, մտավոր և սոցիալական լիակատար բարեկեցության վիճակ: Առողջության սահմանման շրջանակներում ԱՀԿ-ն վերարտադրողական կամ սեռական առողջությունը որակում է որպես կյանքի բոլոր փուլերում վերարտադրողական գործընթացների, գործառնությունների և համակարգերի ամբողջություն:³

Վերարտադրողական առողջությունը (այսուհետ՝ ՎԱ) ենթադրում է, որ մարդիկ կարող են ունենալ պատասխանատու, բավարարող և ապահով սեռական կյանք, ունակ են վերարտադրել և իրենց վերարտադրողական կյանքի վերաբերյալ ազատ որոշումներ կայացնել: Այլ կերպ ասած կինը և տղամարդը պետք է տեղեկացված լինեն ծնելիության վերահսկողության անվտանգ, արդյունավետ, մատչելի և ընդունելի մեթոդների վերաբերյալ, միաժամանակ վերջիններիս համար պետք է մատչելի լինեն Նշված մեթոդները, ինչպես նաև սեռական, վերարտադրողական բժշկության համապատասխան առողջապահական ծառայությունները և առողջապահական կրթական ծրագրերը:

Վերարտադրողական առողջապահական ծառայություններից օգտվելիս անձինք շատ հաճախ կանգնում են անհավասարության առաջ: Անհավասարության համար կարող են հիմք հանդիսանալ մի շարք գործոններ, ինչպիսիք են օրինակ՝ սոցիալ-տնտեսական կարգավիճակը, կրթությունը, տարիքը, էթնիկական և կրոնական պատկանելիությունը և այլն:

Վերարտադրողական իրավունքներն իրենցից ներկայացնում են վերարտադրման և վերարտադրողական առողջության խնդիրների վերաբերյալ մարդու իրավունքների ենթաճյուղ: Նշված իրավունքները կարող են ներառել հետևյալ բոլոր իրավունքները կամ դրանցից մի քանիսը՝ օրինական և անվտանգ աբորտի, ծնելիության հսկողության, որակյալ վերարտադրողական առողջության պահպանման, ինչպես նաև վերարտադրողական առողջության վերաբերյալ հարկադրանքից, բռնությունից և խտրականությունից ազատ ընտրություն կատարելու իրավունք: Վերարտադրողական իրավունքները կարող են ներառել նաև հակաբեղմնավորիչների և սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների

3 See: http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/ (Մուտք է գործել 15.12.18)

րի վերաբերյալ կրթություն ստանալու իրավունքը, ինչպես նաև խտրական ամլացումից և աբորտից ազատ լինելու իրավունքը և այլն:

«Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքի⁴ 9-րդ հոդվածը սահմանում է մարդու վերարտադրողական իրավունքը, որի համաձայն յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի.

- որոշել իր երեխաների թիվը և նրանց ծնվելու ժամկետները,
- անցանկալի հղիությունից և հղիության արհեստական ընդհատումից խուսափելու նպատակով օգտվել ընտանիքի պլանավորման արդյունավետ և անվնաս միջոցներից ու մեթոդներից, դրանց վերաբերյալ ստանալ անհրաժեշտ տեղեկություններ,
- հղիության ընթացքում ստանալ հղիության և ծննդաբերության հետ կապված բժշկական օգնություն և սպասարկում՝ պետության կողմից երաշխավորված ամենամյա առողջապահական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում:

Սակայն կարևոր է նշել, որ ՀՀ-ում վերարտադրողական առողջության հետ կապված իրավահարաբերությունները կարգավորող հիմնական իրավական ակտը «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենք⁵ է: Այն կարգավորում է մարդու վերարտադրողական առողջության պահպանման, վերարտադրողական իրավունքի ապահովման, վերարտադրողականության ոլորտում տեխնոլոգիաների կիրառման կարգի ու պայմանների, ինչպես նաև դրանց հետ կապված այլ հարաբերություններ: Օրենքի 4-րդ հոդվածը սահմանում է վերարտադրողականության հետ կապված մարդու հետևյալ իրավունքները՝

- ինքնուրույն տնօրինել իր սեռական ու վերարտադրողական կյանքը, եթե դա չի վտանգում այլոց առողջությանը,
- ընտանիք կազմել, ինքնուրույն որոշել իր երեխաների թիվն ու նրանց ծնվելու ժամկետները և այդ նպատակով ունենալ պտղաբերության կարգավորման ապահով ու արդյունավետ ծառայությունների օգտվելու հնարավորություն,

• պաշտպանված լինել ճնշման բոլոր ծանրից, այդ թվում՝ սեռական շահագործումից և բռնությունից, հարկադրական հղիությունից, աբորտից, ամլացումից և վերարտադրողականության իրավունքների այլ խախտումներից,

- ստանալ հավաստի և ամբողջական տեղեկատվություն սեռական և վերարտադրողական առողջության հարցերի շուրջ, այդ թվում՝ պտղաբերության կարգավորման առկա միջոցների և մեթոդների առավելությունների, արդյունավետության և հնարավոր վտանգների վերաբերյալ,
- ստանալ բժշկական խորհրդատվություն և ծառայություններ սեռական և վերարտադրողական առողջության հարցերի շուրջ՝ մեկուսի ու գաղտնի պայմաններում,

• օգտվել բարձրորակ բուժկանխարգելիչ ծառայություններից և պաշտպանված լինել առողջության համար վտանգ ներկայացնող մեթոդների, այդ թվում՝ գիտական փորձերի կիրառումից,

• ինքնուրույն որոշումներ կայացնել սեռական և վերարտադրողական առողջության հետ կապված բժշկական միջամտություններ ստանալիս, բացառությամբ կյանքին սպառնացող շտապ միջամտություն պահանջող իրավիճակների և օրենքով նախատեսված այլ դեպքերի,

• օգտվել վերարտադրողականության նոր տեխնոլոգիաներից, ներառյալ՝ պտղաբերության կարգավորման ապահով և արդյունավետ միջոցներից և (կամ) մեթոդներից, ինչպես նաև անպտղության բուժման համար կիրառվող վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաներից:

Հարկ է նշել, որ օրենսդրությամբ սահմանված իրավունքների իրականացումն այլ ենթաօրենսդրական ակտերով երաշխավորված չէ: Օրինակ, անձի՝ իր սեռական ու վերարտադրողական կյանքի ինքնուրույն տնօրինման կամ սեռական և վերարտադրողական առողջության հետ կապված բժշկական միջամտություններ ստանալիս ինքնուրույն որոշումներ կայացնելու իրավունքը կյանքի կոչելու համար չկան օրենսդրորեն ամրագրված մեխանիզմներ կամ հստակ սանկցիաներ, որոնք թույլ կտան անձին առանց կողմնակի անձանց (երբեմն այդ թվում նաև ընտանիքի անդամների) իրացնել իր իրավունքները:

Միաժամանակ օրենքը կարգավորում է դեռահասների վերարտադրողական առողջության պահպանումը, այսպիսով, նշված օրենքի շրջանակներում դեռահասներն իրավունք ունեն՝

4 Տես՝ «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենք <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docID=104958> (Մուտք է գործել 28.12.17)

5 Տես՝ «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենք, <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=108716> (Մուտք է գործել 28.12.17)

- սեռական դաստիարակության, ինչպես նաև սեռական և վերարտադրողական առողջության պահպանման,

- իրազեկ լինել սեռական հասունացման, սեռական և վերարտադրողական առողջությանը վերաբերող հարցերին, ունենալ անհրաժեշտ գիտելիքներ հղիության արհեստական ընդհատման, սեռավարակների, այդ թվում՝ մարդու իմունային անբավարարության վարակի (ՄԻՎՎ) կանխարգելման ժամանակակից միջոցների վերաբերյալ,

- բարյացակամ և մեկուսի պայմաններում ստանալ մատչելի ու լիարժեք բժշկական խորհրդատվություն, անհրաժեշտության դեպքում նաև բուժօգնություն սեռական հասունացման, սեռական և վերարտադրողական առողջության հարցերի հետ կապված:

Անվտանգ մայրությունը և ծննդօգնությունը կարգավորող օրենսդրությունը ՀՀ-ում

Կինն ունի անվտանգ մայրության իրավունք:

Անվտանգ մայրության իրավունքը հղիության ընթացքում առողջության պահպանման, ծննդաբերության և հետծննդյան ժամանակաշրջանում իր, պտղի առողջությանը և նորածնին նվազագույն ռիսկ պատճառող մեթոդների կիրառմամբ օգնություն ստանալու իրավունքն է:

Կինն իրավունք ունի տեղեկություն ստանալու կրծքով կերակրման առավելությունների, ինչպես նաև մանուկների և վաղ տարիքի երեխաների առողջ և անվտանգ սնուցման վերաբերյալ: Հղիության ընթացքում ցանկացած բժշկական միջամտություն կատարվում է կնոջ համաձայնությամբ: Կինն իրավունք ունի հրաժարվել բժշկական միջամտությունից կամ պահանջել ընդհատել այն: Առանց հղի կնոջ համաձայնության, բժշկական հանձնաժողովի որոշմամբ, դրա անհնարինության դեպքում՝ բժշկի որոշմամբ, թույլատրվում է իրականացնել բժշկական միջամտություն հղի կնոջ կյանքին սպառնացող վտանգի, ինչպես նաև շրջապատի համար վտանգ ներկայացնող հիվանդությունների⁶ դեպքերում: Բժշկական միջամտությունից հրաժարվելու փաստը հնարավոր հետևանքների նշումով, գրանցվում է բժշկական փաստաթղթերում և գրավոր հավաստվում հղի կնոջ, դրա անհնարինության դեպքում՝ նրա ամուսնու կամ հարազատների, իսկ վերջինիս

անհնարինության դեպքում բուժանձնակազմի կազմած արձանագրությամբ:

Կարևոր է նշել, որ Օրենքը չի սահմանում «բժշկական միջամտություն» հասկացությունը, ինչը կարող է պրակտիկայում առաջացնել խնդիրներ:

Անվտանգ մայրության իրավունքն իր մեջ ներառում է նաև անցանկալի հղիությունից ու հղիության արհեստական ընդհատումից խուսափելու նպատակով բեղմնականիման արդյունավետ միջոցներից և (կամ) մեթոդներից օգտվելու իրավունքը: Առողջապահական ծառայությունները պետք է հավաստի տեղեկատվություն տրամադրեն բեղմնականիման առկա միջոցների և մեթոդների ապահովության, արդյունավետության և անվտանգության վերաբերյալ:

Միաժամանակ, Օրենքը սահմանում է, որ կինն իրավունք ունի հղիության ընթացքում ստանալ հղիության և ծննդաբերության հետ կապված անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում՝ պետության երաշխավորած առողջապահական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում:

Նշված իրավունքն անուղղակիորեն ամրագրված է նաև ՀՀ Կառավարության 2004 թ-ի 318-Ն որոշման⁷ մեջ: Որոշման հավելված 1-ը սահմանում է պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունք ունեցող բնակչության սոցիալապես անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերի ցանկը, որտեղ ներառված են նաև **վերարտադրության տարիքի կանայք՝ հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան շրջանում:**

Նշված հարաբերությունները կարգավորում են պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում արտահիվանդանոցային պայմաններում ցուցաբերվող մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման չափորոշիչը հաստատելու մասին ՀՀ առողջապահության

6 Տես՝ ՀՀ կառավարության «Շրջապատի համար վտանգ ներկայացնող հիվանդությունների ցանկը հաստատելու մասին» որոշում, <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=82483> (Մուտք է գործել 28.12.17)

7 Տես՝ ՀՀ կառավարության «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» որոշում <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=104405> (Մուտք է գործել 28.12.17)

Նախարարի 2014 թ-ի 77-Ն հրամանով⁸: Վերջինիս համաձայն պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում արտահիվանդանոցային պայմաններում ցուցաբերվող մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնությունն ու սպասարկումը հիմնականում իրականացվում է տարածքային սպասարկման սկզբունքով, միաժամանակ՝ յուրաքանչյուր բնակիչ իր բնակավայրի վարչական տարածքի շրջանակներում իրեն սպասարկող բժշկին՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգին, ընտրելու իրավունքն ունի, անկախ մինչ այդ կատարված տեղամասային կցումներից: Այն դեպքերում, երբ հղին ներկայացնում է քաղվածք իր բնակության վայրում հաշվառված չլինելու մասին կամ ուղեգրվում է որպես ռիսկի խմբի հղի, հսկողությունն իրականացվում է անվճար:

Այն դեպքերում, երբ կինը բնակվում է տվյալ առողջության առաջնային պահպանման բժշկական կազմակերպության սպասարկման տարածքում, սակայն ընտրում է մեկ այլ բժշկական կազմակերպության տարածքում ընդգրկված կանանց կոնսուլտացիա, ապա պետք է իր բնակության տարածքային բժշկական կազմակերպությունից ներկայացնի քաղվածք այն մասին, որ ինքը հաշվառված չէ այնտեղ և/կամ որպես հղի հսկողության տակ չի գտնվում, կամ էլ դուրս է եկել հաշվառումից: Սույն քաղվածքը տարածքային բժշկական կազմակերպության կողմից տրվում է անվճար:

Հարկ է նշել, որ Նշված տեղափոխությունը կարելի է իրականացնել միայն մարզի ներսում: Այսինքն ՅՅ մի մարզում գտնվող բժշկական հաստատության հաշվառումից դուրս գալու և մեկ այլ մարզի տարածքում կամ Երևանում գտնվող բժշկական հաստատությունում հաշվառվելու դեպքում ծննդօգնությունը կտրամադրվի վճարովի: Հաշվի առնելով պրակտիկայում տիրող այն իրավիճակը, որ Երևանում բժշկական օգնությունը և սպասարկումը շատ ավելի որակյալ են քան ՅՅ մարզերում, շատ հղի կանայք ցանկություն են հայտնում դուրս գալ մարզի բժշկական հաստատության իրենց հաշվառումից և հաշվառվել Երևանում, սակայն Նշված իրավական կարգավորման համաձայն այդ դեպքում բժշկական ծառայությունը կմատուցվի վճարովի: Մատչելիության տեսանկյունից սա լուրջ խնդիր է: Փաստացի ստացվում է, որ ավելի որակյալ բժշկական օգ-

նություն և սպասարկում ստանալու համար անձը պետք է վճարի, իսկ Երևանում ապրող հղի կանայք ստանում են ավելի որակյալ բժշկական սպասարկում, քան ՅՅ մարզերում բնակվողները:

Բժշկական պատշաճ սպասարկման տեսանկյունից մեկ այլ խնդիր է առաջանում, երբ մեծաթիվ հղի կանայք ընտրում են միևնույն բժշկին և դրա պատճառով առաջանում են հերթեր, ինչպես նաև կասկածի տակ է դրվում բժշկական սպասարկման որակը, ինչը հատկապես պացիենտների այս խմբի համար կարող է առողջությունը վատթարացնող հետևանքներ ունենալ:

Նշված հրամանի համաձայն, այն դեպքում, երբ հղին հաշվառման է վերցվում ոչ իր բնակության վայրի տարածքային բժշկական կազմակերպության կանանց կոնսուլտացիայի կողմից, ապա վերջինս պարտավոր է ապահովել հղիի Նախածննդյան հսկողության իրականացումը՝ պատշաճ մակարդակով և որակով:

Անվճար Նախածննդյան հսկողության իր իրավունքի մասին Նախապես տեղեկացված լինելու պարագայում, հղիի կողմից, իր բնակության վայրի բժշկական կազմակերպությունում հաշվառված չլինելու վերաբերյալ քաղվածք չներկայացնելու դեպքում, Նախածննդյան հսկողությունը այլ բժշկական կազմակերպության կանանց կոնսուլտացիայի կողմից իրականացվում է վճարովի՝ անկախ բնակության վայրից:

Արտահիվանդանոցային բժշկական կազմակերպություններում մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնությունն ու սպասարկումն իրականացվում են կանանց կոնսուլտացիայի մանկաբարձ-գինեկոլոգի և մանկաբարձուհու (գյուղական բնակության վայրերում՝ նաև ընտանեկան բժշկի, մանկաբարձուհու կամ վերապատրաստված բուժքրոջ) կողմից՝ ըստ բժշկական ցուցումների ընդգրկվելով այլ մասնագետների, կազմակերպելով նաև լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների իրականացման գործընթացը:

Կարևոր է հասկանալ նաև, թե ինչ ծավալներով են տրամադրվում անվճար բժշկական օգնությունը և սպասարկումը: Այսպիսով, պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում առողջության առաջնային պահպանման բժշկական կազմակերպություններում մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնությունն ու սպասարկումն ընդգրկվում են.

1) Տեղամասային մանկաբարձ-գինեկոլոգի կողմից իրականացվող հղիների, այդ թվում՝ բարձր ռիսկի խմբի հղիների և ծննդկանների հսկողության

8 Տես՝ ՅՅ առողջապահության նախարարի «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում արտահիվանդանոցային պայմաններում ցուցաբերվող մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման չափորոշիչը հաստատելու մասին» որոշում, <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docID=114488> (Մուտք է գործել 28.12.17)

ամբողջ ծավալը և Ճննդօգնության պետական հավաստագրի տրամադրումը.

ա. Մարդու իմունային անբավարարության վիրուս վարակի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության տրամադրում,

բ. հղիների սոցիալ-հոգեբանական աջակցության, ուսուցման և ծննդաբերությանը ֆիզիկական նախապատրաստման աշխատանքների իրականացում,

գ. տեղամասային մանկաբարձ-գինեկոլոգի ուղեգրմամբ հղիներին նեղ մասնագետների կողմից բժշկական օգնության ու սպասարկման ցուցաբերում առանց մասնագետների սահմանափակման,

դ. լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների իրականացում հղիների նախածննդյան հսկողության ընթացքում՝ առանց ծավալների սահմանափակման՝ բժշկական ցուցումների առկայության դեպքում,

ե. հետծննդյան հսկողության տրամադրում (ծննդաբերությունից հետո հետծննդյան 42 օրերի ընթացքում),

զ. հղիների նախածննդյան հսկողություն իրականացնող բժշկական կազմակերպությունը ապահովում է Ճննդօգնության պետական հավաստագրի տրամադրումը **հղիության 22 շաբաթական ժամկետում:**

2) Դեռահաս աղջիկների ֆիզիկական և սեռական հասունացման գնահատում և անհրաժեշտ այլ հետազոտությունների իրականացում բժշկական ցուցումների առկայության դեպքում առանց ծավալների սահմանափակման, և հայտնաբերված հիվանդությունների բուժում:

3) Տեղամասային մանկաբարձ-գինեկոլոգի, այլ մասնագետների կողմից բժշկական ցուցումների առկայության դեպքում գինեկոլոգիական հիվանդների անհետաձգելի բժշկական օգնության և սպասարկման ցուցաբերում:

4) Կանանց գինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման ապահովում՝ կանխարգելիչ հետազոտումն ու բուժումը առանց այցելությունների թվի սահմանափակման, և դեղերի տրամադրում օրենսդրությամբ սահմանված կարգով:

5) Պտղաբերության կարգավորման, սեռավարակների և անցանկալի հղիությունից պաշտպանվելու համար կանանց խորհրդատվության տրամադրում,

բեղմնականիման ժամանակակից միջոցներով ապահովում և այլն:

Քանի որ Ճննդօգնության պետական հավաստագրի տրամադրումը հղիության 22 շաբաթական ժամկետում է, հարկ է նշել, որ հավաստագիրը ստանալու համար անհրաժեշտ է բժշկական կազմակերպությունում որպես հղի հաշվառվել մինչև հղիության 22 շաբաթական լրանալը:

Հղիներին՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնությունը և սպասարկումը ներառում են հետազոտությունների և զննումների հետևյալ ծավալները՝

1) Այցելություններ մանկաբարձ-գինեկոլոգին, մանկաբարձին կամ վերապատրաստված բուժքրոջը.

ա. նորմալ ընթացող հղիության դեպքում՝ չորսից-վեց այց, իսկ հղիության ախտաբանությունների դեպքում (հիվանդանոցային հետազոտումից և բուժումից զատ)՝ ութ և ավելի այց՝ ըստ բժշկական ցուցումների,

բ. հղիների սոցիալ-հոգեբանական աջակցության, ուսուցման և ծննդաբերությանը ֆիզիկական նախապատրաստման աշխատանքների իրականացում,

գ. հղիին և նրա ընտանիքի անդամներին հղիության ընթացքում վտանգի նշանների մասին տեղեկությունների վերաբերյալ անհրաժեշտ խորհրդատվությամբ և տեղեկատվությամբ պարտադիր ապահովում:

2) Լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների սահմանված ծավալները ապահովվում են բժշկական կազմակերպության լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների միջոցով, իսկ բացակայության դեպքում այլ բժշկական կազմակերպություններում՝ պայմանագրային հիմունքներով:

3) Տեղամասային մանկաբարձ-գինեկոլոգի ուղեգրմամբ թերապևտի, ստոմատոլոգի զննումը, իսկ ցուցումների առկայության դեպքում նաև նեղ մասնագետների կողմից հետազոտման ու բժշկական օգնության և սպասարկման ցուցաբերումը՝ տարածքային սպասարկման համապատասխան արտահիվանդանոցային բժշկական կազմակերպությունում և/կամ դիսպանսերներում:

4) Ծննդկանների հսկողության ապահովումը ընտանեկան բժշկի, մանկաբարձուհու, վերապատրաստված բուժքրոջ կողմից և ըստ բժշկական ցուցումների հետազոտումը և բուժօգնություն

կազմակերպումը կանանց կոնսուլտացիայում հետ-
ծննդյան 42 օրերի ընթացքում:

5) Պատրոնաժ աշխատանքների իրականացում
մանկաբարձուհու (վերապատրաստված բուժքրոջ)
կողմից հղիի նախածննդյան հսկողության և հետ-
ծննդյան 42 օրերի ընթացքում՝ ըստ հղիի հսկո-
ղությունը իրականացնող բժշկի կողմից կազմված
անհատական գրաֆիկի կամ հանձնարարականե-
րի հիման վրա:

Հղիության ախտաբանական ընթացքի դեպքում,
ըստ անհրաժեշտության, ապահովվում են հատուկ
և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտություն-
ներ՝ ՀՀ առողջապահության նախարարի համա-
պատասխան հրամանի համաձայն:⁹ Հղիության
ախտաբանական ընթացքի և էքստրագենիտալ
հիվանդությունների դեպքում հղիների հետազոտու-
թյունը և բժշկական օգնությունն ու սպասարկումը
ապահովվում են հիվանդանոցային պայմաններում,
իսկ առանձին դեպքերում, կախված ախտաբանու-
թյան բնույթից և ծանրության աստիճանից՝ նաև
համապատասխան մասնագիտացված բժշկական
կազմակերպություններում և ծննդօգնության եր-
րորդ մակարդակի բժշկական կազմակերպություն-
ներում:

Հղիներին նախածննդյան հսկողության առաջին իսկ
այցի ժամանակ տրամադրվում է տեղեկատվություն
կանանց կոնսուլտացիայում հսկողության ընթաց-
քում անվճար բժշկական օգնություն ու սպասար-
կում ստանալու իրենց իրավունքի մասին: Իրազեկ-
ման փաստը վավերացվում է հղիի հսկողության
քարտում՝ վերջինիս կողմից գրառմամբ և ստորա-
գրությամբ:

Վերարտադրողականության օժան- դակ տեխնոլոգիաների կիրառումը

Վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլո-
գիաները բժշկական տեխնոլոգիաներ են, որոնք
կիրառվում են անպտղության խնդրի լուծման նպա-
տակով:

Մարդու վերարտադրողական առողջության և
վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ
օրենքի 11-րդ հոդվածի համաձայն ՀՀ-ում թույ-
լատրվում է կիրառել վերարտադրողականության
հետևյալ օժանդակ տեխնոլոգիաները.

1) արհեստական սերմնավորում ամուսնու կամ դո-
նորական սերմով.

2) արհեստական (արտամարմնական/փորձանո-
թային) բեղմնավորում ամուսնու կամ դոնորական
սերմով և սաղմի ներպատվաստում.

3) դոնորական սաղմի ներպատվաստում փոխնակ
մոր արգանդում:

Վերարտադրողականության օժանդակ տեխնո- լոգիաներից օգտվող անձինք իրավունք ունեն նախապես իրազեկվել՝

1) վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլո-
գիաների կիրառման հետ կապված ժառանգաբա-
նական, բժշկագիտական և իրավական հարցերի
մասին,

2) վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլո-
գիաների կիրառման գործելակարգի մասին,

3) դոնորի կամ փոխնակ մոր արտաքին տվյալների,
ազգային պատկանելության, ֆենոտիպի և բժշկա-
գենետիկական հետազոտությունների արդյունքնե-
րի մասին:

Վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլո- գիաներից օգտվող անձինք (ամուսինները) իրա- վունք ունեն ընտրել սեռաբջջի դոնորին և (կամ) փոխնակ մորը:

Վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլո-
գիաներ իրականացնելիս հաշվառվում են միայն
այն դոնորների և փոխնակ մայրերի վերաբերյալ
տեղեկությունները, ովքեր բժշկա-գենետիկական
հետազոտության են ենթարկվել համապատաս-
խան առողջապահական հաստատություններում և
չունեն դոնոր կամ փոխնակ մայր լինելու հակացու-
ցումներ:

Վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլո-
գիաներից օգտվելու իրավունք ունեցող անձանց և
փոխնակ մոր կամ հայտնի դոնորի դեպքում փոխ-
հարաբերությունները կարգավորվում են նրանց
միջև կնքվող գրավոր պայմանագրերով, որոնք
ենթակա են նոտարական վավերացման:

**Արհեստական բեղմնավորման կամ բեղմնավոր-
ման դեպքում** դոնոր լինելու իրավունք ունեն 18–35
տարեկան այն տղամարդիկ և կանայք, ովքեր
ենթարկվել են բժշկագենետիկական հետազոտու-
թյան և չունեն դոնոր լինելու բժշկական հակացու-
ցումներ: Ժամանակավոր դոնոր լինելու իրավունք
ունեն նաև վերարտադրողական տարիքի (18
տարեկանից սկսած) այն տղամարդիկ և կանայք,
ովքեր ցանկանում են իրենց սերմնաբջիջը կամ
սաղմը տրամադրել հարազատներին, ենթարկվել
են բժշկագենետիկական հետազոտության և չունեն

9 Տե՛ս՝ ՀՀ առողջապահության նախարարի 28.11.2013 թ.
77_Ն հրամանի Գլուխ II, Կետ 27

դոնոր լինելու բժշկական հակացուցումներ: Դոնորն իր բեղմնունակ սերմը կամ ձվաբջիջը տրամադրելու համար կարող է ստանալ դրամական հատուցում համապատասխան առողջապահական հաստատության կամ սեռաբջիջն օգտագործող անձի կամ զույգի կողմից՝ նախապես կնքված և սահմանված կարգով վավերացված պայմանագրի համաձայն:

Դոնորը չունի որևէ իրավունք և չի կրում որևէ պարտականություն օժանդակ տեխնոլոգիաների օգտագործման արդյունքում իրենից սերված երեխայի նկատմամբ:

Փոխնակ մայր լինելու իրավունք ունեն նախկինում առնվազն մեկ անգամ ծննդաբերած 20–35 տարեկան այն կանայք, ովքեր սահմանված կարգով ենթարկվել են բժշկագենետիկական հետազոտության, որի արդյունքում չեն հայտնաբերվել փոխնակ մայր լինելու հակացուցումներ: Փոխնակ մայր լինելու իրավունք ունեն նաև վերարտադրողական տարիքի (նախկինում առնվազն մեկ անգամ ծննդաբերած 20 տարեկանից սկսած) այն կանայք, ովքեր ցանկանում են կրել հարազատների կողմից տրամադրված սաղմով հղիությունը, ենթարկվել են բժշկագենետիկական հետազոտության, որի արդյունքում չեն հայտնաբերվել փոխնակ մայր լինելու հակացուցումներ: ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կարգով գրանցված ամուսնության մեջ գտնվող կինը կարող է փոխնակ մայր լինել ամուսնու համաձայնությամբ:

Փոխնակ մայրը միաժամանակ չի կարող լինել ձվաբջիջ դոնոր:

Վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաներից օգտվող անձանց և փոխնակ մոր միջև փոխհարաբերությունները կարգավորվում են գրավոր պայմանագրերով, որոնք ենթակա են նոտարական վավերացման: Փոխնակ մայրը պարտավոր է բժշկական հաշվառման կանգնել հղիության վաղ ժամկետներում (մինչև հղիության 12 շաբաթը), մշտապես գտնվել բժշկի հսկողության տակ, խստորեն կատարել նրա խորհուրդները և հետևել իր առողջությանը: Փոխնակ մայրը վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաներից օգտվող անձից կամ ամուսիններից առանձին ապրելու դեպքում պարտավոր է վերջիններիս տեղեկացնել հղիության ընթացքի մասին: Փոխնակ մայրն իրավունք չունի հրաժարվել իրենից ծնված երեխային հանձնել սույն օրենքով սահմանված կարգով պայմանագիր կնքած անձանց՝ վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաներից օգտվող անձին կամ ամուսիններին: Փոխնակ մայրն իրենից ծնված երեխայի նկատմամբ չունի որևէ իրավունք և չի կրում որևէ պարտականություն երեխային սահմանված կարգով պայմանագիր կնքած անձին կամ ամուսիններին հանձնելու պահից: Փոխնակ մայրը

հղիություն կրելու և ծննդաբերելու համար կարող է ստանալ դրամական հատուցում՝ համապատասխան առողջապահական հաստատության կամ վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաներից օգտվող անձի կամ ամուսինների և փոխնակ մոր կողմից նախապես կնքված պայմանագրով սահմանված կարգով: Փոխնակ մոր հետ պայմանագիր կնքած վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաներից օգտվող անձը (ամուսինները) կրում է (են) բոլոր այն ծախսերը, որոնք կապված են հղիության ընթացքի, ծննդաբերության, ինչպես նաև բժշկական փաստաթղթերով հաստատված բարդությունների վերացման հետ:

Փոխնակ մորից ծնված երեխան պայմանագիր կնքած վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաներից օգտվող անձին է հանձնվում, եթե ԴՆԹ-ի (դեզօքսիռիբոնուկլեինաթթու) որոշման արդյունքում հաստատվում է, որ՝

1) ամուսիններից առնվազն մեկը կամ ամուսնության մեջ չգտնվող անձը հանդիսանում է երեխայի կենսաբանական ծնողը, և

2) փոխնակ մայրը չի հանդիսանում երեխայի կենսաբանական ծնողը:

Կենսաբանական ծնողն իր բեղմնունակ սերմը կամ բեղմնունակ ձվաբջիջը տրամադրելու համար դրամական հատուցում չի ստանում: Կենսաբանական ծնողը համարվում է ապագա երեխայի ծնողը և նրա նկատմամբ ունի ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված բոլոր իրավունքները և կրում է համապատասխան պարտականություններ:

Որպես դոնոր և (կամ) փոխնակ մայր հանդես գալու ցանկություն ունեցող անձինք կարող են դիմել համապատասխան առողջապահական հաստատություններ: Վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաներից օգտվելու իրավունք ունեցող անձինք կարող են առողջապահական հաստատություններ կայացնել դոնորի և (կամ) փոխնակ մոր թեկնածուներ:

Գաղտնիության իրավունք

Վերարտադրողական առողջության մասին խոսելիս կարևոր է անդրադառնալ նաև անձի գաղտնիության իրավունքին, որը հատկապես հաճախ խախտվում և ոտնահարվում է անձի վերարտադրողական առողջությանը վերաբերող իրավահարաբերություններում: Նշված խախտումներն հատկապես նկատելի են ՀՀ մարզերում և գյուղերում: Նախքան խախտման օրինակներին և դրսևորումներին անդրադառնալ, նախ կարևոր է հասկանալ, թե ՀՀ

օրենսդրությամբ ինչպես է կարգավորվում պացիենտի գաղտնիության իրավունքը:

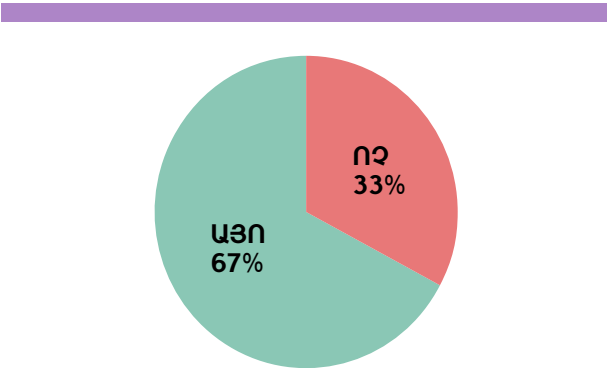
ՀՀ Սահմանադրության 31-րդ հոդվածի համաձայն յուրաքանչյուր ոք ունի իր մասնավոր և ընտանեկան կյանքի, պատվի ու բարի համբավի անձեռնմխելիության իրավունք: Մասնավոր և ընտանեկան կյանքի անձեռնմխելիության իրավունքը կարող է սահմանափակվել միայն օրենքով՝ պետական անվտանգության, երկրի տնտեսական բարեկեցության, հանցագործությունների կանխման կամ բացահայտման, հասարակական կարգի, առողջության և բարոյականության կամ այլոց հիմնական իրավունքների և ազատությունների պաշտպանության նպատակով: Միաժամանակ, 34-րդ հոդվածն ամրագրում է, յուրաքանչյուր անձի՝ իրեն վերաբերող տվյալների պաշտպանության իրավունքը: Այսպիսով՝ անձնական տվյալների մշակումը պետք է կատարվի բարեխղճորեն, օրենքով սահմանված նպատակով, անձի համաձայնությամբ կամ առանց այդ համաձայնության՝ օրենքով սահմանված այլ իրավաչափ հիմքի առկայությամբ:

Սահմանադրության վերոնշյալ դրույթից բխում է, որ մարդու անձնական կյանքի, այդ թվում՝ անձի ունեցած հիվանդությունների, նրա նկատմամբ կիրառված բժշկական միջամտությունների և հենց իր՝ պացիենտի մասին տվյալներ կարելի է մշակել միայն ընթացիկ օրենսդրությամբ սահմանված կարգով և ձեռք բերված տեղեկատվության նպատակին համապատասխան:

Անձնական տվյալների և դրանց մշակման հասկացությունը, մշակման կարգը, անձնական տվյալներն այլ անձանց փոխանցելու կարգը սահմանված է վերջերս ընդունված «Անձնական տվյալների պաշտպանության մասին» ՀՀ օրենքով:

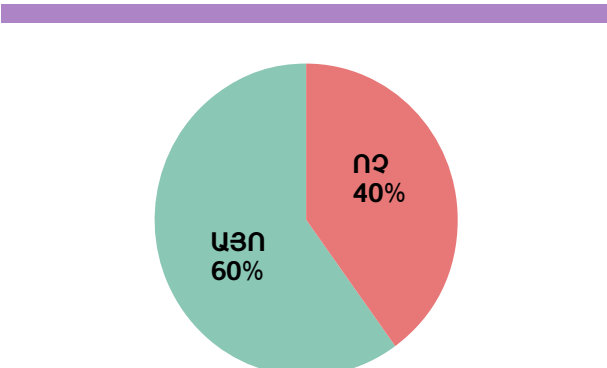
Միաժամանակ «**Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին**» ՀՀ օրենքը¹⁰ նույնպես անդրադառնում է պացիենտի գաղտնիության իրավունքին: Օրենքի 5-րդ հոդվածի գ) կետը սահմանում է, որ բժշկական օգնության դիմելիս, ինչպես նաև բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալիս յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի պահանջել բժշկի օգնությանը դիմելու փաստի, իր առողջական վիճակի, հետազոտման, ախտորոշման և բուժման ընթացքում պարզված տեղեկությունների գաղտնիության ապահովում, բացի ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված դեպքերից: Նույն օրենքի 7-րդ հոդվածի համաձայն մարդու առողջական վիճակի մասին տեղեկությունը նրա կամքին հակա-

ռակ չի կարող հաղորդվել նրան կամ այլ անձանց, բացի ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված դեպքերից:



Տեղյակ եք այն մասին, որ ՀՀ օրենսդրությունը բուժաշխատողների համար սահմանել է պարտականություն՝ բժշկի օգնությանը դիմելու փաստի, նրա առողջական վիճակի մասին հետազոտման, ախտորոշման և բուժման ընթացքում պարզված տեղեկությունների գաղտնիությունը պահպանելու մասին:

Բնակչության շրջանում անցկացված առցանց հարցման մասնակիցների միայն 67.3%-ն է նշել, որ տեղյակ է այն մասին, որ ՀՀ օրենսդրությունը բուժաշխատողների համար սահմանել է պարտականություն՝ բժշկի օգնությանը դիմելու փաստի, նրա առողջական վիճակի մասին հետազոտման, ախտորոշման և բուժման ընթացքում պարզված տեղեկությունների գաղտնիությունը պահպանելու մասին:



Ըստ Ձեզ, օրինական է արդյոք պացիենտի հարազատներին նրա վիճակի մասին տեղեկություններ հաղորդելը, եթե վերջինս գիտակից վիճակում է, չի արգելել հրապարակումը, բայց և չի թույլատրել:

Հետաքրքիր է, որ հարցման մասնակիցների 60%-ի կարծիքով պացիենտի հարազատներին նրա վիճակի մասին տեղեկություններ հաղորդելը, եթե վերջինս գիտակից վիճակում է, չի արգելել հրապարակումը, բայց և չի թույլատրել՝ օրինական է:

10 Տես՝ «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքը, <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=104958> (Մուտք է գործել 05.01.18)

Օրենքի 19-րդ հոդվածի ե) կետը բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողներին պարտավորեցնում է ապահովել մարդու՝ բժշկի օգնությանը դիմելու փաստի, նրա առողջական վիճակի մասին հետազոտման, ախտորոշման և բուժման ընթացքում պարզված տեղեկությունների գաղտնիությունը, բացի ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված դեպքերից: Միաժամանակ հոդվածի դ) կետի համաձայն բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողները պարտավոր են յուրաքանչյուր մարդու կամ բժշկական օգնության համար այլ վճարողների պահանջով տրամադրել անհրաժեշտ տվյալներ պացիենտին ցուցաբերած բժշկական օգնության և սպասարկման քանակական ու որակական բնութագրիչների և այդ նպատակով կատարված ծախսերի մասին: Կարծում ենք հոդվածի այս դրույթը խնդրահարույց է, քանի որ բժշկական օգնության և սպասարկման քանակական ու որակական բնութագրիչները կարող են ուղակիորեն կամ անուղակիորեն տեղեկատվություն պարունակել անձի առողջական վիճակի մասին: Այսպիսով այն պարագայում, երբ բժշկական օգնության համար վճարում է պացիենտ չհանդիսացող ցանկացած անձ և վերջինս պահանջում է վերոնշյալ տեղեկատվությունը և բժշկական օգնություն կամ սպասարկում իրականացնողը Նշված դրույթի համաձայն տրամադրում է այն, տեղի է ունենում բժշկական գաղտնիքի հրապարակում:

Նույն հոդվածի 2-րդ մասը սահմանում է պատասխանատվություն, որի համաձայն իրենց մեղքով մարդու առողջությանը հասցրած վնասի համար, ինչպես նաև մարդու առողջական վիճակի մասին տեղեկություններ հայտնելու դեպքում, բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողները, ապօրինի բժշկական գործունեությամբ զբաղվող անձինք պատասխանատվություն են կրում ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կարգով:

Օրենքը բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողների իրավունքները և պարտականություններն առանձնացնում է բուժաշխատողների իրավունքներից և պարտականություններից: Այսպիսով՝ բուժաշխատողների պարտականությունները սահմանող 19.3 հոդվածի 7-րդ կետի համաձայն վերջիններս պարտավոր են պահպանել բժշկական գաղտնիքը, բացառությամբ օրենքով սահմանված դեպքերի: Բժշկական գաղտնիք հանդիսացող տեղեկությունները կարող են տրամադրվել միայն դատարանի (դատավորի), դատախազության, նախաքննության, հետաքննության, ինչպես նաև այլ իրավասու մարմինների պահանջով՝ օրենքով նախատեսված դեպքերում և կարգով:

համարվում ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կարգով լիցենզավորված, բժշկական օգնության և սպասարկման որոշակի տեսակ կամ տեսակներ իրականացնող անհատ ձեռնարկատերը կամ իրավաբանական անձը՝ անկախ կազմակերպական իրավական տեսակից, իրավական վիճակից և սեփականության ձևից, կամ պետական կամ տեղական ինքնակառավարման մարմին չհանդիսացող պետական կամ համայնքի հիմնարկը: Նույն հոդվածը սահմանում է նաև բուժաշխատող հասկացությունը: Այսպիսով՝ **բուժաշխատող** է համարվում առողջապահության բնագավառում գործունեություն իրականացնող, իսկ Օրենքով նախատեսված դեպքերում նաև մասնագիտական գործունեություն իրականացնող ու դրա համար համապատասխան մասնագիտական կրթություն, որակավորում, մասնագիտացում և նախատեսված շարունակական մասնագիտական զարգացման հավաստագիր ունեցող, ինչպես նաև ոչ մասնագիտական օժանդակող գործունեություն իրականացնող ֆիզիկական անձը:

Կարևոր է նշել, որ ոչ «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքը օրենքը, ոչ էլ որևէ այլ ՀՀ իրավական ակտ չի հստակեցնում բժշկական գաղտնիքի հասկացությունը:

Պատասխանատվության մասին խոսելիս, անհրաժեշտ է նշել, որ **ՀՀ քրեական օրենսգրքի**¹¹ 145-րդ հոդվածը պատասխանատվություն է սահմանում առանց մասնագիտական կամ ծառայողական անհրաժեշտության բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող անձանց կողմից անձի հիվանդության կամ բժշկական ստուգման արդյունքների մասին տեղեկություններ հրապարակելու համար: Նշված դեպքում անձը պատժվում է տուգանքով կամ որոշակի պաշտոններ զբաղեցնելու կամ որոշակի գործունեությամբ զբաղվելու իրավունքից զրկվելով:

Եթե վերոնշյալ գործողությունը անզգուշությամբ առաջացրած լինի ծանր հետևանքներ, ապա անձը կպատժվի ազատազրկմամբ կամ որոշակի պաշտոններ զբաղեցնելու կամ որոշակի գործունեությամբ զբաղվելու իրավունքից զրկվելով:

«Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքի¹² 4-րդ հոդվածը սահմանում է, որ ՀՀ Սահմանադրությանը և օրենքներին, ՀՀ միջազգային պայմանագրերին համապատասխան՝ յու-

11 Տես՝ ՀՀ քրեական օրենսգրքը, <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=110893> (Մուտք է գործել 05.02.18)

12 Տես՝ «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենք, <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=108716> (Մուտք է գործել 25.01.17)

տողների կողմից որպես ոչ արդյունավետ սկզբունք: Ձեռնարկներում առկա են բազմաթիվ վախճանող և տեղ-տեղ չափազանցված պատմությունների օրինակներ սեռավարակների և անցանկալի հղիության հետևանքների և բարդացումների վերաբերյալ, ձեռնարկներում առկա է մանրամասն տեղեկատվություն սեռավարակների և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի վերաբերյալ, որոնք կիրառվում են բարդ տերմիններով և չեն համապատասխանում տարիքային պատկանելությանը:¹⁴

Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ «միայն ժուժկալության» սկզբունքի վրա հիմնված սեռական կրթությունը դեռահասներին ետ չի պահում սեռական կյանք վարելուց, փոխարենը նրանք ունենում են գիտելիքի պակաս՝ որոշ կարևոր հարցերի շուրջ, ինչպիսիք են սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների կանխարգելումը և հակաբեղմնավորիչների օգտագործումը, ինչը թույլ չի տալիս, որ դեռահասները գիտակցված, կրթված որոշումներ կայացնեն սեռական կյանքի վերաբերյալ իրենց ընտրություններում/որոշումներում:¹⁵

Առաջարկություններ

1. ՀՀ դպրոցներում ներդնել համապարփակ սեռական կրթության վերաբերյալ առարկա, մշակել համապատասխան ուսումնական պլան:

2. Վերանայել վերարտադրողական առողջության հետ կապված բժշկական ծառայությունների լիցենզավորման կարգերը և լրացնել հաշմանդամություն ունեցող անձանց և այլ խմբերի համար մատչելիությունն ապահովող համապատասխան սարքավորումների պարտադիր առկայությամբ:

3. Հաշվի առնելով օրենսդրությամբ սահմանված մեկուսի և գաղտնի պայմաններում բժշկական ծառայությունների մատուցման պահանջը և գործնականում վերջինիս խախտումը՝ ապահովել օրենսդրական երաշխիքների գաղտնիության իրավունքի ապահովման համար:

4. Բժշկական հաստատությունների սանիտարահիգիենիկ վիճակի ստուգումն օրենսդրորեն ամրագրել պարբերաբար և խախտման պարագայում հաստատության նկատմամբ կիրառել վարչական պատասխանատվություն:

5. Առողջապահության մասին օրենքի նախագծում ներառել հանրային առողջապահության վերաբերյալ դրույթներ, որը նաև կնախատեսի տարբեր հիվանդությունների կանխարգելմանն ուղղված միջոցառումների կարևորությունը:

6. Շարունակաբար ծավալել տեղեկատվական բնույթի իրազեկման աշխատանքներ՝ վերարտադրողական առողջության ոլորտում կանանց և զույգերի կողմից իրենց հիմնարար իրավունքների կիրարկման վերաբերյալ, այդ թվում նաև՝ իրազեկման աշխատանքներ՝ պետության կողմից վերարտադրողական առողջության ոլորտում երաշխավորվող անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների վերաբերյալ:

14 ՀՀ դպրոցներում վերարտադրողական առողջության դասավանդման գնահատման արդյունքների վերլուծություն, հաշվետվություն գրքույթ «Կանանց ռեսուրսային կենտրոն» ՀԿ, 2013

15 Labauve and Mabray, 2002. https://www.researchgate.net/publication/248950543_A_Multidimensional_Approach_to_Sexual_Education

1.2 Վերարտադրողական առողջության քաղաքականությունը ՀՀ-ում

Ողջ աշխարհում վերարտադրողական առողջությունը համարվում է հասարակության և մարդկային զարգացման կարևորագույն բաղադրիչներից մեկը:

2017 թվականի հունվարի 14-ի N 131-Ն որոշման հավելված 2-ի 43-րդ կետի շրջանակներում կատարվել է «Վերարտադրողական առողջության ազգային ծրագիրը և գործողությունների պլանավորման ժամանակացույցը» ծրագրի գնահատումը՝ նպատակ ունենալով գնահատել նախանշված ժամկետներում ծրագրով սահմանված ցուցանիշների հասանելիությունը, կատարված աշխատանքները, ինչպես նաև վերհանել բացթողումներն ու խոչընդոտները, առանձնացնել գերակայություններն ու առաջնահերթությունները, հիմնավորել նոր ռազմավարության մշակումը, մշակել նոր ռազմավարություն՝ ուղղված վերարտադրողական առողջության բարելավմանը, ծնելիության բարձրացմանը, բժշկական օգնության և սպասարկման մատչելիության բարելավմանը: Հատկանշական է, որ գնահատումն իրականացվել է հենց Առողջապահության նախարարության կողմից:

Համաձայն այդ գնահատման արդյունքների, իրականացվել են հետևյալ աշխատանքները.

1. Բարելավվել է ՎԱ ոլորտի օրենսդրական դաշտը,
2. Ընդունվել են մի շարք նորմատիվ-իրավական ակտեր,
3. Հաստատվել են խնամքի մոտ 20 գործելակարգեր և ուղեցույցներ,
4. Կատարվել են համապատասխան փոփոխություններ՝ «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքում փոփոխություններ և լրացումներ կատարող օրենքի նախագծում և այն ներկայացվել է ՀՀ Ազգային ժողով:

Այսպիսով, քաղաքականություն մշակողները իրենց իսկ տարված աշխատանքը գնահատում են որպես արդյունավետ, մինչդեռ նույն իդիոլոգիայի արհեստական ընդհատման ոլորտում տեղի ունեցող փոփոխությունները ոչ միայն հանդիսանում են կանանց իրավունքների ոտնահարում, այլ նաև հակասում են նույն Առողջապահության համաշխարհային կազ-

մակերպության կողմից մատնանշված սկզբունքներին:¹⁶

Վերջին մի քանի տարիների ընթացքում Հայաստանի Հանրապետությունում վերարտադրողական առողջության ոլորտում իրականացվել են մի շարք պետական նպատակային ծրագրեր, մասնավորապես.

- Ծննդօգնության և երեխայի պետական հավաստագրի կարգի ներդրում:
- Պերինատալ բժշկական օգնության և սպասարկման բարելավմանն ուղղված արագ արձագանքման միջոցառումների ներդրում:
- Ըստ մակարդակների ծննդօգնության բժշկական կազմակերպությունների դասակարգման և արդիականացման, ուղեգրման մեխանիզմների հստակեցման ծրագրի իրականացում:
- Մինչև 15 տարեկան աղջիկների ու տղաների համալիր հետազոտման, ախտաբանությունների վաղ հայտնաբերման և բուժման, մանկաբարձական ախտաբանությունների կանխարգելման, անպտուղության կանխարգելման և բուժման ժամանակակից մեթոդների ներդրման, իդիոլոգիայի արհեստական ընդհատումների անվտանգության բարձրացման ծրագրի իրականացում:

Այնուամենայնիվ, վերարտադրողական առողջության ոլորտի իրավիճակը դեռևս շարունակում է մնալ խնդրահարույց՝ ժամանակակից հնարավորությունների և արդիական պահանջների տեսանկյունից:

Մասնավորապես, շարունակում են խնդիր հանդիսանալ հետևյալ ոլորտները.

1. Մայրական, պերինատալ և մանկական հիվանդացության ու մահացության մակարդակը, որը դեռևս բարձր է զարգացած եվրոպական երկրների համեմատությամբ: Մայրական մահացության ցուցանիշով Հայաստանը դեռ առաջատար չէ տարածաշրջանում, բայց 2000 թվականից հետո, գրանցվել է մեծ առաջընթաց՝ մոտ 3 անգամ նվազել է մայրական մահացությունը: Եթե 2000 թվականին յուրաքանչյուր 100,000 առողջ ծնունդի դիմաց գրանցվում էր մահվան ելքով 60-ից ավելի դեպք, ապա 2015 թվականին՝ 19.6 մայրական մահացության դեպք:¹⁷

16 See: Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. WHO 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf

17 See: https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf

2. Ընտանեկան առողջապահական ծառայություններից օգտվելու հնարավորությունները և մատչելիությունը սահմանափակ են, հատկապես բնակչության սոցիալապես անապահով, հաշմանդամություն ունեցող անձանց, դեռահասների համար:

3. Դեռևս բարձր է սեռավարակների մակարդակը և անհանգստացնող է ՄԻԱՎ վարակակիրների թվի աճի տեմպերը:

4. Դեռահասների սեռական և վերարտադրողական առողջության ոլորտում գիտելիքները և ծառայությունները ստանալու իրավունքը ամենուր չէ, որ ապահովված է:¹⁸

5. Վերարտադրողական համակարգի օրգանների, մասնավորապես, արգանդի պարանոցի և կրծքագեղձի բաղկացված, ձեռք են բերել մեծ մասշտաբայնություն, հատկապես բարձիրթող դեպքերի աճի միտումը դրանց վաղ կանխարգելումն ու նոր դեպքերի թվի նվազեցումը դարձնում են լուրջ բժշկական և սոցիալական հիմնախնդիրներ:

Ծննդօգնությունը ՀՀ-ում

Սկսած 2008 թվականից, Հայաստանի Հանրապետությունը ներդրեց Ծննդօգնության Պետական հավաստագիրը, որով պետության կողմից երաշխավորվում են անվճար ծննդօգնության ծառայությունները և հետծննդյան խնամքը:

Ծննդաբերությունների մեծ մասը տեղի է ունենում մասնագիտացված բժշկական հաստատություններում (99%, ADHS 2015) և ընդունվում են մասնագիտացված բժշկական անձնակազմի կողմից (99%, ADHS 2015):¹⁹

Մարզերում ծննդօգնության ապահովման շրջանակներում օրակարգային է նեղ մասնագետներով ապահովման, ինչպես նաև նյութատեխնիկական սարքավորումներով համալրման հարցը:

Մինչդեռ մարզային գրանցում ունեցող կանայք մայրաքաղաքում ծննդաբերելու համար ստիպված են հավելյալ գումար վճարել, ինչը նշանակում է, որ միայն երևանում գրանցված կանայք իրավունք ունեն օգտվել մայրաքաղաքի բուժփնիսարկների անվճար ծննդօգնությունից, ինչը լրացուցիչ խոչընդոտ է առաջացնում մարզաբնակ կանանց համար՝

հաշվի առնելով այն փաստը, որ ոչ բոլոր մարզային բուժհաստատություններն են, որ կարող են տրամադրել որակյալ ծառայություններ: Եվ փաստորեն այս քաղաքականության արդյունքում խախտվում է մարզաբնակ կանանց որակյալ ծառայություններ ստանալու իրավունքը:

Մայրական մահացության կառուցվածքը Հայաստանում

Հղիության հետ կապված բարդություններից, ծննդյան և հետծննդյան ժամանակահատվածում, 2016 թ-ին հունվար-դեկտեմբերին գրանցվել է մայրական մահացության 12 դեպք այդ թվում մեկը՝ ժամկետի բացթողումով, իսկ մայրական մահացության գործակիցը 2016 թ. հունվար-դեկտեմբերին՝ 100.000 կենդանի ծնվածի հաշվով, կազմել է 27.1 միավոր:²⁰

Հայտնի է, որ մայրական մահացության դեպքերի գերակշիռ մեծամասնության հիմքում գտնվում են հետևյալ երեք հիմնական պատճառները.

- Խնամքի ծառայություններին դիմելու ուշացումներ, որոնց պատճառները կարող են լինել ինչպես օբյեկտիվ, այնպես էլ՝ սուբյեկտիվ:
- Համապատասխան ծառայությունների հասանելիության հետ կապված ուշացումներ:
- Բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունում համապատասխան (ադեկվատ) բուժական ծառայությունների ստացման հետ ուշացումներ:

Ուշացումների առաջին երկու գործոնները, որոնք են՝ աշխարհագրական, ֆինանսական, սոցիալական պայմանները և այլն, առավել շատ կապված են ընդհանուր իրազեկվածության և առողջապահական ծառայություններին դիմելու գործընթացների հետ և լուծվում են հասարակության/ազգաբնակչության մակարդակում և ուղղակիորեն կապված են առողջապահական ծառայությունների մատչելիության հետ:

Բժշկական կազմակերպությունում համապատասխան խնամք ստանալու հետ կապված հարցերը, ինչպես նաև համապատասխան ուղեգրումների մեխանիզմները, որոնք առկա են Սոր և մանկան վերարտադրողական առողջության ծառայությունների մատուցող կազմակերպությունների միջև,

18 2017 թվականի հունվարի 14-ի N 131-Ն որոշում, «2016–2020 թթ վերարտադրողական առողջության ազգային ծրագիր և գործողությունների պլանավորման ժամանակացույց»

19 Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտություն, Հիմնական ցուցանիշների զեկույց, 2015–2016; էջ 29; http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PBAAE850.pdf

20 Տես՝ ՀՀ սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2016 թ, http://www.armstat.am/file/article/sv_12_16a_520.pdf (Մուտք է գործել 25.01.18)

հանդիսանում են այն օղակը, որտեղ անհրաժեշտ է առավել մասնագիտական և աջակցող բնույթի համակարգային աշխատանքների ներդրում:

Ուշագումների երրորդ մակարդակը կապակցված է առողջապահական ծառայությունների ընդհանուր կազմակերպման և տրամադրման գործընթացների հետ:

Ուշագումների այս երեք պատճառների հասցեագրումով է միայն, որ հնարավոր է ստանալ մոր և մանկան առողջության բարելավված վերջնարդյունքներ:

Հայաստանում մայրական մահացության ցուցանիշը, Համաշխարհային բանկի տվյալների համաձայն, կազմում է 25՝ 100.000 կենդանի ծնվածի հաշվով. այս ցուցանիշը գրեթե 5 անգամ բարձր է եվրոպական միջինից²¹:

Պետք է նշել, որ մայրական մահացության ցուցանիշի նվազեցման տեսանկյունից վերջին 20 տարիների ընթացքում Հայաստանում գրանցվել են որոշակի հաջողություններ:

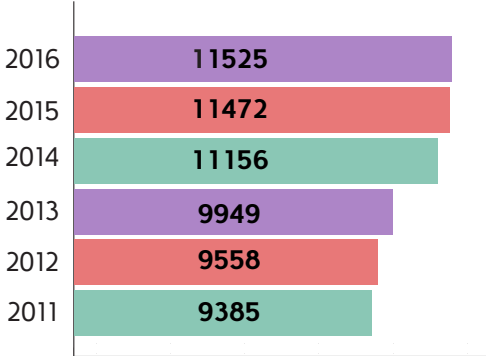
Համաձայն Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության ցուցումների, եթե երկրի բնակչության թիվը պակաս է 5 միլիոնից, ապա մայրական մահացության ցուցանիշի դիմամիկան ավելի հավաստի է և իրական՝ միջին եռամյա ցուցանիշների համեմատության մեջ (պոպուլյացիայի այդպիսի փոքր թվերի դեպքում ցուցանիշի տարեկան տատանումները մեծ են լինում, իսկ միտումները չեն արտացոլում իրական պատկերը): Միջին եռամյա տվյալները վկայում են, որ Հայաստանում մայրական մահացության ցուցանիշը շարունակաբար նվազել է՝ 100 000 կենդանի ծնվածի հաշվով 2000-ի 40,8-ից 2014 թ. դառնալով 20,4:²²

Ծննդության և մայրական մահացության ոլորտում առկա հիմնական խնդիրները

• Հղիության և հետծննդյան շրջանում հետծննդյան արյունահոսությունը և արյան գերճնման հետ կապված խնդիրները հանդիսանում են Հայաստա-

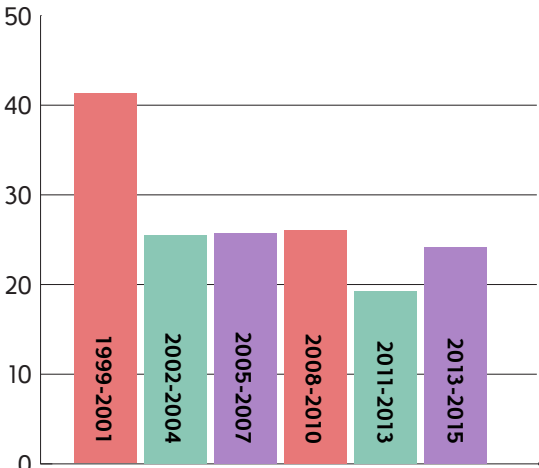
նում մայրական մահացության հիմնական պատճառները:²³

• Կեսարյան հատումների թիվը հետևողականորեն աճում է, որը թելադրում է կեսարյան հատման իրականացման բժշկական ցուցումների առավել մանրակրկիտ ուսումնասիրություն:²⁴



Կեսարյան հատումների թիվը 33-ում

• Չնայած վերջին տարիներին ծննդօգնության բնագավառում գրանցվող որոշակի հաջողություններին, մայրական մահացության ցուցանիշը Հայաստանում շարունակում է մնալ բարձր, համեմատած Եվրոպական միության և ԱՊՀ անդամ երկրների:²⁵



23 Առողջություն և առողջապահություն, Վիճակագրական տարեգիրք, 2017, http://nih.am/uploads/files/statbook_2017_arm.pdf (Մուտք է գործել 25.12.17)

24 Առողջություն և առողջապահություն, Վիճակագրական տարեգիրք, 2017, http://nih.am/uploads/files/statbook_2017_arm.pdf (Մուտք է գործել 25.12.17)

25 See: Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. WHO, UNICEF, UNICEF, WB. Online source: http://data.unicef.org/corecode/uploads/document6/uploaded_pdfs/corecode/Trends-in-MMR-1990-2015_Full-report_243.pdf (Մուտք է գործել 25.12.17)

21 See: Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. WHO, UNICEF, UNICEF, WB. Online source: https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2015/12/Trends-in-MMR-1990-2015_Full-report_243.pdf (Մուտք է գործել 25.12.17)

22 See: Maternal mortality ratio. On-line source: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?locations=AM> (Մուտք է գործել 25.12.17)

• Ներկայումս դեռևս լայնորեն չեն կիրառվում ցածր արժեքով, սակայն բարձր արդյունավետությամբ օժտված մի շարք միջամտություններ, ինչպիսին է, օրինակ, ծննդաբերության երրորդ շրջանի ակտիվ վարումը, որն իրենից ներկայացնում է քիչ ծախսատար, սակայն շատ արդյունավետ միջոցառումների համալիր՝ հետծննդյան արյունահոսությունների կանխարգելման առումով: Վերջինս իրենից ներկայացնում է միջոցառումների հետևյալ համալիրը՝ արգանդի հարթ մկանները կծկող օբստոցին դեղամիջոցի 10 Միավոր/մլ միջմկանային ներարկում, արգանդի հատակի ձեռքային մերսում և պորտալարի վերահսկվող ձգումների իրականացում:²⁶

Հակաբեղմնավորիչ միջոցների կիրառումը ՀՀ-ում

Վերջին տարիների ընթացքում, համաձայն Հայաստանի Ժողովրդագրական և առողջապահական հետազոտության 2015–16 թվականի արդյունքների, բարձրացել է հակաբեղմնավորիչ միջոցներ գործածող կանանց տեսակարար կշիռը:

Ամենաշատն օգտագործվող մեթոդը ընդհատված սեռական հարաբերությունն է (25 տոկոս), որին հաջորդում են տղամարդու պահպանակը (15 տոկոս) և ներարգանդային միջոցները (9 տոկոս):²⁷

Սակայն, հարկ է նշել, որ ընդհատված սեռական հարաբերությունը հակաբեղմնավորման հուսալի մեթոդ չի համարվում ամբողջ աշխարհում, քանի որ սեռական հարաբերության սկզբնական փուլում ևս կարող է քիչ քանակությամբ սերմնահեղուկ դուրս ժայթքել, որը կարող է անցանկալի հղիության պատճառ դառնալ, ինչպես նաև շատ տղամարդիկ խոստովանում են, որ երբեմն չեն կարողանում վերահսկել սերմնաժայթքման պրոցեսը և այն տեղի է ունենում ինքնաբերաբար: Ընդհատված սեռական հարաբերության մյուս բացասական կողմը կայանում է նրանում, որ շատ անգամ սեռական հարաբերությունը մնում է անավարտ կանանց սեռական հաճույքի հասնելու համար, որը շատ կարևոր է ներդաշնակ սեռական հարաբերություններ պահպանելու նպատակով:^{28,29}

Տղամարդու պահպանակները լայնորեն չեն կիրառվում զույգերի կողմից, քանի որ շատ տղամարդիկ հրաժարվում են օգտագործել պահպանակներ՝ պատճառաբանելով. որ պահպանակն իջեցնում է սեռական հաճույքը, որը միանշանակ չի արդարացնում նման անպատասխանատու վարքը և արդյունքում կանայք մնում են չպաշտպանված սեռավարակներից և անցանկալի հղիությունից, քանի որ շատ անգամ կանայք ի գործ են իրենց մարմնի վերաբերյալ որոշումներ կայացնել: Սա վկայում է նաև այն փաստը, որ շատ կանայք սեռավարակներ, ինչպես նաև ՄԻԱՎ ձեռք են բերում իրենց մշտական զուգընկերներից, ովքեր վերադառնալով արտագնա աշխատանքից և չօգտագործելով պահպանակ, վարակում են իրենց կին զուգընկերներին:³⁰

Չնայած այն հանգամանքին, որ գոյություն ունեն մի շարք միջազգային և տեղական ծրագրեր, որոնք կարևորում են վերարտադրողական իրավունքները և հակաբեղմնավորման մեթոդների հասանելիությունը և այդ ծրագրերի շրջանակներում մի շարք մարզային քաղաքներում և գյուղերում ժամանակին տրամադրվել են հակաբեղմնավորման մեթոդներ, այնուամենայնիվ ոչ բոլոր մարզային քաղաքներում և գյուղերում են վերջիններս հասանելի եղել:

Ընդհանուր առմամբ հակաբեղմնավորման առկա մեթոդների վերաբերյալ տեղեկատվությունը ցածր է, առավելապես գյուղաբնակ մարդկանց շրջանում, ինչպես նաև գոյություն ունի հակաբեղմնավորման մեթոդների հասանելիության խոչընդոտներ՝ ոչ բոլոր դեղատներում են առկա հասանելի հակաբեղմնավորման մեթոդներ և ոչ բոլոր գյուղերում են առկա դեղատներ, որտեղից մարդիկ կարող են օգտվել:³¹

Վերարտադրողական համակարգի քաղցկեղի շուրջ առկա իրավիճակը ՀՀ-ում

2015 թվականի հունվար ամսից Հայաստանի Հանրապետությունում մեկնարկել է նաև վերարտադրողական համակարգի քաղցկեղների կառուցվածքում իրենց մահաբերության և հիվանդացության բեռի առումով երկրորդ տեղում գտնվող՝ արգանդի պարանոցի քաղցկեղի կանխարգելիչ հետազոտության՝ «Փափ» թեսթի իրականացման սերինինգային ծրագիրը, որը հանդիսանում է բարձր արդյունավետությամբ օժտված կանխարգելիչ հետազոտություն և նպատակ ունի 30–ից 60 տարեկան կանանց շրջանում կանխարգելել արգանդի պարանոցի քաղցկեղ:

30 Compendium of Gender Equality and HIV Indicators by Shelah S. Bloom and Svetlana Negroustoueva

31 Տես՝ «Կանանց անտեսանելի կյանքը Գեղարքունիքում. դիտարկումներ և խնդիրներ» զեկույց Կանանց ռեսուրսային կենտրոնի ՀԿ, 2017

26 See: <https://reference.medscape.com/drug/pitocin-oxytocin-343132> (Մուտք է գործել 25.12.17)

27 See: Demographic and health survey 2015–16, on-line source, <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR252/FR252.pdf>

28 See: <https://www.plannedparenthood.org/learn/birth-control/withdrawal-pull-out-method/how-effective-is-withdrawal-method-pulling-out>

29 See: <https://www.plannedparenthood.org/learn/birth-control/withdrawal-pull-out-method/what-are-the-disadvantages-of-withdrawal>

դի առաջացումը կամ հայտնաբերումը քաղցկեղի զարգացման ամենավաղ փուլերում:

Այնուամենայնիվ, արգանդավզիկի բաղցկեղի ցուցանիշը դեռևս շարունակում է մնալ խնդրահարույց՝ ժամանակակից հնարավորությունների և արդիական պահանջների բացակայության տեսանկյունից:

Առաջարկություններ

1. Առավել հասցեական դարձնել մայրական և
նորածնային ոլորտի քաղաքականությունը, որը
կնպաստի մայրական, պերինատալ և մանկական
հիվանդացության ու մահացության մակարդակի
նվազեցմանը, որը դեռևս բարձր է զարգացած եվ-
րոպական երկրների համեմատությամբ:

2. Բարձրացնել նախաձեռնողյան և հետձեռնողյան շրջանում վտանգի նշանների վերաբերյալ կանանց իրազեկվածության մակարդակը, ապահովել պետության կողմից երաշխավորվող նախա և հետձեռնողյան խնամքի և հսկողության հասանելիություն՝ հղիների, ծնողկանների համար: Բարձրացնել ծննդօգնության ծառայությունների մատուցման գործընթացում ներգրավված որակյալ մասնագետների հասանելիությունը երկրի տարածքում, այդ թվում նաև՝ գյուղական բնակավայրերում:

3. Բարձրացնել ընտանեկան առողջապահական ծառայություններից օգտվելու հնարավորություններն ու մատչելիությունը, հատկապես բնակչության սոցիալապես անապահով, հաշմանդամություն ունեցող անձանց, դեռահասների համար:

4. Խթանել մինչ հղիությունը խնամքի քաղաքականությունը, կարևորելով կնոջ և զույգերի կողմից պարտադիր հսկողության և հետազոտություն անցնելու անհրաժեշտությունը, ապահովել պետության կողմից այս հետազոտությունների փոխհատուցման միասնական քաղաքականություն:

5. Նվազեցնել սեռավարակների, այդ թվում՝ Նաև՝ ՄԻԱԿ/ԶԻԱՀ-ի, տարածվածության ներկա մակարդակը և աճի գրանցվող միտումները՝ ժամանակին իրազեկման, կրթման, կանխարգելման (այդ թվում՝ Նաև՝ սեռավարակներից պաշտպանության հնարավորությունների վերաբերյալ) և համապատասխան բուժման իրականացման աշխատանքների միջոցով:

6. Ընդլայնել 15 տարեկան աղջիկների սքրինինգային հետազոտությունների ծավալները:

7. Խթանել սեռական և վերարտադրողական առողջության ոլորտում դեռահասների՝ գիտելիքներ և ծառայություններ ստանալու իրավունքը, և բարձ-

րացնել նրանց իրազեկման մակարդակը՝ կրթատեղեկատվական աշխատանքների ճանապարհով:

8. Բարձրացնել ժամանակակից հակաբեղմնավորիչ միջոցների հասանալիությունն այն զույգերի համար, ովքեր ցանկանում են կիրառել հակաբեղմնավորման արդյունավետ որևէ մի միջոց:

9. Արգանդի պարանցի և կրծքագեղձի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման և կանխարգելման հարցերի շուրջ կանանց իրազեկվածության բարձրացում, պետության կողմից երաշխավորված կանխարգելիչ և բուժական ծառայությունների հասանելիության վերաբերյալ հանրության իրազեկում, արգանդի պարանցի և կրծքագեղձի քաղցկեղի կանխարգելիչ և բուժական ծառայությունների հասանելիության ապահովում կանանց և աղջիկների համար:

1.3 Վերարտադրողական առողջության բարելավման ռազմավարության և 2016–2020 թվականների գործողությունների ծրագիրը

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության և միջազգային այլ կառույցների կողմից վերարտադրողական առողջության ոլորտում սահմանված են ներթոփնյալ նպատակակետերը՝

1) հնարավորություն տալ մարդկանց իրենց ամբողջ կյանքի ընթացքում հետամուտ լինել վերարտադրողական և սեռական առողջության ոլորտում իրենց ունեցած իրավունքներին, մինչև 2020 թվականը բոլորի, հատկապես խոցելի խմբերի համար հասանելի ու համընդհանուր մատչելի դարձնել որակյալ բժշկական օգնությունը և սպասարկումը, ներառյալ սեռական և վերարտադրողական առողջության պահպանման ծառայությունները,

2) նվազեցնել մանկական և մայրական մահացության մակարդակները, ինչպես նաև անպտղության, սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների, վերարտադրողական օրգանների քաղցկեղի ցուցանիշների մակարդակը:

«Վերարտադրողական առողջության բարելավման ռազմավարության և 2016–2020 թվականների գործողությունների ծրագիր» շրջանակներում վերարտադրողական առողջության ոլորտում ցուցաբերվող ծառայությունների իրականացման հիմքում դրված են միջազգայնորեն ճանաչված արժեքներն ու հիմնարար սկզբունքները, ինչպես նաև՝ բժշկական օգնության և սպասարկման տրամադրման հասանելիության, մատչելիության, հավասարության, արդարության, բժշկական օգնության և սպասարկման որակի ապահովման սկզբունքները:

Վերջին երկու տասնամյակների ընթացքում Հայաստանում տեղի ունեցած փոփոխությունները հանգեցրին ծնելիության աճի կրճատմանը, իսկ 90-ական թվականներին հաջորդող տարիներին առաջացած սոցիալ-տնտեսական իրավիճակն անդրադարձն ունեցավ բնակչության առողջության և հատկապես՝ վերարտադրողական առողջության ցուցանիշների վրա:

2016 թվականի հունիսի 23-ի թիվ 24 արձանագրային որոշմամբ Հայաստանի Հանրապետության կառավարությունը հավանության արժանացրեց «Վերարտադրողական առողջության բարելավման ռազմավարությունը և 2016–2020 թվականների գործողությունների ծրագիրը»:

Ռազմավարության ներդրման նպատակն է՝

Հայաստանի Հանրապետությունում բնակչության վերարտադրողական/սեռական առողջության բարելավումը, մայրական և նորածնային հիվանդացության ու մահացության, ինչպես նաև սեռավարակների, հղիության արհեստական ընդհատումների ու չարորակ նորագոյացությունների նվազեցումը, համապատասխան միջոցառումների իրականացումը՝ ուղղված վերարտադրողական պոտենցիալի պահպանմանն ու առողջապահական գործոնով պայմանավորված ծնելիության բարձրացմանը:

Ռազմավարության խնդիրները ի թիվս այլոց, ներառում են.

1. Վերարտադրողական և սեռական առողջության ոլորտի իրավական և նորմատիվ դաշտի անհամապատասխանություն միջազգային չափանիշներին և դրանց բարելավման անհրաժեշտությունը,

2. վերարտադրողական առողջության ծառայությունները բնակչությանն առավել հասանելի ու մատչելի դարձնելու նպատակով՝ դրանց ներառումը առողջության առաջնային պահպանման մակարդակի ծառայություններում,

3. վերարտադրողական առողջության ոլորտում նոր ախտորոշիչ միջոցների, տեխնոլոգիաների, ինչպես նաև բուժման և կանխարգելման նորագույն մոտեցումների ներդրման անհրաժեշտությունը,

4. վերարտադրողական առողջության ոլորտում նախաձեռնային, նորածնային և կանանց վերարտադրողական օրգանների քաղցկեղի կանխարգելման սկրինինգային ծրագրերի ներդրման անհրաժեշտությունը,

5. մայրական և նորածնային հիվանդացության ու մահացության ցուցանիշների դեռևս բարձր մակարդակն ու իրավիճակի բարելավման անհրաժեշտությունը,

6. հղիության, ծննդաբերության և նորածնային ինտենսիվ խնամքի ուղեգրման և արագ արձագանքման համակարգի բարելավման անհրաժեշտությունը,

7. սեռական ճանապարհով փոխանցվող ու մարդու իմունային անբավարարության վիրուսային վարակների դեպքում հղիության, ծննդաբերության և նորածինների վարման ուղեցույցների մշակման անհրաժեշտությունը,

8. ընտանիքի պլանավորման տեղեկատվության և կազմակերպման համակարգի զարգացման, ընդլայնման և ինտեգրման անհրաժեշտությունն այլ ծառայությունների հետ,

9. նորածինների սեռերի անհամամասնության նվազեցման անհրաժեշտությունը,

10. պետական աջակցության անհրաժեշտությունը՝ քաղաքացիական հասարակության և համայնքային կազմակերպությունների սերտ համագործակցության, մարդու վերարտադրողական իրավունքների, էթիկայի և հավասարության սկզբունքների պաշտպանության նպատակով:

Վերարտադրողական առողջության բարելավման ռազմավարությունը նախատեսվում է իրականացնել հետևյալ 6 ուղղությունով.

Ռազմավարական ուղղություն 1:

Նպատակ.

Վերարտադրողական առողջության ոլորտում ախտորոշման, բուժման արդյունավետության բարձրացում, մայրական ու նորածնային հիվանդացության և մահացության իջեցում:

Պլանավորված աշխատանքներ.

1. Հղիների նախածննդյան ախտորոշման նորագույն տեխնոլոգիաների ներդրում և կիրառում բժշկական կազմակերպություններում, մայրական մահացության պատճառների ուսումնասիրում և պատճառագիտությանը վերաբերվող փաթեթների ներդրում:

2. Անհաս, ցածր քաշով և ախտաբանություններով ծնված նորածինների խնամքի բարելավում:

Ռազմավարական ուղղություն 2:

Նպատակ.

Վերարտադրողական առողջության ոլորտի որակյալ ծառայությունների մատչելիության ու որակի բարելավում, ապացույցների վրա հիմնված ժամանակակից մոտեցումների, տեխնոլոգիաների ներդրում:

Պլանավորված աշխատանքներ՝

1. Հղիության արհեստական ընդհատում իրականացնող կազմակերպություններում հղիության անվտանգ ընդհատման մեթոդների ներդրում:

2. Արտակարգ իրավիճակներում՝ բնական և տեխնածին աղետների դեպքում, վերարտադրողական առողջության ոլորտում նախնական նվազագույն ծառայությունների փաթեթի ներդրում:

Ռազմավարական ուղղություն 3:

Նպատակ.

Վերարտադրողական առողջության ոլորտում բժշկական օգնություն ու սպասարկում իրականացնող բժշկական կազմակերպություններում մշտադիտարկման, հաշվառման և հաշվետվության համակարգն ապահովող օրենսդրական ու տեղեկատվական համակարգի կատարելագործում:

1. Հակաբեղմնավորիչ միջոցների պահպանման, հաշվառման և բաշխման համակարգի ներդրում:

2. Ուղեգրումների համակարգի ներդրում՝ հղիներին, ծննդկաններին և նորածիններին մարզերից քաղաք տեղափոխումների դեպքում:

3. Մարզերում հղիների նախածննդյան խնամքի տրամադրման և կազմակերպման ժամանակ ի հայտ եկած թերությունների շտկման նպատակով մշտադիտարկման համակարգի ներդրում:

Ռազմավարական ուղղություն 4:

Նպատակ.

1. Առողջապահական գործոնով պայմանավորված ծնելիության բարձրացմանն ուղղված նպատակային ծրագրերի մշակում և իրականացում:

2. Առողջապահական և սոցիալական ծառայությունների նպատակային ներդրման ճանապարհով հնարավորություն տալ անպտոմուղ զույգերին ստանալու անվճար կամ ցածր գներով բուժում, այդ թվում նաև՝ վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ:

3. Ուսումնասիրությունների իրականացում երկրում՝ առաջնային և երկրորդային անպտղության պատճառների ուսումնասիրման և վերլուծության նպատակով:

4. Պտղի ներարգանդային աճի դանդաղեցման, պտղի ինֆեկցման, նախածննդյան և նորածնային շրջանի վարում:

Ռազմավարական ուղղություն 5.

Նպատակ.

1. Նախածննդյան, նորածինների, դեռահասների, վերարտադրողական տարիքի կանանց սթրինինգային ծրագրերի ընդլայնում, արդյունավետության բարձրացում:

2. Բուժօգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններում սթրինինգային ծրագրի իրականացման այն չափանիշների ներդրում, որոնք առաջարկվում են Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության կողմից:

3. Արգանդի վզիկի քաղցկեղի կանխարգելման և կրծքագեղձի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման ծառայությունների հզորացում և բարելավում, այդ թվում նաև՝ ՀՀ բյուջեից տրամադրվող միջոցների հաշվին, արգանդի պարանոցի բջջաբանական հետազոտության/Փափ թեսթ/ և մամոգրաֆիկ ծառայության ընդլայնում, ազգաբնակչության խոցելի խմբերին հասանելի և մատչելի ծառայությունների տրամադրում:

4. Կոնք-ազդրային, լսողության, տեսողության, սրտի, հոդի բնածին արատների, ֆենիլկետոնուրիայի, հիպոթիրեոզի սթրինինգային ծառայությունների ընդլայնում նորածինների շրջանում:

5. 15 տարեկան աղջիկների սթրինինգային հետազոտությունների ծավալների ընդլայնում:

Ռազմավարական ուղղություն 6.

Նպատակ.

Վերարտադրողական առողջության ոլորտի մասնագետների շարունակական ուսուցման ապահովում և բնակչության իրազեկվածության բարձրացում:

- Վերարտադրողական առողջության ոլորտի տարբեր մասնագետների շարունակական մասնագիտական կրթության դասընթացների կազմակերպում:

- Բուժաշխատողների համար կրթական մոդուլների մշակում՝ ուղղված նորածինների սեռերի միջև անհամամասնության կրճատմանը:

- Կրթական մոդուլների մշակում և ներդրում՝ ազգաբնակչության համար, ուղղված մինչև հղիությունը խնամքի իրականացման անհրաժեշտությանը, ՄԻԱՎ/սեռավարակների կրճատմանը, սեռական օրգանների քաղցկեղի, սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումների կրճատմանը:

2

ԳԼՈՒԽ

**Հղիության արհեստական
ընդհատումները ՀՀ-ում.
իրավական դաշտը
և քաղաքականությունը**

Հղիության արհեստական ընդհատումը կամ աբորտն իրենից ներկայացնում է առողջության իրավունքի կիրարկման բարձրագույն ձևի դրսևորումներից մեկը՝ անձնական ընտրություն կատարելու, մեկուսի, ազատ, անմարդկային վերաբերմունքից զերծ մնալու, առանց բիրտ կամ կոպիտ վերաբերմունքի վերարտադրողական առողջության ոլորտում որոշումներ կայացնելու մարդու հիմնարար իրավունքը, որը որ ամրագրվում է Նաև միջազգային համաձայնագրերով:

Կնոջ՝ որպես անհատականության, մարդու իրավունքների լիարժեք ըմբռնման խնդիրը առ այն, թե երբ ունենալ/և արդյոք ունենալ երեխաներ, առաջացել է վերջին 40 տարիների ընթացքում:

Վերջին տարիներին Կենտրոնական և Արևելյան Եվրոպայում տարածում է գտել օրենսդրական նախաձեռնությունների մի ալիք, որով օրենսդիր և գործադիր մարմինները ձգտում են մի շարք նոր նախապայմաններ դնել, որոնք կանայք պետք է կատարեն, նախքան աբորտի օրինական ծառայություններից օգտվելը:³² Պարտադիր սպասման ժամանակահատվածը և կողմնակալ խորհրդատվություն ու տեղեկատվություն տրամադրելու պահանջներն իրենցից ներկայացնում են նշված նախապայմանների օրինակներ:

2.1 Ի՞նչ է պարտադիր սպասման ժամանակահատվածը

Պարտադիր սպասման ժամանակահատվածը նվազագույն ժամանակահատված է՝ սկսած այն պահից, երբ կինը դիմում է աբորտ անելու համար, մինչ այն պահը, երբ կինը կարող է օրինական կերպով ստանալ աբորտի ծառայությունը:

Ընդհանուր առմամբ պարտադիր սպասման ժամանակահատվածը կիրառվում է միայն այն դեպքում, երբ կինն ինքն է դիմում աբորտ անելու համար: Օրինակ, երբ աբորտը պետք է իրականացվի բժշկական ցուցումների հետևանքով, կամ, երբ հղիությունը սեռական բռնության արդյունք է, որպես կանոն պարտադիր սպասման ժամանակահատված չի պահանջվում: Եվրոպական շատ երկրներում պարտադիր սպասման ժամանակահատվածը 2–7 օր է:

Սպասման ժամանակահատվածի վերաբերյալ պահանջները կանանց հիմնարար իրավունքների կիրարկման որոշակի մարտահրավերներ են և

32 See: Abortion, Legislation in Europe 2012. IPPF. Online source: https://www.ippfen.org/sites/ippfen/files/2016-12/Final_Abortion%20legislation_September2012.pdf (Մուտք է գործել 25.12.17)

խոչընդոտում են արբորտների ծառայություններից օգտվելու գործընթացին:³³

Ենթատեքստերից մեկն այն է, որ կանայք ինքնուրույն որոշումներ կայացնելու լիարժեք հնարավորություն չեն ունենում և ուղղորդվում են պետության կողմից: Այն երկրներում, որտեղ դրված են սպասման ժամանակահատվածի առումով որոշակի պահանջներ, կանայք, իմանալով իրենց հղիության մասին, հետևելով արբորտի իրականացման համար պետության կողմից սահմանված բոլոր պահանջներին, հաճախ ունենում են խոչընդոտներ՝ այդ ծառայությունը ստանալու գործում:

Սպասման ժամանակահատվածները բացասաբար են անդրադառնում այն կանանց վրա, ովքեր ստիպված պետք է անցնեն բավական երկար ճանապարհ՝ խորհրդատվություն և ծառայություններ ստանալու նպատակով: Այսպիսի կանայք հնարավոր է չունենան բավարար ֆինանսական միջոցներ՝ վճարելու իրենց կեցության ծախսերի համար այն ժամանակահատվածում, երբ նրանք պետք է որոշ ժամանակ սպասեն և խորհեն իրենց որոշման շուրջ:

«Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքի³⁴ 10-րդ հոդվածի 4-րդ մասի համաձայն, այն դեպքերում, երբ արբորտն իրականացվում է կնոջ գրավոր դիմումի համաձայն, կամ բժշկի ցուցումով՝ կնոջ գրավոր համաձայնությամբ՝ մինչև հղիության 12 շաբաթը լրանալը, արբորտից առաջ բժիշկը իրեն դիմած հղի կնոջը պարտավոր է տրամադրել ընդհատման վերաբերյալ վերջնական որոշում կայացնելու ժամանակահատված՝ երեք օրացուցային օր ժամկետով (իսկ եթե երրորդ օրացուցային օրը համընկնում է հղիության 12-րդ շաբաթը լրանալու օրվան, ապա մինչև այդ ժամկետը լրանալը), որը հաշվվում է կնոջ՝ ընդհատման համար բժշկին առաջին անգամ դիմելու պահից:

2.2 Ի՞նչ է իրենից ներկայացնում կողմնակալ խորհրդատվություն և տեղեկատվություն տրամադրելու պահանջը

Արբորտի վերաբերյալ պարտադիր խորհրդատվություն և տեղեկատվություն տրամադրելու պահանջը գործում է Եվրոպական մի շարք երկրներում: Թեև յուրաքանչյուր երկրում այդ պահանջի բովանդակությունն ու ձևը տարբերվում է, համապատասխան օրենքները սովորաբար ընդգծում են, որ կանայք պետք է խորհրդակցեն կամ որոշակի տեղեկատվություն ստանան նախքան արբորտի ծառայություն ստանալը: Շատ հաճախ օրենքը չի պահանջում, որ նշված խորհրդատվությունը կամ տեղեկատվության տրամադրումը լինի կողմնակալ: Այնուամենայնիվ, մի շարք Կենտրոնական և Արևելյան Եվրոպայի երկրներում վերջերս ներդրված՝ արբորտից առաջ խորհրդատվություն և տեղեկատվություն տրամադրելու պահանջը կրում է կողմնակալ բնույթ:³⁵

Այսօրինակ խորհրդատվական այցերը հաճախ նպատակ են հետապնդում կանանց հետ պահել արբորտի իրականացման որոշումից: Այսպիսի խորհրդատվական այցերի ժամանակ կանանց տրվում է տեղեկատվություն՝ ամուսնացած և չամուսնացած մայրերին ցուցաբերվող օգնության աղբյուրների, որդեգրման, ինչպես նաև հղիության հետի հայտ եկող սոցիալական խնդիրների վերաբերյալ:

Կանխակալ իրականացվող պարտադիր խորհրդատվությունը սահմանափակում և նվազեցնում է սեփական կյանքի և առողջության մասին որոշումներ կայացնելու վերաբերյալ կանանց իրավունքը:

Արբորտի վերաբերյալ խորհրդատվության և տեղեկատվության տրամադրումը համարվում է կողմնակալ, երբ այն նպատակ ունի համոզել կնոջը չիրականացնել արբորտ: Կողմնակալ խորհրդատվության օրինակ են այն դեպքերը, երբ բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ մատուցողները չափազանցում են արբորտի իրականացման ժամանակ առկա ռիսկը, և նկարագրում են արբորտը, որպես չծնված երեխայի սպանություն, կամ պարտադրում են կնոջը նայել պտղի նկարները և բացատրում են նրանց, թե զարգացման ինչ փուլում է գտնվում վերջինս:

33 Crafting an Abortion Law that Respects Women's Rights: Issues to Consider. CRR. Online source: https://www.reproductive-rights.org/sites/default/files/documents/pub_bp_craftingabortion-law.pdf (Մուտք է գործել 25.12.17)

34 Տես՝ «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենք, <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=108716> (Մուտք է գործել 28.12.17)

35 1. See: <https://www.reproductive-rights.org/world-abortion-laws/albanias-abortion-provisions%22%201%20%22english%22>; 2. Code Pénal art. 350 (Belg.); 3. Law No. 194/1978 on the Social Protection of Motherhood and Voluntary Termination of Pregnancy, arts. 2, 5 (1978) (It.); 4. Organic Law No. 2/2010 on Sexual and Reproductive Health and Voluntary Interruption of Pregnancy, art. 17.2 (2010) (Spain)

«Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքի 10-րդ հոդվածի 6-րդ մասը սահմանում է, որ ընդհատման բժշկական միջամտությունն իրականացնելուց անմիջապես առաջ բժիշկը պարտավոր է կնոջը ընդհատման հնարավոր բացասական հետևանքների վերաբերյալ տրամադրել անվճար խորհրդատվություն, որի մասին բժիշկը գրառում է ընդհատման համար դիմած կնոջ բժշկական փաստաթղթերում, և որը հաստատվում է կնոջ ստորագրությամբ:

Երբ աբորտի մատչելիությունը պայմանավորված է մի շարք նախապայմաններով, մարդու իրավունքների իրականացման մի շարք երաշխիքներ կասկածի տակ են դրվում: Այսպիսով, վտանգվում են անձնական անձեռնմխելիության և գաղտնիության, առողջության պահպանման, տեղեկատվության մատչելիության, հավասարության և խտրականությունից զերծ մնալու իրավունքները:

2.3 Միջազգային իրավական դաշտը հղիության արհեստական ընդհատումների ոլորտում

Օրենքները և պետության որդեգրած քաղաքականությունը կնոջ արժանապատվության և բժշկական որոշումներ կայացնելու ինքնուրույնության նկատմամբ պետք է ապահովեն հարգանք: Միաժամանակ, կինը պետք է կարողանա ազատ և կամովին կայացնել բժշկական բնույթի որոշումներ՝ առանց սպառնալիքի կամ դրդման:

Առողջության պահպանման իրավունքը կարող է խախտվել այն ժամանակ, երբ վերարտադրողական առողջության մասին տեղեկատվությունը սխալ է ներկայացվում կամ խեղաթյուրվում է, կամ երբ խելամիտ ժամկետում սահմանափակվում է լավ և որակյալ վերարտադրողական առողջության ծառայությունների մատչելիությունը:

Վերարտադրողական առողջության համատեքստում տեղեկատվություն ստանալու իրավունքը երաշխավորում է վերարտադրողական առողջության մասին տեղեկության, այդ թվում՝աբորտների վերաբերյալ տեղեկատվության մատչելիություն: Տեղեկատվություն ստանալու իրավունքը ոչ միայն թույլ է տալիս անհատներին իրենց առողջությանը վերաբերող ճշգրիտ տեղեկատվություն ստանալ, այլև նրանց իրավունք է վերապահում հրաժարվել այդ տեղեկատվությունից:

դաշնագրի կիրարկման մոնիթորինգ անող մարմինը, Արգենտինայի կառավարությանը իր ամփոփիչ եզրակացություններում ընդգծել է.

«Այն դեպքերում, երբ աբորտը կարելի է իրականացնել օրինականորեն, դրա կատարման բոլոր խոչընդոտները պետք է վերացվեն»³⁶: Կոմիտեն նաև կոչ է արել դաշնագրի մասնակից պետություններին «վերացնել բոլոր ընթացակարգային խոչընդոտները, որոնք կնպաստեն կանանց ապօրինի աբորտների իրականացմանը, և որոնք կարող են վտանգի ենթարկել կնոջ կյանքն ու առողջությունը»:³⁷

Կանանց նկատմամբ խտրականության վերացման կոմիտեն, որը մոնիթորինգ է իրականացնում Կանանց նկատմամբ խտրականության բոլոր ձևերի վերացման մասին կոնվենցիայի համապատասխանությունը պետության գործունեությանը, հստակ նշել է, որ պետությունը պետք է «ապահովի անվտանգ աբորտի մատչելիությունը՝ առանց կնոջը ստիպելու ստանալ պարտադիր խորհրդատվություն կամ պարտադիր սպասել»:³⁸

Միջազգային հարթակում, Մարդու իրավունքների առաջին գլոբալ համաժողովի ժամանակ կառավարություններն ընկալել և ճանաչել են հղիության արհեստական ընդհատման վերաբերյալ կանանց իրավունքները, որն իր հերթին արտացոլվել է 1968 թվականի Թեհրանի Դեկլարացիայում: 1979 թվականի՝ Կանանց դեմ խտրականության բոլոր ձևերի վերացման (CEDAW) շուրջ կոնվենցիան իր բնույթով մարդու իրավունքների ոլորտի առաջին միջազգային պայմանագիրն էր, որում նշված էր ընտանիքի պլանավորման մասին:³⁹ 1994 թվականի Բնակչության և Չարգացման Կապիտի միջազգային գիտաժողովի ժամանակ 179 երկրների կառավարություններ եկան այն եզրահանգման, որ «այն վայրերում, որտեղ հղիության արհեստական ընդհատումը անօրինական չէ, առողջապահական համակարգը պետք է հավաստիանա, որ այս աբորտների իրականացումը անվտանգ է և մատչելի»:

36 Human Rights Committee, Concluding Observations: Argentina, para. 14, U.N. Doc. CCPR/ CO/70/ARG (2000) <http://www.refworld.org/docid/3b39f0977.html>

37 See Human Rights Committee, Concluding Observations: The Former Yugoslav Republic of Macedonia, para. 11, U.N. Doc. CCPR/C/MKD/CO/3 (2015) (advance unedited version). http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CAT/Shared%20Documents/MKD/CAT_C_MKD_CO_3_20486_E.pdf

38 CEDAW Committee, Concluding Observations: Hungary, para. 31(c), U.N. Doc. CEDAW/C/ HUN/CO/7-8 (2013) <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/co/CE-DAW.C.HUN.CO.7-8.pdf>

39 See: <https://www.ipas.org/~media/Files/.../NYR%20HR%20Abortion.pdf.ashx>

Անվտանգ աբորտների իրականացման ծառայություններն անհրաժեշտ են՝ հավաստիանալու, որ առողջապահական ծառայություններից օգտվելու ժամանակ կանայք կարող են ձեռք բերել խնամքի տրամադրման առավելագույն հասանելի ցուցանիշը: Մարդու իրավունքների տիրույթին առնչվող ՄԱԿ-ի մի շարք հռչակագրեր, ներառյալ Նաև՝ մարդու իրավունքների Համընդհանուր Հռչակագիրը, հստակ մատնանշում են առողջության հիմնարար իրավունքը:

2004 թվականին մարդու իրավունքների գծով ՄԱԿ-ի հատուկ հանձնակատարը հստակ կերպով մատնանշեց, որ անհրաժեշտ է ունենալ աբորտի խնամքի ծառայություններ այնպես, որպեսզի պետությունները կարողանան լիարժեքորեն իրականացնել առողջության հիմնարար իրավունքը, նշելով, որ. «այնտեղ, որտեղ օրինական են աբորտի ծառայությունները, պետք է դրանք լինեն անվտանգ. հանրային առողջապահական ծառայությունները և համակարգերը պետք է վերապատրաստեն և գինեն բուժաշխատողներին՝ հավաստիանալու, որ նմանատիպ աբորտների իրականացումը ոչ միայն անվտանգ է, այլ նաև՝ մատչելի»:

Աբորտների իրականացման անվտանգությունն ու մատչելիությունը մեծապես կապակցված է երկրում գործող օրենքների և իրավական ակտերի առկայության հետ: Աբորտների վերաբերյալ իրավական դաշտի մշակման ժամանակ պետությունը պետք է հաշվի առնի նաև կանանց հիմնարար իրավունքները՝ վերարտադրողականության ոլորտում ինքնուրույն որոշումներ կայացնելու իրենց հնարավորությունները, հավասարությունը և բուժ-ծառայություններից օգտվելու մատչելիությունն ու հասանելիությունը, որոնք համարվում են գերակա խնդիրներ:

Պետությունը պետք է հավաստիանա, որ աբորտները մատչելի են կանանց համար՝ առանց խորամուխ լինելու հղիությունն ընդհատելու կնոջ շարժառիթների մեջ:

Մարդու իրավունքների եվրոպական դատարանը նշել է, որ «այն պահից, երբ օրենսդիրը որոշում է թույլ տալ աբորտը, այն չպետք է կառուցի իր իրավական դաշտն այնպես, որ սահմանափակի դրա իրականացման հնարավորությունները»:⁴⁰ Միաժամանակ դատարանն ընդգծել է, որ եվրոպական պետությունները. «ունեն դրական պարտավորություն՝ ստեղծել այնպիսի ընթացակարգ, որը թույլ կտա հղի կնոջն օգտվել օրինական աբորտի մատչելիության իր իրավունքից»:⁴¹ Դատարանը ճա-

նաչել է կանանց՝ անհրաժեշտ և հուսալի տեղեկատվության ժամանակին հասանելիության կարևոր դերը: Դատարանը դատապարտել է աբորտի հետ կապված տեղեկությունների դիտավորյալ ժխտումը և մանիպուլյացիան:⁴²

Նշված հղումով կարող եք տեսնել, թե որ երկրներում աբորտը որ դեպքերում է օրինական և թույլատրելի: <http://www.pewresearch.org/interactives/global-abortion/>

2.4 Հղիության արհեստական ընդհատումների ոլորտում առկա օրենսդրությունը ՀՀ-ում

«Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքի 10-րդ հոդվածի համաձայն յուրաքանչյուր կին ունի հղիության արհեստական ընդհատման (աբորտի) իրավունք: Աբորտը, ինչպես արդեն նշվեց, մինչև 12 շաբաթական հղիության ժամկետը կատարվում է կնոջ գրավոր դիմումի համաձայն: Բժշկական ցուցումների դեպքում ընդհատումը մինչև 12 շաբաթական հղիության ժամկետը իրականացվում է կնոջ գրավոր համաձայնությամբ: 12-ից մինչև 22 շաբաթական հղիության ժամկետը կատարվում է բացառապես բժշկական (ներառյալ՝ սեռի հետ կապված հիվանդության ժառանգման հավանականության դեպքում) կամ սոցիալական ցուցումների առկայության դեպքում՝ կնոջ գրավոր համաձայնությամբ: **Բժշկի կողմից բժշկական կամ սոցիալական ցուցումների ցանկում չնախատեսված որևէ այլ դեպքում, ներառյալ՝ սեռով պայմանավորված 12-ից մինչև 22 շաբաթական ընդհատումն արգելվում է:** Ընդհատումը անչափահասի (օրենքով նախատեսված լրիվ գործունակություն ձեռք չբերելու դեպքերում) դիմումով կատարվում է նրա օրինական ներկայացուցիչների գրավոր համաձայնությամբ, իսկ դրա անհնարինության դեպքում՝ առողջապահական հաստատության գործադիր մարմնի ղեկավարի համապատասխան ակտով ստեղծված մշտապես գործող բժշկական հանձնաժողովի որոշման հիման վրա: Ընդհատումը կարող է իրականացվել միայն մանկաբարձական և գինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման լիցենզիա ունեցող հիվանդանոցային առողջապահական հաստատություններում: Ընդհատման բժշկական միջամտությունն իրականացնելուց անմիջապես հետո բժիշկը պարտավոր է կնոջն անցանկալի հղիությունը կանխելու միջոցների և (կամ) մեթոդների ընտրության վերաբերյալ տրամադրել անվճար բժշկասոցիալական

40 Tysiack v. Poland, 2007

41 R.R. v. Poland, 2011

42 R.R. v. Poland, 2011

խորհրդատվություն, որի մասին բժիշկը գրառում է ընդհատման համար դիմած կնոջ բժշկական փաստաթղթերում, և որը հաստատվում է կնոջ ստորագրությամբ:

Հղիության արհեստական ընդհատման սոցիալական ցուցումներն են⁴³

1. հղիության ընթացքում ամուսնու մահը.
2. կնոջ կամ ամուսնու՝ օրենքով սահմանված կարգով նշանակված պատիժն ազատազրկման վայրում կրելը.
3. հղիության ընթացքում օրենքով սահմանված կարգով ամուսնալուծությունը.
4. հղիությունը՝ բռնաբարության արդյունքում:

Հղիության արհեստական ընդհատումների իրավիճակը Հայաստանում և տարվող պետական բաղաձայնությունը

Յուրաքանչյուր տարի վերարտադրողական տարիքի կանանց շրջանում գրանցվում է հղիության արհեստական ընդհատման միջինը մոտ 12 հազար դեպք, որի կեսից ավելին կազմում են հղիության արհեստական թույլատրված ընդհատումները, տեսակարար կշռով հաջորդն ինքնաբեր ընդհատումներն են, որոնք հաճախ իրականացվում են դեղորայքային եղանակով և վերջին տեղում՝ բժշկական ցուցումներով արված արհեստական ընդհատումները: Կենդանի ծնվածների թվաքանակի համեմատությամբ հղիության արհեստական ընդհատումների քանակը վերջին տարիներին տատանվել է 28–31%-ի սահմաններում, կամ, այլ խոսքով՝ յուրաքանչյուր 100 կենդանի ծննդին բաժին է ընկնում 28–30 հղիության արհեստական ընդհատում⁴⁴:

Աղյուսակ 1: Հղիության արհեստական ընդհատումների թիվը ՀՀ-ում, ըստ տեսակի, 2011–2016								
Թվականը	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Հղիության ինքնաբեր վիժումներ	3648	3718	3796	4277	4128	3640	2752	2235
Արհեստական ընդհատումներ (թույլատրված ժամկետներում)	9156	7396	6847	6891	5964	6040	6607	6721
Հղիության արհեստական ընդհատում՝ բժշկական ցուցումներով	993	1181	1322	1798	1875	2212	1744	1492
Ընդամենը	13797	12295	11965	12960	11967	11892	11259	10736

Ստորև ներկայացվում է Հայաստանի Հանրապետությունում հղիության ընդհատումների վիճակագրությունը՝ 2011–2016 թվականների ընթացքում:

Հղիության արհեստական ընդհատման կարգում և պայմաններում ամրագրված փոփոխությունները

2015 թվականի հուլիսի 15–ին հաստատված «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին Հայաստանի Հանրապետության օրենքում փոփոխություն կատարելու մասին» ՀՀ օրենքի (Կ–837–15.07.2015–ԱՄ–010/2)⁴⁵ համաձայն՝ «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» Հայաստանի Հանրապետության 2002 թվականի դեկտեմբերի 11–ի N ՀՕ–474–Ն օրենքի 10–րդ հոդվածը շարադրվել է նոր՝ հետևյալ խմբագրությամբ, որով հստակ ամրագրված է յուրաքանչյուր կնոջ՝ հղիության արհեստական ընդհատման (աբորտի) իրավունքը, հղիության արհեստական ընդհատման (աբորտի) իրականացման ժամկետները, կարգն ու պայմանները, ինչպես նաև միջամտության իրականացման համար սահմանված բժշկական հաստատությունները, միջամտության իրականացման համար առկա ցուցումներն ու հակացուցումները:

Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2017 թվականի փետրվարի 23–ի N 180–Ն որոշմամբ՝ ուժը կորցրած է ճանաչվել Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2004 թվականի օգոստոսի 5–ի N 1116–Ն որոշումը՝ հղիության արհեստական ընդհատման կարգի ու պայմանների հաստատման մասին:

43 Տես՝ ՀՀ Կառավարության որոշում «Հղիության արհեստական ընդհատման կարգն ու պայմանները հաստատելու և ՀՀ Կառավարության 2004 թ. Օգոստոսի 5–ի N 1116–Ն որոշումն ուժը կորցնելու մասին», <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docID=111980> (Մուտք է գործել 25.12.17)
 44 Ս. Խաչատրյան, Ս. Աղազարյան, Ա. Բազարյան, Տնային տնտեսությունների կողմից Մոր և մանկան առողջության և ընտանիքի պլանավորման համար կատարած ծախսերի վերլուծություն. Չեկոյց, Երևան 2016:

45 Տես՝ Հաստատված «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքում փոփոխություն կատարելու մասին, <http://parliament.am/drafts.php?sel=show-draft&DraftID=38184> (Մուտք է գործել 25.12.17)

Կառավարության այս որոշումը կայացվել է՝ հիմք ընդունելով «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի 10-րդ հոդվածը:

Համաձայն 2017 թվականի փետրվարի 23-ի «ՀՀ կառավարության որոշումը հղիության արհեստական ընդհատման կարգն ու պայմանները հաստատելու և ՀՀ կառավարության 2004 թվականի օգոստոսի 5-ի N 1116-Ն որոշումն ուժը կորցրած ճանաչելու մասին» N 180-Ն Հայաստանի Հանրապետության Կառավարության որոշման 21-րդ կետի՝ «21. Մինչև հղիության արհեստական ընդհատումը, առողջապահական հաստատության բժիշկն իրեն դիմած հղի կնոջը պարտավոր է տրամադրել ընդհատման վերաբերյալ վերջնական որոշում ընդունելու ժամանակահատված՝ երեք օրացուցային օր ժամկետով (իսկ եթե երրորդ օրացուցային օրը համընկնում է հղիության 12-րդ շաբաթը լրանալու օրվան, ապա մինչև այդ ժամկետը լրանալը), որը հաշվվում է կնոջ՝ ընդհատման համար բժշկին առաջին անգամ դիմելու պահից»:⁴⁶

Վերոհիշյալ որոշմամբ սահմանվում են նաև հղիության արհեստական ընդհատման միջամտության իրականացման մի քանի կարևոր նախապայմաններ, մասնավորապես, միջամտությունից հետո բժշկի կողմից անվճար խորհրդատվության տրամադրումը՝ հղիության արհեստական ընդհատման բժշկական միջամտության հնարավոր բացասական հետևանքների վերաբերյալ, կնոջ բժշկական փաստաթղթերում համապատասխան գրառումների կատարումը, իսկ դրա իրականացումից անմիջապես հետո՝ կնոջն անցանկալի հղիությունը կանխելու միջոցների և (կամ) մեթոդների ընտրության վերաբերյալ անվճար բժշկա-սոցիալական խորհրդատվության տրամադրումը, ինչպես նաև՝ համապատասխան գրառումների կատարումը հղիության արհեստական ընդհատման բժշկական քարտում և գրանցամատյանում, հղի կնոջ կամ նրա օրինական ներկայացուցչի կողմից ներկայացվող դիմումի ձևերը: Բացի այդ՝ այս որոշմամբ սահմանվում են նաև հղիության արհեստական ընդհատման ցուցումներն ու հակացուցումները, ինչպես նաև՝ իրականացման մեթոդները, որոնք բավական համալիր կերպով ներկայացնում են այն իրավիճակներն ու պայմանները, որոնց դեպքում և որոնցով կարգավորվում է սույն միջամտության իրականացումը:

Որոշմամբ սահմանվում է նաև, թե կինը որքան ժամանակ պետք է մնա բուժհաստատությունում և թե ինչ չափանիշների վրա հիմնվելով և ում կողմից է կայացվում միջամտություն անցած կնոջ դուրսգրման գործընթացը:

Առաջարկություններ

1. «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքում կատարել փոփոխություն, մասնավորապես՝ 10-րդ հոդվածի համաձայն ընդհատման բժշկական միջամտությունն իրականացնելուց անմիջապես առաջ բժիշկը պարտավոր է կնոջն ընդհատման հնարավոր բացասական հետևանքների վերաբերյալ տրամադրել անվճար խորհրդատվություն, որի մասին բժիշկը գրառում է ընդհատման համար դիմած կնոջ բժշկական փաստաթղթերում, և որը հաստատվում է կնոջ ստորագրությամբ: Անհրաժեշտ է կնոջ համար սահմանել հնարավորություն հրաժարվել նշված տեղեկատվությունը ստանալուց, այսինքն տրամադրել խորհրդատվությունը միայն կնոջ համաձայնության դեպքում:

2. «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքում կատարել փոփոխություն, մասնավորապես՝ 10-րդ հոդվածից հանել եռօրյա սպասելաժամանակը, որը խոչընդոտում է հղիության արհեստական ընդհատման ծառայությունների հասանելիությունը կանանց համար:

3. Իրագեկել բնակչությանը անցանկալի հղիություններից պաշտպանվելու եղանակների մասին:

46 Տես՝ ՀՀ Կառավարության որոշում «Հղիության արհեստական ընդհատման կարգն ու պայմանները հաստատելու և ՀՀ Կառավարության 2004 թ. Օգոստոսի 5-ի N 1116-Ն որոշումն ուժը կորցնելու մասին», <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docID=111980> (Մուտք է գործել 25.12.17)

3

ԳԼՈՒԽ

Կանանց տարբեր խմբերի վերարտադրողական առողջության և իրավունքի հասանելիությունը ՀՀ-ում

Անուշ Պողոսյան
Աննա Հովհաննիսյան
Չարուհի Բաթոյան
Լիլիթ Ավետիսյան
Բելլա Թամոյան
Ժենյա Մայիլյան

3.1 Հղիության արհեստական ընդհատումների իրավիճակը գյուղաբնակ կանանց շրջանում

Ամբողջ աշխարհում չպաշտպանված հղիության արհեստական ընդհատումների երկու երրորդն իրականացնում են 30 տարեկանից ցածր կանայք:⁴⁷ Ընդհանուր առմամբ, ամբողջ աշխարհում հինգ հղիությունից մեկն ավարտվում է հղիության արհեստական ընդհատումով:⁴⁸

Տարեկան շուրջ 47.000 կին մահանում է չպաշտպանված պայմաններում իրականացվող հղիության արհեստական ընդհատումների պատճառով, իսկ շուրջ 5.000.000 կին ձեռք բերում հաշմանդամություն:⁴⁹ Հայաստանում, ինչպես նախկին Խորհրդային Միության բոլոր երկրներում, հղիության արհեստական ընդհատման արգելքը երկար տարիներ համարվում էր ծնելիության պաշտպանության հիմնական միջոցը: 1920 թ.-ին, հղիության արհեստական ընդհատումն, առաջին անգամ, օրինականացվել է Խորհրդային Միությունում, սակայն արգելվել՝ 1936 թ.-ին՝ որպես պրոնատալիստական քաղաքականության մի մաս:⁵⁰ Միայն 1955 թ.-ին այս որոշումը վերանայվեց և հղիության արհեստական ընդհատումը համարվեց թույլատրելի:⁵¹

Համաձայն Հայաստանի Ժողովրդագրության և առողջության հարցերի 2015–2016 թթ.-ին հետազոտության արդյունքների, Հայաստանում 15–49 տարեկան չորս կանանցից մեկը երբևէ կատարել է արբորտ: Ընդ որում արբորտների հավանականությունն աճում է տարիքին ու կենդանի երեխաների թվաքանակի աճին զուգընթաց: Կանայք Սյունիքում ամենաքիչն են հակված արբորտ կատարելուն (9%), մինչդեռ կանայք Արմավիրում և Գեղարքունիքում՝ ամենաշատը (35%): Երբևէ արբորտ կատարած կանանց 47% կատարել է 2–3 արբորտ:⁵²

Ընդհանուր առմամբ, հղիության արհեստական ընդհատումների թիվը նվազում է նկատվում, այս-

47 See: Iqbal H. Shah and Elisabeth Ahman, “Unsafe Abortion Differentials in 2008 by Age and Developing Country Region: High Burden among Young Women,” *Reproductive Health Matters* 20, no. 39 (2012): pp 170–171.

48 See: World Health Organization. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Second edition. Geneva: WHO, 2012.

49 Online source: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf

50 Ծնելիության խթանման քաղաքականություն, որը տարվում է պետության կողմից և որի գաղափարախոսությունը դեմ է հղիության արհեստական ընդհատումներին:

51 Online source: http://www.armstat.am/file/article/dhs_kir_2015-16-english.pdf

52 Online source: http://www.armstat.am/file/article/dhs_kir_2015-16-english.pdf

պես, եթե 2000 թ-ին մեկ կնոջը բաժին հասնող արտադրական գումարային գործակիցը կազմել է 2.6, ապա 2005-ին այդ ցուցանիշը իջել է 1.8-ի, 2010-ին՝ 0.8-ի, իսկ ահա 2015-ին՝ 0.6-ի:⁵³ Մինչդեռ հիմնվելով «Կանանց ռեսուրսային կենտրոն» հասարակական կազմակերպության կողմից կանանց տարբեր խմբերի հետ իրականացվող վերարտադրողական առողջության վերաբերյալ դասընթացներից կուտակված փորձի, կարելի է եզրակացնել, որ կանանց իրազեկվածությունը հղիությունից պաշտպանվելու արդյունավետ եղանակների վերաբերյալ այս տարիների ընթացքում չի ավելացել:

2002 թ.-ին ՀՀ Ազգային ժողովը ընդունեց նոր օրենք «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին», որի շրջանակներում հղիության արհեստական ընդհատումը համարվեց օրինական մինչև հղիության 12 շաբաթը:⁵⁴

2000 թ. ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայության և ՀՀ առողջապահության նախարարության տվյալներով, մայրական մահացության 10–20% տեղի էր ունենում չպաշտպանված հղիության արհեստական ընդհատման արդյունքում: Վերջին տասն տարիների արդյունքների համաձայն, այս ցուցանիշը հավասարեցվել է 0-ի:⁵⁵

Չպաշտպանված և ոչ հասանելի հղիության արհեստական ընդհատումը հանդիսանում է առողջության և մարդու իրավունքների ոտնահարման հիմնախնդիր կանանց համար ամբողջ աշխարհում: Հղիության արհեստական ընդհատման իրավունքի հասանելիությունը հանդիսանում է վերարտադրողական առողջության և կանանց շարժման շրջանակներում կարևոր նախապայման:

Հղիության արհեստական ընդհատումների իրավական կարգավիճակը հանդիսանում է կարևորագույն գործոն, որը նպաստում է անվտանգ և հասանելի հղիության արհեստական ընդհատումների հասանելիության ապահովման համար:⁵⁶

Հղիության արհեստական ընդհատումները կարգավորող օրենսդրությունը հաճախ չի արտացոլում այն խոչընդոտները, որոնց հետ կանայք կարող են առերեսվել՝ իրենց իրավունքը իրացնելիս, մասնա-

վորապես՝ հղիության արհեստական ընդհատումների հասանելիության տեսանկյունից խոչընդոտող գործոն կարող է լինել պարտադիր սպասելաժամանակը, զուգընկերոջ պարտադիր թույլտվությունը, այդ ծառայությունների համար պահանջվող վճարը, բժշկական անձնակազմի մեղադրական վերաբերմունքը և այլն:⁵⁷ Կարևոր է առանձնացնել նաև սեռով պայմանավորված կամ տղաների նախապատվությամբ իրականացվող հղիության արհեստական ընդհատումների արգելքն օրենսդրական մակարդակում: Միջազգային փորձի ուսումնասիրությունը փաստում է, որ օրենսդրական մակարդակում արգելքը ոչ միայն չի հանգեցնում սեռով պայմանավորված կամ տղայի նախապատվությամբ իրականացվող հղիության արհեստական ընդհատման ցուցանիշի նվազեցմանը, այլ ընդհակառակը՝ ազդում է կնոջ հղիության արհեստական ընդհատման ծառայությունների հասանելիության վրա:⁵⁸

Այս բոլոր գործոններին նաև ավելանում է կանանց բնակության վայրի՝ որպես լրացուցիչ խոչընդոտ ստեղծող գործոնը, մասնավորապես՝ գյուղաբնակ կանայք ունեն հղիության արհեստական ընդհատման հասանելիության հետ կապված խոչընդոտներ, որը պայմանավորված է նախ և առաջ գյուղաբնակ վայրերում բուժհաստատությունների բացակայությամբ: Շատ գյուղաբնակ կանայք ստիպված են ճանապարհորդել գյուղից քաղաք, որպեսզի ստանան այդ ծառայությունները, ծախսելով դրա վրա լրացուցիչ ռեսուրսներ:⁵⁹

Հատկանշական է, որ գյուղական համայնքներում կանայք ավելի հաճախ են դիմում հղիության արհեստական ընդհատման (27.4%), քան քաղաքային համայնքներում (18.7%):⁶⁰

Ու չնայած ՀՀ-ի ստանձնած մի շարք պարտավորությունների, մասնավորապես՝ Կանանց նկատմամբ խտրականության բոլոր ձևերի վերացման կոնվենցիայի, պետության կողմից կանանց վերարտադրողական առողջության պաշտպանությունը, ինչը նաև արտացոլվում է տեղական քաղաքականությունն ապահովող փաստաթղթերում, դիտում է հղիության

57 See: Iqbal H. Shah and Elisabeth Ahman, “Unsafe Abortion Differentials in 2008 by Age and Developing Country Region: High Burden among Young Women,” *Reproductive Health Matters* 20, no. 39 (2012): pp 170–171.

58 See: Statement of Policies and Principles on Discrimination Against Women and Sex-Selective Abortion Bans, https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/Statement%20on%20Sex%20Selective%20Abortion%20Bans%20FIN_1.pdf

59 See: Safe abortion: technical and policy guidance for health systems Second edition. Online source: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf

60 Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտություն 2015–16, էջ 120: http://www.armstat.am/file/article/dhs_kir_2015-16-arm.pdf

53 Online source: <https://www.panorama.am/am/news/2017/09/28/%D5%A1%D5%A2%D5%B8%D6%80%D5%BF-%D5%B6%D5%BE%D5%A1%D5%A6%D5%B8%D6%82%D5%B4/1841598>

54 Online source: <http://www.parliament.am/legislation.php?sel=show&ID=1339&lang=arm>

55 Armenia demographic and health survey 2015–16. Online source: http://www.armstat.am/file/article/dhs_kir_2015-16-english.pdf

56 For a detailed map of the 2017 World Abortion Laws visit: <http://worldabortionlaws.com/map/>

արհեստական ընդհատումը որպես կնոջ հիմնարար իրավունք, մինչդեռ տեղական մակարդակով ոլորտը կարգավորող կարևորագույն փաստաթուղթը՝ «Վերարտադրողական առողջության բարելավման ռազմավարությունը» և 2016–2020 թթ. գործողությունների ծրագիրը»⁶¹ հղիության արհեստական ընդհատումը դիտարկում է որպես ժողովրդավարական դիսքալանսի առաջացման միջոց,⁶² ինչը իր բնույթով նատալիստական արժեքներից բխող գաղափարախոսություն է, որը կարող է խնդրահարույց լինել պետական քաղաքականության իրականացման տեսանկյունից:

Ու չնայած առկա միջազգային և ներպետական սկզբունքներին, որոնք կարգավորում են կնոջ՝ անվտանգ և հասանելի աբորտից օգտվելու իրավունքի իրացումն, այնուամենայնիվ ՀՀ-ում առկա են մի շարք խոչընդոտներ, որոնք ստացվել են Գեղարքունիքի, Շիրակի, Կոտայքի, Լոռիի և Արմավիրի գյուղական համայնքներում բնակվող կանանց հետ իրականացված 5 խորին հարցազրույցներից և 5 ֆոկլոր խմբերից (շուրջ 50 կին) ստացված արդյունքների վերլուծությունից: Այս հետազոտությունը չի հավակնում տրամադրել քանակական տվյալներ և իր սահմանափակ ընտրանքի պատճառով, ստացված արդյունքները չեն կարող տարածվել բոլոր գյուղաբնակ կանանց վրա, այնուամենայնիվ ստացված արդյունքները կարող են ծառայել քաղաքականությունն ավելի հասցեական դարձնելու նպատակով:

Գյուղաբնակ համայնքներում հղիության արհեստական ընդհատման իրավունքի հասանելիության խոչընդոտը

Գյուղաբնակ կանանց համար հղիության արհեստական ընդհատման հասանելիության և անվտանգության առանցքային խնդիրներից է շարունակում մնալ այն փաստը, որ գյուղաբնակ համայնքներում պետության կողմից չեն ստեղծվում համապատասխան պայմաններ, որտեղ կանայք կկարողանան իրականացնել հղիության արհեստական ընդհատում: Կանայք ստիպված են ճանապարհորդել

դեպի քաղաքներ, որպեսզի իրականացնեն հղիության արհեստական ընդհատում: Վերջին տարիների ընթացքում կատարված օրենսդրական փոփոխությունները, մասնավորապես ներդրված 3-օրյա սպասելաժամանակը, լրացուցիչ խոչընդոտներ են ստեղծում, գյուղաբնակ կանանց պարագայում ստեղծում են հասանելիության իրավունքի նկատմամբ խոչընդոտ: Շատ հաճախ կանանցից պահանջվում են ռեսուրսներ, որպեսզի ծախսեն ժամանակ և գումար քաղաք հասնելու համար, որից հետո վերադառնան ետ և նորից երեք օր հետո վերադառնան արդեն հղիության արհեստական ընդհատում իրականացնելու համար:

Ես գյուղից մեկնեցի Գավառ, որպեսզի աբորտ իրականացնեմ, բայց բժիշկն ասաց, պետք է հետ գնաս, մի հատ էլ մտածես, ու հետո էլի գաս: Երբ երեխաներիդ պահող չունես, տան հոգսը վրադ ա, հեշտ չէ մի քանի օր սպասել ու նորից հեղնել գնալ:

38 տ. կին, Գեղարքունիքի մարզ

Գումարը

Հարցված գյուղաբնակ բոլոր կանայք նշել են, որ հղիության արհեստական ընդհատման համար վճարվող պետական տուրքը բավական մեծ է և շատ կանայք դժվարությամբ էին կարողանում վճարել այդ գումարը: Հատկանշական է, որ միայն Գեղարքունիքում էր, որ կանայք նշեցին, որ այն կազմում է 15.000 դրամ, մինչդեռ մնացած մարզերում այդ գումարը կազմում էր 45.000–50.000 դրամ, ընդ որում խոսքը գնում էր հղիության արհեստական ընդհատման վակուումային ասպիրացիոն եղանակի մասին:

Անցանկալի հղիության ժամանակ հղիության արհեստական ընդհատումը վճարովի ծառայություն է և այդ գինը սահմանվում է բժշկական հաստատությունների կողմից, համաձայն Առողջապահության նախարարության հանձնարարականների:⁶³

Ինչու վճարեմք 40.000 դրամ, եթե կարելի է դեղատնից 200 դրամով գնել սայտոտեկ ու խմել:

35 տ. կին, Լոռու մարզ

61 ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ՆԻՍՏԻ ԱՐՁԱՆԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԻՑ ԶԱՐԿԱԾՔ, ՎԵՐԱՐՏԱՐՈՂԱԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԲԱՐԵԼԱՎՄԱՆ ՈԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ԵՎ 2016–2020 ԹՎԱԿԱՆՆԵՐԻ ԳՈՐԾՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԾՐԱԳԻՐԸ ՀԱՎԱՆՈՒԹՅՈՒՆ ՏԱԼՈՒ ՄԱՍԻՆ: [http://www.irtek.am/views/act.aspx?aid=86074&m=%27%27&sc=%20\(28.12.18\)](http://www.irtek.am/views/act.aspx?aid=86074&m=%27%27&sc=%20(28.12.18))

62 Վերարտադրողական առողջության բարելավման ռազմավարություն, Կետ 6. Աբորտը դեռևս օգտագործվում է որպես ընտանիքի պլանավորման մեթոդ, որը հաճախ ուղեկցվում է վերարտադրողական առողջության համար իրական սպառնալիքներով, ինչը հետագայում կարող է նպաստել ժողովրդագրական դիսքալանսի առաջացմանը:

63 Տեղեկատվությունը ստացվել է Առողջապահության նախարարության թեժ-գիծ ծառայությունից:

թյունը կանանց են մեղադրում հղիանալու և աբորտ իրականացնելու մեջ⁶⁴։

Ամուսինս հրաժարվեց օգտվել պահպանակներից, ասեց իրեն հաճելի չէ, դե ես էլ առողջական խնդիրների պատճառով ստիպված չեի պաշտպանվում, այսինքն հաշվելով էի պաշտպանվում։

41 տ. կին, Կոտայքի մարզ

Տեղեկացվածության մակարդակը

ՀՀ-ում համապարփակ սեռական կրթության բացակայության պարագայում, գյուղաբնակ կանանց տեղեկացվածության մակարդակը հղիությունից պաշտպանության, ընտանիքի պլանավորման սեռավարակների տարածման տեսանկյունից շարունակում է մնալ խնդրահարույց։ Շատ կանանց մոտ բացակայում են գիտելիքները ընտանիքի պլանավորման մեթոդների, սեռավարակների, դրանց տարածման և դրանցից պաշտպանության եղանակների վերաբերյալ։ Կանանց հետ հանդիպումների արդյունքում պարզ դարձավ, որ կանայք, ովքեր բժիշկներին են դիմում հղիության արհեստական ընդհատման նպատակով, ծառայությունները ստանալուց հետո չեն ստանում անցանկալի հղիությունից պաշտպանվելու հարցերի շուրջ որևէ խորհրդատվություն։

Այսպիսով, եթե ամփոփենք գյուղաբնակ կանանցից ստացված տեղեկատվությունն, ապա շատ կանանց համար հղիության արհեստական ընդհատումը ֆորմալ առումով հասանելի է, բացառությամբ՝ հեռավոր գյուղերում բնակվող կանանց, ովքեր ստիպված են ճանապարհորդել՝ ծախսելով սեփական ռեսուրսներն այդ ծառայություններից օգտվելու համար։ Հղիության արհեստական ընդհատմամբ պայմանավորված խարանը և ծառայությունների դիմաց վճարվող գումարն է, որ ստիպում է շատ կանանց չդիմել հղիության արհեստական ընդհատման առավել անվտանգ ձևերի՝ նախընտրելով տնային պայմաններում իրականացնել այն։ Շատ կանայք շարունակում են հայթայթել դեղամիջոցներ, որոնք կարող են առաջացնել վիժում և, վտանգելով սեփական առողջությունը, տնային պայմաններում իրականացնել հղիության ընդհատում։ Ու չնայած այն հանգամանքին, որ նրանցից շատերը գիտակցում են այն հետևանքները, որոնք կարող են առաջ գալ նման պայմաններում իրականացված հղիության արհեստական ընդհատումը, բուժհաստատություններում տրամադրվող ծառայության դիմաց գանձվող գումարը շատ կանանց համար շարունակում է

մնալ բարձր, ինչն էլ իր հերթին ստիպում է փնտրել հղիության արհեստական ընդհատման այլընտրանքային և առավել մատչելի ձևեր, որոնք շատ հաճախ կարող են անդառնալի հետևանքներ ունենալ կանանց վերարտադրողական առողջության վրա։

Ներկայումս տարվող պետական քաղաքականությունը հասցեագրում է սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատման խնդիրը, սակայն գենդերային հավասարության և կանանց դերի և իրավունքների պաշտպանության օրակարգի բացակայության պայմաններում, սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատման թվի նվազումը կարող է պայմանավորված լինել կանանց շրջանում հղիության արհեստական ընդհատման նկատմամբ խարանի մեծացմամբ։

Ու չնայած միջազգային իրավունքի տեսանյունից աբորտը համարվում է կնոջ հիմնարար իրավունք և դրա հասանելիության և անվտանգության երաշխիքների ապահովումը պետության կարևորագույն պարտավորություններից մեկը, մեր երկրում մարգինալացված կանանց շատ խմբեր, չեն կարողանում լիարժեք օգտվել այդ երաշխիքներից։

Առաջարկություններ

1. Հիմնվելով միջազգային առաջատար փորձի վրա, հանդես գալ օրենսդրական փոփոխությունների նախաձեռնությամբ և վերանայել «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» օրենքում 2016 թ. ներմուծված եռօրյա սպասելաժամանակը և պարտադիր խորհրդատվությունը, ինչպես նաև սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատման օրենսդրական արգելքները, որոնք լրացուցիչ խոչընդոտներ են առաջացնում կանանց հղիության արհեստական ընդհատման իրավունքը իրացնելիս։

2. Բացառել սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատման նպատակով իրականացվող քարոզարշավի և համապատասխան քաղաքականության ազդեցությունը կնոջ հղիության արհեստական ընդհատման իրավունքի վրա։

3. Իրականացնել վերարտադրողական քաղաքականությունը մշակողների և ծառայություններ մատուցողների գենդերային զգայունությանն ուղղված աշխատանքներ։

4. Ապահովել հղիության արհեստական ընդհատման ծառայությունների հասանելիություն և մատչելիություն գյուղաբնակ կանանց շրջանում, այդ

64 Online source: Abortion stigma. <http://www.ipas.org/en/What-We-Do/Women-and-their-communities/Abortion-Stigma.aspx>

թվում սահմանելով ծառայության հստակ և մատչելի գին:

5. Իրականացնել իրազեկման աշխատանքներ՝ ընտանիքի պլանավորման, հղիության արհեստական ընդհատման հարցերի շուրջ՝ որպես կանանց հիմնարար իրավունքներ:

3.2 Վերարտադրողական առողջության ծառայությունների մատչելիությունը հաշմանդամություն ունեցող կանանց համար

Վերջին շրջանում բաղաբացիական հասարակության կազմակերպությունները, լրատվամիջոցները և տարբեր ոլորտներում որոշում կայացնողները Հայաստանում ավելի հաճախ են խոսում հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքներից, մասնավորապես բարձրաձայնելով կրթության, զբաղվածության և միջավայրի մատչելիության առնչվող խնդիրների մասին: Սակայն այս ամենով հանդերձ, բավարար ուշադրության չեն արժանանում հաշմանդամություն ունեցող կանայք, նրանց վերարտադրողական առողջության իրավունքը:

Այս հարցը հաշմանդամություն ունեցող կնոջ դեպքում չի կարևորվում թե՛ հասարակությունում առկա կարծրատիպերի, թե՛ ծառայությունների անմատչելիության, թե՛ հաշմանդամություն ունեցող կանանց անիրազեկության պատճառով: Սակայն վերարտադրողական առողջության պահպանման իրավունքը նույնքան առաջնային է, որքան վերը նշված մյուս իրավունքները:

Վերարտադրողական ծառայությունների ոլորտում առկա խտրականությունը հաշմանդամություն ունեցող կանանց և աղջիկների նկատմամբ պայմանավորված է բժշկական հաստատությունների զգայական, ֆիզիկական և վերաբերմունքային խոչընդոտներով, բուժհաստատությունների աշխատակիցների ոչ լիարժեք պատրաստվածությամբ, ինչպես նաև օրենքը կազավորող մեխանիզմներում առկա բացերով:

Հայաստանում 2017 թ. հուլիսի 1-ի դրությամբ ապրում է հաշմանդամություն ունեցող 199.955 մարդ, որից 96.864-ը՝ կին⁶⁵:

Աշխարհում հաշմանդամություն ունեցող կանայք և աղջիկները ենթարկվում են խտրականության բազմաթիվ ձևերի: Ի տարբերություն տղամարդկանց, ովքեր ունեն նույն խնդիրները, կանայք կրկնակի խոցելի են նախ՝ իրենց սեռի, ապա նաև՝ հաշմանդամության պատճառով: ՀՀ-ն 2010 թ.-ի հոկտեմբերին վավերացրել է Միավորված ազգերի կազմակերպության (ՄԱԿ) Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին կոնվենցիան

65 Տես՝ ՀՀ սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2017 հունվար-հունիսին, ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայություն, <http://armstat.am/am/?nid=82&id=1939> (Մուտք է գործել 25.12.17)

(այսուհետ՝ Կոնվենցիա)⁶⁶, որն առանձին հոդվածով անդրադառնում է հաշմանդամություն ունեցող կանանց և աղքատների իրավունքներին՝ պարտավորեցնելով մասնակից պետություններին ձեռնարկել անհրաժեշտ բոլոր միջոցները, որպեսզի ապահովեն կանանց լիակատար զարգացումը, առաջխաղացումը և հնարավորությունների մեծացումը՝ նպատակ ունենալով երաշխավորել նրանց՝ սույն Կոնվենցիայում ամրագրված՝ մարդու իրավունքների և հիմնարար ազատությունների իրականացումն ու դրանցից օգտվելը (Կոնվենցիա, հոդված 6): Ավելին, Կոնվենցիայի 25-րդ հոդվածում նշվում է, որ մասնակից պետությունները ձեռնարկում են անհրաժեշտ բոլոր միջոցները, որպեսզի հաշմանդամություն ունեցող անձինք մատչելի կերպով օգտվեն առողջապահական այնպիսի ծառայություններից, նաև՝ առողջության վերականգնողական միջոցներից, որոնք հաշվի են առնում գենդերային առանձնահատկությունները: Մասնավորապես, մասնակից պետությունները պարտավորվում են հաշմանդամություն ունեցող անձանց ապահովել այն սույն կարգի, որակի ու չափանիշների անվճար կամ մատչելի առողջապահական ծրագրերով և 6 ծառայություններով (ներառյալ սեռական ու վերարտադրողական առողջության դաշտում), որոնք մշակվում և մատուցվում են ՀՀ բոլոր քաղաքացիների համար:

Այս համատեքստում կարևորվում են բժշկական հաստատությունների մատչելիությանն ու ներառականությանը վերաբերող մի շարք հարցեր:

- Որքանով են նորանոր սարքավորումներով համարվող հայաստանյան կլինիկաները և հիվանդանոցները հատուկ ուշադրություն դարձնում հաշմանդամություն ունեցող կանանց վերարտադրողական առողջության պահպանմանը:
- Արդյո՞ք տարբեր խնդիրներ ունեցող կանայք հնարավորություն ունեն հաճախելու տեղական՝ բնակավայրին մոտ գտնվող բժշկական հաստատություն, որտեղ կարժանանան համապատասխան վերաբերմունքի և կստանան իրենց կարիքների համապատասխան պատշաճ ծառայություններ:
- Արդյո՞ք շենքերը մատչելի են տարբեր դժվարություններ ունեցող կանանց համար և ունեն հարմար կաբինետներ:
- Արդյո՞ք մատչելի է համապատասխան գրականությունը կամ թարգմանությունը լսողության և տեսողության խնդիրներ ունեցող անձանց համար: Եվ վերջապես, ինչպիսին է բուժաշխատողների

շրջանում հաշմանդամության խնդրի մասին իրազեկությունը, ինչ վերաբերմունք և վարքագիծ ունեն, արդյո՞ք վերապատրաստվում են հաշմանդամություն ունեցող կանանց ծառայություններ մատուցելու համար և այլն:

Սրանք թերևս հարցեր են, որոնց պատասխանները շարունակում են մնալ խնդրահարույց մեր իրականության համար:

Նշված խնդիրների մասին համապարփակ հետազոտություն չի իրականացվել Հայաստանում, կանանց և վերարտադրողական առողջությանը վերաբերող քաղաքականությունը ու ռազմավարությունները հաշմանդամության առումով զգայուն չեն: 2014 թվականին իրականացված «Ներառական առողջապահական ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող կանանց համար» որակական հետազոտությունը, որն իրականացվել է 2014-ին, այս իմաստով եզակի է⁶⁷: Ուսումնասիրության ընթացքում իրականացվել է մասնակցային դիտարկում հաշմանդամություն ունեցող կանանց կողմից ՀՀ 28 բժշկական հաստատություններում, դեմ առ դեմ հարցում բժշկական հաստատությունների 164 աշխատակիցների շրջանում և առցանց հարցում հաշմանդամություն ունեցող կանանց շրջանում: Թեև այս ուսումնասիրությունը ցույց չի տալիս երկրում խնդրի ամբողջական պատկերը, այնուամենայնիվ, այն թույլ է տալիս բացահայտելու ոլորտի հիմնական խնդիրները:

Հաշմանդամություն ունեցող կանայք չունեն վերարտադրողական առողջությանը վերաբերող կրթական ծրագրերի կամ խորհրդակցությունների մասնակցելու հնարավորություն, եթե իրենք որպես մասնագետ, օրինակ բուժքույր, այդ ոլորտում ներառված չեն, կամ որևէ հասարակական կազմակերպության անդամ չեն: Նույնիսկ որպես ՀՀ անդամ կանայք շատ քիչ հնարավորություններ ունեն նման դասընթացների մասնակցելու համար, քանի որ թե՛ հաշմանդամություն ունեցող անձանց, թե՛ կանանց խնդիրներով զբաղվող կազմակերպությունները (բացառությամբ մեկ-երկու դեպքի) չունեն կրթական հատուկ ծրագրեր հաշմանդամություն ունեցող կանանց համար: Բոլորի համար նախատեսված ծրագրերը և ծառայությունները մատչելի չեն նրանց համար, ֆիզիկական արգելքների, տեղեկատվության մատչելիության, ՀՀ-ների փորձի և ռեսուրսների բացակայության պատճառով:

Այնուամենայնիվ հարցված կանայք որպես այս հարցի շուրջ տեղեկատվության աղբյուրներ նշել են

66 Տես՝ Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին կոնվենցիա, http://www.un.am/res/UN%20Treaties/III_15.pdf (Մուտք է գործել 25.12.17)

67 Տես՝ Գենդերային հիմնախնդիրները ժամանակակից Հայաստանում. հետազոտությունից դեպի քաղաքականություն, Երևան, ԵՊՀ հրատարակչություն, 2016, <http://www.yso.am/files/Gender-2016.pdf>

գրքերը, ինտերնետը կամ հեռուստատեսությունը, կոլեգաներին, ընկերներին և հարազատներին, ինչպես նաև ՀԿ-ներին և մասնագետներին:

Առողջապահական ծառայություններից օգտվելու համար, որպես կանոն, բուժօգնությունների ֆինանսական անմատչելիությամբ պայմանավորված, հաշմանդամություն ունեցող կանայք հիմնականում ունեն ուղեկցողի կարիք: Մինչդեռ «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքի մասին» ՀՀ օրենքը ամրագրում է բժշկական խորհրդատվություն և ծառայություններ սեռական և վերարտադրողական առողջության հարցերի շուրջ՝ մեկուսի ու գաղտնի պայմաններում ստանալու իրավունքը: Կինն իրավունք ունի առանց ընկերների և հարազատների այցելել բժշկի, ինչը, գործնականում, գրեթե անհնար է, քանի որ հաշմանդամություն ունեցող կանայք ստիպված են դիմել իրենց հարազատների կամ բարեկամների օգնությանը, քանի որ միջավայրային խոչընդոտները, բուժօգնությունների ֆինանսական անմատչելիությունը և խելամիտ հարմարությունների բացակայությունը ստիպում են մշտապես կախվածության մեջ լինել երկրորդ անձից:

Այս պայմանների բացակայությունն էլ պատճառ է հանդիսանում բուժօգնություն չդիմելու համար:

Լսողության խնդիր ունեցող կանանց պարագայում բժշկական աշխատողի ամենաբնորոշ վարքը վերջինիս հետ նրա կողմից ապահովվող թարգմանչի հետ հաղորդակցումն է, սակայն համարյա ամեն երրորդ բժիշկը գտնում է հիվանդի հետ անմիջական հաղորդակցման միջոց: Նրանց մեծ մասը պացիենտին խնդրում է թարգմանչի հետ այցելել, կամ փորձում է հաղորդակցվել գրելով, և եզակի դեպքերում իրենք են հրավիրում մասնագետների, որպեսզի թարգմանեն:

Երբ բժշկական սեղանի վրա իմ հետազոտությունն ավարտվեց, բժիշկը թողեց ինձ սեղանին մենակ, և ես չգիտեի՝ ինչ անել: Իմ թարգմանիչը ինձ փոխանցեց, որ իջնեմ: Առանց ուշադրության, անհարմար դիրքում երկար մնալու պատճառով ես լարվածություն զգացի: Բացի այդ, անհարմարություն զգացի, որ թարգմանիչն իրենից անկախ ստիպված էր միջամտել:

Լսողության խնդիր ունեցող կին, ք. Երևան

Թույլ տեսնող կամ չտեսնող մարդկանց համար հաստատությունները, որպես կանոն, չունեն համապատասխան կյուլթեր: Բուժօգնությունների կայքերը մատչելի չեն տեսողության խնդիր ունեցող անձանց համար:

Սակայն բուժաշխատողները հաշմանդամություն ունեցող անձից ակնկալում են այցելություն ուղեկցողի հետ ոչ միայն հաղթահարելու ֆինանսական խոչընդոտները, այլ նաև որպես անձ, որի հետ կարող է խոսել բժիշկը ինչպես «լիարժեք» անձի հետ, առանց նախապես հետաքրքրվելու, թե արդյոք տվյալ անձն առհասարակ ունի ուղեկցող կամ ցանկանում է, որ իրեն ուղեկցեն:

Մասնագետը նախ խոսում էր հարազատիս հետ, նաև չխնդրեց նրան լքել հիվանդասենյակը: Դա տհաճ էր, որովհետև հնարավոր է ես գաղտնիք ունեի, որը չէի կարող ասել մտերիմիս ներկայությամբ:

Ֆինանսական հաշմանդամություն ունեցող կին, Կոտայքի մարզ

2014 թվականին իրականացված «Ներառական առողջապահական ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող կանանց համար» հետազոտության տվյալներով հարցմանը մասնակցած 122 բուժաշխատողներից միայն 4-ն են՝ մոտ 3%-ը, երբևէ վերապատրաստվել հաշմանդամություն ունեցող կանանց մատչելի ծառայություններ մատուցելու թեմայով:

Ամեն ինչ կապում են հաշմանդամության հետ, ու դա իմ համար խոչընդոտ էր:

Ֆինանսական հաշմանդամություն ունեցող կին, Շիրակի մարզ

Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների հարցերով ՄԱԿ-ի կոմիտեն Հայաստանի նախնական գեկույցի վերաբերյալ Եզրափակիչ դիտարկումներում⁶⁸ (Ընդունվել է Կոմիտեի կողմից 17-րդ նստաշրջանում (20 մարտ–12 ապրիլ 2017)) իր մտահոգությունն է հայտնում, որ հաշմանդամություն ունեցող կանայք և աղքատները բախվում են բազմակի և հատվող խտրականության ձևերի և CRPD/C/ARM/CO/1 6 բացառման կյանքի բոլոր ոլորտներում: Մասնավորապես, Կոմիտեն մտահոգված է՝

1) հաշմանդամությանը և գենդերին առնչվող ազգային օրենսդրությունում և քաղաքականություններում հաշմանդամություն ունեցող կանանց անդրադարձի բացակայությամբ,

2) հաշմանդամություն ունեցող կանանց, հատկապես, հոգեբանասոցիալական և/կամ մտավոր հաշմանդամություն ունեցող կանանց համար

68 Concluding observations on the initial report of Armenia, Convention on the Rights of Persons with Disabilities, http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/ARM/CO/1&Lang=En (Մուտք է գործել 25.12.17)

հիմնական ծառայությունների մատչելիության և ողջամիտ հարմարեցումների բացակայությամբ:

Չնայած այս դիտարկումներին Հայաստանում պետական մակարդակով շարունակվում են խախտվել հաշմանդամություն ունեցող կանանց իրավունքները վերարտադրողական առողջության ոլորտում: Երկրում շարունակվում են վերակառուցվել և հիմնանորոգվել բուժհաստատություններ, որոնց դեպքում սակայն չեն պահվում ՀՀ օրենքով ամրագրված մատչելիության նորմերը:

2017 թվականին հիմնանորոգումից հետո վերաբացվեց Երևանի «Քանաքեռ-Զեյթուն» ծննդատունը: 2016 թվականին Երևանի քաղաքապետ Տարոն Մարգարյանը հանձնարարել էր բուժհաստատության հիմնանորոգման աշխատանքներն ընդգրկել Երևանի քաղաքապետարանի տարեկան ծրագրում: Հաշմանդամություն ունեցող իրավապաշտպանի կողմից իրականացված մոնիթորինգ-այցի ընթացքում պարզվել է, որ թեև շենքի մուտքը, վերելակը, սենյակները և կաբինետները հիմնականում հարմար էին տեղաշարժման դժվարություն ունեցող անձանց համար, այնուամենայնիվ նույնիսկ լյուքս սենյակները չունեին հարմարեցված զուգարաններ: Սայլակ օգտագործող անձանց համար խոշորոտ էին հանդիսանում նաև փոքր շենքերը, ավտոմատ կառավարվող դռների բացակայությունը:

2017 թվականի հունիսի 6-ին ֆեյսբուքյան ասուլիսի ընթացքում ՀՀ առողջապահության նախարար Լևոն Ալթունյանը պատասխանելով իրավաշտպանի այն հարցին, թե ի՞նչ է նախատեսում ձեռնարկել նախարարությունը հաշմանդամություն ունեցող կանանց սեռական և վերարտադրողական առողջության պահպանման և ծառայությունների մատչելիության համար նշեց, որ այդ հարցն իրենց այսօրվա օրակարգում չէ⁶⁹:

Հաճախ ոչ այնքան ֆինանսական միջոցներից, որքան որոշում կայացնողների կամքից է կախված, թե որքանով հարմար և անարգելք միջավայր կստեղծվի հաշմանդամություն ունեցող կանանց համար բուժհաստատություններում: Վերարտադրողական ծառայությունները պետք է հաշմանդամություն ունեցող անձանց մատուցվեն նույն որակով, ինչ մյուսներին՝ նաև հիմք ընդունելով նրանց ազատ ու գիտակցված համաձայնությունը, մասնավորապես բարձրացնելով իրազեկությունը մարդու իրավունքների, արժանապատվության, ինքնուրույնության և հաշմանդամություն ունեցող անձանց կարիքների վերաբերյալ՝ հանրային ու մասնավոր առողջապահական բնագավառում ուսուցման և իրազեկության բարձրացման միջոցով:

Առաջարկություններ

1. Ստեղծել օրենսդրական հիմքեր ճանաչելու հաշմանդամություն ունեցող կանանց սեռական և վերարտադրողական առողջության և իրավունքի ապահովման անհրաժեշտությունը, ապահովելով ներառականությունը նաև կանանց և աղքիկներին առնչվող ազգային բոլոր օրենսդրություններում և քաղաքականություններում:⁷⁰

2. Ապահովել ծառայությունների մատչելիությունը և խելամիտ հարմարեցումների ստեղծումը՝ ներառյալ տեղեկատվական նյութերի ստեղծումը՝ մատչելի ձևաչափերով (բրայլյան համակարգով, խոշոր տառատեսակ, աուդիոգրքեր և այլն):

3. Հաշմանդամություն ունեցող կանանց վերարտադրողական ծառայությունների մատուցման համար բժշկական հաստատությունները զինել հատուկ սարքավորումներով և բարձրացնել բուժանձնակազմի իրազեկությունը հաշմանդամություն ունեցող անձանց հետ շփվելու և սպասարկելու էթիկայի վերաբերյալ:

4. Բարձրացնել հասարակության իրազեկությունը հաշմանդամություն ունեցող կանանց սեռական և վերարտադրողական իրավունքների մասին՝ խթանելով նրանց հանդեպ բռնության բոլոր ձևերի կանխարգելումը:

5. Հաշմանդամություն ունեցող կանանց և նրանց ընտանիքի անդամներին ներառել կանանց և վերարտադրողական իրավունքին վերաբերող կրթական ծրագրերում և միջոցառումներում:

6. Մշակել հայեցակարգեր և ռազմավարություններ՝ հաշմանդամություն ունեցող կանանց սեռական և վերարտադրողական առողջության և իրավունքի վերաբերյալ որոշումների կայացման գործընթացում ներգրավվելու համար:

7. Համատեղել ջանքերը՝ ապահովելու, որ Կայուն զարգացման նպատակների տեղայնացման ծրագրերը լինեն ներառական և խթանեն հաշմանդամություն ունեցող կանանց հասանելիությունը սեռական և վերարտադրողական առողջությանը և իրավունքին:

70 Concluding observations on the initial report of Armenia, Convention on the Rights of Persons with Disabilities, http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/ARM/CO/1&Lang=En (Մուտք է գործել 25.12.17)

3.3 ԼԲ կանանց և տրանս* ան- ձանց իրադրությունը սեռական և վերարտադրողական առողջու- թյան ոլորտում

Սույն հատվածը միտված է ներկայացնելու սեռա-
կան և վերարտադրողական առողջության ոլորտում
ԼԲ (լեսբի, բիսեքսուալ) կանանց և տրանս* ան-
ձանց իրավունքների խախտումների և ոլորտային
ծառայություններին հասանելիության խնդիրների
իրադրությունը: Հատվածում ներառված տեղեկա-
տվությունը և դեպքերը հիմնված են ԼԳԲՏ անձանց
հետ աշխատող հասարակական կազմակերպու-
թյունների մասնագետների, ԼԲ կանանց ու տրանս*
անձանց կողմից տրամադրված տեղեկության և
ոլորտային հասանելի հետազոտությունների վրա:

Սեռական շահագործումից և սեռա- կան բռնությունից պաշտպանված լինե- լու իրավունքի իրացման խնդիրները

Հոդված 4. Վերարտադրողականության հետ կապված մարդու իրավունքները⁷¹

1. Հայաստանի Հանրապետության Սահմանա-
դրությանը եւ օրենքներին, Հայաստանի Հանրա-
պետության միջազգային պայմանագրերին համա-
պատասխան՝ յուրաքանչյուր ոք ունի կենսական
անհրաժեշտության սեռական եւ վերարտադրողա-
կան հետեւյալ իրավունքները.

3) պաշտպանված լինել ճնշման բոլոր ձևերից, այդ
թվում՝ սեռական շահագործումից եւ բռնությունից,
հարկադրական հղիությունից, աբորտից, ամլացու-
մից եւ վերարտադրողականության իրավունքների
այլ խախտումներից.

ԼԲ կանանց և/կամ նույնասեռ զույգերի նկատմամբ
սեռական ոտնձգության և բռնության պատճառ
հաճախ հանդիսանում է վերջիններիս սեռական
կողմնորոշումը՝ նույնասեռական (հոմոսեքսուալ)
կամ երկսեռական (բիսեքսուալ): Որպես կանոն, ԼԲ
կանայք իրենց իրավունքների խախտման կամ հան-
ցագործության տուժած լինելու դեպքում չեն դիմում
իրավապահ մարմիններին՝ վախենալով կրկնակի
թիրախավորումից և սեփական սեռական կողմն-
որոշման և/կամ կանանց հետ սեռական հարաբե-
րությունների բացահայտման վախից: Լինում են

դեպքեր, երբ նույնասեռ զույգից (կին-կին նույնասեռ
զույգ) մեկն է բռնության ենթարկում իր զուգընկե-
րոջը, սակայն այս դեպքերը ոչ միայն չեն հասնում
իրավապահ մարմիններին, այլ նաև ոլորտային
իրավապաշտպան կազմակերպություններին:

Կին-կին հարաբերություններում զուգընկերներից
մեկի կողմից մյուսին բռնության ենթարկելը հասա-
րակությունում գերակայող հետերոսեքսուալ՝ կին-
տղամարդ հարաբերությունների նմանակումն է,
որը հանդիսանում է ուժի և իշխանության անհա-
վասար բաշխման արդյունք: Շատ կանայք, իրենց
սոցիալիզացիայի արդյունքում երկու անձանց միջև
հարաբերությունների և դերերի բաշխման օրինակ
ունենալով միայն հասարակությունում գերակայող
հետերոսեքսուալ մոդելը՝ կին-տղամարդ հարաբե-
րությունները, ներքնայնացնում են այն և կիրառում
կին-կին հարաբերությունների դեպքում:

*Մեր շահառուներից մեկ նույնասեռ (երկու կին) զույգի
դեպքում իրենց ծանոթ տղամարդը մնացել էր զույգի
տանը գիշերելու: Նա սեռական ոտնձգության փորձ է
արել՝ նշելով, որ կանանց հարաբերությունները լուրջ չեն
կարող լինել: Չույզը դուրս է հանել նրան տնից, սակայն
չի դիմել որևէ իրավապահ մարմին:*

*Փինք Արմենիայի հավասարը հավասարին խորհրդա-
տուի կողմից արձանագրված դեպք*

*Բիսեքսուալ կին էր դիմել մեզ, ով նշում էր, որ իր զուգ-
ընկերը (տղամարդ) բռնաբարության փորձ է արել: Եվս
մեկ բիսեքսուալ կնոջ եմ ճանաչում, ում իր մոտ ընկերնե-
րից մեկը (տղամարդ) բռնաբարել է՝ նշելով, որ «շեղ-
վել է ու իրեն կրուժի»: Կանանցից ոչ մեկը չի դիմել որևէ
իրավապահ մարմին:*

*Փինք Արմենիայի հավասարը հավասարին խորհրդա-
տուի կողմից արձանագրված դեպքեր*

*Հոգեբանական խորհրդատվության պրակտիկայիս
ընթացքում երկու բիսեքսուալ կին այցելու եմ ունեցել,
որոնք նախկինում՝ ոչ դիմելու պահին, ենթարկվել են
բռնաբարության իրենց զուգընկերների կողմից: Բռնա-
բարության պատճառը եղել է կանանց սեռական կողմ-
նորոշումը՝ փոխելու նպատակով. որը հայտնի գրակա-
նության մեջ «կոնվերսիոն բռնաբարություն» եզրույթով:
Ոստիկանություն բնականաբար չեն դիմել՝ վախենալով
հանրայնացումից: Եվս մեկ բիսեքսուալ կին էր դիմել
տղամարդու կողմից բռնաբարության ենթարկվելուց
հետո, սակայն վստահ չէմ, որ հենց սեռական կողմնորո-
շումն է հիմք հանդիսացել: Ոստիկանություն նույնպես
չի դիմել նման պատճառով: Բոլոր դեպքերում որոշում
եմ կայացրել չդիմել իրավապահ մարմիններին՝ հաշվի
առնելով իրավապահ մարմինների կողմից իրավունքնե-
րի ոտնահարման վտանգը և այցելուների բարօրության
պահպանումը:*

71 ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ՕՐԵՆՔԸ,
ՄԱՐԴՈՒ ՎԵՐԱՐՏԱԴՐՈՂԱԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ
ԵՎ ՎԵՐԱՐՏԱԴՐՈՂԱԿԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆԵՐՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ,
Ընդունվել է 11.12.2002. հասանելի է. [www.parliament.am/
legislation.php?sel=show&ID=1339&lang=arm](http://www.parliament.am/legislation.php?sel=show&ID=1339&lang=arm) (մուտք է գործած
28.20.2017)

Փինք Արմենիայի հոգեբանի կողմից արձանագրված դեպքեր

Ճանաչում եմ մի նույնասեռական զույգ, որոնցից մեկն իր զուգընկերոջը պարբերաբար ենթարկում էր հոգեբանական բռնության: Սակայն երեխեքից լսել եմ, որ դեպքերը շատ են, պարզապես կանայք անմիջական այդ հարցով չեն դիմում կազմակերպություն:

Փինք Արմենիայի հավասարը հավասարին խորհրդատուի կողմից արձանագրված դեպք և նկատառում

Սեռական և վերարտադրողական առողջության մասին ընդհանուր տեղեկության ստացման բացեր ԼԲ կանանց և տրանս անձանց դեպքում

Հոդված 4. Վերարտադրողականության հետ կապված մարդու իրավունքները⁷²

1. Հայաստանի Հանրապետության Սահմանադրությանը եւ օրենքներին, Հայաստանի Հանրապետության միջազգային պայմանագրերին համապատասխան՝ յուրաքանչյուր ոք ունի կենսական անհրաժեշտության սեռական եւ վերարտադրողական հետեւյալ իրավունքները.

4) ստանալ հավաստի եւ ամբողջական տեղեկատվություն սեռական եւ վերարտադրողական առողջության հարցերի շուրջ, այդ թվում՝ պտղաբերության կարգավորման առկա մեթոդների առավելությունների, արդյունավետության եւ հնարավոր վտանգների վերաբերյալ.

Հոդված 9. Մարդու վերարտադրողական իրավունքը⁷³

Յուրաքանչյուր ոք, ներառյալ դեռահասը, իրավունք ունի տեղեկություններ ստանալ իր սեռական առողջության պահպանման հարցերի, սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների, դրանց բարդությունների և հետևանքների մասին:

ԼԲ կանանց և տրանս* անձանց դեպքում սեռական և վերարտադրողական առողջության հարցերից արդիական են սեռահասունացման, սեռական դաստիարակության, սեռական հարաբերությունների, սեռական բռնության, սեռավարակների և ՄԻԱՎ-ի

մասին տեղեկությունների ստացումը: ԼԲ կանայք և տրանս* անձինք վերոնշյալ հարցերի վերաբերյալ տեղեկատվությանը հիմնականում հասանելիություն չեն ունենում: Որոշ տեղեկատվություն միայն ստանում են ԼԳԲՏ անձանց հետ աշխատող կազմակերպությունների կողմից: Սեռական առողջության, նույնասեռ սեռական հարաբերությունների, սեռականության մասին հիմնական տեղեկատվությունը ԼԲ կանայք ստանում են միմյանցից կամ օգտվում ինտերնետային տարբեր աղբյուրներից:

ԼԲ կանայք սեռական առողջության և նույնասեռ հարաբերությունների մասին հիմնականում ստանում են միմյանցից, տեղի է ունենում ներքին ինֆորմացիայի փոխանցում:

Փինք Արմենիայի հավասարը հավասարին խորհրդատուի նկատառում

Ես տեղեկություններ ստացել եմ ինտերնետի միջոցով, ման եմ եկել, գտել եմ տարբեր աղբյուրներ և ուսումնասիրել: Սակայն շատ ԼԲ կանայք կարիքը չեն տեսնում ու չեն էլ ունենում տարրական տեղեկություն նույնասեռ հարաբերությունների ու սեռական առողջության մասին: Նույնիսկ մարդիկ, ովքեր երկար տարիներ ապրում են կանանց հետ սեռական կյանքով, տեղեկություններ չունեն: Հիմնականում ինտերնալ իրարից են հարցնում:

Լեսքի կին

Սեռավարակների և ՄԻԱՎ-ի մասին տեղեկություն ստացել եմ ուրորտային ՀԿ-ներից, սակայն հիմնականում կա տեղեկատվության հասանելիության բաց, և ԼԲ կանանց հետ կապված հարցերը չեն քննարկվում:

Բիսեքսուալ կին

ՄԻԱՎ-ից և այլ սեռավարակներից պաշտպանվածության խնդիրները ԼԲ կանանց և տրանս անձանց դեպքում

Հոդված 4. Վերարտադրողականության հետ կապված մարդու իրավունքները⁷⁴

1. Հայաստանի Հանրապետության Սահմանադրությանը եւ օրենքներին, Հայաստանի Հանրապետության միջազգային պայմանագրերին համապատասխան՝ յուրաքանչյուր ոք ունի կենսական

72 ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ՕՐԵՆԵԸ, ՄԱՐԴՈՒ ՎԵՐԱՐՏԱՐՈՂՈՂԱԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՎԵՐԱՐՏԱՐՈՂ ՂԱԿԱՆԻՐԱՎՈՒՆԵՐԻՄԱՍԻՆ, ընդունվել է 11.12.2002. հասանելի է. <http://www.parliament.am/legislation.php?sel=show&ID=1339&lang=arm> (մուտք է գործած 28.10.2017)

73 ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ՕՐԵՆԵԸ ԲՆԱԿԱՅՈՒԹՅԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՄՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ՄԱՍԻՆ. ընդունվել է 04.03.1996. հասանելի է. <http://www.parliament.am/legislation.php?sel=show&ID=1688&lang=arm> (մուտք է գործած 29.10.2017)

74 ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ՕՐԵՆԵԸ, ՄԱՐԴՈՒ ՎԵՐԱՐՏԱՐՈՂՈՂԱԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՎԵՐԱՐՏԱՐՈՂ ՂԱԿԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ, ընդունվել է 11.12.2002. հասանելի է. <http://www.parliament.am/legislation.php?sel=show&ID=1339&lang=arm> (մուտք է գործած 28.10.2017)

անհրաժեշտության սեռական եւ վերարտադրողական հետեւյալ իրավունքները.

5) ստանալ բժշկական խորհրդատվություն եւ ծառայություններ սեռական եւ վերարտադրողական առողջության հարցերի շուրջ՝ մեկուսի ու գաղտնի պայմաններում.

Հոդված 4. Բժշկական օգնություն եւ սպասարկում ստանալու մարդու իրավունքը⁷⁵

Յուրաքանչյուր ոք, անկախ ազգությունից, ռասայից, սեռից, լեզվից, դավանանքից, տարիքից, առողջական վիճակից, բաղաբական կամ այլ հայացքներից, սոցիալական ծագումից, գույքային կամ այլ դրությունից, Հայաստանի Հանրապետությունում ունի բժշկական օգնություն եւ սպասարկում ստանալու իրավունք:

Հոդված 5. Մարդու իրավունքների բժշկական օգնություն եւ սպասարկում ստանալիս⁷⁶

գ. արժանանալ հարգալից վերաբերմունքի՝ բժշկական օգնություն եւ սպասարկում իրականացնողների կողմից:

Հոդված 19. Բժշկական օգնություն եւ սպասարկում իրականացնողների պարտականությունները եւ պատասխանատվությունը⁷⁷

Բժշկական օգնություն եւ սպասարկում իրականացնողները պարտավոր են՝

ե. ապահովել մարդու բժշկի օգնությանը դիմելու փաստի, նրա առողջական վիճակի մասին հետազոտման, ախտորոշման եւ բուժման ընթացքում պարզված տեղեկությունների գաղտնիությունը, բացի Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված դեպքերից.

է. հոգատար եւ հարգալից վերաբերմունք ցուցաբերել հիվանդների նկատմամբ:

75 ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ՕՐԵՆԹԸ ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ՄԱՍԻՆ. ընդունվել է 04.03.1996. հասանելի է. <http://www.parliament.am/legislation.php?sel=show&ID=1688&lang=arm> (մուտք է գործած 29.10.2017)

76 ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ՕՐԵՆԹԸ ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ՄԱՍԻՆ. ընդունվել է 04.03.1996. հասանելի է. <http://www.parliament.am/legislation.php?sel=show&ID=1688&lang=arm> (մուտք է գործած 29.10.2017)

77 ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ՕՐԵՆԹԸ ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ՄԱՍԻՆ. ընդունվել է 04.03.1996. հասանելի է. <http://www.parliament.am/legislation.php?sel=show&ID=1688&lang=arm> (մուտք է գործած 29.10.2017)

Սեռավարակների և ՄԻԱՎ-ի հետազոտության ծառայություններին հասանելիության խնդիրները

Լեսբի և բիսեքսուալ կանայք հիմնականում չեն դիմում սեռավարակների և ՄԻԱՎ-ի հետազոտության անցնելու համար: Կարող ենք առանձնացնել երկու հիմնական պատճառ՝ սեռական կողմնորոշման և կանանց հետ հարաբերություններ ունենալու մասին անանունության ու գաղտնիության չափապանման վախը մասնագետների կողմից և/կամ որպես կին միջամտության հարաբերություններ ունենալու հետ կապված մասնագետների կողմից բացասական վերաբերմունքից խուսափումը:

Վերջին մեկ տարվա ընթացքում մեզ դիմել է 10 ԼԲ կին՝ սեռավարակների և ՄԻԱՎ-ի հետազոտություն անցնելու համար՝ վստահելի բժշկի մոտ, ով կպահպանի անանունությունն ու գաղտնիությունը: Ուղղորդել ենք SUS մարդկանց համար Նախատեսված սեռավարակների և ՄԻԱՎ-ի հետազոտություն իրականացնող ծանոթ բժշկի մոտ, սակայն որպես այդպիսին առանձին ծրագիր չունեք հենց ԼԲ կանանց համար, իսկ կարիքը կա:

Փինք Արմենիայի հավասարը հավասարին խորհրդատուի նկատառում

Տրանս* անձինք (արական սեռ ունեցող տրանս* կամ կին նույնականացող սեռափոխության/գենդերի վերահաստատման վիրահատություն չիրականացնող կամ ամբողջապես չիրականացրած անձինք) սեռավարակների և ՄԻԱՎ-ի հետազոտություն անցնում են ոլորտային կազմակերպությունների կողմից իրականացվող ծրագրերի միջոցով՝ Նախատեսված SUS խմբի համար, որտեղ մասնագիտական վերաբերմունքը չեզոք է: Տրանս* անձանց այս ենթախումբը չի դիմում այլ հաստատություններ սեռավարակների և ՄԻԱՎ-ի հետազոտման համար:

Տրանս* կանայք և տղամարդիկ (սեռափոխության՝ գենդերի վերահաստատման վիրահատություն իրականացրած անձինք) հասանելիություն չունեն սեռավարակների հետազոտության ծառայությանը: ՄԻԱՎ-ի հետազոտման համար կարող են դիմել ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման հանրապետական կենտրոն, սակայն պրակտիկայում նման դեպք չի հանդիպել:

Դեպք է եղել, որ սեռավարակների հետազոտություն հանձնելիս մասնագետն այնքան էր խառնվել, որ չէր իմանում, թե որտեղից պետք է վերցնի սեռափոխություն իրականացրած կնոջ քսուկը:

Տրանս կին (սեռափոխություն իրականացրած անձ)

Սեռավարակներից և ՄԻԱՎ-ից պաշտպանվածության մեթոդների հասանելիության և տեղեկացվածության բացերը ԼԲ կանանց շրջանում

ՄԻԱՎ-ը և այլ սեռավարակների փոխանցման հիմնական ուղիներից հանդիսանում է սեռական հարաբերությունների ճանապարհը՝ կին-տղամարդ, տղամարդ-տղամարդ, կին-կին: Սակայն, որպես կանոն, կին-կին սեռական հարաբերությունների ճանապարհով ՄԻԱՎ-ի և այլ սեռավարակների փոխանցման փաստը դուրս է մնում պետական և մասնավոր ծրագրերի ուշադրությունից և՛ իրազեկման, և՛ դեպքերի արձանագրման ու վիճակագրության պահպանման, և՛ պաշտպանության համապատասխան միջոցների հասանելիությունն ապահովելու առումով: Իրադրությունն ավելի խնդրային է դառնում հավելյալ երկու պատճառներով: Առաջինը կին-կին սեռական հարաբերությունների և այդ ճանապարհով ՄԻԱՎ-ի ու այլ սեռավարակների փոխանցման վտանգի և պաշտպանության միջոցների մասին տեղեկացվածության բացն է հենց ԼԲ կանանց շրջանում: Երկրորդը կին-կին ճանապարհով ՄԻԱՎ-ից և այլ սեռավարակներից պաշտպանության մեթոդների անհասանելիությունն է ԶԶ-ում:

ԼԲ կանայք չեն օգտագործում պաշտպանության միջոցներ սեռավարակներից և ՄԻԱՎ-ից, անգամ իրենք տեղեկություն չունեն կամ կարևոր չեն համարում, որ նույնատեղ (կին-կին) ճանապարհով կարող են փոխանցվել վարակները:

Լեւրի կին

Սեռական և վերարտադրողական առողջությանն առնչվող բժշկական խորհրդատվության և ծառայությունների հասանելիության և ստացման խնդիրներն այլ մասնագետների կողմից (գինեկոլոգ, ուրոլոգ, այլ մասնագետներ)

ԼԲ (լեւրի, բիսեքսուալ) կանանց խնդիրներ և իրադրություն

Լեւրի և բիսեքսուալ կանայք հիմնականում խուսափում են դիմել գինեկոլոգներին սեռական և վերարտադրողական առողջության հետ կապված բժշկական խորհրդատվություն և ծառայություններ ստանալու համար: Խուսափման համար երկու հիմնական պատճառ գոյություն ունի: Առաջինը մասնագետների և բուժանձնակազմի կողմից ոչ պրոֆեսիոնալ ու խտրական վերաբերմունքն է ԼԲ կանանց նկատմամբ՝ սեռական կողմնորոշման կամ գենդերային արտահայտման (որոշ ԼԲ կանանց դեպքում մասկուլինության ակնառու լինելը) հիմքով:

Մի տղամարդ գինեկոլոգի մոտ էի գնացել, երբ ասեցի, որ կանանց հետ սեռական հարաբերություն եմ ունենում, սկսեց հանդիմանել ինձ. «Զոհր տարիքն ա, որ սեքս ես անում, այլասերվածություն է դա, գնա, աղոթիր»: Այլալված դուրս եկա, երկար ժամանակ ուշքի չէի կարողանում գալ:

Բիսեքսուալ կին

Ավելի մասկուլին գենդերային արտահայտում ունեցող լեւրի և բիսեքսուալ կանայք վախենում են քննադատական ու չընդունող վերաբերմունքից, քանի որ չեն համապատասխանում «նորմաներին» և բացասական վերաբերմունքի են արժանանում:

Փինք Արմենիայի հավասարը հավասարին խորհրդատուի նկատառում

Գինեկոլոգիս հետ ակնհայտ խնդիր չեմ ունեցել, սակայն երբ ուղղորդել էր սոնոգրաֆիա անելու, ապա սոնոգրաֆիստ բժիշկները զարմացած նայում էին ինձ և աչքերով չափում՝ «տղա եմ, թե աղջիկ»:

Լեւրի կին

ԼԲ կանայք հիմնականում նշում են, որ մասնագետների մոտ գնալուց հետո է պահում այն հանգամանքը, որ մասնագետները կսկսեն սեռական կողմնորոշման ու կյանքի մասին անտեղի հարցեր տալ ու անհարմար դրության մեջ գցել: Նախընտրում են չդիմել ամեն պատահած մասնագետի:

«Հասարակություն առանց բռնության» ԶԿ-ի կողմից իրականացված ֆոկուս խմբերից դուրս բերված նկատառումներ ԼԲ կանանց մասով⁷⁸

Խուսափման երկրորդ պատճառը վստահության պակասն է մասնագետների նկատմամբ՝ գաղտնիության ու անանունության պահպանման առումով: Շատ ԼԲ կանայք իրենց կյանքում բացահայտ չեն ասում իրենց սեռական կողմնորոշման մասին, հետևաբար, մասնագետների և բուժանձնակազմի կողմից իրենց մասին տեղեկության չպահպանումը կարող է հանգեցնել խնդիրների սոցիալական տարբեր միջավայրերում: Որոշ ԼԲ կանայք անգամ իրենց գինեկոլոգներից են թաքցնում կանանց հետ սեռական հարաբերություններ ունենալու հանգամանքը, որը հանգեցնում է ողջ անամենզի ամբողջական ներկայացմանը և կարող է ազդեցություն ունենալ մատուցված ծառայության որակի վրա:

78 «Հասարակություն առանց բռնության» ԶԿ. «ԼԲ կանանց և Տ անձանց իրադրությունը առողջապահության ոլորտում» զեկույցը պատրաստման ընթացքում է և կիրառարակվի 2018 թ.-ի ընթացքում:

Գինեկոլոգի գնալու համատարած վախ եմ նկատել ԼԲ կանանց շրջանում: Իսկ գնալուց կանայք հիմնականում թաքցնում են իրենց սեռական հարաբերությունները կանանց հետ: Կամ եթե անգամ գնում են, ապա մեկ մասնագետին փոխանցում են միմյանց:

Փինք Արմենիայի հավասարը հավասարին խորհրդատուի նկատառում

ԼԲ կին ծանոթներ ունեմ, ովքեր հիմնականում գինեկոլոգի մոտ գնալիս չեն ասում իրենց նույնասեռ (կին-կին) հարաբերությունների մասին:

Լեսրի կին

ԼԲ կանայք նշում են, որ վստահության պակաս ունեն բժիշկների նկատմամբ: Երբևէ չեն դիմի պոլիկլինիկայի բժիշկներին և հատկապես զուգընկերոջ հետ չեն գնա, քանի որ նախ իրենց անձնական տեղեկության գաղտնիությունը չի պահպանվի, բացի դրանից իրենց հարազատներն են օգտվում նույն պոլիկլինիկայի ծառայություններից և իրենց մասին տեղեկությունը կարող են փոխանցել հարազատներին:

«Հասարակության առանց բռնության» ՀԿ-ի կողմից իրականացված ֆոկուս խմբերից դուրս բերված նկատառումներ ԼԲ կանանց մասով⁷⁹

Այնուամենայնիվ, երբ ԼԲ կանայք դիմում են գինեկոլոգ-մասնագետի բժշկական խորհրդատվություն և ծառայություն ստանալու համար, ապա փորձում են զգուշավոր լինել, հիմնականում գնում են նույն մասնագետների մոտ՝ նախօրոք միմյանցից ճշտելով մասնագետի վերաբերմունքը և տեղեկացվածության աստիճանը: Սակայն այս պարագայում էլ ԼԲ կանայք բախվում են մասնագետների կողմից ԼԲ կանանց և նույնասեռ (կին-կին) սեռական հարաբերությունների մասին տեղեկացվածության և զգայունության պակասի խնդրին:

Ես երկու գինեկոլոգ եմ ունեցել: Երկրորդ գինեկոլոգս friendly (ԼԳԲ-դրական մոտեցում ունի) է, պրոֆեսիոնալ վերաբերմունք է ցուցաբերում, սակայն նկատում եմ, որ կին-կին հարաբերությունների ընկալումը կարծրատիպային է, ունի գիտելիքի պակաս նույնասեռ հարաբերությունների մասին: Օրինակ, իր պատկերացմամբ ես շատ մարդկանց հետ եմ հարաբերություններ ունենում, անգամ զուգընկերոջս մոտ է մի անգամ հարցրել:

Լեսրի կին

Առաջին անգամ, երբ գինեկոլոգի մոտ էի գնում, մտավախություն ունեի, որ վատ վերաբերմունք կլինի՝ կապված միջամտմանական սեռական հարաբերությունների հետ, որ կասի «փչացած ես», խրատական բաներ ու տենց ոչ պրոֆեսիոնալ բաներ: Թաքուն գնացի ընկերներիս ծանոթ գինեկոլոգի մոտ: Սակայն այդքան էլ վատ չէր, բայց վերջում երբ coming out եղա (ասեցի սեռական կողմնորոշմանս մասին), սկսեց հեզնական խոսել: Վերջում էլ չդիմացավ ու հարցրեց. «Ո՞նց եք սեքս անում»: Բացատրեցի: Հետո որոշ հանդիպումներ հետո մենակ ասեց, որ ձեռքի պահպանակ լավ կլինի օգտագործել, սակայն սեռավարակների մասին ոչ մի բան չասեց: Տեղեկություններ չունեի նույնասեռ (կին-կին) սեռական հարաբերությունների մասին, ինձնից էր հարցնում:

Բիսեքսուալ կին

Ամեն դեպքում, երբ կարիք է լինում դիմել մասնագետի, ապա ԼԲ կանայք գնալուց առաջ ծանոթ ԼԲ կանանցից ճշտում են և գնում «փորձված» մասնագետի մոտ: Անգամ այդ դեպքում հանդիպում են մասնագետներ, ովքեր չունեն զգայունություն ԼԳԲՍ մարդկանց նկատմամբ: Կամ դիմողներից շատերը նախընտրում են չասել իրենց սեռական կողմնորոշման և կանանց հետ սեռական հարաբերությունների մասին:

«Հասարակություն առանց բռնության» ՀԿ-ի կողմից իրականացված ֆոկուս խմբերից դուրս բերված նկատառումներ ԼԲ կանանց մասով⁸⁰

Տրանս* անձանց խնդիրներ և իրադրություն

Տրանս* անձանց դեպքում իրենց գենդերային ինքնությանը և գենդերային արտահայտմանն առնչվող խնդիրներ առկա են ոչ միայն սեռական և վերարտադրողական առողջության ոլորտի բժշկական խորհրդատվության և ծառայությունների, այլ ընդհանուր առմամբ առողջապահական ոլորտում ցանկացած ծառայության հասանելիության առումով՝ սկսած առաջնային բուժօգնության ստացումից մինչ տարաբնույթ մասնագիտական խորհրդատվությունների և ծառայությունների տրամադրում:

Տրանս մարդկանց (արական սեռի տրանս կամ կին նույնականացող անձինք) հիմնականում մերժում են առողջապահական ծառայություններ մատուցել: Դեպք է եղել, երբ հոգեբույժը հեզնանքով տրանս անձին ուղարկել է գինեկոլոգի մոտ: Մի տրանս մասնակից էլ նշել է, որ դիմել է հիվանդանոց առաջին բուժօգնություն ստանալու համար, սակայն նրան ծաղրել են և դուրս հանել հիվանդանոցից. «հիմա դու ի՞նչ ես»:

79 «Հասարակություն առանց բռնության» ՀԿ. «ԼԲ կանանց և Տ անձանց իրադրությունը առողջապահության ոլորտում» զեկույցը պատրաստման ընթացքում է և կիրառարակվի 2018 թ.-ի ընթացքում:

80 «Հասարակություն առանց բռնության» ՀԿ. «ԼԲ կանանց և Տ անձանց իրադրությունը առողջապահության ոլորտում» զեկույցը պատրաստման ընթացքում է և կիրառարակվի 2018 թ.-ի ընթացքում:

«Հասարակություն առանց բռնության» 34-ի կողմից իրականացված ֆոկլուս խմբերից դուրս բերված նկատառումներ տրանս անձանց մասով⁸¹

Առողջապահության ոլորտում տրանս* անձանց (սեռափոխություն իրականացնել ցանկացող և իրականացնող տրանս անձինք) համար առաջնային են հանդիսանում գենդերի վերահաստատման գործընթացների (հորմոնային թերապիա, սեռափոխության վիահատություն և այլն) կարգավորման բացերը: Տրանս անձանց գենդերի վերահաստատման գործընթացի հետ կապված խնդիրները և կարիքները մանրամասն ներկայացված են «Տրանսգենդեր անձանց սեռափոխության կարիքները. Իրավական խոչընդոտների գնահատում» զեկույցում⁸²:

Առողջապահական ծառայություններին հասանելիության խնդիրները անմիջական ազդեցություն են ունենում սեռական ու վերարտադրողական առողջության հարցերին առնչվող բժշկական խորհրդատվության և ծառայության ստացման վրա: Որպես կանոն, տրանս կանանց և տղամարդկանց համար (սեռափոխության/գենդերի վերահաստատման վիրահատություն իրականացրած անձինք) սեռական ու վերարտադրողական առողջության հարցերին առնչվող մասնագետների կողմից բժշկական խորհրդատվությունը և ծառայություններն ընդհանրապես հասանելի չեն:

Սեռափոխություն արած տրանս անձինք (արականից իգական և իգականից արական) չեն դիմում գինեկոլոգ կամ ուրոլոգ մասնագետներին, քանի որ չգիտեն, թե ում մոտ է պետք գնալ: Խոսքը գնում է ոչ միայն սեռական ու վերարտադրողական առողջությանն առնչվող մասնագետների մասին, այլ նաև. Էնդոկրինոլոգ մասնագետների մասին, ովքեր տրանս անձանց ծառայություն կմատուցեն հորմոնոթերապիայի հետ կապված, քանի որ վերոնշյալ մասնագետների աջակցությունը պետք է ընթանա զուգահեռաբար:

«Հասարակություն առանց բռնության» 34-ի կողմից իրականացված ֆոկլուս խմբերից դուրս բերված նկատառումներ տրանս անձանց մասով⁸³

Իսկ այն տրանս* անձինք, ովքեր չեն իրականացնում կամ իրականացրել են մասնակի սեռափոխություն, հիմնականում չեն դիմում սեռական ու վերարտադրողական առողջության հարցերին առնչվող մասնագետներից բժշկական խորհրդատվության և ծառայության ստացմանը: Դիմում են միայն այն դեպքերում, երբ առողջությանը վտանգ է սպառնում կամ առկա են ախտանիշներ, որոնց դեպքում բժշկական օգնության ստացումն անհրաժեշտ է առողջության պահպանման համար: Սակայն անգամ այդ դեպքերում տրանս* անձինք արժանանում են անհարգալից, հեգնական, վիրավորական ու ծաղրական վերաբերմունքի՝ զուգորդված մասնագետների՝ գենդերային ինքնության և գենդերային արտահայտման մասին տեղեկացվածության պակասով, որը հաճախ խոչընդոտ է հանդիսանում հետագա ծառայություններից օգտվելու գործում: Այսինքն՝ վերոնշյալ ծառայությունները հասանելի չեն նաև տրանս* անձանց այս ենթախմբի համար:

2016 թ.-ին տրանս անձը (տրանսգենդեր Նույնականացող արական սեռի անհատ) դիմել է բժշկական հաստատություն ֆիզիկական բռնության ենթարկվելուց հետո առաջին բուժօգնություն և բուժզննում ստանալու նպատակով: Քանի որ անձը հարվածներ էր ստացել նաև ամործիների շրջանում, դիմել է համապատասխան մասնագետին՝ ուրոլոգին, բուժզննում անցնելու համար: Սակայն ըստ անձի, ուրոլոգը հրաժարվել է բուժզննում անցկացնել՝ նշելով, որ «արի արյան անալիզ էլ տուր, տեսնենք չեղում-մեղում ունես, բուժենք»: Առաջին բուժօգնություն ստանալիս անձը Նույնպես ենթարկվել է ծաղրի. «լսում էի, թե ինչպես են կողքի սենյակում ինձ քննարկում ու իմ վրա ծիծաղում»: Տրանս անձը լքել է բուժհաստատությունը՝ հրաժարվելով բուժզննում անցնելուց:

Փինք Արմենիայի իրավաբանի կողմից արձանագրված դեպք

Տրանս կինը (Նույնականանում է որպես տրանս կին, իրականացրել է մասնակի սեռի փոփոխություն՝ արական սեռական օրգանները պահպանված են) դիմել է ուրոլոգի բժշկական խորհրդատվություն ստանալու նպատակով: Մինչ մասնագետին այցելելը տրանս կինն ընդունել է հորմոններ՝ առանց մասնագետի ցուցման: Ուրոլոգը սկզբում նշել է, որ «սխալ սենյակ ես մտել», այնուհետև երբ անձը նշել է, որ տրանս է և մասնակի սեռի փոփոխություն է իրականացրել, բժիշկը զարմացել է. «հիմա դու տղա ես, թե՛ աղջիկ», և դուրս է հանել սենյակից. «վտանգավոր դեմք ես, գնա ուրիշ մասնագետի մոտ»: Նույն անձը գնացել է այլ մասնագետի մոտ՝ հանդես գալով տղամարդու կերպարով և երկրորդ մասնագետից թաքցրել է տրանս լինելու և նախկինում հորմոններ ընդունելու փաստը: Արդյունքում տրանս անձը չի ընդունել բժշկի նշանակումները, քանի որ ամբողջական չի ներկայացրել սեփական առողջության մասին

81 «Հասարակություն առանց բռնության» 34. «ԼԲ կանանց և Տ անձանց իրադրությունը առողջապահության ոլորտում» զեկույցը պատրաստման ընթացքում է և կիրառարակվի 2018 թ.-ի ընթացքում:

82 «Նոր սերունդ» մարդասիրական 34. «Տրանսգենդեր անձանց սեռափոխության կարիքները. Իրավական խոչընդոտների գնահատում» զեկույց. Երևան. 2016 թ. հասանելի է. <https://goo.gl/Ge2GtR> (Մուտք է գործած 29.10.2017 թ.):

83 «Հասարակություն առանց բռնության» 34. «ԼԲ կանանց և Տ անձանց իրադրությունը առողջապահության ոլորտում» զեկույցը պատրաստման ընթացքում է և կիրառարակվի 2018 թ.-ի ընթացքում:

Կարծում եմ առաջին գործոնը առաջ է գալիս դեռևս հղիության ժամանակ՝ խախտումներ, սթրեսային վիճակներ: Եթե այս հիմքը կա, շրջապատն էլ է ազդում:

Հարցազրույց LQPS անձանց հետ աշխատանքային փորձ չունեցած սեքսուոգի հետ (Երևան)

Առաջարկություններ

1. Իրականացնել կրթական և տեղեկատվական միջոցառումներ և վերապատրաստումներ առողջապահության ոլորտում և մասնավորապես սեռական ու վերարտադրողական առողջության հարցերին առնչվող մասնագետների և բուժանձնակազմի շրջանում՝ ուղղված ԼԲ կանանց և տրանս* անձանց մասին իրազեկվածության և զգայունության բարձրացմանը:

2. Սեռական և վերարտադրողական առողջության կրթական ծրագրերում ներառել ԼԲ կանանց և տրանս* անձանց սեռականությանը, սեռական առողջությանը, սեռական հարաբերություններին վերաբերող համապատասխան տեղեկատվություն:

3. Հետևողական լինել և համապատասխան միջոցներ ձեռնարկել առողջապահական հաստատություններում ԼԲ կանանց և տրանս* անձանց նկատմամբ խտրական վերաբերմունքի կանխման և անձնական տվյալների գաղտնիության պահպանման հարցերում:

4. Խրախուսել առողջապահության ոլորտում իրավախախտումներից և հանցագործություններից տուժած անձանց հաղորդել կատարված իրավախախտումների և հանցագործությունների վերաբերյալ տվյալներ՝ իրավապահ մարմինների շրջանում ԼԲ կանանց և տրանս* անձանց մասին իրազեկվածության և զգայունության բարձրացման միջոցով:

5. Վերանայել «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքը, մասնավորապես ավելացնել դրույթներ ուղղված սեռական կողմնորոշման և գենդերային ինքնության/գենդերային արտահայտման հիմքով խտրականության արգելքին և անձնական տվյալների գաղտնիության պահպանմանը:

6. Վերանայել «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքը, մասնավորապես ավելացնել դրույթներ ուղղված սեռական կողմնորոշման և գենդերային ինքնության/գենդերային արտահայտման հիմքով խտրականության արգելքին և անձնական տվյալների գաղտնիության պահպանմանը:

3.4 Եզդի կանանց վերարտադրողական առողջության և իրավունքի հիմնախնդիրները ՀՀ-ում

Համայնքի մշակութային առանձնահատկությունները

«Եզդիները (ինքնանվանումը՝ Եզդի) իրանալեզու ժողովուրդ են, որոնք հատուկ դավանանքի են պատկանում: Եզդիների կրոնը կոչվում է Շարֆադին, և նրանք հավատում են միակ Աստծուն: Եզդիները Միջագետքի այն եզակի ժողովուրդներից են, որ ունեն իրենց յուրօրինակ մշակույթը և կրոնը, որ պահպանում են հազարամյակներ շարունակ:

12-րդ դարում բարեփոխիչ Շեխ Ադիի ի հայտ գալով՝ Եզդիական համայնքը դարձավ փակ կրոնական համայնք: Եզդիները, շրջապատված լինելով մուսուլմանական համայնքներով, ստիպված էին իրենց համայնքի անդամներին զրկել որոշակի ազատություններից, որպեսզի համայնքը պահպանվեր՝ բազմամիլիոն մահմեդականներով շրջապատված լինելով:

Կրոնական այս բարեփոխումներից հետո փոխվեց հատկապես կանանց նկատմամբ մոտեցումը: Կանանց շրջանում տարածվեց վաղամուսնությունը և նրանք այս պատճառով զրկվեցին նաև լիարժեք կրթություն ստանալու իրավունքից:

Այս վարքը Եզդիների շրջանում դարձավ կարծրատիպ և մինչ այսօր էլ այն պահպանվում է աշխարհի շատ երկրների Եզդի համայնքներում: Այս խնդիրն առկա է նաև հայաստանաբնակ Եզդիների շրջանում:⁸⁶

Կանանց իրավիճակը համայնքում

Հայաստանաբնակ Եզդիների շրջանում իրապես շատ սուր է դրված Եզդի կանանց կրթության հարցը: Շատ Եզդի աղջիկներ շարունակում են մնալ անգամ անտառածանաչ: Այս իրավիճակը պահպանվում է հատկապես ավագ սերնդի Եզդի որոշ գործիչների կողմից իրականացվող քարոզչական աշխատանքի պատճառով: Համայնքի որոշ ներկայացուցիչներ կարծում են, որ դպրոցն ավարտած կամ բուհում սովորող Եզդի աղջիկն «անբարոյական է» և չի կարող հետագայում լինել ընտանիքի լավ մայր:

86 Տեղեկատվությունը ստացվել է Եզդի համայնքի շահերի պաշտպանությամբ զբաղվող «Սինջար» ՀԿ-ի ուսումնասիրություններից և տարիների կուտակած փորձից:

2012 թվականին ՀՀ կառավարությունը հավանություն տվեց «Հայաստանի Հանրապետության ընտանեկան օրենսգրքում փոփոխություն կատարելու մասին» ՀՀ օրենքի նախագծին, համաձայն որի ամուսնության կնքման համար անհրաժեշտ են ամուսնացող տղամարդու և կնոջ փոխադարձ կամավոր համաձայնությունը և նրանց ամուսնական տասնութ տարեկան տարիքի հասնելը, բացառությամբ սույն մասի երկրորդ պարբերությամբ նախատեսված դեպքերի:

Անձը կարող է ամուսնանալ նաև 17 տարեկանում, եթե առկա է նրա ծնողների, որդեգրողների կամ հոգաբարձուի համաձայնությունը: Անձը կարող է ամուսնանալ նաև 16 տարեկանում, եթե առկա է նրա ծնողների, որդեգրողների կամ հոգաբարձուի համաձայնությունը, և ամուսնացող մյուս անձը առնվազն 18 տարեկան է⁸⁷: Մինչդեռ ՀՀ-ում վաղ ամուսնությունը շարունակում է մնալ չթրեականացված արարք:

Այս օրենքի ընդունման դեմ արտահայտվեցին Հայաստանի եզդի համայնքի մի շարք գործիչներ՝ մեղադրելով ՀՀ կառավարությանը եզդի աղջիկներին դժբախտացնելու մեջ:

Եզդի աղջիկները չեն սովորում. մեկ-երկու աղջիկ են տարեկան ընդունվում համալսարան, որովհետև մեզ մոտ համալսարան նստած աղջիկները չեն ամուսնանում: Ո՞ր մի աղջիկ է համալսարան ավարտել և ամուսնացել: Այդպիսի խայտառակ բաներ կան, մեզ մոտ քենապահություն կա, ուրիշ բան է, էլի: Ասում է՝ աղջիկը գնացել է, սովորել է, շփվել է, ուրեմն աղջիկ չի և այլն, և այլն: Դրա համար ամուսնությունը մեզ մոտ պիտի լինի 16 տարեկան: Եղպիսի բան ենք նախատեսել. մենք դա չենք կարող ընդունել, որովհետև. եղ աղջիկները կդժբախտանան:

Եզդի համայնքի իկ ներկայացուցիչ՝ Ազիզ Թամոյան

Նման կարծրատիպային մտածելակերպի արդյունքում, այսօր շատ եզդի կանայք զրկված են կրթության իրավունքից: Եզդի կանայք չեն հասնում ավարտել 5-րդ դասարանը, որը նախ և առաջ պայմանավորված է վաղ ամուսնությամբ:⁸⁸

Եզդի կանանց կրթության իրավունքի խախտմանը նպաստում է նաև պետական մարմինների անփույթ աշխատանքը: Ըստ ՀՀ Կրթության մասին օրենքի՝ ՀՀ քաղաքացիների համար 9-ամյա (իսկ 2017-ից արդեն 12-ամյա) կրթությունը պարտադիր բնույթ է կրում, սակայն պետական մարմինները

որևէ կերպ չեն կանխարգելել եզդի կանանց կրթության իրավունքի խախտման դեպքերը: Հատկապես եզդիաբնակ գյուղերում շատ եզդի ծնողներ իրենց աղջիկներին 5-րդ, 6-րդ դասարաններից թույլ չեն տալիս հաճախել դպրոց և դեռևս չի եղել դեպք, որ Կրթության և գիտության նախարարությունը հետևողական լինի և նման ծնողներին ենթարկի պատասխանատվության: Այստեղ տեղին չեն այն մոտեցումները, որ դպրոց չհաճախելը եզդի ժողովրդի ազգային ավանդույթի մի մաս է կազմում:

Եզդի համայնքի շատ կանայք Սովետական Միության տարիներին աչքի են ընկել իրենց ծավալած գիտական և հասարակական գործունեությամբ, մասնավորապես՝ ազգագրագետ Լամարա Բարիսովան, լեզվաբան Չառա Ալիևան, կենսաբան Լյուսյա Մամեդովան, արևելագետ Խանա Օմարխալին, իրանագետ Ա. Յուսուպովան, բանաստեղծուհի Հնարա Թաթլին, կրկեսի արտիստուհի Նազի Շիրահին, դերասան Չինաիդա Աիդուևան, նկարչուհի Բասե Պայալովան և այլն:

Ինչպես արդեն նշվեց, եզդի կանանց կրթության իրավունքը հիմնականում խախտվում է եզդիաբնակ գյուղերում: Եվ հենց եզդիաբնակ գյուղերում տիրող իրավիճակը ուսումնասիրելով՝ 2015 թվականին «Սինջար» եզդիների ազգային միավորում հասարակական կազմակերպությունը իրականացրել էր ուսումնասիրություն, որը վերաբերվում էր եզդի կանանց կրթության իրավունքի իրացմանը:⁸⁹

Այսպես՝ Արմավիրի մարզի Արտաշարի միջնակարգ դպրոց 2004–2015 թվականներին ընդունվել է 84 եզդի աղջիկ, որից 37-ն ավարտել է 9-րդ դասարանը, իսկ 3-ը՝ 12-րդ դասարանը:

Նույն մարզի Ֆերիկ համայնքում նույն ժամանակահատվածում համայնքի հիմնական դպրոց (9-ամյա) է ընդունվել 25 եզդի աղջիկ, իսկ ավարտել՝ 22-ը:

Արագածոտնի մարզի Եզդիաբնակ Կանիշիրի, Սադունցի, Միրաքի, Ջամշուհի, Շամիրամի, Հակոյի, Դիանի, Թլիկի, Սորիկի հիմնական (9-ամյա) դպրոցներում 2003–2015 թթ ընդունվել է 174 եզդի աղջիկ, իսկ ավարտել է 104 աղջիկ:

Արագածոտնի մարզի Ռյա-Թագա, Ալագյազ և Ճարճակիս համայնքների միջնակարգ (12-ամյա) դպրոցներ ընդունվել է 135 եզդի աղջիկ, նրանցից միայն 105-ն են ավարտել դպրոցը:

⁸⁷ ՀՀ Ընտանեկան օրենսգիրք, հոդված 10 Ամուսնության կնքման պայմանները:

⁸⁸ Տեղեկատվությունը ստացվել է «Սինջար» ՀԿ-ի ուսումնասիրություններից և տարիների կուտակած փորձից:

⁸⁹ Տվյալները տրամադրվել է Կրթության և գիտության նախարարությունը:

Ամփոփելով տվյալները՝ արձանագրվել է, որ ուսումնասիրված 15 եզդիաբնակ համայնքներում 2003–2015 թվականներին դպրոց է ընդունվել 473 եզդի աղջիկ, որից 234-ը ավարտել է 9-րդ դասարանը, 122-ը ստացել է 12-ամյա կրթություն, շուրջ 117 եզդի աղջիկ դուրս է մնացել կրթական համակարգից:

Այստեղ պետք է հաշվի առնել նաև այն հանգամանքը, որ Ներկայումս դպրոցները ֆինանսավորվում են ըստ աշակերտների թվի, և հաճախ՝ հատկապես գյուղական համայնքներում, երեխաները գրանցված են դպրոցներում, սակայն դասապրոցեսին չեն մասնակցում: Նման դեպքեր քիչ չեն եզդիաբնակ գյուղերում, որն արձանագրվել է «Սինջար» ՀԿ-ի կողմից դաշտային աշխատանքների ընթացքում, միևնույն ժամանակում շատ ավելի քիչ եզդի աղջիկներ են հասցնում ավարտել դպրոցը:

Արմավիրի մարզի 5՝ Արտաշար, Ֆերիկ, Նալբանդյան, Տանձուտ և Եղեգնուտ գյուղերում, որտեղ հայերի հետ համատեղ ապրում են նաև եզդիներ և 32 եզդի երեխա չի հաճախում դպրոց, որից 19-ը՝ իգական սեռի:

Հիմնվելով ՀՀ Արմավիրի մարզպետարանի աշխատակազմի Կրթության, մշակույթի և սպորտի վարչության կրթության բաժնի պետ Նաիրա Սարգսյանի խոսքերին՝ կարելի է փաստել, որ եզդի աղջիկների դեպքում ոչ միայն խախտվել է նրանց կրթության իրավունքը, այլ նաև նրանք վաղամուսնության զոհ են դարձել. «Այս 32 աշակերտների մեջ ունենք 9-րդ դասարանի աղջիկներ, ովքեր արդեն ամուսնացած են և ապրում են իրենց ամուսինների ընտանիքներում», հոկտեմբերի 24-ին, 2017 թ. Մեդիա Կենտրոնում կայացած մամուլի ասուլիսի ժամանակ հայտարարել էր ՀՀ Արմավիրի մարզպետարանի աշխատակազմի կրթության, մշակույթի և սպորտի վարչության կրթության բաժնի պետ Նաիրա Սարգսյանը⁹⁰:

Եզդի աղջիկների շրջանում կրթությունից դուրս մնալու պատճառները տանում են դեպի արմատացած կարծրատիպերը և նախապաշարմունքները, որոնք հաճախ վճռորոշ դեր են խաղում՝ զրկելով կանանց որակյալ կրթություն ձեռք բերելու հնարավորություններից: Գենդերային կարծրատիպերը և ավանդական մշակութային նորմերը վճռորոշ դեր են խաղում եզդի համայնքում կանանց կրթության իրավունքի իրացման հարցում: Միևնույն ժամանակ, շատ միջազգային իրավական նորմեր և միջազգային կառույցներ անդրադառնում են այս խնդրին: Կանանց նկատմամբ խտրականության բոլոր ձևերի վերացման կոնվենցիայի կարևոր դրույթներից է այն, որ մշակութային նորմերը և ավանդույթները չպետք է

դիտարկվեն արդարացիորեն գործոն՝ կանանց կողմից իրենց իրավունքների լիարժեք իրացման համար:⁹¹

Բացի դրանից, եզդի կանանց կրթությանը խանգարող հանգամանք է հատկապես իգական սեռի շրջանում տարածված վաղ ամուսնությունը: Եզդի համայնքում վաղ ամուսնության խնդրի շուրջ իր մտահոգությունն է արտահայտել նաև Կանանց նկատմամբ խտրականության բոլոր ձևերի վերացման Կոմիտեն, Հայաստանի կառավարությանն ուղղված իր ամփոփիչ դիտարկումներում:⁹²

Ու՛ չնայած այն հանգամանքին, որ վերջերս 12-ամյա կրթությունը դարձավ պարտադիր, իսկ իրենց երեխաներին կրթությունից զրկող ծնողների կամ խնամակալների համար նախատեսված է վարչական տուգանք, եզդի բազմաթիվ ծնողներ շարունակում են իրենց երեխաներին չուղարկել դպրոց մինչ օրս:

Եզդի կանանց կրթության իրավունքի խախտմանը նպաստում է նաև ՀՀ պետական մարմինների անգործությունը: Թերևս պետության կարևոր գործառնություններից է պարբերական աշխատանքը՝ արմատացած ավանդական և գենդերային կարծրատիպերի դեմ, ինչպես նաև իրավակիրառ մեխանիզմների ներդրումը, որոնք կկանխարգելեն եզդի կանանց շրջանում վաղ ամուսնության խնդիրը:

Եզդի կանանց վերարտադրողական առողջության խնդիրներ

Եզդի համայնքում շատ տարածված են վաղ տարիքի կանանց ամուսնությունները, որոնք առաջ են բերում իրավունքի՝ մասնավորապես սեռական և վերարտադրողական առողջության և իրավունքի ոտնահարումներ: 2011 թ. «Կանանց ռեսուրսային կենտրոն» ՀԿ-ն իրականացրեց վերարտադրողական առողջության վերաբերյալ դասընթացներ Ալագյազ և Ռիյա-Թազա եզդիաբնակ գյուղերում, որոնց ժամանակ բացահայտվեցին մի շարք խնդիրներ. ամուսնության մեջ, շատ հաճախ սահմանափակված է եզդի կնոջ ընտրության իրավունքը, այսինքն եզդի կինը չէ, ով ընտրում է իր ապագա ամուսնուն կամ զուգընկերոջը, հիմնականում ընտրությունն իրականացվում է ծնողների համագործակցությամբ, տվյալ դեպքում եզդի կնոջ ծնողներն են, որ համաձայնվում կամ հրաժարվում են իրենց դստերը ամուսնացնել:

91 See: UN Convention on the Elimination of all forms of discrimination against women, <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm> (Մուտք է գործել 12.12.17)

92 See: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N16/402/28/PDF/N1640228.pdf?OpenElement> Paragraph 40 (Մուտք է գործել 12.12.17)

Վաղ ամուսնության հետ մեկտեղ առաջ է գալիս վաղ սեռական հարաբերությունների նախամուտը և հղիությունն ու ծննդաբերությունը, որն ինչպես ֆիզիոլոգիական, այնպես էլ՝ հոգեբանական բաղադրիչներով սխալ ժամանակ է կնոջ օրգանիզմի համար: Սեռական հարաբերությունները սկսվում են դեռևս անչափահաս տարիքից, որը կարող է դիտվել թե՛ եզդի տղաների, թե՛ աղջիկների շրջանում և որը փաստացիորեն համարվում է բռնի սեռական հարաբերություններ, երբ անչափահասները դեռևս չեն կարողանում ինքնուրույն և գիտակցված համաձայնությամբ ընտրություն կատարել:

Հղիության օպտիմալ տարիքը համարվում է առնվազն 20 տարեկանը, երբ ավարտված են սեռահասունացման ժամանակ դիտարկվող բոլոր փոփոխությունները, մարմինը վերջնականապես ձևավորված է, կարգավորված է դաշտանային ցիկլը. այս բոլոր բաղադրիչները շատ կարևոր են հղիության առողջ ընթացքի համար, որին շատ հաճախ նաև գումարվում են հոգեբանական պատրաստվածության և պատասխանատվության ոչ քիչ կարևոր բաղադրիչները, որոնք այնքան կարևոր են կնոջ հոգեկան և ֆիզիոլոգիական առողջության պահպանման համար: Վաղ տարիքի հղիություններն ու ծննդաբերությունները կարող են կնոջ վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական օրգանների մի շարք հիվանդությունների պատճառ հանդիսանալ, գումարած նրան, որ կինը շատ անգամ ստիպված է հղիանում՝ չունենալով այլընտրանք:⁹³

Տիկին Սիսեն եզդի կին էր, ամուսնացել էր 14 տարեկանում, շատ արագ հղիացել էր և իր կյանքի ընթացքում ունեցել էր 6 երեխաներ: Տիկին Սիսեն ուներ վերարտադրողական օրգանների հետ կապված մի շարք հիվանդություններ. այն է՝ վերարտադրողական օրգանների իջեցում և քանի որ իր գյուղում չկար որևէ բուժ հաստատություն, որտեղ կարող էր ստանալ պատշաճ մակարդակի բուժ օգնություն և հնարավորություն չունենալով դիմել կոդի քաղաք, հիվանդությունը բավականաչափ բարդացել էր: Տիկին Սիսեն 40 տարեկանում մահացել էր:

Ծառայություններ մատուցող մասնագետ

Մյուս կարևոր հիմնահարցը կայանում է նրանում, որ եզդի համայնքում բացակայում է սեռական առողջության վերաբերյալ տեղեկատվությունը և շատ անգամ զույգերն ուղղակի տեղեկացված չեն լինում հակաբեղմնավորիչ մեթոդների և այլ կար-

ևոր թեմաների վերաբերյալ, որը կնոջը ևս մեկ անգամ էլ ավելի խոցելի է դարձնում:

Այն գյուղերում, որտեղ ապրում են եզդի կանայք, հիմնականում բացակայում են պատշաճ մակարդակի սարքավորումներով հագեցած բուժօգնատուությունները, որոնց եզդի կանայք կարող են դիմել՝ բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու նպատակով, ինչի արդյունքում ստիպված են յուրաքանչյուր խնդրի համար դիմել կոդի քաղաք, որը միշտ չէ, որ հարմար է և որը առավել խոցելի է դարձնում կնոջ կարգավիճակը և խորացնում հիվանդությունը:

Այսպիսով, եզդի կանանց վերարտադրողական առողջության և իրավունքի տեսանկյունից, իրավիճակը բավականին մտահոգիչ է, որը պայմանավորված է նախ և առաջ վաղ ամուսնության խնդրով: Վաղ ամուսնությունն իր հերթին անդրադառնում է եզդի կնոջ վերարտադրողական առողջության վրա, որին գումարվում է ծառայությունների ոչ հասանելիությունը և կանանց՝ սեփական առողջության վերաբերյալ ցածր իրազեկման մակարդակը: Իրավիճակն էլ ավելի է բարդանում, երբ արմատացած Նորմերը և ավանդույթները սահմանափակում են եզդի կանանց օգտվելու սեփական իրավունքների իրացումից և արժանապատիվ կյանք ունենալու երաշխիքից, որը պետք է ապահովի ցանկացած պետություն իր քաղաքացու համար:

Իրական պատմություններ

«Երկու երեխաների մայր եմ և պատրաստվում եմ հայերեն գրել ու կարդալ սովորել». **Եզդի կին**

Նանա Ծառայանը ամուսնացած է և ունի երկու երեխա, սակայն մինչև այսօր չգիտի հայերեն այբուբենը: Մինչ ամուսնությունը Նանայի համար կարևոր չի եղել հայերենի գրավոր իմացությունը, քանի որ չի գիտակցել դրա կարևորությունը. «Հիմա երեխաներ ունեմ, ու ինձ համար դժվար է, որ չգիտեմ հայերեն գրել ու կարդալ: Խոսել գիտեմ. փողոցում կամ ֆիլմերից եմ սովորել, իսկ գրել-կարդալ չսովորեցի, որովհետև ծնողներս թույլ չտվեցին գնալ մինչև անգամ երրորդ դասարան, -ասում է երիտասարդ մայրը՝ ավելացնելով, որ այսօր, երբ իր երեխաներն են դպրոց գնում, ինքն արդեն իրեն անհարմար է զգում: Ամեն երեխա էլ դպրոցում ուսման հետ դժվարություն ունենում է ու եղ ամենը փորձում է հաղթահարել իր ծնողների միջոցով: Իմ երեխաները չեն կարողանում, քանի որ ինքս էլ չգիտեմ ու չեմ կարող իրենց օգնել: Չ՞ք պատկերացնի՝ ինչ նվաստացուցիչ է, որ չեմ կարողանում օգնել երեխաներիս: Ես հայերեն լավ եմ խոսում ու շատերը կարծում են, որ կրթություն եմ ստացել, այնինչ ան-

93 See: Adolescent pregnancy, Issues in Adolescent Health and Development. WHO, 2004. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42903/1/9241591455_eng.pdf (Մուտք է գործել 12.12.17)

գամ երրորդ դասարանը չեմ ավարտել», — ասում է Նանա Շառոյանը:

Երիտասարդ եզդի կինը դպրոցից դուրս է մնացել, քանի որ իր տատիկն ու պապիկը դեմ են եղել, և ծնողները իրեն հանել են դպրոցից. «Ես երկրորդ դասարան էի, երբ տատս և պապս ծնողների ստիպեցին ինձ հանել դպրոցից: Իրենք ասում էին, որ ամոթ է, երբ աղջիկը սովորում է: Աղջիկն, իրենց կարծիքով, պետք է տանից դուրս չգա և ամուսնանա: Պապիկս շատ խիստ մարդ էր, ուստի հայրս որևէ քայլի չդիմեց ինձ պաշտպանելու համար: Հայրս գնաց և խոսեց դպրոցի տնօրենի հետ (Նանան չի ցանկանում նշել իր գյուղն ու դպրոցը) և խնդրեց, որ ես դպրոց չգնամ, իսկ տնօրենը 8-ամյա կրթությունս լրանալուն պես, պետք է գումարի դիմաց ինձ վկայական տար: 16 տարեկանում ես արդեն ամուսնացած էի ու չէի կարող այլևս զբաղվել իմ կրթությամբ: Հայերենս զարգացնելու համար սկսեցի շատ հայկական ֆիլմեր դիտել, ինչի արդյունքում բանավոր լեզվին լավ եմ տիրապետում, — ասաց Նանան և ավելացրեց, որ չնայած երկու երեխաների մայր է, պատրաստվում է գնալ հայերեն գրել-կարդալ սովորելու հայոց լեզվի ուսուցչուհի իր հարևանի մոտ:

Ազգությամբ եզդի Չինան (անունը փոխված է) 21 տարեկան է, բայց արդեն երեք երեխա ունի: Նա ծնվել է 1994 թվականին Արագածոտնի մարզի եզդիաբնակ գյուղերից մեկում: Չինան տանից գրեթե չի բացակայում, քանի որ երեք երեխաներին միայնակ խնամելն այնքան էլ հեշտ չէ, նա ժամանակին մեծ երազանք է ունեցել՝ դառնալ իրավաբան: Իրավաբանությունն իր համար նպատակ էր, քանի որ կարծում էր, որ այդ կերպ կկարողանար պաշտպանել եզդի կանանց իրավունքները. «Դեռ փոքր տարիքից էի ցանկանում իրավաբան դառնալ: Ես տեսնում էի, որ առօրյա կյանքում եզդի կանանց իրավունքները խախտվում են ամեն քայլափոխի: Գիտե՞ք, դա գուցե ինձ համար է խախտում, սակայն մեր համայնքում նորմալ երևույթ է: Օրինակ՝ շատ եզդիներ կարծում են, որ եզդի կանայք սովորելու, աշխատելու և հասարակական կյանքին մասնակցելու իրավունք չունեն: Ես էլ որոշել էի փոխել այս իրավիճակը: Որոշել էի ի լուր ավագ սերնդի հայտարարել, որ եզդի կինը իր դերակատարումն ունի մեր հասարակության կյանքում, և այդ դերակատարումը միայն խոհանոցում կամ գոմում չի ավարտվում: Ես հավատում էի իմ մանկական երազանքին, որ ինքս տարբերվելու եմ մյուս եզդի աղջիկներից: Հավատում էի հորս, որ նա չի կոտրվի և թույլ կտա շարունակել ուսումնալուստն, — հուզված ասում է Չինան և նախանձով խոսում իր տարեկից հայ աղջիկների մասին:

«Ես հաճախ էի հեռուստատեսությամբ տեսնում ուսանող աղջիկներ: Նրանք այնքան գեղեցիկ էին և նման չէին մեր գյուղի աղջիկներին: Տեսնելով իրենց՝ ես ամեն բան անում էի, որ դպրոցում հրաշալի սովորեմ հայոց լեզու, պատմություն և հասարակագիտություն: Ես ինձ արդեն տեսնում էի իմ հայ ընկերների շարքերում: Ուսուցիչներս ևս ինձ գոտեպնդում էին և ամեն բան անում, որպեսզի ես շարունակեմ ուսումնալուստ: Դասարանում լավագույն սովորողն էի: Հասակակիցներս հաճախ էին ասում, թե ինչիս է պետք սովորելը, մեկ է ծնողներս հանելու են դպրոցից, ինչպես բոլոր եզդի աղջիկներին են հանում: Բայց ես ամեն անգամ նրանց ասում էի, որ հայրս ուրիշ մարդ է, և ես շարունակելու եմ ուսումնալուստ: Սակայն իմ այս համոզմունքը հոգս ցնդեց, երբ սովորական մի օր դասից վերադարձա տուն ու տեսա, որ ինչ-որ անծանոթ մարդիկ կան մեր տանը: Մտնելով տուն՝ տեսա, որ մայրս անտրամադիր է, իսկ հայրս խոսում էր մեր հյուրերից մեկի հետ: Ինձ խնդրեցին մի բաժակ ջուր բերել մեր տարեց հյուրի համար, և ես բերեցի: Մոտ կես ժամ հետո մեր հյուրերը գնացին, իսկ ես իմ սենյակում հաջորդ օրվա դասերս էի պատրաստում, — դադարեցնում է իր պատմությունը հուզված Չինան և կարճ ժամանակ հետո շարունակում, — այդ օրը իմ երջանիկ և մանկական կյանքի վերջին օրն էր: Մայրս մտավ սենյակ և ասաց, որ հավաքեմ գրքերս: Հարցիս, թե ինչու, նա պատասխանեց, որ ես այլևս դպրոց չեմ գնալու: Այդ պահին կարծես աշխարհը փուլ գար: Փշրվեցին բոլոր երազանքներս: Հետո հայրս հաստատեց, որ այլևս դպրոց չեմ գնա, քանի որ իրենք որոշել են, որ ես ամուսնանալու եմ: Հայրս բացատրում էր, որ ինքը կխայտառակվի, եթե ես գնամ Երևան սովորելու, ու այլևս չեմ կարողանա ամուսնանալ: Հորս այդ ամենը ներշնչել էին մեր համայնքի բնակիչները: Ես ընդամենը 15 տարեկան էի, ու ծիծաղելի էր, որ համայնքի բնակիչների համար ավելի ամոթ է սովորելը, քան մանկահասակ աղջկան կնության տալը, — պատմում է Չինան և չուզենալով անդրադառնալ իր ամուսնական կյանքին՝ շարունակում, — ես վստահ եմ, որ ինձ նման շատ եզդի աղջիկներ կան, որոնց երազանքները փշրվել են»:

Առաջարկություններ

1. Պետական գերատեսչությունների կողմից վերահսկել և բացահայտել այն դեպքերը, երբ խախտվում է երեխաների 12-ամյա կրթության իրավունքը:

2. Նախաձեռնել համապատասխան օրենսդրական փոփոխություններ որոնք կներառեն վարչա-քրեական պատիժների իրականացում այն ծնողների կամ խնամողների նկատմամբ, ովքեր կխախտեն երեխաների պարտադիր կրթության իրավունքը:

3. Իրականացնել համապատասխան օրենսդրական փոփոխություններ, որոնք կներառեն վաղ ամուսնության դեպքերում ծնողների քրեական պատասխանատվության:

4. Ներառել համապարփակ սեռական կրթությունը կրթական համակարգ:

5. Ապահովել ազգային ռազմավարություններում և գործողությունների ծրագրերում եզրի կանանց ներկայացուցչականությունը՝ հաշվի առնելով համայնքի կանանց առանձնահատկությունները:

3.5 ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց վերարտադրողական առողջության և իրավունքի իրավիճակը ՀՀ-ում

Ըստ ԱՀԿ-ի տվյալների համաշխարհային վիճակագրությունը ցույց է տալիս, որ 2016 թվականին երիտասարդների շրջանում (12–24 տարիքային խումբ) ՄԻԱՎ-ի նոր դեպքերի 59%-ը կազմել են դեռահաս աղջիկները և կանայք:⁹⁴

UNAIDS (ՄԱԿ-ի ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի հարցերի համատեղ ծրագիր)-ի տվյալների համաձայն, ընդհանուր առումով, կանանց շրջանում ՁԻԱՀ-ից մահացության դեպքերը հիմնականում ընդգրկում է 15–49 տարիքային խումբը: Բռնության ենթարկված կանանց շրջանում ՄԻԱՎ-ով վարակվելու հավանականությունը 1.5 անգամ ավելի բարձր է:⁹⁵

Ըստ ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման հանրապետական կենտրոնի վիճակագրական տվյալների 1988 թ. մինչև 2017 թ. դեկտեմբերի 31-ը Հայաստանի Հանրապետությունում գրանցվել է ՄԻԱՎ վարակի 2908 դեպք ՀՀ քաղաքացիների շրջանում, որոնցից 888 դեպք (30%) իգական սեռի ներկայացուցիչների մոտ: Ըստ ՁԿՀԿ-ի վիճակագրական տվյալների գրեթե բոլոր կանայք վարակվել են սեռական ճանապարհով (97%):⁹⁶

Թեև ՄԻԱՎ-ով ապրող մարդկանց առողջության պահպանմանն ուղղված միջոցառումները կարգավորվում են ապացուցողական բժշկության վրա հիմնված միջազգային և տեղական ուղեցույցներով, այդուհանդերձ, ՄԻԱՎ-ով ապրող մարդիկ խոցելի են խարանի և խտրականության, իրավունքների ոտնահարման նկատմամբ, ինչպես հասարակության լայն շերտերի կողմից, այնպես էլ բժշկական հաստատություններում:

ՄԻԱՎ-ով ապրող կանայք կրկնակի խոցելի են հատկապես սեռական և վերարտադրողական առողջության իրավունքների ոտնահարման տեսանկյունից:

ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց վերարտադրողական իրավունքը խախտվում է ընտանիքի անդամների, հասարակության տարբեր ներկայացուցիչների, ինչպես նաև բժշկական օգնություն տրամադրող անհատների կողմից:

94 Տե՛ս: <https://www.avert.org/global-hiv-and-aids-statistics>

95 Տե՛ս: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf

96 Տե՛ս: http://www.arm aids.am/statistics/2018/january_stat_2018.html

ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց վերարտադրողական իրավունքների ոտնահարումը ընտանիքում:

ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց վերարտադրողական իրավունքները շատ հաճախ ոտնահարվում է հենց ընտանիքի անդամների կողմից, մասնավորապես՝ ամուսինների/սեռական գույքընկերոջ կողմից կամ ընտանիքի այլ անդամի կողմից: Վերարտադրողական (հղիության պլանավորում, պաշտպանված սեռական հարաբերություններ, հղիության արհեստական ընդհատում) իրավունքի ոտնահարման հիմնական դեպքերը պայմանավորված են մշակութային առանձնահատկություններով, կարծրատիպերով և առկա գենդերային անհավասարությամբ: Զիչ չեն այն դեպքերը, երբ ամուսինը կամ սեռական գույքընկերը կնոջը ստիպում են սեռական հարաբերություն ունենալ առանց պահպանակի՝ պատճառաբանելով, որ պահպանակի օգտագործումը սեռական հարաբերության ժամանակ նվազեցնում է սեռական հաճույքը: Բացի այն, որ առանց պահպանակի սեռական հարաբերությունը բերում է ոչ ցանկալի հղիության, երբեմն նաև հղիության արհեստական ընդհատման, այն նաև իր մեջ պարունակում է ՄԻԱՎ-ով կրկնակի վարակվելու վտանգ (կրկնակի վարակում – ՄԻԱՎ-ով վարակված մարդու օրգանիզմում արդեն առկա է ՄԻԱՎ վարակի շտամպ, կրկնակի վարակվելու դեպքում մարդը վարակվում է ՄԻԱՎ-ի այլ շտամպով, այսինքն մինևույն ժամանակ կարող են առկա լինել ՄԻԱՎ-ի մեկից ավելի շտամպներ): ՄԻԱՎ-ով կրկնակի վարակվելու դեպքում կարող է առաջանալ դեղակայունություն հակառետրովիրուսային (ՀՌՎ-ՄԻԱՎ) վարակը պատկանում է ռետրովիրուսների) դեղերի նկատմամբ, ինչի պատճառով կինը ստիպված է լինում փոխել կենսական նշանակության ՀՌՎ դեղերի սխեման: ՀՌՎ դեղամիջոցների յուրաքանչյուր փոփոխություն ազդում է կնոջ կյանքի որակի վրա, քանի որ դեղերն ունեն կողմնակի ազդեցություններ և ադապտացիոն շրջան:

ՄԻԱՎ-ով ապրող կանայք կրկնակի խոցելի են հատկապես հոգեբանական բռնության նկատմամբ, եթե գտնվում են դիսկորդանտ (կինը վարակված է, իսկ ամուսինը՝ ոչ) հարաբերությունների մեջ:

Բազմաթիվ անգամներ փորձել եմ բաժանվել, այլևս չեմ կարողանում դիմանալ ամենօրյա նվաստացումներին, սակայն ամուսինս սպառնում է, որ բոլորին կպատմի իմ ՄԻԱՎ-կարգավիճակի մասին, եթե լքեմ իրեն, թեև հենց ինքն է իմ այս վիճակի պատճառը:

*34 տարեկան, 38 տարեկան ամուսին,
Գեղարքունիքի մարզ*

Երբ փորձում եմ առաջարկել պահպանակ օգտագործել, միշտ ասում է. «Ինձ էլ չասես եղ ռեզինը հագի, ավելի լավա ընդհանրապես ոչ մի բան չանես, քան դրանով»:

35 տարեկան կին, 35 տարեկան տղամարդ, Սյունիքի մարզ

Եղել են դեպքեր, երբ ՄԻԱՎ-ով ապրող կնոջը ընտանիքի մյուս անդամը (սկեսուր, տալ, ամուսնու եղբոր կին/խորհուրդ են տվել ընդհատել հղիությունը՝ պատճառաբանելով, որ պտուղը կարող է նույնպես ՄԻԱՎ-ով վարակված ծնվել: Այստեղ բախվում ենք հավաստի և հասանելի տեղեկատվության պակասի հետ: Նույնիսկ արդեն մեկ առողջ երեխա ունենալու դեպքում փորձել են խոչընդոտել երկրորդ հղիության պլանավորումը՝ հիմնավորելով, որ վստահություն չունեն բժիշկների ու հետազոտությունների նկատմամբ, և շատ հնարավոր է, որ սխալ ախտորոշում է արվել ու մոտ ապագայում անպայման երեխայի մոտ ախտանշաններ կնկատվեն:

Ես պետքա բժշկին ասեի, դրա (հարսի) փողերը կապեր: Ավելի լավա երեխա չունենա, քան թե հիվանդ երեխա ունենա: Ախր, ջահել են չեն հասկանում, որ իրանց գլխին կրակ են բերում:

*56 տարեկան սկեսուր,
Գեղարքունիքի մարզ*

ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց վերարտադրողական իրավունքների ոտնահարումը բուժհաստատություններում:

Ըստ 28.11.2013 թվականի առողջապահության նախարարի N 77-Ն հրամանի 4 կետի, որն ուժի մեջ է մտել 11.04.2014-ին «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում արտահիվանդանոցային պայմաններում ցուցաբերվող մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնությունն ու սպասարկումը հիմնականում իրականացվում է տարածքային սպասարկման սկզբունքով, միաժամանակ՝ յուրաքանչյուր բնակիչ իր բնակավայրի վարչական տարածքի շրջանակներում իրեն սպասարկող բժշկին՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգին, ընտրելու իրավունքն ունի, անկախ մինչ այդ կատարված տեղամասային կցումներից: Այն դեպքերում, երբ հղին ներկայացնում է քաղվածք իր բնակության վայրում հաշվառված չլինելու մասին կամ ուղեգրվում է որպես ռիսկի խմբի հղի, հսկողությունն իրականացվում է անվճար»:

Թեև օրենքով սահմանված է բնակության վայրին մոտ բուժհաստատությունից օգտվելու իրավունքը, սակայն ՄԻԱՎ-ով ապրող կանայք հիմնականում

Նախընտրում են չօգտվել իրենց այս իրավունքից, քանի որ սեռական և վերարտադրողական իրավունքն իրացնելիս խախտվում են այլ իրավունքներ, **անձնական կյանքի և գաղտնիության իրավունքը, խտրականությունից ազատ լինելու իրավունքը, ինչպես նաև բժշկական ծառայության հասանելության խոչընդոտներ:**

Անձնական կյանքի և գաղտնիության իրավունքի խախտման դեպքեր. ՄԻԱՎ-ով ապրող կանայք խուսափում են հաշվառվել իրենց տեղամասային պոլիկլինիկաներում՝ վախենալով, որ իրենց ՄԻԱՎ-կարգավիճակի մասին տեղեկատվությունը կարող է տարածվել իրենց համայնքում: Այս խնդիրն ավելի ակնառու է դառնում հատկապես փոքրիկ համայնքներում, որտեղ գրեթե բոլորը ճանաչում են իրար: Թեև հասանելիության դժվարություններին, ՄԻԱՎ-ով ապրող կանայք հիմնականում նախընտրում են հաշվառվել այն միակ հիվանդանոցում, որը գտնվում է Երևանում, որտեղ էլ պետք է իրականացվի ծննդազատումը:

*ՄԻԱՎ-ով ապրող կինը ստիպված է եղել իր անչափա-
հաս երեխայի հետ փոխել բնակության վայրը, քանի որ
իր ՄԻԱՎ կարգավիճակի մասին իմացել են համայն-
քում՝ տեղամասային թերապևտի միջոցով:*

28 տարեկան,
Արարատի մարզ

**խտրականությունից ազատ լինելու իրավունքի
ոտնահարման դեպքեր.**

ՀՀ որևէ օրենքով չի սահմանափակվում ՄԻԱՎ-ով ապրող մարդկանց բժշկական ծառայություն ստանալու իրավունքը, սակայն ՄԻԱՎ-ով ապրող մարդկանց նկատմամբ ամենաշատ խտրականությունը դրսևորվում է հենց բժշկական հաստատություններում՝ բուժօգնություն ստանալիս: Այս առումով կանայք կրկնակի խոցելի են, քանի որ այլ առողջապահական հարցերից բացի, ունենում են նաև վերարտադրողական առողջությանն առնչվող հիմ-նախնդիրներ: ՄԻԱՎ-ով ապրող կանայք հաճախ են ենթարկվում ՄԻԱՎ-ի հիմքով խտրականության տեղամասային պոլիկլինիկաներում, մանկաբար-ձագինեկոլոգիական ծառայություններ ստանալիս, երբեմն նույնիսկ այն դեպքերում, երբ վարակի փոխանցման վտանգը նվազագույն է: Բժշկական հիմ-նարկներում նրանց հանդեպ հատուկ զգուշավորու-թյուն և խտրականություն է դրսևորվում: Ոչ բոլոր տեղամասային պոլիկլինիկաներում են հղի կանանց շրջանում իրականացնում ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ նախա և հետթեստային խորհրդատվություն, թեև օրենքով պարտադիր է:

*Հղի կնոջը հետազոտել են ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ: Երբ
հետազոտության արդյունքները դրական են եղել, տե-
ղամասային պոլիկլինիկայի բժիշկը հղիին ուղղորդել է
ԶԻԱՀ-ի կանխարգելման կենտրոն (ԶԿՀԿ)՝ ասելով, թե
իբր սրվակը կոտրվել է, արյունը՝ թափվել, և կարիք կա
կրկնակի հետազոտության: Կինը շոկի մեջ գնացել է
ԶԿՀԿ՝ չհասկանալով, թե ինչի համար են իրեն ուղար-
կում այնտեղ:*

23 տարեկան, ք. Երևան

*Բժշկական հաստատությունում հորդորել են ՄԻԱՎ-ով
ապրող հղի կնոջը հղիության արհեստական ընդհատում
անել՝ բացատրելով, որ պտուղը չի կարող առողջ ծնվել:*

29 տարեկան, ք. Երևան

*ՄԻԱՎ-ով ապրող կնոջն ուղղակի մերժել են բժշկական
ծառայություն տրամադրել ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ իր կար-
գավիճակի պատճառով:*

26 տարեկան, Արմավիրի մարզ

**Բժշկական ծառայության հասանելության
խոչընդոտներ.**

Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկ-ման ՀՀ օրենքի (Հոդված 11) համաձայն, շրջապա-տի համար վտանգ ներկայացնող հիվանդությամբ (որոնց թվում է նաև ՄԻԱՎ-ով ապրող մարդն իրա-վունք ունի անվճար ստանալ պետության կողմից երաշխավորված կարգով բժշկական օգնություն և սպասարկում և բուժվել այդ նպատակի համար նա-խատեսված հատուկ մասնագիտացված բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող հաստա-տություններում:⁹⁷

Որոշ առողջապահական ծառայություններ պակաս մատչելի են ՄԻԱՎ-ով ապրող մարդկանց, հատկա-պես՝ կանանց համար: ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց ծննդազատումն իրականացվում է Երևան քաղա-քի միայն մեկ հիվանդանոցում: ՀՀ որևէ մարզում չեն գործում համապատասխան հագեցվածության բուժհաստատություններ կամ ուղղակի չկան վերա-պատրաստված մանկաբարձ-գինեկոլոգներ, որոնք կարող են իրականացնել ՄԻԱՎ-ով ապրող հղի կա-նանց ծննդազատում, թեև այս ոլորտում տարվող մեծածավալ աշխատանքներին:

Հատկապես մարզաբնակ կանանց համար, որոնք խուսափում են իրենց նկատմամբ խտրականու-թյան դրսևորումից, ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ իրենց

97 Տես՝ ՀՀ Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման ՀՀ օրենք, <http://www.parliament.am/legislation.php?sel=show&ID=1688&lang=arm>

կարգավիճակի գաղտնիության բացահայտումից և նախընտրում են հաշվառվել և հղիության ողջ ընթացքում հսկողության տակ գտնվել այն միակ բժշկական հաստատությունում, որը գործում է Երևանում, շատ դժվար է լինում ամսվա մեջ մեկ-երկու անգամ, իսկ արդեն հղիության 30–32 շաբաթից սկսած ավելի հաճախ այցելել գինեկոլոգին:

ՄԻԱՎ-ի հետ կապված բոլոր տեսակի հետազոտությունները, խորհրդատվությունը, ՄԻԱՎ-ով ապրող կինը ստանում է ՁԿՅԿ-ում և ՄԻԱՎ-ի հիմնախնդիրներով զբաղվող հասարակական կազմակերպություններում, իսկ կենսական նշանակության ՅՌՎ դեղամիջոցները հասանելի են միայն ՁԿՅԿ-ում, միայն Երևանում:

Բացի վերը նշված խոչընդոտներից, ՄԻԱՎ-ով ապրող կանայք երբեմն բախվում են գենդերային հիմքով խտրականության ամուսնու/սեռական զուգընկերոջ կամ ընտանիքի այլ անդամի կողմից: Եղել են դեպքեր, երբ ՄԻԱՎ-ով ապրող կնոջն արգելել են այլցելել ՁԿՅԿ կենսական նշանակության ՅՌՎ դեղերը ստանալու կամ պարբերական հետազոտություններն անցնելու:

ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ դրական հղի կանանց տրամադրվող ծառայությունները

ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ դրական հղի կանանց տրամադրվում է նաև տեղեկատվություն հետևյալ հարցերի վերաբերյալ հետթեստային խորհրդատվության ընթացքում՝

- ծննդաբերության պլանավորում,
- հակառետրովիրուսային դեղերի կիրառում հղի կնոջ մոտ ՄԻԱՎ վարակով պայմանավորված ցուցումների առկայության դեպքում և մորից երեխային վարակի փոխանցման կանխման նպատակով,
- ՄԻԱՎ-ով վարակված հղի կնոջ սննդակարգ,
- Նորածնի կերակրման այլընտրանքային տարբերակներ,
- ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ Նորածնի հետազոտություն, հակառետրովիրուսային դեղերի կիրառում և նրա հետագա դիսպանսերային հսկողության կարգ,
- ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ զուգընկերոջ հետազոտություն:

Հղի կանանց մոտ ՄԻԱՎ վարակի վաղ ախտորոշումը, ժամանակին սկսած հակառետրովիրուսային

բուժումը և այլ համալիր միջոցառումների իրականացումը հնարավորություն են տալիս նվազագույնի հասցնելու ՄԻԱՎ վարակ ունեցող մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման վտանգը: Դա հաշվի առնելով՝ բոլոր հղի կանայք պետք է անցնեն ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն և խորհրդատվություն հղիության հնարավորինս վաղ ժամկետում: ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ անհայտ կարգավիճակ ունեցող հղի կանանց ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտությունն ու խորհրդատվությունն անցկացվում են ծննդաբերելիս, իսկ դրա անհնարինության դեպքում՝ հետծննդյան շրջանում՝ հնարավորինս շուտ:

ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ պետք է հետազոտվեն ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանցից ծնված բոլոր Նորածինները:

ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց վերարտադրողական իրավունքների ոսնհարում հասարակության լայն շերտերի շրջանում

Հասարակության լայն շերտերի շրջանում դեռևս ամբողջական տեղեկատվություն չկա ՄԻԱՎ-ի փոխանցման, հետևողականության կանխարգելման, ՅՌՎ բուժման և ՄԻԱՎ-ով լիարժեք ապրելու մասին, ինչի հիմնական պատճառ է հանդիսանում ՄԻԱՎ-ով ապրող մարդկանց նկատմամբ խարանի և խտրականության դրսևորումը: Հավաստի և ճշգրիտ տեղեկատվության պակասը հանգեցնում է նրան, որ հասարակության լայն շերտերի շրջանում քննադատվում է ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց հղիանալը և մայրանալը: Հասարակության տարբեր անդամների հետ մասնավոր գրույցների կամ քննարկումների ժամանակ նկատվում է, որ հիմնականում մեղադրում են ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց՝ հղիություն պլանավորելու և մայրանալու համար:

Դրանց պետքա վառել, իբր դրանք ապրելու իրավունք ունեն, մի հատ էլ երեխա են ունենում իրանց նման հիվանդ ու դժբախտացնում էդ խեղճ երեխեքին:

*48 տարեկան կին,
Տավուշի մարզ*

Էդ որ մի բժիշկը մոտիկ կգա դրանց, որ օգնի ծննդաբերության ժամանակ:

*59 տարեկան կին,
Տավուշի մարզ*

Սաղ մեղավորը դուք եք (ՀԿ աշխատակիցները), որ դրանց չօգնեք, հույս չտաք, իրանք էլ երեխա չեն ուզենա ունենալ:

*40 տարեկան կին,
Լոռու մարզ*

ՄԻԱՎ-ով ապրող մարդկանց հիմնախնդիրներով զբաղվող հասարակական կազմակերպություններին հաճախ աջակցության համար դիմում են հենց ՄԻԱՎ-ի հիմքով խտրականության ենթարկված անձինք: Հաճախ են բացահայտվում բժշկական գաղտնիքները, սակայն տուժողները չեն դիմում դատական ատյաններին՝ իրենց իրավունքները պաշտպանելու համար: Յուրաքանչյուր դեպքի համար պատճառը կարող է տարբեր լինել, սակայն բոլոր դեպքերին հատուկ են երկու հիմնական պատճառ. նախ չկա վստահություն դատական համակարգի նկատմամբ և հիմնականում մարդիկ վստահ չեն, որ որևէ մեկը պատասխանատվության կենթարկվի: Երկրորդ. ՄԻԱՎ-ով ապրող մարդը խուսափում է դատական գործընթացների մեջ մտել, քանի որ այդ դեպքում ավելի շատ թվով մարդիկ կարող են իմանալ ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ իր կարգավիճակի մասին: Այս հարցի կարգավորման միակ ու ամենամեծ պատասխանատուն պետությունն է: Հենց պետությունը պետք է հոգա բժշկական գաղտնիքի պաշտպանության հարցը, քանի որ սա հենց պետության պարտականությունն է:

Առաջարկություններ

1. Խստացված հսկողություն սահմանել բժշկական ծառայություններ մատուցող բուժօգնականություններում, որպեսզի բուժաշխատողները ուշադրություն դարձնեն «բժշկական գաղտնիք» ասվածին և պահպանեն այն:

2. Բժշկական գաղտնիք խախտած ցանկացած բուժաշխատող, բժշկական հաստատություն կամ անհատի խստագույնս պատիժ օրենքի տարրին համապատասխան:

3. Մասնագետների վերապատրաստման գործընթացում ներգրավել հասարակական կազմակերպության փորձառու մասնագետներին և ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց:

4. Յուրաքանչյուր մարդում ունենալ առնվազն մեկ վերապատրաստված մասնագետ և համապատասխան սարքավորումներով բժշկական հաստատություն, որը ծառայություններ կմատուցի ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց:

5. ՄԻԱՎ-ի հիմքով խտրականության նվազեցմանն ուղղված իրազեկման միջոցառումներ իրականացնել ՀՀ բոլոր ուսումնական հաստատություններում՝ ներառելով ավագ դպրոցները:

6. Գենդերային հավասարության, բռնության նվազեցմանն ուղղված ծրագրեր իրականացնել հասարակության տարբեր շերտերի համար՝ շեշտադրելով երիտասարդների ներգրավվածությունը, քանի որ ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց խտրականության մեծ մասը պայմանավորված է գենդերային անհավասարությամբ:



ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

**ՉԵԿՈԼԵԾՈՒՄ հանդիպող
պարզաբանման ենթակա
հասկացություններ
և հապավումներ**

ԼԳՔՏ. Հապավում լեսքի (նույնասեռական կին), գեյ (նույնասեռական տղամարդ), բիսեքսուալ (երկսեռական), տրանսգենդեր անձանց համար:

ԼԳՔՏ–դրական աջակցություն. Ենթադրում է մասնագիտական խնամք, որը հարգալից, իրազեկ և հավասարապես աջակցող է ԼԳՔՏ անձանց ինքնությունների, կենսափորձերի և մտահոգությունների նկատմամբ:

Սեռական կողմնորոշում. Անհատի խորը զգացմունքային, հուզական և սեռական գրավչությունների ամբողջությունը, ինչպես նաև ինտիմ և սեռական հարաբերությունները և/կամ հարաբերությունների ցանկությունը այլ անհատի հետ:

Լեսքի (նույնասեռական կին կամ կին նույնակա-նացող անձ). անհատ, որը խորը զգացմունքային, հուզական և սեռական գրավչությունների ամբողջություն, ինչպես նաև ինտիմ և սեռական հարաբերություններ և/կամ հարաբերությունների ցանկություն ունի նույն սեռի/գենդերի անձի հետ:

Բիսեքսուալ (երկսեռական). անհատ, որը զգացմունքային և/կամ սեռական գրավչություն ունի մեկից ավելի սեռերի/գենդերների նկատմամբ: Վերաբերում է և՛ կանանց, և՛ տղամարդկանց, և՛ այլ գենդերային ինքնություն ունեցող անձանց:

Գենդերային ինքնություն. Անհատի իր իսկ գենդերի ընկալումն է և անհատական փորձը, որը կարող է համապատասխանել կամ չհամապատասխանել ծննդյան ժամանակ հաստատված սեռին: Այն սոցիալական ինքնության կատեգորիա է և վերաբերում է անհատի նույնականացմանը որպես տղամարդ, կին կամ այլ գենդեր:

Գենդերային արտահայտում. Անձի իր իսկ (կամ այլոց կողմից ընկալվող) գենդերային ինքնության դրսևորումը: Մարդիկ սովորաբար աշխատում են իրենց գենդերային արտահայտումը համապատասխանեցնել իրենց գենդերային ինքնությանը՝ անկախ ծննդյան պահին իրենց վերագրված սեռից:

Գենդերի վերահաստատում. Վերաբերում է այն գործընթացներին, որոնց միջոցով մարդիկ վերասահմանում են այն գենդերը, որով ապրում են, և ավելի լավ են արտահայտում իրենց գենդերային ինքնությունը: Այդ գործընթացները կարող են, սակայն պարտադիր չէ, որ ընդգրկեն բժշկական աջակցություն, այդ թվում՝ հորմոնալ թերապիա և վիրահատական միջամտություններ, որոնց նպատակն է տրանսգենդեր անձանց մարմինը լիովին համապատասխանեցնել իրենց գենդերին:

ՅՈՒՆԿՈ. Հակառետրոս վիրուսային բուժում, որը կիրառվում է ՄԻԱՎ-ով ապրող անձանց շրջանում:

ԶԻԱՀ. Ձեռքերով իմունային Անբավարարության Համախտանիշ:

Մայրական մահացություն. Կանանց մահացությունն է հղիության, հղիությունից հետո 42 օրվա ընթացքում, որը պայմանավորված է միմիայն հղիության և հետծննդաբերական պատճառներից:⁹⁸

ՄԻԱՎ. Մարդու իմունային Անբավարարության Վիրուս:

Սեռական իրավունք.⁹⁹ Սեռական իրավունքների համար պայքարը ներառում է և կենտրոնանում է սեռական հաճույքի և հուզական սեռական արտահայտման վրա: Բոլորը պետք է՝

- Հնարավորություն ունենան մարդու սեռականության և սեռական առողջության մասին տեղեկատվություն ստանալ իրենց հասկանալի լեզվով:
- Ի վիճակի լինեն պաշտպանվել սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակներից:
- Ի վիճակի լինեն ընտրել, թե արդյոք երբ և ում հետ սեռական հարաբերություն ունենալ կամ չունենալ:
- Չերծ լինեն սեռական բռնության կամ անցանկալի սեռական հարաբերություն ունենալու ճնշման վախից կամ դրանց իրագործումից:
- Չերծ լինեն ինքնակամ սեռական հարաբերությունից բխող հարկադրանքից/բռնությունից:
- Սեռական հարաբերություններում ակնկալեն և պահանջեն հավասարություն, փոխադարձ համաձայնություն ու հարգանք և երկկողմանի պատասխանատվություն:

Մարդու իրավունքները ներառում են սեռականության վերահսկման և դրա վերաբերյալ ազատ որոշումներ կայացնելու, ինչպես նաև բռնությունից, խտրականությունից և հարկադրանքից զերծ սեռական և վերարտադրողական առողջություն ունենալու իրավունք: Սեռական հարաբերություններում և վերարտադրման ժամանակ կնոջ և տղամարդու հավասարությունը, ինչպես նաև անձի ամբողջական փոխադարձ հարգանք և պատասխանատվություն են պահանջում սեռական վարքագծի և դրանից բխող հետևանքների հանդեպ:

Սեռական առողջություն.¹⁰⁰ Սեռական առողջությունը ֆիզիկական, հոգեկան և սոցիալական բարեկեցիկ վիճակն է: Այն պահանջում է դրական և հարգալից մոտեցում սեռականության և սեռական հարաբերությունների հանդեպ, ինչպես նաև հաճելի և անվտանգ սեռական փորձառություններ, որոնք զուրկ են հարկադրանքից, խտրականությունից և բռնությունից:

Սեռականություն.¹⁰¹ Սեռականությունը յուրաքանչյուր անձի կենսաբանական, մտավոր, վարքագծային և սոցիալական բնութագրիչների ամբողջությունն է, որը սահմանում է մարդու ինքնությունը, վարքագիծը, կերպարն ու դերը որպես անհատ և որպես հասարակության անդամ:

Սեռափոխության վիրահատություն (գենդերի վերահաստատման վիրահատություն). Բժշկական վիրահատություն, որը ենթադրում է հիմնական/առաջնային և երկրորդային սեռային հատկանիշների հարմարեցում անձի գենդերային ինքնընկալմանը:

Վերարտադրողական առողջություն.¹⁰² Վերարտադրողական առողջությունը ենթադրում է, որ մարդիկ կարող են ունենալ պատասխանատու, բավարարված և ապահով սեռական կյանք, և որ նրանք ունակ են վերարտադրելու և որոշելու, արդյոք, երբ և ինչպես դա անել: Սա նշանակում է, որ տղամարդիկ և կանայք պետք է տեղեկացված լինեն և ունենան անվտանգ, արդյունավետ, մատչելի և ընդունելի հակաբեղմնավորման մեթոդների հասանելիություն, ինչպես նաև համապատասխան սեռական և վերարտադրողական առողջապահական ծառայությունների և առողջապահական կրթական ծրագրերի իրականացման հասանելիություն՝ ընդգծելով, որ հղիության և ծննդաբերության միջոցով կանանց անվտանգությունը ապահովելու կարևորությունը կարող է զույգերին ընձեռել առողջ նորածին ունենալու լավագույն հնարավորություն:

Վերարտադրողական իրավունք.¹⁰³ Վերարտադրողական իրավունքները վերարտադրողականության և վերարտադրողական առողջության հետ կապված օրինական իրավունքներն ու ազատություններն են: Վերարտադրողական իրավունքները հիմնված են բոլոր անհատների, զույգերի՝ իրենց երեխաների քանակի, ծննդյան ժամանակի և ծնունդների միջև

100 World health organization, sexual health definition

101 «Հանրային տեղեկատվություն և գիտելիքի կարիք» ՅԿ. «ԼԳԲՏ անձանց հետ աշխատանքի ուղեցույց. հոգեկան առողջության և առնչվող ոլորտների մասնագետների համար (հոգեբույժ, սեքսուոլոգ, հոգեբան, սոցիալական աշխատող և ոլորտի այլ մասնագետներ)». Երևան 2017 թ.

102 World health organization, reproductive health definition

103 World health organization, reproductive right definition

98 See: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/>

99 World health organization, sexual right definition

ընկած ժամանակահատվածի, ապահով հղիության արհեստական ընդհատման ազատ և պատասխանատու որոշում կայացնելու՝ ունենալով տեղեկատվություն և միջոցներ վերջիններս իրականացնելու համար և սեռական ու վերարտադրողական առողջության լավագույն չափանիշներին հասնելու իրավունքի վրա: Այն նաև ներառում է բոլոր անձանց իրենց վերարտադրողականության վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու իրավունքը՝ գերծ լինելով յուրաքանչյուր տեսակի հարկադրանքից, խտրականությունից և բռնությունից:

Տրանս* (տրանսգենդեր*). Հոմանի եզրույթ է, որը ներառական է մի շարք ոչ նորմատիվ գենդերային ինքնությունների և արտահայտումների համար: Այն վերաբերում է մարդկանց, որոնց գենդերային ինքնությունը և/կամ գենդերային արտահայտումը տարբերվում է ծննդյան պահին հաստատված սեռից, և ներառում է.

- Տրանսսեքսուալ անցյալով կանանց և տղամարդկանց (տրանս կանայք և տղամարդիկ, ովքեր իրականացրել են սեռափոխության/գենդերի վերահաստատման վիրահատություն):
- Տրանսսեքսուալ նույնականացող անձանց (տրանս անձինք, ովքեր ցանկանում են իրականացնել սեռափոխության/գենդերի վերահաստատման վիրահատություն, իրականացման ընթացքում են կամ իրականացրել են մասնակի գենդերի վերահաստատում և ընթացքում են):
- Տրանսգենդեր անձանց (տրանս անձինք, ովքեր չեն իրականացնում սեռափոխության/գենդերի վերահաստատման վիրահատություն) և այլն:

SUS. տղամարդիկ, որոնք սեռական հարաբերություն են ունենում տղամարդկանց հետ:



Ձեկույցը պատրաստվել է սեռական և վերարտադրողական առողջության և իրավունքի հարցերով զբաղվող շահերի պաշտպանության խմբի կողմից: Խումբը ստեղծվել է «Կանանց ռեսուրսային կենտրոն» ՀԿ-ի կողմից «Փոփոխելով սեռական և վերարտադրողական առողջության և իրավունքի վերաբերյալ պատմույթը կրթելու և զորեղացնելու միջոցով» ծրագրի շրջանակներում, որը ֆինանսավորվում է «Բաց հասարակության հիմնադրամների» կողմից իրականացվող Եվրասիա ծրագրի շրջանակներում:

Վիոլետա Չոփուկյան
Գոհար Փանաջյան
Անուշ Պողոսյան
Աննա Հովհաննիսյան
Չարուհի Բաթոյան
Լիլիթ Ավետիսյան
Բելլա Թամոյան
Ժենյա Մայիլյան