



FRIEDRICH
EBERT
STIFTUNG

Ծննդոց նախապայմաններ Հասարակական

իրավակարգավորումներ և իրավունքներ

2023



ՀՏԴ 34.03(479.25):618
ԳՄԴ 67.99(5Հ)+57.1
Ս 566

Հետազոտության հեղինակներ՝

Գևորգ Սլոյան

Ծրագրի իրավաբան-փորձագետ, փաստաբան

Թագուհի Մելքոնյան

Ծրագրի իրավաբան-փորձագետ

Աստղիկ Կարապետյան

Ծրագրի ղեկավար

Փորձագետ՝

Ինգա Ավանեսյան գինեկոլոգ-մանկաբարձ, բժշկական գիտությունների
թեկնածու

Խմբագիր՝ **Անժելա Ավագյան**

Նկարագարողումներն ու ձևավորումը՝ **Վարսենիկ Ըռքոյանի**

Սլոյան Գևորգ, Մելքոնյան Թագուհի, Կարապետյան Աստղիկ
Ս 566 Ծննդոգնությունը Հայաստանում. իրավակարգավորումներ և
իրավունքներ /
Գ. Սլոյան, Թ. Մելքոնյան, Ա. Կարապետյան.- Եր.: «Կետ 33» հասարակական
կազմակերպություն, 2023.- 124 էջ:

Հետազոտությունն իրականացվել է «Կետ 33» հասարակական կազմակերպության
կողմից՝ Ֆրիդրիխ Էբերտ հիմնադրամի հետ համագործակցությամբ, «Աջակցող
միջավայր հղիության, ծննդաբերության և հետծննդաբերական շրջանում» ծրագրի
շրջանակներում::

Հետազոտության բովանդակության համար պատասխանատու է «Կետ 33»
հասարակական կազմակերպությունը. այն կարող է չհամընկնել Ֆրիդրիխ Էբերտ
Հիմնադրամի պաշտոնական դիրքորոշման հետ:

ՀՏԴ 34.03(479.25):618
ԳՄԴ 67.99(5Հ)+57.1

ISBN 978-9939-1-1605-1

© «Կետ 33» հասարակական կազմակերպություն, 2023

© Ֆրիդրիխ Էբերտ հիմնադրամ, 2023

Հղումը պարտադիր է աշխատանքից մեջբերումներ անելու դեպքում:

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

Նախաբան	4
Մոր և մանկան խնամքը Հայաստանում	7
Ընդհանուր տվյալներ մոր և մանկան առողջության հարցերի վերաբերյալ	11
Պետության կողմից իրավական կարգավորումներով ցուցված առողջապահական ծառայությունները նախաձննդյան շրջանում.....	19
Պետության կողմից իրավական կարգավորումներով ցուցված առողջապահական ծառայությունները ծննդալուծության շրջանում.....	40
Պետության կողմից իրավական կարգավորումներով ցուցված առողջապահական ծառայությունները հետծննդաբերական շրջանում.....	45
Պետական նպաստներ	62
Մոր և մանկան խնամքի միջազգային փորձը	65
Հարգված իրավունքներ, արժանապատիվ մայրություն	80
Մանկաբարձական բռնություն	98
Ամփոփում.....	103
Հավելված 1.....	106
Հավելված 2	111
Օգտագործված աղբյուրներ	116

ՆԱԽԱԲԱՆ

Հայաստանում ծնելիության աճը չի ապահովում անգամ պարզ վերարտադրողականության համար անհրաժեշտ մակարդակը, այսինքն՝ մեկ կնոջ հաշվով ծնվող երեխաների 2,15 թիվը: Ծնելիության աճի մակարդակը 2020-ի տվյալներով 1,6 է: Վերջին երեսուն տարիների ընթացքում կենդանածին երեխաների թիվը ավելի քան կրկնակի նվազել է: Եթե 90-ականներին ծնվում էր շուրջ 79 հազար երեխա, ապա 2001-2002-ին ծնվել է շուրջ 32 000 երեխա, որոնք վերարտադրողական տարիք են մտնելու 2025-ից:

ՄԱԿ-ի կանխատեսումների համաձայն՝ ծնելիության անկման առկա միտումների պահպանման դեպքում 2024 թվականին կարձանագրվի ընդամենը 25 000 ծննդաբերություն¹: Իսկ միայն 2020-ի Արցախյան պատերազմի հետևանքով ստեղծված ժողովրդագրական աղետը հիմք է տալիս ենթադրելու, որ ծնելիության աճի նվազման այս միտումներն առկա են: Հետևաբար առաջնահերթ են դառնում ծնելիության խթանման, վերարտադրողական առողջության, արժանապատիվ մայրության և նորածնի խնամքի հարցերը:

Հայտնի է, որ ծնելիության ցուցանիշների վրա առողջապահական համակարգի ազդեցությունն անուղղակի է, միջնորդավորված, սակայն առողջապահական ծրագրերի իրականացման միջոցով հնարավոր է մասամբ վերականգնել «չծնված» երեխաների ռեզերվը՝ վերջնական արդյունքում դրականորեն ազդելով նաև ծնելիության վրա²: Առողջապահության ազգային ինստիտուտի տվյալների համաձայն, օրինակ, ծննդոգնության ծառայությունների մատչելիությանն ու որակի բարձրացմանը, վերարտադրողական, մոր և մանկան առողջության բարելավմանն ուղղված ծրագրային

1 ՀՀ Կառավարության «Առողջ ապրելակերպի խթանմանն ուղղված միջոցառումները հաստատելու մասին» 827-Լ որոշում, 20.05.2021, <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docID=152913>

2 Տես ՀՀ առողջապահության ազգային ինստիտուտ, «Մոր և մանկան առողջության ցուցանիշների միտումները, հիմնախնդիրները, առաջիկա ռազմավարական ուղղությունները», 2020, <https://nih.am/assets/pdf/atvk/db7aad88a52714a90f6b69ecca6df204.pdf>

միջոցառումները նպաստել են պերինատալ կորուստների նվազեցմանը. 2016-2018 թվականներին պերինատալ կորուստները նվազել են 769 դեպքով³:

Այսպիսով, ի թիվս այլ միջոցառումների, ծնելիության աճի վրա ազդող առողջապահական գործոններն են.

- հղիների նախածննդյան հսկողության և վարման ծառայությունների մատչելիության և որակի բարձրացում, ներառյալ՝ պրենատալ ախտորոշման սքրինինգների ընդլայնումը, հղիության և պտղի ախտաբանությունների վաղ հայտնաբերումը և արդյունքում պրենատալ կորուստների՝ ինքնաբեր վիժումների ու մեռելածնության դեպքերի կրճատումը.
- անվտանգ ծննդոգնության ապահովում, ներառյալ՝ անհետաձգելի և արտագնա մանկաբարձական ծառայությունների բարելավումը.
- նեոնատալ ծառայության ուժեղացում, անհաս, ցածր քաշով և հիվանդ նորածինների բուժման և խնամքի բարելավում՝ արդյունքում նորածնային/մանկական մահերի նվազեցմամբ⁴:

Վերոնշյալ գործոնները կարևոր են թե՛ պետական և ազգային մակարդակում դրական ցուցանիշներ արձանագրելու, թե՛ կնոջ և նրա ընտանիքի հոգեհուզական բարեկեցության համար: Եվ կարևոր են ոչ միայն որակյալ ծննդոգնությունն ու երեխայի խնամքի վերաբերյալ ֆիզիկական թվային տվյալները, այլև կնոջ ու երեխայի իրավունքների պաշտպանությունն ու արժանապատիվ բուժօգնությունն ու սպասարկումը:

Միջազգային բժշկական կառույցներն ու գիտնականները քննարկման առարկա են դարձնում «արժանապատիվ ծննդօգնություն» հասկացությունը, որի հիմքում իրավունքների պաշտպանությունն է, հարգանքը կնոջ և նրա նորածնի հանդեպ, հոգատար, արդար և անկաշառ բուժօգնությունն ու սպասարկումը: Եվ ընդգծվում է այն միտքը, որ կլինիկական սպասարկումը որակյալ

3 Նույն տեղում:

4 Նույն տեղում

ծննդոգնության միայն մի բաղադրիչն է, և արժանապատիվ վերաբերմունքը ոչ թե հավելյալ, այլ որակյալ ծննդոգնության մյուս անբաժանելի բաղադրիչն է:

Այս հետազոտության մեջ անդրադարձել ենք հայաստանյան օրենսդրության կարգավորումներին ծննդոգնության, անվճար տրամադրվող ծառայություններին նախաձննդյան, ծննդաբերական, հետծննդաբերական շրջաններում, ֆինանսական աջակցման նպաստներին: Ուսումնասիրվել և վերլուծվել են իրավական նորմերը, ներկայացվել են վիճակագրական պաշտոնական տվյալներ, օգտագործվել են նաև բաց աղբյուրներում առկա այլ նյութեր:

Կարևորել ենք նաև հղիությունից մինչև հետծննդաբերական շրջանում կանանց աջակցող նոր մասնագետների գործունեության հարցերը. այս նպատակով տեղեկությունների հավաքման համար իրականացվել են անհատական հարցազրույցներ դուկաների, կրծքով կերակրելու խորհրդատու-մասնագետների հետ:

Հետազոտության մեջ անդրադարձ է կատարվել նաև «արժանապատիվ ծննդոգնություն» հասկացությանը, կանանց հիմնարար իրավունքներին, տարբեր երկրներում ծննդոգնության կազմակերպման փորձին:

Հետազոտության նպատակն է ներկայացնելու ծննդոգնության վերաբերյալ օրենսդրական կարգավորումները, կանանց իրավունքները նախաձննդաբերական, ծննդաբերական ու հետծննդաբերական փուլերում, ինչպես նաև վեր հանելու առկա խնդիրները և դրանց լուծման ուղղությամբ առաջարկություններ անել:

Հետազոտությունն իրականացրել է «Կետ 33» հասարակական կազմակերպությունը՝ Ֆրիդրիխ Էբերտ հիմնադրամի հետ համագործակցությամբ, «Աջակցող միջավայր հղիության, ծննդաբերության և հետծննդաբերական շրջանում» ծրագրի շրջանակներում:

ՄՈՐ ԵՎ ՄԱՆԿԱՆ ԽՆԱՄՔԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ

Հայաստանում կանանց գերակշիռ մասը ծննդաբերում է բուժհաստատություններում: Առողջապահության նխարարության տվյալների համաձայն՝ 2019-2021 թվականների ընթացքում ծննդոգնություն իրականացնող հաստատություններում ծննդալուծությունների տոկոսը կազմել է 99,9 տոկոս, իսկ ծննդոգնություն իրականացնող հաստատություններից դուրս՝ 0,03 տոկոս: Ընդ որում՝ նշվում է, որ բուժհաստատությունից դուրս տեղի ունեցած ծննդալուծությունից հետո բոլոր ծննդկանները տեղափոխվում են համապատասխան հաստատություններ⁵:

Չնայած այն հանգամանքին, որ ծննդալուծությունները գլխավորապես բուժհաստատություններում են տեղի ունենում, կանանց փորձը տարբեր է՝ պայմանավորված նրանով, թե ինչ բուժհաստատությունում է կինը սպասարկվել, ինչ որակավորում ունեցող մասնագետ է եղել նրա կողքին, ինչ ռեսուրսներ և հնարավորություններ է ունեցել բուժհաստատությունը և այլն: Ի դեպ, որակավորված մասնագետ ասելով՝ նկատի են առնվում բժիշկը, բուժքույր/մանկաբարձուհին, բուժակը: Միևնույն ժամանակ նշվում է, որ չեն հավաքվում տվյալներ այն մասին, թե ծնունդների որ տոկոսն են ընդունում մանկաբարձ-գինեկոլոգները, որ մասը՝ մանկաբարձները և այլ մասնագետներ, քանի որ թե՛ բժիշկը, թե՛ մանկաբարձը, ինչպես նշեցինք, համարվում են որակավորված մասնագետ⁶:

Համարվում է, որ Հայաստանում ծննդոգնությունն անվճար է, և առողջապահական ծառայությունները հասանելի են բոլոր կանանց: Այսպես. 2016-ի տվյալներով՝ կանանց 99,6 տոկոսը ստացել է նախածննդյան հսկողություն և խնամք որակավորված մասնագետի կողմից, և 92,4 տոկոսն անցել է հետծննդյան ստուգում՝ ծննդաբերությունից հետո երկու օրվա ընթացքում⁷:

5 Տե՛ս Հավելված 1-ը:

6 Տե՛ս Հավելված 1-ը:

7 ՀՀ վիճակագրական ծառայություն, Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտություն, 2016, https://armstat.am/file/article/dhs_kir_2015-16-arm.pdf

Հղիության սկզբից ի վեր կինը հնարավորություն ունի հաշվառվելու բուժհաստատությունում և ստանալու բավարար առողջապահական խնամք՝ նախածննդաբերական, ծննդաբերական և հետծննդաբերական փուլերում: Հատկանշական է, որ պետությունը կարևորում է հղիների նախածննդյան խնամքի վաղ ընդգրկումը, ինչպես նաև նախածննդյան խնամքն իր ամբողջական բաղադրիչներով ստացող կանանց թվի աճը: Օրինակ՝ Վերարտադրողական առողջության բարելավման 2016-2020 թվականների ռազմավարությամբ նախատեսված է, որ հղիների նախածննդյան հսկողության վաղ ընդգրկման ցուցանիշը 65 տոկոսից պետք է հասցվի 85 տոկոսի, նախածննդյան խնամքն իր բոլոր բաղադրիչներով ստացող հղի կանանց տոկոսը 90-ից կհասցվի առնվազն 95 տոկոսի⁸:

Այս դեպքում կարելի է փաստել, որ նպատակն իրագործվել է: Առողջապահության նախարարության տվյալներով՝ 2019 թվականին հղիության մինչև 12 շաբաթական ժամկետում հսկողության է վերցվել հղիների 76 2 տոկոսը, 2020-ին՝ 80 02 տոկոսը, 2021-ին՝ 78 տոկոսը⁹:

Նախածննդաբերական փուլից ի վեր առողջապահական խնամքն ու հսկողությունը հիմնականում ապահովում են բժիշկ գինեկոլոգները, բուժքույրերը, մանկաբարձները: Իհարկե, կնոջ ու նորածնի հետ աշխատում են նաև այլ մասնագետներ՝ իրականացնելով պարտադիր և ըստ կարիքի հետազոտություններ ու ստուգումներ, միջամտություններ:

Ծննդոգնությունը տրամադրում են բուժկենտրոններում գործող մանկաբարձագինեկոլոգիական բաժանմունքները և առանձին ծննդատները: Այս կազմակերպությունները դասակարգվում են ըստ մակարդակների: Առողջապահության նախարարի 2018-ի հուլիսի 30-ի 1941-Ա հրամանով սահմանված է երեք մակարդակ¹⁰: Առաջին մակարդակի կազմակերպությունների գործառույթներն են ծննդաբերության ընդունումը, ծննդաբերության ընթացքում

8 ՀՀ Վերարտադրողական առողջության բարելավման 2016-2020 թվականների ռազմավարություն, 23.06.2016, <https://www.irtek.am/views/act.aspx?aid=86074>

9 Տես Հավելված 1-ը:

10 ՀՀ առողջապահության նախարարի 1941-Ա հրաման, 30.07.2018:

առաջացող բարդությունների ախտորոշումն ու անհրաժեշտ բուժօգնության կազմակերպումը, նորածնային սբրինինգները, միայն անհետաձգելի դեպքում կեսարյան հատումը: Այս կազմակերպությունները պետք է տարեկան ընդունեն առնվազն 150 ծնունդ:

Երկրորդ մակարդակի կազմակերպությունների գործառույթների մեջ մտնում է մասնագիտական օգնությունը նորմալ, միջին ռիսկի խմբի հղիներին. այս դեպքում կարևոր է, որ թե՛ կնոջ, թե՛ նորածնի առողջության համար հատուկ, նեղ մասնագիտացված հետազոտում և բուժում չի պահանջվում: Իրականացնում են նաև թե՛ պլանային, թե՛ անհետաձգելի մանկաբարձագինեկոլոգիական վիրահատություններ: Սակայն այն դեպքերում, երբ կնոջն անհրաժեշտ է ավելի բարձր մակարդակի բուժօգնություն, նրան ընդունելուց և վիճակը կայունացնելուց հետո տեղափոխում են երրորդ մակարդակի բուժկենտրոն: Երկրորդ մակարդակի կազմակերպությունները տարեկան պետք է ընդունեն առնվազն 500 ծնունդ:

Երրորդ մակարդակում բազմապրոֆիլ պերինատալ բժշկական կենտրոնները կամ ծննդօգնության բժշկական կազմակերպություններն են, որոնք ունեն հատուկ և նեղ մասնագիտացված մանկաբարձական, գինեկոլոգիական, նեոնատոլոգիական բաժանմունքներ: Այս կազմակերպությունները մասնագիտական բուժօգնություն են ցուցաբերում ոչ միայն նորմալ, միջին ռիսկի հղիներին ու նորածիններին, այլ նաև բարձր ռիսկի ախտաբանությունների դեպքում: Երրորդ մակարդակի կազմակերպությունները տարեկան պետք է ընդունեն առնվազն 1800 ծնունդ:

Կնոջ համաձայնության դեպքում բուժանձնակազմի անդամներից բացի կոնսուլտացիաների և նույնիսկ ծննդաբերության ժամանակ կարող է ներկա լինել երրորդ անձ՝ ամուսինը, դուկան և այլ հարազատ մեկը: Ի դեպ, սա նոր կարգավորում է, սահմանվել է 2020 թվականի ապրիլի 21-ին, առողջապահության նախարարի հրամանով: Ըստ այդ կարգավորման՝ հոգեբանական աջակցություն տրամադրելու նպատակով թույլատրվում է մեկ անձի ներկայություն նախաձնարանում և ծնարանում¹¹:

11 ՀՀ առողջապահության նախարարի 13-Ն հրաման, 21.02.2020,

Ինչպես նշեցինք, ծննդագնության ծառայությունները անվճար են ՀՀ քաղաքացիների և մի խումբ այլ անձանց դեպքում, սակայն կան ծառայություններ, որոնց դիմաց վճարում է կինը և նրա ընտանիքը, իսկ ապահովագրություն ունենալու դեպքում՝ ապահովագրական ընկերությունը:

Միևնույն ժամանակ, Հայաստանում համեմատաբար նոր մասնագետներ են սկսում գործել, որոնց ծառայություններից կանայք օգտվում են իրենց ցանկությամբ, և, հետևաբար, վճարում են նաև իրենք կամ իրենց ընտանիքը: Խոսքը վերաբերում է հղիների ֆիթնեսի մասնագետներին, դոկաներին, կրծքով կերակրելու խորհրդատուներին:

Կարևոր է նշել, որ բացի բուժհաստատության կողմից հատկացվող ծառայությունների անվճար փաթեթից՝ պետությունը տրամադրում է նաև նպաստներ, մասնավորապես՝ մայրության նպաստ, երեխայի ծննդյան միանվագ նպաստ և մինչև երկու տարեկան երեխայի խնամքի նպաստ:

ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՏՎՅԱԼՆԵՐ ՄՈՐ ԵՎ ՄԱՆԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՀԱՐՅԵՐԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

Ընտանիքը, որպես հասարակության բնական և հիմնական բջիջ, բնակչության պահպանման և վերարտադրման հիմք, ինչպես նաև մայրությունը և մանկությունը պետության հատուկ պաշտպանության և հովանավորության ներքո են: Սա ամրագրվում է ՀՀ Սահմանադրության 16-րդ հոդվածով¹²:

Մայրության և վերարտադրողական իրավունքների պաշտպանության տեսանկյունից առանցքային կարգավորում է նաև Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին օրենքի 6-րդ հոդվածը¹³.

1. Մայրությունը և մանկությունը գտնվում են պետության և հասարակության հովանավորության ու պաշտպանության ներքո և աջակցություն ստանալու իրավունք ունեն:
2. Կինն ունի անվտանգ մայրության, այն է՝ հղիության ընթացքում առողջության պահպանման, ծննդաբերության և հետծննդյան ժամանակաշրջանում իր, պտղի առողջությանը և նորածնին նվազագույն ռիսկ պատճառող մեթոդների կիրառմամբ օգնություն ստանալու իրավունք:
3. Հղիության ընթացքում ցանկացած բժշկական միջամտություն կատարվում է կնոջ համաձայնությամբ: Կինն իրավունք ունի հրաժարվել բժշկական միջամտությունից կամ պահանջել ընդհատել այն:
4. 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 հիվանդությունների դեպքերում՝ ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կարգով:

12 ՀՀ Սահմանադրություն, հոդված 16, 2015, <https://www.president.am/hy/constitution-2015/>

13 ՀՀ օրենքը «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին», 11.12.2012, <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/86608/97917/F523374713/ARM86608.pdf>

5. 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:
6. 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:

Իրավունքների պաշտպանության հանձնառության կարևոր բաղադրիչներից մեկը գործնական քայլերի կատարումն է, որի արդյունքները նաև թվային ցուցանիշների բարելավմամբ են արտահայտվում:

Ժողովրդագրական տվյալներ: Հայաստանը բնութագրվում է որպես նվազող բնակչությամբ և դեմոգրաֆիական առումով ծերացող երկիր. ՀՀ վիճակագրական կոմիտեի տվյալներով¹⁴՝ եթե 2012-ին բնակչության թիվը 3 021 400, ապա տասը տարի անց՝ 2022-ին 2 961 400 է:

Կտրուկ նվազել է նաև ծնելիության մակարդակը. վերջին երեսուն տարվա ընթացքում ծնելիության մակարդակը կրճատվել է գրեթե 100 տոկոսով: Եթե 1991 թվականին մեկ կինն ունենում էր միջինում 2,8 երեխա, ապա 2020-ին այդ ցուցանիշը 1,7 է¹⁵, մինչդեռ բնակչության բնականոն վերարտադրողական նվազագույն ցուցանիշը 2,1-ն է համարվում:

Վերջին երեսուն տարիների ընթացքում երեխաների մասնաբաժինը ամբողջ բնակչության քանակակազմում կրճատվել է ավելի քան 1/3-ով, մասնավորապես, 0-14 տարեկանները 2019-ին եղել են ամբողջ բնակչության 20,2 տոկոսը, այնինչ 1990-ին այդ ցուցանիշը

14 ՀՀ վիճակագրական կոմիտե, Հայաստանի կանայք և տղամարդիկ, 2022, https://armstat.am/file/article/gender_2022.pdf

15 Նույն տեղում:

30,5 տոկոս է, 2000-ին՝ 28 տոկոս, 2010-ին՝ 18,3 տոկոս: Իսկ 15-19 տարեկանները 2019-ին եղել են բնակչության 5,6 տոկոսը, այնինչ 1990-ին այս ցուցանիշը 13,5 տոկոս էր, 2000-ին՝ 11,3 տոկոս, 2010-ին՝ 9 տոկոս¹⁶:

Միևնույն ժամանակ, բնակչության ծերացման գործակիցը (60 և բարձր տարիքի բնակչության թվաքանակը 15 տարեկաններից ցածրի նկատմամբ՝ 100 բնակչի հաշվով) գրեթե կրկնապատկվել է՝ 1996 թվականին եղել է 41,4, 2000-ին՝ 54, 2010-ին՝ 72, 2015-ին՝ 81,4 2018-ին՝ 87,7¹⁷:

Մայրություն և ծնունդներ: Եթե 2001-ին կանանց առաջին ամուսնության միջին տարիքը 23-ն էր, տղամարդկանցը՝ 27-ը, ապա 2021-ին կանանց միջին ամուսնական տարիքը դարձել է 27,7, իսկ տղամարդկանցը՝ 31,2¹⁸:

Վերջին հինգ տարիների ընթացքում հայաստանյան բժշկական հիմնարկներում ամեն տարի շուրջ 36,5 հազար ծնունդ են ընդունում: Այս ծնունդների զգալի մասի դեպքում կատարվում են կեսարյան հատումներ: Այսպես, 2018-ին ընդհանուր ծնունդները եղել են 36 769, որի 32,5 տոկոսը եղել են կեսարյան հատումներ, 2019-ին 36 064 ծնունդից 34,39 տոկոսի դեպքում է կեսարյան հատում արվել, 2020-ին՝ 36 570 ծնունդից 35,94 տոկոսի և 2021-ին՝ 36 259 ծնունդից 37,54 տոկոսի դեպքում¹⁹:

Առողջապահության ազգային ինստիտուտի տարեգրքերում կան տվյալներ նաև այլ վիրաբուժական միջամտությունների՝ արքանադրման, վակուում էքստրակցիայի, պտղահատման վերաբերյալ,

16 Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, Մոր և մանկան առողջապահական միտումները, հիմնախնդիրները, առաջիկա ռազմավարական ուղղությունները, 2020, <https://nih.am/assets/pdf/atvk/db7aad88a52714a90f6b69ecca6df204.pdf>

17 Նույն տեղում:

18 ՀՀ վիճակագրական կոմիտե «Հայաստանի կանայք և տղամարդիկ», 2022, https://armstat.am/file/article/gender_2022.pdf

19 ՀՀ առողջապահության ազգային ինստիտուտ, «Մոր և մանկան առողջություն վիճակագրական տարեգիրք», 2022 <https://nih.am/assets/pdf/atvk/1b74011d68cd4a7bbaace449fe71f3dd.pdf>

սակայն ուրիշ միջամտությունների վերաբերյալ, ինչպիսին է, օրինակ, էպիզոտոմիան, պաշտոնական և հրապարակային տվյալներ չկան:

Թեև ծնունդների հիմնական մասն ընդունվում է բուժհիմնարկներում, սակայն, Վիճակագրության կոմիտեի տվյալների համաձայն, դեռևս առկա են առանց որակյալ բժշկական անձնակազմի միջամտության տնային պայմաններում ծննդաբերելու դեպքերը, ինչը դժվարացնում է դրանց հաշվառումը և բազմաթիվ հիվանդությունների առաջացման պատճառ է դառնում: Նույն Վիճակագրական կոմիտեի տվյալներով՝ տնային պայմաններում բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի կողմից 2019-ին ընդունվել է 10 ծնունդ²⁰, 2020-ին՝ 9 ծնունդ²¹, իսկ 2021-ին՝ 12 ծնունդ²²:

2020 թվականի մարտի 5-ի որոշմամբ Կառավարությունն արձանագրում է, որ ծնելիության անկման ֆոնին առողջապահական համակարգում շարունակում են օրակարգային մնալ մի շարք խնդիրներ, որոնցից մեկը հղիների ախտաբանությունների վաղ հայտնաբերման ու բուժման ոչ բավարար մակարդակն է, ինչի հետևանքով արձանագրվում է «հղիության անբարենպաստ ելքով պայմանավորված վերարտադրողական կորուստների բարձր մակարդակ (ինքնաբեր վիժում, մեռելածնություն, չգարգացող հղիություն, վաղաժամ ծննդաբերություն՝ նորածնի ցածր քաշով), որոնց թիվը վերջին տարիներին, չնայած զգալի նվազմանը, այնուամենայնիվ, տատանվում է տարեկան 2500-3000 շրջանակներում»²³:

Նշվում է, որ ամեն տարի Հայաստանի ամբողջ տարածքում գործող կանանց կոնսուլտացիաներում հաշվառված հղիների 35-40 տոկոսը՝

20 ՀՀ վիճակագրական կոմիտե, «ՀՀ սոցիալական վիճակը 2019 թվականին»,
https://www.armstat.am/file/article/soc_vich_2019_9.pdf

21 ՀՀ վիճակագրական կոմիտե, ՀՀ սոցիալական վիճակը 2020 թվականին,
https://www.armstat.am/file/article/soc_vich_2020_9.pdf

22 ՀՀ վիճակագրական կոմիտե, ՀՀ սոցիալական վիճակը 2021 թվականին,
https://www.armstat.am/file/article/soc_sit_2021_9.pdf

23 ՀՀ կառավարության 258-Լ որոշում, 05.03.2020
<https://www.arlis.am/documentView.aspx?docID=140281>

շուրջ 15 000–18 000 կին, պատկանում է բարձր ռիսկի խմբին, և նրանց համար պահանջվող անհրաժեշտ հետազոտությունների ու նեղ մասնագիտական խորհրդատվությունների համար լրացուցիչ ֆինանսավորում նախատեսված չէ.

«Հղիների նախածննդյան հետազոտության և հսկողության, այսինքն՝ ծառայության ընդհանուր արժեքը, որը ներառում է լաբորատոր և գործիքային հետազոտություններ, մեկ հղիի համար կազմում է շուրջ 31 645 դրամ, որից լաբորատոր–գործիքային հետազոտության համար տրամադրվում է ընդամենը 16 500 դրամ, ինչը բավարար չէ կարևոր հետազոտությունների իրականացման համար»,– նշված է Կառավարության որոշման մեջ և նախատեսվում է ընդլայնել հետազոտությունների թիվը:

Մոր և մանկան մահացության ցուցանիշներ: Վերջին հինգ տարում մայրական մահացության ամենաբարձր ցուցանիշը գրանցվել է 2021–ին: Այսպես, առողջապահության նախարարության տվյալների համաձայն, 100 000 կենդանածինների հաշվով մահացածների թիվը 2017–ին եղել է 8, 2018–ին՝ 21,9, 2019–ին՝ 36,1, 2020–ին՝ 19,3, 2021–ին՝ 46,4: Կարևոր է նշել նաև, որ մահվան դեպքերը հիմնականում գրանցվել են հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան շրջանի այլ բարդությունների, ավելի քիչ՝ մանկաբարձական արյունահոսությունների և այլ խնդիրների հետևանքով²⁴:

Վերջին երեսուն տարիների ընթացքում աճել է նաև նորածնային հիվանդացության ցուցանիշը: Մասնավորապես, եթե հիվանդ ծնված և հիվանդացած նորածինների թիվը 1000 հասուն ծնվածների նկատմամբ 1990–ին 83,4 էր, 1995–ին՝ 94, ապա 2020–ին՝ 102,1, 2021–ին՝ 104,8: Իսկ հիվանդ ծնված և հիվանդացած նորածինների թիվը 1000 անհաս ծնվածների նկատմամբ 1990–ին 550 էր, 1995–ին՝ 544,3, 2020–ին՝ 706,4, 2021–ին՝ 646: Հատկանշական է, որ հիվանդացության պատճառների թվում մեծ տեղ են զբաղեցնում ծննդաբերական վնասվածքներն ու ներարգանդային թթվածնաքաղցը, շնչահեղձությունը ծննդաբերության ժամանակ:

24 ՀՀ առողջապահության ազգային ինստիտուտ, «Մոր և մանկան առողջություն» վիճակագրական տարեգիրք, 2022
<https://nih.am/assets/pdf/atvk/1b74011d68cd4a7bbaace449fe71f3dd.pdf>

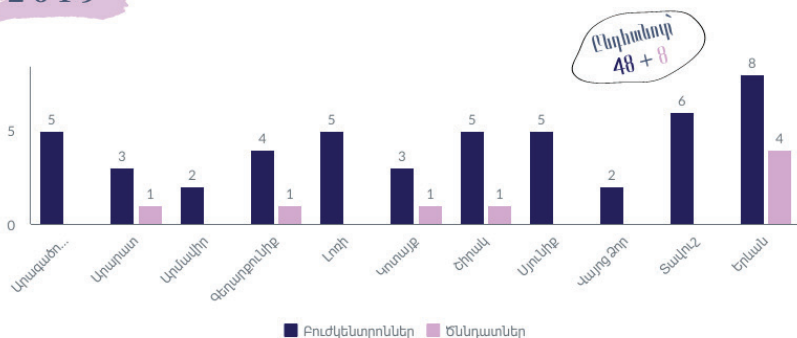
Վերջին տարիներին, սակայն, էականորեն նվազել են նորածնային մահերը: Մասնավորապես, կյանքի առաջին 27 օրվա ընթացքում նեոնատալ մահացության ցուցանիշը 2017-ին եղել է 6,2, 2018-ին՝ 5,0, 2019-ին՝ 4,7, 2020-ին՝ 5,6 և 2021-ին՝ 4,9: Իսկ վաղ նեոնատալ (կյանքի առաջին 6 օրեր) մահացության ցուցանիշը 2017-ին եղել է 4,1, 2018-ին՝ 3,2, 2019-ին՝ 2,8, 2020-ին՝ 3,7 և 2021-ին՝ 2,9:

Կրծքով կերակրումը: Հայաստանում, պաշտոնական տվյալների համաձայն, կրծքով կերակրման ցուցանիշները տարիների ընթացքում բարելավվում են: Եթե 2016-ի տվյալներով՝ մինչև 6 ամսական երեխաների 45 տոկոսն էր բացառապես կրծքով կերակրվում, ապա վերջին երեք տարիներին այդ թիվը էականորեն մեծ է: Առողջապահության նախարարության տվյալների համաձայն՝ 2019-ին մինչև վեց ամիս բացառապես կրծքով կերակրվել է նորածինների 73,4 տոկոսը, 2020-ին՝ 7,4 տոկոսը, 2021-ին՝ 72 տոկոսը: Իսկ մինչև երկու տարեկան՝ կրծքով կերակրվող երեխաները 2019-2021 թվականների ընթացքում կազմել են 26-26,5 տոկոս²⁵:

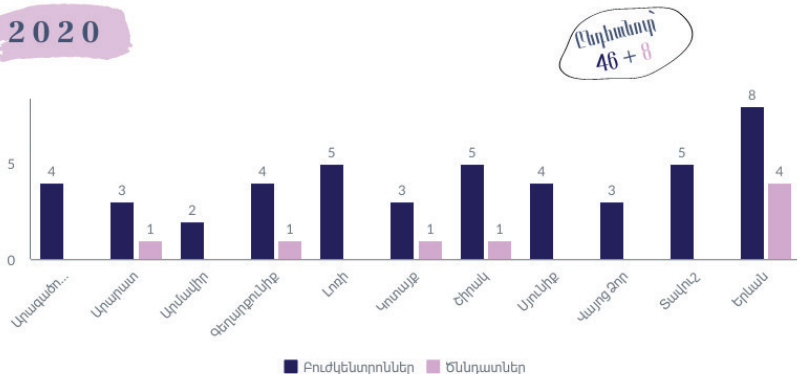
Ծննդօգնության ծառայություններ մատուցողներն ու ֆինանսավորումը: Հայաստանում վերջին տարիներին ծննդօգնության ծառայություն մատուցող կառույցների թվի կրճատում է եղել: Առողջապահության նախարարության տվյալների համաձայն՝ ծննդօգնություն տրամադրվում է բուժկենտրոնների կազմում գտնվող ծառայությունների և ծննդատների կողմից: Եթե 2019-ին ամբողջ հանրապետությունում ծննդօգնություն տրամադրվել է 48 բուժփմնարկի և 8 ծննդատան կողմից, ապա 2021-ին՝ 46 բուժփմնարկի և 4 ծննդատան կողմից: Ըստ տարիների և մարզերի տվյալները մանրամասն ներկայացված են ինֆոգրաֆիկայում:

25 Տես Հավելված 1-ը:

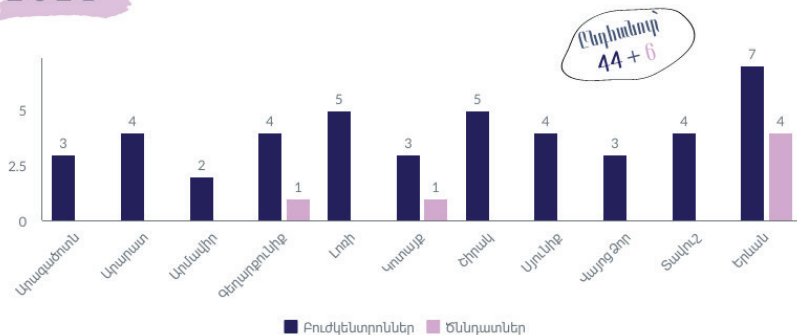
2019



2020



2021



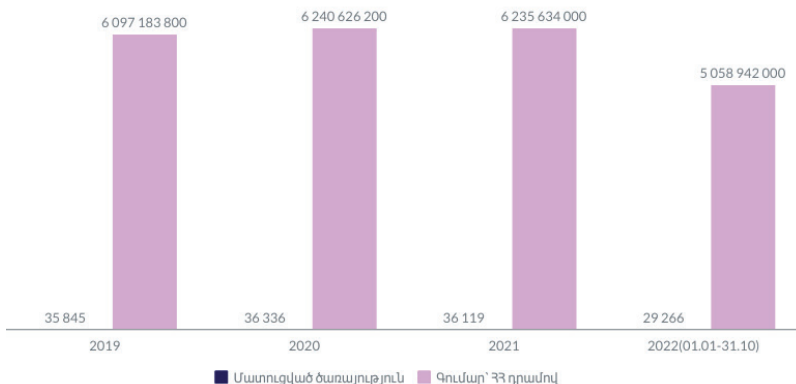
Աղբյուր՝ ՀՀ առողջապահության նախարարություն

Նույն աղբյուրի համաձայն՝ բուժկենտրոններում ու ծննդատներում 2019-ին պետական պատվերի շրջանակում ծննդոգնության 35 845 ծառայություն է մատուցվել, որի համար պետբյուջեից վճարվել է 6 097 183 800 դրամ, 2020-ին 36 336 ծառայություն է մատուցվել և վճարվել է 6 240 626 200 դրամ, 2021-ին 36 119 ծառայության դիմաց հատկացվել է 6 235 634 000 դրամ, իսկ 2022-ի հունվարի 1-ից մինչև հոկտեմբերի 31-ն ընկած ժամանակահատվածում մատուցվել է 29 266 ծառայություն, որոնց դիմաց պետբյուջեից հատկացվել է 5 058 942 000 դրամ:

Այսինքն՝ ծննդոգնության մեկ ծառայության համար միջինում հատկացվում է շուրջ 170 հազար դրամ: Սակայն պետք է նշել նաև, որ կախված մի շարք հանգամանքներից՝ մեկ կնոջ հաշվարկով հատկացվող գումարի չափը կարող է խիստ տատանվել: Օրինակ, եթե կինը բարձր ռիսկի խմբի հղի է համարվում, ծննդալուծությունը կեսարյան հատմամբ է տեղի ունենում, ապա ծննդոգնության ծախսը ավելի մեծ է լինում, քան նորմալ հղիության և բնական ծննդաբերության դեպքում:



Պետական պատվերի շրջանակներում փորձադրված ծննդոգնությունը



Աղբյուր՝ ՀՀ առողջապահության նախարարություն

ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԻՐԱՎԱԿԱՆ ԿԱՐԳԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐՈՎ ՑՈՒՑՎԱԾ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՆԱԽԱԾՆԵՂՅԱՆ ՇՐՋԱՆՈՒՄ

Հղի կնոջ հետևողական և անհրաժեշտ հսկումը հղիության ամբողջ ընթացքում կոչվում է նախածննդյան խնամք: Նախածննդյան խնամքի նպատակը կանանց աջակցելն է՝ հղիության ընթացքը գնահատելու և անհատական խնամքի այցերի միջոցով հղիության առողջ ընթացք ապահովելու համար, այդ թվում՝ առկա առողջական վիճակի և բարդությունների հայտնաբերում և բուժում, հիվանդության և դրա բարդությունների կանխարգելում, ծննդաբերության նախապատրաստում և բարդություններին դիմակայում, առողջ ապրելակերպի խրախուսում²⁶:

Հայաստանում հղիների նախածննդյան խնամքի կազմակերպման հետ կապված հարաբերությունները կարգավորվում են «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում արտահիվանդանոցային պայմաններում ցուցաբերվող մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման ընթացակարգը հաստատելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի 2020 թվականի հունվարի 22-ի 198-Լ հրամանով:

Հղիության առաջին նշանների ի հայտ գալուց հետո անհրաժեշտություն է այցելել կանանց կոնսուլտացիայի պոլիկլինիկայի, ամբուլատորիայի կամ հիվանդանոցի (մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության իրականացման համար լիցենզիա ունեցող բուժկենտրոն) համապատասխան բաժանմունք: Հղիության ուլտրաձայնային հետազոտության միջոցով պտղի ճիշտ տեղակայման, զարգացման և սրտի բաբախի հաստատման դեպքում ամրագրվում է հղիության ընթացքի վերահսկումը: Սա նշանակում է, որ հղին կարող է անցնել հաշվառման:

26 ԱՆ Պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ինստիտուտ. Բնական ընթացքով ծննդաբերության վարման ուղեցույց, 2010 թ., էջ 3,
https://www.moh.am/uploads/National%20Standards%20for%20Normal%20Child-birth%20Management%20%202010.pdf?fbclid=IwAR0-ojEoZWYizoWSKdha8cC_qef-GjPLRIJrbJVOFhwECcIJn5tQMjW49nY

Հրամանի համաձայն՝ հղի կնոջ հաշվառումը հիմնականում իրականացվում է կցագրված բնակչության սպասարկման սկզբունքով, այսինքն՝ երբ յուրաքանչյուր բնակիչ իր բնակավայրի վարչական տարածքում գտնվող համապատասխան բուժկենտրոն է դիմում²⁷: Ընդ որում՝ հղիի՝ իր բնակության վայրից դուրս այլ հիվանդանոց ընտրելու պարագայում տվյալ բուժհաստատությունը օրենսդրությամբ պարտավոր է ապահովել հղիի նախածննդյան հսկողության իրականացումը պատշաճ մակարդակով և որակով²⁸:

Կանանց կոնսուլտացիայում հղի կնոջը նախածննդյան հսկողության տակ վերցնելուց հետո լրացվում է «Հղիի և ծննդկանի անհատական քարտը»՝ ՀՀ առողջապահության նախարարի համապատասխան հրամանի համաձայն, որի մեջ նշվում են հղիության ամբողջ ընթացքին վերաբերող բժշկական տվյալները (խորհրդատվություններ, հետազոտություններ)²⁹:

Կանանց կոնսուլտացիայում հաշվառվելուց հետո հղիության ընթացքում հղին անցնում է անհրաժեշտ լաբորատոր և գործիքային հետազոտություններ՝ հղիության անվտանգ ընթացքն ապահովելու և առողջ նորածին լույս աշխարհ բերելու նպատակով:

Հետազոտություններն իրականացվում են նախարարի հրամանով սահմանված ծավալներին համապատասխան (անվճար ծառայություններ), ինչպես նաև համաձայն մանկաբարձ-գինեկոլոգի կազմած անհատական պլանի³⁰. հսկող բժիշկը նշում է, թե ինչ

27 ՀՀ առողջապահության նախարարի «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում արտահիվանդանոցային պայմաններում ցուցաբերվող մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման ընթացակարգը հաստատելու մասին» N 198-Լ հրաման, 22.01.2020, <https://www.moh.am/images/legal-470.pdf>

28 Նույն տեղում:

29 ՀՀ առողջապահության նախարարի 2014 թ. մայիսի 6-ի «Կանանց կոնսուլտացիայում կիրառվող առանձին փաստաթղթերի ձևեր հաստատելու մասին» N 16-Ն հրաման, Հավելված N 1, <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=91325>

30 ՀՀ առողջապահության նախարարի 2014 թվականի մայիսի 6-ի «Կանանց կոնսուլտացիայում կիրառվող առանձին փաստաթղթերի ձևեր հաստատելու մասին» N 16-Ն հրաման, <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docID=95963>

մասնագետներ պետք է գննեն հղիին, ինչ կլինիկական հետազոտությունների և միջամտությունների անհրաժեշտություն կա (կարող են լինել նաև վճարովի ծառայություններ):

Առողջապահության նախարարի հաստատած ընթացակարգի համաձայն՝ հղիության 30 շաբաթականում հղիին տրամադրում է փոխանակման քարտ, որտեղ ամփոփված են հղիության ընթացքի և սպասվող ծննդաբերության վերաբերյալ անհրաժեշտ տվյալներ³¹:

Հղիության այս նույն շրջանում բոլոր հղիների համար (և՛ աշխատող, և՛ չաշխատող) ձևակերպվում է հղիության և ծննդաբերության անաշխատունակության թերթիկ (աշխատանքից ժամանակավորապես ազատվելու իրավունքի վերաբերյալ փաստաթուղթ):

Անվճար ծառայություններ

Մայրությունը և մանկությունը պետության հատուկ պաշտպանության և հովանավորության ներքո են. սա ամրագրվում է ՀՀ Սահմանադրության 16-րդ հոդվածով: Պետությունը ընտանիքի, մոր և մանկան պաշտպանության իր գործառույթի իրականացումն ապահովելու համար սահմանում է որոշակի երաշխիքներ, այդ թվում՝ անվճար բժշկական ծառայության տրամադրում:

Ովքե՞ր կարող են օգտվել անվճար ծառայություններից:

Պետության կողմից երաշխավորված անվճար մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնությունը և սպասարկումը ցուցաբերվում է Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացիություն ունեցող բոլոր կանանց:

Անվճար բուժօգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունք ունեն նաև ՀՀ քաղաքացու հետ գրանցված ամուսնության մեջ գտնվող, սակայն ոչ ՀՀ քաղաքացի կանայք, ՀՀ տարածքում տեղա-

31 ՀՀ առողջապահության նախարարի «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում արտահիվանդանոցային պայմաններում ցուցաբերվող մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման ընթացակարգը հաստատելու մասին» N 198-Լ հրաման, 22.01.2022, <https://www.moh.am/images/legal-470.pdf>

կայված Ռուսաստանի Դաշնության սահմանապահ զորքերի զինծառայողները և նրանց ընտանիքի անդամները, ՀՀ-ում փախստականի և ապաստան հայցողի կարգավիճակ ունեցող հղի կանայք:

Ծառայություններ: ՀՀ կառավարության 2004 թ. մարտի 4-ի «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» N 318-Ն որոշման համաձայն՝ հղիները իրավունք ունեն ստանալ անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում: Անվճար բուժօգնության և սպասարկման ծավալները սահմանված են ՀՀ առողջապահության նախարարի 2020 թվականի հունվարի 22-ի N 198-Լ հրամանի 21-րդ կետում:

Այսպիսով, պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնությունը և սպասարկումը ներառում են հետևյալ հետազոտությունները և զննումները՝

- այցելություններ մանկաբարձ-գինեկոլոգին, մանկաբարձուհուն կամ վերապատրաստված բուժքրոջը.

–նորմալ ընթացող հղիության դեպքում՝ առնվազն 8 այց, իսկ հղիության ախտաբանությունների դեպքում (հիվանդանոցային հետազոտումից և բուժումից զատ)՝ 8 և ավելի այց՝ ըստ բժշկական ցուցումների,

–հղիների սոցիալ-հոգեբանական աջակցության, ուսուցման և ծննդաբերությանը ֆիզիկական նախապատրաստման աշխատանքների իրականացում (տե՛ս «Մայրության դպրոցներ» մասը),

–հղիության ընթացքում վտանգի նշանների մասին կնոջն ու նրա ընտանիքի անդամներին անհրաժեշտ խորհրդա-տվության և տեղեկության տրամադրում,

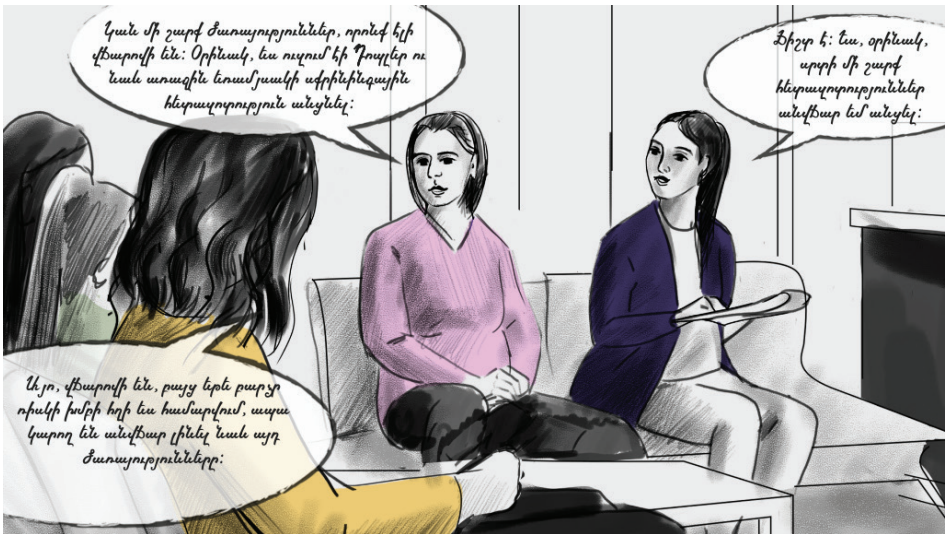
- լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտություններ.
- թերապևտի, ստոմատոլոգի զննում, իսկ ցուցումների դեպքում նաև նեղ մասնագետների հետազոտություն ու բուժօգնություն:

Ի դեպ, լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների ծավալը տարբեր է ցածր և բարձր ռիսկի խմբում գտնվող հղիների դեպքում: Այսպիսով՝ ցածր ռիսկի խմբի հղիների դեպքում նախատեսվում է.

- արյան ընդհանուր քննություն 3 անգամ (առաջին այցի ժամանակ, 30 շաբաթական ժամկետում և 36-37 շաբաթական ժամկետում)՝ թրոմբոցիտների և մակարդեղիության ժամանակի որոշումով.
- մեզի ընդհանուր հետազոտություն 3 անգամ (առաջին այցի ժամանակ, 30 շաբաթական ժամկետում և 36-37 շաբաթական ժամկետում).
- առաջնահղիների մեզի բակտերիոլոգիական քննություն (հղիության առաջին եռամսյակում)՝ թաքնված բակտերիուրիայի հայտնաբերման համար.
- արյան բիոքիմիական հետազոտություն 2 անգամ (միզանյութի, գլյուկոզայի, պրոտրոմբինի որոշում).
- ռեզուս գործոնի պատկանելիության և արյան խմբի որոշում (առաջին այցի ժամանակ), ռեզուս գործոնի բացասական պատկանելիության դեպքում հակառեզուսային հակամարմինների տիտրի որոշում.
- միկրոպրեպիցիտացիայի կամ Վասերմանի ռեակցիա 2 անգամ (առաջին այցի ժամանակ և 30 շաբաթական ժամկետում).
- հեշտոցի մաքրության աստիճանի և քսուքի բակտերիոսկոպիկ հետազոտություն 2 անգամ (առաջին այցի ժամանակ և 30 շաբաթականում).
- նեղ մասնագետների կոնսուլտացիաներ և գործիքային հետազոտություններ՝ ըստ ցուցումների (էլեկտրոկարդիոգրաֆիա, էխոկարդիոգրաֆիա և այլն).
- պտղի ներարգանդային ախտորոշմամբ գերձայնային 3 հետազոտություն՝ 11-14 շաբաթական ժամկետում (հղիի ուշ հաշվառման կանգնելու դեպքում՝ առաջին այցի ժամանակ), հղիության 18-22 շաբաթական ժամկետում և 32-34 շաբաթական ժամկետում.
- մարդու իմունային անբավարարության վիրուսով պայմանավորված վարակի վերաբերյալ հետազոտություն խորհրդատվություն³²:

32 ՀՀ առողջապահության նախարարի «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում արտահիվանդանոցային պայմաններում ցուցաբերվող մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման ընթացակարգը հաստատելու մասին» N 198-Լ հրաման, 22.01.2020, <https://www.moh.am/images/legal-470.pdf>





Բարձր ռիսկի խմբում գտնվող հղիների համար նախատեսված են լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետևյալ հետազոտությունները.

- հղիության 11-14 շաբաթական ժամկետում սոնոգրաֆիկական սքրինինգի շեղումներով, պտղի զարգացման արատների առումով ռիսկի խմբի (մեծահասակ հղիներ՝ 35 տարեկան և ավելի, ընտանիքում զարգացման բնածին արատ ունեցող հղիներ) հղիների մոտ պտղի զարգացման արատների, հատկապես Դաունի համախտանիշի վաղ հայտնաբերում և կենսաքիմիական սքրինինգի իրականացում՝ մարդկային խորինային գոնադոտրոպինի և PAPP-A որոշում.
- երակների վարիկոզ լայնացում ունեցող կամ բարդացած անամնեզով, երկու և ավելի ինքնաբեր վիժում, մահացած պտուղ, մեռելածնություն, անամնեզում չզարգացող հղիություն ունեցող հղիների մոտ կոագուլոպաթիաների ախտորոշում (մակարդելիության խանգարման հայտնաբերում՝ բնական հակամակարդիչների որոշման միջոցով՝ հակաթրոմբին, պրոտեին C, պրոտեին S).
- բարդացած անամնեզով հղիների (2 և ավելի ինքնաբեր վիժում, մահացած պտուղ, մեռելածնություն, չզարգացող հղիություն, հետծննդյան արյունահոսություններ, պրեէկլամպսիա ունեցած) մոտ բնածին և ձեռքբերովի թրոմբոֆիլիաների սքրինինգի իրականացում՝ թրոմբոֆիլիաների մարկերների որոշում, F2 և F5 որոշում, անտիֆոսֆոլիպիդային համախտանիշի (ԱՖՀ) ախտորոշում՝ մարկերների միջոցով, հակաբետազլիկոպրոտեին և հակակարդոլիպինային հակամարմինների որոշում.
- բարդացած, մասնավորապես, նորածնի ներարգանդային ինֆեկցիա ունեցող և հետծննդյան թարախասեպտիկ բարդություններ ունեցած հղիների մոտ պերինատալ նշանակալի ինֆեկցիաների՝ խլամիդիայի, ուրեապլազմայի, ցիտոմեգալովիրուսի, հերպեսի, կարմրախտի, տոքսոպլազմոզի որոշում.
- միզային ուղիների ինֆեկցիա ունեցած հղիների մոտ մեզի բակտերիուրոգիական քննություն՝ թաքնված բակտերիուրիայի որոշում.
- այլ լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետա-

զոտությունների, այդ թվում՝ դժվարամատչելի հետազոտությունների կազմակերպում՝ ըստ բժշկական ցուցումների, ներառյալ նեղ մասնագիտական կենտրոնների և երրորդ մակարդակի մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական կազմակերպությունների մասնագետների կողմից նշանակված լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունները³³:

Հղիների հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունները: Այս հետազոտությունները պետության կողմից անվճար իրականացվում են, եթե կան դրանց բժշկական ցուցումները: Խոսքն այն հետազոտությունների մասին է, որոնք քիչ հասանելի են (թանկ արժեն կամ իրականացվում են միայն մասնագիտացված բուժհաստատություններում), ընդգրկված չեն ամբողջ բնակչության համար անվճար իրականացվող լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների փաթեթում (օրինակ՝ ինֆեկցիաների որոշում, երիկամների, լյարդի ՈՒՁՀ և այլն):

Այսինքն՝ եթե հղիությունը նորմալ է ընթանում, և չկա ցուցում, օրինակ՝ դոպլերոգրաֆիկ հետազոտության, սակայն հղին ցանկանում է անցնել այդ հետազոտությունը՝ որոշելու երեխայի սիրտ-անոթային համակարգի վիճակը, շարժողական ակտիվությունը և արյան հոսքի համապատասխանությունը, ապա դրա համար պետք է վճարի սեփական գրպանից: Այս հետազոտությունը պարտադիր չի համարվում³⁴ և կատարվում է այն դեպքերում, երբ կա բժշկական ցուցում, օրինակ՝ հղիի հիվանդությունները՝ շաքարային դիաբետը, զարկերակային գերձնշումը, գեստոզները, գերջրությունը, սակավաջրությունը, մոր և պտղի ռեզուս անհամատեղելիությունը, պտղի դանդաղ աճը և այլն:

33 ՀՀ առողջապահության նախարարի «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում արտահիվանդանոցային պայմաններում ցուցաբերվող մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման ընթացակարգը հաստատելու մասին» N 198-Լ հրաման, 22.01.2020,

<https://www.moh.am/images/legal-470.pdf>

34 Մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ուլտրաձայնի միջազգային հասարակության (ISUOG) պրակտիկ ուղեցույց, «Դոպլեր հետազոտության կիրառումը մանկաբարձությունում», <https://www.isuog.org/static/uploaded/abfdffb8-c00b-4b6e-80191c73410af924.pdf>

Պետպատվերի շրջանակներում հատուկ ու դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունների կազմակերպման և իրականացման հետ կապված հարաբերությունները կարգավորված են ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013 թ. սեպտեմբերի 20-ի՝ «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում հատուկ ու դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունների տրամադրման չափորոշիչը հաստատելու մասին» N 53-Ն հրամանով:

Այս հրամանի համաձայն՝ հատուկ և դժվարամատչելի հետազոտություններն իրականացվում են Հայաստանում գործող այն բժշկական կազմակերպություններում, որոնք ՀՀ առողջապահության նախարարության հետ բժշկական օգնության և սպասարկման տվյալ տեսակի մասով կնքել են պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների մատուցման (պետպատվերի) մասին պայմանագիր³⁵:

Այն դեպքում, երբ հղին ներառվել է բարձր ռիսկի խմբում, մանկաբարձ-գինեկոլոգը նրան ուղեգրում է նեղ մասնագիտացված բժշկական հաստատություն՝ տեղեկանք կամ քաղվածք տրամադրելով հղիի հսկողության քարտից³⁶:

Հղիների նախածննդյան հսկողության ընթացքում իրականացվող լրացուցիչ հետազոտությունները (հատուկ և դժվարամատչելի) ըստ նեղ մասնագետի ցուցումի ներառում են.

- մարդու խորիոնային գոնադոտրոպինի որոշում (հղիության ընթացքում խորիոնային գոնադոտրոպինի ցածր մակարդակը կամ աճման նվազումը վկայում է ինքնակամ վիժման վտանգի կամ արտարգանդային հղիության առկայության մասին).

35 ՀՀ առողջապահության նախարարի «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում հատուկ ու դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունների տրամադրման չափորոշիչը հաստատելու մասին» N 53-Ն հրաման, 20.09.2013, <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=149824>

36 Նույն տեղում:

- PAPP-A որոշում (հղիության վաղ շրջանում պտղի արատների, այդ թվում՝ Դաունի համախտանիշի ռիսկի որոշման նպատակով)։
- կոագուլոպաթիաների ախտորոշում՝ անտիթրոմբին, Պրոտեին C, Պրոտեին S (արյան մակարդման և արյունահոսական բնույթի ժառանգական, ձեռքբերովի հիվանդությունների ախտորոշման նպատակով)։
- թրոմբոֆիլիաների մարկերների որոշում՝ F2, F5, Լեյդենի (V գործոն) (երկու և ավելի ինքնաբեր վիժման կամ մահացած պտուղ ունենալու դեպքում)։
- անտիֆոսֆոլիպիդային համախտանիշի (ԱՖՀ) ախտորոշում (արյան հիվանդություն)։
- պերինատալ նշանակալի ինֆեկցիաների ախտորոշում (խլամիդիա, ուրեապլազմա, ցիտոմեգալովիրուս, հերպես, կարմրախտ, տոքսոպլազմոզ)։
- գլուկոզատոլերանտության թեստ։

Հղիությունը հսկող մասնագետները

Կանանց հղիության հսկողությունն իրականացնում են տեղամասային մանկաբարձ-գինեկոլոգը և մանկաբարձը, ընտանեկան բժիշկը և/կամ վերապատրաստված բուժքույրը՝ ըստ առողջապահության նախարարի «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում արտահիվանդանոցային պայմաններում ցուցաբերվող մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման ընթացակարգը հաստատելու մասին» N 198-Լ հրամանի։

Նույն հրամանով սահմանվում է նաև այս բուժաշխատողների գործունեության շրջանակը։ Մասնավորապես, մանկաբարձուհին կամ որպես մանկաբարձուհի վերապատրաստված բուժքույրը իրականացնում է.

- հղի կանանց վաղ հայտնաբերում, գրանցում՝ առաջին այցելության դեպքում ուղեգրում ընտանեկան բժշկին կամ

մանկաբարձ-գինեկոլոգին.

- հղիության ընթացքի հսկողություն՝ ըստ մանկաբարձ-գինեկոլոգի կազմած գրաֆիկի (միջինում՝ չորսից վեց անգամ): Սա ենթադրում է անամնեստիկ տվյալների և գանգատների հավաքում, հղիի ընդհանուր զննում (քաշ, հասակ, քաշ-հասակային ինդեքսի հաշվարկում), կրծքագեղձերի զննում, շոշափում, մանկաբարձական զննում, որովայնի շրջագծի և արգանդի հատակի բարձրության որոշում, պտղի սրտի բաբախման լսում, հղիի զարկերակային ճնշման չափում երկու թևերի վրա, անոթազարկի (պուլս) հաշվում.
- հղիության ընթացքում սակավարյունության կանխարգելման աշխատանքներ.
- հղիին սոցիալ-հոգեբանական աջակցություն և առողջ սնվելու, հիգիենայի պահպանման, կրծքով կերակրելուն նախապատրաստելու, հետծննդյան շրջանի խնամքի վերաբերյալ քարոզչական աշխատանք.
- սահմանված ժամկետներում հղիի ուղեգրման ապահովում կանանց կոնսուլտացիաներ (կաբինետներ)՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգի զննումների և լաբորատոր հետազոտությունների անցկացման համար.
- ըստ բժշկական ցուցումների և/կամ բժշկի կողմից կազմված պլանին համապատասխան՝ պատրոնաժ աշխատանքի իրականացում՝ հղիների նախածննդյան հսկողության ընթացքում և հետծննդյան շրջանում.
- հղիության ընթացքի ախտաբանական շեղումների դեպքում, ըստ անհրաժեշտության, հղիին մասնագիտացված մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական կազմակերպություն տեղափոխման կազմակերպում՝ տեղեկացնելով հղիին առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ մատուցող բժշկին և հղիության հսկողություն իրականացնող մանկաբարձ-գինեկոլոգին:

Ընտանեկան բժիշկն իրականացնում է նույն գործառույթները, ինչ մանկաբարձն ու որպես մանկաբարձուհի վերապատրաստված բուժքույրը:

Ի տարբերություն վերոնշյալ մասնագետների՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգների աշխատանքների ծավալն ու նաև պատասխանատվության աստիճանը անհամեմատելիորեն լայն են: Ներկայացնում ենք նրա գործառույթների մի մասը.

- նորմալ և ցածր ռիսկի խմբի հղիների վարում՝
- (8 զննում նորմալ հղիության դեպքում, 8 և ավելի զննում հղիության ախտաբանական ընթացքի դեպքում, հեշտոցային հետազոտություն, հղիության ընթացքում անհրաժեշտ միկրոէլեմենտներ՝ ֆոլաթթու, կալցիում, երկաթ, յոդ, ցինկ, պարունակող համալիրների նշանակում, ըստ անհրաժեշտության, ռիսկի խմբի հղիների ուղեգրում ստացիոնար բուժման՝ մասնագիտացված կամ նեղ մասնագիտացված մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական կազմակերպություն).
- բարձր ռիսկի խմբի հղիների հայտնաբերում և ուղեգրում նեղ մասնագիտացված մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական կազմակերպություն.
- լաբորատոր հետազոտությունների կազմակերպում և իրականացում.
- այլ հետազոտությունների կազմակերպում, այլ նեղ մասնագետների ուղղորդում՝ ըստ անհրաժեշտության.
- հղիների սոցիալ-հոգեբանական աջակցություն, ուսուցում և ծննդաբերությանը ֆիզիկական նախապատրաստման աշխատանքների իրականացում.
- այլ աշխատանքներ:

Կարող ենք հետևություն անել, որ նախածննդյան շրջանում մանկաբարձների գործունեությունը ուղղակիորեն կախված է բժշկի՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգի ցուցումներից: Եվ, ի տարբերություն այլ բժշկական համակարգերի, հայաստանյան պրակտիկայում մանկաբարձները չունեն անկախություն բուժկենտրոնից և գինեկոլոգի վերահսկողությունից դուրս գործելու:

Զբաղվածությունը: Առողջապահության նախարարի վերոնշյալ հրամանի համաձայն՝ սահմանվում է նաև բուժաշխատողների զբաղվածությունը:

Համաձայն դրա՝ կանանց կոնսուլտացիայում աշխատող մանկաբարձ-գինեկոլոգի և մանկաբարձուհու կողմից միաժամանակ սպասարկվող (ամսական միջին) հղիների օպտիմալ թիվը կազմում է 60, իսկ առավելագույնը 80:

Կա սահմանափակում երևանում աշխատող այն բժիշկ-գինեկոլոգների համար, որոնք հիվանդանոցային աշխատանքը համատեղում են կանանց կոնսուլտացիայում աշխատանքի հետ: Նրանց կողմից նախաձննդյան հսկողության տակ գտնվող հղիների օպտիմալ թիվը 30 է, իսկ առավելագույնը 40:

Տեղեկացված լինելու իրավունքը: Հղիներին նախաձննդյան հսկողության առաջին իսկ այցի ժամանակ, նախարարի հրամանի համաձայն, տրամադրվում է տեղեկություն կանանց կոնսուլտացիայում հսկողության ընթացքում անվճար բժշկական օգնություն ու սպասարկում ստանալու իրենց իրավունքի մասին: Եվ այդ իրազեկման փաստը վավերացվում է հղիի հսկողության քարտում՝ նրա գրառմամբ և ստորագրությամբ³⁷:

Իրավապաշտպանների ահազանգերն ու մամուլի հրապարակումները, սակայն, հաճախ վկայում են, որ նախաձննդյան հսկողության ընթացքում ոչ բոլոր կանայք են բավականաչափ տեղեկություն ստանում իրենց հասանելիք անվճար հետազոտությունների կամ դեղորայքի տրամադրման վերաբերյալ: «Իրավունքի զարգացման կենտրոն» հասարակական կազմակերպության նախագահ Վիոլետա Զոփունյանի խոսքով՝ նույնիսկ փաստաթղթում ստորագրությունը չի նշանակում, որ կինը պատշաճ տեղեկացված է. «Նույնիսկ, երբ տալիս են բժշկական բնույթի ինչ-որ փաստաթուղթ ստորագրել, գիտե՞ք ինչ ասում. «Եթե ուզում եք, կարող եք կարդալ»: Դա նորմալ չէ: Պետք է ասել՝ վերցրե՞ք այս փաստաթուղթը, կարդացե՞ք, եթե հարցեր ունեք, տվե՞ք, հետո միայն վերջում՝ ստորագրե՞ք»³⁸:

37 ՀՀ առողջապահության նախարարի 198-Լ հրաման, 22.01.2020, <https://www.moh.am/images/legal-470.pdf>

38 Ա. Կարապետյան, «Մանկաբարձական բռնություն. այս մասին հաճախ լուրջ են», 23.03.2022, <https://evnreport.com/arm/raw-unfiltered-arm/obstetric-violence-hidden-in-silence-am/>

Կնոջ նախապատրաստումը ծննդաբերությանն ու «Մայրության դպրոցները»

Պետությունը առողջապահության նախարարի հրամանի մակարդակով կարևորում է կնոջ ֆիզիկական և հուզահոգեբանական նախապատրաստությունը ծննդաբերությանը ամբուլատոր պայմաններում: Նախատեսվում է, որ հղիների ֆիզիկահոգեբանական պատրաստումը պետք է սկսել հղի կնոջ կոնսուլտացիա կատարած հենց առաջին այցելությունից և ավարտել հղիության վերջում՝ 5-6 ամիս փոխ պարապմունքների միջոցով³⁹:

ՀՀ առողջապահության նախարարի 2020 թվականի հունվարի 22-ի 198-Լ որոշման վերջին՝ 11-րդ, 12-րդ, 13-րդ գլուխներն ամբողջությամբ վերաբերում են ծննդաբերության նախապատրաստմանը:

Նախապատրաստումը ենթադրում է ֆիզիկական վարժությունների և հոգեբանական հնարքների միջոցով նպաստել հղի կնոջ ծննդաբերությունից վախի վերացմանը և ծննդաբերության ընթացքին նրա ակտիվ մասնակցությանը: Իսկ ֆիզիկական պատրաստվածությունը ենթադրում է առողջության ամրապնդում, օրգանիզմի կոփում, որոշ շարժողական հնարքների, բարոյականային հատկությունների մշակում, մկանային համակարգի և շնչառության ղեկավարում: Այս ամենի նպատակը անխնդիր և հեշտ ծննդաբերություն ունենալն է:

Հիշեցնենք, որ ծննդաբերությանը նախապատրաստման գործառույթը մանկաբարձ-գինեկոլոգի աշխատանքի մի մասն է:

Ցանկանում ենք նաև նշել, որ այս գլուխներում ձևակերպումները բավականին խրթին են, որոշ դեպքերում՝ նույնիսկ անհասկանալի: Եվ քանի որ այս հրամանը պրակտիկայում կիրառելիության տե-

39 ՀՀ առողջապահության նախարարի «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում արտահիվանդանոցային պայմաններում ցուցաբերվող մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման ընթացակարգը հաստատելու մասին» N 198-Լ հրաման, 22.01.2020, <https://www.moh.am/images/legal-470.pdf>

սանկյունից խիստ կարևոր փաստաթուղթ է, այն վերախմբագրելը անհրաժեշտություն է:

Մայրության դպրոցներ: Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում իրականացվում են հղիների համար դասընթացներ «Մայրության դպրոցներում», որի համար, գործող ընթացակարգի համաձայն, նախատեսված է հինգ լրացուցիչ այց կանանց կոնսուլտացիա⁴⁰:

Առաջին դասընթացին հղիները պետք է իրազեկվեն բժշկական հետազոտման անհրաժեշտության, վտանգի նշանների ու հղիության բարդությունների վերաբերյալ, դրանց առկայության դեպքում՝ իրենց և շրջապատի անելիքների մասին:

Երկրորդ դասընթացին ուսուցանվում են հղիության ընթացքում հիգիենայի կանոնների պահպանման, աշխատանքի, ապրելակերպի, ֆիզիկական նախապատրաստման անհրաժեշտության մասին, սովորեցնում են ֆիզիկական վարժություններ՝ կախված հղիության ժամկետից, հղիի վիճակից և հղիության ընթացքի առանձնահատկություններից:

Երրորդ դասընթացի ժամանակ հղին նախապատրաստվում է «առանց վախի» ծննդաբերությանը: Չորրորդ և հինգերորդ դասընթացները նվիրվում են հետծննդյան շրջանին, նորածնի առողջության պահպանման, կրծքով կերակրման հմտություններին, նորածնի խնամքի սկզբունքների ուսուցմանը:

«Մայրության դպրոցները» Հայաստանում հիմնադրվել են 2008 թ. ՀՀ առողջապահության նախարարության նախաձեռնությամբ և ԱՄՆ Միջազգային զարգացման գործակալություն (ՄԶԳ) ֆինանսավորմամբ⁴¹: Մայրության դպրոցներ են բացվել Երևանում ու բոլոր մարզերում: Սակայն չկա պաշտոնական վիճակագրություն, թե ինչ պարբերականությամբ և քանի ապագա մայր է տարեկան հաճախում նշյալ հաստատություններ, և ինչ արդյունքներ ունեն:

40 Նույն տեղում:

41 News.am, «Մայրության դպրոցները փափուկ բազմոցներով սենյակներ են ընդամենը», 14.12.2010, <https://news.am/arm/news/41634.html>

Առողջապահության նախարարությունը «Մայրության դպրոց»-ների վերաբերյալ վիճակագրություն չի վարում, և դրանց աշխատանքների արդյունավետության չափորոշիչներ առկա չեն⁴²:

Երևանի զարգացման 2019–2023 թթ. հնգամյա ծրագրի նախագծով⁴³ նախատեսված էր «Մայրության դպրոցների» կազմակերպում, սակայն ավելի ուշ այդ դրույթը ծրագրից հանվեց: Ինչևէ, ներկայումս կան գործող «մայրության դպրոցներ, որոնք փորձում են հնարավորինս գրավիչ լինել հղի կանանց համար: Օրինակ՝ «Էրեբունի» ԲԿ ծննդատանը գործող մայրության դպրոցում ապագա մայրիկների հետ հանդիպմանը բժիշկներն ամեն անգամ ներկայացնում են հղիությանը և նորածնի խնամքին վերաբերող ամենաքննարկվող և հետաքրքիր թեմաներ⁴⁴: Օրինակ՝ ինչպես սնվել, որպեսզի պտուղը ստանա բոլոր անհրաժեշտ սննդային նյութերը և նորմալ զարգանա, իսկ մայրը չհավաքի ավելորդ կիլոգրամներ, ինչպես պետք է պատրաստվել ծննդաբերությանը, շնչառական որ վարժությունները կօգնեն նրան՝ հեշտ տանել ծննդաբերությունը և այլն:

«Սուրբ Գրիգոր Լուսավորիչ» ԲԿ-ի մայրության դպրոց էլ կարող են հաճախել նաև ծննդատանը չհաշվառված հղիները՝ նախապես զանգահարելով և գրանցվելով⁴⁵:

Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայությամբ գործող թիվ 17 պոլիկլինիկայում, որը սպասարկում է Երևանի վարչական երկու շրջանների՝ Էրեբունու և Կենտրոնի բնակչությանը, նախատեսվում է «մայրության դպրոցը» վերափոխել «ծնողների կրթության կենտրոնի», այս մասին տեղեկատվությունը մեզ փոխանցել է պոլիկլինիկայի մանկության գծով փոխտնօրեն Անահիտ Պիվազյանը: Նրա խոսքով՝ ներկայումս կենտրոնը համալրվում է անհրաժեշտ տեղեկատվական նյութերով, այդ թվում՝ ֆիլմերով, տեղեկատվական գրքույկներով և այլն: Նախատեսվում

42 Տե՛ս Հավելված 2-ը:

43 Երևանի զարգացման 2019–2023 թթ. հնգամյա ծրագրի նախագիծ, https://www.e-draft.am/files/project_file/1/15736481286157.pdf

44 «Էրեբունի» բժշկական կենտրոն, Մայրության դպրոց՝ Էրեբունի ԲԿ ծննդատանը, 24.03.2022, <https://www.erebunimed.com/arm/news.more/550>

45 «Սուրբ Գրիգոր Լուսավորիչ» բժշկական կենտրոնի ֆեյսբուքյան պաշտոնական էջ, <https://www.facebook.com/sglmc/posts/1028657097342651/>

է կենտրոնում խորհրդատվություն տրամադրել ոչ միայն հղիներին, այլև ապագա հայրիկներին:

«Այն ժամանակ (10 տարի առաջ) ես ուսանող էի և փորձեցի ժամանակ գտնել հղիության դասընթացին մասնակցելու համար: Այդ տարիներին ես հազվադեպ էի համացանցից օգտվում կամ հղիության ընթացքի մասին նյութեր կարդում: Մայրության դպրոցում շատ թե քիչ նոր գիտելիքներ ստացա հղիության ընթացքի, ծննդաբերության և նորածնի խնամքի մասին: Երբ տան անդամները փորձում էին երեխայի խնամքի հետ կապված խորհուրդներ տալ (օրինակ՝ ճիշտը երեխային բարուրելն է կամ ոտքերը կապելը), ես հղում էի տալիս մայրության դպրոցի մասնագետների փաստարկներին և փորձում ինքնուրույն կազմակերպել երեխայիս խնամքը»:

Արև Հայրապետյան, 30 տարեկան

«Ես հղիության 40 շաբաթականում գնացի հերթական կոնսուլտացիային: Մինչև ԿՏԳ-ի իմ հերթը կգար, բժիշկն ուղարկեց լսելու սեմինարը: Ի զարմանս ինձ՝ այնտեղ բավականին շատ հղիներ կային, և այդ սեմինարը, գուցե, շատերի համար իսկապես ուսուցանող լիներ: Ես տեղեկատվությամբ «գինված» էի, և այնտեղ նոր բան չկար ինձ համար: Ավելին՝ բժիշկը, որը վարում էր դասընթացը, խնդրեց ինձ պատմել, թե ինչպես եմ տարել հղիությունը, որ հղիության վերջին փուլում այդքան առույգ տեսք ունեմ: Հղիության ընթացքում ես ինքս լսել եմ միայն այն մարդկանց, որոնց վստահում եմ, և որոնց ծնողավարման մեթոդները համընկնում են իմ պատկերացումներին: Ինքս 13 շաբաթական հղիությունից հաճախել եմ հղիների յոգայի ու այնտեղ եմ ավելի մեծ փորձ ձեռք բերել: Նաև կրծքով կերակրման սեմինարի եմ մասնակցել»:

Լիլիթ Սուլակյան, 25 տարեկան

Վճարովի ծառայություններ

Նախածննդյան հսկողության ընթացքում կան բժշկական ծառայություններ և դեղամիջոցներ, որոնք թեև պարտադիր չեն նորմալ ընթացող հղիությունների դեպքում, սակայն ցանկալի են առավել

անվտանգ հղիության համար: Միևնույն ժամանակ, նույնիսկ բարձր ռիսկի խմբում գտնվող կանանց համար ցուցված ոչ բոլոր ծառայություններն են անվճար:

Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բուժօգնության և սպասարկման իրավունք ունեցող հիվանդներին (այդ թվում՝ հղիներին) հերթագրման կարգից դուրս՝ արտահերթ բժշկական օգնությունն իրականացվում է վճարովի հիմունքներով, տվյալ բժշկական կազմակերպությունում (պոլիկլինիկա, հիվանդանոց) սահմանված կարգով և գներով: Դա սահմանված է «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնությունն ու սպասարկման մասին» ՀՀ կառավարության 2004 թվականի մարտի 4-ի N 318-Ն որոշմամբ:

Բժշկական հաստատության կողմից վճարովի բժշկական ծառայությունների գները սահմանվում են՝ ելնելով ծառայության իրական ծախսերից: Պետպատվերից դուրս մատուցվող լրացուցիչ վճարովի ծառայությունների գները և տեսակները հաստատում են կազմակերպությունները (հիվանդանոցներ, ԲԿ-ներ)՝ համաձայնեցնելով առողջապահության նախարարության հետ:

Թեև բարձր ռիսկի խմբի հղիներին ցուցված լաբորատոր-գործիքային մի շարք ախտորոշիչ հետազոտություններ օրենսդրությամբ անվճար են, սակայն շատ հաճախ կարիք է լինում այդ խմբի հղիների համար կազմակերպել հատուկ և դժվարամատչելի հետազոտություններ, որոնք իրականացվում են նեղ մասնագիտական բժշկական կենտրոնների մասնագետների կողմից և վճարովի են: Օրինակ՝ վարիկոզի դեպքում, երբ պետք է դիմել անոթաբանի, իսկ բարդացած ընթացքի դեպքում՝ ընդհուպ իրականացվեն անոթային վիրաբուժական միջամտություններ:

Առողջապահության նախարարության տվյալներով՝ Հայաստանում գործող կանանց կոնսուլտացիաներում տարկան հաշվառման տակ գտնվող հղիների 35-40 տոկոսը կամ 15 000-18 000 հղի պատկանում է բարձր ռիսկի խմբին, որոնց համար պահանջվող անհրաժեշտ հետազոտությունների ու նեղ

մասնագիտական խորհրդատվությունների համար լրացուցիչ ֆինանսավորում նախատեսված չէ⁴⁶:

Միևնույն ժամանակ, հանրապետությունում հղիների ախտաբանությունների վաղ հայտնաբերման ու բուժման ոչ բավարար մակարդակի արդյունքում արձանագրվում են ինքնաբեր վիժումներ, մեռելածնություն, չգարգացող հղիություն, վաղաժամ ծննդաբերություն՝ նորածնի ցածր քաշով, որոնց թիվը վերջին տարիներին, չնայած զգալի նվազմանը, տատանվում է տարեկան 2500-3000 շրջանակում⁴⁷:

Նույն աղբյուրի համաձայն՝ հղիների նախածննդյան հետազոտության և հսկողության, այսինքն՝ ծառայության ընդհանուր արժեքը, որը ներառում է լաբորատոր և գործիքային հետազոտություններ, մեկ հղիի համար կազմում է շուրջ 31 645 դրամ, որից լաբորատոր-գործիքային հետազոտությանը տրամադրվում է ընդամենը 16 500 դրամ, ինչը բավարար չէ կարևոր հետազոտությունների իրականացման համար և տարածաշրջանի երկրների համեմատությամբ ցածր է մոտ 3 անգամ:

Նախածննդյան հսկողության ընթացքում վերարտադրողական կորուստների նվազեցման՝ այդ թվում՝ ինքնաբեր վիժումների, պտղի զարգացման դանդաղման համախտանիշի, ինչպես նաև հղիության բարեհաջող ելքերի ապահովման նպատակով Կառավարությունը 2020 թ. մշակել է միջոցառումների ծրագիր, որով նախատեսվում է հղիության վարման ընթացքում իրականացվող հետազոտությունների տեսակների և ծավալների ընդլայնում:

Հարկ ենք համարում անդրադառնալ նաև պտղի սեռի վերաբերյալ տեղեկություն հայտնելուն: Հայտնի է, որ հայաստանյան մի շարք բուժկենտրոններում պղտի սեռը հայտնելու համար վճար է նախատեսված: Սրա վերաբերյալ առողջապահության

46 ՀՀ կառավարության «Առողջապահական գործնով պայմանավորված ծնելիության բարելավման ծրագիրը և ծրագրի կատարումն ապահովող 2020-2023 թվականների միջոցառումները հաստատելու մասին» 258-Լ որոշում, 05.03.2020, https://www.arlis.am/documentView.aspx?docID=140281&fbclid=IwAR3Fu34lbaig45j3yRzlxTlJIEeGHs8x4u3kZit2jPhCsNgyOISIVKAu_U

47 Նույն տեղում:

Նախարարության պարզաբանումը հետևյալն է. «...կանանց կոնսուլտացիաներում պետական պատվերի շրջանակներում հղիների նախաձննդյան հսկողության ընթացքում պարտադիր է գերձայնային հետազոտության իրականացումը 11-14 շաբաթական ժամկետում, 18-22 շաբաթական ժամկետում և 30 շաբաթական ժամկետում: ...մնացած դեպքերում հետազոտությունները կատարվում են ըստ բժշկական ցուցումների՝ անվճար: Պտղի սեռի որոշումը չունի բժշկական ցուցում, բացառությամբ սեռի հետ շղթայակցված հիվանդությունների, ուստի այն ներառված չէ գերձայնային հետազոտության արձանագրության մեջ: Վճարովի ծառայությունների գները սահմանում է այդ ծառայությունները մատուցող բժշկական կազմակերպությունը կամ վերջինիս հիմնադիրը»⁴⁸:

ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԻՐԱՎԱԿԱՆ ԿԱՐԳԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐՈՎ ՑՈՒՑՎԱԾ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԾՆՆԴԱԼՈՒԾՈՒԹՅԱՆ ՆՐՋԱՆՈՒՄ⁴⁹

Հայաստանում պետությունը երաշխավորում է անվճար ծննդալուծությունը ինչպես բնական, այնպես էլ կեսարյան հատման դեպքում:

Անվճար մանկաբարձական հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում ցուցաբերվում է ՀՀ քաղաքացի բոլոր կանանց: Այս իրավունքն ունեն նաև ՀՀ քաղաքացու հետ գրանցված ամուսնություն ունեցող, սակայն քաղաքացիություն չունեցող կանայք: Պետպատվերի շրջանակում այս ծառայությունը մատուցվում է նաև Արցախի Հանրապետության, Վրաստանի Հանրապետության Զավախքի տարածաշրջանի և Հայաստանի Հանրապետությունում բնակվող, ՀՀ քաղաքացիություն չունեցող հայազգի բնակիչներին:

Նախկինում անվճար ծննդօգնության համար պարտադիր էր համարվում նաև ծննդօգնության պետական հավաստագրի առկայությունը, որը տրամադրվում էր առողջապահության նախարարի 2008 թ. մայիսի 30-ին ընդունված 761-Ա հրամանով սահմանված կարգով: Սակայն առողջապահության նախարարի մեկ այլ՝ 2019 թ. դեկտեմբերի 13-ի 3748-Ա հրամանով այս հրամանը ձանաչվել է ուժը կորցրած, և 2020 թ. հունվարի 1-ից քաղաքացիներին ծննդօգնության պետական հավաստագրեր չեն տրամադրվում⁵⁰:

Ներկայումս ծննդօգնության դիմելիս կանայք պետք է ներկայացնեն անձնագիր կամ անձը հաստատող այլ փաստաթուղթ՝

49 Այս մասում տեղ գտած տեղեկությունների աղբյուրը ՀՀ առողջապահության նախարարի «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում հիվանդանոցային պայմաններում ցուցաբերվող մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման չափորոշիչը հաստատելու մասին» 80-Ն հրամանն է՝ ընդունված 29.11.2013, <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=114032>

50 Աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարություն, «Մայրության նպաստ կնշանակվի նաև ծննդօգնության պետական հավաստագիր ներկայացնելու դեպքում», 20.02.2020, <https://www.mlsa.am/?p=25105>

բացառությամբ անհետաձգելի դեպքերի, երբ կնոջ մոտ բացակայում են այդ փաստաթղթերը, որոնք, սակայն, պետք է ներկայացվեն մինչև դուրսգրումը: Միևնույն ժամանակ, անձը հաստատող փաստաթուղթ չունենալու պատճառով կնոջը չեն կարող մերժել ծննդօգնության համար բուժկենտրոն ընդունել:

Նախարարի հրամանի համաձայն՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար հիվանդանոցային բուժօգնությունն ընդգրկում է արդյունավետ բուժման համար անհրաժեշտ միջոցները՝ հղիին հիվանդասենյակով ապահովումը, մասնագիտացված կոնսուլտացիաները, լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների անցկացումը, վիրահատությունները, վիրահատական և ֆիզքոլ միջոցները, բուժական միջամտությունները, անհրաժեշտ դեղերով և հեղուկներով ապահովումը, թթվածնի և այլ գազերի օգտագործումը, հիվանդի խնամքի ապահովումը միջին և կրտսեր բուժանձնակազմի կողմից, այլ անհրաժեշտ բժշկական ծառայությունները: Եթե կոնկրետ բուժկենտրոնը չունի կոնկրետ դեպքում բուժման համար համապատասխան միջոցներ, ապա կինը տեղափոխվում է այլ բուժկենտրոն:

Անվճար մանկաբարձական հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում ցուցաբերվում է ՀՀ քաղաքացի բոլոր ծննդաբերներին (ծննդաբերող կին) և ծննդկաններին (ծննդաբերած կին) և ընդգրկում է՝

- ծննդաբերների ծննդալուծման և հետծննդյան (ներառյալ նորածինների) խնամքը.
- ծննդաբերների բարդացած ծննդաբերության և հետծննդյան (ներառյալ հիվանդ նորածինների) խնամքն ու բարդությունների բուժումը:

Անվճար ծննդօգնությունն իրականացվում է հղիության 30 շաբաթականում հղիին տրամադրված փոխանակման քարտի (ամփոփված են հղիության ընթացքի և սպասվող ծննդաբերության վերաբերյալ անհրաժեշտ տվյալներ՝ հետազոտությունների արդյունքներ և այլն) հիման վրա:

Նշենք, որ նորմալ ծննդաբերություն է համարվում 38–41 շաբաթական ժամկետում, բնական ուղիներով, առանց որևէ միջամտության տեղի ունեցող ծննդաբերությունը, որը չի պահանջում լրացուցիչ որևէ այլ հետազոտության և ախտորոշիչ մեթոդի կիրառում ծննդաբերության և հետծննդյան շրջանում:

Բարդացած է համարվում 22 շաբաթից մինչև 37 շաբաթական, 42 և ավելի շաբաթական ժամկետում տեղի ունեցող ծննդաբերությունը, ինչպես նաև եթե առկա է մանկաբարձական, սոմատիկ օրգանների կամ պտղի ներարգանդային ախտաբանություն, որոնք պահանջում են նեղ մասնագիտական խորհրդատվություն, լրացուցիչ հետազոտություն և միջամտություն ծննդաբերության կամ հետծննդյան շրջանում (օրինակ՝ վաղաժամ ծննդաբերություն, արգանդի սկսվող պատռվածք, արգանդի պարանոցի նորագոյացություն, արյան մակարդեղիության իջեցում, պորտալարի փաթաթում պարանոցի շուրջը և այլն):

Հղի կնոջը հիվանդանոց ընդունելուց հետո հերթապահ բժիշկը կամ բուժաշխատողը գրանցում են նրան (լսում են գանգատները, ճշտում հղիության ժամկետը, պարզում, թե որերորդ հղիությունն է, նախկինում ինչ եղանակով է ծննդաբերել, վիժումներ ունեցել է թե ոչ, արդյոք դեղերի նկատմամբ ալերգիաներ ունի՞, արյան խումբը և այլ անհրաժեշտ տվյալներ), իրականացնում անհրաժեշտ բժշկական նախապատրաստական միջոցառումներ (չափում են ճնշումը, ստուգում նախածննդյան կծկանքների հաճախակիությունը, արգանդի վզիկի բացվածքի առկայությունը և այլն):

Բնական եղանակով ծննդաբերության ժամանակ կարող է կիրառվել նաև տևական էպիդուրալ անզգայացման միջոցով ցավազրկումը, որը լրացուցիչ և վճարովի բժշկական ծառայություն է և իրականացվում է միայն ծննդաբերի ցանկությամբ: Այս ծառայության համար վճարը տարբեր բժշկական կենտրոններում տարբեր է և տատանվում է 30 000–50 000 ՀՀ դրամի սահմաններում:

Պետպատվերի շրջանակներում անվճար բժշկական ծառայություններից է նաև կեսարյան հատման եղանակով ծննդալուծությունը: Առողջապահության նախարարության պարզա-

բանման համաձայն՝ Հայաստանում կեսարյան հատման վիրահատությունը կատարվում է միայն բժշկական ցուցումներով՝ անվճար⁵¹:

Ի դեպ, Հայաստանում անհանգստացնող չափերի է հասնում կեսարյան հատումների թիվը: ԱՀԿ ցուցումների համաձայն՝ կեսարյան հատմամբ ծննդաբերությունների թիվը չպետք է գերազանցի ընդհանուր դեպքերի 10-15 տոկոսը⁵², սակայն ՀՀ առողջապահության ազգային ինստիտուտի տվյալների համաձայն՝ 1980-ին կեսարյան հատումների թիվը եղել է ընդհանուր ծնունդների 0,94 տոկոսը, 1990-ին՝ 3,35 տոկոսը, 2000-ին՝ 7,24 տոկոսը, 2010-ին՝ 18,86 տոկոսը, 2018-ին՝ 32,5 տոկոսը, 2019-ին՝ 34,3 տոկոսը և 2020-ին՝ 35,9 տոկոսը: Ավելին՝ 2020-ին միայն Երևանում այս ցուցանիշը եղել է 42,4 տոկոս⁵³:

Ծննդաբերության ժամանակ կնոջ համար կարևոր է նաև ամուսնու (զուգընկերոջ) կամ իր ընտրությամբ որևէ աջակցող անձի ներկայությունը: Սովորաբար, ապագա մայրն ինքն է որոշում, թե ով է լինելու իր օգնականը: Հետազոտությունները վկայում են, որ ծննդաբերության ընթացքում մերձավորի ցուցաբերած ֆիզիկական, բարոյական օգնությունը նպաստում է ծննդաբերության ժամանակի կրճատմանը, ծննդաբերության ժամանակ ցավազրկող դեղամիջոցների պահանջի նվազմանը, վիրաբուժական միջամտությունների թվի կրճատմանը, նաև ծննդաբերության ընթացքում դրական հույզերի աճին⁵⁴:

Ներկայումս հայաստանյան օրենսդրությամբ թույլատրվում է կնոջը ծննդաբերության ժամանակ աջակցող անձի ներկայություն:

51 Տես Հավելված 2-ը:

52 WHO, WHO Statement on Caesarean Section Rates, 2015, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1

53 ՀՀ առողջապահության ազգային ինստիտուտ, «Մոր և մանկան առողջություն» վիճակագրական տարեգիրք, 2021, <https://nih.am/assets/pdf/atvk/920204e6554519a9f8b007b1b74c3bcb.pdf>

54 ԱՆ Պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ինստիտուտ. Բնական ընթացքով ծննդաբերության վարման ուղեցույց 2010 թ. էջ 11, https://www.moh.am/uploads/National%20Standards%20for%20Normal%20Childbirth%20Management%20202010.pdf?fbclid=IwAR0-ojEoZWVy-izoWSkDha8cC_qefGjPLRIJrbJVOfHwECc1Jn5tQMjW49nY

Մասնավորապես, առողջապահության նախարարի՝ 2020 թվականի ապրիլի 21-ի 13-Ն հրամանով, ծննդաբերող կնոջը հոգեբանական աջակցություն տրամադրելու նպատակով ապահովվում է ըստ ծննդաբերի ընտրության՝ աջակցող անձի կամ հարազատի (ոչ ավել, քան մեկ անձ) ներկայությունը նախածնարանում և ծնարանում՝ համապատասխան սանիտարահիգիենիկ պահանջների ապահովման դեպքում⁵⁵:

Ծննդկանի ամուսնու, հարազատի, աջակցող անձի ներկայությունը ծնարանում կազմակերպելու նպատակով բժշկական կազմակերպությունը (ծննդատունը) ձեռնարկում է միջոցներ՝ ծննդոգնության իրականացումը անհատական ծնարանում ապահովելու նպատակով, իսկ դրա անհնարինության դեպքում՝ ծննդաբերության համար նախատեսված տարածքի առանձնացումը շերտավարագույրի միջոցով, ընդ որում՝ վերջին դեպքում թույլատրվում է միայն իգական սեռի հարազատի կամ աջակցող անձի ներկայությունը⁵⁶:

55 ՀՀ առողջապահության նախարարի 13-Ն հրաման, 21.02.2020, <https://www.irtek.am/views/act.aspx?aid=105023>

56 Նույն տեղում:

ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԻՐԱՎԱԿԱՆ ԿԱՐԳԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐՈՎ ՑՈՒՑՎԱԾ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՀԵՏԾՆՆԴԱԲԵՐԱԿԱՆ ԵՐՋԱՆՈՒՄ⁵⁷

Հայաստանում անվճար է նաև հետծննդյան շրջանում մոր և նորածնի խնամքը:

Ծննդաբերությունից հետո ծնարանում կատարվում են որոշ միջոցառումներ՝ ծննդկանի ու նորածնի առողջական վիճակի գնահատման վերաբերյալ: Նորածնին նախ գնահատում է նեոնատոլոգը (եթե նեոնատոլոգ չկա, ապա մանկաբույժը կամ մանկաբարձ-գինեկոլոգը), իսկ նրա խնամքն իրականացնում է մանկաբարձուհին կամ նորածնային բուժքույրը:

Նորածնի գնահատման և խնամքի գործառնություններից են՝ նորածնի առողջական վիճակն Ապգարի սանդղակով գնահատելը, նրան չորացնելն ու տաք տակաշորեր, բամբակյա գլխարկ և գուլպաներ հագցնելը, մոր կրծքին դնելն ու նրանց երկուսին նույն ծածկոցով ծածկելը, նորածնի պորտալարը կյանքի առաջին 1-3 րոպեների ընթացքում սեղմելը՝ անհրաժեշտ խնամքի միաժամանակյա մատուցմամբ, ծնվելուց անմիջապես հետո մոր և նորածնի «մաշկը-մաշկին» շփումն ապահովելը առնվազն 1 ժամ տևողությամբ, նորածնին մոր կրծքին մոտեցնելն ու կրծքով վաղ կերակրումը կազմակերպելը՝ շուրջ 30-50 րոպե տևողությամբ, այնուհետև պետք է կշռել նորածնին, չափել մարմնի երկարությունը, գլխի և կրծքավանդակի շրջագիծը, կատարել վիտամին K-ի միջմկանային ներարկումը՝ նորածնային հեմոռագիկ հիվանդության կանխարգելման նպատակով, ինչպես նաև իրականացնել մի շարք փաստաթղթերում նշումները՝ կատարված միջոցառումների, նորածնի ու ծննդկանի տվյալների վերաբերյալ:

Ծնարանում իրականացված բոլոր միջոցառումները գրանցվում են համապատասխան բժշկական փաստաթղթերում՝ նորածնի

57 Այս մասում շարադրված տեղեկությունների հիմնական աղբյուրը ՀՀ առողջապահության նախարարի 1961-Լ հրամանն է, 17.07.2019, <https://irav-aban.net/wp-content/uploads/2019/07/moh-legal-389.pdf>

վարման քարտ, նորածնի վիճակի գնահատման թերթիկ և այլն⁵⁸:

Այնուհետև կազմակերպվում է մոր և նորածնի համատեղ տեղափոխումը հետծննդյան բաժանմունք՝ նրանց խնամքի շարունակականությունը միասին ապահովելու նպատակով: Իսկ եթե ծննդկանի առողջական վիճակով պայմանավորված համատեղ կացությունը ժամանակավորապես հնարավոր չէ (օրինակ՝ կեսարյան հատման դեպքում.– հեղ.), ապա նորածինը տեղափոխվում է նորածնային հատուկ խնամքի բաժանմունք կամ նորածնային ինտենսիվ բուժօգնության և խնամքի պալատ՝ մինչև մոր վիճակի կայունացումը:

Մոր և մանկան համատեղ կացության (հետծննդյան) բաժանմունքում բուժանձնակազմի հիմնական գործառույթներն են՝

- ապահովել «ջերմային շղթայի» պահպանման անհրաժեշտ պայմանները.
- աջակցել նորածնի հաճախակի (առնվազն 8 անգամ) և բավարար տևողությամբ (5–30 րոպե) կրծքով կերակրմանը՝ մայրերին խորհրդատվություն և գործնական օժանդակություն տրամադրելու միջոցով.
- ցուցաբերել լրացուցիչ աջակցություն կեսարյան հատմամբ ծննդալուծված մայրերին՝ նորածինների կրծքով կերակրումը կազմակերպելու համար,
- բացառել արհեստական կաթնախառնուրդների, ջրի կամ գլյուկոզի լուծույթի, ծծակների կամ շշերի օգտագործումը, երբ առկա չեն բժշկական ցուցումներ.
- բացառել արհեստական կաթնախառնուրդների խրախուսումը և (կամ) գովազդը նորածնի ծնողների (օրինական ներկայացուցիչների) շրջանում.
- կրծքով կերակրելուց հրաժարվող մայրերին իրազեկել մոր և նորածնի առողջության հնարավոր ռիսկերի և հետևանքների վերաբերյալ.
- յուրաքանչյուր 12 ժամը մեկ գնահատել և գրանցել նորածնի հիմնական կենսական ցուցանիշները (սրտի զարկերի հաճա-

58 ՀՀ առողջապահության նախարարի 11-Ն հրաման, 01.03.2021, <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=150622>

խականություն, շնչառության հաճախականություն, մարմնի ջերմաստիճան)։

- կշռել և գրանցել նորածնի քաշը ծնվելուց առնվազն 1 ժամ հետո և դուրսգրումից առաջ։
- ծնվելուց հետո նորածնին չորացնել և լողացնել կյանքի առաջին 24 ժամերը լրանալուց հետո՝ մարմնի 36,5–37,5 C ջերմաստիճանի առկայության դեպքում, իսկ մեկոնիումի և (կամ) արյան հետքերի դեպքում՝ ծնվելուց նվազագույնը վեց ժամ հետո։
- բացառել նորածինների բարուրումը, իրականացնել մաշկի, լորձաթաղանթների, պորտալարի մնացորդի խնամքը։
- և այլն։

Հետծննդյան շրջանում իրականացվող բժշկական անվճար միջոցառումներից է նաև նորածինների կանխարգելիչ պատվաստումների կատարումը։ Համաձայն Պատվաստումների ազգային օրացույցի և իմունականիսարգելման ազգային ծրագրի՝ ծնվելուց 0–24 ժամվա ընթացքում նորածինները պետք է ստանան հեպատիտ Բ-ի, իսկ 0–48 ժամ հետո՝ ԲՅԺ պատվաստում, որը պաշտպանում է երեխային տուբերկուլոզի ծանր ձևերից⁵⁹։

Նորածինների դուրսգրումն իրականացվում է հետծննդյան 48 ժամը լրանալուց հետո։ Նորածնի դուրսգրման ժամանակ պարտադիր լրացվում է Նորածնի փոխանակման քարտը, որը փոխանցվում է երեխային սպասարկող առաջնային պահպանման հաստատություն (պոլիկլինիկա)։ Նորածնի դուրսգրման ժամանակ երեխայի ծնողին կամ երեխայի օրինական ներկայացուցչին տրամադրվում է երեխայի առողջության պետական հավաստագիր և երեխայի առողջության անձնագիր։

Նշենք նաև, որ հետծննդյան առաջին շաբաթում մանկաբարձուհու (բնակության վայրը սպասարկող պոլիկլինիկայի) կամ բուժքրոջ կողմից նախատեսված է մեկ պատրոնաժ տնային այց։ Նաև հետծննդյան 42 օրվա ընթացքում սահմանված է ծննդկանների հսկողության ապահովումը ընտանեկան բժշկի, մանկաբարձուհու, վերապատրաստված բուժքրոջ կողմից և ըստ բժշկական

59 ՀՀ կառավարության 2129–Ն որոշում, 17.12.2020, <https://www.arlis.am/documentView.aspx?docID=148508>

ցուցումների հետազոտումը և բուժօգնության կազմակերպումը կանանց կոնսուլտացիայում⁶⁰:

Պրակտիկայում սովորաբար մայրն ու նորածինը դուրս են գրվում միաժամանակ: Սակայն նախարարի հրամանով սահմանվում է, որ առողջ ծննդկանի դուրսգրումը, հետծննդյան նորմալ ընթացքի դեպքում կատարվում է ծննդաբերությունից հետո՝ 3-4-րդ օրը, իսկ կեսարյան հատման դեպքում՝ 4-5-րդ օրը, իսկ բարդացած ծննդաբերության դեպքում՝ կախված ախտաբանության բնույթից և ծննդկանի վիճակից⁶¹:

Բարդություններ և հիվանդություններ՝ հետծննդյան շրջանում. Պետության կողմից երաշխավորված անվճար մանկաբարձական հիվանդանոցային բուժօգնության մեջ մտնում է նաև հետծննդյան շրջանում մոր և նորածնի խնամքն ու բարդությունների բուժումը⁶²: Օրինակ, սահմանված են այնպիսի բարդություններ, ինչպիսիք են հետծննդյան խոցերը, էնդոմետրիտը, սեպսիսը, մաստիտը, կոնքի և ոտքերի երակների վարիկոզ լայնացումը, հետծննդյան պսիխոզը և այլն: Նախատեսվում է նաև հետծննդյան շրջանում էքստրագենիտալ (արտասեռական) ախտաբանությունների բուժումը⁶³:

Միևնույն ժամանակ, անվճար բուժապասարկման մեջ մտնում է նաև կնոջը տեղեկացնելը, որ հետծննդյան շրջանի՝ 42 օրերի ընթացքում պետք է անհապաղ բուժօգնության դիմել, եթե կան վտանգի այնպիսի նշաններ, ինչպիսիք են բարձր ջերմությունը, արյունահոսությունը, ցավը, այտուցները, լուծը, փորկապությունը, անքնությունը, թուլությունը և այլն⁶⁴:

60 ՀՀ առողջապահության նախարարի 198-Լ հրաման, 22.01.2020 <https://www.moh.am/images/legal-470.pdf>

61 ՀՀ առողջապահության նախարարի 80-Ն հրաման, 29.11.2013 <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=114032>

62 Նույն տեղում:

63 Նույն տեղում:

64 Նույն տեղում:

Կրժքով կերակրումը⁶⁵

Յուրաքանչյուր երեխա իրավունք ունի ստանալու կրժքով կերակրում՝ որպես օպտիմալ և այլընտրանք չունեցող միջոց անվտանգ և համապատասխան սնուցում ստանալու համար: Մինևույն ժամանակ, իրավունք ունի չկերակրվել կրժքով, եթե կան բժշկական հակացուցումներ⁶⁶: «Երեխային կրժքով կերակրման խրախուսման և մանկական սննդի շրջանառության մասին» օրենքով՝ պետությունը ստանձնում է պարտավորություն կրժքով կերակրումը խրախուսելու, կրժքով կերակրող կանանց և երեխաների իրավունքները պաշտպանելու համար միջոցներ ձեռնարկել:

Նույն օրենքը նաև սահմանում է, որ յուրաքանչյուր կին իրավունք ունի ստանալու կրժքով կերակրման ապահովման հետ կապված անվճար բժշկական խորհրդատվություն:

Ինչպես տեսնում ենք նախորդ մասերում շարադրվածից, հենց հղիության շրջանից ի վեր բուժաշխատողների աշխատանքների թվում է նաև կնոջը կրժքով կերակրելուն նախապատրաստելը, մայրության դպրոցներում նույնպես դասընթացներ են նվիրված այս հարցին: Իսկ անմիջապես ծննդալուծությունից հետո բուժաշխատողը պետք է նորածնին դնի մոր կրծքին, օգնի կրժքով կերակրել հենց ծնարանում, այնուհետև նաև հետծննդյան բաժանմունքում:

Առողջապահական կազմակերպությունները պարտավոր են ապահովել բարյացակամ միջավայր կրժքով կերակրման համար, այդ թվում՝ խրախուսել ու աջակցել կրժքով կերակրումը, իրականացնել կրժքով կերակրման համար անհրաժեշտ գործնական հմտությունների դասընթաց բուժանձնակազմի համար, մանկական սնունդ արտադրողներին և բաշխողներին չտրամադրել հղիների և կերակրող մայրերի կոնտակտային տվյալները, և այլն:

65 Այս մասում հրապարակված տեղեկությունների հիմնական աղբյուրը «Երեխային կրժքով կերակրման խրախուսման և մանկական սննդի շրջանառության մասին» օրենքն է, ընդունված՝ 20.11.2014, <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=120786>

66 Նույն տեղում:

Բուժաշխատողներն, իրենց հերթին, պարտավոր են.

- հղիների, ծննդկանների և նրանց հարազատների հետ հանդիպումների ժամանակ խրախուսել կրծքով կերակրումը.
- ժամանակին գնահատել և խրախուսել համապատասխան հավելյալ սնուցման կազմակերպումը.
- նորածիններին չտրամադրել ոչ մի տեսակի սնունդ կամ հեղուկ, բացի կրծքի կաթից, եթե չկան հակացուցումներ.
- մանկական սնունդ արտադրողներին և/կամ բաշխողներին չտրամադրել հղիների և կերակրող մայրերի կոնտակտային տվյալները.
- մանկական սնունդ արտադրողների և/կամ բաշխողների կողմից ցանկացած առաջարկի դեպքում (նմուշ, նվեր կամ այլ շնորհ) տեղեկացնել առողջապահական կազմակերպության ղեկավարությանը.
- բուժաշխատողները պարտավոր են մայրերին տրամադրել տեղեկատվություն մանկական սննդի օգտագործման հետ կապված՝ առողջությանը սպառնացող հնարավոր վտանգների և ռիսկերի վերաբերյալ:

Կրծքով կերակրմանը խրախուսելուն զուգահեռ կարևոր է նաև պայքարը կաթնախառնուրդների կամ մայրական կաթին փոխարինող այլ սնունդների ագրեսիվ մարքեթինգային արշավներին:

ԱՀԿ-ի 2022-ի զեկույցի համաձայն՝ աշխարհում հղիներն ու մայրերը հաճախ ենթարկվում են կաթնախառնուրդների ագրեսիվ գովազդի: 8 երկրի 8500 մայրերի և հղի կանանց, ինչպես նաև 300 բուժաշխատողի հետ հարցազրույցները ցույց են տվել, որ նորածիններին կաթնախառնուրդներով կերակրելու որոշման վրա ազդեցություն ունի մարքեթինգը. մանկական սնունդ արտադրողները կրծքի կաթի փոխարինիչների գովազդներում խեղաթյուրված են ներկայացնում գիտական փաստեր՝ կաթնախառնուրդների կարևորությունը ընդգծելով, ընդհուպ այն ներկայացնում են որպես կրծքի կաթին համարժեք կամ նույնիսկ ավելի լավը⁶⁷:

67 WHO, “Scope and impact of digital marketing strategies for promoting breastmilk substitutes”, 28. 04.2022, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240046085>

Հայաստանյան օրենսդրությամբ՝ բացի նրանից, որ կան արգելքներ բուժկենտրոնների ու բուժաշխատողների համար, նաև մանկական և վաղ տարիքի երեխաների կաթնախառնուրդների գովազդը և/կամ խորախումբն ալլ ձևերն արգելվում են (օրինակ՝ հատուկ ցուցահանդես-վաճառքները, շնորհանդեսները, շահումները, մրցանակների, նվերների շնորհումը, զեղչի կտրոնների կիրառումը և այլն):

Կան նաև դեպքեր, երբ կան կրծքով կերակրելու մշտական և ժամանակավոր բժշկական հակացուցումներ: Կրծքով կերակրման բժշկական հակացուցումների վերաբերյալ առողջապահության նախարարի 2016 թվականի փետրվարի 24-ի 05-Ն հրամանի համաձայն՝ մշտական հակացուցում է համարվում կերակրող մոր՝ մարդու իմունային անբավարարության վիրուսով (ՄԻԱՎ) վարակի առկայությունը, իսկ ժամանակավոր հակացուցումները կարող են պայմանավորված լինել մոր այնպիսի հիվանդություններով, ինչպիսիք են հետծննդյան փսիխոզը, հետծննդյան սեպսիսը և այլն, կամ մոր կողմից օգտագործվող դեղորայքային բուժումով (թմրանյութ կամ հոգեմետ նյութ պարունակող կամ հակաէպիլեպտիկ դեղեր, որոնք կարող են առաջացնել կողմնակի ազդեցություն, ներառյալ քնկոտությունը և շնչառության ընկճում, քիմիաթերապիայի կամ ճառագայթային բուժում):

Մասնագետները, սակայն, նշում են, որ կրծքով կերակրման բժշկական հակացուցումները մեր երկրում չնչին տոկոս են կազմում (25-30 հազար երեխայից մեկի դեպքում է հակացուցում լինում): Մայրերի բացարձակ մեծամասնությունը՝ շուրջ 97-98 տոկոսը, կարող է կրծքով կերակրել իր երեխային⁶⁸:

Թեև մոր ու նորածնի՝ կրծքով կերակրելու և կերակրվելու իրավունքները ամրագրված են օրենքով, սակայն պրակտիկայում կան բազմաթիվ վկայություններ, երբ կանայք կրծքով կերակրելու հետ կապված խնդիրներ են ունենում նաև բուժկենտրոններում բուժաշխատողների ոչ բարյացակամ և ոչ կոմպետենտ մոտեցման

68 Ա. Հովհաննիսյան, «Կաթը ջուր է, կաթնախառնուրդ տուր». մայրերն ընդդեմ 55 միլիարդ դոլարանոց բիզնեսի, 08.08.2022, <https://hetq.am/hy/article/147158>

հետևանքով: Միևնույն ժամանակ, պետք է նշել, որ չկան հետազոտություններ, թե ինչ որակով և ինչ արդյունավետությամբ են աշխատում բուժաշխատողները հատկապես կրծքով կերակրելու վերաբերյալ խորհրդատվություն տալու և աջակցելու հարցերում:

Միևնույն ժամանակ, առկա խնդիրների մասին բարձրաձայնում են ոչ միայն մայրերը⁶⁹, այլև կրծքով կերակրման խորհրդատուները: Կրծքով կերակրելու մասնագետ Աստրիդ Էքսուզյանը նշում է, որ բուժանձնակազմի կողմից լինում են մանիպուլյացիաներ ու հոգեբանական բռնություն: «Ամենաշատ հանդիպող խնդիրներից է, երբ մաման լացում է կրծքի ցավից, ասում են՝ տես, դու կաթ չունես, ամուսնուդ ասա՝ թող կաթնախառնուրդ բերի: ...Ես իմ ականջով եմ լսել, երբ գնացել էի խորհրդատվություն տալու, բուժանձնակազմը ներս մտավ, ո՛ւ եթե դու էսպես անես, քո երեխան սովից հյուծվելու է, ջրագրկվելու է, պետք է բերեք արհեստական, թե չէ՝ մենք ձեզ դուրս չենք գրի: Ես նման դեպքերում կանանց ասում եմ, որ պետք է գիտակցեք, որ ձեզ իրավունք չունեն պահելու: ... Կամ ասում են՝ էդ ո՞նց ես բռնել երեխային, հեսա ձգմելու ես, խեղդես, գցելու ես գրկիցդ»⁷⁰:

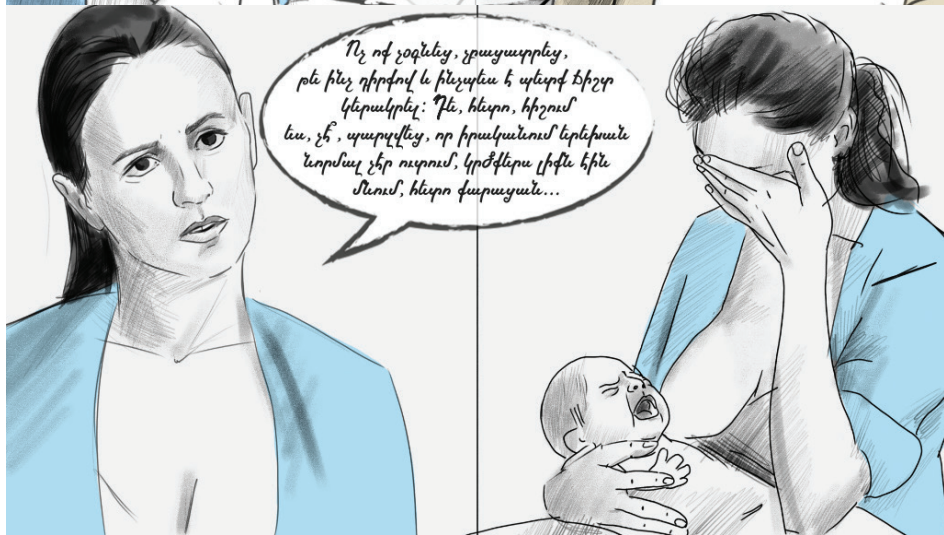
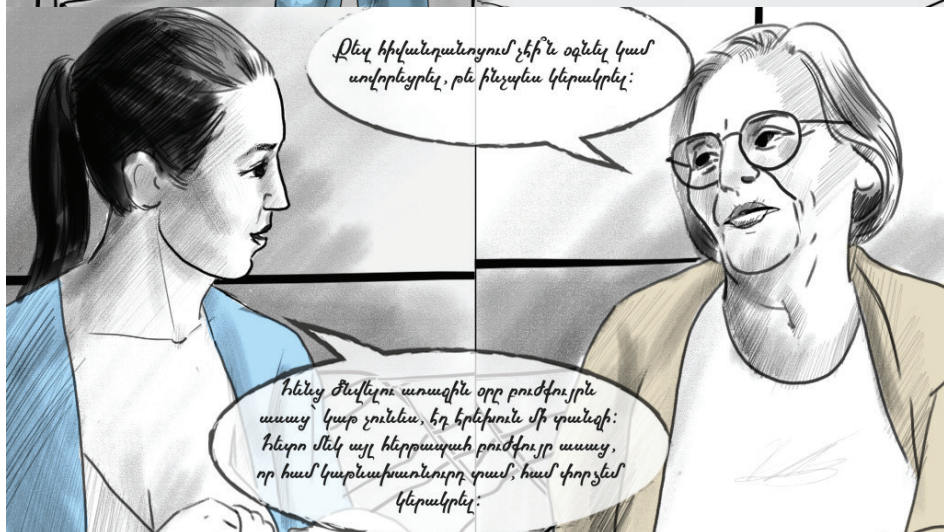
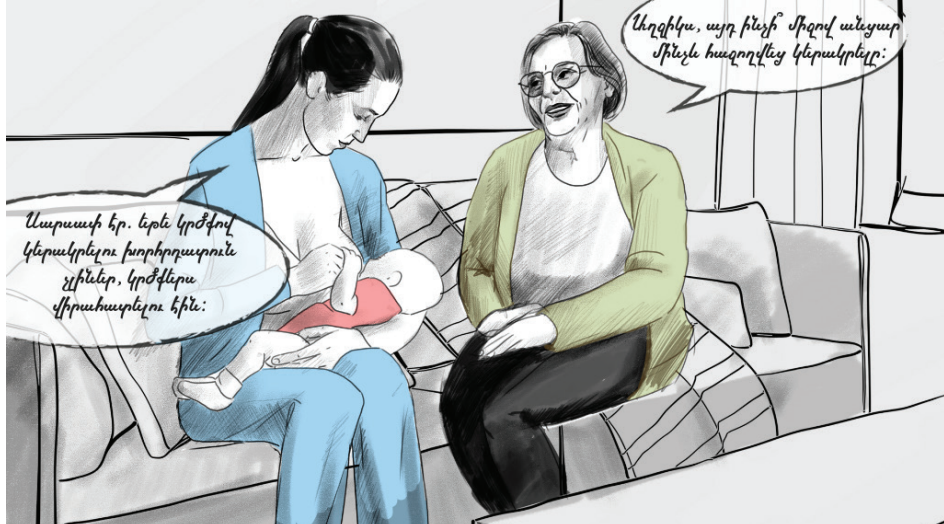
Կրծքով կերակրելու մասնագետները

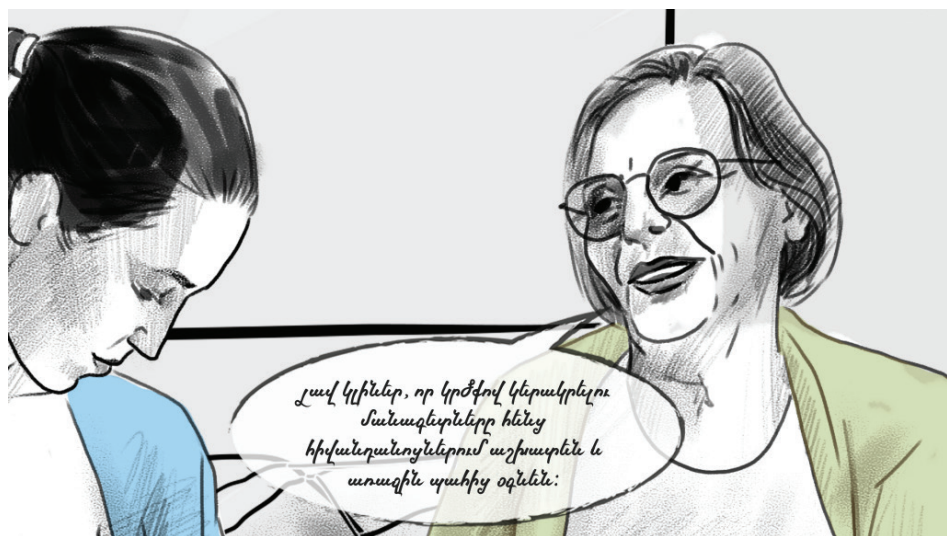
Հայաստանում վերջին տարիներին կանայք դիմում են կրծքով կերակրելու խորհրդատուներին, երբ կրծքով կերակրելու խնդիրներ են ունենում: Այս մասնագետները հիմնականում անհատական այցեր են անում կանանց մոտ՝ հիվանդանոց կամ տուն:

Կրծքով կերակրելու հարցերով մասնագիտանալու գործընթացը աշխարհում սկսվել է ավելի քան 40 տարի առաջ: 1985 թվականի մարտին հիմնադրվում է Կրծքով կերակրելու խորհրդատուների միջազգային խորհուրդը (The International Board of Lactation Consultant Examiners-IBLCE)՝ [«Լա Լեյե Լիգա»](#)՝ նախաձեռնության կողմից

69 Նույն տեղում:

70 «Կետ 33» հասարակական կազմակերպություն, «Կարևոր է կրծքով կերակրումը երեխայի ծնունդից հետո. Աստրիդ Էքսուզյան», 14.06.2022, <https://point33.am/astrid-breastfeeding/>





ստացված 40 000 դոլար վարկային միջոցների շնորհիվ: IBLCE-ն ստեղծվում էր կրծքով կերակրելու մասնագետների գործունեության չափանիշներ սահմանելու համար: Այս մասնագիտությունը նոր էր 1970-80-ականներին, և դրա առաջ գալու հիմքում կրծքով կերակրելու հարցերում օգնություն ստանալու մայրերի կարիքն էր⁷¹: «1985-ին, երբ հիմնադրվեց IBLCE-ը, «կրծքով կերակրելու խորհրդատու» տերմինը նոր էր, և ոլորտից դուրս մարդիկ նույնիսկ չէին հասկանում դա: Սակայն այդ օրից ի վեր ոլորտը մեծապես ընդլայնվել է, և այժմ կրծքով կերակրելու միջազգայնորեն սերտիֆիկացված 33 492 մասնագետ կա աշխարհի 125 երկրում»⁷²:

IBLCE-ը մշակված չափորոշիչների հիման վրա անցկացնում է քննություններ, որոնց հիման վրա տալիս է վկայական՝ կրծքով կերակրելու խորհրդատուի գործունեությամբ զբաղվելու համար: Վկայական ստացած մասնագետը կոչվում է միջազգային խորհրդի կողմից վկայագրված կրծքով կերակրելու խորհրդատու (International Board Certified Lactation Consultant – IBCLC):

Սովորաբար, այս մասնագետներն ունենում են բժշկական կամ հարակից ոլորտներում մասնագիտություն ու փորձ, սակայն այս փորձը պարտադիր պայման չէ կրծքով կերակրելու խորհրդատու դառնալու համար: Մինևույն ժամանակ նշվում է, որ քննությանը պատրաստվելը կարող է 2-5 տարի տևել. սա ենթադրում է կրծքով կերակրելու վերաբերյալ պրոֆեսիոնալ դասընթացների մասնակցում, ինչպես նաև պրակտիկայի փորձ, որից հետո իրավունք կարող ես ունենալ քննությունը հանձնելու:

Քննությունն անցկացվում է տարին մեկ անգամ: Քննության համար նախատեսված վճարները տարբեր երկրների մասնակիցների համար տարբեր են և տատանվում են 255-660 ԱՄՆ դոլարի սահմանում: Հայաստանը, ի դեպ, 2023-ին սպասվող քննության ցուցակներում չկա⁷³:

71 IBLCE, “Hystory”, <https://iblce.org/about-iblce/history/>

72 IBLCE, “IBLCE Celebrates 35 Years of the IBCLC”, 03.03.2021, <https://iblce.org/2021/03/03/iblce-celebrates-35-years-of-the-ibclc/>

73 IBLCE, “IBLCE fee guide 2023”, https://iblce.org/wp-content/uploads/2022/10/2022_October_Fee_Guide_2023_FINAL.pdf

Ի դեպ, տարբեր երկրներում կան կրծքով կերակրելու միավորումներ, որոնք անցկացնում են IBLCE պահանջներին ու չափորոշիչներին համապատասխան դասընթացներ, որոնց մասնակցելու դեպքում իրավունք ես ունենում հանձնել IBLCE քննությունը: Ռուսաստանում, օրինակ, նման կուրսեր առաջարկում է «Նոր մակարդակ» (Новый уровень, New Degree) կազմակերպությունը, Կրծքով կերակրելու խորհրդատուների ասոցիացիան (Ассоциация Консультантов по Естественному Вскармливанию - АКЕВ): Այս կազմակերպություններն, իրենց հերթին, տրամադրում են կրծքով կերակրելու խորհրդատուի վկայագրեր: Իրենց պաշտոնական կայքերում տեղադրված են անդամների անուններն ու կոնտակտային տվյալները: Միևնույն ժամանակ, ունեն էթիկայի կանոններ, որոնք պարտադիր են անդամների համար:

Ի դեպ, IBLCE-ի կողմից տրված վկայականը ուժի մեջ է համարվում 5 տարի, այնուհետև վերաորակավորման համար պետք է դիմել, իսկ 10 տարի գործունեությունից հետո նորից քննություն հանձնելը պարտադիր է:

Հայաստանում գործող կրծքով կերակրելու մասնագետները դասընթացների մասնակցում ու վկայագրեր ստանում են հիմնականում վերոնշյալ ռուսական կառույցների կամ դրանց անդամագրված մասնագետների կողմից: Սակայն տարբեր երկրներում աշխատող միջազգային խորհրդի կողմից վկայագրված կրծքով կերակրելու հայազգի մասնագետներ՝ IBCLC-ներ կան⁷⁴: Հայաստանում դեռևս չկա կրծքով կերակրելու մասնագետների միավորում՝ մշակված կանոնակարգով ու էթիկայի կանոններով: Մեզ հետ գրույցում Աստրիդ Էսբուգյանն ասում է, որ չկան չափորոշիչներ, թե ինչպես պետք է դառնալ կրծքով կերակրելու մասնագետ, և կա ռիսկ, որ ինքնահռչակ մասնագետներ կարող են սկսել աշխատել: Նեոնատոլոգ և կրծքով կերակրման խորհրդատու Աննա Տոնիկյանը նույնպես կարևորում է չափորոշիչների ու համապատասխան կրթություն ունենալու կարևորությունը, քանի որ խնդիրը վերաբերում է կնոջ ու նորածնի առողջությանը:

74 Новый уровень, “IBCLC” <https://new-degree.ru/ibclc/>

Հայաստանում կրծքով կերակրելու մասնագետների մեկ այցն արժե միջինում 10 000-20 000 դրամ⁷⁵:

Առողջապահության նախարարության պարզաբանումը կրծքով կերակրելու մասնագետների և դուլաների վերաբերյալ հետևյալն է. «ՀՀ առողջապահության նախարարի 2012 թվականի նոյեմբերի 27-ի 2731-Ա հրամանով հաստատվում են ծննդոգնության ոլորտում վճարովի հարբժշկական ծառայությունները: Կրծքով կերակրելու խորհրդատու-մասնագետներ, ինչպես նաև դուլաներ առկա չեն ՀՀ կառավարության 2014 թվականի սեպտեմբերի 4-ի «Հայաստանի Հանրապետության առողջապահական բնագավառի բժշկական, ստոմատոլոգիական, դեղագիտական, հանրային առողջապահական մասնագիտությունների և նեղ մասնագիտությունների ցանկերը հաստատելու մասին» N 952-Ն որոշման և ՀՀ առողջապահության նախարարի 2021 թվականի մայիսի 6-ի «Հարբժշկական ծառայությունների ցանկը հաստատելու մասին» N 29-Ն հրամանի մասնագիտությունների ցանկում և ենթակա չեն լիցենզավորման: ... Հայտնում եմ, որ կրծքով սնուցման խորհրդատվությունը պետք է տրամադրվի բուժանձնակազմի կողմից՝ անվճար ծննդոգնություն իրականացնող և ԱԱՊ բժշկական կազմակերպություններում, ինչի վերաբերյալ իրականացվել և իրականացվելու են վերապատրաստման դասընթացներ»⁷⁶:

Դուլաները

«Դուլա» բառը ծագել է հունարեն *doule* բառից և նշանակում է կնոջ օգնական կամ աղախին: Դուլաների դերը նախածննդյան, ծննդաբերության և հետծննդյան փուլերում կնոջն աջակցելն է: Պետք է նախապես նշել, որ դուլաները բուժաշխատողներ չեն և բժշկական միջամտություններ անելու իրավունք չունեն, ինչպիսիք են, օրինակ, դեղամիջոց տալը, զննություն անելը և այլն:

75 Այս տվյալի հիմքում կրծքով կերակրելու խորհրդատուների փոխանցած տեղեկությունն է ու նաև տարբեր կանանց փորձը՝ վերջին երեք ամիսների ընթացքում: Պաշտոնական կամ ոչ պաշտոնական հրապարակային աղբյուրներ չկան:

76 Տես Հավելված 2-ը:

Դուլան հոգեհուզական աջակցություն է տրամադրում կնոջը, նրա ամուսնուն, ընտանիքին: Ծննդաբերության փուլում հատկապես կարևորվում է նրա ներկայությունը, քանի որ ծննդաբերող կինն իր կողքին ունենում է մեկին, որը ամբողջովին կենտրոնացած է միայն իր խնամքի վրա: Դուլան քաջալերում է կնոջը, հոգ է տանում նրա մասին, առաջարկում է ծննդաբերական ընթացքը հեշտացնող դիրքեր, շնչառական վարժություններ, հնչողություն (կծկումների ժամանակ արտաբերվող կառուցողական ձայներ, ոչ գոռոց, կամ ճիչ), ցավը մեղմացնող սեղմումներ և մերսումներ է անում: Հետծննդյան շրջանում դուլաները օգնում են նորաթուփ մայրիկներին կրծքով կերակրելու և նորածնին խնամելու հարցերում, ինչպես նաև տնային գործերում՝ ճաշ եփել, արդուկ անել և այլն:

«Հետծննդաբերական շրջանում մայրիկների համար շատ կարևոր է հարազատների օգնությունը, ոչ թե միջամտությունը: Երբեմն սխալ օգնությունը կամ խորհուրդը նոր մայրացածին կարող է ավելի վնասել: Դուլան հենց նա է, ով ոչ մի քայլ առանց կնոջ հետ համաձայնության չի անում: Դուլան խորհուրդ չի տալիս, չի պարտադրում, դուլան տեղեկություն է տրամադրում և ընտրության հնարավորություն տալիս: Ամեն քայլ պետք է լինի հանուն մոր հանգստության, և այդ կարևոր շրջանը վայելելու համար», – անհատական գրույցի ժամանակ ասում է դուլա Անուշ Հարությունյանը:

Սովորաբար, կան դուլաներ, որոնք ծառայություններ մատուցում են հղիությունից մինչև հետծննդյան շրջանի համար, և կան նաև, որ օգնում են միայն կոնկրետ փուլերում, օրինակ՝ միայն ծննդաբերության ժամանակ:

Դուլա լինելու համար ֆորմալ կրթություն կամ դասընթացներ չեն պահանջվում, թեև կան այդպիսի միջազգային և տեղական դասընթացներ, որոնց դեպքում նաև վկայագրեր են տրվում:

Հայաստանում դուլաները վերջին մի քանի տարիներին են սկսել գործել: Նրանց մասին քչերը գիտեն: Նրանք տարբեր մասնագիտությունների ու զբաղմունքների տեր մարդիկ են: Օրինակ, Սվետլանա Ավագյանը «Լույս» յոգայի կենտրոնների հիմնադիրն է, նաև հղիների յոգայի դասընթացներ է վարում: Նա ասում է, որ

բացի նրանից, որ դուլան հոգեհուզական ու ֆիզիկական օգնություն է տրամադրում, նրա ներկայությունը ծննդաբերության ժամանակ մեծապես կարևոր է նաև մանկաբարձական և ընդհանրապես բժշկական բռնությունից պաշտպանելու համար⁷⁷:

Ընդհանրապես, նշվում է, որ դուլաները բնական ճանապարհով ծննդաբերությունների ջատագովներ են: «Միշել Օդեն Մայր Կենտրոն» հասարակական կազմակերպության հիմնադիր, բժշկական մարդաբան և դուլա Աստղիկ Վարդանյանը⁷⁸ նշում է. «Ես կողմնակից եմ բնական, ֆիզիոլոգիական ծննդաբերությանը: Բնականամետ ծննդաբերությանն ուղղված շարժումը, որը ծավալվում է համաշխարհային դաշտում, բավական մեծ ազդեցություն է թողել ինձ վրա: Այդ շարժման առաջնորդները եղել են իմ մենթորները, ուսուցիչները և ես կարծում եմ, որ ժամանակն է այդ շարժումն ուղղորդելու Հայաստան»: Նա նշում է նաև, որ Հայաստանում բնականամետ ծննդաբերությունների ցուցանիշը բարելավելու, ինչպես նաև էպիդուրալ ցավազրկողների անհրաժեշտությունը նվազեցնելու համար առաջին հերթին անհրաժեշտ է կրթել հղիին, բացատրել, թե բժշկական յուրաքանչյուր միջամտությունը ինչ դոմինոյի էֆեկտ կարող է ունենալ և ինչպիսի վտանգների կարող է հանգեցնել, եթե դա ցուցված չէ:

Հայաստանում դուլաների գործունեությանը վերաբերող օրենսդրական կարգավորումներ չկան: Հետևաբար, դուլաների ծննդաբերությանը ներկա գտնվելու և ծննդկանին աջակցելու օրենսդրական արգելք կամ սահմանափակում նույնպես չկա: Ինչպես արդեն նշել ենք, առողջապահության նախարարի՝ 2020-ի ապրիլից գործող հրամանով առաջին անգամ ամրագրվեց «աջակցող անձ» եզրույթը, և պարտավորություն դրվեց բուժհաստատությունների վրա՝ ըստ ծննդաբերի ընտրության՝ ապահովել աջակցող անձի կամ հարազատի ներկայությունը նախածնարանում և ծնա-

77 «Կետ 33» կազմակերպություն, «Ո՞վ է դուլան և ինչ օգնություն է ցույց տալիս կնոջը. զարգացող մասնագիտությունը նաև Հայաստանում», 28.06.2022, <https://point33.am/dula-svetlana-avagyan/>

78 «Կետ 33» կազմակերպություն, «Ծննդատուն եմ գնացել հավատքով, դուրս եմ եկել՝ ակտիվիստ. ինչպե՞ս Աստղիկ Վարդանյանը դարձավ դուլա և ստեղծեց «Mom Center»-ը», 15.09.2022, <https://point33.am/astrik-vardanyan/>

րանում՝ համապատասխան սանիտարահիգիենիկ պահանջների ապահովման դեպքում⁷⁹:

Առողջապահության նախարարությունը դուլաների գործունեության վերաբերյալ նշում է հետևյալը. «...կնոջ և աջակից անձի մասնավոր փոխհարաբերությունները վերահսկելի չեն բժշկական կազմակերպության կողմից: ...ըստ ԱՀԿ-ի՝ դուլան դիտարկվում է որպես աջակից անձ՝ չտարբերակելով նրան, օրինակ, ամուսնուց կամ հարազատից»⁸⁰:

Աստղիկ Վարդանյանը նշում է, որ Հայաստանում գործող դուլաները ներկայումս աշխատում են առողջապահության նախարարության և շահագրգիռ այլ գերատեսչությունների հետ, աշխատանքներ են տարվում՝ դուլայի գործունեությանը վերաբերող հարցերն օրենսդրորեն կանոնակարգելու նպատակով: Օրինակ՝ պրակտիկայում կան բժիշկներ, որոնք ողջունում են դուլաների ներկայությունը ծննդաբերության ժամանակ, և կան բժիշկներ՝ դեմ են: Ըստ այդմ, ստեղծվում է իրավիճակ, երբ բուժաշխատողը «աջակցող անձ» կարող է համարել ամուսնուն կամ քրոջը և ոչ դուլային:

Ինչպես ենթադրելի է, դուլաների ծառայություններն անվճար չեն: Դրանց գնի վերաբերյալ հստակ տվյալներ չկան: Աստղիկ Վարդանյանը նշում է, որ 1 ծննդաբերությանը ներկա գտնվելու գինը տատանվում է 80 000–100 000 ՀՀ դրամի սահմաններում: Վճարի չափը կարող է տարբեր լինել՝ կախված նրանից, թե ինչ ծառայություն է մատուցվել, որ փուլում, որքան ժամանակ է հատկացվել և այլն:

Սվետլանա Ավագյանը նշում է, որ ներկայումս դուլայի ծառայությունները մատչելի չեն կանանց մեծ մասին: «Սա դառնում է էլիտար կամ լյուքս դասի մի բան: ...Օրինակ՝ մանկաբարձն ավելի լուրջ դեր ունի ծննդաբերության մեջ: ...մանկաբարձը ստանում է շատ քիչ գումար մի ամսվա ընթացքում, քան դուլան՝ մի ծննդաբերության

79 ՀՀ առողջապահության նախարարի 13-Ն հրաման, 21.04.2021 <https://www.irtek.am/views/act.aspx?aid=105023>

80 Տես Հավելված 2-ը:

ընթացքում»,- ասում է նա⁸¹:

Բուժաշխատողների աշխատավարձը: 2019-2022 թվականների համար, համաձայն առողջապահության նախարարի 2014 թվականի հուլիսի 24-ի N 1791-Ա (փոփոխություն՝ 2019 թվականի փետրվարի 4-ի N [259-Ա](#)) հրամանի՝ առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ մատուցող բժշկական կազմակերպություններում օպտիմալ բնակչության սպասարկման դեպքում մանկաբարձ-գինեկոլոգի և մանկաբարձի համար վարձատրման չափաքանակները սահմանված են, համապատասխանաբար, 235 000 և 120 000 դրամ: Նշված չափաքանակները նվազագույնն են, և բժշկական կազմակերպության ղեկավարության կողմից կարող է սահմանվել ավելի բարձր վարձատրություն⁸²:

ՀՀ վիճակագրական կոմիտեի տվյալների համաձայն՝ 2019 թվականին առողջապահության և բնակչության սոցիալական սպասարկման ոլորտներում միջին ամսական անվանական աշխատավարձը եղել է 172 024 դրամ, իսկ 2020-ին՝ 186 847 դրամ, իսկ վերջին, սակայն նախնական տվյալը վերաբերում է 2022-ի մայիսին՝ 206 666 դրամ⁸³:

81 «Կետ 33» կազմակերպություն, «Ո՞վ է դույան և ի՞նչ օգնություն է ցույց տալիս կնոջը. զարգացող մասնագիտությունը Հայաստանում», 28.06.2022 <https://point33.am/dula-svetlana-avagyan/>

82 Տե՛ս Հավելված 2-ը:

83 ՀՀ վիճակագրական կոմիտե, «Աշխատանքի շուկան Հայաստանում 2021», 14-րդ գլուխ, https://armstat.am/file/article/lab_market_2021_14.pdf

Հայաստանում բացի ծննդոգնության ծառայությունների անվճար կազմակերպումից՝ պետությունը նախատեսում է ֆինանսական աջակցություն կնոջն ու նրա ընտանիքին, որը կարող է մեղմել երեխայի ծննդին ու խնամքին վերաբերող ծախսերը:

Մայրության նպաստ: Մայրության նպաստ ստանալու իրավունք ունեն ինչպես աշխատանքային պայմանագրով աշխատող, այնպես էլ չաշխատող քաղաքացիները: Աշխատողների դեպքում նպաստը տրամադրվում է մայրության արձակուրդի 140 օրերի (70 օր նախածննդյան շրջան, 70 օր հետծննդյան շրջան) համար: Նպաստի չափը հաշվարկվում է կնոջ միջին ամսական աշխատավարձի հիման վրա:

Չաշխատող կնոջ մայրության նպաստը սահմանված է 156 600 դրամ և նշանակվում է բուժկենտրոնի կողմից տրված ժամանակավոր անաշխատունակության թերթիկի հիման վրա: Ի դեպ, նպաստը նշանակվում է միայն այն դեպքում, եթե դիմումն ու անհրաժեշտ փաստաթղթերը միասնական սոցիալական ծառայության ցանկացած տարածքային կենտրոն է ներկայացվում հղիության և ծննդաբերության արձակուրդի իրավունք ունենալու ժամանակահատվածի 140 օրերի ընթացքում:

Երեխայի ծննդյան միանվագ նպաստ: Երեխայի ծննդյան միանվագ նպաստի իրավունք ունի երեխայի ծնողը, որդեգրողը կամ խնամակալը: Երեխայի ծննդյան միանվագ նպաստը նշանակվում է և վճարվում է, եթե ծնողը և նոր ծնված երեխան հաշվառված են ՀՀ բնակության վայրի հասցեով, երեխայի ծննդյան միանվագ նպաստի դիմելու օրվա դրությամբ գտնվում են Հայաստանում:

- Առաջին և երկրորդ երեխայի ծննդյան միանվագ նպաստի

84 Այս մասում տեղեկությունների հիմնական աղբյուրներն են՝ «Պետական նպաստների մասին» ՀՀ օրենքը, 12.12.2013, <https://www.arlis.am/document-view.aspx?docid=94822>

ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարություն, «Երեխայի ծննդյան կապակցությամբ պետության կողմից տրվող նպաստներն ու դրանց չափը», 13.01.2022, <https://www.mlsa.am/?p=32385>

չափը 300 000 դրամ է:

- Երրորդ և չորրորդ երեխայի ծննդյան դեպքում 1 000 000 դրամ է:
- Հինգերորդ և հաջորդ երեխաների ծննդով պայմանավորված՝ 1 500 000 դրամ է:
- Ամբողջ գումարը վճարվում է բանկային փոխանցման միջոցով:

Երեխայի ծննդյան միանվագ նպաստը նշանակվում է, եթե դիմումն ու անհրաժեշտ փաստաթղթերը (անձնագիր, ՀԾՀ, ինչպես նաև երեխայի ծննդյան վկայական ու ՀԾՀ) ներկայացվել են նոր ծնված երեխայի ծննդյան ամսվանից հետո՝ 12 ամսվա ընթացքում (մինչև երեխայի 1 տարին լրանալը):

Մինչև 2 տարեկան երեխայի խնամքի նպաստ: Այս նպաստի իրավունք ունեն մինչև երեք տարեկան երեխայի խնամքի արձակուրդում գտնվող ծնողը՝ մինչև երեխայի երկու տարեկանը լրանալը, գյուղական բնակավայրի հասցեով հաշվառված և փաստացի բնակվող ծնողը (և՛ աշխատող, և՛ չաշխատող), մինչև երեխայի երկու տարեկանը լրանալը, եթե երեխայի ծննդյան կամ խնամքի նպաստի համար դիմելու օրվա դրությամբ առնվազն մեկ տարի անընդմեջ հաշվառված է գյուղական բնակավայրի հասցեով:

Եթե ծնողը խնամքի տակ ունի մեկից ավելի մինչև երկու տարեկան երեխա, ապա խնամքի նպաստը նշանակվում և վճարվում է յուրաքանչյուր երեխայի համար:

Աշխատող ծնողին խնամքի նպաստ նշանակվում է՝

1. խնամքի արձակուրդն սկսելու ամսվան հաջորդող ամսվա 1-ից, եթե դիմումը և անհրաժեշտ փաստաթղթերը ներկայացվել են խնամքի արձակուրդն սկսելու ամսվան հաջորդող տասներկու ամսվա ընթացքում.
2. դիմելու ամսվան հաջորդող ամսվա 1-ից, եթե դիմումը և անհրաժեշտ փաստաթղթերը ներկայացվել են խնամքի արձակուրդն սկսելու ամսվանից տասներկու ամիս հետո:

Գյուղական բնակավայրերում ապրող այն անձը ևս, որի երեխան ծնվել է 2020 թ. հուլիսի 1-ին և հետո, մինչև երկու տարեկան երեխայի խնամքի նպաստի իրավունք ունի:

Գյուղաբնակ և երեխայի խնամքի արձակուրդում գտնվող ծնողը ստանում է խնամքի նպաստ՝ և՛ որպես վարձու աշխատող, և՛ որպես գյուղաբնակ: Ըստ այդմ՝ գյուղաբնակ վարձու աշխատողին ամսական տրամադրվում է 57 200 դրամ խնամքի նպաստ: Ոչ գյուղաբնակ ծնողների դեպքում խնամքի նպաստի չափը կազմում է 28 600 դրամ:

Նպաստ՝ երրորդ և հաջորդ երեխաների համար: 2022 թ. հունվարի 1-ից հետո ծնված երրորդ և հաջորդ երեխաների դեպքում տրամադրվում է ամսական 50 000 դրամ աջակցություն՝ մինչև երեխայի 6 տարեկան դառնալը: Դրամական աջակցությունը նշանակվում է, եթե աջակցության համար դիմող երեխայի ծնողը ՀՀ քաղաքացի է, դիմելու օրվա դրությամբ ծնողը և նոր ծնված երեխան գտնվում են Հայաստանում, դիմելու օրվա դրությամբ ծնողը, նոր ծնված երեխան և ծնողի մյուս երեխաները հաշվառված են Հայաստանի բնակչության պետական ռեգիստրում:

Ընդ որում՝ զույգ կամ միաժամանակ ավելի թվով երեխաներ ծնվելու դեպքում դրամական աջակցություն նշանակվում է նոր ծնված բոլոր երեխաների համար: Այսինքն՝ եթե ընտանիքում կա 1 երեխա, և ծնվում է զույգ, ապա ընտանիքում 3 երեխայի առկայության դեպքում դրամական աջակցություն է նշանակվում արդեն նոր ծնված յուրաքանչյուր երեխայի համար: Տվյալ օրինակի համաձայն՝ ընտանիքը 6 տարի շարունակ կստանա ամսական 100 000 դրամ:

ՄՈՐ ԵՎ ՄԱՆԿԱՆ ԽՆԱՄՔԻ ՄԻՋԱԶԳԱՅԻՆ ՓՈՐՁԸ

Մոր և երեխայի խնամքի քաղաքականություններն ու ծննդոգնության համակարգերը աշխարհի տարբեր ծայրերում տարբեր են՝ պայմանավորված սոցիալական, քաղաքական, տնտեսական և մշակութային տարբերություններով: Ծննդոգնության բարելավմանն ուղղված քաղաքականությունների հիմքում հիմնականում երկու նպատակ է դրվում՝ մոր և նորածնի առողջությունը և ծնելիության աճի խթանումը: Սա էլ, իր հերթին, ենթադրում է ունենալ բարելավված միջավայր և առողջապահական ծառայություններ, և կնոջ ու նրա ընտանիքի ֆինանսական հոգսերը թեթևացնելուն ուղղված աջակցություն, օրինակ՝ անվճար բուժօգնություն (պետության կամ ապահովագրական ընկերությունների միջոցներով բուժօժանությունների դիմաց վճարներ) և նպաստներ: Սա, իհարկե, իր հերթին բերում է նրան, որ հարուստ երկրներն ունենում են առավել բարենպաստ միջավայր հղիության, ծննդաբերության և հետծննդաբերական շրջանների համար:

Գերմանիա

Գերմանիայում տարեկան ավելի քան 700 000 երեխա է ծնվում: 2021-ին ծնունդների զգալի աճ է գրանցվել՝ ծնվել է 795 492 երեխա: Վիճակագրության դաշնային գրասենյակի (Destatis) տվյալներով՝ այս թիվը 22 000-ով մեծ է նախորդ տարվա ցուցանիշից, և 2017-ից ի վեր առաջին անգամ բարձրացել է մեկ կնոջ հաշվարկով ծնելիության աճի ցուցանիշը՝ 1,53-ից դառնալով 1,58⁸⁵: «Այս աճի հավանական պատճառներից մեկը համեմատաբար կայուն վիճակն է աշխատաշուկայում և Կովիդ-19 պանդեմիայի հետևանքով ստեղծված արտակարգ իրավիճակը», - նշվում է Վիճակագրության դաշնային գրասենյակի հաղորդագրության մեջ:

Գերմանիայի առողջապահական համակարգը համարվում է լավագույններից մեկը աշխարհում: Այստեղ ապրողների համար

85 Federal Statistical Office (Destatis), “Fertility rate in 2021 up for the first time since 2017”, 03.08.2022, [https://www.destatis.de/EN/Press/2022/08/PE22_326_12.html#:~:text=The%20Federal%20Statistical%20Office%20\(Destatis,children%20per%20woman%20in%202021.](https://www.destatis.de/EN/Press/2022/08/PE22_326_12.html#:~:text=The%20Federal%20Statistical%20Office%20(Destatis,children%20per%20woman%20in%202021.)

առողջապահական ապահովագրություն ունենալը պարտադիր է և, տարբեր աղբյուրների տվյալներով, առողջապահական ծախսերի շուրջ 90 տոկոսը փոխհատուցվում է ապահովագրական ընկերությունների կողմից:

Հղիության, ծննդաբերության և հետծննդաբերական ծախսերի վերաբերյալ տվյալները միարժեք չեն. ծառայությունների վերաբերյալ կան տարբեր առաջարկներ՝ տարբեր գնային սահմաններում: Օրինակ՝ բնական ծննդաբերության արժեքը կարող է տատանվել 1600–2200 եվրոյի, իսկ կեսարյան հատմամբ ծննդալուծության արժեքը՝ 2500–5400 եվրոյի սահմաններում⁸⁶: Կինը և նրա ընտանիքը հիմնականում այս ծառայությունների մինչև տասը տոկոսն է վճարում:

Գերմանիայում կան նաև մայրության և ծնողական վճարվող արձակուրդներ: Մայրն իրավունք ունի ընդհանուր 14 շաբաթվա արձակուրդ գնալու, որի դեպքում վճարը կարող է կախված լինել կնոջ աշխատավարձի չափից: Եթե կինն ունի նաև այլ երեխա, ապա ստանում է հավելյալ 75 եվրո: Երեխայի ծննդից հետո յուրաքանչյուր ծնողը կարող է մինչև 12 ամիս արձակուրդ վերցնել, երկուսը միասին՝ 24 ամիս կարող են արձակուրդ ունենալ: Արձակուրդի ժամանակ տրվում է նպաստ՝ աշխատավարձի շուրջ 65 տոկոսի չափով, որը կարող է կազմել ամսական 300–1200 եվրո: Ծնողների աշխատատեղը համարվում է պաշտպանված մինչև երեխայի 3 տարեկան դառնալը⁸⁷:

Գերմանիայի ծննդօգնության համակարգում գլխավոր դեր ունեն մանկաբարձները՝ հերամենները: «Արդեն ունե՞ս հերամեն». սա ամենահաճախ հնչող հարցն է հղիության հենց սկզբում: Ծատ կանայք հերամեն են գտնում նույնիսկ մինչ հղիությունը, երբ դեռևս պլանավորում են երեխայի ծնունդը: Հերամենները սերտիֆիկացված բուժաշխատողներ են, որոնք մասնագիտացած են հղիության, ծննդաբերության և հետծննդաբերական խնամքի հարցերում:

Գերմանիայի նախածննդյան խնամքի մոդելի դեպքում հա-

86 Wise Blog, Having a baby in Germany? 27.07.2018, <https://wise.com/gb/blog/cost-of-having-a-baby-in-germany>

87 N26, How much does it cost to have a baby, 20.10.2020, <https://n26.com/en-eu/blog/cost-of-having-a-baby>

մարվում է, որ հղիությունն ու ծնունդը ֆիզիոլոգիական նորմալ երևույթներ են և բժշկական միջամտությունների կարիք չունեն: Եվ այս բոլոր փուլերում խնամքը հիմնականում կարող են իրականացնել մանկաբարձները, իսկ բժիշկները ակտիվորեն ներգրավվել բարձր ռիսկայնություն ունեցող հղիությունների ժամանակ կամ այն դեպքերում, երբ մոր և երեխայի առողջությանը, կյանքին սպառնացող խնդիր է առաջ գալիս:

Գերմանիայի մանկաբարձների միությունը և մանկաբարձությունը

Ֆրիդրիխ Էբերտ հիմնադրամի հետ համագործակցության արդյունքում «Կետ 33» հասարակական կազմակերպությունն ունեցել է հնարավորություն այցելելու Գերմանիայի մանկաբարձների միություն (ԳՄՄ) և ծանոթանալու նրանց փորձին:

Գերմանիայի մանկաբարձների միությունը Գերմանիայի 16 երկրամասերի առանձին միություններից բաղկացած ընդհանուր ղեկավար մարմին է: Միությունը ֆինանսավորվում է անդամավճարների միջոցով. բոլորը երկրամասերը միասին ունեն ընդհանուր մոտ 22 000 անդամ:

ԳՄՄ-ն բաղկացած է պետաշխատող մանկաբարձների ասոցիացիայից (ՊՄԱ) և Գերմանացի մանկաբարձների ասոցիացիայից (ԳՄԱ): Հետևաբար կառույցը ներկայացնում է պետաշխատող և մասնավոր մանկաբարձների մասնագիտական շահերը նաև ոչ հիվանդանոցային մանկաբարձության մեջ, դրա հետ մեկտեղ՝ նաև մանկաբարձություն սովորողների, գիտնականների, ընտանեկան մանկաբարձների և ապագա մանկաբարձների շահերը:

ԳՄՄ-ի բարձրագույն մարմինը Դաշնային պատվիրակների համաժողովն է, որը համագումար է անցկացնում տարին մեկ անգամ: Պատվիրակներն ընտրվում են երկրամասային միությունների անդամներից: Երկրամասային միությունների ղեկավարները նախագահության հետ կազմում են գլխավոր հանձնաժողովը և նիստ հրավիրում տարին երկու անգամ: ԳՄՄ նախագահությունը բաղկացած է նախագահից, նախագահին կից երեք աշխատակցից, քարտուղարից և գանձապահից: Այն ընտրվում է դաշնային պատվիրակների համաժողովի արդյունքում:

ԳՄՄ-ն ունի երկու կենտրոնական գրասենյակ. մեկը տեղակայված է Բեռլինում, մյուսը՝ Կարլսրուիեում, որոնք ունեն ընդհանուր 40 աշխատակից: Մասնաձյուղերն ունեն միասնական կառավարում:

*Ինչպե՞ս են դառնում մանկաբարձ*⁸⁸: 2020 թվականի հունվարից ի վեր մանկաբարձ դառնալու համար պարտադիր է ունենալ բարձրագույն կրթության բակալավրի աստիճան: Ուսման տևողությունը 7-8 կիսամյակ է: Մանկաբարձության ուսումնական շրջանը ներառում է առնվազն 2200 տեսական և առնվազն 2200 պրակտիկ դասաժամեր, որոնք ուսանողներն անցնում են ոչ միայն կլինիկաներում, այլև դրանցից դուրս: Ուսումնառության հիմքում համապետական միասնական ուսուցման և քննությունների կանոնակարգն է:

Մանկաբարձություն սովորելու համար պահանջվում է 12-ամյա դպրոցական կրթություն (Ավագ դպրոցի կամ մասնագիտական դպրոցի ավարտական վկայական) և որոշ բուհերի դեպքում՝ նաև 4 շաբաթ տևողությամբ պրակտիկա տվյալ բնագավառում:

Պահանջներ մանկաբարձին: Մանկաբարձները պետք է բավարարեն ընդհանուր և հատուկ պահանջների: Ընդհանուր պահանջների շարքում են իրավական կարգավորումների ու համակարգային հարցերի վերաբերյալ իրազեկված լինելը, մասնագիտական վերապատրաստումների մասնակցությունն ու կատարելագործումը: Մանկաբարձներին ներկայացվող պահանջներից են նաև.

- ունենալ էթիկորեն պատշաճ վարմունք և հարգանք մարդու հիմնական իրավունքների հանդեպ.
- ունենալ կենսագիտական հիմունքների վերաբերյալ գիտելիք և միջոցիսցիպլինար դիտարկման միջոցով ծանաչել օրգաններին վերաբերող համակարգային կապերը.
- նպաստել մանկաբարձության ֆիզիոլոգիական գործընթացներին կլինիկական և ամբուլատոր բնագավառներում և աջակցել կանանց՝ իրենց խնամքի վերաբերյալ անհատական որոշումներ ընդունելիս.
- կարողանալ ստուգել և գնահատել առողջական վիճակը, հե-

88 Deutscher Hebammen Verband, Stadium, <https://www.hebammenverband.de/beruf-hebamme/stadium/>

տազուտել առողջության ռիսկերը, նպաստել կանանց և նորածինների ընդհանուր առողջ և բարեկեցիկ լինելուն.

- Կարողանալ բացահայտել ընթացքից շեղումներն ու բարդությունները և նախաձեռնել համապատասխան բուժում կամ նպատակային ուղղորդում անել.
- Կարողանալ ապահովել կապը և փոխգործակցությունը կանանց, ընտանիքների, նրանց խնամողների և առողջապահական համակարգի թիմերի հետ և տրամադրել համապատասխան տեղեկատվություն.
- Կարողանալ տարբեր համակարգային համատեքստերում ներքին և միջմասնագիտական գործողությունները կազմակերպել պատասխանատու ձևով՝ ապահովելով կանանց և նրանց երեխաների առողջության պահպանումն ու հետագա խնամքը.
- ունենալ թվային տեխնիկայի հմտություններ տվյալների մշակման, հաղորդակցման, բովանդակային նյութերի ստեղծման և անվտանգության ոլորտում, կարողանալ կիրառել դրանք մանկաբարձության աշխատանքի բոլոր բնագավառներում:

Հատուկ պահանջներն առանձնացված են ըստ հղիության, ծննդաբերության և հետծննդաբերական շրջանների:

Հղի կնոջ խնամք

- Կարողանալ քննել ու գնահատել հղիության շրջանում կնոջ, պտղի առողջական վիճակն ու զարգացումը, հղիության ընթացքը:
- Կարողանալ տարբերակել հատուկ ընթացքով հղիություն տանող և այդ ընթացքում բարդություններ ունեցող կանանց, նման դեպքերում ձեռնարկել համապատասխան միջոցներ հիվանդանոցային բուժման համար և խնամել հղի կնոջը միջմասնագիտական համապատասխան թիմում:

Ծննդաբերության ընթացքի վերահսկում և խնամք

- Աջակցել և վարել ծննդաբերության ֆիզիոլոգիական գործընթացը, հասկանալ բարդությունները և գործել ըստ իրավիճակի:
- Կարողանալ տարբերակել հատուկ մանկաբարձական իրավի-

ձականերում և ծննդաբերական բարդություններում գտնվող կանանց և խնամել նրանց միջմասնագիտական թիմում:

- Խնամել նորածնին նրա ծնվելուց անմիջապես հետո:

Հետծննդաբերական անկողնային մեկ շաբաթվա ընթացքում ծննդկանի և նորածնի խնամք

- Կարողանալ հետծննդյան շրջանում (անկողնային շաբաթ) խնամել ծննդկանին, հայտնաբերել բարդությունները և գործել իրավիճակին համապատասխան:
- Կարողանալ բացահայտել նոր ծննդաբերած կնոջ և նրա երեխայի հետծննդյան հատուկ ընթացքներն ու բարդությունները, անհրաժեշտության դեպքում ժամանակին կազմակերպել հիվանդանոցային բուժումը:
- Կարողանալ խրախուսել կրծքով կերակրումը, աջակցել և խորհրդատվություն տալ ծննդկանին երեխային կերակրելիս:

Հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան շրջան

- Նախագծել, պլանավորել, իրականացնել և գնահատել հղիության, ծննդաբերության, կրծքով կերակրման և ծնողական արձակուրդի վերաբերյալ վերապատրաստման դասընթացներ և ուղեցույցներ, ինչպես նաև առողջության կանխարգելման և մանկաբարձության աշխատանքների այլ թեմաներ՝ անհատական կամ խմբային ցուցումներով:
- Խնամել և աջակցել կանանց բարձր ռիսկային հղիությունների ժամանակ և հղիության 12-րդ շաբաթից հետո հղիության արհեստական ընդհատման դեպքում:

Մանկաբարձների ծառայությունները⁸⁹: Ինչպես արդեն նշեցինք, մանկաբարձները բժշկության ոլորտի մասնագետներ են, որոնք ուղեկցում են կանանց հղիության, ծննդաբերության, ինչպես և հետծննդաբերական շրջանում՝ մինչև մեկ տարի, աջակցում նաև երեխայի խնամքի և կրծքով կերակրման հարցերում:

Մանկաբարձներն իրենց ծառայությունները մատուցում են տարբեր եղանակներով՝ կլինիկաներում, տնային միջավայրում,

89 Deutscher Hebammen Verband, Die Arbeit der Hebammen, <https://www.hebammenverband.de/beruf-hebamme/was-machen-hebammen/>

սեփական կլինիկաներում և մանկաբարձների կողմից կառավարվող հաստատություններում: Նրանք աշխատում են և՛ որպես պետաշխատող մանկաբարձուհիներ, և՛ որպես մասնավոր մասնագետներ:

Կինը կամ նրա ընտանիքը կարող է կապ հաստատել մանկաբարձի հետ տարբեր եղանակներով. հատուկ ընթացակարգ նախատեսված չէ: Օրինակ՝ գինեկուղզը կարող է տալ տվյալ բնակավայրում աշխատող հեբամեների ցուցակը, կամ կինը կարող է ծանոթներից իմանալ այս կամ այն հեբամեի լավ աշխատանքի մասին և դիմել նրան: Կան նաև մանկաբարձական կենտրոններ կամ ցանցային գրասենյակներ, որոնք աջակցություն են ցուցաբերում մանկաբարձ գտնելու հարցում:

Գերմանիայի մանկաբարձների միությունն ունի առցանց «Ammely» հարթակը (ammely.de), որի միջոցով կարող ես գտնել հեբամե, այց գրանցել և նույնիսկ տեսագանգ ունենալ: Սակայն ԳՄՄ-ն կնոջ և մանկաբարձի համար միջնորդ չի համարվում:

Նշենք նաև, որ մասնավոր մանկաբարձներն իրենց ծառայությունների դիմաց վճարվում են անմիջապես առողջապահական ապահովագրական ընկերություններից: Մանկաբարձական ծառայությունների վճարները սահմանված են վճարների վերաբերյալ հատուկ կատալոգներում: Դիմող կնոջ հետ համաձայնությամբ՝ բոլոր ծառայությունները հաստատվում են փաստաթղթերով և դիմողի ստորագրությամբ: Իսկ պետաշխատող մանկաբարձուհիները աշխատավարձ են ստանում գործատուից: Գումարի չափը սահմանվում է կոլեկտիվ պայմանագրերով:

*ԳՄՄ նպատակներն ու խնդիրները*⁹⁰. Ներկայումս միությունը ակտիվ աշխատում է հետևյալ ուղղություններով.

- մանկաբարձների մասնագիտական և տնտեսական շահերի խթանում.
- շարունակական կրթություն և վերապատրաստում մանկա-

90 Deutscher Hebammen Verband, Aufgaben und Ziele des DHV, <https://www.hebammenverband.de/verband/aufgaben/>

բարձների համար երկրամասերի և դաշնային մակարդակներում.

- մանկաբարձների կողմից ղեկավարվող ծննդոգնության գնահատում և որակի ապահովում.
- մանկաբարձության ուսուցման գործընթացի փոփոխություն՝ ըստ անհրաժեշտության, և ակադեմիականացում.
- մանկաբարձների շահերի ներկայացում քաղաքականության, բիզնեսի, արհմիությունների, առողջապահական ապահովագրական ընկերությունների և այլ մասնագիտական կազմակերպություններում.
- մանկաբարձների շահերի ներկայացում հասարակական ոլորտում.
- մասնակցություն վերարտադրողականության, կանանց և ընտանիքի առողջության, ինչպես նաև երեխաների հետ կյանքին վերաբերող օրենսդրական փոփոխություններին.
- ինֆորմացիայի փոխանակում և ցանցային կապերի ստեղծում՝ կանանց խնդիրներով զբաղվող այլ միությունների և կազմակերպությունների հետ.
- կանանց առողջության հարցերին վերաբերող քաղաքական գործընթացների վրա ազդեցություն.
- իրավաբանական գրասենյակի ստեղծում.
- խորհրդատվություն և աջակցություն մանկաբարձներին իրենց աշխատանքի բոլոր բնագավառներում:

ԱՅԼ ՊԵՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ամերիկայի Միացյալ Նահանգներ⁹¹: Ծննդաբերությունների գերակշիռ մասն ընթանում է հիվանդանոցներում և ավելի քիչ թվով ծնունդներ լինում են մասնավոր ծննդյան կենտրոններում ու տնային պայմաններում:

2017-ի տվյալներով՝ ծնունդների 98,4 տոկոսը եղել է հիվանդանոցներում: Ինչպես մյուս երկրներում, այստեղ նույնպես

91 National Academies of Sciences, “Birth settings in America”, Chapter 2: “Maternal and Newborn Care in the United States”, 06.02.2020, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555484/>

ծննդօգնության տարբեր փորձ են ունենում կանայք՝ կախված բուժանձնակազմի ռեսուրսներից, պատրաստվածությունից, առողջապահական մշակույթից և այլն: Օրինակ՝ Միչիգանի 88 հիվանդանոցում անցկացված հետազոտությունը ցույց է տվել, որ 2009-2015 թթ. ընթացքում հիվանդանոցների շուրջ կեսը կեսարյան հատումից հետո բնական ծնունդներ չի ունեցել, իսկ մյուս հիվանդանոցներում կեսարյանից հետո բնական ծանապարհով ծնունդները 0,5-48,1 տոկոս էին կազմում: Հետևաբար հիվանդանոցի ընտրությունը կարող է էական դեր ունենալ, թե արդյոք կինը կեսարյանից հետո հնարավորություն կունենա՞ր բնական ծանապարհով երեխա ունենալ, թե՞ ոչ: Կալիֆոռնիայում արված մեկ այլ հետազոտություն ցույց է տվել, որ ցածր և բարձր արդյունավետությամբ աշխատող հիվանդանոցները (այսպես են գնահատվել Կալիֆոռնիայի հիվանդանոցների գնահատման աշխատանքային խմբի կողմից) մեծապես տարբեր ցուցանիշներ ունեն կեսարյան հատումների (56 տոկոս և 19 տոկոս), էպիզոտոմիայի (46 տոկոս և 2 տոկոս), կեսարյանից հետո բնական ծանապարհով ծննդաբերությունների (1 տոկոս և 27 տոկոս) վերաբերյալ:

Հիվանդանոցային ծնունդների շուրջ 90,6 տոկոսն ընդունում են բժիշկները, մինչդեռ 8,7 տոկոսը՝ մանկաբարձները:

Ի դեպ, Միացյալ Նահանգներն ունի պետական հավատարմագրում ունեցող երեք տարբեր տիպի մանկաբարձներ՝ հավաստագրված բուժքույր-մանկաբարձ (Certified Nurse-Midwife (CNM)), հավաստագրված մանկաբարձ (Certified Midwife (CM)) և հավաստագրված պրոֆեսիոնալ մանկաբարձ (Certified Professional Midwife (CPM)): Նրանք տարբեր կրթական ծրագրերով են անցնում, ունեն տարբեր լիազորություններ՝ կախված նրանից, թե որ նահանգում են աշխատում: Սակայն հավաստագրված պրոֆեսիոնալ մանկաբարձները՝ CPM-ները, ավելի անկախ մասնագետներ են համարվում և տնային պայմաններում ու ծննդաբերական կենտրոններում վարում են ծննդաբերություններ:

Ընդհանուր ծնունդների 0,99 տոկոսը լինում էն տնային պայմաններում (15 տոկոս դեպքերում պլանավորված չեն լինում, մյուս դեպքերում նախապես պլանավորվում է ծննդաբերել տանը) և

0,52 տոկոսը՝ մասնավոր ծննդաբերական կենտրոններում: Տնային պայմաններում կամ ծննդաբերական կենտրոններում երեխային ունենալ նախընտրող կանանց նպատակը առավելագույնս բնական ծննդաբերություն ունենալն է և բուժական միջամտություններից, հիվանդանոցային միջավայրում լինելուց խուսափելը: Այդպիսի ընտրության պատճառներից են նաև մշակութային մոտեցումներն ու համոզմունքները, աշխարհագրական դիրքը, ֆինանսական խնդիրները: Բանն այն է, որ տնային պայմաններում ծննդաբերելն ավելի էժան է: Օրինակ, տարբեր տվյալներով, եթե հիվանդանոցային պայմաններում ծննդաբերության արժեքը կարող է լինել միջինը 18 000 դոլար (իսկ կեսարյան հատումը՝ ընդհուպ 30 000 դոլար), ապա տնային պայմաններում ծննդաբերության արժեքը մինչև 2000 դոլար է:

ԱՄՆ-ում ծննդօգնության համար վճարման մեխանիզմները տարբեր են. ապահովագրական ընկերության կողմից, Medicaid պետական ապահովագրական ծրագրի կողմից, որը նախատեսված է ցածր եկամուտ ունեցող անձանց բուժսպասարկման ծախսերի փոխհատուցման համար, և սեփական գրպանից վճարում: Սրանցից յուրաքանչյուրի դեպքում կան հատուկ պահանջներ և տարբեր ծառայությունների ու ծառայություն մատուցողների է փոխհատուցում սահմանվում, և ենթադրվում է, որ ծախսերն էլ տարբեր են լինում:

Ի դեպ՝ ԱՄՆ-ը միակ հարուստ երկիրն է, որը չունի մայրության կամ ծնողական վճարվող արձակուրդ: Վճարվող արձակուրդ հիմնականում ունենում են խոշոր մասնավոր ընկերություններում աշխատողները, որոնք ընդամենը մոտ 15 տոկոսն են⁹²: Նշենք, որ ԱՄՆ-ում ծնելիության աճի ցուցանիշը 1,78 է, վերջին տարիներին, թեև ոչ էական, սակայն ծնելիության մակարդակի աճ է նկատվում⁹³:

92 T. Wheelwright, «Paid Maternity Leave Across the World in 2022», 03.05.2022, <https://www.business.org/hr/workforce-management/paid-maternity-leave-across-the-world/>

93 Macrotrends, US Fertility rate 1950–2022, <https://www.macrotrends.net/countries/USA/united-states/fertility-rate>

Ռուսաստանի Դաշնություն⁹⁴: Ծննդօգնությունը Ռուսաստանում համարվում է անվճար, քանի որ ծախսերը գլխավորապես փոխհատուցվում են պարտադիր առողջապահական ապահովագրության համակարգի միջոցով: Այստեղ մոր և երեխայի խնամքի հիմքում բժշկականացված մոտեցումն է: Նախածննդաբերական խնամքը տրամադրում են մանկաբարձ-գինեկոլոգները, որոնք աշխատում են բուժհիմնարկների կանանց կոնսուլտացիաների բաժնում:

Նախածննդաբերական խնամքը ներառում է պարտադիր կանոնավոր ստուգումներ, տարբեր բժիշկների հետ խորհրդատվություններ, առնվազն երեք ուլտրաձայնային հետազոտություն, արյան և մեզի անալիզներ: Հղիության ընթացքում հայտնաբերված բարդությունների դեպքում կնոջն ուղեգիր է տրվում հղիությանը վերահսկումը, բուժումը կամ այլ միջամտությունները շարունակելու այլ բուժկենտրոնում, օրինակ՝ մասնագիտացված ծննդատանը:

Մանկաբարձները ծննդօգնության համակարգում անկախ դեր չունեն, նրանք աշխատում են հիվանդանոցներում՝ բժիշկների հետ, հաճախ համարվում են նրանց օգնականներ: Իսկ ընդհանրապես, կլինիկայից դուրս նրանց մասնակցությունը ծննդաբերություններին անօրինական է համարվում:

Բացի պետական ֆինանսավորմամբ աշխատող կանանց կոնսուլտացիաներից՝ կան նաև մասնավոր կլինիկաներ, որոնք առաջարկում են նախածննդյան, ծննդաբերական և հետծննդաբերական խնամքի ծառայություններ: Այս դեպքում կանայք ունենում են ընտրության մի շարք հնարավորություններ, օրինակ՝ երրորդ անձի՝ ամուսնու կամ հարազատ մեկի ներկայությունը ծննդաբերության ժամանակ:

94 Anastasia Novkunskaia and others, “Birth systems across the world: Variations in Maternity Policy and Services across Countries”, February, 2021, <https://www.glowm.com/article/heading/vol-1--pregnancy-and-society--birth-systems-across-the-world-variations-in-maternity-policy-and-services-across-countries/id/415183#>

Ինչպես շատ այլ երկրներում, Ռուսաստանում ևս գյուղաբնակ և մեծ քաղաքներից հեռու բնակվողների համար ծննդոգնության ծառայությունների հասանելիության խնդիրներ կան. որոշ դեպքերում ծննդոգնության բաժանմունքները խորհուրդ են տալիս ավելի վաղ հոսպիտալացնել կանանց՝ ճանապարհին կամ այլ պայմաններում ծննդաբերությունը կանխելու համար:

Ռուսաստանում բացի ծննդոգնության ծառայությունների անվճար լինելուց՝ կինն ու ընտանիքը ստանում է նպաստներ: Աշխատող մայրերն ունեն 140 օր մայրության արձակուրդ (բարդ ծննդաբերության կամ մեկից ավելի երեխա ունենալու դեպքում օրերի թիվն ավելին է), որի դեպքում կինը ստանում է նպաստ իր ամբողջ աշխատավարձի չափով: Հայրերի համար արձակուրդ և նպաստներ նախատեսված չեն: Իսկ երեխայի խնամքի նպաստների չափը տարբեր է՝ կախված բնակավայրից: Կա նաև մեկանգամյա նպաստ հղիության մինչև 12 շաբաթականը հաշվառվելու դեպքում, երեխայի ծննդյան մեկանգամյա նպաստ, ամսական նպաստ երեխայի խնամքի համար, ամսական նպաստ ցածր եկամուտ ունեցող ծնողների համար, ինչպես և «մայրական կապիտալ» ասվածը, եթե մեկից ավելի երեխա է ունենում կինը⁹⁵:

Ռուսաստանում 2021-ի տվյալներով ծնելիության աճի ցուցանիշը 1,51 է, 2015 թվականից ի վեր, երբ այն 1,78 էր, այս ցուցանիշը նվազում է⁹⁶:

Ֆինլանդիա⁹⁷: Ծննդոգնության ծախսերը Ֆինլանդիայում

95 Claire Faugeron, “Pregnancy and childbirth in Russia”, 27.10. 2022, <https://www.expatica.com/ru/healthcare/womens-health/having-a-baby-in-russia-107704/#Parental-Russia>

96 Statista, “Fertility rate in Russia from 2000 to 2021”, <https://www.statista.com/statistics/1005471/fertility-rate-russia-area/>

97 Anastasia Novkunskeya and others, “Birth systems across the world: Variations in Maternity Policy and Services across Countries”, February, 2021, <https://www.glowm.com/article/heading/vol-1--pregnancy-and-society--birth-systems-across-the-world-variations-in-maternity-policy-and-services-across-countries/id/415183#>

Expatfocus, Maternity Care In Finland: What The Options Are And How To Decide On A Birth Plan, <https://www.expatfocus.com/finland/health/maternity-care-in-finland-what-the-options-are-and-how-to-decide-on-a-birth-plan-5877>

Cory Steig, “It’s ‘almost free’ to have a baby in Finland – and feels like ‘the

փոխհատուցվում են պարտադիր առողջապահական ապահովագրության միջոցով: Միայն քիչ մասը կարող է սեփական գրպանից վճարել կինը կամ ընտանիքը:

Բուժկենտրոններում նախածննդաբերական և հետծննդաբերական ծառայությունները մատուցում են բուժքույրերը (նրանց քառորդ մասն ունի մանկաբարձական կրթություն) և ընդհանուր մասնագիտացում ունեցող բժիշկները: Հղի կինն ունի նվազագույնը 9 այցի հնարավորություն բուժքրոջ/մանկաբարձի մոտ, որից երկուսը ներառում է հանդիպում բժշկի հետ, եթե նրան նախնական մակարդակից ուղղորդում են ծննդատուն կամ այլ կլինիկա: Հավելյալ հանդիպումները նշանակվում են կարիքի դեպքում:

Տեղեկատվական հարթակներում նշվում է, որ ծննդաբերական վախերի կամ մտահոգությունների դեպքում կարևոր է դրանց մասին հայտնել կլինիկայում, որպեսզի կինը ստանա համապատասխան խնամք և աջակցություն: Հենց նման դեպքերի համար է, օրինակ, Ծննդաբերական վախերի ամբուլատոր կլինիկան (synnytyspelkopoliklinikka):

Ծննդաբերությունները մեծ մասամբ տեղի են ունենում հիվանդանոցներում, տնային պայմաններում երեխա ունենալը ֆինլանդիայում տարածված չէ: Հիվանդանոցը կարող է լինել պետական կամ մասնավոր՝ կախված նրանից, թե առողջապահական ապահովագրությունն ինչ ծառայությունների չափով է փոխհատուցում:

Նորմալ ծնունդները հիվանդանոցում ընդունում են մանկաբարձները: 2018-ի տվյալներով՝ ընդհանուր ծնունդների 17 տոկոսից քիչ դեպքերն են ավարտվում կեսարյան հատումով: Որոշ մանկաբարձներ նաև տնային ծնունդներ են ընդունում, բայց քանի որ տնային ծնունդները չեն սուբսիդավորվում, ապա ամբողջական ծախսերի համար կինը և ընտանիքը վճարում է իր գրպանից: Հետևաբար սա քչերի համար է նախընտրելի տարբե-

րակ: Ծննդաբերությունները հիմնականում տեղի են ունենում մեծ հիվանդանոցներում, քանի որ Ֆինլանդիան ծննդատների թիվը նվազեցրել և հասցրել է մինչև 23-ի, ինչը գրեթե կեսն է այն քանակի, որ կար 1990-ականներին: Ֆինլանդիայի գյուղական հատվածների հեռավորությունը ծննդատներից մեծ է, ինչի պատճառով վերջին երկու տասնամյակում չալանավորված կամ «ձանապարհին» ծնվող երեխաների թիվը քառապատկվել է:

Հետծննդաբերական շրջանում կինը կարող է մի քանի օր մնալ հիվանդանոցում, որտեղ ամուսինը կամ այլ մեկը կարող է գիշերել նրա հետ և խնամել: Բացի դրանից՝ եթե կինն իրեն ճնշված է զգում և անկարող է ինքնուրույն հոգ տանել երեխայի համար, ապա կարող է որոշակի ժամանակ անցկացնել Մոր և մանկան տանը և երեխայի խնամքի հարցում աջակցություն ստանալ:

Կանայք իրավունք ունեն նաև տնայցերի. մեկ տնայց նախածննդաբերական, և մեկ տնայց՝ հետծննդաբերական շրջանում, այնուհետև հանրային առողջապահական միջոցներն ուղղվում են նորածնին: Երեխայի առողջական վիճակը պարբերաբար ստուգվում է մանկական բուժհաստատությունում մինչև նախադպրոցական տարիքը, այնուհետև դպրոցական առողջապահական խնամքի ծառայությունն է ստանձնում այս հարցը:

Հանրային առողջապահական միջոցներին զուգահեռ կան նաև նպաստներ և աջակցման այլ նախաձեռնություններ: Օրինակ՝ ավանդույթ է, երբ պետության կողմից «նորածնի արկղիկ» են նվեր ստանում երեխայի սպասող անխտիր բոլոր ծնողները: Այս արկղում երեխայի կյանքի սկզբնական շրջանում անհրաժեշտ պարագաներ են՝ խնամքի միջոցներ, հագուստ, խաղալիքներ, քնապարկ և այլն: Ծնողներն ունեն ընտրելու հնարավորություն՝ վերցնելու արկղիկը կամ դրամաշնորհը, որը կազմում է մոտ 140 եվրո: Ծնողների 95 տոկոսը նախընտրում է վերցնել նվերներով արկղը:

Ֆինլանդիայում ծնողներից յուրաքանչյուրն ունի 164 օր վճարվող արձակուրդ, և մեկը մյուսին կարող է փոխանցել իրեն բաժին հասնող արձակուրդի 69 օրը: Միայնակ մայրերն ունեն կրկնակի՝ 328 օր արձակուրդ: Կան նաև աջակցության այլ քաղաքականություններ:

Չնայած այս ամենին՝ 2010 թվականից սկսած՝ ծնելիության արագ անկում է արձանագրվում: Կան տեսակետներ, որ պատճառը աշխատաշուկայի անկանխատեսելի պայմաններն են, որոնք մտահոգում են հատկապես աշխատաշուկա նոր մտնող երիտասարդներին: Մայրանալու միջին տարիքը 29 տարեկանն է: Ծնելիության մակարդակը 1,41 է 2021-ի տվյալներով:

ՀԱՐԳՎԱԾ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐ, ՀԱՐԳՎԱԾ ՄԱՅՐՈՒԹՅՈՒՆ

Հարգալից վերաբերմունքն ու խնամքը որակյալ առողջապահության կարևորագույն բաղադրիչներից են, թեև հաճախ անտեսվում են և որպես «պաշտպանված մայրության» ցուցիչներ են դիտարկվում ֆիզիկական առողջության պաշտպանությունը և քանակական տվյալները՝ ծնունդների թիվ, կենդանածիններ, մայրական մահացություն և այլն: Եվ կարևոր է, որպեսզի այս հասկացության մեջ ներառվի նաև մարդու հիմնարար իրավունքների հարգանքը, որը ներառում է հարգանքը կնոջ անձի, նրա արժանապատվության, զգացմունքների, ընտրության, նախընտրությունների հանդեպ: Այստեղ, իհարկե, ծննդոգնության խնամքի հարցերը խաչվում են մարդու իրավունքների, այս դեպքում՝ կնոջ իրավունքների հետ:

«Հարգալից ծննդոգնությունն այն է, որը կազմակերպվում և իրականացվում է բոլոր կանանց համար նրանց արժանապատվությունը, մեկուսիությունն ու գաղտնիությունը ապահովելով, երաշխավորում է սխալ բուժումներից և վնասելուց զերծ մնալը, հնարավոր է դարձնում տեղեկացված լինելով ընտրություն անելը և շարունակական աջակցությունը ծննդաբերության ժամանակ»։ սա Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ)՝ ծննդաբերության հաջողված փորձ ունենալուն ուղղված՝ 2018-ին ընդունված՝ առաջարկությունների առաջին կետն է⁹⁸:

2013-ին White Ribbon Alliance-ը հրապարակեց Հարգալից մայրական խնամքի ջատագովության ուղեցույցը⁹⁹, որում աշխարհի փորձի և վերհանված խնդիրների հիման վրա առանձնացվեցին այն իրավունքները, որոնց պաշտպանությունն ուղղակի առաջնահերթություն է: Այս իրավունքների հիմքում միջազգային կոնվենցիաներն են և այլ փաստաթղթեր: Այսպիսով՝ «Կանանց համընդհանուր իրավունքների» մեջ ներառվեց յոթ կետ.

98 World Health Organization, “WHO recommendation on respectful maternity care during labour and childbirth”, Geneva, 2018, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>

99 T. Windau-Melmer, “A Guide for Advocating for Respectful Maternity Care”, 2013, Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project, http://www.health-policyproject.com/pubs/189_RMCGuideFINAL.pdf

•Յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի զերծ լինել ֆիզիկական վնասվածքներից ու վատ վերաբերմունքից:

Որևէ մեկը չպետք է ֆիզիկական բռնության ենթարկի կնոջը և նրա նորածնին: Ֆիզիկական բոլոր շփումները պետք է լինեն հնարավորինս մեղմ, հանգստացնող և բխեն կնոջ ու երեխայի շահերից: Սակայն աշխարհի փորձը ցույց է տալիս, որ պատահում են ֆիզիկական բռնությունից մինչև սեռական բռնության դեպքեր: Լինում են ապտակելու, անհարկի էպիզոտոմիայի և առանց անեսթեզիայի կտրվածքներն ու պատռվածքները կարելու, երեխայի ծնունդը խթանելու համար կնոջ որովայնի ուժեղ և անհարկի սեղմումներ և այլն:

Այս իրավունքը ամրագրված է «Կանանց նկատմամբ բռնության վերացման մասին» [ՄԱԿ-ի հռչակագրի](#). առաջին հոդվածով. «... կնոջ հանդեպ բռնությունը նշանակում է սեռով պայմանավորված ցանկացած բռնություն, որը հասցնում է կամ կարող է հասցնել ֆիզիկական, սեռական կամ հոգեբանական վնաս՝ ներառյալ նման գործողությունների սպառնալիքները, հարկադրանքը կամ ազատությունից կամայականորեն զրկելը, որոնք տեղի են ունենում թե՛ հանրային, թե՛ անձնական կյանքում»:

Քաղաքացիական և քաղաքական իրավունքների մասին միջազգային [դաշնագրի](#) 7-րդ հոդվածը սահմանում է. «Ոչ ոք չպետք է ենթարկվի խոշտանգումների կամ էլ դաժան, անմարդկային կամ իր արժանապատվությունը նվաստացնող վերաբերմունքի կամ պատժի»:

Երեխայի իրավունքների մասին [կոնվենցիայի](#) 19-րդ հոդվածում նշվում է. «Մասնակից պետությունները ձեռնարկում են անհրաժեշտ բոլոր օրենսդրական, վարչական, սոցիալական և կրթական միջոցները՝ պաշտպանելու երեխային ծնողների, օրինական խնամակալների կամ երեխայի մասին հոգ տանող ցանկացած այլ անձի կողմից ֆիզիկական կամ հոգեկան բռնության բոլոր ձևերից, վիրավորանքից կամ չարաշահումից, հոգատարության բացակայությունից կամ անուշադրությունից, կոպիտ վերաբերմունքից կամ շահագործումից, ներառյալ՝ սեռական չա-

րաշահումը»: Եւ այն փաստաթղթի 37-րդ հոդվածում կարդում ենք. «Մասնակից պետություններն ապահովում են, որ. (ա) ոչ մի երեխա չենթարկվի խոշտանգումների կամ այլ դաժան, անմարդկային կամ նվաստացնող վերաբերմունքի կամ պատժի...»:

Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին [կոնվենցիայի](#) 15-րդ հոդվածով սահմանվում է. «Ոչ ոք չպետք է ենթարկվի խոշտանգումների կամ դաժան, անմարդկային կամ նվաստացնող վերաբերմունքի կամ պատժի: Մասնավորապես, ոչ ոք չպետք է առանց իր համաձայնության ենթարկվի բժշկական կամ գիտական փորձերի»: Իսկ 16-րդ հոդվածում ասվում է. «Մասնակից պետությունները ձեռնարկում են օրենսդրական, վարչական, սոցիալական, կրթական և այլ համապատասխան միջոցներ՝ շահագործման, բռնության կամ դաժան վերաբերմունքի բոլոր ձևերից հաշմանդամություն ունեցող անձանց պաշտպանելու համար ինչպես տանը, այնպես էլ դրսում՝ հաշվի առնելով նաև հարցի գենդերային կողմերը»:

Մարդու իրավունքների և հիմնարար ազատությունների մասին եվրոպական կոնվենցիայի 3-րդ հոդվածով սահմանվում է. «Ոչ ոք չպետք է ենթարկվի խոշտանգումների կամ անմարդկային կամ նվաստացնող վերաբերմունքի կամ պատժի»:

Հայաստանյան օրենսդրությունը: ՀՀ [Սահմանադրության](#) 25-րդ հոդվածով ամրագրվում է, որ յուրաքանչյուր ոք ունի ֆիզիկական և հոգեկան անձեռնմխելիության իրավունք, իսկ 26-րդ հոդվածով արգելվում է անմարդկային կամ նվաստացնող վերաբերմունքը:

«Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» օրենքի 4-րդ հոդվածով սահմանվում է, որ մարդն իրավունք ունի պաշտպանված լինել ճնշման բոլոր ձևերից, այդ թվում՝ սեռական շահագործումից և բռնությունից, հարկադրական հղիությունից, աբորտից, ամլացումից և վերարտադրողականության իրավունքների այլ խախտումներից:

•Յուրաքանչյուր որ իրավունք ունի լինելու տեղեկացված, դրա հիման վրա համաձայնություն տալու կամ մերժելու, լինելու հարգված իր որոշման և նախընտրությունների համար:

Ոչ որ չպետք է ստիպի կնոջը կամ նրա հանդեպ անի գործողություններ՝ առանց նրա իմացության և համաձայնության: Բոլոր պացիենտներին պետք է միջամտությունների նպատակը բացատրել այնպես, որպեսզի նրանք հասկանան դա և տան իրենց համաձայնությունը (տեղեկացված համաձայնություն) կամ մերժեն:

Սակայն աշխարհի փորձը ցույց է տալիս, որ դեռևս կան դեպքեր, երբ բուժաշխատողները պատշաճ կերպով չեն տեղեկացնում միջամտության նպատակի, բնույթի, հետևանքների մասին, ինչպես և չեն հարցնում կնոջ համաձայնությունը դրա վերաբերյալ: Եվ կարող են կատարվել նույնիսկ վիրահատական միջամտություններ՝ առանց տեղեկացված համաձայնություն ունենալու, օրինակ՝ կեսարյան հատում, էպիզոտոմիա, ամլացում և այլն:

Քաղաքացիական և քաղաքական իրավունքների մասին միջազգային [դաշնագրի](#) 7-րդ հոդվածը սահմանում է...«...ոչ մի անձ չի կարող առանց իր ազատ արտահայտված համաձայնության ենթարկվել բժշկական կամ գիտական փորձերի»:

Կենսաէթիկայի և մարդու իրավունքների մասին համընդհանուր [հռչակագրի](#) 6-րդ հոդվածը սահմանում է. «Ցանկացած կանխարգելիչ, ախտորոշիչ և բուժական միջամտություն պետք է իրականացվի միայն անձի ազատ և տեղեկացված համաձայնությամբ՝ հիմնված ստացված համապատասխան տեղեկատվության վրա: Համաձայնությունը, անհրաժեշտության դեպքում, պետք է լինի բացահայտ արտահայտված, ինչպես և անձը կարող է հրաժարվել համաձայնությունից ցանկացած պահի և ցանկացած պատճառով...»:

Մարդու իրավունքների և կենսաբժշկության մասին եվրոպական [կոնվենցիայի](#) 5-րդ հոդվածը սահմանում է «Բժշկական ցանկացած միջամտություն հնարավոր է միայն շահագրգիռ անձի ազատ և գիտակցված համաձայնությամբ: Անձը նախապես ստանում է





պատշաճ տեղեկատվություն միջամտության նպատակի և բնույթի, ինչպես նաև հետևանքների և վտանգների մասին: Շահագրգիռ անձը կարող է ցանկացած պահի հրաժարվել իր համաձայնությունից»:

Հայաստանյան օրենսդրությունը: ՀՀ Սահմանադրության 25-րդ հոդվածով ամրագրվում է. «Բժշկության և կենսաբանության ոլորտներում, մասնավորապես, արգելվում են եվգենիկական փորձերը, մարդու օրգաններն ու հյուսվածքները շահույթի աղբյուր դարձնելը, մարդու վերարտադրողական կլոնավորումը: Ոչ ոք չի կարող առանց իր ազատ և հստակ արտահայտած համաձայնության ենթարկվել գիտական, բժշկական կամ այլ փորձերի: Մարդը նախապես տեղեկացվում է նման փորձերի հնարավոր հետևանքների մասին»:

«Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքով սահմանվում է, որ յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի իրագել լինել իր հիվանդության մասին և համաձայնություն տալ բժշկական միջամտության համար, հրաժարվել բժշկական միջամտությունից: Նույն օրենքի 8-րդ հոդվածը սահմանում է. «Մարդու համաձայնությունը բժշկական միջամտության համար անհրաժեշտ պայման է, բացի սույն օրենքով նախատեսված դեպքերից: Բուժողի կամ բուժվողի պահանջով համաձայնությունը կարող է լինել նաև գրավոր»:

Նույն հոդվածով սահմանված է, որ անձի փոխարեն համաձայնություն տալիս է նրա օրինական ներկայացուցիչը, եթե նրա 18 տարին լրացած չէ, կամ նա օրենքով սահմանված կարգով անգործունակ է ճանաչված, երբ պացիենտի վիճակը թույլ չի տալիս արտահայտել իր կամքը: Եթե օրինական ներկայացուցիչը բացակայում է, և բժշկական միջամտությունը հետաձգել հնարավոր չէ, ապա բժշկական միջամտության վերաբերյալ որոշումն ընդունվում է բժշկական խորհրդակցության (կոնսիլիումի), իսկ դրա անհնարինության դեպքում՝ բժշկի կողմից:

«Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» օրենքի մի շարք հոդվածներում է ընդգծվում վերարտադրողական առողջությանը վերաբերող

բժշկական միջամտությունների դեպքում անձի տեղեկացված համաձայնություն տալու պայմանը: Իսկ 6-րդ հոդվածում նշվում է. «3. Հղիության ընթացքում ցանկացած բժշկական միջամտություն կատարվում է կնոջ համաձայնությամբ: Կինն իրավունք ունի հրաժարվել բժշկական միջամտությունից կամ պահանջել ընդհատել այն: 4. 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 հիվանդությունների դեպքերում՝ Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված կարգով»:

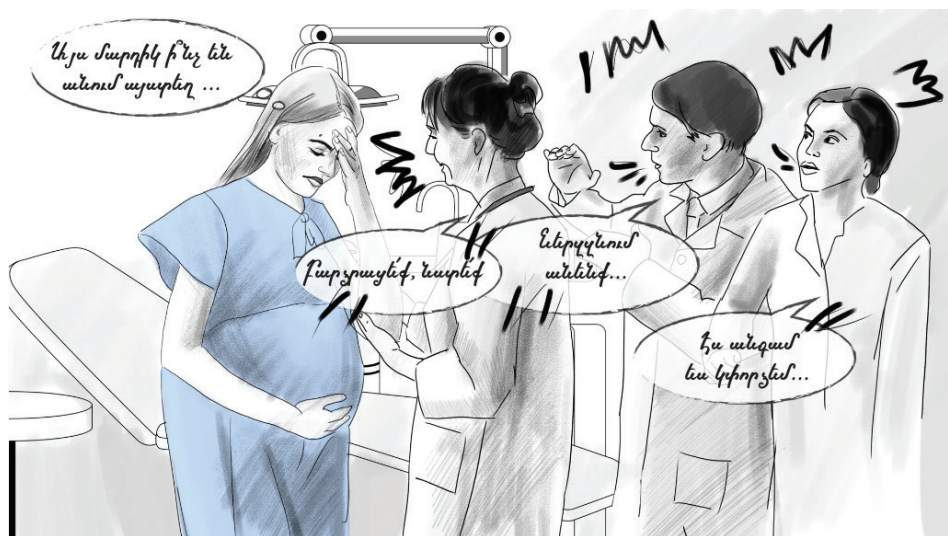
•Յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի մեկուսիության և գաղտնիության:

Ոչ ոք չունի իրավունք՝ բացահայտելու կամ հրապարակելու կնոջ անձնական տվյալները: Սա ենթադրում է, որ բուժաշխատողները պետք է պահպանեն մեկուսիության սկզբունքը կոնսուլտացիաների, զննումների և կլինիկական այլ գործողությունների ժամանակ, մինչև նույն ժամանակ պահպանեն պացիենտի անձնական տվյալների գաղտնիությունը: Այս իրավունքի ոտնահարումները դրսևորվում են, երբ ծննդաբերության ժամանակ առանց կնոջ համաձայնության՝ ներկա են լինում երրորդ անձինք, վարագույրներով բաժանումներ չեն լինում տարբեր պացիենտներին սպասարկելու ժամանակ, հանրայնացվում են պացիենտի ամուսնական կարգավիճակը, որոշ հիվանդություններ ունենալը և այլն:

Քաղաքացիական և քաղաքական իրավունքների մասին միջազգային [դաշնագրի](#) 17-րդ հոդվածը սահմանում է. «Ոչ ոք չի կարող ենթարկվել քմահաճ կամ անօրինական միջամտության իր անձնական և ընտանեկան կյանքին, քմահաճ կամ անօրինական ոտնձգության իր բնակարանի անձեռնմխելիության կամ իր թղթակցության գաղտնիքի նկատմամբ, կամ էլ անօրինական ոտնձգության՝ իր պատվի ու հեղինակության նկատմամբ»:

Երեխայի իրավունքների մասին [կոնվենցիայի](#) 19-րդ հոդվածում նշվում է. «Ոչ մի երեխա չպետք է ենթարկվի իր անձնական





կյանքի, ընտանիքի կյանքի, բնակարանի կամ նամակագրության անձեռնմխելիության կամայական կամ ապօրինի միջամտության, կամ իր պատվի և հեղինակության նկատմամբ ապօրինի ոտնձգության»:

Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին [Կոնվենցիայի](#) 22-րդ հոդվածով սահմանվում է. «Անկախ բնակության վայրից կամ կենսաձևից՝ հաշմանդամություն ունեցող ոչ մի անձի անձնական կյանքը, ընտանիքը, տունը, նամակագրությունը կամ հաղորդակցության այլ ձևերը չպետք է ենթարկվեն կամայական կամ անօրինական միջամտության, կամ չպետք է անօրինական քայլեր կատարվեն նրա պատվի և հեղինակության դեմ: Հաշմանդամություն ունեցող անձինք ունեն նման միջամտությունից կամ անօրինական քայլերից օրենքով պաշտպանության իրավունք»:

Մարդու իրավունքների և հիմնարար ազատությունների մասին եվրոպական կոնվենցիայի 8-րդ հոդվածով սահմանվում է. «Յուրաքանչյուր ոք ունի իր անձնական ու ընտանեկան կյանքի, բնակարանի և նամակագրության նկատմամբ հարգանքի իրավունք»: Կոնվենցիան սահմանում է նաև բացառություններ. «Չի թույլատրվում պետական մարմինների միջամտությունն այդ իրավունքի իրականացմանը, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ դա նախատեսված է օրենքով և անհրաժեշտ է ժողովրդավարական հասարակությունում՝ ի շահ պետական անվտանգության, հասարակական կարգի կամ երկրի տնտեսական բարեկեցության, ինչպես նաև անկարգությունների կամ հանցագործությունների կանխման, առողջության կամ բարոյականության պաշտպանության կամ այլ անձանց իրավունքների և ազատությունների պաշտպանության նպատակով»:

Հայաստանյան օրենսդրությունը: «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» օրենքի 4-րդ հոդվածով ամրագրվում է, որ յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի ստանալ բժշկական խորհրդատվություն և ծառայություններ սեռական և վերարտադրողական առողջության հարցերի շուրջ՝ մեկուսի ու գաղտնի պայմաններում:

«Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի 5-րդ հոդվածի համաձայն՝ յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի պահանջել բժշկի օգնությանը դիմելու փաստի, իր առողջական վիճակի, հետազոտման, ախտորոշման և բուժման ընթացքում պարզված տեղեկությունների գաղտնիության ապահովում, բացի Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված դեպքերից:

Ի դեպ, այս արարքի դեպքում քրեական պատասխանատվություն է սահմանված. Քրեական [օրենսգրքի](#) 205-րդ հոդվածի համաձայն՝ բժշկական գաղտնիք բացահայտելու դեպքում պատիժը կարող է լինել 20 հազար դրամ տուգանքից մինչև հինգ տարվա ազատազրկում:

•Յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի հարգալից և արժանապատիվ բուժապասարկման:

Որևէ մեկն իրավունք չունի նվաստացնել կամ վերբալ բռնության ենթարկել անձին: Բուժառայություն մատուցողները պարտավոր են երաշխավորել, որ պացիենտները բժշկական խորհրդատվության, հետազոտության և այլ գործողությունների ժամանակ հարմար են իրենց զգում, հարգալից և արժանապատիվ վերաբերմունք են ստանում: Պետք է խրախուսվի, որ բուժառուն ազատ արտահայտի տեսակետը, եթե նույնիսկ այն բուժաշխատողի կարծիքից տարբեր է, վախերը, մտահոգությունները, ինչպես նաև տեսակետը ծառայության որակի վերաբերյալ:

Մինչդեռ լինում են դեպքեր, երբ բուժաշխատողը կարող է գոռալ և վիրավորական խոսքեր ասել բուժառուին: Միևնույն ժամանակ կարևոր է նշել, որ անհարգալից վերաբերմունքը կարող է տարբեր ընկալումներ ունենալ՝ կապված մշակույթի, կրոնի, կրթության և այլ տարբերությունների հետ: Օրինակ՝ մի երկրում տղամարդ բժշկի կողմից կնոջ ուսին ձեռքը դնելը կարող է որպես հոգատարության, մեկ այլ երկրում՝ վիրավորական ժեստ ընկալվել:

Քաղաքացիական և քաղաքական իրավունքների մասին միջազգային [դաշնագրի](#) 17-րդ հոդվածը սահմանում է. «Ոչ ոք չի

կարող ենթարկվել ... անօրինական ոտնձգության՝ իր պատվի ու հեղինակության նկատմամբ»:

Երեխայի իրավունքների մասին կոնվենցիայի 23-րդ [հոդվածում](#) նշվում է. «...մտավոր կամ ֆիզիկական խեղումներով երեխան պետք է ապրի լիարժեք և արժանավայել կյանքով այնպիսի պայմաններում, որոնք ապահովում են նրա արժանապատվությունը, նպաստում են ինքնավստահությանը և դյուրացնում են նրա ակտիվ մասնակցությունը հասարակական կյանքին»:

Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին [կոնվենցիայի](#) 17-րդ հոդվածով սահմանվում է.«Հաշմանդամություն ունեցող յուրաքանչյուր անձ մյուսների հետ հավասար հիմունքներով ունի հարգանքի իրավունք իր ֆիզիկական և մտավոր անձեռնմխելիության նկատմամբ»:

Հայաստանյան օրենսդրությունը: ՀՀ Սահմանադրության 3-րդ հոդվածով ամրագրվում է. «1. Հայաստանի Հանրապետությունում մարդը բարձրագույն արժեք է: Մարդու անօտարելի արժանապատվությունն իր իրավունքների և ազատությունների անքակտելի հիմքն է: 2. Մարդու և քաղաքացու հիմնական իրավունքների և ազատությունների հարգումն ու պաշտպանությունը հանրային իշխանության պարտականություններն են: 3. Հանրային իշխանությունը սահմանափակված է մարդու և քաղաքացու հիմնական իրավունքներով և ազատություններով՝ որպես անմիջականորեն գործող իրավունք»:

Սահմանադրության մեկ այլ՝ 23-րդ հոդվածը սահմանում է. «Մարդու արժանապատվությունն անխախտելի է»: Իսկ 31-րդ հոդվածի համաձայն՝ յուրաքանչյուր ոք ունի իր մասնավոր և ընտանեկան կյանքի, պատվի ու բարի համբավի անձեռնմխելիության իրավունք:

«Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի 5-րդ հոդվածը սահմանում է. «Բժշկական օգնության դիմելիս, ինչպես նաև բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալիս յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի՝ գ) արժանանալ հարգալից վերաբերմունքի՝ բժշկական օգնություն և սպասարկում իրական-

նացնողների կողմից»: Նույն օրենքի 19-րդ և 19.3 հոդվածներով սահմանվում է, որ բուժօգնություն ու սպասարկում իրականացնողները, բուժաշխատողները պարտավոր են հոգատար և հարգալից վերաբերմունք ցուցաբերել բուժառուի հանդեպ:

•Յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի հավասար, խտրականությունից զերծ և արդար բուժսպասարկման:

Բոլոր կանայք հավասար են և պետք է հարգալից սպասարկվեն՝ անկախ իրենց էթնիկ, մշակութային պատկանելությունից, սոցիալական ու կրթական մակարդակից և այլն: Պրակտիկայում խտրականության պատճառ կարող են դառնալ կնոջ աղքատությունն ու սոցիալապես անապահով լինելը, որոշ հիվանդություններ ունենալը և այլն:

Կանանց նկատմամբ խտրականության բոլոր ձևերի վերացման մասին կոնվենցիայի առաջին հոդվածը ամրագրվում է սեռի հիմքով ցանկացած տարբերակումը, բացառումը կամ սահմանափակումը: Կոնվենցիայի 12-րդ հոդվածում նշվում է. «1. Մասնակից պետությունները ձեռնարկում են բոլոր համապատասխան միջոցները՝ վերացնելու կանանց նկատմամբ խտրականությունը առողջապահության բնագավառում, որպեսզի տղամարդկանց և կանանց հավասարության հիման վրա ապահովվի բժշկական սպասարկումից, ներառյալ՝ ընտանիքի պլանավորմանը վերաբերող ծառայությունը, օգտվելու մատչելիությունը: 2. ... մասնակից պետությունները կանանց հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան ժամանակաշրջանում նրանց համար ապահովում են համապատասխան սպասարկում՝ անհրաժեշտության դեպքում տրամադրելով անվճար ծառայություններ, ինչպես նաև համապատասխան սնունդ՝ հղիության և երեխայի կերակրման ընթացքում»: Կոնվենցիայի 14-րդ հոդվածը շեշտում է գյուղական վայրերում ապրող կանանց համար վերոհիշյալ ծառայությունների մատչելիության ապահովման մասին:

Քաղաքացիական և քաղաքական իրավունքների մասին միջազգային [դաշնագրի](#) 26-րդ հոդվածը սահմանում է. «Բոլոր մարդիկ հավասար են օրենքի առաջ և, առանց որևէ խտրա-

կանության, ունեն օրենքի հավասար պաշտպանության իրավունք, այդ առնչությամբ որևէ կարգի խտրականություն պետք է արգելվի օրենքով, և օրենքը բոլոր անձանց համար պետք է երաշխավորի հավասար և արդյունավետ պաշտպանություն խտրականությունից՝ ըստ որևէ հատկանիշի, այն է՝ ըստ ռասայի, մաշկի գույնի, սեռի, լեզվի, կրոնի, քաղաքական կամ այլ համոզմունքների, ազգային կամ սոցիալական ծագման, գույքային վիճակի, ծննդի կամ այլ հանգամանքի»:

Երեխայի իրավունքների մասին [կոնվենցիայի](#) 2-րդ հոդվածում նշվում է. «Մասնակից պետությունները հարգում և ապահովում են սույն Կոնվենցիայով նախատեսված բոլոր իրավունքները իրենց իրավագրության ներքո գտնվող յուրաքանչյուր երեխայի համար, առանց որևէ խտրականության, անկախ երեխայի կամ նրա ծնողների կամ օրինական խնամակալների ռասայից, մաշկի գույնից, սեռից, լեզվից, կրոնից, քաղաքական և այլ համոզմունքից, ազգային, էթնիկական կամ սոցիալական ծագումից, գույքային դրությունից, առողջական վիճակից և ծննդից կամ այլ կարգավիճակից»:

Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին [կոնվենցիայի](#) 6-րդ հոդվածով սահմանվում է. «Մասնակից պետությունները գիտակցում են, որ հաշմանդամություն ունեցող կանայք և աղջիկները ենթարկվում են խտրականության բազմաթիվ ձևերի, և այս նպատակով միջոցներ են ձեռնարկում՝ ապահովելու համար նրանց՝ մարդու բոլոր իրավունքներից և հիմնարար ազատություններից լիակատար և հավասար օգտվելը»:

Խտրականության բացառումը ամրագրված է բազմաթիվ այլ միջազգային փաստաթղթերով:

Հայաստանյան օրենսդրությունը: ՀՀ Սահմանադրության 29-րդ հոդվածով սահմանվում է, որ խտրականությունը, կախված սեռից, ռասայից, մաշկի գույնից, էթնիկ կամ սոցիալական ծագումից, գենետիկական հատկանիշներից, լեզվից, կրոնից, աշխարհայացքից, քաղաքական կամ այլ հայացքներից, ազգային փոքրամասնությունը պատկանելությունից, գույքային վիճակից, ծննդից, հաշմանդամությունից, տարիքից կամ անձնական կամ սոցիալա-

կան բնույթի այլ հանգամանքներից, արգելվում է:

2013 թվականից Հայաստանում գործում է «Կանանց և տղամարդկանց հավասար հնարավորությունների ապահովման մասին» օրենքը, որով սահմանվում է գենդերային հիմքով բոլոր խտրականությունների բացառումը:

•Յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի բուժօգնություն ստանալու և բուժօգնության հասանելիության բարձր մակարդակի:

Հաճախ կանայք, հոգատար և ուշադիր սպասարկում ստանալու փոխարեն, բոլորովին մենակ են մնում ծննդաբերական բաժանմունքներում: Պարտադիր է, որ ծննդկանը չպետք է մենակ լինի: Նրանք, բացի բուժանձնակազմի ուշադրության կենտրոնում լինելուց, պետք է իրավունք ունենան ուղեկցող ունենալ՝ ամուսինը, ընտանիքի այլ անդամ, դուլա և այլն:

Աշխարհի փորձը ցույց է տալիս, որ լինում են դեպքեր, երբ կանայք մենակ են լինում նույնիսկ ծննդաբերելիս, կամ այլ բուժառուներ են փորձում օգնել, և հաճախ ուղեկցող ունենալը արգելված է:

Տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների միջազգային [դաշնագրի](#) 12-րդ հոդվածը սահմանում է. «...մասնակցող պետությունները ճանաչում են յուրաքանչյուր մարդու ֆիզիկական և հոգեկան առողջության առավելագույնս հասանելի մակարդակի իրավունքը: Այն միջոցները, որոնք այդ իրավունքի իրականացման համար պետք է ընդունվեն սույն դաշնագրին մասնակցող պետությունների կողմից, ընդգրկում է միջոցառումներ, որոնք անհրաժեշտ են հանուն ա) մեռելաձնության և մանկական մահացության կրճատման ապահովման և երեխայի առողջ զարգացման...»:

Մարդու իրավունքների և կենսաբժշկության մասին եվրոպական [կոնվենցիայի](#) 3-րդ հոդվածը սահմանում է. «Կողմերը, հաշվի առնելով առողջապահական կարիքները և մատչելի ռեսուրսները, անհրաժեշտ միջոցներ են ձեռնարկում իրենց իրավագործության տա-

րածքում պատշաճ որակի առողջապահական ծառայությունների հավասար մատչելիություն ապահովելու համար»:

Հայաստանյան օրենսդրությունը: Սահմանադրության 86-րդ հոդվածում նշվում է, որ պետության քաղաքականության հիմնական նպատակն է բնակչության առողջության պահպանման և բարելավման ծրագրերի իրականացումը, բժշկական սպասարկման արդյունավետ և մատչելի պայմանների ստեղծումը:

•Յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի ազատության, ինքնավարության, ճնշումներից զերծ լինելու:

Աշխարհի փորձը ցույց է տալիս, որ լինում են դեպքեր, երբ հատկապես ֆինանսական խնդիրների պատճառով կանանց հանդեպ ճնշումներ ու վճարելու պահանջներ են լինում: Եղել են դեպքեր, երբ կնոջը կամ նորածնին դուրս չեն գրել հիվանդանոցից վճարել չկարողանալու պատճառով:

Քաղաքացիական և քաղաքական իրավունքների մասին միջազգային [դաշնագրի](#) 9-րդ հոդվածը սահմանում է. «Յուրաքանչյուր մարդ ունի ազատության և անձնական անձեռնմխելիության իրավունք: Ոչ ոք չի կարող ենթարկվել քմահաճ ձերբակալման կամ կալանքի տակ պահվելու: Ոչ ոք չպետք է զրկվի ազատությունից այլ կերպ, քան այնպիսի հիմքերով և այնպիսի ընթացակարգին համապատասխան, որոնք սահմանված են օրենքով»:

Մարդու իրավունքների և հիմնարար ազատությունների մասին եվրոպական կոնվենցիայի 5-րդ հոդվածը նույնպես սահմանում է, որ յուրաքանչյուր ոք ունի ազատության և անձնական անձեռնմխելիության իրավունք, և ոչ ոքի չի կարելի ազատությունից զրկել այլ կերպ, քան օրենքով սահմանված կարգով:

Հայաստանյան օրենսդրություն: Սահմանադրության 27-րդ հոդվածով սահմանվում է, որ յուրաքանչյուր ոք ունի անձնական ազատության իրավունք և անձնական ազատությունից զրկվել կարող է բացառապես օրենքով սահմանված կարգով: Ավելին՝ քրեական պատասխանատվություն է սահմանվում ապօրինի կերպով անձին ազատությունից զրկելու դեպքերի համար:

Սակայն կարևոր ենք համարում նշել, որ Հայաստանում չեն եղել դեպքեր ու չկան քրեական գործեր, որոնց հիմքում կնոջը կամ նորածնին ապօրինի կերպով ազատությունից գրկած լինելն է:



FRIEDRICH
EBERT
STIFTUNG

Նրժանապարիվ ծնեղօգնեղթյուն. կանանց հաճընդհանոր իրաժուրները

1

Յուրաքանչյուր կին իրաժուր ունի գերծ լինել ֆիզիկական վնասժաճընեղից ու վսար վերաբերժուեղից:

2

Յուրաքանչյուր որ իրաժուր ունի լինել Գեղեկաճվաճ, որա հիժալ վրա հաժաճայնեղթյուն Գալու կաժ ճերժելու, լինել հարճվաճ իր որոջժալ և նախընԳրոթյունների հաժար:

3

Յուրաքանչյուր որ իրաժուր ունի ճեկուսիթյալ և ճալթընիթյալ:

4

Յուրաքանչյուր որ իրաժուր ունի հարճալից և արժանապարիվ բուժսալասարկժալ:

5

Յուրաքանչյուր որ իրաժուր ունի հաժասար, խԳրականեղթյունից գերծ և արդար բուժսալասարկժալ:

Յուրաքանչյուր որ իրաժուր ունի բուժօգնեղթյուն սԳրանալու և բուժօգնեղթյալ հասանելիթյալ բարժը ճալարդալի:

6

7

Յուրաքանչյուր որ իրաժուր ունի աճԳրոթյալ, ինքնաժարոթյալ, ճեջոժներից գերծ լինելու:

«Սալիտակ ժալաճվեն» դաջիք, «Արժանապարիվ մայրական խնամք. երեխաբեր կանանց հաճընդհանոր իրաժուրները», 2013

ՄԱՆԿԱԲԱՐՁԱԿԱՆ ԲՈՆՈՒԹՅՈՒՆ

Երբ չեն հարգվում իրավունքները, առնչվում ենք մանկաբարձական բռնության կամ ագրեսիայի դեպքերի հետ: Մանկաբարձական բռնությունը կնոջ հանդեպ բռնությունն է ծննդոգնության բոլոր փուլերում՝ հղիություն, ծննդաբերություն, հետծննդաբերական շրջան: Այս բռնությունը կարող է ֆիզիկական լուրջ հետևանքներ ունենալ ինչպես կնոջ ու նորածնի կյանքի և առողջության համար, այնպես էլ հոգեբանական տրավմաների պատճառելու առումով:

Համաձայն ԱՀԿ-ի՝ մանկաբարձական բռնությունը կարող է դրսևորվել հետևյալ կերպ. «...ֆիզիկական բռնություն, նվաստացում, վերբալ բռնություն, հարկադրական կամ կնոջ հետ չհամաձայնեցված բժշկական ընթացակարգեր (ներառյալ ամլացումը), գաղտնիության բացակայություն, կնոջ լիովին չտեղեկացվածության հետևանքով ընդունած որոշման հիման վրա միջամտություններ, ցավազրկողներ տալ մերժելը, մեկուսի լինելու կոպիտ խախտումները, հրաժարվելը՝ ընդունել հիվանդանոց կամ բուժօգնություն ցուցաբերել՝ վճարել չկարողանալու պատճառով»¹⁰⁰:

Ընդհանուր առմամբ՝ մանկաբարձական բռնության դրսևորման ձևերը բազմաշերտ են ու անսահմանափակ, սակայն դրանք պայմանականորեն բաժանվում են երկու հիմնական խմբի՝ ֆիզիկական և հոգեբանական:

Ֆիզիկական բռնություն են համարվում անհարկի բուժական մեթոդների կիրառումն ու դեղորայքի նշանակումը, ծննդաբերության բնականոն ընթացքին միջամտությունները (օրինակ՝ պտղապարկի պատռում, հղիության արհեստական խթանումներ), թույլ չտալը ծննդաբերության ժամանակ կնոջը հարմար դիրքով լինել և այլն:

Մանկաբարձական բռնության այս ձևից խուսափելու համար ԱՀԿ-ն ունի մի շարք ցուցումներ¹⁰¹, որոնց համաձայն՝ պետք

100 World Health Organization, “The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth”, 2015, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?sequence=1

101 World Health Organization Recommendations, “Intrapartum care for a positive childbirth experience”, 2018, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/>

է հրաժարվել կամ միայն խիստ կենսական անհրաժեշտության դեպքում կիրառել այնպիսի միջամտություններ, ինչպիսիք են էպիզիոտոմիան, Կրիստելերի մեթոդը (երեխայի ծնունդը խթանելու համար կնոջ որովայնի սեղմումը), պտղաթաղանթի պատռումը, ինչպեսև սահմանափակել օքսիտոցինի կիրառումը, պահպանել կեսարյան հատումների՝ ԱՀԿ-ի կողմից ցուցված թիվը (ընդհանուր ծնունդների 10-15 տոկոսը) և այլն:

Մանկաբարձական բռնության մյուս ձևը հոգեբանականն է, երբ կինը ենթարկվում է նվաստացուցիչ, անհարգալից և խտրական վերաբերմունքի: Օրինակ, բուժօգնության ժամանակ կնոջ հասցեին արվում են վիրավորական, սեքսիստական ռեպլիկներ, կամ հրաժարվում են պատշաճ բուժօգնություն ու սպասարկում տրամադրել, քանի որ վերջինս անվճարունակ է, ունի տարբեր համոզմունքներ և այլն:

Մանկաբարձական բռնության վերաբերյալ գրականության մեջ հատուկ տեղ է տրվում իրազեկված համաձայնություն տալու իրավունքին:

«Կանայք իրավունք ունեն ստանալու ամբողջական տեղեկություն բուժման վերաբերյալ, որպեսզի դրա հիման վրա ընդունեն կշռադատված որոշումներ: Գինեկոլոգիայի և մանկաբարձության միջազգային ֆեդերացիան համարում է, որ տեղեկացված համաձայնություն ստանալը պարտավորություն է բուժանձնակազմի համար՝ թեև այն կարող է լինել բարդ և ժամանակատար»,– նշվում է ՄԱԿ-ի գլխավոր ասամբլեայի՝ վերարտադրողական առողջության ծառայությունների ընթացքում կանանց հանդեպ բռնությունների վերաբերյալ գեկույցի 32-րդ կետում¹⁰²: Նշվում է նաև, որ սա խնդիր է գրեթե ամբողջ աշխարհում և նույնիսկ այնպիսի երկրներում, ինչպիսիք են Գերմանիան, Ֆրանսիան, Նվեդիան, ԱՄՆ-ը:

Մանկաբարձական բռնության հետևանքների տեսանելի շերտը

[260178/9789241550215-eng.pdf](https://digitallibrary.un.org/record/3823698#record-files-collapse-header)

102 UN General Assembly, A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence, 2019, <https://digitallibrary.un.org/record/3823698#record-files-collapse-header>

թերևս այն դեպքերն են, երբ կա ցավալի ավարտ՝ մոր կամ նորածնի մահ, առողջությանը պատճառված վնաս, այս դեպքերի հիման վրա կարող են հարուցվել քրեական գործեր: Սակայն կան նաև դեպքեր, երբ մայրն ու նորածինը ողջ են, չունեն ակնհայտ առողջական խնդիրներ, բայց բռնությունը հետևանքներ ունի: «Մանկաբարձական բռնությունը կարող է բացասական ազդեցություն ունենալ կնոջ ֆիզիկական և հոգեկան առողջության վրա: Ծննդաբերության բացասական փորձը կարող է մոր առողջության հետ կապված բարդությունների հետևանք լինել»¹⁰³:

Զիբա Թադիզադեհի և մյուսների հեղինակած հոդվածում նշվում է, որ ծննդոգնության բացասական փորձը կարող է հետծննդաբերական շրջանում հոգեբանական խնդիրների հանգեցնել՝ ներառյալ հետծննդաբերական դեպրեսիան, հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարումը, տխրության, մեղքի, անօգնական լինելու խոր զգացումը: Իսկ երկարաժամկետ առումով նվազում է կնոջ նորից հղիանալու ցանկությունը, աճում են կեսարյան հատման հակված լինելու, բացասական զգացումներ ունենալու և կրծքով կերակրելուն առնչվող խնդիրները¹⁰⁴:

Նման պնդում կարդում ենք նաև Աննա Անբորնի և համահեղինակների հոդվածում. «Կանանց մեջ մեծանում է ծննդաբերության վախը, եթե նրանք ենթարկվում են «մանկաբարձական բռնության», ինչը կարող է լուրջ հետևանքներ ունենալ կնոջ հոգեկան բարեկեցության և երեխայի հետ կապվածության վրա»¹⁰⁵:

Մանկաբարձական բռնության պատճառների մասին հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ դրանց հիմքում համակարգային խնդիրներն են ու մարդկային գործոնը. «Ծննդաբերության ժամանակ կանանց խոցելիության զգացումը

103 A. Raj and others, “Associations Between Mistreatment by a Provider during Childbirth and Maternal Health Complications in Uttar Pradesh, India”, 2017, <https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-017-2298-8>

104 Z. Taghizadeh, “Childbirth violence-based negative health consequences: a qualitative study in Iranian women”, 2021 <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-03986-0>

105 A. Annborn and others, “Obstetric violence a qualitative interview study”, 2021 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613821002874#bib0013>

կարող է սրվել առողջապահական ռեսուրսների, ոչ պատշաճ վարքագիծ ունեցող անձնակազմի, քաղաքականության բացակայության, թերի աշխատող և սարքավորումներով չհագեցած ենթակառուցվածքների պատճառով»¹⁰⁶:

«...բացասական փորձ ունենալու պատճառները հիմնականում բուժանձնակազմի ոչ պրոֆեսիոնալ մոտեցումներն են և բուժառուի հետ վատ հաղորդակցությունը: Մինչդեռ լավ հաղորդակցությունը որակյալ և պաշտպանված ծննդոգնության ամենակարևոր նախապայմաններից մեկն է», - կարդում ենք Անբորնի և համահեղինակների հոդվածում¹⁰⁷:

Բռնությունից զերծ և հարգալից ծննդոգնություն տրամադրելու համար լուծման տարբերակներ են առաջարկում բժիշկներ Զոի Բրադֆիլդն ու Ալիս Վիլսոնը: Առաջին լուծումը բուժաշխատողների տեղեկացվածությունն է, թե ինչ եղանակներով կարելի է հարգալից ծննդոգնություն կազմակերպել և կիրառել դրանք սեփական պրակտիկայում: «Եվ դժվար, և՛ կարևոր է դիմակայել չգիտակցված հակվածությանը, որ պետք է համապատասխանել համակարգերի վրա հիմնված առաջնահերթություններին, այլ ոչ թե կնոջը կենտրոնացած խնամք տրամադրելուն: Սեփական պրակտիկային քննադատական այսպիսի գնահատական տալու մակարդակը խիզախություն է պահանջում, սակայն այն անհրաժեշտ է ավելի լայն մակարդակով փոփոխությունների համար: Մեր գործընկերների աշխատանքում հարգալից ծննդոգնությանը աջակցելը նույնպես կարևոր քայլ է՝ ամրապնդելու համար կլինիկական միջավայրում դրական փոփոխությունները, ինչը նպաստում է մոր և նորածնի բարեկեցությանը ու նաև աշխատանքից բավարարվածության զգացում է առաջ բերում», - ասվում է նրանց հոդվածում¹⁰⁸:

106 M. Bohren and others, “The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-method systematic review”, 2015 <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001847>

107 A. Annborn and others, “Obstetric violence a qualitative interview study”, 2021 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613821002874#bib0013>

108 Z. Bradfield, A. Wilson, “Respectful maternity care: giving birth (in)to a better world”, O&G Magazine, Global Health, Vol. 22 No 4 | Summer 2020, <https://www.ogmagazine.org.au/22/22-4/respectful-maternity-care/#easy-footnote-1-11573>

Եվ, ինչպես ենթադրելի է, լուծման մյուս տարբերակը համակարգային փոփոխություններն են: Զոի Բրադֆիլդն ու Ալիս Վիլսոնը նշում են, որ համակարգային փոփոխություն հրահրելը կարող է ավելի մեծ մարտահրավեր թվալ, քան անձնականը, սակայն դա հնարավոր է անել. հատկապես կորոնավիրուսի պանդեմիայի ժամանակ առողջապահական համակարգերում կատարված փոփոխությունները վկայում են հենց դրանց իրական դառնալու հնարավորության մասին:

«Հարգալից, կնոջ վրա կենտրոնացած ծննդոգնությունը, բառացիորեն, աշխարհը փոխելու ճանապարհ է: ... Երբ մենք բարելավում ենք ծննդաբերության որակն ու արդյունքները, մենք բարելավում ենք ընտանիքների, համայնքների, հասարակության և մեր աշխարհի առողջությունը՝ ամեն անգամ մեկ կնոջ միջոցով»¹⁰⁹:

Մանկաբարձական բռնության վերաբերյալ քննարկումներն ու հրապարակումները հայաստանյան հանրային հարթակներում սակավաթիվ են: Թեև խնդրի մասին հեղինակավոր բժիշկ գինեկոլոգներ են խոսել¹¹⁰, սակայն հարցը չունի այնպիսի հնչեղություն, որպեսզի դրա ուղղությամբ փոփոխություններ բերող քայլեր կատարվեն՝ համապատասխան վիճակագրություն վարելուց և քաղաքականություններ ընդունելուց մինչև դրանց պրակտիկայում կիրառումը:

109 Նոյն տեղում:

110 Ա. Կարապետյան, «Այս մասին հաճախ լուռն են», 23.03.2022, <https://evnreport.com/arm/raw-unfiltered-arm/obstetric-violence-hidden-in-silence-am/>

Ա. Խալաթյան, «Թե չէ վատ կլինի», <https://kalemon.am/hy/%D5%A9%D5%A5-%D5%B9%D5%A7-%D5%BE%D5%A1%D5%BF-%D5%AF%D5%AC%D5%AB%D5%B6%D5%AB/>

ԱՄՓՈՓՈՒՄ

Հայաստանյան իրականությունում պետությունը փորձում է օրենսդրական կարգավորումների ընդունմամբ և պետական ծրագրերի նախաձեռնությամբ մեղմել ծնելիության աճի խնդիրները, սակայն այս պահին էական և ցուցանիշների վրա ազդող հաջողություններ չկան: Սա հիմք է տալիս ենթադրելու, որ կա օրենսդրական նորմերի կիրառելիության և դրանց վերաբերյալ վերահսկողության ու համապատասխան վերլուծություններ անելու և քայլեր ձեռնարկելու խնդիր:

Նախևառաջ, գնահատելի է, որ հարուստ չհամարվող պետությունն իր համեստ միջոցներով փորձում է անվճար կազմակերպել ծննդօգնությունը և հիվանդանոցային ու արտահիվանդանոցային ծառայությունների հիմնական մասը հասանելի դարձնել հանրապետությունում բնակվող գրեթե բոլոր կանանց համար: Բացի դրանից՝ առողջապահության նախարարությունը նույնպես ընդունում է, որ անվճար ծառայությունների շրջանակը փոքր է, կարևոր հետազոտություններ չեն ներառվում պետպատվերի շրջանակում, և հատկապես բարձր ռիսկի խմբում գտնվող հղիները (բոլոր հղիների շուրջ 40 տոկոսը) մի շարք հետազոտությունների համար ստիպված են իրենք վճարումներ անել:

Միաժամանակ, իրավական կարգավորումների և պետական քաղաքականությունների մակարդակում չկա բավարար կենտրոնացում կնոջ ու նորածնի իրավունքների հանդեպ հարգանքի, մանկաբարձական բռնության երևույթի խորքային ուսումնասիրության և դրա հետևանքների առումով:

Ներկայումս ծննդօգնության որակի և արդյունավետության գնահատման համար գլխավորապես դիտարկվում են ֆիզիկական ցուցանիշները, օրինակ՝ մայրական ու նորածնային մահերը, կենդանածինների թիվը և այլն: Սակայն չկան պաշտոնական և հրապարակային վիճակագրական տվյալներ մի շարք բժշկական միջամտությունների վերաբերյալ, որոնք կօգնեն հասկանալ, թե ինչ միտումներ կան դրանց աճի կամ նվազման վերաբերյալ: Օրինակ՝ արտերկրյա գրականությունում՝ միջազգային ընդգրկումով,

բազմիցս խոսվում է ծննդաբերությունը խթանելու համար արհեստական օքսիտոցինի անհարկի կիրառման, էպիզոտոմիայի և այլ միջամտությունների աճի մասին, սակայն Հայաստանում այս և այլ միջամտությունների վերաբերյալ պետական մասշտաբով վիճակագրություն չկա: Մինչդեռ այս տվյալների հավաքումը, մշակումն ու հրապարակումը հարթակ է ստեղծում մասնագետների և շահագրգիռ կողմերի համար քննարկումների և խնդրի լուծում գտնելու: Օրինակ՝ ներկայումս ահագնացող աճ է նկատվում կեսարյան հատումների ցուցանիշներում, և սրա վերաբերյալ հարցեր են հնչում ոլորտի մասնագետներին ու քաղաքականություն մշակողներին:

Միևնույն ժամանակ, որակյալ ծննդօգնության ծառայությունների ծրագրում չկա կենտրոնացում կնոջ ու նորածնի հոգեհուզական ներդաշնակության հարցերի վրա: Չկան որակական կամ քանակական հետազոտություններ, թե ծննդօգնության ծառայություններից օգտվողների շրջանում քանի տոկոսի իրավունքներն են խախտվում, ինչ իրավունքներ են խախտվում, ինչպես և ում կողմից են խախտվում, արդյոք կանայք այդ անվճար համարվող ծննդօգնության ծառայությունները ստանում են բարյացակամ, չկաշկանդող միջավայրում և կոմպետենտ մասնագետների կողմից: Եվ կանանց իրավունքների ակնհայտ խախտումները, հոգեբանական ձնշումներն ու մանիպուլյացիաները բուժանձնակազմի կողմից բացասական հետևանքներ չե՞ն թողնում կնոջ հոգեկան առողջության վրա:

Հաշվի առնելով այս հետազոտության մեջ արձարծված միջազգային փորձն ու գիտական ուսումնասիրությունները, կարևորում ենք նման հետազոտությունների կատարումը: Դա հիմք կտա հասկանալու նաև մի շարք թվային ցուցանիշների միտումները, օրինակ՝ որ ծննդաբերության ոչ հաջողված փորձ ունեցող կանայք հապաղում են նորից երեխա ունենալու որոշում ընդունել, ու նաև կուղղորդի դեպի լուծումների, ինչպես՝ բուժանձնակազմի վերապատրաստումների և էթիկայի կանոնակարգի ընդունման կամ թարմացման և դրանում ներառված կանոններին հետևելու խիստ հրահանգների:

Միևնույն ժամանակ, կարևոր է բուժաշխատողի արժանապատիվ

վարձատրությունը: Ենթադրելի է, որ ներքին խռովություններ ու դժգոհություններ կարող են առաջ գալ, երբ բուժաշխատողի վարձատրության չափը կարող է էապես տարբերվել մասնավոր պրակտիկայով զբաղվող մասնագետների, օրինակ՝ դոկաների եկամտից: Սա խաթարում է հանուն մեկ նպատակի՝ արժանապատիվ մայրության ապահովման հասնելու հիմքերը: Մինչդեռ ծննդոգնության ոլորտում ներգրավված բոլոր մասնագետների աշխատանքի նպատակը հենց ֆիզիկապես և հոգեպես առողջ կին ու նորածին ունենալն է:

Պետական մակարդակով ընկալումը, որ որակյալ ծննդոգնությունը ոչ միայն կլինիկական ծառայությունների մատուցումն է, այլև կնոջ ու նորածնի իրավունքների հարգումը, կտանի իսկապես որակյալ, արժանապատիվ մայրության ապահովմանը:

ՀԱՎԵԼՎԱԾ 1

ՀՀ առողջապահության նախարարությանը մեր ուղղած հարցերը և դրանց պատասխանները:

Հարցեր

1. ՀՀ-ում 2019, 2020, 2021 թվականներին և 2022-ի նոյեմբերի 1-ի դրությամբ ծննդալուծությունների քանի՞ տոկոսն է իրականացվել բուժական հաստատություններում, քանի՞ տոկոսը՝ տնային կամ այլ պայմաններում:
2. Ո՞ր դեպքերում է կնոջ ծննդալուծությունը տեղի ունենում ոչ հիվանդանոցային պայմաններում: Արդյոք գրանցվել են դեպքեր, որ ծննդաբերությունը պլանավորվել է իրականացնել, օրինակ, տնային պայմաններում: Այսինքն՝ պլանավորված և ոչ թե չնախատեսված դեպք է եղել:
3. Հայաստանում քանի՞ բուժական հաստատություն կա, որտեղ իրականացվում է ծննդալուծություն: Խնդրում եմ տրամադրել տվյալներն ըստ մարզերի և նշել բուժհաստատության տիպը:
4. ՀՀ-ում 2019, 2020, 2021 թվականներին և 2022-ի նոյեմբերի 1-ի դրությամբ ծննդալուծությունների քանի՞ տոկոսն է իրականացվել բժիշկների, և քանի՞ տոկոսը՝ այլ որակավորում ունեցող մասնագետների (օրինակ՝ մանկաբարձ, բուժքույր և այլն) կողմից:
5. ՀՀ-ում 2019, 2020, 2021 թվականներին և 2022-ի նոյեմբերի 1-ի դրությամբ ծննդոգնության ծառայությունների դիմաց որքա՞ն ֆինանսական մուտքեր են ունեցել բուժհաստատությունները, և դրանց ո՞ր մասն է վճարվել պետական բյուջեից:
6. ՀՀ-ում 2019, 2020, 2021 թվականներին և 2022-ի նոյեմբերի 1-ի դրությամբ որքա՞ն գումար է պետական բյուջեից հատկացվել մեկ կնոջ համար՝ նախածննդաբերական, ծննդաբերական և հետծննդաբերական բուժսպասարկման համար:
7. Խնդրում եմ տրամադրել առողջապահության նախարարի 2018 թվականի հուլիսի 30-ի թիվ 1941-Ա հրամանը կամ դրա ակտիվ հղումը:
8. ՀՀ-ում 2019, 2020, 2021 թվականներին և 2022-ի նոյեմբերի 1-ի դրությամբ հղի կանանց քանի՞ տոկոսն է նախածննդյան խնամքի համար հաշվառվել մինչև հղիության 12 շաբաթը, և

ո՞ր մասը՝ հղիության 12-րդ շաբաթից հետո:

9. Խնդրում եմ հայտնել, թե ՀՀ-ում 2019, 2020, 2021 թվականներին և 2022-ի նոյեմբերի 1-ի դրությամբ կրծքով սնուցման վերաբերյալ ինչ ցուցանիշներ են արձանագրվել. մասնավորապես, երեխաների քանի տոկոսն է մինչև վեց ամսականը բացառապես կրծքով կերակրվում, և քանի տոկոսն է կրծքով կերակրվում վեց ամսականից մինչև մեկ տարեկանը և վեց ամսականից մինչև երկու տարեկանը:

Պատասխաններ

Ի պատասխան Ձեր՝ 2022 թվականի նոյեմբերի 10-ի թիվ 663403 հարցմանը՝ հայտնում ենք հետևյալը.

Կետ 1. 2019-2021 թթ. ծննդոգնություն իրականացնող հաստատություններում ծննդալուծությունների տոկոսը կազմել է 99.9%, իսկ ծննդոգնություն իրականացնող հաստատություններից դուրս՝ 0.03%, ընդ որում՝ ծննդալուծությունից հետո բոլոր ծննդկանները տեղափոխվել են համապատասխան հաստատություններ:

Կետ 2. Նախածննդյան հսկողության հաշվառված հղիները ուղղորդվում են ծննդոգնություն իրականացնող բժշկական հաստատություններ:

Կետ 3. Տվյալները ներկայացված են կցված ֆայլում:

ՀՀ ծննդոգնություն իրականացնող հաստատությունների բաշխվածությունն ըստ տիպերի և մարզերի, 2019-2021 (պարզաբանում 3-րդ կետի վերաբերյալ)

Մարզ	2019		2020		2021	
	Բժշկական կենտրոնների կազմում ծննդոգնություն իրականացնող ծառայություններ	Ծննդատներ	Բժշկական կենտրոնների կազմում ծննդոգնություն իրականացնող ծառայություններ	Ծննդատներ	Բժշկական կենտրոնների կազմում ծննդոգնություն իրականացնող ծառայություններ	Ծննդատներ
Արագածոտն			4		3	
Արարատ	3	1	3	1	4	
Արմավիր	2		2		2	

Գեղարքունիք	4	1	4	1	4	1
Լոռի	5		5		5	
Կոտայք	3	1	3	1	3	1
Երևան	5	1	5	1	5	
Սյունիք	5		4		4	
Վայոց Ձոր	2		3		3	
Տավուշ	6		5		4	
Երևան	8	4	8	4	7	4

Կետ 4. Նման վիճակագրություն չի հավաքագրվում՝ նկատի ունենալով, որ և՛ բժիշկը, և՛ մանկաբարձուհին համարվում են որակավորված մասնագետ:

Կետ 5. Ըստ տարիների պահանջվող տեղեկատվությունը ներկայացված է Excel ֆայլերում:

Հաշվետվություն HP-011

Պետական պատվերի շրջանակներում կատարված աշխատանքներն ըստ բյուջետային ծրագրերի եւ բժշկական

Ժամանակահատված՝ 01/01/2022-31/10/2022

Գրառման տիպ՝ ՎԱՎԵՐ

Վճարված՝ Ներառյալ այլ ամիսները

Հաշվետվություն ստացված է՝ 16/11/2022

ՊՊ խմբի կոդը	ՊՊ խմբի անվանումը	Մառուցված ծառայություն	Գումար
1314	Շննդօգնություն		
Ընդամենը		29266	5058942000

Հաշվետվություն HP-011

Պետական պատվերի շրջանակներում կատարված աշխատանքներն ըստ բյուջետային ծրագրերի եւ բժշկական

Ժամանակահատված՝ 01/01/2021-31/12/2021

Գրառման տիպ՝ ՎԱՎԵՐ

Վճարված՝ Ներառյալ այլ ամիսները

Հաշվետվություն ստացված է՝ 15/11/2022

ՊՊ խմբի կոդը	ՊՊ խմբի անվանումը	Մառուցված ծառայություն	Գումար
1314	Շննդօգնություն		
Ընդամենը		36119	6235634000

Հաշվետվություն HP-011

**Պետական պատվերի շրջանակներում կատարված
աշխատանքներն ըստ բյուջետային ծրագրերի եւ բժշկական
ծառայությունների տեսանկյունի**

Ժամանակահատված՝ 01/01/2020-31/12/2020

Գրառման տիպ՝ ՎԱՎԵՐ

Վճարված՝ Ներառյալ այլ ամիսները

Հաշվետվությունը ստացված է՝ 15/11/2022

ՊՊ խմբի կոդը	ՊՊ խմբի անվանումը	Մատուցված ծառայություն	Գումար
1314	Ճննդագնություն		
Ընդամենը		36336	6240626200

Հաշվետվություն HP-011

**Պետական պատվերի շրջանակներում կատարված
աշխատանքներն ըստ բյուջետային ծրագրերի եւ բժշկական
ծառայությունների տեսանկյունի**

Ժամանակահատված՝ 01/01/2019-31/12/2019

Գրառման տիպ՝ ՎԱՎԵՐ

Վճարված՝ Ներառյալ այլ ամիսները

Հաշվետվությունը ստացված է՝ 15/11/2022

ՊՊ խմբի կոդը	ՊՊ խմբի անվանումը	Մատուցված ծառայություն	Գումար
1314	Ճննդագնություն		
Ընդամենը		35845	6097183800

Կետ 6. Մատուցված բուժօգնության դիմաց պայմանագրային գումարները հաշվարկվում և փոխհատուցվում են տարբեր ելակետային ցուցանիշներից ելնելով: Ուստի մեկ հղիի/ծննդկանի հաշվարկով առանձնացված տեղեկատվություն հնարավոր չէ տրամադրել:

Կետ 7. Առողջապահության նախարարի 2018 թվականի հուլիսի 30-ի No 1941-Ա հրամանը կից ներկայացվում է:

Կետ 8. Հղիության մինչև 12 շաբաթական ժամկետում հսկողության վերցված հղիների տոկոսը 2019 թ. կազմել է 76.2 %, 2020 թ.՝ 80.02 %, 2021 թ.՝ 78 %:

Կետ 9. Մինչև 1 տարեկան երեխաների շրջանում 6 ամսական՝ բացառապես կրծքով սնուցվող երեխաների տոկոսը 2019 թ. կազմել է

73.4 %, 2020 թ.՝ 70.4 %, 2021 թ.՝ 72 %, մինչև 2 տարեկան երեխաների շրջանում նաև կրծքով սնուցվող երեխաների տոկոսը 2019, 2020, 2021 թթ. միջինը կազմել է 26-26.5 %:

Միևնույն ժամանակ տեղեկացնում ենք, որ 2022 թ. տվյալները հավաքագրման փուլում են:

ՀԱՎԵԼՎԱԾ 2

ՀՀ առողջապահության նախարարությանը մեր ուղղած հարցերը և դրանց պատասխանները:

Հարցեր

1. ՀՀ առողջապահության նախարարությունն ունի՞ արդյոք վիճակագրություն, թե ՀՀ տարածքում մայրության քանի դպրոց է գործում:
2. 2019, 2020, 2021 և 2022 թվականների նոյեմբերի 1-ի դրությամբ քանի՞ հղի կին է մասնակցել մայրության դպրոցի դասընթացներին:
3. Կա՞ն արդյոք չափորոշիչներ մայրության դպրոցի աշխատանքների արդյունավետությունը հասկանալու համար:
4. Խնդրում եմ հայտնել, թե ինչպես է կարգավորվում ծննդաբերությունն ընդունելու կարգը այն դեպքերում, երբ ծննդաբեր կինն է ընտրում այն բժշկին, որը կընդունի իր ծննդաբերությունը: Հայտնի է, որ տարբեր բուժհաստատությունների դեպքում կանայք նման ծառայության համար վճարում են: Արդյոք սա համարվում է բուժկենտրոնի կողմից վճարովի մատուցվող ծառայություն:
5. Բժշկական որոշ կենտրոններում ուլտրաձայնային հետազոտության դեպքում հղի կինը երեխայի սեռն իմանալու համար հավելյալ վճարում է: ՀՀ առողջապահության նախարարությունը տեղեկացվա՞ծ է արդյոք, թե ի՞նչ իրավական կարգավորմամբ է պտղի սեռը հղի կնոջը հայտնելը համարվում առանձին վճարովի ծառայություն:
6. Խնդրում եմ հայտնել, թե նախածննդյան շրջանում անվճար ծառայություն համարվող գերձայնային հետազոտության դեպքում ինչ տվյալներ պետք է մասնագետը հայտնի հղի կնոջը, և ինչո՞ւ այդ տվյալների մեջ չի ներառվում նաև պտղի սեռի մասին տեղեկությունը:
7. Խնդրում եմ տրամադրել ՀՀ առողջապահության նախարարի 17.07.2019 թ. 1961-Լ հրամանը:
8. Արդյոք կինն իրավունք ունի՞ ինքնուրույն (առանց բժշկական ցուցումների) որոշելու, որ ցանկանում է կեսարյան հատման

միջոցով երեխա ունենալ: Եթե այո, ապա նման դեպքում նույնպես ծննդալուծությունն անվճար է:

9. Արդյոք կա՞ օրենսդրական արգելք՝ տնային պայմաններում նախապես պլանավորված ծննդաբերելու համար: Եթե այո, ապա խնդրում եմ նշել իրավական համապատասխան նորմը:
10. Նախարարությունը տեղեկացվա՞ծ է արդյոք կրծքով կերակրելու խորհրդատու-մասնագետների, ինչպես նաև դուկաների գործունեությունից, որոնք մասնավոր վճարովի ծառայություններ են մատուցում կանանց հղիության, ծննդաբերության և հետծննդաբերական շրջանում: Արդյոք նախատեսվո՞ւմ է որևէ կերպ վերահսկել և օրենսդրորեն կարգավորել նրանց գործունեությունը: Եթե այո, ապա ինչո՞ւ և ինչպե՞ս:
11. Խնդրում եմ հայտնել, թե 2019, 2020, 2021 թվականների և 2022-ի նոյեմբերի 1-ի դրությամբ միջինում որքան է կազմել մանկաբարձ-գինեկոլոգի, մանկաբարձի, մանկաբարձագինեկոլոգիական գործունեության ոլորտում աշխատող բուժքրոջ, ընտանեկան բժշկի և սանիտարի միջին ամսական աշխատավարձը (ներառյալ հարկերը և այլ վճարներ):

Պատասխաններ

Ի պատասխան 2022 թվականի նոյեմբերի 30-ի Ձեր թիվ 676954 հարցման, հայտնում եմ, որ.

1,2. Առողջապահության նախարարությունը «Մայրության դպրոց»-ների վերաբերյալ վիճակագրություն չի հավաքագրում:

3. «Մայրության դպրոց»-ների աշխատանքների արդյունավետության չափորոշիչներ առկա չեն:

4. Համաձայն ՀՀ կառավարության 2004 թվականի մարտի 4-ի N 318-Ն որոշման, վերարտադրության տարիքի կանայք հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան շրջանում ունեն անվճար ծննդօգնության բժշկական օգնության և սպասարկման իրավունք: Ծննդօգնության ոլորտում վճարովի հարբժշկական ծառայությունները սահմանված են ՀՀ առողջապահության նախա-

րարի 2012 թվականի նոյեմբերի 27-ի N 2731-Ա հրամանով: Վերջինիս շրջանակներում բժշկի ընտրության ընթացակարգ սահմանված չէ:

5. Համաձայն ՀՀ առողջապահության նախարարի 2020 թվականի հունվարի 22-ի N 198-Լ հրամանի հավելված 1-ի 37-րդ կետի 1-ին ենթակետի՝ սահմանվում է, որ կանանց կոնսուլտացիաներում պետական պատվերի շրջանակներում հղիների նախաձննդյան հսկողության ընթացքում պարտադիր է գերձայնային հետազոտության իրականացումը 11-14 շաբաթական ժամկետում, 18-22 շաբաթական ժամկետում և 30 շաբաթական ժամկետում:

Միաժամանակ հայտնում են, որ մնացած դեպքերում հետազոտությունները կատարվում են ըստ բժշկական ցուցումների՝ անվճար: Պտղի սեռի որոշումը չունի բժշկական ցուցում, բացառությամբ սեռի հետ շղթայակցված հիվանդությունների, ուստի այն ներառված չէ գերձայնային հետազոտության արձանագրության մեջ: Վճարովի ծառայությունների գները սահմանում է այդ ծառայությունները մատուցող բժշկական կազմակերպությունը կամ վերջինիս հիմնադիրը:

6. Նախաձննդյան շրջանում կատարվող պարտադիր գերձայնային հետազոտության արձանագրությունները հաստատված են ՀՀ առողջապահության նախարարի 2014 թվականի մայիսի 6-ի N 16-Ն հրամանի հավելված 8-ով, 9-ով, 10-ով, և համապատասխանաբար գրանցվում են արձանագրության ձևով պահանջվող տվյալները: Պտղի սեռի որոշումը չունի բժշկական ցուցում, բացառությամբ սեռի հետ շղթայակցված հիվանդությունների, և ներառված չէ գերձայնային հետազոտության արձանագրության մեջ:

7. ՀՀ առողջապահության նախարարի 2019 թվականի հուլիսի 17-ի N 1961-Լ հրամանին կարող եք ծանոթանալ հետևյալ հղումով՝ <https://www.moh.am/images/legal-389.pdf> :

8. Հայաստանի Հանրապետությունում կեսարյան հատման վիրահատությունը կատարվում է միայն բժշկական ցուցումներով՝ անվճար:

9. Համաձայն ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013 թվա-

կանի նոյեմբերի 29-ի N 80-Ն հրամանի հավելված 1-ի 2-րդ մասի հիվանդանոցային մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնությունն ու սպասարկումը իրականացվում են այն բժշկական կազմակերպությունների կողմից, որոնք ունեն լիցենզիա մանկաբարձագինեկոլոգիական հիվանդանոցային գործունեության իրականացման համար:

10. ՀՀ առողջապահության նախարարի 2012 թվականի նոյեմբերի 27-ի N 2731-Ա հրամանով հաստատվում են ծննդօգնության ոլորտում վճարովի հարբժշկական ծառայությունները: Կրճքով կերակրելու խորհրդատու-մասնագետներ, ինչպես նաև դուկաներ առկա չեն ՀՀ կառավարության 2014 թվականի սեպտեմբերի 4-ի «Հայաստանի Հանրապետության առողջապահական բնագավառի բժշկական, ստոմատոլոգիական, դեղագիտական, հանրային առողջապահական մասնագիտությունների և նեղ մասնագիտությունների ցանկերը հաստատելու մասին» N 952-Ն որոշման և ՀՀ առողջապահության նախարարի 2021 թվականի մայիսի 6-ի «Հարբժշկական ծառայությունների ցանկը հաստատելու մասին» N 29-Ն հրամանի մասնագիտությունների ցանկում և ենթակա չեն լիցենզավորման:

Միաժամանակ հայտնում են, որ, համաձայն ՀՀ առողջապահության նախարարի 2020 թվականի ապրիլի 21-ի «Ծննդօգնություն և նորածնային բուժօգնություն ու սպասարկում իրականացնող բժշկական կազմակերպություններում հարբժշկական որոշ ծառայությունների կազմակերպման, մեռելաձնության կամ նորածնի մահվան դեպքում իրականացվող միջոցառումների, երեխայի հիվանդությամբ պայմանավորված մանկալքության դեպքում բժշկական կազմակերպության կողմից մասնագիտական երկրորդ կարծիք ստանալու գործելակարգերը հաստատելու մասին» N 13-Ն հրամանի, հոգեբանական աջակցություն ցուցաբերելու նպատակով թույլատրվում է աջակցող անձի կամ հարազատի (ոչ ավել, քան մեկ անձ) ներկայությունը նախաձնարանում և ծնարանում, ինչը չի ենթադրում բժշկական կազմակերպությունում վճարովի ծառայությունների մատուցում, քանի որ բժշկական կազմակերպությունում հարբժշկական վճարովի ծառայությունները սահմանված են ՀՀ առողջապահության նախարարի 2012 թվականի նոյեմբերի 27-ի N 2731-Ա հրամանով:

Միաժամանակ տեղեկացնում են, որ կնոջ և աջակից անձի մասնավոր փոխհարաբերությունները վերահսկելի չեն բժշկական կազմակերպության կողմից:

Հայտնում են, որ կրծքով սնուցման խորհրդատվությունը պետք է տրամադրվի բուժանձնակազմի կողմից՝ անվճար ծննդօգնություն իրականացնող և ԱԱՊ բժշկական կազմակերպություններում, ինչի վերաբերյալ իրականացվել և իրականացվելու են վերապատրաստման դասընթացներ:

Լրացուցիչ հայտնում են, որ ըստ ԱՀԿ-ի՝ դուլան դիտարկվում է որպես աջակից անձ՝ չտարբերակելով նրան, օրինակ, ամուսնուց կամ հարազատից:

11. 2019–2022 թթ. Համար, համաձայն առողջապահության նախարարի 2014 թվականի հուլիսի 24-ի N 1791-Ա (փոփոխություն՝ 2019 թվականի փետրվարի 4-ի N 259-Ա) հրամանի, առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ մատուցող բժշկական կազմակերպություններում բնակչության օպտիմալ սպասարկման դեպքում մանկաբարձ-գինեկոլոգի և մանկաբարձի համար վարձատրման չափաքանակները սահմանված են, համապատասխանաբար, 235 000 և 120 000 դրամ: Ծննդօգնություն իրականացնող հիվանդանոցային ծառայություններ մատուցող բժշկական կազմակերպությունների բժշկական անձնակազմի վարձատրման չափաքանակները սահմանվում են առողջապահության նախարարի 2013 թվականի փետրվարի 4-ի N 202-Ա (փոփոխություն՝ 2019 թվականի մարտի 22-ի N 703-Ա) հրամանով: Նշված չափաքանակները հանդիսանում են նվազագույն, և բժշկական կազմակերպության ղեկավարության կողմից կարող է սահմանվել ավելի բարձր վարձատրություն:

ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԱՂԲՅՈՒՐՆԵՐ

ՀՀ Սահմանադրություն, 2015

<https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=143723>

Տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների միջ-
ազգային դաշնագիր, ՄԱԿ, Նյու-Յորք, 1966

<https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=18501>

Կանանց նկատմամբ խտրականության բոլոր ձևերի վերացման
մասին հռչակագիր, ՄԱԿ, Նյու-Յորք, 1979

<https://www.arlis.am/documentView.aspx?docID=60505>

Քաղաքացիական և քաղաքական իրավունքների մասին միջ-
ազգային դաշնագիր, ՄԱԿ, Նյու-Յորք, 1966

<https://www.arlis.am/documentview.aspx?docID=18500>

Երեխայի իրավունքների մասին կոնվենցիա, ՄԱԿ, Նյու-Յորք, 1989

<https://www.arlis.am/documentview.aspx?docID=60503>

Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին
կոնվենցիա, ՄԱԿ, Նյու-Յորք, 2007

<https://www.arlis.am/documentview.aspx?docID=64762>

Կենսաէթիկայի և մարդու իրավունքների մասին համընդհանուր
հռչակագիր, ՅՈՒՆԵՍԿՕ, 2005

[https://www.aaas.org/sites/default/files/SRHRL/PDF/IHRDArticle15/
Universal%20Declaration%20on%20Bioethics%20and%20Human%20
Rights_Eng.pdf](https://www.aaas.org/sites/default/files/SRHRL/PDF/IHRDArticle15/Universal%20Declaration%20on%20Bioethics%20and%20Human%20Rights_Eng.pdf)

Մարդու իրավունքների և կենսաբժշկության մասին եվրոպական
կոնվենցիա, Օվիեդո, 1997

[https://rm.coe.int/human-rights-and-biomedicine-convention-
arm/1680a206db](https://rm.coe.int/human-rights-and-biomedicine-convention-arm/1680a206db)

ՀՀ Կառավարության «Առողջ ապրելակերպի խթանմանն ուղղված
միջոցառումները հաստատելու մասին» 827-Լ որոշում, 20.05.2021,

<https://www.arlis.am/documentview.aspx?docID=152913>

ՀՀ առողջապահության ազգային ինստիտուտ, «Մոր և մանկան առողջության ցուցանիշների միտումները, հիմնախնդիրները, առաջիկա ռազմավարական ուղղությունները», 2020, <https://nih.am/assets/pdf/atvk/db7aad88a52714a90f6b69ecca6df204.pdf>

ՀՀ վիճակագրական ծառայություն, Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտություն, 2016, https://armstat.am/file/article/dhs_kir_2015-16-arm.pdf

ՀՀ Վերարտադրողական առողջության բարելավման 2016-2020 թվականների ռազմավարություն, 23.06.2016, <https://www.irtek.am/views/act.aspx?aid=86074>

ՀՀ առողջապահության նախարարի 13-Ն հրաման, 21.02.2020, <https://www.irtek.am/views/act.aspx?aid=105023>

ՀՀ օրենքը «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին», 11.12.2012, <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/86608/97917/F523374713/ARM86608.pdf>

ՀՀ վիճակագրական կոմիտե, Հայաստանի կանայք և տղամարդիկ, 2022, https://armstat.am/file/article/gender_2022.pdf

ՀՀ առողջապահության ազգային ինստիտուտ, Մոր և մանկան առողջություն վիճակագրական տարեգիրք, 2022, <https://nih.am/assets/pdf/atvk/1b74011d68cd4a7bbaace449fe71f3dd.pdf>

ՀՀ վիճակագրական կոմիտե, «ՀՀ սոցիալական վիճակը 2019 թվականին», https://www.armstat.am/file/article/soc_vich_2019_9.pdf

ՀՀ վիճակագրական կոմիտե, ՀՀ սոցիալական վիճակը 2020 թվականին, https://www.armstat.am/file/article/soc_vich_2020_9.pdf

ՀՀ վիճակագրական կոմիտե, ՀՀ սոցիալական վիճակը 2021 թվականին, https://www.armstat.am/file/article/soc_sit_2021_9.pdf

ՀՀ կառավարության 258-Լ որոշում, 05.03.2020, <https://www.arlis.am/documentView.aspx?docID=140281>

ՀՀ առողջապահության ազգային ինստիտուտ, «Մոր և մանկան առողջություն» վիճակագրական տարեգիրք, 2022, <https://nih.am/assets/pdf/atvk/1b74011d68cd4a7bbaace449fe71f3dd.pdf>

ԱՆ Պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ինստիտուտ. Բնականոն ընթացքով ծննդաբերության վարման ուղեցույց, 2010, https://www.moh.am/uploads/National%20Standards%20for%20Normal%20Childbirth%20Management%20%202010.pdf?fbclid=IwAR0-ojEoZWVyizoWSkDha8cC_qefGjPLRIJrbJVOfhWECcIjn5tQMjW49nY

ՀՀ առողջապահության նախարարի 2014 թվականի մայիսի 6-ի «Կանանց կոնսուլտացիայում կիրառվող առանձին փաստաթղթերի ձևեր հաստատելու մասին» N 16-Ն հրաման, <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docID=95963>

ՀՀ առողջապահության նախարարի «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում արտահիվանդանոցային պայմաններում ցուցաբերվող մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման ընթացակարգը հաստատելու մասին» N 198-Լ հրաման, 22.01.2022, <https://www.moh.am/images/legal-470.pdf>

Մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ուլտրաձայնի միջազգային հասարակության (ISUOG) պրակտիկ ուղեցույց, «Դոպլեր հետազոտության կիրառումը մանկաբարձությունում», <https://www.isuog.org/static/uploaded/abfddfb8-c00b-4b6e-80191c73410af924.pdf>

Ա, Կարապետյան, «Մանկաբարձական բռնություն. այս մասին

հաճախ լռում են», 23.03.2022 <https://evnreport.com/arm/raw-unfiltered-arm/obstetric-violence-hidden-in-silence-am/>

ՀՀ կառավարության «Առողջապահական գործոնով պայմանավորված ծնելիության բարելավման ծրագիրը և ծրագրի կատարումն ապահովող 2020-2023 թվականների միջոցառումները հաստատելու մասին» 258-Լ որոշում, 05.03.2020, https://www.arlis.am/documentView.aspx?docID=140281&fbclid=IwAR3Fu34Ibai_g45j3yRzlxTlIEeGHs8x4u3kZit2jPhCsNgyOISIVKAu_U

WHO, WHO Statement on Caesarean Section Rates, 2015, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1

ՀՀ առողջապահության նախարարի 13-Ն հրաման, 21.02.2020, <https://www.irtek.am/views/act.aspx?aid=105023>

ՀՀ առողջապահության նախարարի 1961-Լ հրամանն է, 17.07.2019, <https://iravaban.net/wp-content/uploads/2019/07/moh-legal-389.pdf>

ՀՀ առողջապահության նախարարի 11-Ն հրաման, 01.03.2021, <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=150622>

ՀՀ կառավարության 2129-Ն որոշում, 17.12.2020, <https://www.arlis.am/documentView.aspx?docID=148508>

ՀՀ առողջապահության նախարարի «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում հիվանդանոցային պայմաններում ցուցաբերվող մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման չափորոշիչը հաստատելու մասին» 80-Ն հրաման, 29.11.2013, <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=114032>

ՀՀ օրենքը «Երեխային կրծքով կերակրման խրախուսման և մանկական սննդի շրջանառության մասին», 20.11.2014, <https://>

www.arlis.am/documentview.aspx?docid=120786

WHO, “Scope and impact of digital marketing strategies for promoting breastmilk substitutes”, 28. 04.2022, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240046085>

«Պետական նպաստների մասին» ՀՀ օրենք, 12.12.2013, <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=94822>

Deutscher Hebammen Verband, Stadium, <https://www.hebammenverband.de>

National Academies of Sciences, “Birth settings in America”, Chapter 2: “Maternal and Newborn Care in the United States”, 06.02.2020, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555484/>

Trevor Wheelwright, “Paid Maternity Leave Across the World in 2022”, 03.05.2022, <https://www.business.org/hr/workforce-management/paid-maternity-leave-across-the-world/>

Anastasia Novkunskeya and others, “Birth systems across the world: Variations in Maternity Policy and Services across Countries”, February, 2021, <https://www.glowm.com/article/heading/vol-1--pregnancy-and-society--birth-systems-across-the-world-variations-in-maternity-policy-and-services-across-countries/id/415183#>

World Health Organization, “WHO recommendation on respectful maternity care during labour and childbirth”, Geneva, 2018, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>

T. Windau-Melmer, “ A Guide for Advocating for Respectful Maternity Care”, 2013, Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project http://www.healthpolicyproject.com/pubs/189_RMCGuideFINAL.pdf

World Health Organization, “The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth”, 2015, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_

eng.pdf?sequence=1

World Health Organization Recommendations, “Intrapartum care for a positive childbirth experience”, 2018, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>

UN General Assembly, A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence, 2019, <https://digitallibrary.un.org/record/3823698#record-files-collapse-header>

A. Raj and others, “Associations Between Mistreatment by a Provider during Childbirth and Maternal Health Complications in Uttar Pradesh, India”, 2017, <https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-017-2298-8>

Z. Taghizadeh, “Childbirth violence-based negative health consequences: a qualitative study in Iranian women”, 2021, <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-03986-0>

A. Annborn and others, “Obstetric violence a qualitative interview study”, 2021, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613821002874#bib0013>

M. Bohren and others, “The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-method systematic review”, 2015, <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001847>

A. Annborn and others, “Obstetric violence a qualitative interview study”, 2021, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613821002874#bib0013>

Z. Bradfield, A. Wilson, “Respectful maternity care: giving birth (in)to a better world”, O&G Magazine, Global Health, Vol. 22 No 4 | Summer 2020, <https://www.ogmagazine.org.au/22/22-4/respectful-maternity-care/#easy-footnote-1-11573>

ԾՆԵԴՕԳԵՆՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ իրավակարգավորումներ և իրավունքներ

Տպագրվել է «Տպարան» ՍՊԸ-ում
info@tparan.com

ISBN 978-9939-1-1605-1



9 789939 116051