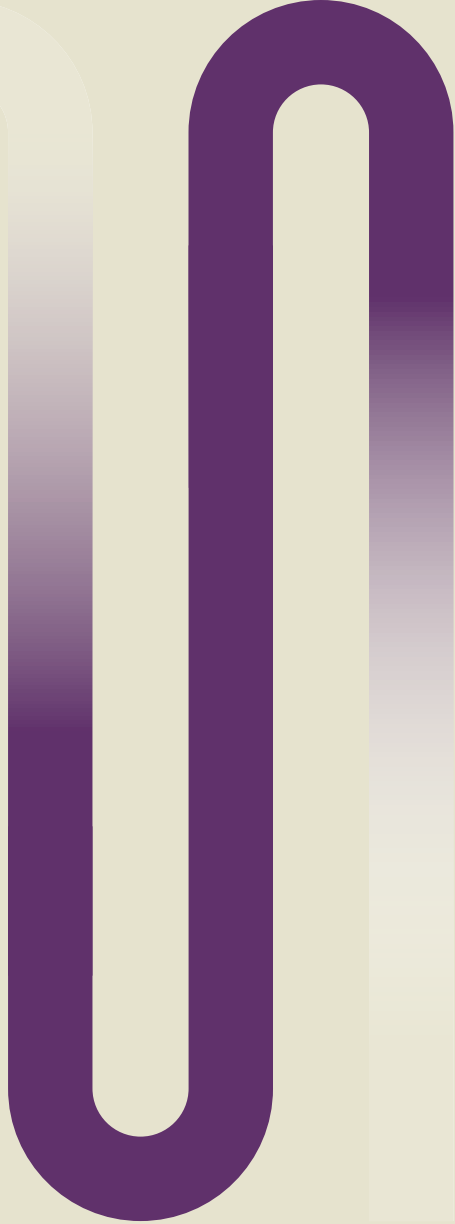




ՀԴԻՈՒԹՅԱՆ ԱՐՅԵՍՏԱԿԱՆ
ԸՆԴՀԱՏՈՒՄԸ **ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ.**
ՕՐԵՆՍԴԻՐՈՒԹՅՈՒՆՆ ՈՒ ՊՐԱԿՏԻԿԱՆ

Հիւանդանոցի արհեստական ընդհատումը Հայաստանում.
օրենսդրությունն ու պրակտիկան

Զեկույց

Երևան, 2025



Հղիության արհեստական ընդհատումը Հայաստանում. օրենսդրությունն ու պրակտիկան

Այս Զեկույցը մշակվել է «Կանանց ռեսուրսային կենտրոն» ՀԿ-ի կողմից: Այն ներառում է Հայաստանում աբորտի իրավունքի իրացման իրավիճակի վերլուծությունը, առկա օրենսդրությունը և պրակտիկան, ինչպես նաև առցանց հարցման արդյունքները, որոնց մասնակցել են վերջին 5 տարիների ընթացքում հղիության արհեստական ընդհատում իրականացրած 183 կանայք: Իրավիճակի վերլուծության համար հիմք է ծառայել կազմակերպության բազմամյա փորձառությունը մանկաբարձ-գինեկոլոգների և կանանց հետ աշխատանքում:

Սույն զեկույցը պատրաստվել է **Safe Abortion Action Fund**-ի (SAAF) ֆինանսական աջակցությամբ: Դրանում արտահայտված տեսակետները պատկանում են Կանանց ռեսուրսային կենտրոնին և պարտադիր չէ, որ համընկնեն SAAF-ի տեսակետներին:

Հեղինակ՝ Աննա Հովհաննիսյան
Խմբագիրներ՝ Անուշ Պողոսյան
Նվարդ Փիլիպոսյան

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ	4
ԱՌԿԱ ՕՐԵՆՍԴՐՈՒԹՅՈՒՆԸ	7
ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ՎԻՃԱԿԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ	8
ԵՌՕՐՅԱ ՊԱՐՏԱԴԻՐ ՍՊԱՍԵԼԱԺԱՄԱՆԱԿԸ ԵՎ ԿԱՆԽԱԿԱԼ ԽՈՐՀՐԴԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆԸ	11
ԱԲՈՐՏԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱՐԺԵՔԸ	14
ԱԲՈՐՏԻ ԽԱՐԱՆԸ և ԱԲՈՐՏԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՏՈՒՑՄԱՆ ՄԵՐԺՈՒՄ	16
ԳԱՂՏՆԻ ՈՒ ՄԵԿՈՒՄԻ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԻ ԱՊԱՅՈՎՈՒՄԸ ԱԲՈՐՏԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՍՏԱՆԱԼԻՍ	20
ԱԲՈՐՏԻ ՀԱՍԱՆԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ. ԱՌՑԱՆՑ ՀԱՐՑՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԻ ԱՄՓՈՓՈՒՄ	23
ԱԲՈՐՏԻ ՏԵՍԱԿՆԵՐԸ, ՎԱՅՐԸ ԵՎ ԱՐԺԵՔԸ	27
ԱԲՈՐՏԻ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑՈՒՄ ԲԺՇԿԻ ՊԱՐՏԱՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԿԱՏԱՐՄԱՆ ՆԿԱՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ	35
ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԱՐՅԵՍՏԱԿԱՆ ԸՆԴՀԱՏՄԱՆ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑՈՒՄ ԿՆՈՋ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ԻՐԱՑՄԱՆ ՆԿԱՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ	47
ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԸՆԴՀԱՏՈՒՄ. ՎԵՐԱԲԵՐՄՈՒՆՔ ԵՎ ԳՆԱՀԱՏԱԿԱՆՆԵՐ	52
ԱՄՓՈՓՈՒՄ	59
ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ.	61

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Ժամանակակից աշխարհում աբորտի իրավունքի համար պայքարը խորապես հատվում է ազգայնականության, ռազմականացման և կանանց մարմինների նկատմամբ պետական վերահսկողության մոտեցումների հետ: Հարցը առողջապահության հասանելիության տիրույթից վաղուց անցել է այլ դաշտ. դոմինանտ դիրք ունեցողների կողմից որդեգրած գործիքները փորձում են վերահսկել կանանց վերարտադրողական ընտրությունը: Հայաստանում աբորտի սահմանափակումները բացահայտում են, թե ինչպես է կանանց մարմինը դառնում խորհրդանշական մարտադաշտ, որտեղ համախմբվում են ժողովրդագրական վախերը, հայրիշխանական արժեքները և հետպատերազմյան անհանգստությունները:

Խորհրդային Միության փլուզումից ի վեր, հայկական պետական և ազգայնական պատմությունները հաճախ կանանց վերարտադրողական դերը կապել են «ազգի գոյատևման» հետ: Սա սրվել է բազմիցս կրկնվող պատերազմների և անվտանգային ճգնաժամերի հետևանքով, հատկապես 2020 թվականի Լեռնային Ղարաբաղի պատերազմից հետո: Պատերազմական ժամանակների գերիշխող պատմությամբ՝ կենտրոնացած զինվորների կորստի, «ազգի վերակենդանացման» անհրաժեշտության և ծննդաբերելու բարոյական պարտականության շուրջ, վերափաստավորում է մայրությունը որպես հայրենասիրական պարտավորություն: Այս ռազմականացված տրամաբանության մեջ յուրաքանչյուր աբորտ ներկայացվում է որպես ազգի ապագայի նկատմամբ մեղսագործ արարք: Կանանց անձնական վերարտադրողական որոշումները վերածվում են ազգային անվտանգության հարցի՝ անհատական իրավունքները ստորադասելով կոլեկտիվ գոյատևմանը:

Այս դիսկուրսները քաղաքականապես ռազմավարական են. դրանք ապաքաղաքականացնում են գենդերային հավասարության մասին խոսակցությունները՝ կանանց մարմինները ներկայացնելով որպես ժողովրդագրական բալանսի վերականգնման ռեսուրսներ: Հայրիշխանական և ազգայնական ուժերը շահագործում են մարդկանց պատերազմական տրամաբան վերահսկողությունը վերականգնելու համար: Կանայք վերածվում են զինվորների մայրերի, այլ ոչ թե ինքնորոշում ունեցող քաղաքացիների:

Այս իրավիճակում կարևոր է արձանագրել, որ աբորտը պետք է պաշտպանվի որպես կնոջ հիմնարար իրավունք, իսկ աբորտի հասանելիությունն առողջապահական ծառայություն է, այլ ոչ թե արտոնություն կամ պետության բարի կամքի դրսևորում: Այս տեսանկյունից այս Ձեկույցն անդրադառնում է աբորտի հասանելիությանը հայաստանյան կանանց շրջանում և ներկայացնում այն մարտահրավերները, որոնց բախվում են



կանայք աբորտի իրավունքն իրացնելիս: Մի իրավունքի, որի մասին շատ կանայք խուսափում են խոսել, պետությունը փորձում է ամեն կերպ ետ պահել այդ կանանց «սխալ որոշումից», իսկ հասարակությունն ամիթը բաց չի թողնում մատնանշելու, որ աբորտ անելը «հարիր չէ հայ կնոջը»: Բայց միևնույն ժամանակ աբորտը շարունակում է լինել շատ կանանց համար կենսական նշանակության բժշկական ծառայություն:

Կառուցվածքային առումով այս Ձեկույցը բաղկացած է երկու մասերից, առաջինն՝ աբորտի վերաբերյալ առկա օրենսդրության և պրակտիկայի վերլուծությունն է, որի համար հիմք է ծառայել ոչ միայն փաստաթղթերի ուսումնասիրությունն այլև «Կանանց ռեսուրսային կենտրոն» ՀԿ-ի մոտ 20 տարվա փորձառությունը կանանց հետ աշխատանքի, այդ թվում՝ աբորտի ծառայություններ ստանալիս նրանց ուղեկցելն ու ուղղորդելը: Ձեկույցի երկրորդ մասում ներկայացվում են առցանց հարցման արդյունքները, որն իրականացվել է վերջին 5 տարիներին աբորտի ծառայություններ ստացած կանանց հետ: Ձեկույցն ամփոփվում է օրենսդրական և այլ ոլորտներին վերաբերող առաջարկություններով:





შპს 1

ԱՌԿԱ ՕՐԵՆՍԴՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

Հայաստանում յուրաքանչյուր կին ունի հղիության արհեստական ընդհատման իրավունք՝ մինչև հղիության 11 շաբաթական 7 օրը: 12-22 շաբաթական հղիության շրջանում արհեստական ընդհատում կատարվում է բացառապես բժշկական կամ սոցիալական ցուցումների առկայության դեպքում¹: Բժշկական և սոցիալական ցուցումների ցանկը կարգավորվում է ՀՀ կառավարության N 180-Ն որոշմամբ: Հղիության արհեստական ընդհատման սոցիալական ցուցումներն են՝ հղիության ընթացքում ամուսնու մահը, կնոջ կամ ամուսնու՝ օրենքով սահմանված կարգով նշանակված պատիժն ազատագրկման վայրում կրելը, հղիության ընթացքում օրենքով սահմանված կարգով ամուսնալուծությունը և հղիությունը՝ բռնաբարության արդյունքում²:

Աբորտներին վերաբերող հիմնական դրույթները կարգավորվում են «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքի մասին» ՀՀ օրենքի հոդված 10-ով: Համաձայն նույն հոդվածի, բժիշկները աբորտից առաջ պարտավորվում են խորհրդատվություն տրամադրել հղիության արհեստական ընդհատման հնարավոր բացասական հետևանքների վերաբերյալ, իսկ աբորտից հետո՝ հակաբեղմնավորման անվտանգ մեթոդների վերաբերյալ: Կնոջ դիմումի հիման վրա իրականացվող աբորտների դեպքում բժիշկները պարտավոր են նաև տրամադրել կնոջը եռօրյա սպասելաժամանակ՝ հղիության ընդհատման վերաբերյալ վերջնական որոշում կայացնելու համար: Բժիշկների կողմից վերոնշյալ պայմանների չկատարումը առաջացնում է տուգանքի նշանակում համաձայն «Վարչական իրավախախտումների վերաբերյալ» ՀՀ օրենսգրքի³:

2024 թ. տեղի ունեցան օրենսդրական կարևոր փոփոխություններ, համաձայն որոնց դեղորայքային եղանակով հղիության արհեստական ընդհատումը մինչև 8 շաբաթական հղիության ժամկետում կարող է իրականացվել ոչ միայն հիվանդանոցային, այլ նաև արտահիվանդանոցային պայմաններում՝ մանկաբարձական և գինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման լիցենզիա ունեցող բժշկական կազմակերպություններում: Սա կարևոր առաջընթաց է դեղորայքային աբորտների հասանելիության խթանման ուղղությամբ: Վիրաբուժական եղանակով հղիության արհեստական ընդհատումը և 8-22 շաբաթական ժամկետում դեղորայքային եղանակով հղիության արհեստական ընդհատումն իրականացվում են միայն հիվանդանոցային պայմաններում՝ մանկաբարձական և գինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման լիցենզիա ունեցող բժշկական կազմակերպություններում:

¹ Տես, <https://www.arlis.am/hy/acts/195987>

² Տես, <https://www.arlis.am/hy/acts/204115>

³ Տես, <https://www.irtek.am/views/act.aspx?tid=188673>

Ընդհատումը մինչև 16 տարեկան անձի դիմումով կատարվում է նրա օրինական ներկայացուցչի, իսկ վերջինիս բացակայության դեպքում՝ նրա լիազորած կոնտակտային անձի գրավոր համաձայնությամբ, ընդ որում բուժհաստատության տնօրինությունը ձեռնարկում է միջոցներ՝ ապահովելու մինչև 16 տարեկան երեխայի՝ իր կարծիքն ազատ արտահայտելու և լսված լինելու իրավունքը, ինչպես նաև հաշվի առնում նրա կարծիքը՝ իր տարիքին և հասունության մակարդակին համապատասխան:

Հայաստանի Հանրապետության կառավարության որոշմամբ հաստատված են նաև հղիության արհեստական ընդհատման կարգն ու պայմանները⁴, ներառյալ՝

1. ընդհատման հակացուցումները և անհրաժեշտ հետազոտությունների ցանկը.
2. ընդհատման բժշկական և սոցիալական ցուցումների ցանկը.
3. մինչև 11 շաբաթ 7 օրը կամ սոցիալական ցուցումով ընդհատման համար հղի կնոջ կողմից ներկայացվող գրավոր դիմումի ձևը.
4. բժշկական ցուցումներից ելնելով՝ ընդհատման համար հղի կնոջ կամ նրա օրինական ներկայացուցչի, իսկ վերջինիս բացակայության դեպքում՝ նրա լիազորած կոնտակտային անձի կողմից ներկայացվող գրավոր համաձայնության ձևը.
5. մինչև 16 տարեկան անձի հղիության ընդհատման համար նրա ծնողների կամ այլ օրինական ներկայացուցչի, իսկ վերջինիս բացակայության դեպքում՝ նրա լիազորած կոնտակտային անձի տված գրավոր համաձայնության ձևը:

ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ՎԻՃԱԿԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

Կնոջ ցանկությամբ հղիության արհեստական ընդհատումն առաջին անգամ խորհրդային Միությունում օրենքի ուժ է ստացել 1920 թվականին: Այդ օրենքը պատմության մեջ հղիության արհեստական ընդհատումը թույլատրող առաջին օրենքն էր: Սակայն 1936 թվականին հղիության արհեստական ընդհատումները խորհրդային Միությունում արգելվել են՝ պայմանավորված բնակչության աճի խթանմանն ուղղված քաղաքականությամբ: Այս շրջանում, երբ աբորտներն արգելված էին, կանայք ընդհատում էին հղիությունը

⁴ Stu, <https://www.arlis.am/hy/acts/204115>

կախիչների, գործելու շուղերի, հոգևանների և այլ անապահով միջոցների կիրառմամբ, ինչի արդյունքում կանայք մահանում էին արյունահոսությունից: Կանանց անապահով աբորտների և մահացության բարձր թվերի պատճառով 1955 թվականից Խորհրդային Միության հանրապետություններում, այդ թվում՝ Հայաստանում, կրկին թույլատրվել է կնոջ ցանկությամբ հղիության արհեստական ընդհատումը (մինչև 12 շաբաթական հղիության դեպքում):

2000 - ականների վերջից սկսած, հակաաբորտային ուժերը պարբերաբար փորձել են սահմանափակել աբորտի հասանելիությունը, օրինակ՝ ներկայացնելով «չծնված երեխայի» պաշտպանության հայեցակարգը, որը լայն տարածում ունի ԱՄՆ-ում և եվրոպական երկրներում, կամ արգելելով աբորտը կնոջ ցանկությամբ, սակայն դրանք չեն ազդել աբորտի թույլատրելի ժամկետների վրա: Չնայած նրան, որ կնոջ ցանկությամբ աբորտը օրինական է Հայաստանում, տարբեր պատմույթներ այնուամենայնիվ ազդում են աբորտի ծառայությունների հասանելիության վրա, ինչպես օրինակ տղայի նախապատվությամբ աբորտների իրավիճակը նպաստեց 2016թ. եռօրյա պարտադիր սպասելաժամանակի պահանջի ներդրմանը օրենքում: Մինչդեռ այս կարգավորումը ոչ մի էական նշանակություն չունի տղայի նախապատվությամբ աբորտների վիճակագրության վրա, այլ ընդհակառակը՝ նպաստում է օրինական աբորտի հասանելիության լուրջ խոչընդոտի: «Կանանց ռեսուրսային կենտրոն» ՀԿ-ի փորձը կանանց վերարտադրողական առողջության հարցերով աջակցության շրջանակներում վկայում է, որ եռօրյա սպասելաժամանակի արդյունքում կանայք չեն վերադառնում երեք օր անց բժշկական հաստատություն և իրականացնում են անապահով եղանակով աբորտ:

Հայաստանում տղայի նախապատվությամբ աբորտների վիճակագրությունը մարտահրավեր է անվտանգ աբորտի հասանելիության տեսանկյունից. պաշտոնական վիճակագրական տվյալների համաձայն՝ 1993 թ.-ից սկսած Հայաստանում նորածինների սեռերի հարաբերակցությունը կազմել է միջինը 120 տղա՝ 100 աղջկա դիմաց: Ընդ որում, այս ցուցանիշը տարիների ընթացքում չնայած նվազել է, սակայն դեռ շարունակում է չհամապատասխանել կենսաբանորեն ընդունված նորմալ հարաբերակցությանը՝ 102–106 տղա՝ 100 աղջկա դիմաց: Իրավիճակին արձագանքելու հիմնական պատմույթը կենտրոնացած է աբորտի հասանելիությունը սահմանափակելու, այլ ոչ թե արձագանքելու երկրում արմատացած գենդերային կարծրատիպերին ու խտրականությանը: Սեռով պայմանավորված աբորտի դեմ պայքարողները հաճախ թիրախավորում են աբորտի հասանելիության հարցը և ոչ թե անդրադառնում գենդերային կարծրատիպերին⁵:

⁵ «Պրոլայֆ»-ը առողջապահական ՀԿ է, որի նպատակը հատկապես սեռով պայմանավորված աբորտների կանխարգելումն է, ասվում է կազմակերպության ֆեյսբուքյան էջում, սակայն կազմակերպության ամբողջ

Ըստ «Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտություն 2015-2016 թվականներ»-ի⁶ տվյալների՝ Հայաստանում 49 - 15 տարեկան չորս կանանցից մեկը երբևէ կատարել է աբորտ: Աբորտների հավանականությունը աճում է տարիքին և կենդանի երեխաների թվաքանակի աճին զուգընթաց: Կանայք Սյունիքում ամենաքիչն են հակված աբորտ կատարելուն (9%), մինչդեռ կանայք Գեղարքունիքում և Արմավիրում՝ ամենաշատը (35-ական %): Երբևէ աբորտ կատարած կանանց գրեթե կեսը (47%) կատարել է երկուսից երեք աբորտ, իսկ 39%՝ մեկ:

Համաձայն Առողջապահության նախարարությանն ուղարկված հարցման տվյալների՝ 2023թ. մինչև 12 շաբաթական ժամկետում վիրահատական եղանակով իրականացված հղիության արհեստական ընդհատումների թիվը կազմել է 8016, դեղորայքայինը՝ 1543: 2024 թ.-ին մինչև 12 շաբաթական ժամկետում վիրահատական եղանակով իրականացված հղիության արհեստական ընդհատումների թիվը կազմել է 7981, դեղորայքայինը՝ 1820: Հարկ է սակայն ընդգծել, որ սրանք բժշկական հաստատություններից կողմից գրանցված թվերն են: 2022-ին հրապարակված, ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի կողմից ֆինանսավորված «Անպտղության տարածվածությունը Հայաստանի Հանրապետության բնակչության շրջանում» քանակական հետազոտության⁷ տվյալների համաձայն Հայաստանում յուրաքանչյուր 4-րդ հղիություն ավարտվում է արհեստական ընդհատմամբ:

ԾՆԵԼԻՈՒԹՅԱՆ ԽԹԱՆՄԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ՔԱՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ԱԲՈՐՏԸ

Հայաստանում վերջին տարիներին նկատվում է ծնելիության խթանման ուղղությամբ պետական քաղաքականության ակտիվացում: Ժողովրդագրական ցուցանիշների նվազումը, արտագաղթը և բնակչության ծերացումը նպաստում են, որ կառավարությունը որդեգրի «պրոնատալիստական» ծնելիությունը խրախուսող մոտեցումներ: Դրանք ներառում են ֆինանսական աջակցություն նորածին ունեցող ընտանիքներին և մայրության նպաստների ավելացում, սակայն էական աջակցությունը սկսում է գործել միայն երրորդ երեխայի ծննդյան դեպքում: Մինևույն ժամանակ,

պատմույթը կենտրոնացած է հակաաբորտային տեղեկատվության վրա <https://www.facebook.com/ProLifeArm>

⁶ Վերջին իրականացված ուսումնասիրությունը: Տես՝ <https://armstat.am/file/article/adhs-himnakan-2015-armenian.pdf>

⁷ Տես, https://armenia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/anptghowtyown_hashvetvowtyown_unfpa_final_04.05.pdf



հանրային դիսկուրսում բարձրաձայնվում են նաև հղիության արհեստական ընդհատման սահմանափակման մասին մտքեր՝ իբրև ծնելիության խթանման միջոց: Ավելին՝ ընտանիքի պլանավորման ժամանակակից մեթոդները ևս չեն ստանում պետական ֆինանսավորում, մինչդեռ դրան զուգահեռ, վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաները խթանող ծրագրերը լայնորեն ֆինանսավորվում են:

Տարբեր երկրների փորձը ցույց է տալիս, որ ծնելիության բարձրացմանը նպաստելու համար աբորտի արգելքն ու սահմանափակումներն արդյունավետ միջոց չեն: Օրինակ՝ Լեհաստանը ունի Եվրոպայում ամենախիստ աբորտի օրենսդրություններից, սակայն այդ սահմանափակումները չեն հանգեցրել ծնելիության թվի աճին: Լեհաստանում ծնելիության մակարդակը մնում է ցածր՝ 2024թ. գրանցելով 1.1 ցուցանիշ⁸, ինչը ապացուցում է, որ աբորտի սահմանափակման և ծնելիության բարձրացման միջև կապ գոյություն չունի:

Կարևոր է արձանագրել, որ ծնելիության խթանումը պետք է հիմնված լինի ոչ թե հարկադրանքի, այլ յուրաքանչյուր երեխայի համար աջակցող միջավայրի վրա :

ԵՌՕՐՅԱ ՊԱՐՏԱԴԻՐ ՍՊԱՍԵԼԱԺԱՄԱՆԱԿԸ ԵՎ ԿԱՆԽԱԿԱԼ ԽՈՐՀՐԴԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆԸ

Աբորտները կարգավորող ՀՀ օրենսդրության ուսումնասիրությունը վկայում է, որ «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքի մասին» ՀՀ օրենքում կան դրույթներ, որոնք հանդիսանում են մարդու իրավունքների տեսանկյունից հետընթացներ: Դրանց թվին է դասվում եռօրյա պարտադիր սպասելաժամանակը և խորհրդատվությունը՝ աբորտի ծառայությունների դիմած կանանց համար:

Գործնականում, սպասման պարտադիր ժամկետները չունեն բժշկական ոչ մի հիմք, դրանք հանգեցնում են բուժօգնության տրամադրման ուշացմանը և կարող են ստեղծել հոգեբանական ճնշում կանանց համար: 2022թ. վերջի դրությամբ Եվրոպայի 14 երկրներում դեռևս գործում էին հղիության արհեստական ընդհատման համար պարտադիր սպասման ժամկետներ, որոնք սովորաբար տևում են 2-ից 7 օր: Այդպիսի երկրներ են Գերմանիան (3 օր), Իտալիան (7 օր), Բելգիան (6 օր), Լյուքսեմբուրգը (3 օր), Յունգարիան (3 օր), Սլովակիան (48 ժամ), Պորտուգալիան (3 օր), Ալբանիան (3 օր),

⁸ <https://notesfrompoland.com/2025/06/02/polands-fertility-rate-fell-to-new-low-in-2024/>



Վրաստանը (5 օր), Հայաստանը (3 օր), Լատվիան (72 ժամ), Ռուսաստանը (48 ժամ), ինչպես նաև մինչև վերջերս՝ Իսպանիան (3 օր) և Իռլանդիան (3 օր): Իսպանիայում սպասման ժամկետը պաշտոնապես հանվել է 2023 թ.-ին, Նիդեռլանդների 5 օրյա սպասման պահանջը նույնպես հանվել է 2023 թ.-ին:

Այս պահանջը կիրառվում է բոլոր կանանց համար, որոնք ցանկանում են ընդհատել անցանկալի հղիությունը՝ անկախ նրանից, թե որքան գիտակցված կամ վերջնական է նրանց որոշումը:

Նմանատիպ իրավիճակ է նաև Հայաստանում, կանայք ստիպված են սպասել երեք օր նախքան բժշկական օգնություն ստանալը, ընդ որում՝ կնոջ ցանկությունն, առ այն, որ որոշումը վերջնական է, կամ կինն ունի ֆինանսական խոչընդոտներ գյուղից մարզկենտրոն բազմաթիվ անգամներ գալու համար, ոչ մի էական նշանակություն չունեն:

2022 թվականի «Աբորտի խնամքի ուղեցույցում»⁹ ԱՀԿ-ն նշում է, որ ուսումնասիրությունների համաձայն՝ «պարտադիր սպասման ժամկետները հետաձգում են աբորտի հասանելիությունը, երբեմն այնքան, որ դա սահմանափակում է կանանց՝ աբորտ ստանալու կամ աբորտի որոշակի մեթոդ ընտրելու հնարավորությունը»: ԱՀԿ-ն արձանագրել է, որ պարտադիր սպասման ժամկետները որևէ կերպով չեն օգնում կանանց: Դրանք «նվաստացնում են կանանց՝ կասկածի տակ դնելով վերջիններիս՝ որոշում կայացնելու ունակությունը»:

ԱՀԿ-ն նաև ընդգծել է, որ «պարտադիր սպասման ժամկետները ավելացնում են աբորտի ծախսերը և կարող են այն անհասանելի դարձնել, ինչը հանգեցնում է անցանկալի հղիության շարունակմանը, հատկապես այն կանանց համար, որոնք ունեն քիչ ռեսուրսներ (երիտասարդ կանանց, ռասայական կամ էթնիկ փոքրամասնությունների ներկայացուցիչների), կամ ստիպված են հեռավոր ճանապարհորդություն կատարել աբորտի դիմելու համար...: Որոշ կանանց համար պարտադիր սպասման ժամկետը առաջացնում է կազմակերպչական և տնտեսական դժվարությունները, օրինակ՝ աշխատավայրից կամ ուսումնական հաստատությունից ազատ ժամանակ վերցնելու անհրաժեշտությունը, լրացուցիչ ճանապարհորդություն կամ երեխայի խնամք ապահովելու խնդիրները, իրենց կամքին հակառակ պատմել իրենց հղիության մասին¹⁰ (այլ անձանց, որպեսզի կարողանան լրացուցիչ ճանապարհորդությունը կազմակերպել)»:

Մարդու իրավունքների միջազգային մարմիններն իրենց ընդհանուր

⁹ WHO, Abortion care guideline (2022), p. 22.

¹⁰ Մինչդեռ մարդու իրավունքների միջազգային չափորոշիչները պահանջում են, որ սեռական և վերարտադրողական առողջության ծառայությունները տրամադրվեն գաղտնիության և անձնական տվյալների պաշտպանության պայմաններում



դիտարկումներում բազմիցս անդրադարձել են հղիության արհեստական ընդհատման դեպքում կիրառվող պարտադիր սպասելաժամանակների խնդրային լինելուն, արձանագրելով, որ այսպիսի սահմանափակումները խախտում են կանանց առողջության և ինքնավարության իրավունքը և ամրապնդում գենդերային կարծրատիպերը¹¹:

Կանանց նկատմամբ խտրականության բոլոր ձևերի վերացման կոմիտեն, Տնտեսական, սոցիալական, մշակութային իրավունքների մասին դաշնագրի կոմիտեն, Եվրոպական միության մարդու իրավունքների հանձնակատարը և այլ միջազգային իրավապաշտպան կառույցներ պարտադիր սպասելաժամանակները դիտարկել են խոչընդոտ ապահով աբորտի իրավունքի իրացման համար և առաջարկել անդամ պետություններին վերացնել դրանք¹²:

ՄԱԿ-ի Մարդու իրավունքների կոմիտեն «Քաղաքացիական և քաղաքական իրավունքների մասին» միջազգային դաշնագրի շրջանակներում 2021 թվականի նոյեմբերի 25-ի Հայաստանին վերաբերող եզրափակիչ դիտարկումներում¹³ Հայաստանին առաջարկել է վերարտադրողական առողջության մասին օրենքից բացառել պարտադիր խորհրդատվությունը և եռօրյա սպասելաժամանակը:

Օրենսդրության խնդրային դրույթներից է նաև կանխակալ խորհրդատվությունը: Համաձայն ՀՀ օրենսդրության՝ ընդհատման բժշկական միջամտությունն իրականացնելուց անմիջապես առաջ բժիշկը

¹¹ Տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների մասին միջազգային դաշնագրի 12-րդ հոդվածի վերաբերյալ ՄԱԿ-ի Տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների կոմիտեի ընդհանուր մեկնաբանություն թիվ 22 (2016 թ.) սեռական և վերարտադրողական առողջության իրավունքի վերաբերյալ, պարբերություն 41, E/C/12/GC/22 (2016); Կանանց նկատմամբ խտրականության վերացման կոմիտեի (CEDAW) ընդհանուր առաջարկություն թիվ 34 (2016 թ.) գյուղաբնակ կանանց իրավունքների վերաբերյալ, պարբերություններ 38, 39(c), CEDAW/C/GC/34 (2016); Եվրոպայի խորհրդի մարդու իրավունքների հանձնակատար, «Կանանց սեռական և վերարտադրողական առողջությունը և իրավունքները Եվրոպայում» (2017), վերլուծական զեկույց; «Սեռական և վերարտադրողական առողջությունն ու իրավունքները Եվրոպայում. առաջընթաց և մարտահրավերներ» (2024), էջեր 15-17:

¹² Կանանց նկատմամբ խտրականության վերացման կոմիտե (CEDAW), ընդհանուր առաջարկություն թիվ 28՝ Կոնվենցիայի 2-րդ հոդվածով պետությունների հիմնական պարտավորությունների վերաբերյալ, CEDAW/C/GC/28 (2010), պարբերություն; CEDAW, եզրափակիչ դիտարկումներ Իտալիա, CEDAW/C/ITA/CO/8 (2024), պարբերություն 42(c); Գերմանիա, CEDAW/C/DEU/CO/9 (2023), պարբերություն 46(d); Սլովակիա, CEDAW/C/SVK/CO/7 (2023), պարբերություն 37(c); Ուրուգվայ, CEDAW/C/URY/CO/10 (2023), պարբերություն 36(c); Գերմանիա, CEDAW/C/DEU/CO/7-8 (2017), պարբերություններ 37(b), 38(b); Ռուսաստանի Դաշնություն, CEDAW/C/RUS/CO/8 (2015), պարբերություններ 35(b), 36(a); Սլովակիա, CEDAW/C/SVK/CO/5-6 (2015), պարբերություններ 30(c), 31(c); Հունգարիա, CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013), պարբերություններ 30, 31(c); Մարդու իրավունքների կոմիտե, եզրափակիչ դիտարկումներ Իռլանդիա, CCPR/C/IRL/CO/5 (2023), պարբերություն 26(b); Գերմանիա, CCPR/C/DEU/CO/7 (2021), պարբերություն 19:

¹³ https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2FC%2FARM%2FCO%2F3&Lang=en

պարտավոր է կնոջը ընդհատման հնարավոր բացասական հետևանքների վերաբերյալ տրամադրել անվճար խորհրդատվություն: Կարևոր է արձանագրել, որ աբորտից առաջ մատուցվող խորհրդատվությունը պետք է լինի չեզոք և հարգի կնոջ ինքնորոշումը, ազատ որոշումների կայացումը և գաղտնիությունը, նույն ԱՀԿ-ն խորհուրդ է տալիս, որ «...խորհրդատվությունը պետք է լինի ոչ կողմնակալ, փաստերի վրա հիմնված, գաղտնի և աջակցող, ապահովելով, որ կանայք կարողանան կայացնել տեղեկացված և ազատ որոշում: Այն երբեք չպետք է լինի նախապայման աբորտի ծառայությունները ստանալիս»¹⁴: Մարդու իրավունքների տեսանկյունից, պարտադիր կողմնակալ խորհրդատվությունը խախտում է ճշգրիտ տեղեկատվության հասանելիության իրավունքը: ՄԱԿ-ի Առողջության իրավունքի հարցերով հատուկ գեկուցողը քննադատել է աբորտի ծառայություններում իրականացվող «տեղեկատվական մանիպուլյացիաները»՝ դրանք համարելով տեղեկացված համաձայնության սկզբունքի ոտնահարում¹⁵:

ԱՐՈՐՏԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱՐԺԵՔԸ

Աբորտի ծառայությունների արժեքը լուրջ մարտահրավեր է աբորտի հասանելիության տեսանկյունից: Հայաստանում կնոջ ցանկությամբ հղիության ընդհատման դեպքում աբորտի ծառայությունների համար գործում է վճար, որը սակայն տատանվում է մեկ բժշկական հաստատությունից՝ մյուսը: Բժշկասոցիալական ցուցումների դեպքում աբորտի ծառայություններն անվճար են: Կնոջ ցանկությամբ աբորտի ծառայություններն անվճար են նաև, եթե կինը հանդիսանում է պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունք ունեցող՝ բնակչության սոցիալապես անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբի ներկայացուցիչ¹⁶: Տարբեր բժշկական հաստատություններից ստացված գնային հարցումների վերլուծությունը վկայում է, որ վիրահատական եղանակով աբորտի ծառայություններն, առանց ընդհանուր անզգայացման և սոնոգրաֆիայի ծառայության արժե 30.000 - 80.000 դրամ¹⁷, իսկ դեղորայքային եղանակով աբորտի ծառայությունները, ներառյալ դեղորայքը, սակայն առանց սոնոգրաֆիայի ծառայության՝ 30.000-50.000 դրամ: Աբորտի հասանելիության

¹⁴ WHO, Abortion care guideline (2022), p. 12.

¹⁵ Տես, <https://reproductiverights.org/the-un-speaks-out-women-must-have-the-right-to-health-the-right-to-decide/#:~:text=%E2%80%9Cyou%20want%20to%20realize,women%20from%20abusive%2C%20unjust%20laws.>

¹⁶ Տես խմբերի ցանկը <https://www.arlis.am/hy/acts/203003>

¹⁷ Այս տեղեկատվությունը ստացվել է Երևանի և մարզերի բժշկական կենտրոններից ստացված հեռախոսազանգերի արդյունքում:

տեսանկյունից՝ կարևոր է երաշխավորել աբորտի ծառայությունների մատչելի գնային քաղաքականությունը:

2013 թվականից Ֆրանսիայի կառավարությունը ազգային առողջապահական ապահովագրության համակարգի միջոցով ամբողջությամբ փոխհատուցում է հղիության արհեստական ընդհատման ծախսերը՝ այն դարձնելով անվճար բոլոր կանանց համար: Այս քաղաքականության նպատակն է վերացնել ֆինանսական խոչընդոտները և ապահովել հավասար հասանելիություն ծառայություններին: Նույն կերպ՝ Շվեդիան և Նորվեգիան ապահովում են աբորտի ծառայություններն անվճար կամ նվազագույն վճարով հասանելիություն՝ իրենց համընդհանուր առողջապահական համակարգերի շրջանակում:

Մարդու իրավունքների միջազգային չափորոշիչները մատչելի աբորտի հասանելիությունը դիտարկում են որպես առողջապահական իրավունքի մաս: ԱՅԿ-ն աբորտի ծառայությունները ներառել է համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի ներքո ընդգրկված անհրաժեշտ առողջապահական ծառայությունների ցանկում, ինչը նշանակում է, որ դրանք պետք է հասանելի և ֆինանսապես մատչելի լինեն բոլորի համար, ովքեր դրանց կարիք ունեն¹⁸:

ԱՅԿ-ն ընդգծում է, որ բարձր վճարը հանդիսանում է էական խոչընդոտ՝ հաճախ հանգեցնելով բուժօգնության ուշացման կամ կանանց ստիպելով դիմել անապահով այլընտրանքների: ԱՅԿ-ի 2022 թ. Աբորտի խնամքի ուղեցույցում առաջարկվում է, որ երկրները վերացնեն տնտեսական խոչընդոտները և ապահովեն, որ ֆինանսական դժվարությունները չխանգարեն կանանց ժամանակին ստանալ անվտանգ աբորտ¹⁹:

Կանանց նկատմամբ խտրականության բոլոր ձևերի վերացման կոմիտեն բազմաթիվ երկրների զեկույցներում հորդորել է պետություններին աբորտի ծառայությունները ներառել պետական առողջապահական ապահովագրության կամ պետական ֆինանսավորմամբ ծառայությունների շրջանակում՝ ընդգծելով, որ աղքատ կանայք և մարգինալացված խմբերը (օրինակ՝ դեռահաս աղջիկները) չպետք է զրկվեն բժշկական օգնությունից միայն այն պատճառով, որ չեն կարող վճարել դրա համար²⁰:

Աբորտի ծառայությունների արժեքի շրջանակներում մեկ այլ խնդրային հարց է

¹⁸ *Stu*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion#:~:text=pregnancies%2C%20end%20in%20induced%20abortion,1>

¹⁹ *Stu*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion#:~:text=Barriers%20to%20accessing%20safe%20and,that%20can%20provide%20abortion%20services>

²⁰ *Stu*, <https://reproductiverights.org/the-cedaw-committee-urges-states-to-protect-and-promote-sexual-and-reproductive-rights/#:~:text=ensure%20access%20to%20the%20full,Costa%20Rica:>

անզգայացումը, որը Հայաստանում ներառված չէ աբորտի ծառայությունների ընդհանուր վճարում: Համաձայն «Հղիության արհեստական ընդհատման դեպքում համապարփակ բուժօգնության ու խնամքի կազմակերպման և տրամադրման կլինիկական ուղեցույցի»՝ աբորտի վիրահատական եղանակը՝ ասպիրացիան, կարող է իրականացվել ընդհանուր կամ տեղային ցավազրկման տակ²¹:

Հայաստանում կանայք կարող են օգտվել տեղային անզգայացումից և հրաժարվում ընդհանուրից, որպեսզի չվճարեն հավելյալ գումար անզգայացման համար, ինչպես նաև ավելի շուտ վերականգնվեն²² և վերադառնան իրենց ընտանիք: Ընդհանուր անզգայացման համար առանձին վճար պահանջելը անհամաչափորեն է ազդում քիչ ֆինանսական ռեսուրսներ ունեցող կանանց վրա: Կանայք, ովքեր չեն կարող վճարել հավելյալ գումար, հաճախ ստիպված են լինում աբորտ կատարել առանց բավարար ցավազրկման կամ հետաձգում են ընթացակարգը գումար խնայելու նպատակով, ինչը մեծացնում է առողջական ռիսկերը: Ընդհանուր ցավազրկման համար հավելյալ վճարի պահանջը ստեղծում է ֆինանսական խոչընդոտ, որը ձևավորում է անուղղակի խտրականություն աբորտի կարիք ունեցող կանանց նկատմամբ:

ԱԲՈՐՏԻ ԽԱՐԱՆԸ և ԱԲՈՐՏԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՏՈՒՑՄԱՆ ՄԵՐԺՈՒՄ

Աբորտի խարանը հասարակությունում կամ առանձին հաստատություններում, աբորտի վերաբերյալ բացասական վերաբերմունքն է և կարծրատիպերը: Դրանք կարող են հանգեցնել աբորտ կատարած կամ դա իրականացնել պատրաստվող կանանց խտրականացման:

Տարբեր երկրներում աբորտի խարանը խորապես արմատացած է և հանդիսանում է լուրջ խոչընդոտ աբորտի իրավունքի լիարժեք իրացման համար:

²¹ Sbu, https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=f3182c585d&attid=0.1&permmsgid=msg-ar7344604157437687448&th=17e9068551d4cf26&view=att&realattid=f_kysudab30&zw&disp=inline&showSameMailAttachmentToast=true&acrobatPromotionSource=gmail_chrome-list

²² «Կանանց ռեսուրսային կենտրոն» ՀԿ-ի փորձը կանանց հետ աշխատելիս վկայում է, որ կանայք չեն օգտվում ընդհանուր անզգայացումից, քանի որ չեն ցանկանում հավելյալ վճարել և/կամ ավելի երկար ժամանակ անցկացնել հիվանդանոցում:



խարանը դրսևորվում է տարբեր ձևերով՝ հասարակական պարսավանքից և կրոնական կամ բարոյական ճնշումներից մինչև առողջապահական համակարգում բժիշկների կողմից կողմնակալ վերաբերմունքի, ծառայությունների սահմանափակ մատչելիություն կամ բժշկական մասնագետների հրաժարում աբորտի կատարումի՝ անձնական համոզմունքների պատճառով: Այս ամենը ստեղծում է ամոթի և դատապարտման մթնոլորտ, որը խանգարում է կանանց ազատ և արժանապատիվ կերպով իրականացնել իրենց վերարտադրողական իրավունքները: Հայաստանում աբորտի խարանը բժիշկների շրջանում տարածված է, շատ բժիշկներ նախաաբորտային խորհրդատվության ժամանակ կարող են ամոթանք տալ կնոջը, մեղադրել «մարդասպանության մեջ»: Եղել են դեպքեր, երբ բժիշկները կանանց ներկայությամբ խոսել են կրոնական նորմերից և հրաժարվել մատուցել ծառայություններ՝ նույն կրոնական նորմերից ելնելով²³: Չնայած Հաստատում իրավական նորմերով բժիշկները չեն կարող հրաժարվել ծառայություններ մատուցելուց՝ կրոնական կամ բարոյական դրդապատճառներից ելնելով, սակայն միևնույն է ՀՀ գրեթե բոլոր բժշկական հաստատություններում կան բժիշկներ, որոնք հրաժարվում են մատուցել աբորտի ծառայություններ²⁴ անձնական դրդապատճառներից ելնելով:

Միջազգային իրավունքը հստակեցնում է, որ չնայած մտքի և կրոնի ազատությունը պաշտպանված է (Մարդու իրավունքների մասին եվրոպական կոնվենցիայի 9-րդ հոդված), այն բացարձակ չէ բժշկական օգնություն մատուցելու համատեքստում: Մարդու իրավունքների եվրոպական դատարանը որոշել է, որ պետություններն ունեն դրական պարտավորություն կազմակերպելու իրենց առողջապահական համակարգը այնպես, որ բժիշկների կողմից խղճի ազատության ցանկացած դրսևորում չխանգարի բուժառնությունն ստանալ այն ծառայությունները, որոնց նրանք օրենքով իրավունք ունեն²⁵: Ռ. Ռ. ընդդեմ Լեհաստանի (2011) գործում, որը վերաբերում էր մի կնոջ, ում մերժվել էին օրինական աբորտի հասանելիությունը՝ բժիշկների անձնական դրդապատճառներից ելնելով, ՄԻԵԴ-ը որոշել է. «Պետությունները պարտավոր են կազմակերպել առողջապահական համակարգն այնպես, որ ապահովվի, որ բուժաշխատողների կողմից խղճի ազատության արդյունավետ իրականացումը... չի խանգարում բուժառնությունն ստանալ այն ծառայությունները, որոնց կարիքը նրանք ունեն և որոնց համար իրավունք ունեն²⁶»: Այս և այլ նմանատիպ գործերը ընդգծում են, որ

²³ «Կանանց ռեսուրսային կենտրոն» ՀԿ-ի կողմից աջակցություն ստացած կնոջ պատմությունից:

²⁴ «Կանանց ռեսուրսային կենտրոն» ՀԿ-ի մանկաբարձ-գինեկոլոգների հետ աշխատանքի փորձառությունից:

²⁵ *Stu, R.R. v. Poland: health rights under Art. 8 ECHR - Strasbourg Observers*

²⁶ Նույն տեղում:

բուժառուների իրավունքները, հատկապես այնպիսի զգայուն, տագնապալի իրավիճակներում, ինչպիսին է անցանկալի հղիությունը, պետք է գերակա լինեն բուժաշխատողների անհատական համոզմունքներից: Դա նաև վերահաստատվեց ՄԻԵԴ մեկ այլ գործով, Գրիմմարկը և Ստիենը ընդդեմ Շվեդիայի (2020) գործում, դատարանը մերժեց երկու բուժքույրերի հայցը, որը վերաբերում էր նրանց՝ աշխատանքի ընդունելուց հրաժարվելուն, քանի որ նրանք չէին մատուցում աբորտի ծառայություններ և դիտարկում էին դա՝ որպես նրանց կրոնական ազատության խախտում: Դատարանը 9-րդ հոդվածի խախտում չի հայտնաբերել և Շվեդիայի կողմից աշխատակիցներից պահանջելը կատարել բոլոր պարտականությունները, ներառյալ՝ աբորտ, ճանաչել է արդարացի է և համաչափ²⁷:

ՄԱԿ-ի մարմինները ևս վերահաստատում են այս դիրքորոշումը: Կանանց նկատմամբ խտրականության վերացման կոմիտեի 24-րդ ընդհանուր առաջարկությունը (1999) հրահանգում է, որ պետությունները չպետք է սահմանափակեն կանանց՝ հասանելիությունը առողջապահական ծառայություններին բուժաշխատողների կողմից անձնական խղճի հիմքով: Եթե բուժաշխատողներն, այնուամենայնիվ հրաժարվում են մատուցել ծառայություններ, պետությունները պետք է ապահովեն, որ ուղորդումները և այլընտրանքային ծառայությունները լինեն հասանելի, որպեսզի կանայք չտուժեն:

ԱՆՉԱՓԱՅԱՍՆԵՐԻ ՀԱՍԱՆԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆ ԱԲՈՐՏԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻՆ

Հայաստանում հղիության արհեստական ընդհատումը մինչև 16 տարեկան անձի դիմումով կատարվում է նրա օրինական ներկայացուցչի, իսկ վերջինիս բացակայության դեպքում՝ նրա լիազորած կոնտակտային անձի գրավոր համաձայնությամբ, ընդ որում բուժհաստատության տնօրինությունը ձեռնարկում է միջոցներ՝ ապահովելու մինչև 16 տարեկան երեխայի՝ իր կարծիքն ազատ արտահայտելու և լաված լինելու իրավունքը, ինչպես նաև հաշվի առնում նրա կարծիքը՝ իր տարիքին և հասունության մակարդակին համապատասխան:

Առաջին հայացքից, ծնողական համաձայնության պահանջը կարող է դիտարկվել որպես անչափահասների իրավունքների պաշտպանության

²⁷ *Stu, Grimmack v. Sweden and Steen v. Sweden: no right for healthcare professionals to refuse to participate in abortion services, and framing strategies by anti-abortion actors.* - Strasbourg Observers



մեխանիզմ, սակայն պրակտիկայում այն խոչընդոտում է առողջապահական ծառայությունների հասանելիությունը և խաթարում մարդու իրավունքները²⁸:

Ծնողական համաձայնության պահանջը հետաձգում կամ խոչընդոտում է անչափահասների կողմից աբորտի հասանելիությունը: 14 ուսումնասիրությունների համադրությունը ցույց է տվել, որ այս օրենքները խոչընդոտում են աբորտի հասանելիությունը և մեծացնում դեռահասների շրջանում ծնելիության մակարդակը՝ առանց նվազեցնելու անցանկալի հղիությունների թիվը²⁹:

Միջազգային կազմակերպությունները դատապարտել են երրորդ կողմի թույլտվության պահանջը աբորտի ծառայությունների դիմելիս: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը նշում է, որ աբորտի վերաբերյալ ազգային օրենքները պետք է պաշտպանեն «տեղեկացված և կամավոր որոշումների կայացումը» և նշում է, որ երրորդ կողմի թույլտվությունը խոչընդոտում է դեռահասների հասանելիությունը և մեծացնում է անապահով աբորտների թիվը³⁰: ԱՀԿ-ն կոչ է անում պետություններին ստեղծել նպաստավոր միջավայր, որտեղ դեռահասները կարող են օգտվել անվտանգ և օրինական աբորտի ծառայություններից և հակաբեղմնավորիչների վերաբերյալ համապարփակ տեղեկատվությունից³¹: ՄԱԿ-ի Առողջության իրավունքի հարցերով հատուկ գեկուցողը նույնպես ընդգծում է, որ ծնողական համաձայնության պահանջը դեռահասներին խանգարում է դիմել ծառայությունների, քանի որ վերջիններս վախենում են խարանից և բռնությունից³²: Ծնողական համաձայնության պահանջը խաթարում է անչափահասների ինքնավարությունը: Բրիտանական բժշկական ասոցիացիան բացատրում է, որ ցանկացած անչափահաս, անկախ տարիքից, կարող է համաձայնություն տալ բժշկական միջամտությանը, եթե հասկանում է դրա բնույթը և հետևանքները³³:

Վերարտադրողական իրավունքների կենտրոնի համեմատական վերլուծության մեջ նշվում է, որ 41 եվրոպական երկրներ թույլատրում են աբորտը ցանկությամբ կամ լայն սոցիալական հիմքերով: Շատ երկրներ վերացրել են ծնողական համաձայնության պահանջը ներքին օրենսդրություններից³⁴:

²⁸ Stu, <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adolescents-need-and-use-abortion-services-developing-countries>

²⁹ Stu, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10591342/#:~:text=14%20studies%20across%20five%20sub,contribute%20to%20continuation%20of%20pregnancy>

³⁰ Stu, <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/law-and-policy-guide-adolescents/#:~:text=In%20Safe%20Abortion%3A%20Technical%20and,the%20WHO%20urges%20States%20to>

³¹ Stu, նույն տեղում:

³² Stu, նույն տեղում:

³³ Stu, <https://www.bma.org.uk/media/eckhdfvf/the-law-and-ethics-of-abortion-guidance.pdf#:~:text=Competent%20minors%20Any%20young%20person%2C,56>

³⁴ Stu, https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2022/06/15381_CRR_Europe_V8.pdf

ԳԱՂՏՆԻ ՈՒ ՄԵԿՈՒՄԻ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԻ ԱՊԱՅՈՎՈՒՄԸ ԱԲՈՐՏԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՍՏԱՆԱԼԻՍ

Գաղտնի ու մեկուսի պայմանների ապահովումը աբորտի ծառայություններ ստանալիս բուժառուների երաշխավորված իրավունքներից է: Համաձայն «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքի մասին» օրենքի հոդված 4-ի համաձայն՝ յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի ստանալ բժշկական խորհրդատվություն և ծառայություններ սեռական և վերարտադրողական առողջության հարցերի շուրջ՝ մեկուսի ու գաղտնի պայմաններում: Հայաստանում կանայք վերարտադրողական առողջության, այդ թվում՝ աբորտի ծառայություններից օգտվելիս չեն ստանում գաղտնի ու մեկուսի պայմաններում խորհրդատվություն և ծառայություններ³⁵: Խորհրդատվությունները կարող են անցնել այլ բուժառուների և բժիշկների ներկայությամբ, իսկ հայտնած տեղեկատվությունը կարող է փոխանցվել այլ անձանց: Բժիշկները կարող են նաև պահանջել, որպեսզի կինը պատմի հղիության արհեստական ընդհատման մասին իր զուգընկերոջը, ծնողներին, որպեսզի վերջիններս «խրատեն» և թույլ չտան «սխալ» որոշում կայացնել:

Մինչդեռ ԱՀԿ-ի Աբորտի խնամքի ուղեցույցը (2022) սահմանում է, որ մեկուսիության և անձնական կյանքի գաղտնիության պահպանումը կարևոր է ոչ խտրական խնամք ապահովելու համար: Գաղտնիության իրավունքի ոտնահարումները ոչ միայն խախտում են բժշկական էթիկան և մարդու իրավունքները, այլև խոչընդոտ են, որպեսզի հղի կանայք ժամանակին դիմեն բժշկական օգնության:

Մարդու իրավունքների եվրոպական դատարանը բազմիցս ճանաչել է, որ վերարտադրողական որոշումները մտնում են Մարդու իրավունքների եվրոպական կոնվենցիայի 8-րդ հոդվածով պաշտպանված անձնական կյանքի շրջանակի մեջ: Պ. և Ս. ընդդեմ Լեհաստանի (2012) գործում Դատարանը խախտումներ է հայտնաբերել, երբ անչափահասի գաղտնի բժշկական տեղեկատվությունը բացահայտվել է, ինչը հանգեցրել է հանրային նվաստացման և աբորտի հասանելիության խոչընդոտմանը: Նմանապես, Դատարանի նախադեպային իրավունքը ընդգծում է, որ բժշկական տվյալները գաղտնիությունը հիմնարար նշանակություն ունի անձնական ինքնավարության և արժանապատվության համար: Հետևաբար, պետությունները պետք է ապահովեն, որ աբորտի ծառայությունները մատուցվեն գաղտնիությունը և անհատի անձնական կյանքի նկատմամբ

³⁵ «Կանանց ռեսուրսային կենտրոն» ՀԿ ահազանգած կանանց պատմություններից:



հարգանքը երաշխավորող պայմաններում³⁶:

Որոշ եվրոպական երկրներ անցյալում պահանջել են կամ շարունակում են ոչ պաշտոնապես խրախուսել աբորտից առաջ ամուսնական թույլտվությունը կամ ծանուցումը, մասնավորապես՝ ամուսնացած կանանց դեպքերում: Հայաստանում չնայած չկա որևէ իրավական կարգավորում այս մասով, սակայն պրակտիկայում լինում են դեպքեր, երբ բժիշկները պահանջում են, որ կինը ներկայանա խորհրդատվության ամուսնու կամ զուգընկերոջ հետ: ԱՀԿ-ն քննադատում է աբորտի համար ցանկացած երրորդ կողմի թույլտվության պահանջը, այդ թվում՝ ամուսնու, ծնողի կամ դատական մարմնի: Նման պահանջները կանանց ինքնավարության և գաղտնիության խախտում են՝ նրանց անձնական առողջապահական որոշումները ենթարկելով մեկ այլ անձի հաստատման: Դրանք նաև մեծացնում են ընտանեկան բռնության և առողջապահական անհրաժեշտ ծառայությունների ուշացման ռիսկը: Կանանց նկատմամբ խտրականության բոլոր ձևերի վերացման կոնվենցիայի թիվ 24 ընդհանուր մեկնաբանությունը³⁷ պարզաբանում է, որ պետությունները պետք է վերացնեն այն խոչընդոտները, որոնք պահանջում են ամուսնական կամ ծնողական համաձայնություն վերարտադրողական առողջության ծառայություններից օգտվելու համար: Եվրոպական փորձը ցույց է տալիս, որ երբ նման պահանջները գոյություն ունեն կամ պարտադրվում են բժիշկների կողմից, կանայք բախվում են լրացուցիչ հոգեբանական ճնշման հետ, ինչը խանգարում է նրանց դիմել անվտանգ աբորտի ծառայությունների:

Այս տարիների ընթացքում «Կանանց ռեսուրսային կենտրոն» ՀԿ-ն հավաքագրել է պատմություններ կանանց՝ աբորտի հասանելիության վերաբերյալ: Այդ պատմությունները հասանելի են «Կանանց չլսված պատմությունները վերարտադրողական առողջության վերաբերյալ» գրքույկում³⁸:

³⁶ Տե՛ս, <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22%3A%22001-114098%22%7D>

³⁷ Տե՛ս, [/www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/GR24.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/GR24.pdf)

³⁸ Գրքույկը հասանելի է՝ <https://womenofarmenia.org/wp-content/uploads/2020/06/Կանանց-չլսված-պատմությունները-վերարտադրողական-առողջության-վերաբերյալ-գրքույկ-1.pdf>



ԱՐՈՐՏԻ ՀԱՍԱՆԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ. ԱՌՑԱՆՑ ՀԱՐՑՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԻ ԱՄՓՈՓՈՒՄ

Այս հատվածն անդրադառնում է Հայաստանում վերջին հինգ տարիներին հղիության արհեստական ընդհատման (աբորտի) վերաբերյալ քանակական հետազոտության արդյունքների վերլուծությանը: Հետազոտությունը նպատակ ունի բացահայտել հղիության արհեստական ընդհատմանն առնչվող խնդիրներն ու առկա իրավիճակը, մշակել առաջարկություններ՝ ուղղված կանանց վերարտադրողական առողջության ծառայությունների բարելավմանը:

Հետազոտության խնդիրներն են՝

- պարզել հղիության արհեստական ընդհատման տարածված տեսակները,
- պարզել աբորտի իրականացման վայրն ու արժեքը,
- պարզել արհեստական ընդհատման գործընթացում կնոջ իրավունքների իրացման առկա վիճակը,
- պարզել բժշկի պարտավորությունների կատարման առկա վիճակը՝
 - ✓ վերջնական որոշում կայացնելու ժամանակահատվածի տրամադրման,
 - ✓ անցանկալի հղիությունը կանխելու միջոցների և մեթոդների մասին տեղեկատվության փոխանցման հետ,
- պարզել առողջապահական հաստատության և բժիշկների կողմից գաղտնիության և անձնական տվյալների պաշտպանության մակարդակն ու առկա խնդիրները:

Հայաստանում հղիության արհեստական ընդհատման առկա վիճակի ուսումնասիրության նպատակով իրականացվել է քանակական հետազոտություն՝ առցանց հարցման մեթոդով՝ 2025 թ. հուլիս-օգոստոս ամիսներին: Հարցաթերթը տարածվել է ֆեյսբուք սոցիալական ցանցի միջոցով: Հարցման նկատմամբ հետաքրքրություն է ցուցաբերել 1100 անձ, սակայն միայն 17%- ին է հնարավորություն տրվել հարցմանը մասնակցելու՝ նրանց, ովքեր վերջին 5 տարիների ընթացքում դիմել են



հղիության արհեստական ընդհատման: Հավելենք, որ հետազոտությունը ներկայացուցչական չէ, և ստացված տվյալները չենք կարող տարածել ՀՀ ողջ բնակչության վրա, սակայն այն, կրելով հետախուզական բնույթ, հնարավորություն է տալիս բացահայտել ուսումնասիրվող խնդրի շուրջ առկա միտումները:

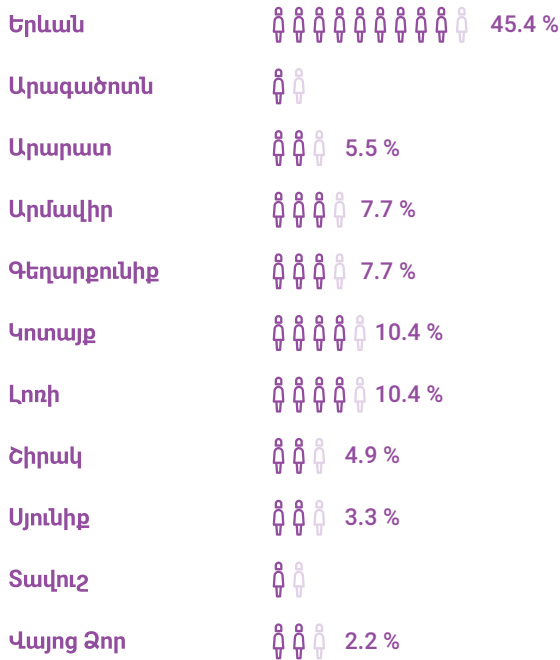
Ընդհանուր տվյալներ հարցմանը մասնակցած կանանց վերաբերյալ

Վերլուծությունը ներառում է Հայաստանում ապրող և վերջին 5 տարիներին հղիության արհեստական ընդհատում իրականացրած 183 կանանց փորձառության վերլուծությունը: Նրանց 45.4%-ը երևան քաղաքի բնակիչներ են, 54.6%-ը՝ ՀՀ տարբեր մարզերի: Մարզերից մասնակցության տոկոսը համեմատաբար բարձր է Կոտայքում, Լոռիում, Արմավիրում և Գեղարքունիքում (համապատասխանաբար՝ 10.4%, 10.4%, 7.7%, 7.7%): Մյուս մարզերից հարցման մասնակիցների տոկոսային բաշխվածությունը տե՛ս գծապատկեր 1-ում:

Հարցմանը մասնակցած կանանց մեծ մասը՝ 73.2%-ն ապրում է քաղաքային, իսկ 26.8%-ը՝ գյուղական բնակավայրերում (տե՛ս գծապատկեր 1):



Գծապատկեր 1. Հարցման մասնակիցները՝ ըստ մարզի և բնակավայրի տիպի, %



Հարցման մասնակից կանանց մեծ մասը 26-35 տարեկան է. 26-30 տարեկանները կազմում են 35.5%, 31-35 տարեկանները՝ 30.6% (տե՛ս աղյուսակ 1): Շատ փոքր տոկոս են կազմում մինչև 20 տարեկան կանայք: Փոքր խումբ (2.2%) են կազմում նաև 41-ից բարձր տարիք ունեցողները. նրանք Լոռվա, Շիրակի մարզերից են, ինչպես նաև՝ Երևանից: Հարցմանը մասնակցած կանանց տարիքային խմբերը՝ ըստ մարզային բաշխվածության, բերված են աղյուսակ 1-ում:



Աղյուսակ 1. Հարցման մասնակիցների տարիքը՝ ըստ մարզի, %

Մարզը	Տարիքը						
	Մինչև 18	18-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41 և բարձր
Երևան	-	1.2	14.5	33.7	32.5	15.7	2.4
Արագածոտն	-	-	50.0	-	50.0	-	-
Արարատ	-	-	30.0	20.0	40.0	10.0	-
Արմավիր	-	-	35.7	35.7	21.4	7.1	-
Գեղարքունիք	7.1	-	42.9	35.7	7.1	7.1	-
Կոտայք	-	-	15.8	36.8	36.8	10.5	-
Լոռի	-	-	-	52.6	26.3	15.8	5.3
Շիրակ	-	-	11.1	33.3	33.3	11.1	11.1
Սյունիք	-	-	-	33.3	50.0	16.7	-
Տավուշ	-	-	33.3	66.7	-	-	-
Վայոց Ձոր	-	-	-	25.0	50.0	25.0	-
Ընդհանուր	0.5	0.5	17.5	35.5	30.6	13.1	2.2

Ինչպես նշել էինք վերևում, հարցմանը մեծ չափով մասնակցել են քաղաքային բնակավայրերում ապրող կանայք՝ 73.2%: Գյուղերում ապրող կանանց ակտիվությունն նկատվում է հիմնականում 21-25 տարիքային խմբում: Մինչև 18 տարեկան հարցվողները ևս գյուղական բնակավայրից են (տե՛ս աղյուսակ 2):

Աղյուսակ 2. Հարցման մասնակիցների տարիքը՝ ըստ բնակավայրի տիպի, %

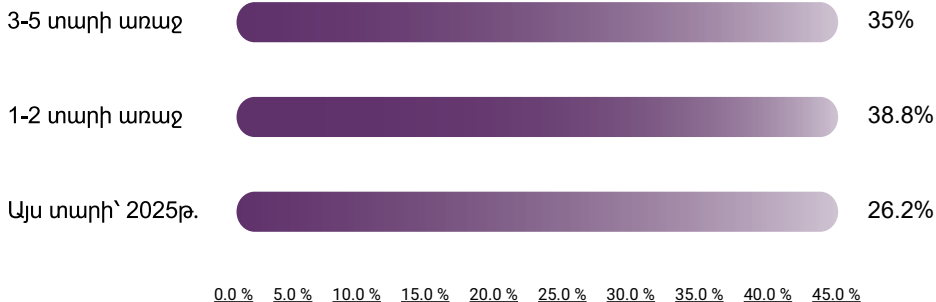
Տարիքը	Բնակավայրի տիպը		Ընդամենը
	Քաղաք	Գյուղ	
Մինչև 18	-	100.0	100.0
18-20	100.0	-	100.0
21-25	62.5	37.5	100.0
26-30	73.8	26.2	100.0
31-35	75.0	25.0	100.0
36-40	83.3	16.7	100.0
41 և բարձր	75.0	25.0	100.0
Ընդհանուր	73.2	26.8	100.0

ԱԲՈՐՏԻ ՏԵՍԱԿՆԵՐԸ, ՎԱՅՐԸ ԵՎ ԱՐԺԵՔԸ

Սույն հարցմանը մասնակցած կանանց՝ հղիության արհեստական ընդհատման փորձառությունը վերաբերում է վերջին 5 տարիներին: 1-2 տարի առաջ արժույթ իրականացրած կանայք համեմատաբար մեծ խումբ են կազմում՝ 38.8%: 35.0% կանանց փորձառությունը 3-5 տարվա վաղեմություն ունի: Եվ հարցմանը մասնակցած գրեթե ամեն չորրորդ կին (26.2%-ը) հղիության արհեստական ընդհատման դիմել է այս տարի՝ 2025 թ.-ին (տե՛ս գծապատկեր 2):



Գծապատկեր 2. Արհեստական ընդհատում իրականացնելու ժամանակը, %



Եթե հարցը դիտարկենք մարզային կտրվածքով, ապա կտեսնենք, որ 2025 թ. արհեստական ընդհատման դիմած կանանց մեծամասնությունը Շիրակի, Արագածոտնի, Գեղարքունիքի, Կոտայքի մարզերից են: Եվ համեմատաբար քիչ են դեպքերը Սյունիքի և Արարատի մարզերում, ինչպես նաև՝ Երևանում: Երևանում, օրինակ, հարցմանը մասնակցած կանանց մեծ մասի (43.4%-ի) փորձառությունը 3-5 տարվա վաղեմություն ունի: Մարզային կտրվածքով հարցին առնչվող այս և այլ տվյալներ բերված են աղյուսակ 3-ում:

Աղյուսակ 3. Արհեստական ընդհատում իրականացնելու ժամանակը՝ ըստ մարզերի, %

Մարզը	Աբորտի իրականացման տարին			Ընդամենը
	Այս տարի՝ 2025թ.	1-2 տարի առաջ	3-5 տարի առաջ	
Երևան	19.3	37.3	43.4	100.0
Արագածոտն	50.0	50.0	-	100.0
Արարատ	20.0	50.0	30.0	100.0
Արմավիր	28.6	57.1	14.3	100.0
Գեղարքունիք	35.7	28.6	35.7	100.0
Կոտայք	36.8	36.8	26.3	100.0
Լոռի	31.6	36.8	31.6	100.0
Շիրակ	55.6	22.2	22.2	100.0
Սյունիք	16.7	66.7	16.7	100.0
Տավուշ	-	66.7	33.3	100.0
Վայոց Ձոր	25.0	-	75.0	100.0
Ընդհանուր	26.2	38.8	35.0	100.0

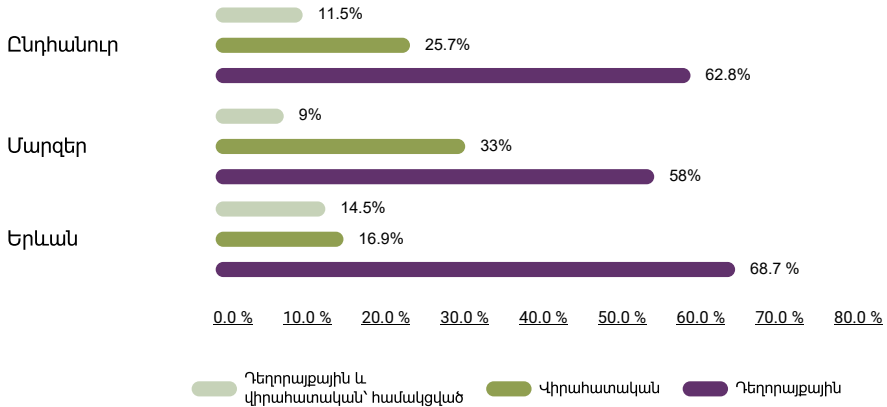
Ինչպես տեսնում ենք ներքևում բերված գծապատկերից, ընդհանուր առմամբ, արհեստական ընդհատում ավելի շատ իրականացվում է դեղորայքի միջոցով. հարցման մասնակիցների 62.8%-ը՝ որպես հղիության արհեստական ընդհատման տեսակ, նշել է դեղորայքայինը: Ընդ որում, Երևանում այն ավելի շատ տարածում ունի, քան մարզերում (համապատասխանաբար՝ 68.7 % և 58.0 %, տե՛ս գծապատկեր 3):

Յուրաքանչյուր 4-րդ կին (24.6 %-ը) հղիության արհեստական ընդհատում իրականացրել է վիրահատական մեթոդով: Եվ, ինչպես տեսնում ենք գծապատկեր 3-ից, մարզերում այն ավելի տարածված մեթոդ է համարվում՝ գրեթե կրկնակի ավել Երևանի համեմատ (մարզերում՝ 31.0%, Երևանում՝ 16.9%): Իսկ համակցված տարբերակով՝ դեղորայքային և վիրահատական ընդհատման փորձառությունը կիսում է ընդհանուր հարցվողների 11.5 %-ը, միայն Երևանի հարցվողների՝ 14.5 %-ը (տե՛ս գծապատկեր 3):



Գծապատկեր 3. Հղիության արհեստական ընդհատման տեսակը

Ինչպես տեսնում ենք աղյուսակ 4-ի տվյալներից, հղիության արհեստական ընդհատման տեսակների կիրառելիության էական տարբերություն չկա կանանց տարբեր տարիքային խմբերի մոտ՝ բացառությամբ մինչև 18 տարեկան հարցվողների, որոնք իրականացրել են դեղորայքային ընդհատում, և 18-20 տարեկան հարցվողները՝ համակցված տարբերակը:



Աղյուսակ 4. Արհեստական ընդհատման տեսակը՝ ըստ տարիքի, %

Տարիքը	Դեղորայքային	Վիրահատական	Դեղորայքային և վիրահատական՝ համակցված	Ընդամենը
Մինչև 18	100.0	-	-	100.0
18-20	-	-	100.0	100.0
21-25	62.5	31.3	6.2	100.0
26-30	63.1	23.1	13.8	100.0
31-35	67.9	23.2	8.9	100.0
36-40	62.5	25.0	12.5	100.0
41 և բարձր	50.0	25.0	25.0	100.0

Ըստ «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքի՝ հղիության ընդհատումը կարող է իրականացվել միայն մանկաբարձական և գինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման լիցենզիա ունեցող հիվանդանոցային առողջապահական հաստատություններում: Սակայն, ինչպես ցույց են տալիս հետազոտության արդյունքները, կանայք արհեստական ընդհատում իրականացրել են ոչ միայն հիվանդանոցներում/պոլիկլինիկաներում, այլ նաև տանը, ընդ որում՝ ոչ միայն բժշկի վերահսկողությամբ, այլ նաև ծանոթ/բարեկամների խորհրդով: Այսպես, հարցման մասնակից կանանց գրեթե կեսն է (53 %-ը) օգտվել հիվանդանոցային ծառայություններից, մոտ 42%-ը՝ հղիությունն ընդհատել է տանը՝ բժշկի վերահսկողությամբ, իսկ մոտ 5 %-ը՝ տանը ծանոթների խորհրդով: Վերջիններիս մեջ կան գրեթե բոլոր տարիքի կանայք: Մինչև 18 տարեկան բոլոր հարցվողները, ինչպես տեսնում ենք աղյուսակ 5-ի տվյալներից, չեն օգտվել հիվանդանոցի ծառայություններից, այլ նախընտրել են ոչ այնքան անվտանգ՝ ծանոթների օգնությամբ տան պայմաններում կատարվող դեղորայքային ընդհատման տեսակը: Իսկ ավելի մեծ տարիքի կանայք՝ 41 տարեկանից բարձրները, հղիության ընդհատման իրենց իրավունքն իրացրել են համապատասխան բուժհաստատություններում (տես աղյուսակ 5):

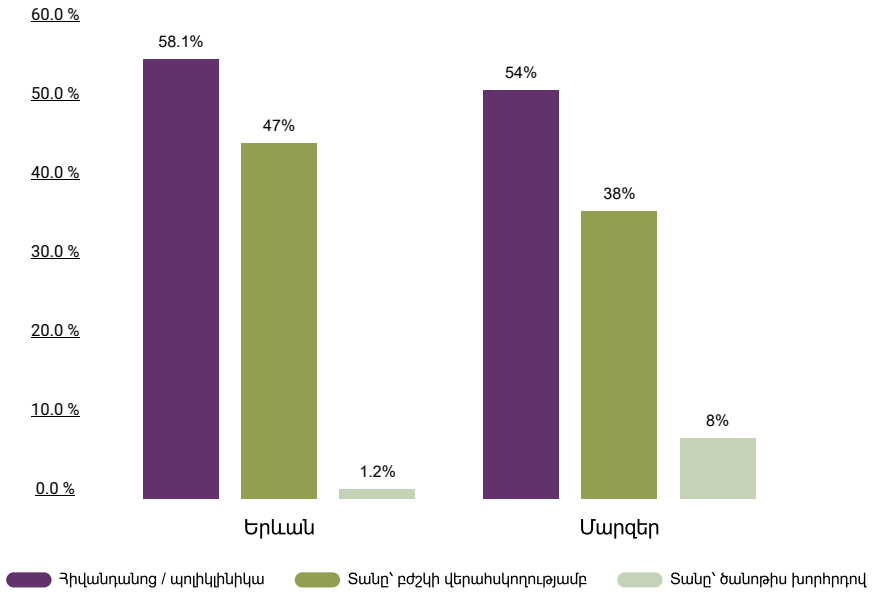
Աղյուսակ 5. Աբորտի իրականացման վայրը՝ ըստ տարիքային խմբերի, %

Տարիքը	Որտե՞ղ է իրականացվել աբորտը			Ընդամենը
	Հիվանդանոց / պոլիկլինիկա	Տանը՝ բժշկի վերահսկողությամբ	Տանը՝ ծանոթիս խորհրդով	
Մինչև 18	-	-	100.0	100.0
18-20	100.0	-	-	100.0
21-25	50.0	46.9	3.1	100.0
26-30	56.9	41.5	1.5	100.0
31-35	50.0	42.9	7.1	100.0
36-40	45.8	45.8	8.3	100.0
41 և բարձր	100.0	-	-	100.0
Ընդհանուր	53.0	42.1	4.9	100.0

Հարցի՝ մարզային կտրվածքով վերլուծության ժամանակ ակնհայտ է դառնում, որ մեծամասամբ մարզաբնակ կանայք են տանը ծանոթ/բարեկամների խորհրդով արհեստական ընդհատում իրականացնողները, իսկ երևանաբնակների դեպքում այն շատ փոքր թիվ է կազմում (համապատասխանաբար՝ 8.0 %, 1.2%, տե՛ս գծապատկեր 4):



Գծապատկեր 4. Աբորտի իրականացման վայրը՝ ըստ մարզի

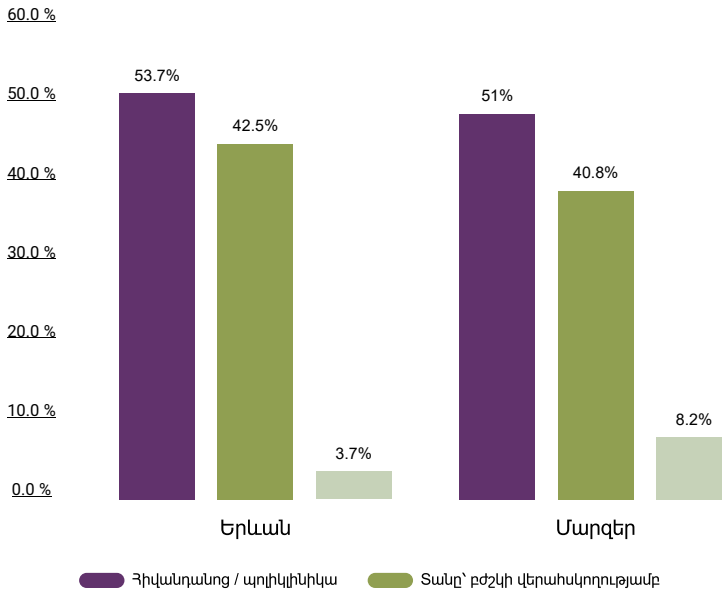


Երևանում, ընդհակառակը, համեմատաբար մեծ զանգված են կազմում այն կանայք, որոնք արհեստական ընդհատումն իրականացնում են տանը, սակայն բժիշկների վերահսկողությամբ (տե՛ս գծապատկեր 4): :

Հարցը վերլուծելով ըստ բնակավայրի տիպի՝ տեսնում ենք, որ տան պայմաններում ծանոթների խորհրդով աբորտ իրականացրած կանայք մեծամասամբ բնակվում են ՀՀ տարբեր մարզերի գյուղական բնակավայրերում: Այստեղ ապրող կանանց միայն կեսն է (51%-ը) օգտվել հիվանդանոցային ծառայություններից, իսկ մնացած մասը (մոտ 41%-ը) կրկին հղիության արհեստական ընդհատումն իրականացնում է տանը՝ բժիշկների վերահսկողությամբ (տե՛ս գծապատկեր 5):



Գծապատկեր 5. Աբորտի իրականացման վայրը՝ ըստ բնակավայրի տիպի



Հարցմանը մասնակցած կանանց միայն 7%-ի համար է արհեստական ընդհատում իրականացնելը եղել անվճար: Կանանց համեմատաբար մեծ զանգված՝ մոտ 27 %-ն աբորտ իրականացնելիս ծախսել է 20-40 հազար ՀՀ դրամ: Հարցվողների 17%-ն էլ հղիության ընդհատման գործընթացում ծախսած գումարը գնահատել է մինչև 60 հազար ՀՀ դրամ (տե՛ս աղյուսակ 6): Աբորտի ծառայության համար նաև ավելի մեծ գումարներ են ծախսվել, որը տեսնում ենք Երևանում, Արարատի, Կոտայքի, Լոռվա և Գեղարքունիքի մարզերում բնակվող կանանց պատասխաններում: Այս ամենին զուգահեռ, նրանց մեծ մասը (35%-ը) պարզապես չի հիշում, թե աբորտ իրականացնելիս ինչքան գումար է ծախսել: Մարզային կտրվածքով հարցի վերլուծության մանրամասներն ամփոփված են աղյուսակ 6-ում:

Աղյուսակ 6. Աբորտի ծառայության արժեքը՝ ըստ մարզերի, %

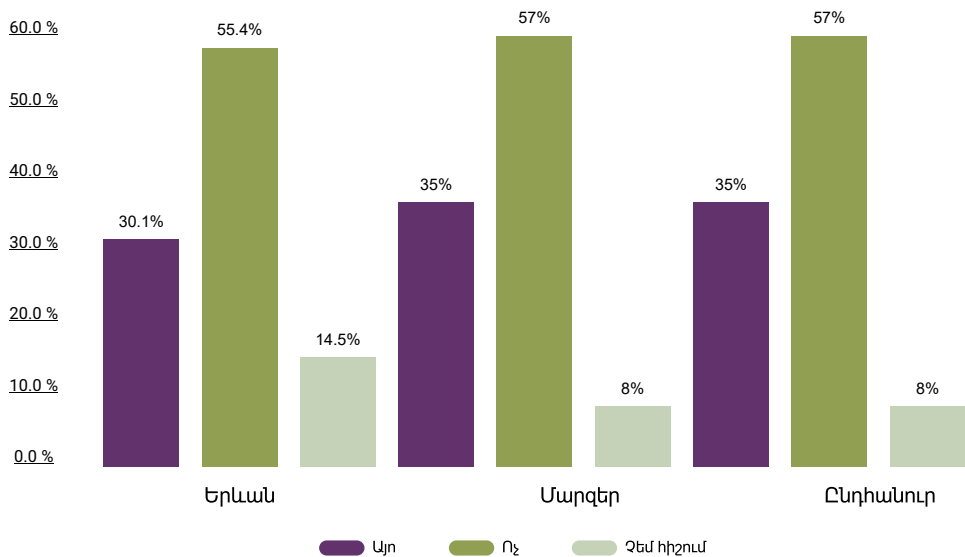
Մարզը	Անվճար	Մինչև 20000 դրամ	20001- 40000 դրամ	40001- 60000 դրամ	60001- 80000 դրամ	80001- 100000 դրամ	100000 դրամից ավել	Չեմ հիշում	Ընդամենը
Երևան	7.2	-	22.9	20.5	8.4	1.2	4.8	34.9	100.0
Արագածոտն	50.0	-	-	-	-	-	-	50.0	100.0
Արարատ	-	-	60.0	10.0	10.0	-	-	20.0	100.0
Արմավիր	7.1	14.3	21.4	14.3	-	-	-	42.9	100.0
Գեղարքունիք	7.1	-	21.4	28.6	-	-	7.1	35.7	100.0
Կոտայք	15.8	5.3	36.8	21.1	5.3	-	-	15.8	100.0
Լոռի	5.3	5.3	21.1	10.5	-	5.3	-	52.6	100.0
Շիրակ	-	33.3	33.3	11.1	-	-	-	22.2	100.0
Սյունիք	-	-	33.3	-	-	-	-	66.7	100.0
Տավուշ	-	-	66.7	-	-	-	-	33.3	100.0
Վայոց Ձոր	-	75.0	-	-	-	-	-	25.0	100.0
Ընդհանուր	7.1	5.5	26.8	16.9	4.9	1.1	2.7	35.0	100.0

ԱԲՈՐՏԻ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑՈՒՄ ԲԺՇԿԻ ՊԱՐՏԱՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԿԱՏԱՐՄԱՆ ՆԿԱՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ

Ըստ «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքի՝ մինչև 12 շաբաթական հղիության ընդհատումից առաջ բժիշկն իրեն դիմած հղի կնոջը պարտավոր է տրամադրել ընդհատման վերաբերյալ վերջնական որոշում կայացնելու ժամանակահատված՝ երեք օրացուցային օր ժամկետով: Սակայն, ինչպես ցույց են տալիս ուսումնասիրության արդյունքները, մոտ 1/3 դեպքերում է այդ ժամանակահատվածը տրամադրվել: Այս ցուցանիշը մի փոքր բարձր է մարզերի դեպքում (Երևանի դեպքում՝ 30.1%, մարզերի դեպքում՝ 35.0%, տե՛ս գծապատկեր 6):

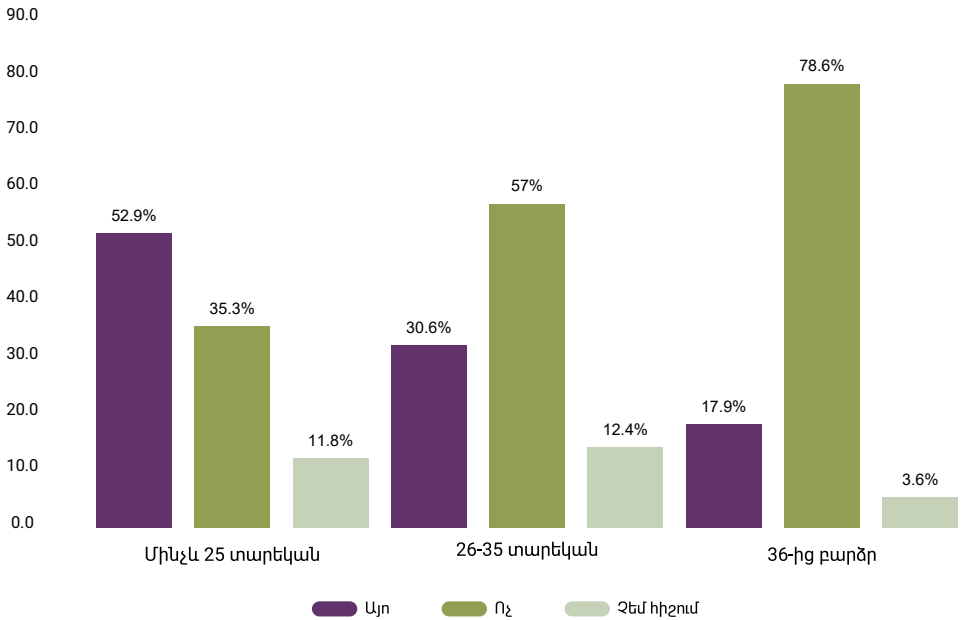


Գծապատկեր 6. Արդյո՞ք բժշկի կողմից տրվել է երեքօրյա սպասեցիականության



Հարցի վերաբերյալ հետաքրքիր օրինաչափություն է բացահայտվում, եթե այն վերլուծում ենք կանանց տարիքի հետ փոխկապվածության մեջ: Այսպես, ինչքան կնոջ տարիքը փոքր է, այնքան շատ դեպքերում է այդ սպասեցիականակը տրամադրվել: Մինչև 25 տարեկան հարցվողների դեպքում գրեթե 53 %-ին, 26-35 տարեկանների՝ գրեթե 31 %-ին և 36-ից բարձր տարեկանների՝ մոտ 18 %-ին (տե՛ս գծապատկեր 7):

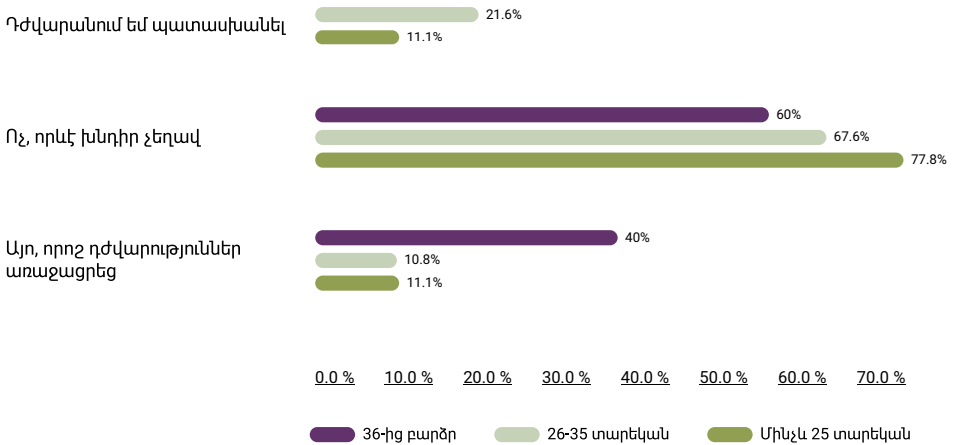
Գծապատկեր 7. Բժշկի կողմից տրված երեքօրյա սպասեւաժամանակը՝ ըստ տարիքի



Տրամադրված սպասեւաժամանակը որոշակի դժվարություններ է առաջացրել կանանց մի մասի՝ հատկապես 36-ից բարձր տարիք ունեցող կանանց մոտ: Իսկ ավելի երիտասարդ կանանց մոտավորապես 11 %-ն է նշել այդ խնդիրների մասին (տե՛ս գծապատկեր 8):



Գծապատկեր 8. Արդյո՞ք սպասելաժամանակը խնդիրներ առաջացրել է կանանց մոտ



Սպասելաժամանակի հետևանքով առաջացած խնդիրները կանանց համար տարաբնույթ են՝ ինչպես ֆիզիկական, այնպես էլ հոգեբանական բնույթի: Նման փորձառություն ունեցող հարցվողները կիսվել են իրենց մտքերով՝ «քովիդով հիվանդացա», «սրտխառնոց, տենդ, գլխապտույտ ունեցա», «սթրեսային վիճակում էի», «հոգեբանական ճնշվածություն, մեղավորության զգացում ունեի»: Իսկ ահա 36-ից բարձր տարիք ունեցող երևանաբնակ մի կին մանրամասներ է հիշում իր պատմությունից. «Բոլորի մոտ ասացին՝ գնա, մտածիր՝ քննադատական տոնով: Իսկ երբ եկել եմ հետ, ասել են՝ ես չեմ անում այդպիսի բան, գնա, ուրիշ բժիշկ գտիր»:

Բացի օրենքով սահմանված սպասելաժամանակը տրամադրելուց, ընդհատման բժշկական միջամտությունն իրականացնելուց հետո բժիշկը պարտավոր է կնոջն անցանկալի հղիությունը կանխելու միջոցների և մեթոդների ընտրության վերաբերյալ տրամադրել անվճար բժշկասոցիալական խորհրդատվություն: Ուսումնասիրության արդյունքները վկայում են, որ կանանց միայն 37.7 %-ն է նշել, որ բժշկի կողմից իրականացվել է հետաբորտային խորհրդատվություն: Այս ցուցանիշը բարձր է հատկապես Կոտայքի, Սյունիքի, Արարատի մարզերում և Երևանում: Ըստ հարցման արդյունքների՝ նման խորհրդատվություն ընդհանրապես չի իրականացվել Արագածոտնի և Վայոց ձորի մարզերում (տե՛ս աղյուսակ 7):

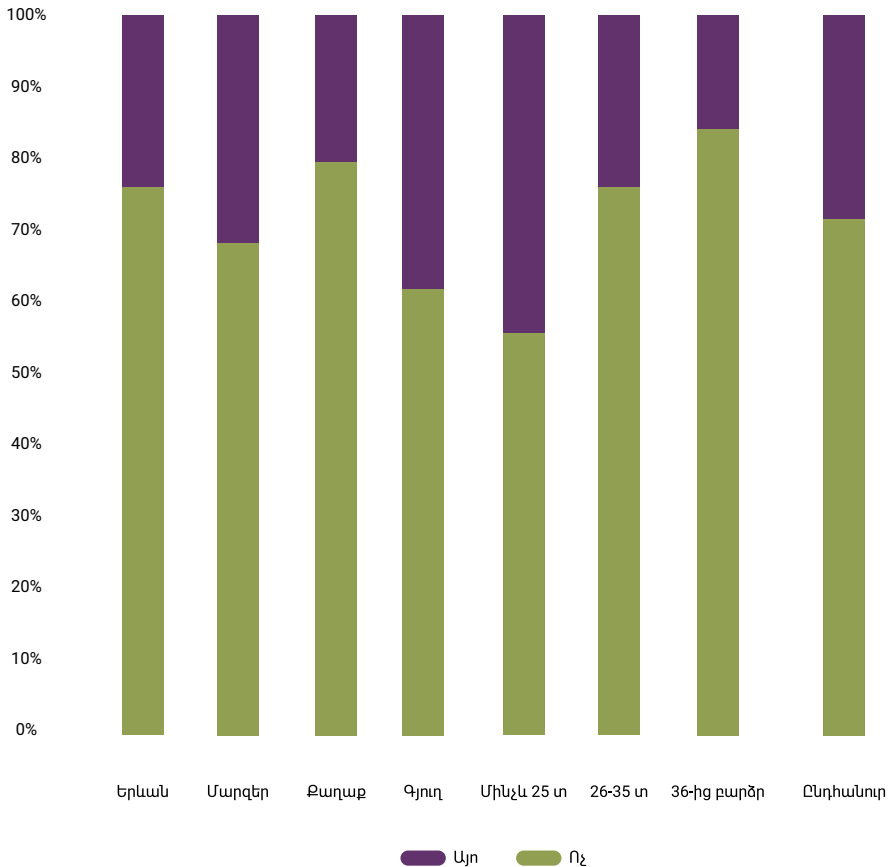
Աղյուսակ 7. Արդյո՞ք իրականացվել է ետաբորտային խորհրդատվություն՝ ըստ մարզերի, %

Մարզը	Այո	Ոչ	Չեմ հիշում	Ընդամենը
Երևան	41.0	51.8	7.2	100.0
Արագածոտն	-	100.0	-	100.0
Արարատ	40.0	60.0	-	100.0
Արմավիր	28.6	42.9	28.6	100.0
Գեղարքունիք	28.6	71.4	-	100.0
Կոտայք	57.9	42.1	-	100.0
Լոռի	36.8	63.2	-	100.0
Շիրակ	11.1	88.9	-	100.0
Սյունիք	50.0	50.0	-	100.0
Տավուշ	33.3	66.7	-	100.0
Վայոց Ձոր	-	100.0	-	100.0
Ընդհանուր	37.7	56.8	5.5	100.0

Հետաբորտային խորհրդատվության արդյունքում և ոչ միայն դրա շնորհիվ հարցմանը մասնակցած կանանց մեծ մասը՝ 71%-ը, նշել է, որ անցանկալի հղիությունից պաշտպանվելու համար օգտագործում է հակաբեղմնավորման միջոցներ: Ինչպես ցույց են տալիս գծապատկեր 9-ի արդյունքները, հակաբեղմնավորման միջոցների կիրառությունը մեծ է հատկապես 36-ից բարձր տարիքի կանանց մոտ, Երևանում և, ընդհանուր առմամբ, քաղաքային բնակավայրերում (համապատասխանաբար՝ 85.7 %, 74.7 % և 75.4 %, տե՛ս գծապատկեր 9):

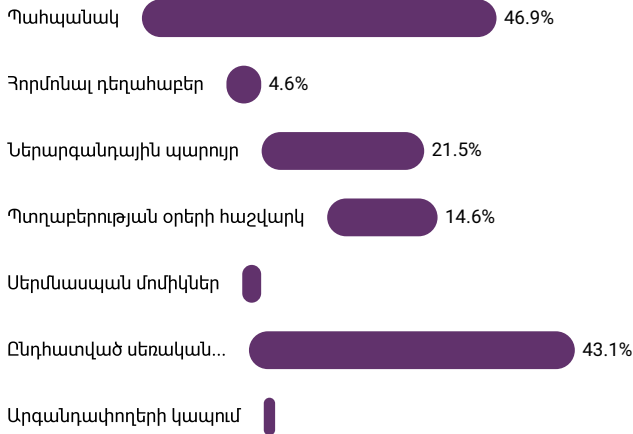


Գծապատկեր 9. Հակաբեղմնավորման միջոցների օգտագործումը



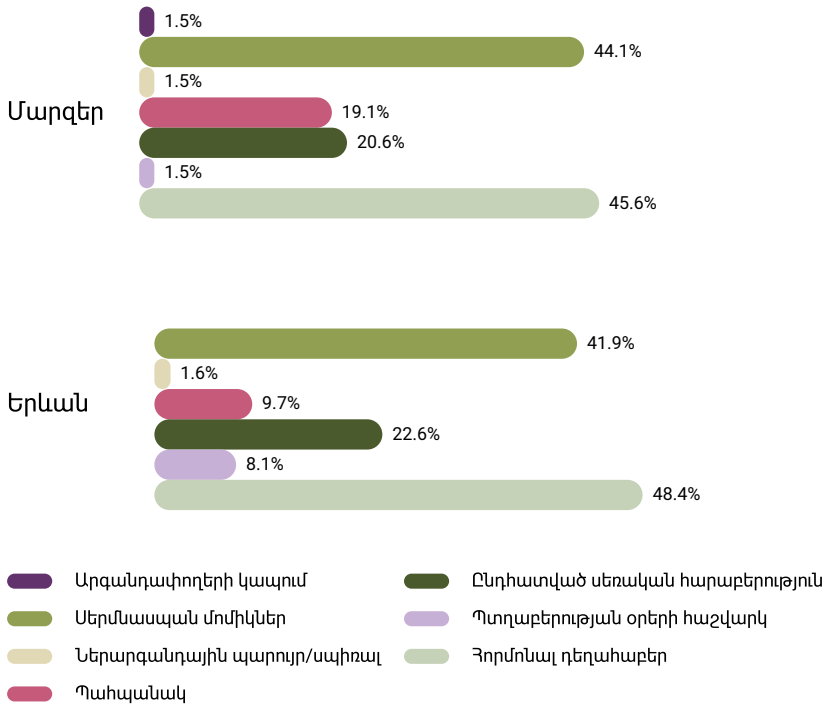
Հակաբեղմնավորման միջոցներից տարածված են հիմնականում պահպանակները և ընդհատված սեռական հարաբերությունը (համապատասխանաբար՝ 46.9%, 43.1%): Կանանց մի մասն էլ անցանկալի հղիությունից պաշտպանվելու համար նախընտրել է տեղադրել ներարգանդային պարույր կամ առաջնորդվում է պտղաբերության օրերի հաշվարկով (համապատասխանաբար՝ 21.5 %, 14.6 % տե՛ս գծապատկեր 10):

Գծապատկեր 10. Հակաբեղմնավորման միջոցների տարածվածությունը



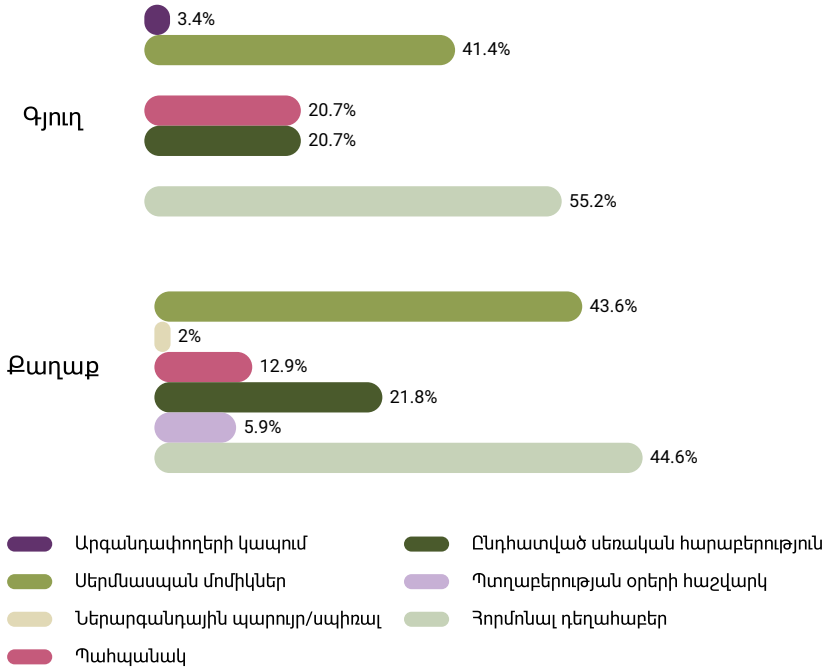
Կախված հարցվողների բնակության վայրից՝ էական տարբերություն չի նկատվում հակաբեղմնավորման միջոցների կիրառելիության մեջ՝ բացառությամբ երկու տեսակների: Օրինակ, պտղաբերության օրերի հաշվարկը՝ որպես հակաբեղմնավորման միջոց, ավելի շատ օգտագործվում է մարզաբնակ, քան երևանաբնակ կանանց շրջանում (համապատասխանաբար՝ 19.1%, 9.7%, տե՛ս գծապատկեր 11): Իսկ, օրինակ, հորմոնալ դեղահաբերը կիրառվում են ավելի շատ երևանաբնակ, քան մարզաբնակ կանանց կողմից (համապատասխանաբար՝ 8.1%, 1.5%, տե՛ս գծապատկեր 11):

Գծապատկեր 11. Հակաբեղմնավորման միջոցների կիրառությունը՝ ըստ մարզի



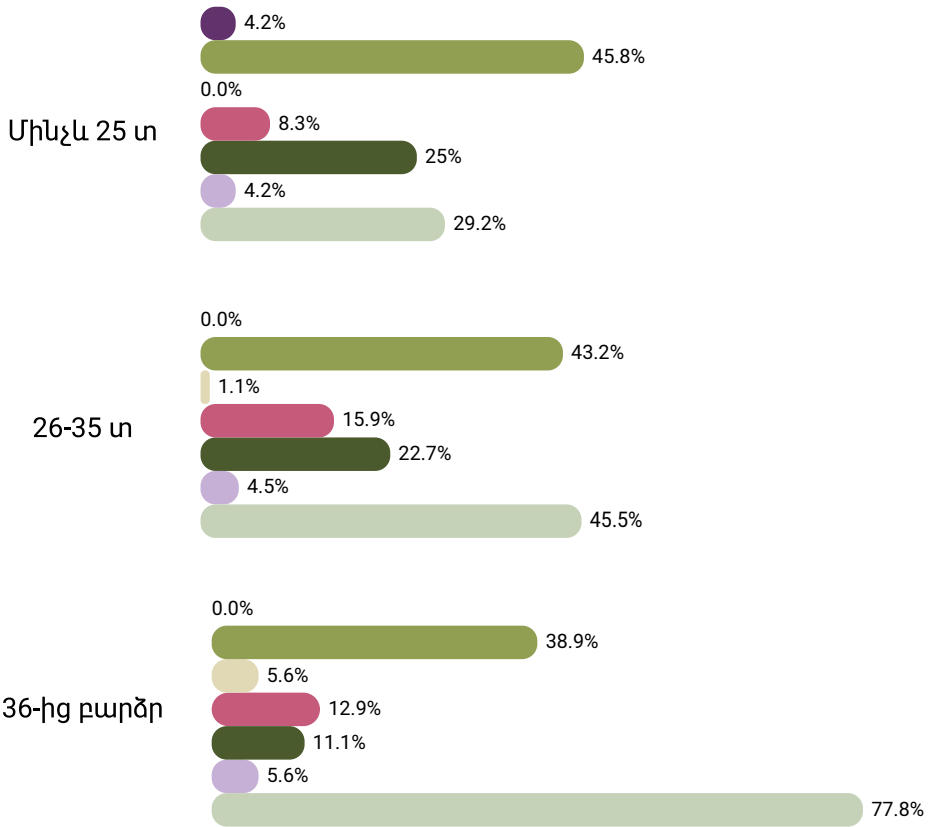
Հակաբեղմնավորման միջոցների այս կամ այն տեսակի նախընտրության հարցում որոշակի ցուցիչ է համարվում բնակության վայրի՝ գյուղական կամ քաղաքային լինելը: Օրինակ, պահպանակներն ավելի շատ կիրառվում են գյուղերում, քան քաղաքներում ապրող կանանց շրջանում (համապատասխանաբար՝ 55.2%, 44.6%, տե՛ս գծապատկեր 12): Կամ, օրինակ, նույն գծապատկերում տեսնում ենք, որ հորմոնալ դեղահաբերը և սերմնասպան մոմիկները տարածված են միայն քաղաքում բնակվող կանանց շրջանում:

Գծապատկեր 12. Հակաբեղմնավորման միջոցների օգտագործումը՝ ըստ բնակավայրի տիպի



Հակաբեղմնավորման այս կամ այն միջոցի օգտագործումը որոշ չափով պայմանավորված է նաև կնոջ տարիքով: Ինչպես տեսնում ենք գծապատկեր 13-ի տվյալներից, պահպանակները՝ որպես հակաբեղմնավորման միջոց, ավելի նախընտրելի են մինչև 25 տարեկան կանանց համար: Իսկ, օրինակ՝ ներարգանդային պարույր ավելի շատ տեղադրել են 36-ից բարձր տարիքի կանայք: Ընդհատված սեռական հարաբերության՝ որպես հակաբեղմնավորման միջոցի կիրառության դեպքում տեսնում ենք, որ ինչքան բարձրանում է կնոջ տարիքը, այնքան բարձրանում է միջոցի կիրառության տոկոսը (համապատասխանաբար՝ 38.9%, 43.2%, 45.8%, տե՛ս գծապատկեր 13):

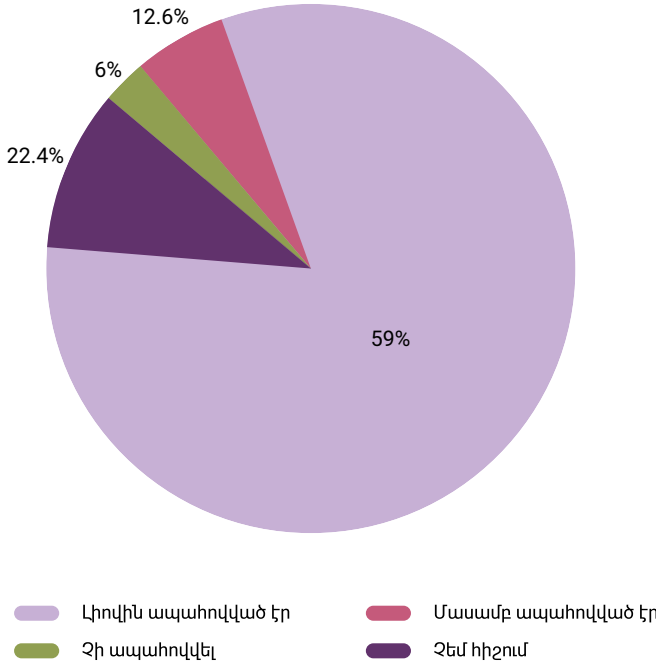
Գծապատկեր 13. Հակաբեղմնավորման միջոցների օգտագործումը՝ ըստ կանանց տարիքային խմբերի



Բժշկի և բժշկական հաստատությունների պարտավորությունների մեջ է մտնում ոչ միայն հղիության արհեստական ընդհատում կատարող, այլ, ընդհանուր առմամբ, բուժառուների անձնական տվյալների պաշտպանությունը: Չնայած հարցման մասնակից կանանց կեսից ավելին (59 %-ը) խնդիր չի տեսել այս առումով, այնուամենայնիվ, հարցվողների մոտ 12.6%-ը նշել է, որ մասամբ ապահովված, իսկ 6 %-ը, որ ընդհանրապես ապահովված չի եղել գաղտնիության և անձնական տվյալների պաշտպանվածությունը (տե՛ս գծապատկեր 14):



Գծապատկեր 14. Գաղտնիության և անձնական տվյալների պաշտպանվածությունը բժշկական հաստատություններում, %



Եվ, ինչպես տեսնում ենք աղյուսակ 8-ի տվյալներից, այս առումով ոչ բարձր քվիճակում են գտնվում Գեղարքունիքի, Շիրակի, Արարատի, Կոտայքի մարզերը, ինչպես նաև՝ Երևանը: Իսկ, օրինակ, Արագածոտնի և Տավուշի մարզերում բնակվող կանանց մոտ հարցի հետ կապված դժգոհություններ չկան:



**Աղյուսակ 8. Գաղտնիության և անձնական տվյալների
պաշտպանվածությունը՝ ըստ մարզերի, %**

Մարզը	Լիովին ապահովված էր	Մասամբ ապահովված էր	Չի ապահովվել	Չեմ հիշում	Ընդամենը
Երևան	59.0	22.9	7.2	10.8	100.0
Արագածոտն	100.0	-	-	-	100.0
Արարատ	80.0	-	10.0	10.0	100.0
Արմավիր	50.0	14.3	-	35.7	100.0
Գեղարքունիք	50.0	35.7	14.3	-	100.0
Կոտայք	63.2	21.1	5.3	10.5	100.0
Լոռի	57.9	26.3	-	15.8	100.0
Շիրակ	33.3	33.3	11.1	22.2	100.0
Սյունիք	66.7	16.7	-	16.7	100.0
Տավուշ	100.0	-	-	-	100.0
Վայոց Ձոր	50.0	50.0	-	-	100.0

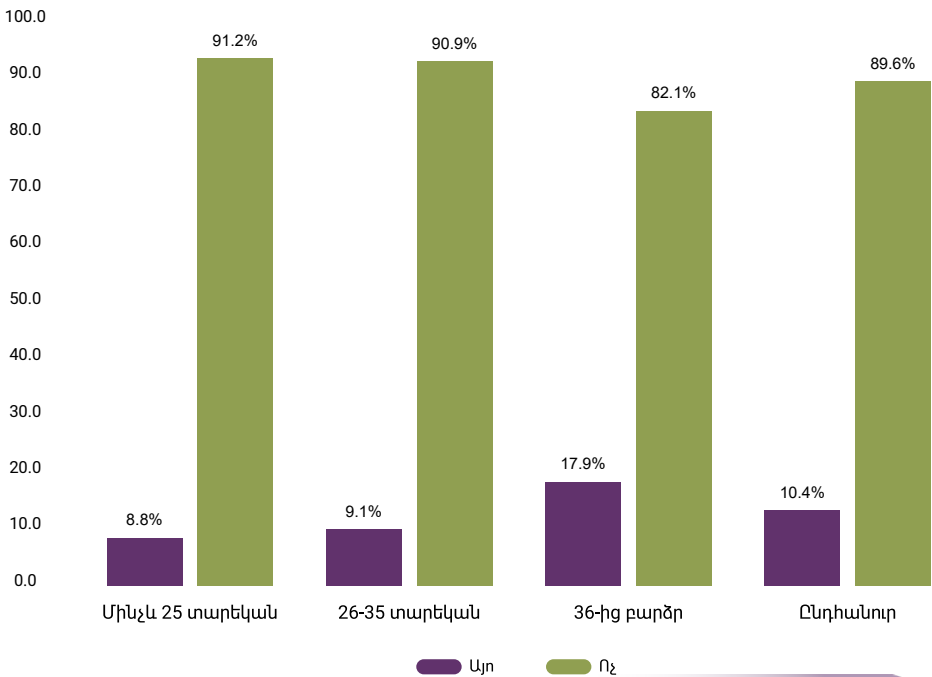
Հարցման մասնակից կանայք ոչ միայն գնահատել են ընդհանուր իրավիճակը, այլև նաև հիշել և կիսվել են իրենց հետ պատահած դեպքերով: Ներքևում բերված մեջբերումները վկայում են այն մասին, որ բժշկական հաստատություններում բուժառուի ինֆորմացիան գաղտնի չի պահվում ոչ միայն այն պատճառով, որ բժշկի աշխատասենյակում կարող են լինել նրա գործընկերներն ու այլ բուժառուներ, այլև նաև, որ ավելի վատ է, այն պատճառով, որ տարրական կանոնները չեն պահում գործընթացի հետ անմիջականորեն չառնչվող մարդիկ, շատ դեպքերում՝ ընդունարանի աշխատակիցները:



ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԱՐՅԵՍՏԱԿԱՆ ԸՆԴՀԱՏՄԱՆ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑՈՒՄ ԿՆՈՋ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ԻՐԱՑՄԱՆ ՆԿԱՐԱԳՈՒԹՅՈՒՆ

Ըստ «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքի՝ յուրաքանչյուր կին ունի հղիության արհեստական ընդհատման (աբորտի) իրավունք: Սակայն հարցման արդյունքները ցույց են տալիս, որ կանայք երբեմն չեն կարողանում իրացնել իրենց իրավունքները: Ըստ գծապատկեր 15-ի տվյալների՝ դա ավելի հաճախ հանդիպում է 36-ից բարձր տարիքի կանանց մոտ: Իսկ, ընդհանուր առմամբ, հարցման մասնակից կանանց մոտ 10 %-ը նշել է, որ եղել են դեպքեր՝ բժիշկը հրաժարվել է մատուցել աբորտի ծառայություն: Ե՛վ երևանում, և՛ մարզերում այդ ցուցանիշը գրեթե նույնն է:

Գծապատկեր 15. Երբևէ բժիշկը հրաժարվե՞լ է մատուցել աբորտի ծառայություն՝ ըստ տարիքի



Բժշկի հրաժարման դեպքում կանայք սկսում են այլ ելքեր փնտրել՝ ստեղծված իրավիճակից դուրս գալու համար: Դեպքերի մեծամասնությունում նրանք դիմում են այլ բուժօգնություններ (52.6 %), փնտրում այլ մեթոդներ (21.1 %) և միայն չորս հոգուց մեկն է որոշում կայացնում՝ պահպանել հղիությունը (26.3%-ը, տե՛ս գծապատկեր 16):

Գծապատկեր 16. Բժշկի հրաժարման դեպքում կնոջ քայլերը, %



Բացի մերժման դեպքերից, շատ հաճախ բժիշկները փորձում են համոզել և ազդել կնոջ որոշման վրա: Եվ, ինչպես տեսնում ենք աղյուսակ 9-ի տվյալներից, այդ մասին նշել են հարցման մասնակիցների 47.5%-ը: Տարիքային խմբերի առումով որևէ օրինաչափություն չկա, պարզապես այդ դեպքերի մասին համեմատաբար շատ են նշել 18-20, 21-25, 31-35 տարեկան կանայք:



**Աղյուսակ 9. Արդյո՞ք բժիշկն իրականացրել է խորհրդատվություն՝
փորձելով հետ համոզել և ազդել որոշման վրա**

Տարիքը	Այո	Ոչ	Չեմ հիշում	Ընդամենը
Մինչև 18	-	100.0	-	100.0
18-20	100.0	-	-	100.0
21-25	53.1	28.1	18.8	100.0
26-30	41.5	52.3	6.2	100.0
31-35	58.9	37.5	3.6	100.0
36-40	33.3	58.3	8.3	100.0
41 և բարձր	25.0	75.0	-	100.0
Ընդհանուր	47.5	44.8	7.7	100.0

Բժիշկների նման խորհրդատվության արդյունքում, կանանց մեծ մասը՝ 90.8 %-ը, միևնույնն է, չի լսել և իրականացրել է հղիության ընդհատում: Մի որոշ զանգված՝ 8.0%-ը, փոխել է բուժհաստատությունը, և գրեթե 1%-ը ստիպված է եղել դիմել աբորտի տնային պայմաններում: Վերջիններս մինչև 25 տարեկան կանայք են: 36-ից բարձր տարիքի կանայք էլ մեծ զանգված են կազմում այն խմբում, ովքեր ստիպված են եղել փոխել բուժհաստատությունը (տե՛ս աղյուսակ 10):



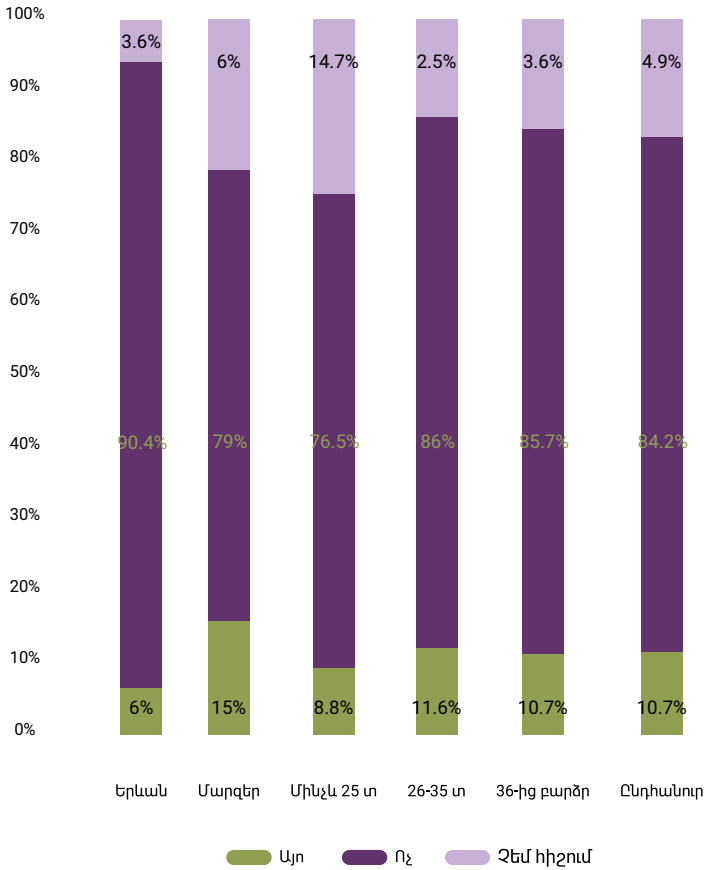
Աղյուսակ 10. Խորհրդատվության արդյունքում ի՞նչ քայլերի են դիմել տարբեր տարիքի կանայք, %

Տարիքը	Միևնույնն է՝ չեմ լսել և իրականացրել եմ հղիության ընդհատում	Գնացել եմ այլ բուժհաստատություն	Դիմել եմ աբորտի տնային պայմաններում	Ընդամենը
Մինչև 25	88.9	5.6	5.6	100.0
26-35	93.3	6.7	-	100.0
36-ից բարձր	77.8	22.2	-	100.0
Ընդհանուր	90.8	8.0	1.2	100.0

Հղիության ընդհատում իրականացնելիս քիչ դեպքերում, սակայն կնոջից պահանջվել է զուգընկերոջ գրավոր կամ բանավոր համաձայնություն: Այդ մասին հայտնել են հարցման մասնակից կանանց մոտ 11%-ը: Այս ցուցանիշն ավելի բարձր է մարզերում, քան Երևանում (համապատասխանաբար՝ 15.0%, 6.0%, տե՛ս գծապատկեր 17): Տարիքային առումով էական տարբերություն չի նկատվել:



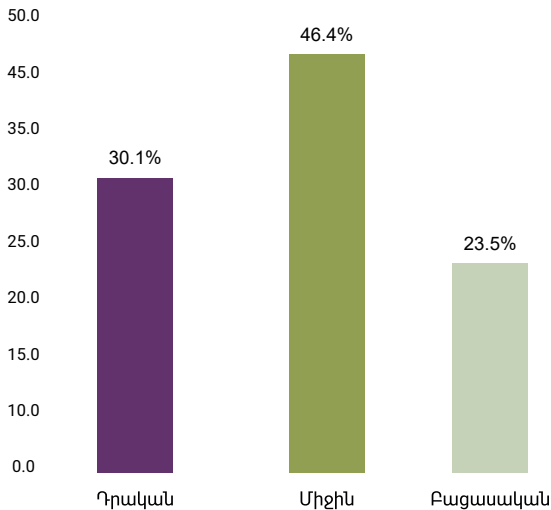
Գծապատկեր 17. Արդյո՞ք պահանջվել է զուգընկերոջ գրավոր կամ բանավոր համաձայնություն



ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԸՆԴՀԱՏՈՒՄ. ՎԵՐԱԲԵՐՄՈՒՆՔ ԵՎ ԳՆԱՀԱՏԱԿԱՆՆԵՐ

Հղիության արհեստական ընդհատման գործընթացի ընթացքում կանայք տարբեր մտքեր ու հույզեր են ապրել, և նրանց գնահատականն այդ փորձառությանը միանշանակ չէ: Ուսումնասիրության արդյունքները ցույց են տալիս, որ 10 կնոջից միայն 3-ն է (30.1%-ը) աբորտի ծառայությունից օգտվելիս իր փորձառությունը դրական գնահատել: 46.4 %-ը միջին, իսկ 23.5%-ը բացասական տպավորություն է ստացել այդ գործընթացից (տե՛ս գծապատկեր 18):

Գծապատկեր 18. Ընդհանուր փորձառությունը աբորտի ծառայությունից օգտվելիս, %



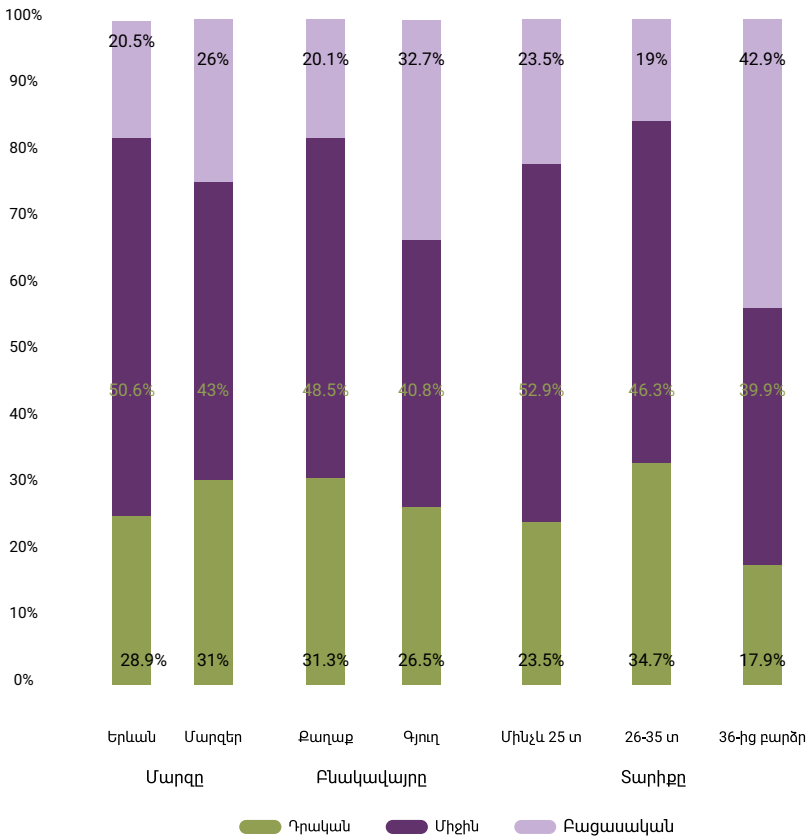
Հարցը վերլուծելով մարզային կտրվածքով՝ տեսնում ենք, որ էական օրինաչափություն չի բացահայտվել: Ընդամենը կարող ենք արձանագրել, որ մարզերում ապրող կանայք ավելի բացասական տպավորություններ են ստացել աբորտի ծառայություններից օգտվելիս՝ համեմատած Երևանի (տե՛ս գծապատկեր 19): Երևանի դեպքում գերակշռում են ոչ թե դրական, այլ միջին գնահատականները:



Ըստ բնակավայրի տիպի վերլուծությունն էլ թույլ է տալիս ասել, որ աբորտի ծառայություններից օգտվելիս ընդհանուր փորձառությունը բացասական է ավելի շատ գյուղերում, քան քաղաքներում ապրող կանանց մոտ (տե՛ս գծապատկեր 19):

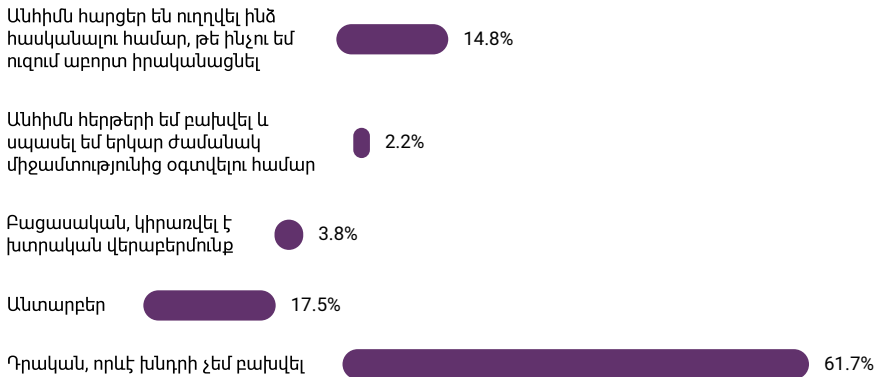
Եվ նույն գծապատկերի տվյալների հիման վրա կարող ենք արձանագրել, որ հղիության ընդհատման փորձառությունն ավելի շատ բացասական է 36-ից բարձր տարիք ունեցող կանանց շրջանում: Մինչև 35 տարեկանների մոտ գերակշռում է միջին գնահատականը ընդհանուր գործընթացին:

Գծապատկեր 19. Ընդհանուր փորձառությունը աբորտի ծառայությունից օգտվելիս՝ ըստ մարզի, բնակավայրի տիպի և տարիքի



Հարցման մասնակից կանանց այս գնահատականները գործընթացին առնչվող բազմաթիվ գործոնների ազդեցությունն են կրում: Այդ գործոններից մեկն էլ հենց բուժանձնակազմի վերաբերմունքն է իրենց՝ որպես աբորտ կատարող կնոջ նկատմամբ: Գծապատկեր 20-ի տվյալները ցույց են տալիս, որ չնայած կանանց մեծ մասը՝ 61.7 %-ը, դրական վերաբերմունքի է արժանացել աբորտի միջամտություն իրականացնելիս, այնուամենայնիվ, կանանց մի զանգված էլ հիշում է սեփական անձի նկատմամբ անտարբեր վերաբերմունքի մասին (17.5%, տե՛ս գծապատկեր 20): Հարցման մասնակից կանանց մոտ 15%-ն էլ նշել է բուժանձնակազմի՝ ոչ պատշաճ մոտեցման մասին՝ անհիմն հարցեր լսելով նրանցից աբորտ իրականացնելու պատճառների մասին: Բացասական, խտրական վերաբերմունքի մասին նշել է հարցվողների մոտավորապես 4 %-ը:

Գծապատկեր 20. Բուժանձնակազմի վերաբերմունքը աբորտի միջամտություն իրականացնելիս, %



Հարցման արդյունքները թույլ են տալիս արձանագրել նաև, որ բուժանձնակազմը նման վերաբերմունք է ցուցաբերում գրեթե բոլոր տարիքի կանանց նկատմամբ՝ բացառությամբ շատ երիտասարդների և 41-ից բարձր տարիք ունեցողների (տե՛ս աղյուսակ 11):



**Աղյուսակ 11. Բուժանձնակազմի վերաբերմունքը աբորտի միջամտություն
իրականացնելիս՝ ըստ տարիքի, %**

Տարիքը	Դրական, որևէ խնդրի չեմ բախվել	Անտարբեր	Բացասական, կիրառվել է խտրական վերաբերմունք	Անհիմն հերթերի եմ բախվել և սպասել երկար ժամանակ	Անհիմն հարցեր են ուղղվել ինձ	Ընդամենը
Մինչև 18	-	100.0	-	-	-	100.0
18-20	-	100.0	-	-	-	100.0
21-25	62.5	18.8	6.3	-	12.5	100.0
26-30	66.2	9.2	4.6	3.1	16.9	100.0
31-35	62.5	16.1	1.8	1.8	17.9	100.0
36-40	50.0	33.3	4.2	4.2	8.3	100.0
41 և ավել	75.0	25.0	-	-	-	100.0

Մարզային կտրվածքով հարցի վերլուծությունը ևս բացահայտում է, որ գրեթե բոլոր մարզերում (բացառությամբ Սյունիքի, Տավուշի, Վայոց Ձորի, տե՛ս աղյուսակ 12) առկա է խնդիր՝ բուժանձնակազմի կողմից անհիմն հարցեր են հնչում բուժառուի հղիության ընդհատման պատճառների մասին: Նույն աղյուսակի տվյալները ցույց են տալիս այլ գործոններ ևս, որոնք բացասական տպավորություն են ստեղծում կանանց մոտ: Օրինակ, հղիության ընդհատման ծառայությունից օգտվելիս կանայք հերթերի մեջ անհիմն երկար են սպասում, մասնավորապես՝ Երևանում և Կոտայքի մարզում: Իսկ բացասական և խտրական վերաբերմունքի մասին Նշել են կրկին Երևանում և Գեղարքունիքի մարզում բնակվող կանայք:



**Աղյուսակ 12. Բուժանձնակազմի վերաբերմունքը աբորտի միջամտություն
իրականացնելիս՝ ըստ մարզի, %**

Մարզը	Դրական, որևէ խնդրի չեմ բախվել	Անտարբեր	Բացասական, կիրառվել է խտրական վերաբերմունք	Անհիմն հերքերի եմ բախվել և սպասել երկար ժամանակ	Անհիմն հարցեր են ուղղվել ինձ	Ընդամենը
Երևան	56.6	15.7	7.2	3.6	16.9	100.0
Արագածոտն	50.0	-	-	-	50.0	100.0
Արարատ	70.0	20.0	-	-	10.0	100.0
Արմավիր	78.6	14.3	-	-	7.1	100.0
Գեղարքունիք	57.1	21.4	7.1	-	14.3	100.0
Կոտայք	57.9	15.8	-	5.3	21.1	100.0
Լոռի	63.2	21.1	-	-	15.8	100.0
Շիրակ	77.8	11.1	-	-	11.1	100.0
Սյունիք	100.0	-	-	-	-	100.0
Տավուշ	66.7	33.3	-	-	-	100.0
Վայոց Ձոր	25.0	75.0	-	-	-	100.0

Հարցման մասնակից կանայք, վերհիշելով և վերլուծելով իրենց հղիության ընդհատման փորձառությունը, կիսվել են իրենց մտքերով, որոնք վկայում են և՛ բժշկական հաստատություններում առկա խնդիրների, և՛ նրանց ու պտղի ֆիզիկական առողջության, և՛ հոգեկան ծանր ապրումների մասին, որ ունեցել են ընթացքում և հետո: Նրանց մտքերը ներկայացված են ստորև բերված խմբավորումների ներքո.

1. Բժշկական հաստատություններում առկա խնդիրների մասին,
2. Երբ հոգեբանորեն և ֆիզիկապես պատրաստ չեն երեխայի ծնվելուն,
3. Բժշկական ցուցում,
4. Զղջման խոսքեր:



1. Բժշկական հաստատություններում առկա խնդիրների մասին

«Իրականում բժիշկների և բուժքույրերի մեծամասնությունը ոչ զգայուն մոտեցում է ցուցաբերում՝ առանց մտածելու, որ իրենց անգամ մեկ խոսքը կարող է վիրավորել դիմացինին»:

31-35 տարեկան կին, Երևան

«Ինձ պոլիկլինիկայում ասել էին, որ սիրտ կա, ու եթե ուզեմ, անգամ կարող եմ լսել, բայց դա կարող է վնասել պտղին: Իսկ արդեն արբորտից առաջ ստիպեցին լսել, ու ես ահավոր ցավում էի դրա համար»:

21-25 տարեկան կին, Երևան

«Բուժքույրը լայնացման դեղն էր դնում հեշտոցս ու մեղադրում, որ նման քայլի եմ գնում, հատկապես, եթե երեխաներ չունեմ»:

21-25 տարեկան կին, Երևան

«Յդիանալու մեջ միայն ես չեմ մեղավոր, թող պրոցեսի մեջ ներգրավեն տղամարդուն, ու բժիշկը թող քննադատի տղամարդուն, առաջին հերթին»:

36-40 տարեկան կին, Վայոց Ձորի մարզ

2. Երբ հոգեբանորեն և ֆիզիկապես պատրաստ չեմ երեխայի ծնվելուն

«Հոգեբանական ապրումներ, սթրես: Գոնե բժիշկը պետք է ասի, որ սպասվում է հոգեբանական ծանր իրավիճակ, ծանր ապրումներ, երբ մյուս բալիկներիդ աչքերի մեջ նայելիս շատ վատ ապրումներ ես ունենում, աննկարագրելի...»

36-40 տարեկան կին, Լոռվա մարզ

«Այդ պահին պատրաստ չէի 2-րդ երեխային: Առաջինը աղջիկ է: Բժիշկը առաջարկում էր էխո անել՝ սեռը պարզելու համար: Մտածում էր, որ տղա լինի. չեմ հրաժարվի, բայց ինձ սեռը չէր հետաքրքրում: Ես պարզապես պատրաստ չէի 2-րդ երեխայի պատասխանատվությանը. առաջինը դեռ մեկ ու կես տարեկան էր»:

31-35 տարեկան կին, Գեղարքունիքի մարզ



«Ֆիզիկապես և հոգեպես սպառվել էի»:

31-35 տարեկան կին, Երևան

3. Բժշկական ցուցում

«Աբորտը եղել է բժշկական նկատառումներից ելնելով. 15 շաբաթական հղիություն էր, առաջին սքրինինգի ժամանակ նկատվեց պտղի սրտի լուրջ արատ: Բժիշկների (մեկ սքրինինգով չենք բավարարվել) բացատրելուց և ուսումնասիրելուց հետո պարզ դարձավ՝ կամ հերթական այցի ժամանակ կնկատվեր պտղի սրտի կանգ, կամ, եթե ծնվեր, երկար չէր ապրի երեխան: Մեզ տրվել է ընտրության հնարավորություն՝ բարդ ու դաժան ընտրություն էր: Բայց մենք՝ ամուսնուս հետ, կայացրինք մեր կյանքի ամենադաժան որոշումը՝ 2024 թ. նոյեմբերին»:

26-30 տարեկան կին, Երևան

«Նման քայլի չէի դիմի, եթե չլիներ պտղի զարգացման խնդիր»:

31-35 տարեկան կին, Արարատի մարզ

«Աբորտը պարտադիր էր, քանի որ պտղի աճ չկար: Իսկ երկրորդ հղիության ժամանակ պորտալարի անջատում էր, 1 շաբաթ դեղահաբ ընդունելուց հետո չկար փոփոխություն, արդյունքում՝ նորից աբորտ»:

26-30 տարեկան կին, Երևան

«Արտարգանդային էր՝ փրկեցինք իմ կյանքը»:

21-25 տարեկան կին, Կոտայքի մարզ



ԱՄՓՈՓՈՒՄ

ԱՄՓՈՓԵԼՈՎ ԻՐԱԿԱՆԱՑՎԱԾ ՔԱՆԱԿԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ

ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆԸ՝ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵՆՔ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ:

✓ Հղիության արհեստական ընդհատման վերջին 5 տարիների օրինակով կարող ենք արձանագրել, որ 1-2 տարի առաջ ընդհատում իրականացրած կանայք համեմատաբար մեծ խումբ են կազմում (38.8%): Մեծությամբ հաջորդ խմբի կանանց (35.0%-ի) փորձառությունը 3-5 տարվա վաղեմություն ունի: Իսկ վերջին տարում հղիության արհեստական ընդհատման դիմել է հարցման մասնակից ամեն չորրորդ կին:

✓ Արհեստական ընդհատում ավելի շատ իրականացվում է դեղորայքի միջոցով (62.8%), որն ավելի շատ տարածում ունի Երևանում, քան մարզերում: Այնուհետև տարածված է վիրահատական մեթոդով հղիության ընդհատումը (24.6%), որը, ընդհակառակը, կրկնակի շատ տարածված է մարզերում: Համակցված տարբերակով՝ դեղորայքային և վիրահատական ընդհատման փորձառությունը կիսում է հարցվողների 11.5%-ը:

✓ Կանայք արհեստական ընդհատում իրականացրել են ոչ միայն հիվանդանոցներում/պոլիկլինիկաներում, այլ նաև տանը, ընդ որում՝ ոչ միայն բժշկի վերահսկողությամբ, այլ նաև ծանոթ/բարեկամների խորհրդով: Այսպես, հարցման մասնակից կանանց գրեթե կեսը (53%-ը) օգտվել է հիվանդանոցային ծառայություններից, մոտ 42%-ը հղիությունն ընդհատել է տանը՝ բժշկի վերահսկողությամբ, իսկ մոտ 5%-ը՝ տանը ծանոթների խորհրդով: Մեծամասամբ մարզաբնակ կանայք են տանը ծանոթ/բարեկամների խորհրդով արհեստական ընդհատում իրականացնողները. Երևանաբնակների դեպքում այն շատ փոքր թիվ է կազմում:

✓ Հարցմանը մասնակցած կանանց միայն 7%-ի համար է արհեստական ընդհատում իրականացնելը եղել անվճար: Կանանց համեմատաբար մեծ զանգված՝ մոտ 27 %-ն աբորտ իրականացնելիս ծախսել է 20-40 հազար ՀՀ դրամ: Հարցվողների 17%-ն էլ հղիության ընդհատման գործընթացում ծախսած գումարը գնահատել է մինչև 60 հազար ՀՀ դրամ: Յուրաքանչյուր երրորդ կին չի հիշում, թե որքան գումար է ծախսել ընդհատման ծառայությունից օգտվելիս:

✓ Հղիության ընդհատումից առաջ բժիշկն իրեն դիմած հղի կնոջը պարտավոր է տրամադրել ընդհատման վերաբերյալ վերջնական որոշում կայացնելու ժամանակահատված՝ երեք օրացուցային օր ժամկետով: Այդ ժամկետը տրվել է հարցման մասնակից կանանց գրեթե 33%-ին: Ինչքան կնոջ տարիքը

փոքր է, այնքան շատ դեպքերում է այդ սպասելաժամանակը տրամադրվել:

✓ Բժշկական հաստատություններում կանանց միայն 37.7%-ի համար է իրականացվել է հետաքրորտային խորհրդատվություն: Այս ցուցանիշը բարձր է հատկապես Կոտայքի, Սյունիքի, Արարատի մարզերում և Երևանում:

✓ Անցանկալի հղիությունից պաշտպանվելու համար հարցման մասնակից կանանց մեծ մասը՝ 71%-ը, օգտագործում է հակաբեղմնավորման միջոցներ:

✓ Հակաբեղմնավորման միջոցներից տարածված են հիմնականում պահպանակները (46.9%) և ընդհատված սեռական հարաբերությունը (43.1%): Կանանց մի մասն էլ անցանկալի հղիությունից պաշտպանվելու համար նախընտրել է տեղադրել ներարգանդային պարույր կամ առաջնորդվում է պտղաբերության օրերի հաշվարկով:

✓ Պահպանակներն ավելի շատ կիրառվում են գյուղերում, քան քաղաքներում ապրող կանանց շրջանում: Իսկ հորմոնալ դեղահաբերը և սերմնասպան մոմիկները տարածված են միայն քաղաքում բնակվող կանանց շրջանում:

✓ Հարցման մասնակից կանանց մոտ 22 %-ը նշել է, որ մասամբ ապահովված, իսկ 6%-ը, որ ընդհանրապես ապահովված չի եղել գաղտնիության և անձնական տվյալների պաշտպանվածությունը բժշկական հաստատություններում: Կանանց մեծ մասը (59 %-ը) խնդիր չի տեսել այս առումով:

✓ Բժիշկները հրաժարվել են հղիության ընդհատում իրականացնել հարցման մասնակից կանանց մոտ 10%-ին: Այս պարագայում նրանց մեծ մասը դիմում է այլ բուժհաստատություններ (52.6 %), փնտրում այլ մեթոդներ (21.1 %) և միայն չորսից մեկն է որոշում կայացնում՝ պահպանել հղիությունը (26.3%-ը):

✓ Հարցման մասնակից 10 կնոջից միայն 3-ն է (30.1%-ը) աբորտի ծառայությունից օգտվելիս իր փորձառությունը գնահատել դրական: 46.4 %-ը միջին, իսկ 23.5%-ը բացասական տպավորություն է ստացել գործընթացից:

✓ Կանանց մեծ մասը՝ 61.7 %-ը, բուժանձնակազմի կողմից դրական վերաբերմունքի է արժանացել աբորտի միջամտություն իրականացնելիս, 4%-ի նկատմամբ ցուցաբերվել է բացասական, խտրական վերաբերմունք, 17%-ի նկատմամբ՝ անտարբերություն: Հարցման մասնակից կանանց մոտ 15%-ն էլ նշել է բուժանձնակազմի՝ ոչ պատշաճ մոտեցման մասին՝ անհիմն հարցեր լսելով նրանցից աբորտ իրականացնելու պատճառների մասին:



ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ.

ՕՐԵՆՍԴՐԱԿԱՆ ՈԼՈՐՏԻ ԱՌԱՋԱՐԿՆԵՐ

- Ուժը կորցրած ճանաչել «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքի մասին» օրենքի հոդված 10-ի կետ 4ը, որը վերաբերում է եռօրյա պարտադիր սպասելաժամանակին:
- «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքի մասին» օրենքի հոդված 10-ի կետ 6 վերաշարադրել հետևյալ ձև. «Ընդհատման բժշկական միջամտությունն իրականացնելուց անմիջապես առաջ կնոջ ցանկությամբ բժիշկը կարող է կնոջը ընդհատման հնարավոր բացասական հետևանքների վերաբերյալ տրամադրել անվճար խորհրդատվություն...»:
- «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքի մասին» օրենքի հոդված 10-ի կետ 3 վերաշարադրել հետևյալ ձև. «Ընդհատումը մինչև 16 տարեկան անձի դիմումով կատարվում է նրա օրինական ներկայացուցչի, իսկ վերջինիս բացակայության դեպքում՝ նրա լիազորած կոնտակտային անձի գրավոր համաձայնությամբ, ընդ որում բուժհաստատության տնօրինությունը ձեռնարկում է միջոցներ՝ ապահովելու մինչև 16 տարեկան երեխայի՝ իր կարծիքն ազատ արտահայտելու և լսված լինելու իրավունքը, ինչպես նաև հաշվի առնում նրա կարծիքը՝ իր տարիքին և հասունության մակարդակին համապատասխան:
- Օրենսդրորեն կարգավորել բժիշկների կողմից աբորտի ծառայություններ մատուցել հրաժարման դեպքերը՝ նախատեսելով պարտադիր ուղղորդումներ այն դեպքերում, երբ կա այլ մասնագետ և բացառել ծառայություններ մատուցելուց հրաժարվելը, եթե տվյալ բուժհաստատությունում այդ մասնագետը միակն է:

ՔԱՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՈԼՈՐՏԻ ԱՌԱՋԱՐԿՆԵՐ

- Ներառել աբորտի ծառայությունները համընդհանուր առողջապահության ապահովագրության ծածկույթում: Մինչ այդ, վերանայել աբորտի ծառայությունների արժեքը, այն դարձնել առավել հասանելի կանանց համար, ինչպես նաև ներառել ընդհանուր անզգայացումը ծառայությունների արժեքի մեջ:
- Բացառել տղայի նախապատվությամբ պայմանավորված աբորտների իրազեկման շրջանակներում աբորտը արգելող կամ խարանդ

գովազդների տարածումը:

- ՀՀ հանրակրթական դպրոցներում ներդնել ԱՀԿ չափորոշիչներին համապատասխան համապարփակ սեռական կրթություն:

ԻՐԱԶԵԿՄԱՆՆ ՈՒՂԴԱԾ ԱՇԽԱՏԱՆՔՆԵՐ

- Պարբերաբար և շարունակական ձևով կազմակերպել դասընթացներ բուժաշխատողների համար աբորտի հասանելիության, խարանի բացառման, գաղտնի և մեկուսի պայմաններում ծառայություններ մատուցելու թեմաների վերաբերյալ:
- Իրականացնել իրազեկման հանդիպումներ կանանց կոնսուլտացիաներում կանանց տարբեր խմբերի համար հասանելի աղբյուրների միջոցով աբորտի իրականացման եղանակների, ընտանիքի պլանավորման այլ եղանակների վերաբերյալ:



